

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ I И II И ДУОДЕНОПИЛОРОПЛАСТИКИ

*В.Ф. Наумов, Р.Г. Минхаиров, З.З. Мустафина, Н.М. Мрасов, Ф.З. Шамеева*

*Управление здравоохранения (начальник — М.А. Мухаметзянов) г. Казани, Главное бюро медико-социальной экспертизы РТ (зав. — Ф.З. Шамеева), городская больница № 11 (главрач — Р.Г. Минхаиров), Центр гастрохирургии (руководитель — докт. мед. наук В.Ф. Наумов), кафедра гигиены, медицины труда и медицинской экологии (зав. — чл.-корр. РАМН, проф. Н.Х. Амиров) Казанского государственного медицинского университета*

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в развитых странах мира является одним из самых распространенных заболеваний без тенденции к снижению. Параллельно с ростом числа больных, перенесших операции, увеличивается частота различных постгастрорезекционных синдромов [1].

В лечебных учреждениях г. Казани за последние 5 лет в плановом порядке были прооперированы 1743 пациента, из них 1451 — по методу Бильрот I и II с резекцией 2/3 желудка; у 292 пациентов была применена органосохраняющая операция — дуоденопилоропластика по методу В.Ф. Наумова [3].

Настоящая работа посвящена сравнительной оценке результатов трудовой экспертизы двух различных способов операций.

Трудоспособность оценивали по трем показателям: послеоперационная летальность (невосполнимая потеря), продолжительность пребывания больного после операции на больничном листе, наличие признаков инвалидности.

Экономический эффект рассчитывали исходя из следующих данных Госкомстата РТ на январь 1999 г.: месячная вновь созданная стоимость продукции — 3600 руб., средняя зарплата — 889 руб., средняя стоимость одного дня пребывания на больничном листе — 28 руб.

По нашим данным, резекция желудка по Бильрот по сравнению с дуоденопилоропластикой оказалась более травматичной операцией с высокой послеоперационной летальностью (4,4%). При дуоденопилоропластике за этот период летальных исходов не было.

При резекции желудка по Бильрот, в отличие от дуоденопилоропластики, в результате удаления большого объема желудка, изменения последовательнос-

ти и скорости хода пищевого химуса возникают более грубые нарушения пищеварения. Поэтому компенсация у больных этой группы бывает неполной и замедленной, что сказывается на их трудоспособности (табл. 1).

Таблица 1

Данные первичной экспертизы трудоспособности больных после различных способов операций

Признаки нетрудоспособности	Способ операции			
	резекция желудка по Бильрот		органосохраняющая операция	
	абс.	%	абс.	%
Число больных, направленных на экспертизу трудоспособности	267	18,4	10	3,4
Продление больничного листа	82	5,6	1	0,3
Признание инвалидом				
I группы	—	—	—	—
II группы	32	2,2	—	—
III группы	106	7,3	7	2,4

Если через 4 месяца после резекции по Бильрот больничный лист был продлен у 82 (5,65%) больных, то после дуоденопилоропластики — только у одного (0,34%). После дуоденопилоропластики больные находились на больничном листе на 37,5 дня меньше, чем после резекции желудка по Бильрот. Экономический эффект по данному показателю за 5 лет составил 306600 руб. (28 руб. × 292 операции × 37,5 дня). Значительно лучше после органосохраняющей операции восстанавливалась и трудоспособность. Если после резекции по Бильрот инвалидами были признаны 138 (7,5%) больных, из них 106 (7,3%) — III груп-

Структура пострезекционных синдромов при различных способах операций

Пострезекционные нарушения	Способ операции			
	резекция желудка по Бильрот		органосохраняющая операция	
	абс.	%	абс.	%

Число обследованных больных при экспертизе трудоспособности	176		7	
Демпинг-синдром	58	32,9	—	
Дефицит массы тела	55	31,2	—	
Анемия	37	21,0	—	
Гастрит	17	9,6	2	28,6
Рецидив язвы	8	4,5	3	42,8
Анастомозит	1	0,5	2	28,6

пы и 32 (2,2%) — II, то после дуоденопилоропластики ограничение трудоспособности (III группа) было установлено только у 7 (2,4%) больных и ни в одном случае не наблюдалась полная утрата трудоспособности (II группа). Если бы 292 пациента были прооперированы по Бильрот, то соответственно возросло бы и число инвалидов, причем III группы до 21 человека, II — до 6.

При инвалидности III группы государство несет следующий ущерб: сокращение месячной выработки продукции на 25%, что составляет 900 руб.; выплата пенсии в размере 25% от среднего заработка (222 руб.). В сумме ежемесячно государство теряет на инвалида III группы 1122 руб. За 5 лет данные потери достигают 188496 руб. (1122 руб. × 12 мес × 14 больных).

При полной утрате трудоспособности (II группа) государству наносится более значительный ущерб: месячная вновь созданная стоимость продукции — 3600 руб.; выплата пенсии (75% от месячного заработка) — 622 руб., итого в сумме 4222 руб. за один месяц. За 5 лет потери составляют 303984 руб. (4222 руб. × 12 мес × 6 больных).

Таким образом, суммарный экономический эффект от применения в гастроцентре органосохраняющей операции по приведенным выше данным составил 6415080 руб. Кроме того, наши данные свидетельствуют о больших потенциальных возможностях нового метода операции. Если бы все операции, выполненные в г. Казани 1451 больному были органосохраняющими, то при среднем экономическом эффекте в 21969 руб., общий экономический эффект составил бы 31877090 руб. (21969 руб. × 1451 больного).

При анализе причин потери трудоспособности обнаружена значительная разница в характере пострезекционных нарушений (табл. 2).

Так, после операции по Бильрот причиной нетрудоспособности у 58 (32,9%) больных явился демпинг-синдром, у 55 (31,2%) — дефицит массы тела, у 37 (21%) — анемия, у 17 (9,6%) — гастрит, у 8 (4,5%) — рецидив язвы и у одного (0,5%) — стеноз анастомоза. У больных

данной группы были установлены грубые нарушения процесса пищеварения, которые не всегда можно устранить консервативными мерами, причем с течением времени их тяжесть чаще всего увеличивается.

После дуоденопилоропластики больных с грубыми пострезекционными синдромами не было. У 3 из 7 больных установлен рецидив язвы, у 2 — анастомозит и у 2 — гастрит. Эти послеоперационные нарушения поддаются консервативной терапии. После органосохраняющих операций больные через 4—6 месяцев переходят на обычное питание. У них не отмечается непереносимости молочных и сладких блюд, употребление которых обуславливает демпинг-синдром, наблюдаемый после резекций по Бильрот. Принимаемый объем пищи и разнообразие продуктов и блюд в ранние сроки после дуоденопилоропластики приводят к увеличению массы тела у больных. Наши данные подтверждаются динамической трудоспособности этих больных при переосвидетельствовании (табл. 3).

Если после органосохраняющей операции число инвалидов III группы сократилось с 7 до 2 больных, то после резекции по Бильрот их число возросло со 106 до 142, а инвалидов II группы — с 32 до 45 и, кроме того, один больной был признан инвалидом I группы. Все это свидетельствует о том, что после резекции по Бильрот число больных с

**Динамика трудоспособности больных  
при различных способах операций  
при переосвидетельствовании**

Признаки нетрудоспособности	Способ операции			
	резекция желудка по Бильрот		органосохраняющая операция	
	первичная экспертиза	переосви- детель- ствование	первичная эксперти- за	переосви- детель- ствование
I группы	—	1	—	—
II группы	32	45	—	—
III группы	106	142	7	2
Всего	138	188	7	2

утратой трудоспособности с течением времени возрастает.

По данным В.С. Власова и А.А. Курыгина [2], проследивших судьбу больных, прооперированных по поводу язвенной болезни, на протяжении более 20 лет, 17% больных после резекции 2/3 желудка стали инвалидами II группы и 32% — III группы.

Оценка трудоспособности больных после плановых хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни за 5 лет по г. Казани свидетельствует о том, что органосохраняющий метод операции по своим результатам выгодно отличается от резекции желудка по Бильрот: он более безопасен, менее травматичен и не сопровождается рядом пострезекционных нарушений (демпинг-синдром, анемия, нарушение питания и др.), типичных для обычной резекции желудка.

Мы не претендуем на полноту расчета экономического эффекта новой операции. В данной работе были оценены лишь результаты за первые 5 лет после операции. Однако мы убеждены, что органосохраняющий способ обеспечивает более высокий уровень здоровья больным язвенной болезнью и открывает новые перспективы в хирургии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Галиуллин Ф.Г. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности и вопросы активизации управления охраны здоровья трудовых коллективов. — Сб. научн. тр. ГИДУВа им. В.И. Ленина. — Л., 1989.
2. Власов В.С., Курыгин А.А., Семко Л.А. // Хирургия. — 1980. — № 9. — С. 25—27.
3. Наумов В.Ф. Сфинктеро-сохраняющая пластика гастродуоденального "перехода". — Казань, 1991.

Поступила 12.10.99.

#### COMPARATIVE ESTIMATION OF WORK CAPACITY OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER AFTER STANDARD STOMACH RESECTION AND DUODENOPYLOROPLASTY

*Naumov V.F., Minkhairov R.G., Mustafina Z.Z.,  
Mrasov N.M., Shameeva F.Z.*

#### S u m m a r y

The comparative estimation of labour capacity after two various operation methods: standard stomach resection and duodenopyloroplasty is given. It is established that the organopreserving operation method provides higher health level of the patient with peptic ulcer. The suggested method is efficient in medical as well as in social and economic aspect.