

УДК 613.6:614.2.007.62(091) (470)

## Врачебно-трудова́я эксперти́за в 1920–30-х годах (на материалах Западной Сибири)

А.С. Ковалев<sup>а</sup>, Е.Н. Гарин<sup>б</sup>, М.П. Яценко<sup>с</sup>

Сибирский федеральный университет, пр. Свободный 89, Красноярск, Россия  
<sup>а</sup>alexkovaleff@yandex.ru, <sup>б</sup>vii@sfu-kras.ru, <sup>с</sup>mikhailyatzenko@yandex.ru

Статья поступила 2.11.2018, принята 15.12.2018

*На основе анализа протоколов заключений врачебно-трудовых комиссий изучаются особенности проведения экспертизы трудоспособности в Западной Сибири. Рассматривается специфика освидетельствования инвалидов и пожилых людей в годы нэпа и первых пятилеток. Особое внимание уделяется вопросам диагностики причин инвалидности и проблеме их соотношения с группами инвалидности. Анализируется перечень заболеваний, которые давали право на получение инвалидности. Изучается особая роль III группы инвалидности и право на трудоустройство. Рассматривается деятельность конфликтных комиссий, разбиравших жалобы на несправедливое решение экспертной комиссии, и борьба инвалидов за свои права.*

**Ключевые слова:** группы инвалидности; диагностика заболеваний; инвалиды; пожилые люди; история врачебно-трудова́я эксперти́зы.

## Medical and labor expert examination in the 1920-1930s (on the materials of Western Siberia)

A.S. Kovalev<sup>a</sup>, E.N. Garin<sup>b</sup>, M.P. Yatsenko<sup>c</sup>

Siberian Federal University; 89, Svobodny Ave., Krasnoyarsk, Russia  
<sup>а</sup>alexkovaleff@yandex.ru, <sup>б</sup>vii@sfu-kras.ru, <sup>с</sup>mikhailyatzenko@yandex.ru

Received 2.11.2018, accepted 15.12.2018

*The article bases on protocols of the conclusions of medical-occupational expert commissions and analyses the specifics of the examination of work capacity in Western Siberia. The dynamics of the examination specificity of disabled and elderly people during the New Economic Policy and the first five-year plans are observed. In addition, the diagnosis of the causes of disability and the problem of their correlation with disability groups is considered. The list of diseases, which gave the right to social security, and the special role of the III group of disability and their rights to employment are analyzed. The activities of the conflict commissions that dealt with claims for unfair decisions of the expert commission and the struggle of disabled people for their rights are studied.*

**Keywords:** disability groups; diagnostics of diseases; disabled people; elderly people; history of medical and labor expert examination.

Реализация государственной политики в отношении инвалидов среди множества различных направлений предполагает проведение экспертизы — специального освидетельствования на предмет определения состояния трудоспособности человека, степени, сроков и причин ее утраты и, в случае длительной (постоянной) нетрудоспособности, установления инвалидности. От правильного установления причины и особенностей инвалидности зависят социально-правовое положение, размер пенсии инвалидов, а также льготы, предусмотренные для них текущим законодательством. Кроме того, в ходе экспертизы определяются виды, условия и режимы

труда, доступные инвалиду по состоянию его здоровья, а также рекомендации, способствующие восстановлению его трудоспособности.

Генезис врачебно-трудова́я эксперти́зы в нашей стране приходится на 20–30-е гг. XX в. параллельно с формированием системы государственного социального обеспечения. Принципы этой экспертизы с небольшими изменениями дошли до наших дней, и современная социальная политика, определяя роль и место медико-социальной экспертизы в социальной реабилитации, во многом опирается на достижения советской модели определения степени утраты трудоспособности. В связи с этим актуальной

задачей представляется изучение основ врачебно-трудовой экспертизы, оформившейся в годы нэпа и первых пятилеток, выявление достижений и ошибочных действий органов здравоохранения, труда и социального обеспечения, динамики процесса освидетельствования на протяжении 1920–30-х гг.

Впервые проблемы врачебно-трудовой экспертизы стали освещаться в трудах одного из апологетов советской практики освидетельствования инвалидов Н.А. Вигдорчика [1–5]. Однако в дальнейшем в отечественной историографии вопросы врачебно-трудовой экспертизы в период 1920–30-х гг. не нашли достаточного освещения.

В современных научных исследованиях фрагментарные сведения о становлении института медико-социальной экспертизы можно найти в работах, изучающих историю военно-врачебной экспертизы [6], в исследованиях влияния экспертизы трудоспособности на развитие протезно-ортопедической помощи [7], в трудах, частично описывающих взаимосвязь экспертизы и социально-правовой реабилитации инвалидов в годы нэпа [8]. Также можно выделить исследование Е.А. Хуторной и О.А. Кистеневой, представляющее собой краткий обзор становления и развития «медико-социальной экспертизы» в России с конца XV в. до 1918 г. [9] и статью А.Н. Нагорновой и Т.А. Макаровой, посвященную врачебно-трудовой экспертизе как компоненту страховой медицины в послереволюционное время и в начале 1920-х гг. [10].

В 2017 г. в журнале «История медицины» была опубликована статья «К вопросу об экспертизе трудоспособности в России в XX веке» [11], где рассматриваются вопросы становления в России службы медико-социальной экспертизы в прошлом веке, в деятельности которой авторы выделяют шесть этапов развития.

Тем не менее, целостной картины развития экспертизы инвалидности в этот период, которая позволила бы оценить особенности диагностики нетрудоспособности и установления инвалидности, а также справедливость экспертной оценки по отношению к инвалидам и эффективность по отношению к проводимой государством социальной политике, до сих пор не сложилось. Настоящая статья призвана в определенной мере восполнить этот пробел. Основой исследования стали протоколы заключений врачебно-трудовых экспертных комиссий Новосибирска, Бердска, Омска и Томска, частично сохранившиеся в архивных фондах.

На первых порах каких-то специальных документов, где отражались бы результаты освидетельствования, не существовало. Сведения экспертизы вносились в специальный раздел кар-

точки, которую заводили на инвалида сотрудники местных отделов социального обеспечения. Сюда записывали данные о социальном и образовательном статусе, сведения об обстоятельствах и причине инвалидности, тип увечья, отметки о том, требуется ли инвалиду протез. Если инвалидность не была связана с утратой конечности, выявлялось общее состояние организма, психическое заболевание, определялись характер лечения и необходимость в постоянном уходе и помещении в инвалидный дом.

Поскольку целью экспертизы в первую очередь было определение возможности возвращения инвалида к труду, в карточке предусматривались вопросы, способен ли инвалид к прежнему занятию или к другой работе, изучает ли какое-либо ремесло «в связи с инвалидностью», чему хотел бы обучаться. После этого эксперт делал отметку о процентной потере трудоспособности, утеряна ли она навсегда или временно (в последнем случае устанавливалась дата переосвидетельствования) [12].

Если человеку было необходимо признание за ним особого статуса, он лично обращался в местную районную медкомиссию с заявлением и обязательным указанием, для чего он проходит медицинское освидетельствование. Например, это могло быть заявление о первичном осмотре: «Прошу принять меня на медосмотр о выявлении моей инвалидности, т. к. я чувствую себя больным и неспособным к физической работе» [13]. Или же инвалид мог пожаловаться, что его отказываются признавать инвалидом: «Я имел заболевание, был на военной службе, получил болезнь и ранения... работать не могу, а меня назначают на всякие работы» [14].

В 1924 г. появился утвержденный Народным комиссариатом здравоохранения «Протокол освидетельствования инвалидности» [15], который можно условно разделить на несколько частей. В первой части указывались сведения об инвалиде; наименование предприятия, где трудился инвалид, его должность и стаж, профессии, которыми когда-либо владел; информация о том, проходил ли он продолжительное лечение; причины инвалидности; субъективные жалобы инвалида.

Если первичный диагноз, составленный со слов пациента, вызывал сомнения, врач в обязательном порядке заполнял вторую часть протокола, где указывались данные объективного исследования инвалида (осмотр кожного покрова, состояние желез и органов пищеварения, сердечно-сосудистой и нервной систем, состояние скелета и мочеполовой системы, зрения, слуха, органов дыхания, степень болевой чувствительности).

Третья часть протокола представляла собой непосредственно экспертное заключение, в ней определялся процент утраты общей и профессиональной трудоспособности, необходимость в постоянной помощи, способность продолжать прежнее занятие или возможность перейти к более легкому труду (и к какому именно). Здесь же делали отметки представители рабочей комиссии, которые устанавливали группу инвалидности, сроки переосвидетельствования и необходимость регистрации в отделе распределения рабочей силы.

На практике медицинская экспертиза во многом зависела от местных специалистов, от общей установки экспертных органов и их позиции по отношению к инвалидам, а также от того, с какими заболеваниями чаще всего обращались инвалиды. Вот несколько примеров освидетельствований по каждой группе инвалидности в Томске.

60-летний извозчик И.К. Бобрович обратился с жалобами на одышку, прошел медицинский осмотр, который выявил у него проблемы с легкими и начинающийся атеросклероз, после чего пожилому человеку была присвоена IV группа инвалидности без повторного переосвидетельствования и рекомендовано заняться более легким трудом [16].

Инвалид войны М.И. Демешко, 35 лет, страдал плевритом и правосторонней паховой грыжей с затруднением движения ноги в тазобедренном суставе. Дополнительного медицинского исследования мужчине не понадобилось, ему подтвердили III группу инвалидности и рекомендовали «случайный труд» [17].

У 30-летнего крестьянина М.Е. Ковалева, жаловавшегося на трудности при ходьбе и головную боль, помимо малокровия, вызванного недостаточностью питания, экспертная комиссия выявила заболевание спинного мозга, поставила II группу инвалидности и отсутствие способности к труду [18].

Чернорабочий Д.Н. Тарханов, 22 лет, был ранен из огнестрельного оружия и ослеп на оба глаза, дополнительного освидетельствования не проходил. Ему была автоматически присвоена I группа инвалидности и сделана особая отметка, что он не способен к труду и нуждается в постоянном уходе [19].

С 1927 г. врачебно-трудовые экспертные комиссии всем, кто обращался в органы социального обеспечения с просьбой об установлении инвалидности, выдавали специальные путевки [20], в которых указывались личные данные, перечень врачей, которых надлежало пройти, установленные диагнозы, заключение медицинской комиссии. После прохождения комиссии последняя

выдавала специальную справку для предоставления в органы социального обеспечения, где указывалось, что гражданин был освидетельствован, признан инвалидом и может выполнять определенную работу [21].

Из протоколов заключений врачебной комиссии Бердского района Новосибирского округа и Омского окрсобеса известны отдельные диагнозы и их соответствие определенной группе инвалидности.

*Не ставили группу инвалидности*, если эксперты вообще не видели утраты трудоспособности, как, например, у Т.Я. Величко, ветерана войны, который жаловался на боль в раненом плече. Врачи определили, что остаточные явления от ранения в целом не мешают выполнению функций организма и отправили его трудиться на общих основаниях [22].

Основная масса обследуемых обращалась с жалобами неврологического характера (например, хронический ревматизм). Им присваивали VI группу и рекомендовали «прежнее занятие с пониженной интенсивностью» и переводили с тяжелой работы на более подходящую по состоянию здоровья.

Большой редкостью была V группа. Из 115 чел., прошедших освидетельствование в Омске, только П.Ф. Татохин из-за невозможности работать из-за болезни ноги и ограничения подвижности коленного сустава был отнесен к этой группе с указанием: «продолжать прежнее занятие с пониженной работоспособностью, способен к любому другому занятию» [23].

Самой «популярной» была IV группа, к которой относились инвалиды с самыми различными диагнозами: «атрофия мышц правой ноги», хронический ревматизм, отсутствие пальцев на руках или ногах, «закрытый дефект черепной коробки», сифилис 4-й стадии, туберкулез легких, паралич правой кисти, катар желудка, «искривление грудных позвонков», отсталость в умственном развитии, паховая травма, отсутствие зубов — всех, у кого были видимые проблемы со здоровьем, но они не мешали трудиться, объединяли в эту группу [24].

Основанием для присвоения инвалиду III группы могли быть «неправильно сросшийся перелом», укорочение конечности, «травма левой стопы с атрофией мышц», «потеря зрения на 50 %», потеря речи или слуха, «отсутствие левой голени после ампутации» (причем, в последнем случае инвалиду сначала написали II группу, но потом передумали и перевели на III группу).

Важно отметить, что практически для всех диагнозов III группы характерно их подробное медицинское описание, которое, как видно из заключений протоколов из Омска, имеет прямое

отношение к определению трудоспособности инвалида: «укорочение левой ноги вследствие неправильного сращения перелома бедра, имеется стойкая утрата трудоспособности... состояния беспомощности нет... способность к труду не потеряна, может продолжать прежнее занятие с пониженной интенсивностью, переосвидетельствованию не подлежит»; «узловатое расширение вен обеих голеней, функциональное расстройство сердечной деятельности, имеется стойкая утрата трудоспособности, состояния беспомощности нет, способность ко всякому труду не потеряна, способность к легкой случайной работе снижена, подлежит лечению»; «атрофия мышц, ревматизм колена, лошадиная стопа... на почве полиомиелита, имеется стойкая утрата трудоспособности, сохранена способность к легкой случайной работе» [25].

Далее представлены примеры заключений об инвалидности *II группы* [26]. В.С. Воронцов, страдавший эпилептическими припадками, был признан полностью нетрудоспособным с регулярным переосвидетельствованием. М. Волнова с остеохондрозом левого плечевого сустава была направлена на оперативное лечение с признанием стойкой утраты трудоспособности. И.С. Циберовко был поставлен диагноз: «одышка, сведение нижних конечностей, паралич нижних конечностей, атрофия правой верхней поясницы», подтверждена его «неспособность к всяческому труду» и право на специальное лечение.

А вот у 25-летнего С. Баулина после ампутации ног не оказалось «состояния беспомощности», и выяснилось, что он «способен к другой профессии». Кроме того, инвалида предупредили, что он должен пройти обязательное протезирование, после которого к нему «может быть применена 3 группа». Отсутствие трети левой руки после ампутации плеча у Г.Е. Зинченко не помешало экспертной комиссии дать ему *II группу*, но признать способным к легким работам.

*I группа* была крайне малочисленной, поскольку для попадания в нее были нужны очень серьезные причины. Из 30 случаев, отраженных в протоколах освидетельствования в Бердске за 1-е полугодие 1929 г., всего один раз инвалид был отнесен к *I группе*, еще 3 раза инвалидам была присвоена *II группа*. В конце 1920-х гг. характерной стала тенденция, когда органы медицинской экспертизы практически перестали давать *I (п*рой и *II) группу*.

Даже потеря зрения или «слабоумие и паралич нижних конечностей» не давали права на *I группу*, хотя прежде психические отклонения были явным основанием для того, чтобы гражданина признали требующим постороннего

ухода, присвоили ему *I группу* и отправили в инвалидный дом без права трудиться.

Исключением стала Т.И. Басалаева, у которой нашли «признаки умственной отсталости», но женщина оказалась инвалидом труда и как «привилегированный» инвалид получила *I группу* и право на пенсию [27]. Среди омичей *I группу* инвалидности получил только Н.Г. Георгиев, у которого обнаружили порок сердца, запретили трудиться и отправили в инвалидный дом [28].

Всего в ходе исследования было изучено 130 протоколов и заключений Омской врачебно-трудовой экспертной комиссии, ниже представлены результаты освидетельствования. 80 % была определена *VI группа*, 12 % – *III группа*, 7 % – *II группа* и 1 % – остальные группы [29]. Таким образом, всего около 20 % инвалидов входили в три первые привилегированные группы, при этом основную массу составляли пожилые люди.

Вопрос освидетельствования стариков требует более тщательного рассмотрения. Сам по себе пожилой (престарелый) возраст основанием для зачисления на государственное социальное обеспечение не являлся, и попасть в число пенсионеров старики могли, только если за ними закреплялся статус инвалида в ходе успешного прохождения экспертизы. Тогда они становились «инвалидами старости» и приобретали соответствующие своему положению преференции исходя из того, к какой группе инвалидности принадлежал пожилой человек. Анализ омских протоколов показывает, что здесь творилась самая настоящая неразбериха.

61-летнему Я.П. Озолину был поставлен диагноз «старческая изношенность», установлена *IV группа* инвалидности и рекомендовано заняться легким трудом. У 62-летнего Р.В. Сахновского обнаружили одышку, учащенное сердцебиение, склероз, «общую и старческую слабость» и приписали к *III группе* инвалидности, отправив на случайные работы. 82-летняя Е.Д. Половиникова обратилась во ВТЭК с жалобами на головную боль, ей поставили диагноз: «туберкулез легких, полная глухота на правое ухо, резкое понижение слуха на левое», указали на «стойкую утрату трудоспособности», но тут же добавили: «Беспомощности нет, сохранена способность к легкой случайной работе». И это в 82 года [30] !

66-летний А. Юркин страдал старческим маразмом, но оказалось, что сенильность также является основанием только для *III группы* с рекомендацией к легкому труду. У 67-летней П.В. Полумосквитиной и вовсе «старости не обнаружили», даже не присвоили статус «инвалид старости» и отправили на прежнюю работу с пониженной интенсивностью [31].

А вот еще любопытный пример. Друг за другом проходили переосвидетельствование два стрика — 80-летний В. Коновалов и 71-летняя К. Пупкова. Им был поставлен диагноз «старческая дряхлость» без отметок о состоянии здоровья, что часто практиковалось, когда комиссия обследовала людей в возрасте. Однако Коновалов в итоге оказался со II группой, а Пупковой поставили III группу с пометкой о способности к легкому случайному труду. Можно предположить, что ключевую роль сыграла разница в возрасте. Впрочем, проходившему вместе с ними комиссию И. Лошакову было 62 года, но ему, написав ту же самую «старческую дряхлость», дали I группу и право не трудиться. Однако всего одно обстоятельство, отраженное в протоколе освидетельствования Лошакова, дает ключ к пониманию особенности советской экспертизы инвалидности. Все дело в том, что Лошаков был не «инвалидом старости», а инвалидом труда, что позволило ему сразу получить определенное преимущество перед не имевшими пролетарского стажа Коноваловым и Пупковой [32].

В 1932 г. Всесоюзным советом социального страхования была введена трехгрупповая классификация инвалидности, регламентирующая критерии для установления каждой группы с учетом показаний к работе в своей или другой профессии. И практически сразу в очередной раз претерпела изменения форма протокола освидетельствования. Более конкретной, с перечнем обязательных вопросов, на которые следовало ответить врачу экспертной комиссии, стала третья часть — непосредственно медицинское заключение [33].

Определяя группу инвалидности, эксперт должен был дать расшифровку принятого решения, описывая, нет ли состояния беспомощности, не потеряна ли способность к труду, сохранена ли способность к легкой работе, способен ли инвалид к профессии более низкой квалификации, к какой профессии способен после переобучения или снабжения протезом, может ли он продолжать прежнее занятие с пониженной интенсивностью.

В некоторых исследованиях утверждается, что замена шестигрупповой классификации трехгрупповой была осуществлена не простой ликвидацией IV–VI групп, которым пенсии не назначались, а путем существенной переработки формулировок групп инвалидности, в первую очередь III группы, в которую фактически были включены критерии ликвидированной IV группы — возможность работать «в другой профессии со значительным снижением квалификации» [34, с. 36].

Однако если внимательно присмотреться к формулировкам при определении группы инвалидности, то окажется, что они практически полностью повторяют прежнюю шестигрупповую классификацию. Разве что теперь было законодательное определение, что инвалидом III группы признается человек, «неспособный к систематическому труду, но могущий использовать остаточную трудоспособность». Оно открывало работникам ВТЭК широкие возможности в предоставлении статуса инвалида, поскольку определить эту самую «остаточную» трудоспособность мог только эксперт. Экспертиза после 1932 г. стала более жесткой, более тщательной, но по-прежнему преследовала основной целью уменьшение числа получателей социальной помощи и увеличение контингента рабочей силы.

Анализ 110 протоколов освидетельствования из Омска за 1934–1935 гг. показывает, что с началом внедрения новых принципов экспертизы в массовом порядке стали выделяться те, кому теперь было вовсе отказано в признании их особого статуса. Так, безработный инвалид, 50-летний Г.А. Степанецкий, страдавший неврозом, миопатией сердца и хроническим бронхитом, группу инвалидности не получил и был отправлен в управление кадров для трудоустройства в общем порядке. А.Н. Заливину с тем же перечнем заболеваний трудоустроили в систему кооперации инвалидов. А.Г. Романова после перенесенного полиомиелита, с жалобой на ограничение подвижности больных суставов обеих ног, группы инвалидности не получила, но благодаря тому, что у нее было среднее образование, получила рекомендацию о трудоустройстве в системе учреждений социального обеспечения (стала работать в канцелярии Омского горсобеса). 57-летний механик учебно-производственного комбината К.П. Шведенко, несмотря на функциональный невроз, кардиосклероз, атеросклероз, эмфизему легких средней степени, ослабленное зрение и отсутствие показаний к труду, также не получил статус инвалида, оставшись на прежнем рабочем месте. Потерявшая слух В. Мельникова даже не проходила дополнительного медицинского обследования — ей сразу написали, что группы инвалидности нет, и она может работать посудницей, уборщицей или заниматься другим легким физическим трудом без поднятия тяжестей [35].

Безусловно, такие заболевания, как хронический бронхит, гастрит и даже туберкулез легких, ранее дававшие V–VI группу, в 1930-х гг. и вовсе не рассматривались как повод обращения во ВТЭК. Обладателям подобных диагнозов экспертная комиссия могла лишь порекомендовать, какой деятельностью заняться. Интересен случай с А.И. Ефановой, которая имела неврологиче-

ское заболевание и сперва была признана нетрудоспособной, но когда в ходе экспертизы выяснилось, что она была беременна, врачебная комиссия посчитала, что факт беременности доказывает трудоспособность женщины [36].

Большинство обследуемых безропотно соглашались с любым решением экспертной комиссии. Поэтому интересно посмотреть случаи, когда инвалиды, не прошедшие переосвидетельствование, обращались в конфликтную комиссию при местном исполкоме с обжалованием решения комиссии. Например, М.П. Лоптев, у которого обнаружили функциональный невроз, помутнение хрусталиков и атеросклероз, остался без группы инвалидности, и ему было предложено перейти на работу дворником или швейцаром. Мужчина с заключением комиссии не согласился и написал в конфликтную комиссию: «...считаю заключение... неправильным. Болезнь находится во мне и не поддается лечению... инвалидность мою установила [ранее] тоже врачебная комиссия, а не сам я... Глаз меня в покое не оставляет... день здоров да два дня болен...» [37]. В качестве дополнительного аргумента Лоптев добавлял, что у него на иждивении находится четверо детей сына, призванного в РККА, и просил пересмотреть решение ВТЭК. Однако просьбу Лоптева не удовлетворили.

Отказали в признании инвалидности и И.А. Бизину, несмотря на «упадок сил, хронический бронхит, культя в основании левой кисти, анкилоз суставов, невроз с эпилептическими припадками с легкой деменцией». Как и другим, ему было рекомендовано трудоустройство в системе кооперации инвалидов, после чего он тоже отправился с жалобой в исполком: «Прошу сделать мне перекомиссию, [поскольку] работать я не могу, вздохи очень тяжелые... бывает припадок... даже могут подтвердить соседи: что работать не может, левая рука больная и слаба... Дайте помощь, не оставьте беспризорником» [38].

Бизин тоже ничего не добился — повторная комиссия была созвана, однако она также постановила, что он подлежит трудоустройству через организацию инвалидов. Здесь важнее другое — мужчина просит признать его инвалидом, поскольку в противном случае он видит для себя крайне неблагоприятный исход — если ему не присвоят статус инвалида, он будет «беспризорником» (т. е. инвалидом без статуса) и лишится всех положенных ему прав.

Особую роль играла III группа инвалидности. Здесь для получения статуса инвалида последний должен был страдать сразу несколькими недугами, существенно ограничивающими его самостоятельность, но даже в этом случае для ин-

валида прописывали особые условия труда. Вот несколько интересных случаев.

Ученика столяра П. Середу с диагнозами «трахома» и «слабоумие» признали инвалидом с обязательным переосвидетельствованием через 3 года и рекомендацией продолжать физический труд «под наблюдением». И.Г. Хохлову, утратившему зрение на 85 %, присвоили III группу и, несмотря на слепоту, отправили работать... сторожем, назвав эту работу «самым легким физическим трудом без физических напряжений». Инвалиду III группы М.Н. Глебовой с неврозом, туберкулезом и плевритом, атеросклерозом разрешили не проходить переосвидетельствование, но посоветовали переменить городскую работу на легкий физический труд в сельском хозяйстве. Безрукого инвалида Г.М. Гамезюка, несмотря на отсутствие левой верхней конечности, благодаря группе инвалидности устроили швейцаром. Двум инвалидам войны с одинаковым диагнозом («старый травматический невроз с эпилептическими припадками и выраженной деградацией личности»), Ф.Д. Лукошникову и А.Н. Трубину, был рекомендован «физический труд в сельском хозяйстве под руководством вдаль от огня, воды, машин и не на высоте» с обязательным переосвидетельствованием через полгода [39].

Основанием для получения III группы инвалидности также мог быть пожилой возраст. 65-летнего Г.Л. Эпштейна даже с выявленными диагнозами («неполное сгибание пальцев правой кисти... щелкающие суставы правой руки, неврастения с органическими симптомами») вряд ли признали бы инвалидом III группы, если бы не его возраст. Его ровесница С.Е. Рожкова всего лишь с атеросклерозом перешла из не инвалидов в инвалиды III группы из-за своих почтенных лет [40]. Впрочем, это был всего лишь экономически обоснованный перевод инвалидов старости с II на III группу.

Что касается II группы, то здесь в качестве основания установления инвалидности экспертная комиссия рассматривала либо совокупность серьезных заболеваний, либо стойкую утрату трудоспособности, либо необходимость в постороннем уходе. Среди диагнозов инвалидов, которым была установлена II группа, можно назвать «органическое поражение спинного мозга», «паралич нижних конечностей в результате травмы», «сахарное мочеизнурение», «значительно выраженный атеросклероз», «склероз суставов головного мозга», «эпилепсия, атеросклероз и кардиосклероз», «эмфизема легких», «органический порок сердца, застойный бронхит, атеросклероз, энцефалит», «атеросклероз, хронический полиартрит, органический паралич центральной нервной системы, трахома» [41].

Хотя порой были случаи, когда для II группы хватало всего одного заболевания — причем, что интересно, такого, что другому инвалиду дали бы III группу, а то и вовсе оставили без группы — хронический полиартрит или остаточные явления после полиомиелита. Основанием для этого был чаще всего престарелый возраст обследуемых, но истинной причиной такой заботы об инвалидах было личное знакомство и связи последних, поскольку нередко встречались и довольно странные и пространные формулировки: «II группа от общих причин» [42]. Что за заболевание это было, даже предположить трудно.

Наконец, всего один человек был освидетельствован на I группу инвалидности с диагнозом «инфекционный полиневрит, не владеет ногами и руками», с однозначным запретом заниматься трудовой деятельностью. Хотя в то же время инвалида обязали пройти переосвидетельствование через 12 месяцев [43].

Итак, вполне очевидно, что после 1932 г. произошли определенные изменения: низшие три группы убрали, но диагнозы, которые ранее ставили IV–VI группам, теперь не были включены в низшую, III группу, про них просто забыли. При этом вроде как право что-то требовать от органов социального обеспечения у бывших инвалидов оставалось (например, особого порядка трудоустройства), но никаких льгот, привилегий и чего-либо еще без группы инвалидности у них теперь не было.

К 1940 г. становление врачебно-трудовой экспертизы в России в целом было завершено. Подводя итоги, прежде всего надо обратить внимание на то, что врачебно-трудовая экспертиза была полностью увязана с насущными государственными задачами в области экономики. В годы нэпа с его безработицей государство стремилось максимально изолировать полностью нетрудоспособных инвалидов. Сохранивших же трудовые силы граждан органы социального обеспечения старались устроить на легкие или временные работы, сохранить за ними место. Поэтому в экспертизе инвалидности до 1927 г. преобладало стремление к равномерному распределению инвалидов по группам, при этом врачебно-контрольные комиссии старались максимально объективно учитывать физические и трудовые условия каждого обследуемого.

С началом индустриализации возросла потребность в рабочей силе, и здоровых работников управления кадров старались максимально освобождать от легкого труда, переводя туда, где требовалась физическая сила. Их рабочие места теперь предоставлялись инвалидам, в связи с чем экспертные органы старались устанавливать III–IV группы, позволявшие инвалидам

трудиться. Именно потребность в рабочих руках привела к ликвидации IV–VI групп инвалидности, а вместе с этим к утверждению жесткой направленности в экспертизе, при которой большая часть инвалидов с незначительной утратой трудоспособности была оставлена за бортом социального обеспечения.

В то же время сокращение финансирования на социальное обеспечение лиц с инвалидностью в годы первых пятилеток позволило к середине 1930-х гг. создать существенный экономический задел, благодаря которому все инвалиды и престарелые получали пенсионное обеспечение, льготы и привилегии.

Трехгрупповая классификация инвалидности сыграла немалую роль в упорядочении врачебно-трудовой экспертизы. Существовая с некоторыми изменениями до настоящего времени, она оказала существенное влияние на формирование современной системы социальной защиты. Нынешняя медико-социальная экспертиза ориентирована на установление группы инвалидности в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного многочисленными факторами (способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению и способность контролировать свое поведение). Однако в действительности в качестве ведущего показателя инвалидности, как и в советское время, по-прежнему рассматривается степень ограничения способности к трудовой деятельности.

#### Литература

1. Вигдорчик Н.А. Врачебная экспертиза при неработоспособности (Руководство для экспертов). М.: Изд-во нар. комиссариата соц. обеспечения, 1923. 105 с.
2. Вигдорчик Н.А. Естественный профессиональный отбор с точки зрения профессиональной гигиены. Л., 1928. 93 с.
3. Вигдорчик Н.А. Методика врачебно-страховой экспертизы. М.: Вопросы труда, 1926. 180 с.
4. Вигдорчик Н.А. Теория и практика социального страхования. М.-Л., 1919-1926. 21 с.
5. Вигдорчик Н.А. Что такое инвалидность и в чем заключается экспертиза инвалидности. М.: Вопросы труда, 1924. 30 с.
6. Каменсков Н.Н., Красников В.Н. К истории военно-врачебной экспертизы в России // Военно-медицинский журнал. 2001. № 3. С. 90-93.
7. Кошкин Д.С. Протезирование в советской России: первые два десятилетия // Ученые записки. 2001. № 3. С. 42-52.
8. Крюков Н.П. Исторический опыт социальной поддержки населения России и его использование в 90-е гг. XX в. (На материалах Нижнего Поволжья). Саратов, 2003. 459 с.
9. Хуторная Е.А., Кистенева О.А. История становления и развития бюро медико-социальной экспертизы в России с конца XV века до 1918 года // Problems

Of Modern Science And Education. 2015. № 7 (37). С. 79-80.

10. Нагорнова А.Ю., Макарова Т.А. Исторический анализ проблемы инвалидности в дореволюционной России и СССР // Общество: философия, история, культура. 2014. № 1. С. 27-34.

11. Пузин С.Н., Шевченко С.Б., Гридин Л.А., Шургая М.А., Гончарова О.В. К вопросу об экспертизе трудоспособности в России в XX веке // История медицины. 2017. Т. 4, № 1. С. 41-51.

12. Карточка медицинского обследования инвалида // ГАТО (Гос. арх. Томской обл.). Ф. Р-252. Оп. 1. Д. 126. Л. 8.

13. Заявление в Бердскую районную медкомиссию // ГАНО (Гос. арх. Новосибирской обл.). Ф. Р-2004. Оп. 1. Д. 15. Л. 18.

14. Заявление в Бердскую районную медкомиссию // ГАНО. Ф. Р-2004. Оп. 1. Д. 15. Л. 28.

15. Протоколы освидетельствования инвалидности // ГАТО. Ф. Р-252. Оп. 1. Д. 111. Л. 1-2.

16. Протоколы освидетельствования инвалидности // ГАТО. Ф. Р-252. Оп. 1. Д. 111. Л. 11.

17. Протоколы освидетельствования инвалидности // ГАТО. Ф. Р-252. Оп. 1. Д. 111. Л. 12.

18. Протоколы освидетельствования инвалидности // ГАТО. Ф. Р-252. Оп. 1. Д. 111. Л. 31.

19. Протоколы освидетельствования инвалидности // ГАТО. Ф. Р-252. Оп. 1. Д. 111. Л. 33.

20. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО (Ист. арх. Омской обл.). Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 60.

21. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 36.

22. Протоколы врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-490. Оп. 1. Д. 93. Л. 7-7 об.

23. Протоколы врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-490. Оп. 1. Д. 93. Л. 108-108 об.

24. Протоколы заключений врачебной районной инвалидной комиссии // ГАНО. Ф. Р-2004. Оп. 1. Д. 18. Л. 1, 3, 4, 5, 7, 11 об, 12 об.

25. ИАОО. Ф. Р-490. Оп. 1. Д. 93. Л. 1-1об, 3-3об, 15-15 об.

26. ИАОО. Ф. Р-490. Оп. 1. Д. 93. 6-6об, 9-9об, 14-14об, 38-38об, 40-41, 94-94 об.

27. Удостоверения об освидетельствовании инвалидов // ГАНО. Ф. Р-2004. Оп. 1. Д. 39. Л. б/н.

28. Протоколы врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-490. Оп. 1. Д. 93. Л. 124-124 об.

29. Протоколы врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-490. Оп. 1. Д. 93.

30. Протоколы врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-490. Оп. 1. Д. 93. Л. 36-36об, 89-89об, 92-92 об.

31. Протоколы ВТЭК // ИАОО. Ф. Р-490. Оп. 1. Д. 93. Л. 97-98 об.

32. Протоколы ВТЭК // ИАОО. Ф. Р-490. Оп. 1. Д. 93. Л. 109-114 об.

33. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170.

34. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. СПб.: Питер, 2004. 315 с.

35. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 1-1 об, 2 об, 5-5 об, 21-21 об, 26-26 об.

36. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 75-75 об.

37. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 89-89 об.

38. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 90-90 об.

39. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 10-10 об, 15-16, 17-17 об, 44-44 об, 79-79 об, 92-92 об.

40. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 85-85об, 122.

41. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 1-122.

42. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 54-54об, 96, 108-108 об.

43. Протоколы заключения врачебно-экспертной комиссии // ИАОО. Ф. Р-1026. Оп. 1. Д. 170. Л. 109.

#### **Список сокращений**

ГАНО – Государственный архив Новосибирской области

ГАТО – Государственный архив Томской области

ИАОО – Исторический архив Омской области