

УДК 616-036.865:006

**ПРИНЦИПЫ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ  
БОЛЬНЫХ**

*Методический и практический материал*

Н. Л. Крылов, к.м.н., доцент

Заместитель начальника ГВКГ им. Н.Н. Бурденко по экспертной работе

Москва, Госпитальная площадь, д. 3

*Адрес для переписки: Крылов Николай Леонидович, e-mail: info@oncology.ru*

**Введение**

Злокачественные новообразования относятся к наиболее значимым проблемам современной медицины. По своей частоте и распространенности они занимают 2-е место в общей структуре заболеваемости, инвалидности и смертности, уступая лишь болезням сердечно-сосудистой системы.

По прогнозам ВОЗ к началу XXI века даже при среднем уровне онкологической заболеваемости на земном шаре ежегодно будет возникать около 10 млн. новых случаев.

Хотя наилучшие результаты на сегодня получены при лечении ранних стадий рака, доля лиц с I и II стадиями заболевания среди больных с впервые установленным диагнозом остается невысокой.

Социальные последствия онкологических заболеваний зависят от ряда разнообразных факторов. Сюда относятся специфические особенности заболевания, его течение и последствия лечения, социальные факторы, а также трудовозможность и трудонаправленность онкологического больного.

При экспертизе трудоспособности лиц со злокачественными заболеваниями первой и основной задачей является установление правильного диагноза. Он должен отражать название болезни, локализацию поражения, морфологические изменения, стадию и тип течения, степень функциональных расстройств.

У всех больных критерии и ориентировочные сроки временной нетрудоспособности определяются на период: диагностики онкологического заболевания, обследования с целью определения возможностей выбора того или иного лечения, самого лечения, реабилитации больных.

В инструкции «О порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан», объявленную приказом Минздравмедпрома РФ 19.10.97г. № 206, часть онкологических больных при условии благоприятного клинического и трудового

прогноза, как правило, через 3-4 месяца после даже комбинированного лечения могут быть выписаны к труду, оставаясь под систематическим наблюдением специалиста-онколога.

После всех видов лечения у некоторых из них стабилизация состояния происходит, как правило, не ранее шести месяцев. Обширные хирургические вмешательства часто приводят к значительным анатомическим и функциональным нарушениям. Лучевая и химиотерапия нередко снижают компенсаторные и защитные силы организма. После комбинированного либо сочетанного лечения восстановление физических и функциональных возможностей, а также психического состояния требует продолжительных сроков временной нетрудоспособности.

Общая длительность лечения больных со злокачественными заболеваниями от начала обследования до окончания лечения может составлять 6-9 месяцев. Временная нетрудоспособность оформляется листком нетрудоспособности, который заполняется по определенным правилам.

В связи с этим огромное нормативно-правовое значение имеет своевременное определение клинического и трудового прогноза у каждого больного, который, продолжая лечение, непрерывно находится на листке нетрудоспособности более четырех месяцев.

В упомянутой выше «Инструкции» сказано: «Граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе, вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более четырех месяцев, должны быть представлены на МСЭ».

При формировании клинического и трудового прогноза необходимо придерживаться определенных правил, но при этом следует помнить о том, что он практически индивидуален для каждого больного. В умении им пользоваться проявляется истинная мудрость врачевания.

Клинический и трудовой прогноз может быть благоприятным, неблагоприятным и сомнительным.

Множество ошибок, нередко допускаемых в экспертной практике, объясняется вольной трактовкой значения неясного прогноза (сомнительного).

С одной стороны «Инструкция» обязывает на определенном временном рубеже провести его, с другой – в силу некоторых сложностей и сомнений у лечащего врача, он может испытывать и определенные трудности.

Почему возникли такие требования?

С переходом Российского государства к рыночной экономике произошли значительные изменения в его социальной политике. Резко возросла роль органов

социальной защиты населения, призванных заниматься проблемами пожилых людей и инвалидов. Одним из ведущих направлений в их работе является медико-социальная экспертиза, предусматривающая определение различных льгот, установления пенсий и услуг бытового характера в зависимости от наличия той или иной группы инвалидности. В связи с этим произошло повышение потребности в экспертизе не только у населения пенсионного возраста, но и у лиц других возрастов в связи с заболеваниями, в том числе и онкологическими.

Основными документами, определяющие создание в Российской Федерации государственной службы медико-социальной экспертизы и регулирующие ее деятельность, являются Федеральный закон «О социальной защите инвалидов Российской Федерации» от 24 ноября 1995г. № 181-ФЗ и Постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. № 965 «О порядке признания граждан инвалидами». В этих документах дано новое определение понятия «инвалид», «инвалидность» и медико-социальной экспертизы, определены органы, осуществляющие ее, а также их функции.

Для военнослужащих и лиц, уволенных из Вооруженных Сил РФ, важное значение имеет Федеральный закон «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации и сотрудников федеральных органов налоговой полиции», который определяет порядок проведения экспертиз в случае возникновения у них страховых случаев. (28 марта 1998г. № 52-ФЗ).

Медико-социальная экспертиза – это определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Она осуществляется, исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анамнеза клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и временных критериев, утвержденных Министерством здравоохранения и Министерством труда и социального развития 29.01.1997г. № 1130.

Итак, в связи с действием «Инструкции о порядке оформления и выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность», значительная часть больных с благоприятным клиническим и трудовым прогнозом не подлежат направлению для освидетельствования в комиссии медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Отдельные авторы для удобства работы выделяют 4 группы факторов, которые должны учитываться при определении прогноза трудоспособности онкологических больных. (Р.Т.Скляренко, В.С.Павлов, К.А.Саркасов, Е.В.Николаева).

### **I группа факторов – медицинские.**

а) тип роста первичной опухоли: экзофитный, т.е. растущий в просвет полого органа, возвышается над уровнем слизистой оболочки или кожи. Узловые, ограниченно растущие формы отличаются более медленным течением и меньшей степенью метастазирования.

- эндофитный, т.е. распространяющийся вглубь стенки, в окружающие ткани. Эндофитная форма рака чаще определяет неблагоприятный прогноз. Инфильтративный рост обуславливает трудно определяемые границы ее расположения, поэтому операции при такой форме роста не всегда бывают радикальными. Чем глубже прорастает опухоль, тем вероятнее метастазирование.

б) Локализация опухоли в органе существенно влияет на прогноз заболевания (выходной отдел желудка или его проксимальные отделы, при раке молочной железы, центральное расположение опухоли при локализации во внутреннем ее сегменте либо наружном).

в) Степень прорастания стенки органа – имеется отчетливая связь между глубиной инвазии и частотой регионарного метастазирования.

г) Степень морфологической дифференцировки клеток первичной опухоли. При недифференцированных формах рака способность к метастазированию и темпу роста ряда опухолей увеличивается.

д) При прогнозе должно учитываться гистологическое строение. Различия в гистологической структуре проявляются в интенсивности, типе метастазирования и темпе роста опухоли (скирр, аденокарцинома, недифференцированный рак, слизеобразующий рак, мелкоклеточный рак и т.д.).

е) Состояние регионарных лимфатических узлов – один из наиболее весомых факторов, определяющих лечебную тактику и прогноз. Радикальность операции определяется именно достаточностью лимфаденоэктомии. Учитывается прорастание опухолью лимфатического узла, образование конгломератов узлов и обнаружение раковых эмболов в просвете лимфатических и кровеносных сосудов.

ж) Приведенная группа факторов у онкологических больных в целом определяет стадию опухолевого процесса, которая в общем-то и является ведущим показателем прогноза.

Каждый из перечисленных факторов должен рассматриваться не изолированно, а в сочетании с другими. Для каждой локализации рака с учетом органа, им пораженного, любая группировка факторов все же является условной и значимость их неодинакова. Все это должно учитываться врачом, осуществляющим прогноз.

**II группа факторов связана с лечением.** Целью современной противоопухолевой терапии является стремление полного удаления первичного очага в пределах здоровых тканей и подавление возможности возобновления опухолевого роста, что достигается хирургическими, лучевыми и лекарственными методами, которые используются как самостоятельно, так и в комбинациях. Лечение цитостатиками дает ряд выраженных побочных эффектов: гепато-, кардио-, нейро- или нефротоксичность, развитие геморрагического цистита, диареи, фиброза легких. Наличие этих осложнений при благоприятном клиническом прогнозе требует их лечения с выдачей листка нетрудоспособности.

Для определения прогноза важное значение имеет наличие осложнений проведенного лечения. Они значительно усиливают инвалидизацию больных и этим влияют на прогноз. Определенное значение для оценки состояния больного имеет и степень функциональных нарушений, возникших после проведенного радикального лечения: астенизация, депрессия, психастения, вегето-сосудистая дистония, похудание, анемия, лейкопения, гипопропротеинемия. Они утяжеляют общее состояние больного, что должно учитываться при оценке трудового и клинического прогноза.

Наряду с указанным следует учитывать и время, прошедшее после лечения. Чем больше прошло времени после лечения, тем больше оснований рассчитывать на благоприятный исход.

Для лиц, получивших радикальное лечение, частота рецидивов и метастазирования резко падает уже на третьем году, вследствие этого опасность рецидива или метастазирования в этом периоде перестает быть ведущей в прогностической оценке больного лечащим врачом.

Таким образом, осложнения раннего периода и время после лечения позволяют ориентироваться в степени компенсации нарушенных функций организма.

**III группа факторов.** Характеризуется общебиологическими признаками, которые, в определенной степени, могут влиять на прогноз. К ним относятся: пол, возраст, физическое и психическое состояние организма, сопутствующие заболевания.

В отношении возраста известно, что у молодых злокачественные заболевания протекают значительно хуже, чем у пожилых. Определенное физиологическое состояние, в частности, беременность, особенно при дисгормональных опухолях ведут к убыстрению метастазирования в результате высокого содержания в организме гормонов роста. Некоторые сопутствующие заболевания у больных со злокачественными заболеваниями под влиянием тяжелой операционной травмы, лучевого, химио- или гормонального лечения,

эмоционального стресса переходят в декомпенсацию, что может отражаться на трудоспособности.

Следующая **четвертая группа** объединяет социальные факторы прогноза – профессия, характер и условия труда, образование, квалификация, наличие профессиональных вредностей должны рассматриваться у больных онкологическими заболеваниями с позиций их взаимного влияния. Это позволяет полнее оценить уровень ограничений жизнедеятельности больного, определить степень его социальной недостаточности.

Таким образом, правильная оценка жизнедеятельности больного является решающим фактором прогноза заболевания. В онкологии особенно актуален клинический прогноз, который в определенной степени определяет и трудовой.

Оценив все вышеперечисленные факторы применительно к конкретному больному, выносят суждение о благоприятном, сомнительном либо неблагоприятном прогнозе. Это тем более важно уметь проводить, поскольку успехи современного клинического лечения многих онкологических заболеваний привели к увеличению сроков выживаемости больных.

Следовательно, одним из значимых вопросов современной экспертизы онкологических больных является их возможность приобщения к трудовой деятельности.

В настоящее время появилось значительно больше обстоятельств положительного решения этого вопроса, поскольку стало больше возможностей для диагностики заболеваний на ранних стадиях их появления, возникли новые методики и схемы лечения больных, стали привлекать для реабилитации психологов. Работа, несомненно, отвлекает мысли больного от возможных мрачных перспектив заболевания, этим благоприятно действует на психику, укрепляется понимание приносимой для себя и коллектива пользы. Укрепляется интерес к работе в связи с материальной заинтересованностью. Всегда следует учитывать, что оторванность от коллектива, от привычного ритма работы тягостно влияет на психическое состояние больного. В то же время следует учитывать, что рациональным следует считать тот труд, который осуществляется без напряжения, больших усилий и переутомления с минимальным участием того органа, который пострадал от болезни, с возможностью соблюдения определенного режима (дробное питание и т.д.).

Оценку стойкой утраты трудоспособности больных со злокачественными заболеваниями проводят бюро МСЭ. Для этого лечащий врач учреждения, где больной получает медицинскую помощь, оформляет учетную форму 088/у-97. Все разделы этой формы заполняются лаконично, а исследования и заключения специалистов должны быть выполнены в срок, не превышающий месяц до момента освидетельствования в бюро МСЭ.

Все лица пишут заявление с просьбой проведения комиссии на имя начальника МСЭ, а уволенные из Вооруженных Сил РФ предоставляют копию свидетельства о болезни военно-врачебной комиссии, в котором должна быть отражена причинная связь его заболевания.

### **Критерии определения групп инвалидности при онкологических заболеваниях.**

При онкологических заболеваниях больной признается инвалидом, если, несмотря на проведенное лечение, жизнедеятельность его остается ограниченной, сохраняется неблагоприятный или сомнительный клинический и трудовой прогноз, обусловленный прогрессирующим течением заболевания.

Первая группа инвалидности определяется лицам, у которых возникла социальная недостаточность, требующая социальной защиты и помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, приводящими к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности:

- способность к самообслуживанию третьей степени;
- способность к передвижению третьей степени;
- способность к общению третьей степени;
- способность контролировать свое поведение третьей степени;
- способность к ориентации третьей степени.

При этом совершенно не обязательно, чтобы все перечисленные виды жизнедеятельности были выражены самой высокой степенью нарушений. Эти расстройства могут быть практически при всех онкологических заболеваниях 3, 4 стадии, имеющих региональные и отдаленные метастазы. Медико-социальная экспертиза после симптоматического лечения не вызывает затруднений. Таким больным устанавливается первая группа инвалидности.

Вторая группа инвалидности определяется лицам, у которых возникла социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, приводящими к выраженному ограничению жизнедеятельности одной или их сочетанию следующего перечня:

- способность к самообслуживанию второй степени;
- способность к передвижению второй степени;
- способность к трудовой деятельности третьей, второй степени;

- способность к обучению третьей, второй степени, т.е. способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;
- способность к ориентации второй степени;
- способность к общению второй степени;
- способность контроля за своим поведением второй степени.

У онкологических больных из перечисленных наибольшее практическое значение имеют первые три вида нарушений.

Около 70 % больных со злокачественными заболеваниями оперируются в ШБ стадии, причем 10% в возрасте 35 лет, у 40-60% диагностируется низкокодифференцированный рак. Клинический прогноз у них чаще расценивается как сомнительный. Таким больным при первичном освидетельствовании должна устанавливаться II группа инвалидности.

Третья группа инвалидности определяется лицам, у которых возникла социальная недостаточность, требующая социальной защиты вследствие нарушения здоровья, приведшего к не резко или умеренно выраженному ограничению жизнедеятельности:

- способность к самообслуживанию первой степени
- способность к передвижению первой степени
- способность к трудовой деятельности первой степени

Другие виды нарушения жизнедеятельности у онкологических больных при определении указанной группы возникают очень редко и практическое их значение невелико.

Эта группа инвалидности может быть установлена при ряде локализаций, имеющих хороший благоприятный прогноз. Они нуждаются лишь в незначительных ограничениях трудовой деятельности, связанной с определенными физическими нагрузками, т.е. если имеются противопоказанные факторы в работе.

При ряде заболеваний, при которых получен хороший результат (некоторые формы лимфогранулематоза, ранние стадии рака тела и шейки матки, рак почки I ст. - после резекции почки и др.) при высококодифференцированных формах опухолей, удовлетворительном состоянии больных и отсутствии противопоказанных факторов в работе группа инвалидности им может не устанавливаться.

Первая группа инвалидности устанавливается на два года, вторая и третья – на один год. Без указания срока переосвидетельствования инвалидность определяется мужчинам старше 60 лет, женщинам старше 55 лет, а также инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами (при сроках наблюдения не менее 5 лет), что приводит к необходимости долговременной (постоянной) социальной защиты. Инвалидность без срока



переосвидетельствования может устанавливаться онкологическим больным мужчинам старше 50 лет, женщинам старше 45 лет при условии, если онкологическое заболевание у них связано с участием в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС.

### **Частные вопросы экспертизы некоторых онкологических заболеваний.**

Злокачественная опухоль головного мозга – объемное образование экстра- или интрацеребральной локализации, различной гистобиологической структуры, с неуклонно прогрессирующим течением, на разных стадиях проявляющиеся очаговой общемозговой или смешанной симптоматикой.

В последние 10-30 лет в 3 раза увеличилось количество больных с первичными злокачественными и метастатическими опухолями головного мозга ( Ромоданов А.П., 1973г., Савченко А.Ю.,1995г.).

Церебральные злокачественные опухоли приводят к тяжелой инвалидности и летальному исходу. Клиническая картина церебральной опухоли любой локализации определяется не только особенностями сочетания очаговых и общемозговых проявлений, но и наличием вторичных симптомов: нарушением мозгового кровообращения, энцефалопатии, отека мозга, дислокации и вклинения мозга. Темп роста во многом зависит от степени злокачественности опухоли. Быстрый темп присущ истинно злокачественным опухолям. Продолжительность жизни неоперированных больных обычно составляет 4-6 месяцев. После радикальных операций и последующей терапии продолжительность жизни значительно увеличивается. Временная нетрудоспособность сохраняется у больных в периоде обследования. Если операция не проводится в связи с наличием противопоказаний или отказом больного, она может быть продлена до 2-3 месяцев, после чего он должен быть направлен на МСЭ. Независимо от проведенного лечения при неблагоприятном прогнозе временная нетрудоспособность не должна превышать 3-4 месяцев.

Злокачественные опухоли спинного мозга – объемное образование экстра- или интрамодулярной локализации, различной гистобиологической структуры. Проявляются они двигательными, чувствительными нарушениями, в том числе тазовых органов, которые имеют прогрессирующее течение.

Внутричерепные опухоли проявляются синдромом поперечного поражения спинного мозга, двигательными, чувствительными и тазовыми нарушениями. Опухоли позвоночника нередко являются причиной компрессии спинного мозга или корешков. Первичные злокачественные опухоли встречаются очень редко (чаще саркома). Вторичные (метастатические) локализуются практически во всех отделах и являются метастазами рака.

В 80% это рак пищевода, либо щитовидной железы, почки, предстательной или молочной железы.

Временная нетрудоспособность устанавливается на период обследования – 1-2 месяца, при оперативном, либо лучевом лечении - от 2 до 4 месяцев. При неблагоприятном прогнозе – направление на МСЭ не позднее 4 месяцев.

### **Гемобласты**

Это группа опухолей, возникающих из кроветворных клеток. Первичная инвалидность вследствие гемобластозов составляет 4% в общей структуре инвалидности, обусловленной злокачественными новообразованиями.

Острые лейкозы – это опухоли кроветворной ткани, основным субстрат которых представлен бластными клетками. Названия форм острого лейкоза происходит от названий нормальных предшественников опухолевых клеток (острый миелобластный лейкоз, острый лимфобластный лейкоз, острый промиелоцитарный лейкоз, острый эритромиелоз и т.д.).

Временная утрата трудоспособности наступает при впервые диагностированном остром лейкозе и его лечении, при рецидиве заболевания, проведении противорецидивной терапии.

Больные направляются на МСЭ по истечении 4 месяцев временной нетрудоспособности при неясности прогноза и необходимости длительной терапии по программам, включающим индукцию, консолидацию и поддержание ремиссии. Если заболевание диагностируется в терминальной стадии, работающий больной должен быть направлен на МСЭ до истечения 4 месяцев временной нетрудоспособности.

**Хронический миелолейкоз.** Трудоспособными признаются больные в I и II стадиях заболевания в фазе полной клинико-гематологической ремиссии. Длительность временной нетрудоспособности соответствует срокам временной нетрудоспособности при лечении острых лейкозов. Больные направляются на МСЭ при быстром прогрессировании лейкоза. Инвалидность им определяется по критериям, описанным выше.

**Хронический лимфолейкоз** – опухоль кроветворной ткани, морфологическим субстратом которой являются зрелые и созревающие лимфоциты, функционально неполноценные и не выполняющие свои основные иммунологические защитные функции. Трудоспособными признаются больные с медленно и умеренно прогрессирующим течением. Показанием для направления на МСЭ является быстрое прогрессирование заболевания либо его терминальная стадия.

Истинная полицитемия характеризуется вовлечением миелоидного кроветворения. Временная утрата трудоспособности возникает в период обострения болезни. При ее продолжительности до 4 месяцев больные представляются на МСЭ.

**Лимфогранулематоз** – злокачественное новообразование лимфоидной ткани, характеризующееся ее гранулематозным строением с наличием гигантских клеток Березовского-Штернберга, протекающее с поражением лимфоузлов.

Временная утрата трудоспособности возникает в период обострения болезни, ее длительность может продолжаться до 4 месяцев.

При возникновении стойкой утраты трудоспособности больным может устанавливаться 3, 2 и 1 группы инвалидности с учетом течения заболевания, в том числе цитостатической и лучевой терапии.

**Рак желудка.** Временная утрата трудоспособности возникает на период обследования больного и лечения. При ранних стадиях процесса без выраженных последствий временная утрата трудоспособности может продолжаться до 6-10 месяцев. При IIIБ или IV А стадиях – до 4 месяцев. В случае отказа от операции или невозможности радикального лечения, а также после паллиативных операций временная трудоспособность может продолжаться до 2-3 месяцев.

Направлению на МСЭ подлежат следующие больные:

- радикально оперированные на ранних стадиях заболевания, работающие в противопоказанных условиях;
- радикально оперированные на ранних стадиях заболевания при постгастрорезекционных синдромах средней и тяжелой степени;
- после радикального лечения при IIIБ и IVА стадиях – в связи с сомнительным прогнозом;
- инкурабельные и после паллиативного лечения в связи с неблагоприятным клиническим прогнозом.

Радикально оперированные больные раком желудка I-II-III А стадий с гладким течением могут признаваться трудоспособными. Продление листка нетрудоспособности свыше 4 месяцев осуществляется в целях долечивания тех состояний, которые не влияют на трудовой прогноз. При очередном переосвидетельствовании в бюро МСЭ трудоспособными признаются больные, перенесшие радикальную операцию на желудке в случае отсутствия рецидива и метастазов опухоли и при незначительно выраженных последствиях оперативного лечения, но работающие в непротивопоказанных видах и условиях труда.

**Рак щитовидной железы.**

Это заболевание составляет 1-1,5% от всех злокачественных новообразований. В последнее время отмечают тенденцию к росту и распространенности его. Диагностика рака щитовидной железы, особенно на ранних стадиях, представляет большие сложности.

Наиболее значимыми для экспертизы трудоспособности являются гистологическое строение опухоли, состояние лимфатических узлов и наличие отдаленных метастазов. Различают высокодифференцированные раки (папиллярный и фолликулярный), новообразования средней степени злокачественности из В-клеток и С-клеток (солидные раки) и низкодифференцированные раки.

Наиболее часто встречается папиллярная аденокарцинома – 60%, фолликулярная форма (10-20%) является функционально активной опухолью и отличается гематогенным метастазированием в отдаленные органы – легкие, кости.

Опухоли из С-клеток составляют 6-12% и характеризуются средней степенью злокачественности, отличаются медленным течением. Отдаленные метастазы наблюдаются в 2-4% больных. Анапластический рак составляет 8-13% всех новообразований щитовидной железы и характеризуется полным отсутствием дифференцировки клеточных элементов. Отличается бурным развитием первичного очага и генерализованным метастазированием.

Наличие метастазов в лимфатических узлах является важным прогностическим фактором с учетом характера дифференцировки опухоли. Отдаленные метастазы наблюдаются в 5-27% случаев. Они чаще бывают множественными (кости) и имеют остеолитический характер.

Частота рецидивов рака зависит от срока после операции (1-3 года) и зависят от нерадикального характера первичного вмешательства.

Для суждения о прогнозе важно учитывать и распространенность опухоли. Выделяют 4 стадии течения рака щитовидной железы.

Средние сроки временной утраты трудоспособности радикально леченных больных раком щитовидной железы составляют до 3 месяцев. При ее продолжении до 4 месяцев и больше в случаях экстирпации железы, операции Крайля и наличии последствий в виде гипотиреоза и гипопаратиреоза больные направляются на МСЭ.

Показаниями для этого служат:

- необходимость трудоустройства радикально леченных больных, имеющих противопоказанные виды труда в связи с нарушением голосообразования, наличии трахеостомы,
- гипотиреоз и гипопаратиреоз, выраженное нарушение дыхательной функции, определяющие значительное нарушение жизнедеятельности,

- неэффективное лечение у больных с недифференцированным раком.

### **Рак молочной железы.**

Рак молочной железы занимает 4 место в структуре онкологической заболеваемости населения РФ. Критериями оценки трудоспособности являются локализация опухоли, размер первичного очага, тип роста, состояние регионарных лимфатических узлов, отдаленные метастазы, стадия рака. Практически благоприятной является опухоль в наружных квадрантах. Наибольшей частотой метастазирования отличаются опухоли, локализующиеся медиально и в центре молочной железы.

По размеру выделяют опухоли до 2 см, до 5 см и более 5 см. По типу роста различают узловатые и диффузные формы. Узловатые формы делятся на ограниченно растущие и местно – инфильтративно растущие, а среди диффузных различают отечные, диффузно-инфильтративные и лимфангитические формы рака. Особую форму составляют мастито- и рожеподобные раки. Прогноз при них неблагоприятный.

Регионарными лимфатическими коллекторами являются подмышечные, подлопаточные, подключичные, межреберные, парастернальные и медиастинальные лимфоузлы.

Отдаленные метастазы возникают в костях, легких, плевре, печени, головном мозге, яичниках.

По гистологическому строению различают высокодифференцированные (аденокарцинома) опухоли, низкодифференцированные и недифференцированные карциномы. Последние раки исключительно злокачественны, склонны к раннему метастазированию.

Лечение рака молочной железы, как правило, должно быть комплексным. Оно включает в себя хирургические, лучевые методы, химиотерапевтические и гормональные (овариоэктомия, применение эстрогенов, андрогенов, кортикостероидов, что определяется типом опухоли).

Важным обстоятельством для определения сроков нетрудоспособности является учет осложнений лечения: отек руки, контрактура плечевого сустава, поздние лучевые поражения кожи. Наличие посткастрационного синдрома и степень его выраженности.

Средние сроки временной утраты трудоспособности составляют 3-4 месяца.

Показания для направления на МСЭ возникают:

- при необходимости трудоустройства и дачи трудовых рекомендаций радикально леченным больным;
- у больных, получающих адекватную химио- и гормонотерапию;

- у больных с сомнительным прогнозом после радикального лечения;
- у больных с рецидивом и появлением отдаленных метастазов;
- у больных с прогрессирующим течением заболевания после паллиативного лечения.

### **Рак легкого**

Занимает первое место среди опухолей различной локализации (17,4%) у онкологических больных и является одной из главных причин инвалидности у онкологических больных.

Критерии экспертизы строятся на оценке стадии процесса, локализации, гистологической структуры опухоли и наличия метастазов.

Выделяют 4 стадии рака легкого. Наиболее благоприятный прогноз после операций в I, IIА – IIIА стадиях. По локализации опухоли различают периферический, центральный и атипичные формы.

По гистологической структуре выделяют следующие формы рака легкого: плоскоклеточный рак (50%), аденокарцинома (15%), крупноклеточный (8%), анапластический рак (72%), мелкоклеточный (20%), альвеолярно-клеточный (2%).

Более благоприятный прогноз из всех перечисленных форм рака является при плоскоклеточном раке. Прогноз при периферическом раке более благоприятный, чем при центральном.

При вынесении экспертного решения учитываются медицинские факторы: форма опухоли, стадия заболевания, гистологическое строение опухоли, характер проведенного лечения и его результаты, сопутствующие заболевания, а также социальные факторы: трудовая направленность больного, его профессия, характер и условия труда. У оперированных больных учитывается объем и давность оперативного вмешательства. Временная утрата трудоспособности определяется на период диагностики, обследования, выполнения операции, а также для проведения химиотерапии.

Эффективное лечение с благоприятным прогнозом при высокодифференцированных опухолях позволяет продолжить лечение при I стадиях до 70 дней, II-III ст. до 90-110 с последующим направлением на МСЭ. Показанием для этого, кроме того, являются:

- диагностирование рака легкого и невозможность радикального лечения из-за распространенности процесса или тяжелых сопутствующих заболеваний.
- низкодифференцированные формы рака IIБ, IIIБ стадий после радикального лечения при отсутствии достаточной компенсации состояния.

- необходимость продолжения комбинированного или комплексного лечения , а также наличие осложнений – пищеводного или бронхиального свища, хронической эмпиемы плевры.
- инкурабельность заболевания.
- необходимость получения трудовых рекомендаций для рационального трудоустройства.

### **Рак нижней губы.**

Этот рак составляет 3-7% от злокачественных новообразований всех локализаций. Как и при других злокачественных заболеваниях прогноз при раке нижней губы зависит от гистологического строения опухоли, ее размера, формы роста, наличия метастазов в зонах метастазирования.

По гистологическому строению рак губы в 95% это – плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, около 2% наблюдается базально-клеточный рак. Плоскоклеточный ороговевающий рак характеризуется относительно медленным ростом, имеет склонность к плоскостному распространению. Плоскоклеточный неороговевающий рак составляет до 35%. Он имеет склонность к быстрому изъязвлению и раннему метастазированию.

По форме роста различают экзофитные, развивающиеся из папилломы, эндофитные формы рака, язвенные и язвенно-инфильтративные возникают на почве дискератоза, чаще язвенного и характеризуются наличием опухолевой язвы, разрушение тканей при этой форме идет быстрым темпом, ухудшает прогноз. Рак этой локализации метастазирует в лимфатические узлы подбородочной и подчелюстной областей. Двусторонними метастазы бывают в 20% случаев.

В лечении основное значение имеет близкофокусная рентгенотерапия, которая дает почти 100% выздоровления (1 стадия).

При лечении язвенно-инфильтративных форм применяют дистанционную гамма-терапию с последующей рентгенотерапией. У некоторых больных применяют широкое иссечение пораженных тканей. Вторым этапом следует удаление регионарных метастазов.

Средние сроки временной нетрудоспособности составляют 2-3 месяца. Большинство больных, как правило, возвращаются к труду по своей профессии.

Группа инвалидности устанавливается больным лишь при IIIA и IVB стадиях после паллиативного лечения и инкурабельным больным.

### **Рак языка.**

Он составляет 2-3% от всех злокачественных опухолей.

Для экспертизы трудоспособности имеют значение радикальные факторы прогноза, к которым относятся локализация, форма роста, поражение лимфоузлов и стадия процесса.

Заболевание поражает часто боковые отделы языка, заднюю поверхность и корень его.

Выделяют три основных формы роста – экзофитную, язвенную и инфильтративную. Язвенная встречается чаще других. Экзофитные опухоли метастазируют в 50% случаев.

Почти все формы рака языка имеют плоскоклеточное ороговевающее строение, редко встречаются неороговевающие.

Метастазирует рак в лимфатические узлы. Раньше всего оно наступает из задних отделов и корня языка.

Лечение, как правило, должно быть комбинированным: предоперационное, лучевое и хирургическое.

Лечение с оформлением листка нетрудоспособности возможно более 4 месяцев при расположении опухоли в подвижной части языка.

На МСЭ направляют радикально оперированных больных в случаях необходимости дачи трудовых рекомендаций по рациональному трудоустройству:

- радикально оперированных больных в III стадии опухолевого процесса и II стадии инфильтративной формой рака и низкой степенью дифференцировки с сомнительным клиническим и трудовым прогнозом;
- больных, которым не применялось лечение из-за их отказа;
- инкурабельных больных; тех, кому проведено паллиативное лучевое лечение; больных с обширными метастазами в лимфоузлы шеи.

### **Рак пищевода.**

Рак пищевода занимает 8 место в общей структуре злокачественных заболеваний, чаще он встречается у пожилых людей (85-88% всех случаев).

Критериями экспертизы трудоспособности являются: локализация опухоли, форма роста, гистологическое строение и степень ее дифференцировки. Чаще всего ( до 60% ) опухоль располагается в среднегрудном отделе, в нижнегрудном до 30% и в верхнегрудном отделе 10%. Оценка локализации опухоли служит основанием для выбора метода лечения. При нижнегрудной локализации чаще применяют хирургический метод, при среднегрудной – комбинированный, при верхнегрудной – лучевая терапия.

Различают экзофитную, эндофитную и смешанную формы. Основную группу составляют больные с эндофитной формой роста (64%).



Прорастание стенки пищевода является ведущим критерием прогноза у больных этим заболеванием. В равной степени на прогноз оказывает влияние и характер поражения регионарных лимфатических узлов. Чаще всего они поражаются при прорастании всей стенки пищевода опухолью средней и низкой степени дифференцировки. Однако одним из определяющих факторов клинического прогноза является гистологическое строение и степень дифференцировки опухоли. Чаще наблюдается плоскоклеточный рак – до 85-95%, реже – аденокарцинома.

Лечение по временной утрате трудоспособности может продолжаться до 5-6 месяцев у больных, которым выполнена одномоментная пластика при I и II стадиях заболевания.

На МСЭ направляют:

- больных радикально оперированных с благоприятным клиническим прогнозом для рационального трудоустройства после лечения.
- радикально оперированных больных с сомнительным прогнозом.
- больных, у которых возникли послеоперационные осложнения.
- больных с незавершенной пластикой пищевода, но радикально оперированных.
- больных, отказавшихся от радикального лечения и имеющих гастростому.
- инкурабельных больных и тех, у кого возник рецидив заболевания.

В зависимости от степени нарушения жизнедеятельности может устанавливаться 3, 2 или 1 группа инвалидности.

### **Рак гортани.**

Это заболевание встречается от 1,5% до 6% всех опухолей организма. Почти исключительно поражает мужчин. Больные обращаются к врачу, как правило, поздно, уже при наличии выраженных симптомов заболевания.

Локальными факторами прогноза у больных являются локализация опухоли в органе, степень прорастания стенки гортани, анатомическая форма роста, гистологическое строение и степень дифференцировки.

Из них наибольшее значение имеет именно степень дифференцировки. Дифференцированные опухоли отличаются инфильтративным ростом и метастазами.

По гистологическому строению различают эпителиальные (аденокарцинома, плоскоклеточный ороговевающий и неороговевающий раки). Низкодифференцированный рак. Эта группа опухолей тем чувствительнее к облучению, чем менее дифференцирована.

Другая группа – меланобластома, эстерионейробластома (опухоль обонятельного нерва).

Следующий тип – низкодифференцированные (тонзиллярные). Обладают высокой степенью злокачественности, быстрым ростом и метастазированием.

Рак гортани чаще бывает представлен плоскоклеточным (96%) с ороговением. Реже встречается аденокарцинома (4%). Лечение бывает трех видов: лучевое, хирургическое и комбинированное.

Объем хирургического лечения определяется стадией развития, на ранних – переднебоковая резекция, а в случаях большого объема опухоли – ларингэктомия.

Самым тяжелым последствием ларингэктомии является утрата голосовой функции.

Листок нетрудоспособности выдается на период обследования и лечения больного общей продолжительностью до 90 дней при I и II стадиях.

При II и III стадиях и хирургическом лечении, дополненном лучевым, средние сроки временной нетрудоспособности могут составлять 4-5 месяцев.

Показания для направления больных на МСЭ:

- радикально оперированные больные с благоприятным клиническим прогнозом для рационального трудоустройства;
- больных после комбинированного лечения с сомнительным клиническим прогнозом;
- больных с послеоперационными осложнениями;
- больных, отказавшихся от радикального лечения, рецидивом заболевания, инкурабельных больных.

В зависимости от состояния больного, наличия соответствующих ограничений жизнедеятельности может быть установлена третья, вторая и первая группа инвалидности.

### **Рак толстой кишки.**

Это заболевание составляет 7-8% среди всех онкологических заболеваний, а среди злокачественных новообразований пищеварительного тракта - 2 –ое место.

Критериями экспертизы трудоспособности и факторами прогноза являются:

- стадия заболевания;
- анатомическая форма роста: экзофитная, эндофитная и смешанного типа роста, экзофитные опухоли разрастаются вглубь кишечной стенки, чаще растут циркулярно, сужая просвет. Клинический прогноз при такой форме роста хуже.

- глубина инвазии опухоли влияет на прогноз. Если опухоль прорастает все слои стенки кишки значительно увеличивается частота метастазов в лимфоузлах ( в 8 раз)
- поражение регионарных лимфоузлов должно учитываться при проведении клинического прогноза, поскольку это снижает сроки 5-летней выживаемости в 2-3 раза.
- Гистологическое строение опухолей толстой кишки чаще бывает в виде аденокарциномы различной степени дифференцировки и зрелости и плоскоклеточными раками в анальном канале. Чаще бывают высокодифференцированные (75%) опухоли.

Снижение степени дифференцировки ухудшает прогноз. Он наиболее неблагоприятен при слизистых и недифференцированных опухолях.

Оценивая локализацию опухоли, следует помнить, что опухоли правой половины отличаются экзофитным ростом, медленным метастазированием. В левой половине толстой кишки чаще развиваются эндофитные раки. Важное значение для оценки прогноза имеет объем хирургического лечения. В зависимости от локализации опухоли выполняют:

- правостороннюю либо левостороннюю гемиколэктомию;
- субтотальную колэктомию.

При локализации опухоли в прямой кишке:

- брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки;
- брюшно-анальную резекцию ее с низведением сигмовидной;
- переднюю резекцию.

Примерно у 10-20% больных радикальная операция не осуществима. Им выполняют паллиативные резекции или накладывают колостому. Колостома может быть постоянной или временной. Нарушение функции оперированной толстой кишки может быть легкой, умеренной и выраженной степени. Критерии для определения сроков временной нетрудоспособности зависят от стадии болезни, формы роста, гистологического строения опухоли, вида и объема операции. При радикально выполненной операции после гемиколэктомии, низкой передней резекции, низведении кишки временная нетрудоспособность может устанавливаться до 6 месяцев.

При сомнительном прогнозе, а также после паллиативной операции временная нетрудоспособность не превышает 3-4 месяцев. После этого больные представляются на МСЭ. Показаниями для этого могут быть:

- при благоприятном клиническом прогнозе и законченном лечении необходимость изменения характера трудовой деятельности;

- при сомнительном прогнозе, когда труд больному невозможен;
- при неблагоприятном прогнозе, когда труд становится невыполнимым;
- при прогрессировании заболевания, если требуется постоянный посторонний уход;
- при выраженном нарушении опорожнения толстой кишки.

Больным в зависимости от нарушенных функций организма и жизнедеятельности может устанавливаться первая, вторая или третья группа инвалидности.

### **Рак печени**

Среди всех онкологических заболеваний это составляет 1-1,5%, чаще встречается у мужчин, соотношение между первичными и вторичными (метастатическими) составляет 1:50.

Критериями экспертизы трудоспособности является:

- стадия заболевания, которая зависит от наличия регионарных и отдаленных метастазов;
- гистологическое строение (гепатоцеллюлярный рак-84%), (холангиоцеллюлярный – 3%), (смешанные формы-13%);
- учитывается клиническое течение: гепатомегалический вариант, гепатонекротический, желтушный, маскированный вариант – это быстро протекающие, при кистозном и циррозоподобном вариантах течение заболевания продолжительнее.
- Радикальность лечения зависит от возможностей использования хирургического метода.

Возможности его ограничены локализацией опухоли, в связи с этим радикальное хирургическое лечение не всегда приемлемо. У некоторых больных возможна экстирпация печени и замена ее аллотрансплантатом.

Временная утрата трудоспособности определяется на период:

- диагностики рака печени с целью определения возможностей хирургического лечения.
- хирургического лечения и адаптации после него.
- Проведения цикловой полихимиотерапии в случаях поражения печени метастазами.

Почти все больные после освобождения от работы подлежат направлению на МСЭ. Лишь небольшое число больных при рациональном трудоустройстве могут приступить к работе.

Больным может устанавливаться первая, вторая и третья группа инвалидности.

### **Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных путей.**

Среди всех злокачественных опухолей рак желчного пузыря составляет 3-4%, рак внепеченочных желчных путей – 4-6%.

На ранних стадиях заболевание практически не распознается. Классификаций этих заболеваний по стадиям нет. Средняя продолжительность жизни после появления выраженных симптомов не превышает 5 месяцев. В связи с этим у большинства больных лечение может быть продолжено по листку нетрудоспособности до летального исхода. Редко возникает необходимость направления на МСЭ по последствиям лечения, существенно ограничивающим жизнедеятельность больных, имеющих наружные желчные свищи, стриктуры анастомозов, нарушения пищеварения. Им может устанавливаться 3, 2 и 1 группы инвалидности. Последняя устанавливается, как правило, после паллиативных операций инкурабельным больным.

### **Рак поджелудочной железы.**

В общей структуре злокачественных заболеваний он составляет 1,5-7%. В последнее время отмечается тенденция к росту заболеваемости.

Экспертиза трудоспособности зависит от ряда критериев. Одним из них является стадия. Она определяется согласно системе TNM по величине опухоли. Важное значение имеет наличие метастазов в регионарных лимфоузлах и отдаленных, которые могут быть в печени, легких, костях, надпочечниках, почках. Они носят гематогенный характер и могут появляться рано в связи с хорошим кровоснабжением указанных органов.

Чаще опухоль располагается в головке (70%), теле (17%), хвосте (7%). Поражение всего органа (6%).

Заболевание относится к числу поздно диагностируемых с быстрым прогрессированием и злокачественным течением. После радикального лечения прогноз – сомнительный, поэтому после установления диагноза и лечения больные теряют трудоспособность, восстановления ее не наступает. В связи с этим ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности не превышают 4 месяцев, затем направляются на МСЭ.

Всем больным независимо от вида лечения при направлении их на МСЭ устанавливается первая группа инвалидности.

### **Злокачественные заболевания почек.**

У взрослых они составляют 2-3% от всех злокачественных опухолей. Среди них наиболее часто встречаются опухоли почечной паренхимы (до 75%), остальные (до 25%) – опухоли почечной лоханки. Критериями экспертизы трудоспособности являются:

- Стадия заболевания,
- Гистологическая характеристика опухоли (светлоклеточный, альвеолярный, зернисто-клеточный, солидно-тубулярный, веретенообразно-клеточный).

Нередко встречаются сочетанные формы. Радикальность лечения заключается в удалении почки в месте окружающей клетчаткой, лимфоузлами и опухолевыми тромбами из нижней полой вены.

В последнее время при начальных стадиях опухоли выполняют резекцию почки.

Временная утрата трудоспособности при I и II стадиях заболевания до 90 дней, III, IV стадии до 110 дней, затем больные представляются на МСЭ. В зависимости от степени нарушения жизнедеятельности больным может быть установлена III, II и I группа инвалидности.

Резко выраженное ограничение жизнедеятельности и нуждаемость больного в постельном постоянном уходе возникают при IVA, IVБ стадиях рака.

### **Рак мочевого пузыря.**

Это заболевание среди всех злокачественных новообразований составляет 4%. Критериями экспертизы являются:

- Стадия заболевания
- Гистологическое строение опухоли В 95% опухоли мочевого пузыря имеют эпителиальное происхождение (папиллярный, плоскоклеточный, солидный и низкодифференцированный). Они чаще в послеоперационном периоде дают рецидив заболевания, что следует учитывать при проведении прогноза
- Расположение опухоли в мочевом пузыре: шейка мочевого пузыря, устья мочеточников. Иссечение стенки мочевого пузыря с опухолью, расположенной в области его шейки, может вызывать недержание мочи, либо способствовать возникновению рефлюксов, что приводит к частым обострениям пиелонефита.
- Радикальность проведенного лечения. Следует учитывать объем оперативного вмешательства: трансуретральная электрорезекция, обычная резекция, или резекция с уретеронеоцистостомией. При III стадии опухолевого процесса выполняют цистэктомию с созданием искусственного мочевого пузыря, либо выведением мочеточников на кожу. По показаниям используется

предоперационная лучевая терапия, в комплексном лечении используется и внутривезикулярное введение химиопрепаратов.

В послеоперационном периоде могут возникать: недержание мочи, мочевого свища либо микроцистис. Сроки временной нетрудоспособности устанавливаются на период диагностики и лечения: при первой стадии до 100 дней, при III стадии – после лечения в течение 3,5-4 месяцев больной направляется на МСЭ. Выраженное ограничение жизнедеятельности определяется при наличии мочевого свища, недержании мочи. Им может быть установлена III, II и I группа инвалидности. Резко выраженное ограничение жизнедеятельности возникает при IV стадии заболевания, развитии непрерывно рецидивирующего пиелонефрита.

### **Злокачественные новообразования яичка.**

Эти опухоли составляют 3% от всех злокачественных новообразований. Критериями экспертизы трудоспособности являются:

- стадия заболевания
- наличие пораженных регионарных лимфоузлов
- гистологическое строение: герминогенные (семинома, эмбриональный рак, тератобластома, хорионэпителиома – всего до 97% и негерминогенные, растущие из стромы – рабдомиосаркома, лимфома, лейдигома и сертолиома)
- радикальность проведенного лечения.

В зависимости от стадии заболевания сроки диагностики и лечения могут составлять от двух до четырех месяцев.

После проведенного комплексного лечения направляют на МСЭ тех, у которых сохраняются выраженные признаки нарушения жизнедеятельности (IIА, IIБ стадии) и больным устанавливают II группу инвалидности. При резко выраженных ограничениях жизнедеятельности и в случае нуждаемости в постоянном постороннем уходе в виду инкурабельности больного определяют I группу инвалидности.

### **Рак предстательной железы.**

Эта опухоль составляет 12% от всех новообразований у мужчин.

Критериями экспертизы нетрудоспособности являются:

- стадия заболевания, которая зависит от наличия метастазов в регионарных лимфоузлах. По кровеносной системе этот рак метастазирует в кости, печень, легкие. Чаще всего метастазы локализуются в костях таза, крестце, поясничных

позвонках, шейке бедренной кости. Нередко сдавливаются мочеточники, что приводит к хронической почечной недостаточности.

- гистологическое строение опухоли. Чаще встречается аденокарцинома, реже – скirroзная, солидная и плоско-клеточная формы. Прогноз наименее благоприятный при низкодифференцированном раке. Саркома железы составляет 0,3%.
- эффективность проводимого лечения зависит от стадии заболевания, гистологической формы. Гормональная зависимость рака предстательной железы обуславливает применение эстрогенотерапии и использование антиандрогенов.
- учитываются осложнения и последствия лечения: недержание мочи, рубцовые стриктуры, цистит, изменение в течении гипертонической болезни, нарушение функции печени, наличие постлучевого цистита, ректита.

Средние сроки временной нетрудоспособности составляют 3-4 месяца с учетом времени, необходимого для диагностики заболевания.

На МСЭ больные направляются при необходимости рационального трудоустройства, при неэффективности гормонального лечения, при нерадикальном оперативном вмешательстве, при IV стадии рака, нуждающихся в постоянном постороннем уходе.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности определяется III, II и I группы инвалидности.

### **Злокачественные новообразования яичников.**

Эти опухоли составляют до 25% от всех новообразований женских половых органов.

Критериями экспертизы трудоспособности являются:

- гистологический тип опухоли яичника. Он является важным прогностическим признаком. Цистоаденокарцинома встречается в 40% случаев, эндометриодная карцинома – 15%, недифференцированная аденокарцинома-15%, муцинозная цистоаденокарцинома-12%, мезонефрома-6%, гранулезотеклаклеточная опухоль-5%, дисгерминома-4% и метастатический рак-5%.

Неблагоприятным клиническим прогнозом отличаются тератобластомы, хорионэпителиома и саркомы яичников. Злокачественные опухоли яичника рано метастазируют лимфогенным (чаще), гематогенным и имплантационным путем.

- Важное прогностическое значение имеет выявляемые во время оперативного вмешательства сращения яичника с окружающими анатомическими образованиями, поскольку это ухудшает прогноз и определяет наряду с другими



признаками, стадию заболевания. Оценивается радикальность проведенного лечения, которое должно быть дополнено обязательной курсовой химиотерапией.

- Учитывается наличие посткастрационного синдрома и степень его выраженности.

Ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности зависят от тактики лечения, сроки заболевания могут составлять от 2 до 4 месяцев.

На МСЭ направляют больных:

- при необходимости рационального трудоустройства
- при наличии сомнительного прогноза из-за распространенности опухоли
- после нерадикального оперативного лечения
- нуждающихся в длительной послеоперационной химиотерапии
- больных, нуждающихся в постоянном постороннем уходе.

При умеренных ограничениях жизнедеятельности устанавливают III группу, выраженных – II группу, при резко выраженных и неблагоприятном прогнозе – первую группу.

### **Рак шейки матки.**

В общей структуре онкологических заболеваний рак шейки матки занимает 4 место после рака молочной железы.

Критериями экспертизы трудоспособности являются:

- стадия заболевания,
- гистологическое строение опухоли, которая бывает плоскоклеточной (ороговевающий и неороговевающий), развивающийся из многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки и из эпителия цервикального канала,
- радикальность проведенного лечения,
- осложнения и последствия лечения: выраженность посткастрационного синдрома, постлучевой цистит, радикулит, лимфостаз, наличие пузырно-влагалищных и кишечно-влагалищных свищей,
- склерозирование тазовой клетчатки с последующим сужением мочеточников и нарушением оттока мочи, развитием гидронефроза.

Сроки временной нетрудоспособности возникают на весь период установления диагноза и лечения, которые обычно составляют три месяца.

На МСЭ направляют больных:

- после лечения при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе, нуждающихся в рациональном трудоустройстве

- после полного объема лечения (ШБ стадия и выше) при сомнительном прогнозе
- при нерадикальном объеме лечения
- при резко выраженном ограничении жизнедеятельности, определяющем необходимость постоянного постороннего ухода
- при IV стадии ввиду инкурабельности, определяющей резко выраженное ограничение жизнедеятельности независимо от сроков временной нетрудоспособности.

### **Рак тела матки**

Встречается примерно в десять раз реже рака шейки матки.

Критериями экспертизы трудоспособности являются:

- стадия заболевания
- гистологическое строение, являющейся аденокарциномой, которая бывает высокодифференцированной, умереннодифференцированной, низкодифференцированной (железисто-солидная и солидная). Редким вариантом рака тела матки – может быть светлоклеточная аденокарцинома
- радикальность проведенного лечения. Необходимым объемом операции является экстирпация матки и ее придатков.
- учитываются выраженные осложнения и последствия проведенного лечения.

Временная утрата трудоспособности устанавливается на период диагностики и лечения. Обычно эти сроки не превышают 2-3 месяцев. В отдельных случаях временная утрата трудоспособности может продолжаться до 4 месяцев.

Показаниями для направления на МСЭ являются:

- необходимость рационального трудоустройства,
- сомнительный трудовой и клинический прогноз,
- необходимость длительного курса химиотерапии при плохой переносимости химиопрепаратов,
- при IV стадии, определяющей инкурабельность вследствие прорастания мочевого пузыря и (или) прямой кишки.

Третья группа инвалидности устанавливается при умеренном ограничении жизнедеятельности.

При выраженном ограничении жизнедеятельности и сомнительном прогнозе (III и IV стадии) определяют II группу инвалидности.

- При III стадии рака матки возникают резко выраженные ограничения жизнедеятельности, нуждаемость больной в постороннем уходе и необходимость определения первой группы инвалидности.

### **Остеогенные саркомы**

Это первичные высокозлокачественные опухоли костей. Поражают, как правило, одну кость. Остеогенные саркомы делят на две формы: остеобластическую и остеолитическую. Склерозирующая характеризуется интенсивными процессами формирования в опухоли костной ткани. Остеолитическая саркома характеризуется преобладанием процессов разрушения кости растущей опухолью. Быстрое разрушение кости может привести к возникновению патологического перелома: остеогенные саркомы возникают обычно в метафизарной зоне на концах больших трубчатых костей. В 2/3 случаях поражаются кости нижних конечностей. В 3-11% случаев остеогенные саркомы возникают на почве болезни Педжета и протекают очень злокачественно.

Критерии экспертизы трудоспособности зависят:

- от степени поражения опухолью кости
- наличия регионарных и отдаленных метастазов
- гистологической характеристики опухоли
- радикальности лечения. Единственным радикальным методом лечения остеогенных сарком является оперативный.

В зависимости от размера опухоли, поражения ею мягких тканей операция может быть выполнена с сохранением конечности с одновременным замещением удаленной части кости эндопротезом, либо ампутации с последующим протезированием. Хирургическое лечение может быть дополнено химиолучевым. Оперированные больные в большинстве случаев теряют возможность исполнять трудовую деятельность по прежней профессии.

Сроки временной утраты трудоспособности от 3 до 4 месяцев, затем почти все больные представляются на МСЭ в связи с тяжелым заболеванием и его последствиями. Устанавливается чаще вторая либо первая группа инвалидности в связи с выраженными ограничениями жизнедеятельности.

Подводя общие итоги экспертизы трудоспособности больных, отметим, что в настоящее время часть онкологических больных, которым проведено комплексное радикальное лечение с благоприятным клиническим прогнозом не подлежат направлению на МСЭ.

Стабилизация состояния больного со злокачественными заболеваниями после всех видов лечения происходит, как правило, не ранее 4-6 месяцев. Обширные хирургические

вмешательства иногда приводят к значительным анатомическим и функциональным нарушениям. Лучевая и химиотерапия часто снижают компенсаторные и защитные силы организма. Лечение многих больных бывает сочетанным или комбинированным после чего восстановление физических и функциональных возможностей, а также состояния требует предоставления больным указанных выше средних сроков временной нетрудоспособности, согласуя с умелым проведением клинического и трудового прогноза.

В этих случаях продление листка нетрудоспособности является эффективным средством профилактики инвалидности.

### **Критерии определения групп инвалидности в онкологии.**

Медико-социальная экспертиза онкологическим больным проводится после проведения лечебно-диагностических мероприятий. При этом следует учитывать: локализацию опухоли, стадию, гистологическое строение, степень дифференцировки, объем оперативного вмешательства, лучевую и химиотерапию, осложнения, сроки, прошедшие после лечения, общее состояние больного, характер местных изменений, возраст, профессию и характер труда, быта, их условия, трудовую направленность, то есть социальный статус больного. Все эти факторы позволяют составить клинический и трудовой прогноз.

Ведущим критерием для определения состояния трудоспособности освидетельствуемых является клиническая стадия заболевания, которая определяется размерами первичного очага и степенью вовлечения в процесс регионарных лимфатических узлов.

Больным, у которых в связи с заболеванием выполнены гастрэктомия, пульмонэктомия, резекция толстой кишки, пищевода с его пластикой, ампутация бедра и др. устанавливается II группа инвалидности.

Около 70% оперируется в ПБ стадии, причем у 40-60% диагностируют низкодифференцированный рак. Прогноз в таких случаях бывает сомнительный. Таким больным при первичном освидетельствовании устанавливают II или I группу инвалидности.

Больным после паллиативных операций и симптоматического лечения, поскольку прогноз у них считается неблагоприятным, определяют I группу инвалидности.

Таким образом, первую группу инвалидности при первичном освидетельствовании во МСЭ устанавливают больным:

- с III стадией
- с рецидивами и отдаленными метастазами
- при отсутствии положительного эффекта от проводимого лечения

- с метастазами рака без выявленного первичного очага в случае безуспешного лечения.

В настоящее время известно, что многие злокачественные новообразования – это системное, а не локальное заболевание. Оно служит мощным стрессом для самого пациента и его семьи, следствием которого является психическая травма, длящаяся иногда годы и не всегда связанная с физическим самочувствием заболевшего.

Онкологический больной оказывается в чрезвычайно сложной жизненной ситуации, лечение требует мобилизации душевных и физических сил, а болезнь и связанные с нею переживания приводят к значительным психологическим, биохимическим изменениям, которые истощают организм пациента. Основной фигурой в оценке трудоспособности больного является лечащий врач, поэтому он должен четко представлять себе ответственность за принятые решения, учитывать индивидуальные особенности течения заболевания, опираясь при этом на «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности...».