

Отдел I. Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

Из 1-й терапевтической клиники Горьковского мед. института
(дир. проф. И. М. Рыбаков).

К вопросу о трудоспособности больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Проф. И. М. Рыбаков.

Старая клиника, оставив нам немалое богатство клинических фактов, много блестяще разработанных клинических проблем, изучала, однако, как известно, прогноз больного человека под углом зрения *quo ad vitam* и *quo ad valetudinem*. В специальных учебниках, где излагаются различные болезненные процессы, в классических лекциях старых и даже современных клиницистов,—во всех этих руководствах, которыми пользуются постоянно студент и врач, по поводу всех болезней и больных мало или почти нет указаний на степень утраты трудоспособности, нет и намеков на вопросы трудоустройства. А между тем—не эти ли моменты являются главнейшими в активной трудовой жизни человека? Не ясно ли, что огромная масса болезней не заканчивается полным выздоровлением? И не пора ли современной советской клинике особенное внимание уделить вопросам трудоустройства и трудоспособности. Неверно, если говорят, что этим делом занимаются и должны заниматься только клиники профболезней, институты экспертизы и трудоспособности. Все советские клиники обязаны изучать болезнь у больного человека не только с точки зрения абстрактных понятий о компенсации, но главным образом под углом зрения возможности трудоустройства. А между тем, можно утверждать, что среди больных, которые выписываются из клиники, немало ятрогенных инвалидов,—таких, которые уходят из клиник с схоластическим академическим заключением—„не работать“. Клиницисты не доценивают, что труд в нашей стране—„дело чести и доблести“,—что рациональный и дозированный труд и для больного человека—важнейший положительный фактор, важнейший фактор жизни и компенсации. Отсюда ясно, что работа ВТЭК и врачи ВТЭК должны быть ближе к клиническим и практическим амбулаторным и стационарным лечебным учреждениям, чтобы влиять на них; отсюда не менее ясно, что клинические и практические врачи должны сознавать свою ответственность за судьбы больных в смысле перспективы их трудоспособности и трудоустройства. Чаще всего ятрогенные инвалиды—сердечные больные, но немало таких инвалидов и среди язвенных больных. Как, например, отнести к такому заключению клинициста Смирнова: „пока язва существует—она, обыкновенно, кроме рвоты и других явлений перигастрита, может давать желудочное кровотечение и грозить прободением желудка, поэтому положение такого больного всегда оказывается серьезным, и способность к какому-нибудь профессиональному труду должна быть признана утра-

ченной". Больной должен быть отнесен ко 2-й группе инвалидности, независимо от того, состоялось ли кровотечение и независимо от упитанности больного. Но есть ли такое заключение схоластически-академическое заключение? На такой же неправильной точке зрения стояли работники Сормовского ВТЭК, которые определили в 1933 г. одному рабочему 43 лет, сварщику жел.-прок. цеха, инвалидность II группы по поводу язвы пилоро-дуоденальной области и который в 1934 г., после пересвидетельствования, переведен в III группу.

Язвенные больные составляют сравнительно небольшую группу инвалидов по отношению к другим больным. По данным Московской страховой кассы язва желудка стоит на 7-м месте в ряду всех болезней по временной нетрудоспособности. Еще меньшее место язвенная болезнь занимает по стойкой и длительной потере трудоспособности.

Материал нашей ВТЭК и филиала НИЭК за 1934 год составляет 48 человек. Этот материал, однако, настолько однотипен, что анализ его дает возможность сделать ряд выводов. Обращает на себя внимание то, что среди язвенных больных почти все больные—мужчины в наиболее цветущем возрасте 20—45 лет. Это вполне соответствует современным литературным и клиническим наблюдениям. Существует мнение, что некоторые профессии особенно благоприятствуют заболеванию язвой желудка или 12-перстной кишки. Если стать на точку зрения возможности возникновения язвы желудка вследствие механических, химических, термических раздражений (слизистой), то а priori можно было бы ожидать большое количество язвенных больных у некоторых рабочих пищевой промышленности (повара), у сапожников, швейников, у некоторых групп рабочих химической и металлической группы, а также у лиц тяжелого физического труда. Существует такое мнение, что язва желудка особенно распространена среди волоочильщиков и среди рабочих кожевенной промышленности. Клиника, руководимая мною, имеет огромный язвенный материал. Через клинику лечебного питания проходили в основном только язвенные больные. Анализ клинического материала (больше 500 случаев) не дает права считать, что у рабочих какой-нибудь профессии имеется преимущественная склонность к заболеванию язвенной болезнью. Материал неклинический говорит о том же. Так, Левитан и Ерусалимчик (Москва), анализируя материал в 650 случаев, также пришли к выводу, что у сапожников, кожевников, швейников язва желудка встречается гораздо меньше, чем даже у металлостов и чернорабочих. Наш небольшой материал ВТЭК и НИЭТ также подтверждает данные Левитана.

При решении вопроса о временной, особенно стойкой, нетрудоспособности почти всеми учитывается возможность механической травматизации брюшного пресса, химического и термического раздражения желудка. Как известно, есть даже такая теория, признаваемая многими исследователями, которая возникновения язвы, ее обострение, ее ремиссии ставит в связь с появлением, обострением и затиханием гастрита (катара). Мы не совсем согласны с этим мнением: клиника и каждодневный опыт учат, что периодические обострения у язвенных больных, наступающие иногда весной и осенью, находятся часто вне связи с гастритом, который в этом периоде или не определяется, или же, обнаруживаясь клинически и рентгенологически, остается в том же виде, несмотря на то, что типич-

ный язвенный симптомокомплекс снят. Вольной, не взирая на работу, на профессиональные раздражители, иногда, несмотря даже на диетические погрешности, остается компенсированным, — поэтому при решении вопроса о трудоспособности исходить только из возможности профессиональной травматизации брюшного пресса и слизистой желудка нам кажется не совсем правильным. С точки зрения современного и нашего понимания неосложненной язвенной болезни, для обострения ее роль травмы ничтожна; гораздо большее значение для рецидивов язвы имеют утомление, нервно-психические возбуждения и диетические погрешности и не столько в смысле механическом, сколько в смысле химическом.

Есть два обстоятельства, которые заставляют каждого врача при определении трудоспособности серьезно призадуматься, когда перед ним больной с язвой желудка или язвой 12-перстной кишки. Два грозных осложнения могут быть у язвенного больного, из-за которых эти больные могут погибнуть или в лучшем случае на долгое время выбыть из строя. Я имею в виду острое желудочно-кишечное кровотечение и перфорацию.

С перфорациями я, как терапевт, имею дело весьма редко; но изучение литературного материала показывает, что трудно установить определенные закономерности для возможности перфорирования язвы желудка или duodeni. Нет у нас пока прочных оснований, по которым мы могли бы сказать, что определенные внешние факторы, в частности моменты профессионального, механического характера, больше всего повинны в перфоративном процессе. Ни локализация, ни форма и характер язвы не обуславливают никаких закономерностей перфоративных катастроф. Мы считаем не имеющим никакого практического и научного смысла термин преперфоративный процесс, если этим термином обозначают состояние значительного обострения язвенной болезни, когда общая и особенно местная симптоматика выражена резко, когда во время обострения больные испытывают мучительные боли и наблюдается значительное *defense musculaire*. Кто может доказать, что такая симптоматика предшествует перфорации? Кому неизвестно, что перфорируют нередко язвы в стадии ремиссии, в безболевого периоде? Кто из нас не видел, что такие острые мучительные боли очень легко можно снять покоем и антисептическими средствами? И, наконец, для большинства из нас ясно, что резко выраженный *defense* есть ответ не только на местный желудочный процесс. Таким образом, придавая значение специально бытовым и профессиональным факторам в возникновении и течении язвенной болезни, мы не можем пока установить определенных закономерностей и придавать им большее значение, чем моментам конституционного порядка, каковые моменты нужно считать весьма существенными для возможности возникновения перфоративных процессов. Не подлежит сомнению, однако, что язвенные больные, однажды имевшие перфорацию, становятся стойко нетрудоспособными уже хотя бы потому, что во время таких катастроф редко производится радикальная операция; они продолжают оставаться серьезными язвенными больными и у них, вследствие невыясненных конституциональных особенностей, а может быть и особенностей местных в желудке не исключается возможность новой катастрофы.

Остановившись на 2 м весьма грозном осложнении язвенной болезни — острым желудочно-кишечным кровотечением. Известно, что кровотечения наблюдаются наичаще при язве 12-перстной кишки. Казалось бы, что

наибольшие возможности для кровотечений возникают при условии расположения язвы на задней стенке, соприкасающейся с *arteria gastroduodenale*. Тем не менее наш материал (обследуемый в последующем и рентгенологически) этой закономерности не устанавливает. Не удается выяснить также какую-нибудь особенную зависимость острых желудочно-кишечных кровотечений от обычных профессиональных травм брюшного пресса. Замечаются нередко острые желудочно-кишечные кровотечения без предшествующих болевых симптомов, без того, чтобы больной даже знал о том, что он болен язвой. Наши наблюдения дают основание считать, что для кровотечений—локализация, форма, величина имеют меньшее значение, чем реакция всей сосудистой системы под влиянием хронических инфекций и интоксикации, в частности *lues'a*, под влиянием склонности к геморрагиям вообще и под влиянием нервно-психических моментов. Примером может служить больная, которая сейчас находится на излечении в нашей клинике. Молодая женщина проводила бессонные ночи у постели тяжело больного скарлатинозного ребенка в заражном бараке. И когда выяснилось почти безнадежное состояние ребенка—наступила сильная нервно-психическая аффектация с последующим острым желудочно-кишечным кровотечением. Заслуживает внимания, с точки зрения решения вопроса о трудоспособности, что язвенные больные, имеющие острые желудочно-кишечные кровотечения, склонны к таким же повторным катастрофам. Таких больных на нашем материале около $1/2$. Следовательно, язвенные больные, имевшие острые желудочно-кишечные кровотечения, должны быть признаны утратившими трудоспособность и должны быть поставлены в условия максимального щажения.

Среди язвенных больных, которые составляют материал нашей ВТЭК и по данным разных авторов, в частности проф Руфанова, огромный процент падает на осложненные и оперированные язвы. Если исключить случаи инвалидности по поводу язв желудка и *duodeni*, у которых операция предпринята из-за резко нарушенной эвакуаторной функции, из-за пенетрирующих, каллозных и часто кровоточащих язв, то все же большая часть инвалидов оперирована не по таким прямым показаниям, а вследствие частых рецидивов. Немалую часть больных составляют больные с перидуоденитами, перигастритами, резецированные и особенно часто—энтеростомированные больные. Что касается неоперированных больных, у которых язва желудка и *duodeni* осложнена перипроцессами, то возникает вопрос,—чем эти больные отличаются по субъективным и объективным данным от обычных неосложненных язвенных больных, и в какой степени эти больные, работая на т. н. тяжелых для желудочно-кишечных больных профессиях, больше инвалидизируются, чем обычные язвенные больные? Не останавливаясь подробно на симптоматике, укажу лишь, что, по моему убеждению, основанному на опыте многочисленных наблюдений, такие перипроцессы сами по себе не вызывают значительных объективных и субъективных симптомов, они в крайнем случае дают о себе больше знать при физическом напряжении, длительной ходьбе и тряской езде,—эти процессы, осложняющие язву, могут служить поводом для постановки вопроса о трудоустройстве, но не о потере трудоспособности. Неправильно расцениваются многими врачами острые боли при наличии перипроцессов, зависящими от них. Эти обострения, боли, иногда действительная невозможность работать, являются, по нашему

мнению, результатом рецидива язвы, результатом очередной „атаки“ язвенной болезни. Что касается оперированных язвенных больных, то вопрос этот еще недостаточно изучен; выводы относительно большей нетрудоспособности оперированных язвенных больных, которые делают разные авторы, в том числе хирург проф. Руфанов, ВТЭК—не очень убедительны, потому что в группу инвалидизировавшихся попадают такие больные, которые нетрудоспособны вследствие неудачного и порою непоказанного оперативного вмешательства. Беда в том, что хирурги часто не учитывают той нетрудоспособности, которая возникает даже у обезболенных оперированных больных, становящихся нетрудоспособными по поводу выраженных анемий, иногда доходящих после резекции до злокачественных форм, по поводу панкреатитов, энтеро-колитов, гастритов и симптомов малого желудка, симптомокомплекса гастро-энтеростоза, не говоря уже о рецидивах язвы. Повторяем,—при учете нетрудоспособности оперированных больных выводы должны быть сделаны с поправкой на неправильные показания и технически неудачные операции. К сожалению, однако, мы еще долго будем встречаться с оперированными не по абсолютным показаниям язвенными больными и статистика ВТЭК, учитывающая трудоспособность всех вообще оперированных язвенных больных, еще долго будет поэтому говорить далеко не в пользу оперативного метода лечения.

Итак, язвенный больной, несмотря на регулярные обострения, может сохранять в основном трудоспособность по любой профессии и требует лишь, для целей дальнейшего сохранения трудоспособности в периоды обострений, серьезного рационального клинического или домашнего лечения.

Поскольку хронические язвенные больные наряду с язвой имеют часто и необратимые спаянные процессы, дающие о себе знать при физических перенапряжениях или механических раздражениях брюшного пресса и желудка, допустим перевод некоторых язвенных больных на другую работу и в крайнем случае на неполную по загрузке работу.

Временно неспособными к систематическому труду могут быть признаны те категории рабочих, которые несут сравнительно тяжелый физический труд, у которых язвенная болезнь уже однажды сопровождалась перфорацией или острым желудочно-кишечным кровотечением.

Ограниченно трудоспособными, или иногда нетрудоспособными, придется признать тех больных, которые оперированы вследствие неправильных показаний и последующих специфических осложнений как со стороны желудочно-кишечного тракта, так и вследствие общего понижения тонуса и слабости организма.
