



Ю. А. Винник\*,  
В. В. Олексенко\*\*

\* *Харьковская медицинская академия последипломного образования*

\*\* *ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь*

© Винник Ю. А., Олексенко В. В.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ТРУДОВОЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

**Резюме.** После радикальной гастрэктомии по поводу рака желудка на протяжении первых трех лет обследовано и освидетельствовано 243 пациента. В первый год после операции 52,4 % больных были признаны инвалидами, причиной инвалидности в 34,2 % случаях было прогрессирование рака желудка, в 65,8 % — функциональные нарушения, во второй год инвалидами были признаны 47,7 % больных, вследствие прогрессирования рака желудка — 61,7 %, вследствие функциональных осложнений — 38,9 % лиц, на третий год инвалидами были признаны 39,8 % лиц, в 74,3 % случаев вследствие распространения злокачественного процесса, в 25,7 % — вследствие постгастрэктомических осложнений. Вернулись к труду в первый год 71,2 % лиц трудоспособного возраста, на второй год — 88,7 %, через три года — 91,9 % лиц.

**Ключевые слова:** *рак желудка, гастрэктомия, трудоспособность, инвалидность*

### Введение

Совершенствование техники выполнения хирургических вмешательств при раке желудка, включая применение комбинированных операций с обширными лимфодиссекциями, проведение адъювантной химиотерапии позволило увеличить среднюю продолжительность жизни и поднять планку выживаемости при различных стадиях рака желудка с 10 до 56 % [5]. В связи с этим увеличивается число лиц ранее успешно перенесших радикальное хирургическое лечение, нуждающихся в определении состояния трудоспособности [1]. Это продиктовано не только все возрастающим числом больных с впервые выявленным раком желудка, но и тем фактом, что больные раком желудка, — это люди, составляющие наиболее трудоспособное население. При этом, несмотря на то, что основной причиной смерти больных раком желудка, прошедших радикальное лечение, является прогрессирование злокачественного процесса, до 80 % больных ранее успешно перенесших гастрэктомию, имеют серьезные нарушения пищеварения, что может привести их к потере трудоспособности и инвалидности [6]. Экспертно-реабилитационная диагностика является одним из главных методов в медико-социальной экспертизе последствий ранее перенесенного хирургического вмешательства, определении показаний к реабилитации и установлению инвалидности. В первую очередь это направлено на разработку индивидуальных программ реабилитации больных [2].

Гастрэктомия является наиболее распространенным видом радикального хирургического вмешательства при раке желудка, выпол-

няемая в 60-70 % случаях. В связи с тем, что результатом гастрэктомии является перестройка нормальных анатомо-физиологических отношений органов пищеварительной системы, развивается целый симптомокомплекс осложнений, приводящий к развитию различных функциональных расстройств, именуемых как постгастрэктомические заболевания [3, 6].

Экспертиза трудоспособности у больных раком желудка после хирургического лечения довольно сложная процедура, при которой недопустим шаблонный подход. Принятая в большинстве лечебных учреждений тактика перевода больных в I или II группу инвалидности, по прошествии четырех месяцев временной утраты трудоспособности без учета степени распространения опухолевого процесса, возраста больного, характера выполняемой ранее работы недопустима. Наиболее четким критерием, позволяющим определить стойкую утрату трудоспособности, является отдаленное метастазирование или наличие неоперабельных местных рецидивов, что позволяет перевести данного больного в I группу инвалидности до конца жизни [4].

Наибольшее затруднение вызывает экспертиза трудоспособности, ранее радикально прооперированных больных раком желудка, не имеющих признаков прогрессирования злокачественного процесса в отдаленные сроки наблюдений. Большинство авторов считают, что всех больных, успешно перенесших радикальное хирургическое лечение, и, в частности гастрэктомию, в течение первого года жизни, следует признавать инвалидами II группы, другие увеличивают этот срок до двух лет, а часть авторов считает достаточным 6 ме-



сяцев, по прошествии которых лица, не имеющие отдаленного метастазирования или неоперабельных местных рецидивов, могут быть признаны трудоспособными [1, 4]. То есть, в настоящее время нет единого мнения относительно оптимальных сроков возвращения к своей профессиональной деятельности пациентов, которые на момент очередного переосвидетельствования состоят в III клинической группе. Как показывает практика, подобная тактика в отношении больных среднего и тем более молодого возраста, у которых нет тяжелых функциональных нарушений, прошедших лечение в ранней стадии рака желудка способствует социальной дезадаптации, затрудняющей дальнейшую реабилитацию и возврату к своим профессиональным обязанностям.

**Цель исследования**

Провести экспертно-реабилитационную оценку состояния больных раком желудка успешно перенесших радикальное хирургическое лечение в объеме гастрэктомии и установить основные причины утраты трудоспособности в отдаленные периоды наблюдений.

**Материалы и методы исследований**

Материалом для проведения медико-социальной экспертизы больных раком желудка послужили результаты обследования 243 больных ранее успешно перенесших комбинированное лечение в объеме радикальной гастрэктомии и курсов адьювантной химиотерапии в возрасте от 25 до 83 лет с 2006 по 2011 год, прослеженных и освидетельствованных в специализированной МСЭК на протяжении от одного до трех лет. Анализу были подвергнуты истории болезни, поликлинические карты, акты МСЭК, анкетные сведения, полученные путем опроса пациентов, данные лабораторных и инструментальных исследований. В табл. 1 представлен возрастной состав больных раком желудка, прошедших радикальное хирургическое лечение, в объеме гастрэктомии.

Таблица 1

**Распределение больных раком желудка по полу и возрасту**

Возраст	Мужчины		Женщины	
	Абс	%	Абс	%
	138	56,8	105	43,2
До 30 лет	1	0,7	—	—
30-39 лет	3	2,2	5	4,8
40-49 лет	15	10,9	10	9,5
50-59 лет	43	31,1	29	27,6
60-69 лет	54	39,1	36	34,3
70-79 лет	17	13,0	23	21,9
После 80	5	3,6	2	1,9
Средний возраст	61,52±8,84		61,62±8,67	
	61,57±8,77			

Распределение больных по стадиям было следующим: T1 стадия диагностирована у 15 (6,2 %) больных, T2 – у 79 (32,5 %), T3 – у 115 (47,3 %), T4 – у 34 (14,0 %). Наличие метастазов в регионарных лимфоузлах – N1 диагностировано у 119 (48,9 %) больных. У большинства пациентов – 167 (68,7 %) диагностирована аденокарцинома желудка, степень дифференцировки G1 установлена у 15 (9,0 %), G2 – у 70 (41,9 %), G3 – у 82 (49,1 %) больных. У 56 (23,0 %) больных диагностирован перстневидноклеточный рак, у 13 (5,3 %) лимфома и у 7 (2,9 %) пациентов гастроинтестинальная стромальная опухоль. Из числа обследованных больных первичная инвалидность была зарегистрирована у 14 (5,8 %) больных – у 9 (6,5 %) мужчин и у 5 (4,7 %) женщин. При этом среди 146 больных пенсионного возраста (76 мужчин и 70 женщин), инвалидность была у 9 (6,2 %) больных – у 5 (6,6 %) мужчин и у 4 (5,7 %) женщин. Среди 97 пациентов трудоспособного возраста (62 мужчин и 35 женщин), инвалидность с утратой трудоспособности зарегистрирована у 5 (5,5 %) больных – у 4 (6,5 %) мужчин и у одной (2,8 %) женщины. Структура инвалидности среди больных с впервые выявленным раком желудка распределилась следующим образом: I группа инвалидности была у двух (0,8 %) больных – у одного мужчины (0,7 %) и у одной (0,9 %) женщины, II группа – у 8 (3,3 %) больных – у 5 (3,6 %) мужчин и у 3 (2,9 %) женщин, III группа – у 4 (1,6 %) больных – у 2 (1,4 %) мужчин и у 2 (1,9 %) женщин.

Спустя 12 месяцев после гастрэктомии из 243 первичных больных, исключив 14 (5,8 %) пациентов с первичной инвалидностью и 17 (7,0 %) больных которые умерли и ушли из под нашего наблюдения, мы имели возможность обследовать 212 (87,2 %) больных, через 24 месяца исключив 38 больных, которым в первый год была установлена прогрессия злокачественного процесса и 23 пациента умерших и ушедших из под нашего наблюдения, мы имели возможность обследовать 151 (62,1 %) пациента и спустя 36 месяцев, исключив 44 больных с диагностированными метастазами во второй год наблюдения и 19 больных умерших и ушедших из под нашего наблюдения, мы имели возможность обследовать 88 (36,2 %) пациентов.

Клинические исследования включали в себя исследование основных гемодинамических показателей, в специально разработанных анкетах-опросниках пациенты лично отмечали наличие или отсутствие у них характерных для постгастрэктомических осложнений жалоб. Лабораторные биохимические исследования предусматривали определение уровня гликемии, которые включали определение сахара в крови утром натощак, после чего больные

выпивали 200 мл теплой воды, в которой была растворена глюкоза в количестве 75 г и далее, спустя 30 минут, на протяжении 210 минут с интервалом каждые 30 минут производилось определение уровня сахара в крови. Для рентгенологического исследования использовалась рентгенконтрастная пищевая смесь состоящая из 150 мл водной взвеси сернокислого бария, 50 мл молока, 2 сырых яйца, 1 чайной ложки сахара. Оценивалось продвижение рентгенконтрастной пищевой смеси через эзофагоэноанастомоз в начальные отделы тощей кишки и по всей тонкой кишке, в положении Тренделенбурга определялось наличие энтеро-эзофагеального рефлюкса.

Статистическая обработка материалов исследований выполнялась в соответствии с современными международными стандартами практики проведения клинических исследований.

#### Результаты исследований и их обсуждение

На основании данных, характеризующих возрастной состав больных, можно заключить, что 39,9 % (97) пациентов, с впервые выявленным раком желудка, подлежащих радикальному лечению, находились в трудоспособном возрасте, а именно: 44,9 % (62) мужчин до 60 лет и 33,3 % (35) женщин до 55 лет, то есть пациенты перспективные в плане трудовой реабилитации после радикального хирургического вмешательства. Если не брать во внимание пенсионный возраст больных и исключив пациентов с инвалидностью – 94,2 % (229) больных: 93,5 % (129) мужчин и 95,2 % (100) женщин были признаны трудоспособными. Среди пациентов работоспособного (до пенсионного) возраста трудоспособными были признаны 94,8 % (92) пациентов из числа больных раком желудка – 93,5 % (58) мужчин и 97,1 % (34) женщин. Из этих пациентов 41,3 % (38) лиц по роду своей деятельности и образованию были заняты интеллектуальным трудом, 58,7 % (54) – физическим трудом.

Спустя 12 месяцев из 212 обследованных в этот срок пациентов признаки продолжения злокачественного процесса установлены у 38 (17,9 %) больных или у 15,6 % от числа радикально прооперированных, отсутствие прогрессии установлено у 174 (82,1 %) пациентов, или у 71,6 % от числа радикально прооперированных. Инвалидами были признаны 111 (52,4 %) пациентов, 101 (47,6 %) – были признаны трудоспособными. Из числа больных с инвалидностью – у 38 (34,2 %) причиной инвалидности была прогрессия злокачественного процесса и им, в зависимости от состояния и степени тяжести, определена I или II группа инвалидности, у остальных 73 (65,8 %) больных

признанных инвалидами, были другие причины утраты трудоспособности не связанные со злокачественным процессом. Через 24 месяца из 151 обследованного в этот срок пациента, признаки распространения злокачественного процесса были диагностированы у 44 (29,1 %) больных или у 18,1 % от числа радикально прооперированных, отсутствие прогрессии установлено у 107 (70,9 %) пациентов, или у 44,0 % от числа радикально прооперированных. Инвалидами были признаны 72 (47,7 %) пациента, 79 (52,3 %) – были признаны трудоспособными. Из числа больных с инвалидностью – у 44 (61,1 %) больных причиной инвалидности была прогрессия злокачественного процесса и им, также была определена I или II группа инвалидности, у остальных 28 (38,9 %) больных, признанных инвалидами, были другие причины утраты трудоспособности не связанные со злокачественным процессом. Через 36 месяцев прошедших после гастрэктомии из 88 обследованных в этот срок пациентов, признаки прогрессии злокачественного процесса диагностированы у 26 (29,5 %) больных или у 10,7 % от числа радикально прооперированных, отсутствие прогрессии установлено у 62 (70,5 %) пациентов или у 25,5 % от числа радикально прооперированных. Инвалидами были признаны 35 (39,8 %) пациентов, 53 (60,2 %) пациента были признаны трудоспособными. Из числа больных с инвалидностью – у 26 (74,3 %) пациентов, причиной инвалидности была прогрессия злокачественного процесса и им определена I или II группа инвалидности, у остальных 9 (25,7 %) больных признанных инвалидами, были другие причины утраты трудоспособности не связанные со злокачественным процессом.

Основываясь на представленных данных можно заключить, что в первый год после гастрэктомии, не менее половины больных (52,4 %) были признаны нетрудоспособными, при этом, прогрессия рака желудка была причиной стойкой утраты трудоспособности только у третьей части (34,2 %) больных, две трети лиц (65,8 %) были признаны нетрудоспособными по целому ряду других причин которые мы рассмотрим далее. С увеличением срока, прошедшего после операции, структура инвалидизации больных, ранее перенесших радикальное лечение, менялась. Так, через два года после радикального лечения, число лиц признанных нетрудоспособными сократилось (47,7 %), поменялась и структура причин стойкой утраты трудоспособности. Причиной инвалидности у 2/3 лиц (61,1 %) была прогрессия злокачественного процесса, и чуть более 1/3 лиц (38,9 %) пациентов были признаны инвалидами по другим причинам не связанным



с онкопроцессом. Через три года после лечения, число больных с инвалидностью продолжало сокращаться (39,8 %). Основная причина инвалидности в этот срок была прогрессия злокачественного процесса (74,3 %), однако каждый четвертый пациент признанный инвалидом не имел отдаленных метастазов или рецидива опухоли. Больным с местно-распространенными (неоперабельными) рецидивами, отдаленными метастазами, переведенными в IV клиническую группу, устанавливалась I группа инвалидности до конца жизни.

Интерес представляют те лица, у которых не было диагностировано продолжение злокачественного процесса, то есть лица в III клинической группе, которые могут считаться потенциально трудоспособными. В табл. 2 представлена частота стойкой утраты трудоспособности у данной категории лиц в различные отдаленные периоды наблюдений. Анализируя данные табл. 2 можно отметить, что с увеличением времени прошедшего после операции число больных в III клинической

группе со стойкой утратой трудоспособности и соответственно признанных инвалидами не по причине прогрессии злокачественного процесса сокращалось, что может свидетельствовать о возвращении их к трудовой деятельности после долечивания или реабилитации.

Так, в первый год после радикального лечения инвалидность оформили 41,9 % больных, при этом соотношение мужчин и женщин со стойкой утратой трудоспособности не имело существенных отличий (42,7 и 41,0 % соответственно). Через два года после радикального лечения, число лиц со стойкой утратой трудоспособности сократилось по сравнению с первым годом наблюдения (26,2 и 41,9 % соответственно), причем в этот период среди пациентов мужчин, потеря трудоспособности наблюдалась чаще по сравнению с пациентами женщинами (28,3 и 23,4 % соответственно). Спустя три года после гастрэктомии число пациентов со стойкой утратой трудоспособности продолжало сокращаться по сравнению со вторым годом наблюдения (14,5 и 26,2 %

Таблица 2

Частота и структура инвалидности среди больных раком желудка III клинической группы в отдаленные периоды наблюдений

Показатели	Всего		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Период наблюдения	12 месяцев					
Число больных в III клинической группе	174	100	96	100	78	100
Из них инвалиды	73	41,9	41	42,7	32	41,0
II группа инвалидности	55	31,6	32	33,3	23	29,5
III группа инвалидности	18	10,3	9	9,3	9	11,5
Период наблюдения	24 месяца					
Число больных в III клинической группе	107	100	60	100	47	100
Из них инвалиды	28	26,2	17	28,3	11	23,4
II группа инвалидности	16	14,9	10	16,7	6	12,8
III группа инвалидности	12	11,2	7	11,7	5	10,6
Период наблюдения	36 месяцев					
Число больных в III клинической группе	62	100	36	100	26	100
Из них инвалиды	9	14,5	6	16,7	3	11,5
II группа инвалидности	6	9,7	4	11,1	2	7,7
III группа инвалидности	3	4,8	2	5,5	1	3,8

Таблица 3

Частота и структура инвалидности среди пациентов трудоспособного возраста в отдаленные периоды наблюдений после радикального лечения

Показатели	Сроки отдаленного наблюдения после гастрэктомии					
	12 месяцев		24 месяца		36 месяцев	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Обследовано больных	86	100	65	100	46	100
Переведены в IV группу	13	15,1	12	18,5	9	19,6
Оставлены в III группе	73	84,9	53	81,5	37	80,4
Признаны инвалидами: вследствие прогрессии вследствие других причин	34 13 21	39,5 (100 %) (38,2) (61,8)	18 12 6	27,7(100 %) (66,7) (33,3)	12 9 3	26,1(100 %) (75,0) (25,0)
Потенциально трудоспособные	73	100	53	100	37	100
Фактически трудоспособные	52	71,2	47	88,7	34	91,9
Признаны нетрудоспособными	21	28,8	6	11,3	3	8,1

соответственно). При этом среди пациентов мужского пола стойкая утрата трудоспособности была у большего числа лиц по сравнению с пациентами женщинами (16,7 и 11,5 % соответственно).

В табл. 3 представлена частота стойкой утраты трудоспособности и структура инвалидности среди пациентов трудоспособного, то есть наиболее перспективного, в плане трудовой реабилитации возраста.

Спустя 12 месяцев после гастрэктомии из 97 больных трудоспособного возраста прошедших радикальное лечение, исключив 5 (5,2 %) пациентов с первичной инвалидностью и 6 больных, которые умерли и ушли из под нашего наблюдения, мы имели возможность обследовать 86 (88,6 %) больных, через 24 месяца исключив 13 больных которым в первый год была установлена прогрессия злокачественного процесса и 8 пациентов умерших и ушедших из под нашего наблюдения мы обследовали 65 (67,0 %) пациентов и спустя 36 месяцев, исключив 12 больных с диагностированными метастазами во второй год наблюдения и 7 больных умерших и ушедших из под нашего наблюдения, мы имели возможность обследовать 46 (47,4 %) пациентов. Признаки прогрессии рака желудка в первый год после гастрэктомии диагностированы у 13,4 % (13) пациентов от числа первичных больных, прошедших радикальное лечение, во второй год прогрессия злокачественного процесса была диагностирована у 12,4 % (12) больных, в третий год – у 9,3 % (9) пациентов. В целом за прошедшие три года после радикального лечения рака желудка умерло 21,6 % (21) больных, у 35,1 % (34) пациентов трудоспособного возраста были диагностированы отдаленные метастазы или неоперабельные местно рецидивы и этим больным, в зависимости от тяжести состояния, была установлена I или II группа инвалидности.

В первый год после радикального лечения, более 1/3 (39,5 %) обследованных больных трудоспособного возраста, были признаны инвалидами, при этом, прогрессия рака желудка, как причина стойкой утраты трудоспособности констатирована только у 38,2 % больных, у остальных 61,8 % больных причина инвалидности не была связана с онкопроцессом. С увеличением срока, прошедшего после радикального лечения, причины стойкой утраты трудоспособности среди лиц трудоспособного возраста менялись. Так, через два года число лиц, признанных нетрудоспособными, сократилось до 27,7 %, причиной инвалидности у большинства пациентов (66,7 %) была прогрессия злокачественного процесса, и только третья часть (33,3 %) пациентов была признана инвалидами по другим, не связанным с онкопроцессом причинам. Через три года чис-

ло больных с инвалидностью существенно не изменилось по сравнению с предыдущим годом (26,1 %), по прежнему основной причиной стойкой утраты трудоспособности в этот период времени было распространение злокачественного процесса (75,0 %), но каждый четвертый пациент (25,0 %), признанный инвалидом в трудоспособном возрасте, не имел отдаленных метастазов или рецидива опухоли.

Интерес представляют пациенты без признаков прогрессии злокачественного процесса, а учитывая их возраст, это наиболее потенциально трудоспособные лица. Так, в первый год после радикального лечения, потенциально трудоспособными были признаны 84,9 % (73) из числа обследованных в этот срок пациентов, однако почти каждый третий из них (28,8 %) имел противопоказания для выполнения своей профессиональной деятельности, то есть был признан нетрудоспособным. С увеличением времени, прошедшего после лечения, число потенциально трудоспособных лиц сокращалось (во второй год – 81,5 %, в третий год – 80,4 %), однако увеличивалось число лиц фактически признанных трудоспособными (в первый год – 71,2 %, во второй год – 88,7 %, в третий год – 91,9 %). Таким образом, в отдаленные сроки наблюдений, среди потенциально трудоспособных пациентов, чей возраст предусматривал выполнение своей профессиональной деятельности, не смогли вернуться к труду, и были признаны инвалидами, в первый год – 28,8 % пациентов, во второй год – 11,3 %, в третий год – 8,1 %, у этих пациентов причина со стойкой утратой трудоспособности не была связана с прогрессированием злокачественного процесса.

Вид ранее выполняемой трудовой деятельности оказывал влияние на динамику трудовой реабилитации в отдаленные периоды после операции. Так в первый год после операции из 52 пациентов вернувшихся к трудовой деятельности 25 (48,1 %) больных ранее были заняты интеллектуальным трудом и 27 (51,9 %) больных ранее выполняли физическую работу. Если рассмотреть из всего числа обследованных в этот срок пациентов, то согласно их трудовой направленности выяснилось, что из 29 пациентов ранее занятых интеллектуальным трудом 86,2 % (25) больных вернулись к труду, а 13,8 % (4) были признаны нетрудоспособными, из 44 больных ранее выполнявших физическую работу вернулись к труду только 61,4 % (27) пациентов, а 38,6 % (17) больных были признаны нетрудоспособными. Во второй год наблюдения из 47 пациентов, вернувшихся к трудовой деятельности, 21 (44,7 %) ранее был занят интеллектуальным трудом и 26 (55,3 %) – ранее выполняли физическую работу. То есть из 22 больных, ранее занятых интеллектуальным



трудом, вернулись к трудовой деятельности 95,5 % (21) и только один (4,5 %) был признан нетрудоспособным, а из 31 пациента, выполнявших ранее физическую работу, смогли вернуться к труду только 83,9 % (26) пациентов, а 16,1 % (5) были признаны нетрудоспособными. Через три года из 34 пациентов, вернувшихся к своей трудовой деятельности, 14 (41,2 %) больных ранее выполняли интеллектуальную работу и 20 (58,8 %) пациентов занимались физическим трудом. То есть, из 15 больных, ранее занятых интеллектуальным трудом, смогли вернуться к трудовой деятельности практически все пациенты (14), что составило 95,5 %, и только один пациент был признан нетрудоспособным, что составило 6,7 %, а из 22 пациентов, ранее выполнявших физическую работу, смогли вернуться к труду 90,9 % (22) пациентов, а 9,1 % (2) были признаны нетрудоспособными.

Каковы же основные причины, приведшие к стойкой утрате трудоспособности и инвалидности у лиц, ранее благополучно перенесших радикальное хирургическое лечение в объеме гастрэктомии, когда на момент очередного переосвидетельствования у них не было диагностировано отдаленного метастазирования или рецидивов опухоли. Один из показателей отражающих степень компенсаторных возможностей пищеварительной системы после полного удаления желудка является трофологический статус пациента и в частности индекс массы тела. Так, через 12 месяцев после гастрэктомии индекс массы тела в диапазоне от 18,5 до 25,0 кг/м<sup>2</sup>, что соответствовало показателям нормы, был установлен у 96 (55,2 %) больных, от 17,5 до 18,49 кг/м<sup>2</sup> – у 52 (29,9 %) больных, что соответствовало I степени дефицита массы тела, от 16,0 до 17,49 кг/м<sup>2</sup> – у 21 (12,1 %) больных, что соответствовало II степени дефицита массы тела, менее 16,0 кг/м<sup>2</sup>, что соответствовало III степени дефицита массы тела – у 5 (2,9 %) больных. Так, из 174 пациентов, у которых не было диагностировано распространение злокачественного процесса в первые 12 месяцев после гастрэктомии 73 (41,9 %) пациента были признаны инвалидами, в этот период времени дефицит массы тела был зарегистрирован у 78 (44,8 %) больных. Спустя 24 месяца индекс массы тела 18,5–25,0 кг/м<sup>2</sup> был установлен у 76 (71,0 %) больных, 17,5–18,49 кг/м<sup>2</sup> – у 22 (20,6 %) больных, 16,0–17,49 кг/м<sup>2</sup> – у 6 (5,6 %) больных, менее 16,0 кг/м<sup>2</sup> – у 3 (2,8 %) больных. То есть во второй год после операции из 107 больных 28 (26,2 %) больных были признаны инвалидами и в этот период времени дефицит массы тела был зарегистрирован у 31 (28,9 %) пациента. Через 36 месяцев индекс массы тела 18,5–25,0 кг/м<sup>2</sup> был установлен у 51 (82,3 %) пациента, 17,5–18,49 кг/м<sup>2</sup> – у 7 (11,3 %) пациентов,

16,0–17,49 кг/м<sup>2</sup> – у 3 (4,8 %) пациентов, менее 16,0 кг/м<sup>2</sup> – у одного больного, что составило 2,8 %. Так через три года после гастрэктомии из 62 пациентов 9 (14,5 %) пациентов были признаны инвалидами и в этот период времени дефицит массы тела был зарегистрирован у 11 (17,7 %) пациентов. На основании представленных данных прослеживается определенная зависимость между частотой стойкой утраты трудоспособности и частотой дефицита массы тела у данной категории лиц.

Частота основных постгастрэктомических осложнений в различные периоды отдаленного наблюдения после операции несколько отличалась. Так через год после гастрэктомии у 84 (48,3 %) из 174 больных диагностированы различные функциональные расстройства, причем не редко у одного больного имело место сочетание нескольких патологических синдромов. Так, через год после операции демпинг-синдром диагностирован у 37 (21,3 %) пациентов, легкая степень тяжести наблюдалась у 24 (13,8 %) больных, средняя степень – у 9 (5,2 %) и тяжелая – у 4 (2,3 %) больных. Гипогликемический синдром диагностирован у 26 (14,9 %) больных, астено-вегетативный синдром – у 42 (24,1 %) пациентов, энтеро-эзофагеальный рефлюкс диагностирован в 12,6 % (22) случаях. Спустя два года проявления основных постгастрэктомических осложнений наблюдались у 33 (30,8 %) из 107 обследованных пациентов. Демпинг-синдром диагностирован у 23 (21,5 %) пациентов, в легкой степени – у 13 (12,1 %), в средней степени – у 6 (5,6 %) и тяжелая степень наблюдалась у 4 (3,7 %) больных. Гипогликемический синдром диагностирован в 14,0 % (15) случаях, астено-вегетативный синдром – в 23,4 % (25), энтеро-эзофагеальный рефлюкс – в 10,3 % (11) случаях. Спустя три года поздние проявления постгастрэктомических осложнений диагностированы у 16 (25,8 %) из 62 пациентов. Демпинг-синдром диагностирован в 19,4 % (12) случаях, при этом легкая степень тяжести наблюдалась в 11,3 % (7), средняя степень тяжести – в 8,1 % (5) случаях, гипогликемический синдром наблюдался в 12,9 % (8) случаях, астено-вегетативный синдром – в 22,6 % (14) случаях, энтеро-эзофагеальный рефлюкс – в 9,7 % (6) случаях. На основании представленных данных также можно проследить зависимость частоты диагностированных постгастрэктомических расстройств с частотой инвалидизации среди пациентов раком желудка, особенно в первые два года прошедшие после операции.

#### Выводы

Более одной трети (39,9 %) больных раком желудка подлежащих радикальному лечению составляют лица трудоспособного возраста,

из них подавляющее большинство (94,8 %) являются трудоспособными. Сравнивая сроки возвращения к трудовой деятельности после гастрэктомии, можно заключить, что в первый год возобновляют свою трудовую деятельность более 2/3 (71,2 %) пациентов, что свидетельствует о частичной трудовой реабилитации, а через два (88,7 %) и тем более спустя три года (91,9 %) можно говорить практически о полной трудовой реабилитации среди лиц трудоспособного возраста. Большое влияние на динамику трудовой реабилитации оказывает вид выполняемой трудовой деятельности. Так лица, занятые интеллектуальным трудом, выходят на работу в более ранние сроки, в отличие от работников физического труда, особенно в первый год после операции (86,2 % и 61,4 % соответственно). Среди мужчин большее число лиц признаются нетрудоспособными (16,7 %) по сравнению с пациентами женского пола (11,5 %). Анализируя причины стойкой утраты трудоспособности установлено, что на протяжении первых трех лет после гастрэктомии практически у половины пациентов имеет место дефицит массы тела (44,8 %) и различные постгастрэктомические нарушения (48,3 %).

Причина инвалидности у 1/3 (28,8 %) больных после гастрэктомии, являются не отдаленное метастазирование или рецидив рака желудка, а функциональные последствия полного удаления желудка.

Таким образом, в ходе экспертно-реабилитационной диагностики, проводимой при очередном переосвидетельствовании медико-социальной экспертизой, у пациентов, перенесших гастрэктомию, особенно среди лиц трудоспособного возраста, необходимо проводить диагностику возможных постгастрэктомических функциональных нарушений, что будет объективным критерием в принятии решения о стойкой утрате трудоспособности и установления соответствующей группы инвалидности. Инвалидность легче предупредить, чем реабилитировать больного, поэтому одной из задач выполнения радикальных операций по поводу рака желудка, в особенности, когда возникает необходимость полного его удаления, должно быть совершенствование оперативной техники, направленной на снижение степени выраженности неизбежно развивающихся функциональных нарушений, со стороны организма.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшенко Ю. В. О трудовом прогнозе после резекции желудка по поводу рака / Ю. В. Артюшенко // Клиническая медицина. – 1974. – Т. 52, №5. – С. 72-74.
2. Великолут К. А. Роль эндоскопического исследования в экспертно-реабилитационной диагностике больных и инвалидов с оперированным желудком / К. А. Великолут, Ж. М. Сизова, Е. К. Баранская // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – № 1. – С. 31-35.
3. Демин В. А. Клинико-рентгенологическое исследование при демпинг-синдроме в практике врачебно-трудовой экспертизы / В. А. Демин, С. Н. Пузин, В. А. Кошняев // Хирургия. – 1990. – № 7. – С. 46-50.
4. Захарьян А. Г. Трудовая реабилитация радикально оперированных больных раком желудка / А. Г. Захарьян, В. И. Столяров, А. Е. Колосов // Хирургия. – 1994. – № 2. – С. 11-12.
5. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г. В. Бондарь, Ю. В. Думанский, А. Ю. Попович, В. Г. Бондарь // Онкология. – 2006. – Т. 8, № 2. – С. 171-175.
6. Функциональные аспекты хирургии рака желудка / Г. К. Жерлов, Д. В. Зыков, С. С. Ключков, К. М. Аутлев // Российский онкологический журнал. – 2003. – № 4. – С. 27-31.



МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА  
ЕКСПЕРТИЗА  
І ПРАЦЕЗДАТНИЙ  
ПРОГНОЗ ХВОРИХ  
НА РАК ШЛУНКА ПІСЛЯ  
ГАСТРЕКТОМІЇ

*Ю. О. Вінник, В. В. Олексенко*

**Резюме.** Після радикальної гастректомії з приводу раку шлунка протягом перших трьох років обстежено і оглянуто 243 пацієнта. У перший рік після операції 52,4 % хворих були визнані інвалідами, причиною інвалідності в 34,2 % випадках було прогресування раку шлунка, 65,8 % — функціональні порушення, у другий рік були визнані інвалідами 47,7 % хворих, внаслідок погіршення раку шлунка — 61,7 %, внаслідок функціональних ускладнень — 38,9 % осіб, на третій рік були визнані інвалідами 39,8 % осіб, в 74,3 % випадків — внаслідок поширення злоякісного процесу, в 25,7 % — внаслідок постгастректомічних ускладнень. Повернулися до праці в перший рік 71,2 % осіб працездатного віку, на другий рік — 88,7 %, через три роки — 91,9 % осіб.

**Ключові слова:** *рак шлунка, гастректомія, працездатність, інвалідність*

MEDICO-SOCIAL  
EXAMINATION  
AND LABOR PROGNOSIS  
IN GASTRIC CANCER  
PATIENTS AFTER  
GASTRECTOMY

*Yu. A. Vinnik, V. V. Oleksenko*

**Summary.** After radical gastrectomy for gastric cancer during the first three years were examined and surveyed 243 patients. In the first year after surgery 52.4 % of patients were recognized as disabled, cause of disability in 34.2 % of cases was the progression of gastric cancer, 65.8 % — functional disorders. In the second year as disabled were recognized 47.7 % of patients due to progression of stomach cancer — 61.7 %, due to functional complications — 38.9 % of patients. With disabilities in the third year were found 39.8 % of persons in 74.3 % of cases, due to the spread of a malignant process, 25.7 % — due to postgastrectomic complications. Returned to work in the first year — 71.2 % patients of working age, in the second year — 88.7 %, after three years — 91.9 % of patients.

**Key words:** *gastric cancer, gastrectomy, working capacity, disability*