

Таким образом, общая экономическая эффективность в расчете на одного лечившегося в профилактории равна в среднем 356,6 руб. Стоимость же затрат на одну пультку в профилактории составляет 105 руб. Интересно отметить, что при применении обычных методов терапии в профилактории (диета, спазмолитики, физиотерапевтические процедуры) экономическая эффективность, рассчитанная аналогичным путем, на одного лечившегося оказалась равной в среднем 254,3 руб.

Проведенные наблюдения свидетельствуют, что курсовое применение медикаментозных сочетаний, включающих анаболические и спазмолитические препараты, в условиях сменного профилактория оказывает выраженный терапевтический эффект у больных язвенной болезнью. После такого лечения снижается частота обострений болезни, уменьшается число дней нетрудоспособности, что, помимо главного — лечебного эффекта, дает и определенный экономический результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дроздов А. Д. Результаты консервативного и хирургического лечения хронической часто обостряющейся язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. канд. дисс., Минск, 1969.— 2. Лурия Р. А. Болезни пищевода и желудка. М., 1941.

Поступила 31 января 1978 г.

УДК 616.33—002.44—089.87—036.865

О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Н. А. Баулин

Кафедра анатомии и физиологии (зав. — доц. И. Н. Сахарова) Пензенского педагогического института им. В. Г. Белинского, Никольская районная больница (главврач — заслуж. врач РСФСР В. Г. Горбунова) и горбольница № 5 (главврач — Г. С. Большаков) г. Пензы

Реферат. По данным катамнеза, стационарного обследования и материалов ВТЭК изучена временная нетрудоспособность и инвалидность у 102 больных трудоспособного возраста, перенесших резекцию желудка (сроки наблюдения — до 5 лет). Отмечены дефекты в работе ВКК и ВТЭК, следствием которых явились слишком длительное (свыше 3 мес) пребывание многих оперированных на листке нетрудоспособности, высокий процент выхода на инвалидность и необоснованное завышение групп инвалидности без учета общего состояния больных и профессиональной принадлежности. Разработаны примерные критерии временной нетрудоспособности и инвалидности оперированных больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь, резекция желудка, временная нетрудоспособность, инвалидность.

Библиография: 2 названия.

Вопросы реабилитации, временной нетрудоспособности и инвалидности после резекций желудка по поводу язвенной болезни имеют большое значение. Мы поставили перед собой задачу изучить динамику временной нетрудоспособности и инвалидности после резекции желудка и, сопоставляя полученные данные с результатами систематического стационарного обследования больных, проводимого в порядке диспансерного наблюдения, дать оценку деятельности ВКК и ВТЭК и разработать соответствующие практические рекомендации в отношении экспертизы трудоспособности оперированных больных. С этой целью были проанализированы катамнезы, данные стационарного обследования и материалы ВТЭК, представляющие информацию о 102 больных трудоспособного возраста после резекции желудка (сроки наблюдения — до 5 лет). Мужчин было 90, женщин — 12. Обращает на себя внимание многочисленность возрастной группы от 30 до 49 лет (68 чел.). У подавляющего большинства больных (89) длительность заболевания превышала 5 лет. У 58 больных язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 40 — в желудке и у 4 была сочетанная локализация. У 90 больных поводом к операции явились осложнения язвенной болезни: стеноз — у 39, пенетрация — у 36, кровотечение — у 9, перфорация — у 4 и малигнизация язвы — у 2. 12 больных оперированы в связи с неэффективностью длительной консервативной терапии.

Объем резекции зависел от уровня кислотности желудочного сока, определяемого фракционным методом. Если максимальный уровень свободной соляной кислоты не превышал 40 ммоль/л, производили экономную (40%) резекцию желудка, при умеренном гиперацидном состоянии резецировали 50% желудка, при высокой кислотности (около 100 ммоль/л и больше) — в пределах 60—65% (число больных — 8, 70 и 22 соответственно).

Резекцию желудка производили в разных модификациях второго способа Бильрота, но в основном — с гастроэнтероанастомозом на средней по длине приводящей петле с межишечным соустьем. Все больные выписаны из стационара без серьезных осложнений со стороны оперированного желудка и лапаротомной раны.

По материалам ВКК, оперированным выдавали листок нетрудоспособности на сроки от 30 до 180 дней, в среднем на 101 ± 6 дней. Эти показатели значительно выше некоторых литературных данных [1, 2]. Из 42 больных, у которых длительность признанной ВКК временной нетрудоспособности составляла от 3 до 4 мес после операции, только 6 были выписаны на работу без освидетельствования ВТЭК. Больше 4 мес листок нетрудоспособности продлевался 18 больным, из которых только 6 не были направлены на ВТЭК. Остальные 12 человек были комиссованы по второй (8) и третьей (4) группам инвалидности, в том числе через 135 дней после операции — 6, через 150 дней — 4 и через 165 дней — 2.

Достаточно аргументированных оснований для определения такой длительной нетрудоспособности мы не нашли. Все больные, кроме одного, чувствовали себя вполне удовлетворительно. Срок временной нетрудоспособности оказался необоснованно завышенным у каждого третьего больного, в том числе у каждого девятого (11,6%) он составлял более 4 мес после резекции желудка.

При освидетельствовании во ВТЭК все 90 оперированных были признаны инвалидами, причем ограниченно трудоспособными (третья группа) — только 4, а остальные 86 — нетрудоспособными (вторая группа). С нашей точки зрения, инвалидность второй группы предоставлялась с необоснованным завышением. Это подтверждают следующие факты. Во-первых, как показали результаты стационарного обследования, все комиссованные (кроме двоих) чувствовали себя вполне удовлетворительно, на боли и выраженные диспепсические расстройства не жаловались. Заметного нарушения пищеварения и питания у них не было.

Во-вторых, из 86 признанных нетрудоспособными только у 36 человек (41,9%) профессия была связана с тяжелым физическим трудом; 32 выполняли легкую физическую работу. Каждый пятый (18 человек) оказался работником интеллектуального труда. Последним двум категориям оперированных следовало бы в крайнем случае установить 3 группу инвалидности. Большинство из них могли быть выписаны на работу по истечении срока пребывания на листке нетрудоспособности. В подтверждение сказанного сошлемся на профессиональную принадлежность 16 больных, которые, минуя всякую (12 человек) или вторую (4 человека) группы инвалидности, через 3—7 мес после операции приступили к своей прежней работе. Среди них 6 занимались интеллектуальным трудом, а 10 по роду своей профессии выполняли легкую физическую работу.

В-третьих, из 86 комиссованных по второй группе 46 человек через 2—11 мес после освидетельствования во ВТЭК вернулись к своей прежней производственной деятельности.

С немалым завышением, по нашему мнению, определялась и инвалидность третьей группы.

Из приведенного анализа видно, что большинству больных инвалидность явно и необоснованно завышалась. Как выяснилось, это было связано прежде всего с недостаточной осведомленностью специалистов ВКК и ВТЭК в вопросах экспертизы трудоспособности больных после резекции желудка. Инвалидность устанавливалась главным образом не по объективным данным, не по наличию или отсутствию постгастрорезекционных расстройств, степени нарушения пищеварения и питания, а лишь по одному факту, что больному произведена резекция желудка. Кроме того, мало учитывалась профессия подлежащих освидетельствованию.

То обстоятельство, что большинство комиссованных по 2 и 3-й группам инвалидности через несколько месяцев, а то и непосредственно после освидетельствования во ВТЭК возвращается к прежнему труду, явилось основанием для пересмотра принципов работы ВКК и ВТЭК по экспертизе трудоспособности оперированных больных. Специалистам ВКК и ВТЭК можно рекомендовать руководствоваться следующими положениями при экспертизе трудоспособности больных после резекции желудка.

1. Трудоспособность после резекции желудка определяется в основном двумя факторами: состоянием компенсации нарушенных функций организма и характером труда.

2. При соблюдении режима питания и отсутствии выраженных постгастрорезекционных расстройств лица интеллектуального труда и большинство оперированных, занятых легким физическим трудом, через 3 мес после резекции желудка без особого ущерба для здоровья могут работать по своей прежней профессии.

3. Лица тяжелого физического труда в зависимости от состояния адаптационно-компенсаторных способностей организма через 3 мес после операции должны быть комиссованы по 2 или 3 группам инвалидности сроком на 1 год.

4. Через 1 год и позже после резекции желудка следует устанавливать ограниченные трудоспособности и — лишь в порядке исключения — 2-ю группу инвалидности в основном лицам интенсивного физического труда с наличием у них тяжелых постгастрорезекционных синдромов с выраженным расстройством пищеварения и питания.

Экспертиза трудоспособности, проведенная Никольской районной ВТЭК в 1972—1973 гг. с учетом названных рекомендаций, показала возможность снижения инвалидности в ближайшие 2—5 лет после резекции желудка в 3,5—4 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карамышев Ф. И. Клиника и трудоспособность после резекции желудка при язвенной болезни. М., Медицина, 1954.— 2. Пушкарь Н. С., Закашанский И. Г. В кн.: Врачебно-трудовая экспертиза, восстановительное лечение и трудоустройство инвалидов. Киев, 1967.

Поступила 5 сентября 1978 г.

УДК 616.71—018.46—002:616.14—07

О ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

А. В. Барский, Н. П. Семенов, В. И. Тренин, В. И. Эткин,
М. А. Барская

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. А. В. Барский) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Резюме. Изучено венозное кровообращение у 94 больных с хроническим остеомиелитом костей голени с помощью флебографии, флеботонометрии и реографии. Обнаружены явления венозной недостаточности, причинами которой были тромботические изменения в глубоких венах и их последствия.

Ключевые слова: остеомиелит трубчатых костей, хроническая венозная недостаточность, флебография, флеботонометрия, реография.

3 иллюстрации. Библиография: 2 названия.

Несмотря на значительный прогресс в терапии гнойных хирургических заболеваний, результаты лечения хронического остеомиелита не могут полностью удовлетворить хирургов. Длительное течение хронического остеомиелита, частые рецидивы послужили основанием для определения хронического остеомиелита как «трофической костной язвы» [1], так как течение его сходно с течением трофических язв, возникающих вследствие нарушения венозного оттока. Однако значение изменений в сосудистой, особенно в венозной, системе пораженной конечности при хроническом остеомиелите исследовано совершенно недостаточно.

Для изучения венозной системы при хронических остеомиелитах костей голени мы использовали внутривенную функционально-динамическую флебографию (в вертикальном положении больных), флеботонометрию и функциональную реографию. Исследования выполнены у 94 больных.

У 69 пациентов перед флебографией была выполнена флеботонометрия ртутным манометром с использованием функциональных проб (ходьба на месте и проба Вальсальвы). У 52 больных произведена функциональная реография по Ю. Н. Левашову (1966), основанная на регистрации дыхательных волн при форсированном дыхании и при пробе Вальсальвы и позволяющая дифференцировать тромботическую окклюзию глубоких вен от клапанной недостаточности. Для оценки венозного кровенаполнения и оттока мы использовали следующие показатели реографических кривых: 1) реографический индекс (РИ); 2) время катакrotического спуска (β); 3) соотношение времени анакrotического подъема (α) и катакrotического спуска ($\alpha : \beta$); 4) величину угла наклона реографической кривой (угол β).