

Экспертиза при язвенной болезни

Павлюченко А.А.
студентка 5 группы 4 курса лечебного факультета

Критериями оценки нетрудоспособности больных ЯБ являются:

- Фаза процесса (обострение или ремиссия)
- Степень тяжести обострения и характер течения заболевания
- Характеристика язвы (локализация, размер, стадия) и функционально-морфологическое состояние органов гастродуоденальной системы
- Развившиеся осложнения
- Эффективность предшествующего лечения
- Сопутствующие заболевания
- Социальные факторы (профессия, характер и условия труда)
- Психологические особенности личности (установка на труд)



Легкая форма ЯБ

- Редкие (одно обострение в 1-3 года, умеренный болевой синдром, незначительные диспепсические явления при медиогастральных язвах эквивалентом болей может быть синдром желудочного дискомфорта. При фиброгастроскопическом исследовании выявляется неглубокий, небольших размеров язвенный дефект; секреторная, кислотообразующая, двигательная функция желудка нарушены незначительно; вес тела нормальный, аппетит сохранен. ВН определяется при обострении заболевания и составляет при впервые выявленной ЯБ 12-п кишки - 15-17 дней - стационарного лечения, ЯБ желудка средне тяжелого течения - 18-21 дней, тяжелого - 25-30 дней стационарного лечения. При последующих обострениях лечение проводится амбулаторно 15-17 дней или стационарно 18-20 дней.

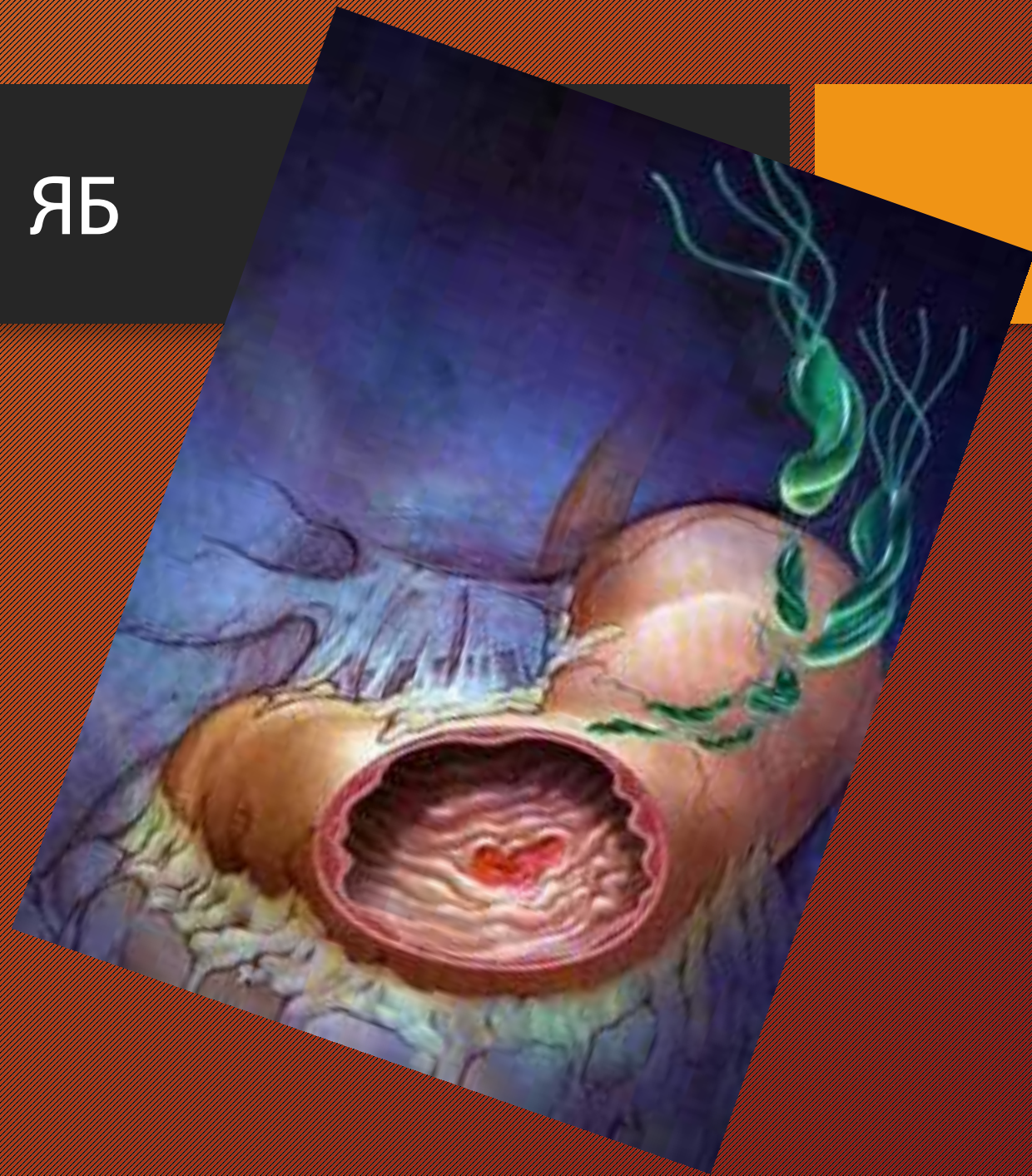


Противопоказан

- Тяжелый физический труд, работа, связанная с травматизацией подложечной области, воздействием гастротропных ядов, а также невозможностью соблюдения режима питания. ВКК в таких случаях дает рекомендации администрации предприятия по устранению неблагоприятных факторов в работе (ночные смены, сверхурочные работы, командировки) и рациональному трудоустройству пациента.

Средняя форма тяжести ЯБ

- Не менее 2 обострений в год с выраженным болевым синдромом, диспепсией; на ФГДС - язва значительных размеров с подрывными краями, дно покрыто фибрином, явления гастрита, дуоденита. Вне обострения имеется болевой синдром, астенизация, упадок питания на 8-10 кг. Выявляются нарушения кислотообразующей и двигательной функции желудка, перигастрит, перидуоденит, дискинезия желчных путей и др. При обострении заболевания ВН в течении 30-35 дней, лечение стационарное.



Противопоказаны

- Значительные и физические нагрузки, значительное нервное напряжение, травматизация подложечной области, длительное вертикальное положение тела, частые командировки и разъезды, ночные смены, воздействие токсических веществ. При невозможности трудоустройства без снижения квалификации пациенты направляются на МРЭК для определения 3 группы инвалидности.
- Трудоспособными считаются больные с легкой и средней степенью тяжелой формой ЯБ в стадии ремиссии при отсутствии ближайших и отдаленных последствий оперативного лечения и противопоказанных условий и видов труда.



Тяжелая форма ЯБ

• Определяется при часто рецидивирующем (3-4 и более в год) с длительными (6-8 и более недель) обострениями течения заболевания. Выражен болевой синдром, тяжелые диспепсические расстройства, упадок питания на 10-20 кг, значительные нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка, вовлечение в процесс желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, кишечника. На ФГДС - гигантские, длительно нерубцующиеся, каллезные язвы, «мигрирующие», сочетанные язвы желудка и 12- п кишки. Нередко заболевание приобретает непрерывно рецидивирующее течение, могут развиваться такие осложнения, как пенетрация в соседние органы или перфорация язвы, кровотечение, стеноз привратника, малигнизация. Вн продолжительная до 2-2,5 мес. (не менее 40-45 дней в стационаре. При отсутствии эффекта после 3-4 курсов комплексного лечения и отказе от операции - 2 группа инвалидности.



- При селективной ваготомии ВН при неосложненном течении составляет 30-35 дней и пациент возвращается к труду при отсутствии в работе противопоказанных факторов. При стволовой ваготомии Вн удлиняется до 50-60 дней. ВН после резекции желудка составляет 60-65-70 дней, вопрос о возвращении к труду решается в зависимости от возраста пациента, наличия и степени выраженности осложнений ЯБ, условий и вида профессиональной деятельности.

- Если оперативное вмешательство (резекция желудка) проведено при тяжелой форме ЯБ с упадком питания, выраженной анемией независимо от профессии и условий трудовой деятельности длительное пребывание на б/л нецелесообразно, реабилитационный потенциал таких пациентов невелик, по окончании операционного периода таких больных следует направлять на МРЭК для определения группы инвалидности.



Направление на МСЭ

- При направлении больного на МРЭК в посылном листе кратко указываются самые главные сведения из «язвенного» анамнеза пациента, нуждаемость в амбулаторной и стационарной помощи, объем проводимого лечения и его результаты, эффективность противорецидивной терапии. Из дополнительных методов исследования приводятся данные:
 - - ФЭГДС с результатами биопсии и наличия *H.pylori*. При невозможности выполнения ФЭГДС проводят рентгенологическое обследование,
 - - исследование желудочной секреции (с применением гистамина или пентагастрина), рН-метрия (если имеется),
 - - рост, масса тела пациента в динамике,
 - - анализ крови общий (динамика показателей при анемии), анализ мочи общий, анализ кала на скрытую кровь, копроцитограмма,
 - - биохимическое исследование сыворотки крови (глюкоза, общий белок, трансаминазы, холестерин, липопротеиды, электролиты, мочевины, амилаза, щелочная фосфатаза),
 - - УЗИ органов брюшной полости,
 - - заключение гастроэнтеролога, хирурга, онколога (по показаниям).
- Консультация хирурга в плановом порядке проводится при диагностике стенозов пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при неэффективности 3-4 курсов комплексного консервативного лечения при глубоких каллезных язвах, при непрерывно-рецидивирующем течении и проявлениях осложнений

