

УДК 616.33

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

© Н.Н. Шепетихина, Э.М. Османов, А.Ю. Деникин

Ключевые слова: язвенная болезнь; трудоспособность.

При оценке трудоспособности больных язвенной болезнью следует учитывать особенности течения заболевания, тяжесть функционального нарушения гастродуоденальной системы и организма в целом в период обострения и в фазе ремиссии, наличие осложнений, характер и объем проведенной терапии, сопутствующие заболевания. Кроме медицинского фактора, при оценке трудоспособности и определении показаний к рациональному трудовому устройству больных язвенной болезнью следует учитывать характер выполняемой работы и конкретные условия труда.

Социально-экономические преобразования в России в 90-х XX в. и сопровождавший эти преобразования кризис не могли не отразиться как на состоянии здоровья населения, так и на его медицинском обслуживании. Задачи организации медицинской помощи населению на современном этапе заключаются в том, чтобы эффективно и экономично использовать имеющиеся ресурсы здравоохранения, увеличить доступность и повысить качество медицинских услуг [1].

По традиционному определению ВОЗ, **язвенная болезнь** (*ulcus ventriculi et duodenipepticum, morbus ulcerosus*) – общее хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с полициклическим течением, характерными особенностями которого являются сезонные обострения, сопровождающиеся возникновением язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки, и развитие осложнений, угрожающих жизни больного. Особенностью течения язвенной болезни является вовлечение в патологический процесс других органов пищеварительного аппарата, что требует своевременной диагностики для составления лечебных комплексов больным язвенной болезнью с учетом сопутствующих заболеваний.

Язвенная болезнь относится к наиболее распространенным заболеваниям пищеварительной системы, при этом распространенность язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в 15–20 раз выше по сравнению с язвенной болезнью желудка.

Выделяют язвенную болезнь, ассоциированную и неассоциированную с *Helicobacter pylori*. По современным данным, около 8–10 % случаев заболевания относятся к язвенной болезни, не ассоциированной с НР.

Отличительной особенностью язвенной болезни является периодичность течения с наличием двух фаз заболевания: обострения (рецидив) и ремиссии. Основным признаком фазы обострения – наличие язвы с активными воспалительными изменениями слизистой оболочки, независимо от выраженности клинической симптоматики. Продолжительность обострения обычно составляет от 3 до 6 недель. В ряде случаев обострения

заболевания носят сезонный характер (весна, осень). Фаза ремиссии характеризуется отсутствием клинических проявлений и эндоскопических признаков обострения заболевания [2–5].

В зависимости от локализации язвенного дефекта выделяют язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки (шифр по МКБ-10: К 26) и язвенную болезнь желудка (шифр: К 25). Примерно в 6 % случаев в период обострения заболевания отмечается одновременное присутствие язвенных дефектов и в желудке, и в луковице двенадцатиперстной кишки. Различают язвы луковицы и внелуковичные (постбульбарные) язвы, последние встречаются гораздо реже, чем язвы луковицы.

Язвенная болезнь – психосоматическое заболевание, в этиопатогенезе которого большую роль играет психологический фактор. Психосоматическими заболеваниями являются такие заболевания, при которых одним из этиологических факторов становятся психотравмирующие переживания, чаще действующие длительно, хронически. И если внешние проявления аффектов, которые могут быть выражены в форме тоски, тревоги, опасения, могут быть устранены, то патогенное действие их ведет к изменению во внутренних органах. В механизме язвообразования большую роль играют органические заболевания центральной нервной системы, особенности характера, психические травмы и характер деятельности [6].

В настоящее время при широком распространении средств массовой информации и высоком уровне общения людей, особенно возрастают нагрузки на нервно-психическую сферу человека [5].

Развиваясь на базе ряда генетических предпосылок, язвенная болезнь является по своей природе многофакторным заболеванием. В последние десятилетия отмечается омоложение данного заболевания. Так, если раньше такой патологией страдали люди после 45 лет, то сейчас болезнь начинает развиваться у детей в возрасте 15 лет. Положение усугубляется тем, что возрастает количество осложнений в клиническом течении, что связано с большими размерами язв.

Ведущая теория связывает развитие язвенной болезни с наличием хеликобактерной инфекции, вызывающей избыточную секрецию в желудке соляной кислоты. Воздействуя на слизистую оболочку ДПК, соляная кислота приводит к ее повреждению, влекущему за собой возникновение в двенадцатиперстной кишке очагов желудочной метаплазии. Метаплазированный желудочный эпителий, пораженный НР, способствует развитию дуоденита, а затем и язвы двенадцатиперстной кишки.

В пользу рассмотрения НР в виде главного этиологического фактора язвенной болезни можно назвать следующее [7]:

- у большинства больных язвенной болезнью в период обострения имеется НР;
- проведение эрадикационной терапии приводит к заживлению язв, уменьшению сроков лечения больных;
- эрадикационная терапия, приводящая к ликвидации НР, позволяет уменьшить активность гастрита, а у некоторых больных даже ликвидировать его, т. е. добиться нормального состояния слизистой оболочки желудка.

Несмотря на признание ведущей роли НР в этиологии и патогенезе заболевания, нельзя полностью исключить роль наследственного фактора, предрасполагающего к развитию язвенной болезни. Также большинством исследователей признается значение эмоционального стресса и нарушений психической адаптации [7–9], участвующих в развитии обострений заболевания в качестве триггерного механизма. Ряд авторов большое внимание уделяют вегетативным [10] и нейроэндокринным [11] нарушениям, через которые опосредуются воздействия стрессовых факторов.

Язвенная болезнь поражает людей наиболее активного, трудоспособного возраста, обуславливая временную, а иногда и стойкую утрату трудоспособности.

По статистическим данным различных стран, язвенной болезнью страдают в течение жизни от 8 до 10 % населения. У женщин язвенная болезнь встречается реже, чем у мужчин.

Городское население страдает язвенной болезнью чаще, чем сельское. В последние 80 лет рост заболеваемости связывают с урбанизацией, в частности переездом жителей сельских местностей в город, что приводит к чрезмерным эмоциональным напряжениям, изменениям ритма жизни, вредным воздействиям шума, загрязненного воздуха и развитию тканевой гипоксии, изменениям характера питания и нерегулярным приемам пищи. Чаще язвенная болезнь выявляется в период между 25–40 годами, хотя может быть и в юношеском возрасте. Наблюдаются случаи заболевания язвенной болезнью в возрасте после 50 лет («поздняя язвенная болезнь»).

Высокая заболеваемость, частые рецидивы, длительная нетрудоспособность больных, вследствие этого значительные экономические потери – все это позволяет отнести проблему язвенной болезни к числу наиболее актуальных в современной медицине [12].

Согласно статистическим данным, каждый десятый взрослый житель России страдает тем или иным заболеванием органов пищеварения. Болезни желудочно-кишечного тракта занимают 8-е место среди причин временной нетрудоспособности, 7-е – в структуре при-

чин первичного выхода на инвалидность, 5-е – среди причин смертности [4].

Одной из распространенных патологий желудочно-кишечного тракта среди взрослого населения является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ). Распространенность ЯБ в развитых странах составляет от 700 до 1500 на 10 тыс. населения. В России под диспансерным наблюдением ежегодно состоит около 1 млн человек. Ежегодно около 6 тыс. человек трудоспособного возраста умирают от осложнений, связанных с неадекватным медикаментозным лечением больных ЯБ [3].

Из экспертной терминологии в связи с принятием новых законов был исключен термин «врачебно-трудовая экспертиза», и вместо него используются в настоящее время термины «экспертиза временной нетрудоспособности» и «медико-социальная экспертиза», разделив, таким образом, понятия временной и стойкой утраты трудоспособности.

Статья 49 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» определяет порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях, выделив два основных ее уровня:

1 *уровень* – лечащий врач, единолично выдающий листок нетрудоспособности (ранее он назывался «больничный лист») сроком до 30 дней.

2 *уровень* – врачебная комиссия, назначаемая руководителем медицинской организации, которая выдает листок нетрудоспособности на больший срок (свыше 30 дней).

Различают два вида нетрудоспособности: временную и стойкую. Временная нетрудоспособность – такое состояние, когда нарушение функции организма, вызванное заболеванием или травмой, носит обратимый, временный характер. Факт наличия временной нетрудоспособности, устанавливает лечащий врач.

Для стойкой нетрудоспособности характерно то, что нарушенные функции организма, несмотря на комплекс лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер, и больной вынужден прекратить труд в обычных производственных условиях или перейти на более легкую работу с другими условиями труда.

Язвенная болезнь является наиболее распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта и одной из причин наступления временной нетрудоспособности, а в тяжелых случаях – инвалидности.

При оценке трудоспособности больных язвенной болезнью следует учитывать особенности течения заболевания, тяжесть функционального нарушения гастродуоденальной системы и организма в целом в период обострения и в фазе ремиссии, наличие осложнений, характер и объем проведенной терапии, сопутствующие заболевания.

Кроме медицинского фактора, при оценке трудоспособности и определении показаний к рациональному трудовому устройству больных язвенной болезнью следует учитывать характер выполняемой работы и конкретные условия труда. При свежих формах язвенной болезни продолжительность временной нетрудоспособности обычно составляет три недели. За этот период после проведенного лечения отмечается обратное развитие патологического процесса (уменьшается отек язвенного кратера, воспалительные изменения,

происходит регенерация слизистой оболочки) и восстановление трудоспособности больных. В последующем они должны быть трудоустроены по предписанию врачебной (клинико-экспертной) комиссии с исключением производственных факторов, которые могли бы явиться причиной рецидива болезни.

При оценке трудоспособности больных язвенной болезнью следует учитывать особенности хронического течения заболевания и выраженность функциональных нарушений в зависимости от ее клинических форм. При легкой форме язвенной болезни временная утрата трудоспособности в связи с обострением патологического процесса составляет 25 дней. Периоды ремиссии могут быть достаточно продолжительными, функциональные нарушения могут отсутствовать или быть умеренно выражены.

При средней форме язвенной болезни временная утрата трудоспособности в связи с обострением патологического процесса составляет 35 дней. Длительное временное освобождение от работы обусловлено не только функциональными, но и более резкими морфологическими изменениями гастродуоденальной системы, а также наличием фоновых хронически протекающих заболеваний. Трудовые возможности больных с язвенной болезнью средней тяжести в фазе ремиссии резко ограничены по отношению ко многим видам труда. Им противопоказана не только значительная, но и постоянная умеренная физическая нагрузка. Больные трудоспособны на легких видах физического труда, работах интеллектуального и административно-хозяйственного характера, связанных с умеренным нервно-психическим напряжением.

Тяжелая форма язвенной болезни характеризуется непрерывно рецидивирующим течением с кратковременными периодами ремиссии (3–4 месяца в год), сопровождающимся резко выраженными болевым и диспепсическими синдромами, а также различными осложнениями. При тяжелой форме язвенной болезни временная утрата трудоспособности в связи с обострением патологического процесса составляет 45–50 дней, а иногда и более.

У третьей группы больных язвенная болезнь с самого начала приобретает тяжелое течение с потерей трудоспособности и развитием ряда осложнений:

– *прободная язва*. Под прободением, или перфорацией, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в клинике принято понимать прорыв язвы в свободную брюшную полость. Такая язва представляет собой одно из тяжелых и опасных для жизни осложнений, почти неминуемо ведущих к смерти больного, если своевременно не будет предпринято оперативное вмешательство;

– *кровооточающая язва*. Является вторым, а нередко и более опасным, чем перфоративная язва осложнением язвенной болезни. Летальность при ней остается еще довольно высокой как при консервативном (6–7 %), так и при оперативном лечении (12–17 %). Среди других осложнений язвенной болезни профузные кровотечения встречаются в 20–30 %, преимущественно у больных в возрасте старше 40 лет и чаще у мужчин. Наблюдаются кровотечения у большинства больных с хроническими каллезными язвами, нередко пенетрирующими в соседние органы. Нередки тяжелые кровотечения и из острых язв у больных с сердечно-

сосудистыми заболеваниями и после длительной кортикостероидной терапии. Кровооточат чаще всего язвы малой кривизны желудка и задней стенки двенадцатиперстной кишки.

Основной причиной гастродуоденальных кровотечений является прогрессирование деструктивно-воспалительного процесса в язве, а также нарушение свертывающей способности крови и повышение проницаемости капилляров. Источником кровотечения при этом чаще является аррозированная артерия, реже – вена или множественные мелкие сосуды дна язвы. Кровавая рвота (hematemesis) является главным и наиболее частым симптомом гастродуоденального кровотечения. Она может быть однократной и повторной, чаще цвета кофейной гущи; в некоторых случаях, при очень массивных кровотечениях, – рвота алой кровью со сгустками. При кровотечении, возникшем из язвы желудка, кровавая рвота наблюдается часто, при язвах же двенадцатиперстной кишки – значительно реже (забрасывание крови в желудок при зияющем привратнике).

Дегтеобразный стул (melena) – постоянный симптом гастродуоденальных кровотечений. В зависимости от интенсивности кровотечения он может появляться через несколько часов или на вторые–третьи сутки. При массивном кровотечении уже через несколько часов может наблюдаться жидкий кровянистый стул в результате быстрого продвижения крови по кишечнику [2].

Тяжесть клинических проявлений заболевания при этом варианте усугубляется также более частым присоединением панкреатита, холецистита, гепатита с резким нарушением функций печени и поджелудочной железы. В дальнейшем состояние трудоспособности зависит от результата операции, степени выраженности морфологических, функциональных нарушений и социальных факторов. Инвалидность первой группы определяется в случаях злокачественного перерождения язвы с метастазированием процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Османов Э.М., Курышкин А.В., Ашурбеков Р.С. К вопросу совершенствования медицинской помощи населению // Актуальные проблемы естественных наук: материалы международной заочной научно-практической конференции. Тамбов: Изд-во ТГУ, 2010.
2. Астапенко В.Г. [и др.] Справочник хирурга: справочник. Мн.: Беларусь, 1980. 464 с.
3. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. М.: Изд-во Медицинское информационное агентство, 2004. 768 с.
4. Жигалова Н.И., Саркисов К.А. Медицинская экспертиза при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Заместитель главного врача. 2007. № 8 (15). С. 50–57.
5. Фирсова Л.Д., Машарова А.А., Бордин Д.С., Янова О.Б. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: Планида, 2011. 52 с.
6. Белобородова Э.И., Корнетов Н.А., Орлова Л.А., Солодовник А.Г. Психофизиологические аспекты язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста // Клиническая медицина. 2002. Т. 80. № 7. С. 36–39.
7. Фирсова Л.Д. Особенности психической сферы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания // Терапевтический архив. 2003. Т. 75. № 2. С. 21–23.
8. Васильев Ю.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки // Избранные главы клинической гастроэнтерологии / под общ. ред. Л.В. Лазебника. М.: Анахарсис, 2005. С. 82–120.
9. Леонтьева В.А., Беляева Г.С., Колесникова И.Ю. [и др.] Особенности психологического статуса у больных язвенной болезнью // Клиническая медицина. 2007. Т. 85. № 3. С. 51–53.
10. Колесникова И.Ю., Беляева Г.С. Качество жизни и вегетативный статус больных язвенной болезнью // Терапевтический архив. 2005. Т. 77. № 2. С. 34–38.

11. Рапопорт С.И., Жернакова Н.И., Процев К.М. [и др.] Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: морфофункциональные, нейроэндокринные и клинические параллели // Клиническая медицина. 2008. Т. 86. № 5. С. 28-30.
12. URL: www.eurolab.ua (дата обращения: 6.11.2011)

Поступила в редакцию 16 ноября 2011 г.

Shepetikhina N.N., Osmanov E.M., Denikin A.Yu. ON QUESTION OF ABILITY OF WORK ASSESSMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE PATIENTS

In assessing the disability of patients with peptic ulcer disease the characteristics of the disease, the severity of functional disorders of gastroduodenal system and body as a whole during the period of exacerbation and remission, complications, the nature and extent of therapy, concomitant diseases should be taken into account. In addition to medical factors, when assessing disability and determining the indications for rational employment of ulcer patients the nature of the work performed and the specific working conditions should be taken into account.

Key words: peptic ulcer disease; ability to work.