

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Т.В. Дмитриева**  
**В.Н. Дмитриев**

*Белгородский государственный университет*

*e-mail: tdmitrieva@mail.ru*

В предлагаемой разработке представлены методические подходы к определению степени выраженности нарушенных функций организма больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, степени ограничения их жизнедеятельности, необходимости в мерах социальной защиты. Все это обуславливает критерии установления при медико-социальной экспертизе инвалидности и ее группы.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, степень функциональных нарушений организма, ограничения жизнедеятельности, социальная защита, инвалидность.

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки** — хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, основным морфологическим признаком которого выступает образование язвы в желудке и/или двенадцатиперстной кишке. Отличие эрозии от язвы в том, что эрозии не проникают за мышечную пластинку слизистой оболочки.

**Эпидемиология.** Язвенная болезнь по-прежнему, по крайней мере по России, остается основной нозологической формой современной гастроэнтерологии [1]. Заболеваемость: в Российской Федерации 124 новых случая на 100 000 населения взрослого населения. Важность ее обусловлена высокой распространенностью эрозивно-язвенных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки [2,3,4]. Так, частота развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у населения разных стран и разных категорий населения достигает 10-25% [5, 6]. Эпидемиологические данные полученные в разных странах, свидетельствуют о том, что практически 100% язв, локализованных в двенадцатиперстной кишке, и более 80% язв желудочной локализации связаны с персистенцией НР [7]. Однако использование современных методов эрадикационных схем лечения не привело к снижению частоты развития осложнений язвенной болезни и летальности [8, 9, 10, 11, 12]. Частота осложнений, ведущих к длительной нетрудоспособности и инвалидности, а иногда и к смерти, колеблется от 26,5 до 42,3% [13, 14]. С точки зрения современной гастроэнтерологии причина высокой частоты рецидивов гастродуоденальных язв и развития осложнений лежит в недостаточно широком и грамотном проведении эрадикационной терапии, в широком использовании аспирина в кардиологической практике (от 10-40% этих больных имеют эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки) [12, 15], а также применении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), которые являются ulcerогенными. В развитых странах от гастропатии, вызванной приемом НПВП, умирают столько же людей, сколько от СПИДа [15]. Язвенная болезнь является основной причиной потери трудоспособности среди больных гастроэнтерологического профиля, на ее долю приходится около 40% всех дней временной нетрудоспособности [16]. Это заболевание поражает людей в наиболее активном, творческом возрасте, часто обуславливая временную нетрудоспособность и инвалидность. При этом особое внимание уделяется новой проблеме – ведению работающих пенсионеров с язвенной болезнью. Предлагаемые нами подходы как раз и направлены на охват не только лиц среднего, но и пожилого возраста.

**Стандарт обследования при направлении в бюро МСЭ.** Обязательными лабораторными исследованиями являются:

- общий анализ крови;
- АЛТ, АСТ, билирубин, мочевины, креатинин, железо сыворотки крови, глюкоза крови;

- общий анализ мочи;
- копрограмма.

*Обязательные инструментальные исследования:*

- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы;
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием. Гистологическое исследование биоптата;
- рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с пассажем бария из желудка по тонкому кишечнику с указанием времени транзита бария по тонкому кишечнику;
- ЭКГ.

Таблица 1

### Формулировки диагноза

Основной диагноз	Локализация язвы	Результат диагностики	Фаза заболевания (обострение или ремиссия)	Наличие осложнений	Операции и степень их последствия
Язвенная болезнь	12-перстной кишки	<i>H. pylori</i> (+)	Обострение	Осложненная перфорацией в году	Резекция 2/3 желудка по Бильрот-2. Демпинг-синдром средней тяжести

**Критерии медико-социальной экспертизы.** Медико-социальная экспертиза проводится в соответствии с положениями действующих нормативных правовых документов о МСЭ: «Правила признания лица инвалидом», утвержденных постановлением Правительства РФ от 20.02.06 № 95, и «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан ФГУ МСЭ», утвержденные приказом МЗСР РФ от 22.08.05 № 535, с учетом постановления Правительства РФ от 07.04.08 № 247 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом».

При формировании экспертного клинико-функционального диагноза обязательно учитываются:

- характер течения заболевания;
- стадия патологического процесса;
- осложнения;
- объем оперативного вмешательства (ушивание, частичная резекция, экстирпация органа);
- наличие и выраженность послеоперационных осложнений;
- степень выраженности нарушений пищеварения;
- клиническая форма сопутствующей патологии;
- характер работы и условия труда;
- эмоционально-волевые установки на продолжение трудовой деятельности.

При оценке характера течения учитывается частота обострений язвенной болезни: легкая форма характеризуется редкими (1 раз в 2 – 3 года) обострениями; среднетяжелая форма обострениями 2 – 3 раза в год; тяжелая форма характеризуется частыми обострениями 4 – 6 раз в год. При проведении медико-социальной экспертизы необходимо учитывать, что рецидивирующее течение гастродуоденальных язв наблюдается при инфицированности *H. Pylori* или вызваны приемом лекарственных средств (ацетилсалициловая кислота и другие НПВП), или резко выраженной желудочной гиперсекрецией (например, при синдроме Золлингера-Эллисона), или имеет место малигнизация основного процесса (изъязвленный рак). Учитывая характер течения язвенной болезни при проведении медико-социальной экспертизы необходимо тщательно изучать, что привело к частому обострению язвенной болезни и адекватность проводимой терапии обострений.

При оценке стадии патологического процесса необходимо помнить, что это эндоскопическая характеристика (стадия острых и плоских краев, стадия рубцевания,

стадия рубца «красного» и «белого») и она учитывается для определения только длительности временной нетрудоспособности.

При оценке выраженности послеоперационных осложнений учитывается степень выраженности демпинга синдрома, синдрома приводящей петли и др.

Классификация степени тяжести демпинг – синдрома:

1. *Легкая степень ( I )* характеризуется эпизодами слабости или недомогания после приема легкоусвояемой пищи (сладкие блюда или молока), длящихся 10 – 15 минут. Объективно ИМТ (индекс массы тела) в норме. Пульс во время демпинг-реакции учащается на 10-15 уд/мин, систолическое давление снижается на 5 мм. рт. ст. На ЭКГ в момент приступов изменений не наблюдается. При исследовании сахарной кривой гипергликемический коэффициент не превышает 1, – 1,6. Эвакуация бария из желудка совершается в течение 15 – 20 мин, а пищевого завтрака 60 – 70 мин. Время прохождения контрастного вещества по тонкой кишке не менее 5 часов.

2. *Средняя степень ( II )* характеризуется приступами, возникающими после каждого приема молочных, сладких блюд, а нередко и после приема продуктов, богатых белками, большого объема принятой пищи. Продолжительность приступа от 30 – 40 минут. Стул неустойчивый. Объективно во время приступа отмечается учащение пульса на 10 – 15 уд/мин, снижение артериального давления на 5 – 10 мм.рт.ст. На ЭКГ определяется синусовая тахикардия, может быть смещение интервала S – T ниже изоэлектрической линии в первых двух стандартных отведениях и левых грудных позициях и снижение зубца T в этих же отведениях. Отмечается изменение ИМТ (похудание на 8 – 10 кг). Во время приступа больные вынуждены лежать. Гипергликемический коэффициент достигает 1,6 – 1,7. Рентгенологически: ускоренное опорожнение культи желудка в течение 10 – 15 мин, от пищевого завтрака – за 30 – 40 мин. Время прохождения бария по тонкой кишке 3-3,5 часа. Однако сходные явления иногда наблюдаются и в случае отсутствия клинических симптомов демпинг синдрома. Для доказательства его наличия полезна проба А.Я. Фильштинского: у больного проводят исследование желудка дважды – до подкожной инъекции 2 мл 0,2% раствора ацеклидина и спустя 15 минут после нее. При демпинг синдроме начальная скорость эвакуации сульфата бария возрастает в 2,3 раза, в то время как у лиц без синдрома уменьшается в 2,1 раз.

3. *Тяжелая степень ( III )* характеризуется приступами, возникающими после приема любой пищи, иногда даже глотка воды, продолжительностью 1,5 – 2 часа, изнуряющими больных. В этой связи больные избегают принимать пищу, худеют (дефицит массы тела достигает 15 – 20 кг). В момент приступа наблюдается бледность или наоборот покраснение кожных покровов, липкий холодный пот, учащение пульса более чем на 15-20 уд/мин, систолическое давление понижается на 15 – 20 мм. рт.ст. На ЭКГ изменения свидетельствующие об ишемии миокарда. Гипергликемический коэффициент 2,0 – 2,5. Рентгенологически: эвакуация бария из культи совершается в течение 5 – 7 мин. Время прохождения бария в тонкой кишке не более 2 – 2,5 часа.

4. *Демпинг-синдром (IV) степени* характеризуется дистрофическими изменениями внутренних органов, значительным истощением вплоть до кахексии.

Классификация степени тяжести синдрома приводящей петли.

1. Легкая степень клинически характеризуется тяжестью в правом подреберье, иногда горечью в полости рта и срыгиванием желчи после еды. Общее состояние больного не страдает. Объективных и рентгенологических изменений нет.

2. Средняя степень клинически характеризуется более выраженными функциональными расстройствами, чувством распирания, вздутием и болями в правом подреберье, возникающими вскоре после еды, постоянным чувством тошноты, горечью в полости рта, срыгиванием и рвотой желчью, облегчающим состояния больных. Эти явления вызывают ситофобию, в связи с чем больные худеют. Признаками синдрома приводящей петли рентгенологически являются: расширение кишки, отечность слизистой оболочки, задержка в петле содержимого, болезненность при пальпации.

3. Тяжелая степень клинически характеризуется значительно выраженными функциональными расстройствами, постоянным мучительным чувством тошноты и

изжоги, горечью и сухостью во рту, обильной рвотой после каждого приема пищи, это вызывает значительное снижение ИМТ.

**Классификация степени тяжести пилородуоденального стеноза**

Пилородуоденальный стеноз представляет собой сужение выходной части желудка и / или луковицы двенадцатиперстной кишки в результате многократных обострений язвенной болезни. Редко встречается сужение других отделов двенадцатиперстной кишки. Различают органический пилородуоденальный стеноз в результате рубцового или опухолевого процесса и преходящее сужение пилородуоденальной зоны вследствие воспалительного околоязвенного отека и сегментарного спазма.

Различают три степени органического пилородуоденального стеноза:

1. *Компенсированный*. Клинические проявления: тяжесть после еды, изжога, отрыжка кислым, редко рвота. Объективно патологических симптомов не выявляется. Рентгенологически определяется усиленная перистальтика желудка без заметного замедления эвакуации. Эндоскопически определяется выраженная деформация пилородуоденального канала с сужением его просвета до 2 см [14].

2. *Субкомпенсированный*. Клинические проявления: интенсивные боли в эпигастриальной области и чувство распираания после приема уже небольшого количества пищи, отрыжка тухлым и рвота, приносящая облегчение, похудание. Объективно при пальпации признаки расширения желудка и симптом плеска через несколько часов после еды. Рентгенологически определяется расширение желудка натощак, наличие в нем жидкого содержимого в умеренном количестве, ослабленная перистальтика желудка. Опорожнение желудка замедленное: контрастная взвесь задерживается в нем от 6 часов до 24 часа. Эндоскопически привратник непроходим для зонда. Степень сужения различна, обычно диаметр привратника меньше 8 мм.

3. *Декомпенсированный*. Клинические проявления: частая рвота, почти не приносящая облегчение больному, т.к. полностью желудок при этом не опорожняется; постоянная отрыжка тухлым; чувство переполнения желудка; жажда; периодически мышечные подергивания, в крайнем случае «желудочная тетания»; отсутствие аппетита; поносы; олигоурия. Объективно: прогрессирующее истощение больного; снижение тургора и эластичности кожи; заострившиеся черты лица; шум плеска определяется постоянно. Рентгенологически желудок растянут, атоничен, содержит большое количество жидкости и пищи, барий оседает медленно. Через 2 часа барий определяется в желудке. Эндоскопически осуществляется после проведения стока содержимого желудка, желудок увеличен, привратник непроходим.

При оценке осложнений язвенной болезни главное это частота кровотечений, степень выраженности стеноза выходного отдела желудка. Необходимо помнить, что эти осложнения часто являются показанием для проведения хирургического лечения.

Объективной оценкой степени выраженности пищеварения является выраженность питательного статуса. В экспертной практике мы рекомендуем ориентироваться на показатель индекса массы тела (ИМТ), известный также как индекс O,uttelet:  $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{длина (м)}^2$ .

Таблица 2

**Степень нарушения питания**

Показатель	Нормальное питание	Степень нарушения питания		
		Легкая	Средняя	тяжелая
ИМТ	21 – 19,1	19 – 17,1	17 – 14,1	>14

Причиной хронических рецидивирующих гастродуоденальных язв часто бывают НПВП, антикоагулянты, необходимые для лечения сопутствующей патологии: ИБС, гипертонической болезни, ревматоидного артрита и др., особенно у лиц пожилого возраста, поэтому экспертиза учитывает степень выраженности данной патологии.

Принципы оценки ограничений жизнедеятельности при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ограничение способности к трудовой деятельности 1-й степени наблюдается при язвенной болезни, осложненной стенозом или перфорацией, или кровотечением, устраненным хирургическим путем, в результате которого развился демпинг-синдром или синдром приводящей петли средней степени тяжести. Этим больным противопоказан труд, связанный со значительным физическим (например, работа бурильщика, формовщика, литейщика, грузчика и др.) и нервно-психическим напряжением, сотрясением тела (например, у клепальщика, шофера грузовой машины, тракториста, бульдозериста и др.) и вынужденным положением тела, а также контакт с кислотами и щелочами.

Ограничение способности к трудовой деятельности 2-й степени наблюдается при тяжелом течении язвенной болезни, демпинге синдроме и синдроме приводящей петли тяжелой степени с выраженным истощением.

Ограничение способности к трудовой деятельности 3-й степени наблюдается при демпинг-синдроме четвертой степени с резко выраженным истощением и дистрофическими изменениями внутренних органов.

Ограничение способности к трудовой деятельности 3-й степени наблюдается в случаях злокачественного перерождения язвы с метастазированием процесса.

### Литература

1. Бойко, И.Н. Современная метаболическая терапия при хроническом гастрите и язвенной болезни : практ. пособие для врачей / под ред. И.Н. Бойко. – СПб. : Невский фонд, 2006. – 176 с.
2. Буторов, И.В. Иммунологические и патогенетические аспекты клинического применения имунофана при язве двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста / И.В. Буторов (и др.) // Терапевтический архив. – 2007. – Т. 79. – № 2. – С.18-22.
3. Гиткина Л.С. Зависимость трудопотерь от организации гастроэнтерологической помощи и ВТЭ / Л.С. Гиткина (и др.) // 4-й всесоюзный съезд гастроэнтерологов, Ленинград, 17-20 окт. 1990 г. : материалы съезда. – М; Л. – 1990. – Т. 1. – С. 25-26.
4. Ивашкин, В.Т. Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, Ф. Мерро, Т.Л. Лапина. – М.: Триада-Х. – 1999. – 255 с.
5. Калинин, А.В. Язвенная болезнь: метод. указания / А.В. Калинин. – М.: ГИУВ МО РФ. – 2004. – 64 с.
6. Лазебник Л.Б. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Л.Б. Лазебник (и др.) // Терапевтический архив. – 2007. – Т. 79. – № 2. – С. 12-15.
7. Маев, И.В. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии / И.В. Маев, А.А. Самсонов // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2004. – № 1. – С. 6-11.
8. Минушкин, О.Н. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / О.Н. Минушкин (и др.) // Терапевтический архив. – 2007. – Т. 79. – № 2. – С. 22-26.
9. Насонова, Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты: перспективы применения в медицине / Е.Л. Насонова. – М.: Анко. – 2000. – 143 с.
10. Пальцев, А.И. Анализ состояния заболеваемости органов пищеварения в Новосибирской области / А.И. Пальцев, М.К. Джуробаева // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 1999. – № 8. – С. 72-74.
11. Передерий, В.Г. Язвенная болезнь: прошлое, настоящее, будущее / В.Г. Передерий, С.М. Ткач, С.В. Скопиченко. – Киев : [Б. и.], 2003. – 256 с.
12. Пиманов С.И. Рекомендации международных согласительных документов по профилактике рака желудка и рецидивов гастродуоденальной язвы / С.И. Пиманов (и др.) // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2008. – Т. 10. – № 8. – С. 9-14.
13. Самсонов, В.А. Язвенная болезнь: новые материалы к патоморфологии осложненных ее форм / В.А. Самсонов. – Петрозаводск : Карелия. – 1975. – 260 с.
14. Шептулин, А.А. Современный алгоритм лечения язвенной болезни / А.А. Шептулин // Клиническая медицина. – 2004. – Т. 82. – № 1. – С. 57-60.
15. Griffin, M. R. Epidemiology of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastrointestinal injury / M. R. Griffin // Am. J. Med. – 1998. – Vol. 104. – № 3A. – P. 23S -29S.
16. Laine, L. Peptic ulcer disease: where are we and where do we go from here? / L. Laine // AGA postgraduate course : course syllabus, May 18–19, 2002. – San Francisco, 2002. – P. 21-26.



## **MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF AID IN ELDERLY PATIENT WITH STOMACH AND DUODENAL ULCER**

**T.V. Dmitrieva**

**V.N. Dmitriev**

*Belgorod State University*

*e-mail: [tdmitrieva1@mail.ru](mailto:tdmitrieva1@mail.ru)*

Method devices to diagnose the level of destruction of the digestive organs – stomach and duodenal ulcer, strategy limitation of vital activity of patients, social precautions to a certain extent are given in a suggested elaboration. All these stipulate medical and social criteria of disability.

Keywords: stomach and duodenal ulcer, level of vitality destruction, restricted vitality, social protection, disability.