

МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

**С.Н. Пузин, Ю.Г. Паяниди, Д.С. Огай, Е.В. Воробьева, О.Т. Богова,
Е.В. Коржевская, А.Ю. Кашурников**

РМАПО, Москва

ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Отделение онкогинекологии ГУЗ Московский областной онкологический диспансер

В статье представлены заболевания, относящиеся к онкогинекологии, и принципы экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) и для лиц, занимающихся частной медицинской практикой, а также критерии направления больных на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Ключевые слова: онкогинекология, факторы прогноза, медицинская и социальная экспертиза.

QUESTIONS OF THE MEDICAL EXPERTISE IN ONCOGYNECOLOGY

**S.N. Puzin, Yu.G. Payanidi, D.S. Ogay, E.V. Vorobiyova, O.T. Bogova,
E.V. Korzhevskaya, A.Yu. Kashurnikov**

*N.N. Blokhin Russian Cancer Research Centre, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow;
Moscow Regional Oncological Hospital*

The article presents the diseases related to oncogynecology and the principles of examination and expertise of temporary disability performed in health facilities and also by general practitioners who are engaged in their own medical practice and the criteria of patients' referrals to the medical and social expertise.

Key words: oncogynecology, prognostic factors, medical and social expertise.

Злокачественные опухоли репродуктивной системы представляют серьезную медицинскую и социальную проблему. Они влекут за собой длительное лечение, выход на инвалидность и преждевременную смерть. Вместе с тем в последние десятилетия выживаемость лиц, перенесших различные злокачественные заболевания, несколько улучшилась. А посему перед современным обществом вырастают новые проблемы — улучшение качества жизни онкологических больных. Термин «качество жизни» возник в западной философии и быстро «внедрился» в социологию и медицину. Судя по частоте использования этого термина в специальной литературе, его следует рассматривать как интегральный показатель целого комплекса организационных, диагностических, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий в современной медицине и, в частности, в онкогинекологии.

Как показывает практика, качество жизни больных, перенесших лечение по поводу онкологических заболеваний органов репродуктивной системы, значительно изменяется (всевозможные токсические эффекты химио- и радиотерапии, последствия расширенных хирургических вмешательств, посткастрационный синдром и т.п.). Поэтому возникает необходимость в медико-социальной экспертизе таких больных для оценки их трудоспособности.

После диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий по поводу онкологических заболе-

ваний при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеванием, пациентов направляют на МСЭ [2]. В самом названии «МСЭ» отражены основные направления ее деятельности: определение социального статуса пациента с учетом имеющегося у него заболевания, оценка его возможностей продолжать трудовую деятельность вообще и/или по специальности, а в случае утраты трудоспособности по специальности — рассмотрение возможности обучения новой профессии.

В направлении на МСЭ, форма которой утверждает-ся Министерством здравоохранения и социального развития РФ, указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций организма, состояние его компенсаторных возможностей, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий [2, 7].

Орган социальной защиты населения вправе направить на МСЭ гражданина, имеющего признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающегося в социальной защите, при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушения функций организма вследствие онкогинекологического заболевания [7].

Основные нозологические формы в онкогинекологии:

- злокачественные новообразования (ЗН) женских половых органов: шейки матки, тела матки (эндометрия), яичника, маточной (фаллопиевой) трубы, влагалища, вульвы;

- пограничные состояния;
- предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли.

Некоторые из этих заболеваний и их классификации недостаточно известны практическим врачам, вопросы медицинской экспертизы в онкогинекологии в литературе освещаются редко. Между тем ЗН репродуктивной системы, включая рак молочной железы, в структуре онкозаболеваемости женщин суммарно превышают 35% [6, 11] как наиболее частые среди всех ЗН женщин.

Поддерживают высокий уровень и рост онкогинекологической патологии экологические (вредные факторы производственной и окружающей среды); физиологические (изменения репродуктивной сферы женщины); социально-экономические (изменение питания и образа жизни) и генетические факторы (наследственная предрасположенность).

Согласно статистике ВОЗ, установлены устойчивые корреляционные связи между развитием определенных видов ЗН и социально-экономическим статусом заболевших женщин. Так, для рака шейки матки определена ассоциация с низким, а тела матки — высоким социально-экономическим уровнем пациенток [9].

Данные о влиянии оральных контрацептивов на развитие ЗН в литературе противоречивы. Большинство авторов считает, что их прием снижает риск рака эндометрия и яичников, но повышает риск развития рака молочной железы, а прием их в раннем возрасте повышает риск возникновения как доброкачественных, так и злокачественных опухолей печени [10].

Социальные последствия онкогинекологических заболеваний (длительное лечение по временной нетрудоспособности, выход на инвалидность и т.д.) наносят обществу большой экономический ущерб.

Социальное значение проблемы определяется распространенностью и прогрессирующим характером течения ЗН, частотой послеоперационных и других осложнений, тяжестью инвалидности, низким процентом реабилитации, поражением лиц трудоспособного возраста, трудностью прогноза, сложностями в вопросах экспертизы жизнедеятельности, трудоспособности и рационального трудоустройства, которые составляют основу социально-трудовой реабилитации пролеченных онкогинекологических больных.

Классификация

В России на практике принято несколько классификаций ЗН, в том числе и в онкогинекологии: отечественная, две международные клинические (по системе TNM и FIGO) [10, 18] и Международная гистологическая.

Отечественная классификация

Отечественная классификация подразумевает деление всех ЗН на четыре стадии (I–IV) и достаточно подробно приведена во всех руководствах [14].

Римскими цифрами обозначают распространенность опухолевого процесса и размер опухоли:

I стадия — опухоль небольших размеров (до 2 см в диаметре), ограничена 1–2 слоями стенки органа, например, слизистой и подслизистой, без метастазов в лимфатических узлах.

II стадия — опухоль несколько больших размеров (2–5 см) без или с одиночными метастазами в регионарных лимфатических узлах.

III стадия — значительных размеров опухоль, проросшая все слои органа, а иногда и окружающие ткани, или опухоль с множественными метастазами в регионарных лимфатических узлах.

IV стадия — опухоль больших размеров, проросшая на значительном протяжении в окружающие органы и ткани, неподвижная, неудаляемая хирургическим путем, или опухоль любых размеров с неудаляемыми метастазами в лимфатических узлах или с метастазами в отдаленные органы.

Буквы русского алфавита означают: «А» — отсутствие метастазов в лимфатических узлах, «Б» — метастазы в одиночных лимфатических узлах (до четырех), «В» — множественное поражение лимфатических узлов.

Международные классификации

На международном уровне терминология и классификация опухолей, используемые онкологами, сегодня достаточно унифицированы.

WHO (ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения), IARS (МАИР — Международное агентство по изучению рака), UISS (Международный противораковый союз), FIGO (Международная федерация гинекологов и акушеров) и AJCC (Американский объединенный комитет по онкологии) совместно разработали общепринятые стандарты оценки клинического эффекта лечения, факторы прогноза, степени токсичного влияния химиотерапии и другие вопросы.

Всемирной организацией здравоохранения (координатор подготовки Международной классификации болезней (МКБ) при активном участии IARS) была принята специально адаптированная для онкологов Международная классификация болезней — МКБ-О (ICD-O или International Classification of Diseases for Oncology), с классификацией ЗН, в том числе онкогинекологических, по системе TNM (Tumor, Nodulus, Metastasis).

Первое издание такой адаптации было опубликовано в 1976 г. и основывалось на МКБ-9. Второе издание, основанное на МКБ-10, было опубликовано в 1990 г., то есть за два года до официального последнего пересмотра МКБ (10-й пересмотр МКБ вышел в свет в июне 1992 г. и был рекомендован ВОЗ к вводу в действие с 1 января 1993 г.).

В МКБ-10 была изменена привычная система рубрик: вместо цифровых кодов (от 140 до 239), предназначенных для обозначения онкологической патологии, были введены буквенно-цифровые. В МКБ-10 первым знаком кода становится одна из букв латинского алфавита (кроме «резервной» буквы U). По традиции ЗН остались во II разделе МКБ и получили коды буквенно-цифровые:

Междисциплинарные вопросы

от C00 до D48. Число рубрик, предназначенных для кодирования новообразований *in situ*, было увеличено в два раза (D00-D09) [13].

В 1993 г. в опубликованную ранее классификацию TNM были внесены некоторые дополнения:

- 1) усовершенствована классификация трофобластических опухолей, с использованием уровня hCG и течения болезни, что позволило изменить анатомические факторы при определении финальной стадии этой нозологической формы;
- 2) включена новая классификация рака фаллопиевой трубы, идентичная классификации FIGO;
- 3) модифицирована совместно с FIGO классификация рака вульвы и шейки матки (эти классификации стали идентичны).

Пятое издание Классификации злокачественных опухолей по системе TNM было опубликовано в мае 1997 г. [10, 18].

В новое издание TNM внесен ряд важных изменений:

- 1) кодирование локализации опухолей приведено в соответствие со вторым изданием МКБ-О (1990 г.);
- 2) дополнена классификация новообразований фаллопиевой трубы, трофобласта (в последнем случае учтены как анатомические, так и другие прогностические факторы);
- 3) в патологической классификации pTNM в большинстве случаев был уточнен критерий «pN0»: он может применяться только в том случае, если при хирургическом вмешательстве удалено определенное число регионарных лимфатических узлов, например, при раке яичников был добавлен критерий «pN0» (см. ниже).

Классификация TNM пятого пересмотра идентична классификации ЗН, опубликованной AJCC в 1997 г.

Кодирование любого ЗН в МКБ-О производится с помощью десятизначного кода: первые четыре знака описывают локализацию процесса, остальные шесть знаков характеризуют морфологический тип новообразования. В МКБ-О были использованы морфологические коды, основанные на Международной гистологической классификации опухолей второго издания (от M-8000 до M-9989). Это позволило значительно расширить возможности кодирования по сравнению с МКБ-10, куда

было включено только незначительное число гистологических типов опухолей.

В МКБ-О коды для обозначения топографии опухолей, в основном, соответствуют кодам в МКБ-10 и находятся в пределах C00-C80. Характер процесса описывается дополнительной категорией, которая входит в состав морфологического кода в качестве его пятого знака (табл. 1).

При создании классификаций было предусмотрено четкое соответствие между кодами характера процесса в МКБ-О и в различных подразделах II раздела МКБ-10 [13].

В МКБ-О шестой знак морфологического кода обозначает степень зрелости и дифференциацию онкологического процесса (код 1-4, 9) (табл. 2).

Однако во втором издании МКБ-О (ICD-O или International Classification of Diseases for Oncology, Second Edition, 1990 г.) остался нерешенным ряд вопросов предыдущей классификации, например, порядок кодирования множественных новообразований, не была уточнена *carcinoma in situ*. Не был однозначно решен вопрос о взаимоотношении терминов «цервикальная интраэпителиальная неоплазия III степени» (*cervical intraepithelial neoplasia — CIN III*) и «карцинома *in situ*», классифицируемой как «Tis (0)» — преинвазивная карцинома.

ЗН *in situ* рассматриваются как последовательные морфологические изменения между дисплазией и инвазивным раком и подразделяются по тяжести на три степени, из которых III степень включает как выраженную дисплазию, так и *carcinoma in situ* и классифицируется в МКБ-10 в рубриках D06 и D07. К сожалению, термин «CIN III» используется и для обозначения карциномы *in situ*, и сильной дисплазии. Если в случае сильной дисплазии шейки матки отсутствует упоминание о CIN III, то в соответствии с третьим изданием Систематизированной медицинской номенклатуры коллегии американских патологов (SNOMED) она кодируется как сильная дисплазия другой локализации — цифровым кодом 74008. Такой же подход предлагается при кодировании аналогичных процессов во влагалище (VAIN III) и вульве (VIN III). Морфологи, которые не

Таблица 1

Дополнительные категории МКБ-0

Код морфологического характера МКБ-О	Соответствующая категория во II разделе МКБ-10	Термин в МКБ-10
/0	D10-D36	Доброкачественные новообразования
/1	D37-D48	Новообразования с нечётким или неясным характером
/2	D00-D09	Новообразования <i>in situ</i>
/3	C00-C76 C80-C97	Злокачественные новообразования установленного или предполагаемого первичного происхождения
/6	C77-C79	Злокачественные новообразования установленного или предполагаемого вторичного происхождения

считают эквивалентными термины «CIN III» и «карцинома in situ», могут указать на характер процесса, используя пятый знак морфологического кода (/1). Это означает, что неизвестно, является ли данное новообразование доброкачественным или злокачественным.

В англоязычном варианте МКБ-О термину «рак» предпочитают термины «злокачественное новообразование» и «карцинома».

В МКБ-О произошли некоторые изменения в оценке степени злокачественности. Например, пятый знак морфологического кода (/1) был заменен (/3). В частности, к категории ЗН отнесены карциномы (новый код М-8240/3), цистаденомы яичников, которые характеризуются пограничной степенью злокачественности: серозные (М-8442/3), папиллярные (М-8451/3), папиллярно-серозные (М-8462/3) и другие.

Еще одно различие между МКБ-О и разделом II МКБ-10 заключается в том, что пузырьный занос (код МКБ-О: С58.9, М-9100/0) в МКБ-10 кодируется не в разделе II (Новообразования), а в разделе XV (Беременность, роды, послеродовый период): категория 001.9 — пузырьный занос.

Специальная Онкогинекологическая Международная классификация FIGO по стадиям процесса получила свое название от предложившей ее в 1976 г. Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO — Federation of International Gynecology and Obstetrics). Классификация FIGO, пересмотренная в 1985 г., практически идентична классификации, разработанной UICC.

За прошедшие десятилетия медицинская наука и практика сделали значительный рывок вперед (особенно в области онкологии) и, соответственно, назрела необходимость пересмотра существующей системы стадирования, которая не включает многие из используемых сегодня прогностических факторов. Были организованы два семинара для корректировки стадирования некоторых типов гинекологического рака. Первый семинар проходил во время 11 биеннале Международного гинекологического общества рака (IGCS) 14–18 октября 2006 г. в Санта-Монике (США), второй был проведен во время 18-го конгресса FIGO 5–10 ноября 2006 г. в Куала-Лумпуре (Малайзия). Все изменения были представлены и обсуждены на ежегодном

заседании Комитета по факторам прогноза в Женеве в мае 2007 г.

В заключительной фазе процесса пересмотра приняли участие все международные организации здравоохранения, специализирующиеся на исследовании гинекологического рака. Был сформирован Объединенный комитет. В Тампе (Флорида, США) в начале марта 2008 г. был создан и вынесен на обсуждение документ, содержащий поправки по стадированию рака вульвы, шейки и тела матки.

Окончательный вариант документа был представлен в TNM UICC в Женеве в мае 2008 г., где он был одобрен и UICC, и AJCC с минимальными поправками. В сентябре 2008 г. документ, содержащий новую систему стадирования рака вульвы, шейки и тела матки, был представлен исполнительному органу FIGO, а в мае 2009 г. были написаны Специальные комментарии.

Диагноз в онкогинекологии следует формулировать строго в соответствии с отечественной и (в скобках) Международными классификациями TNM и FIGO.

Подробнее на этих классификациях мы остановимся ниже, при разборе отдельных нозологических форм.

Факторы прогноза в онкогинекологии и их оценка

Все многочисленные факторы, которые влияют на клинический и трудовой прогноз и которые следует учитывать при вынесении экспертного решения в онкогинекологии, можно сгруппировать в четыре большие группы [6, 17]:

1. Медицинские или локальные факторы прогноза

Сюда относят: определение анатомического типа роста, гистологического строения, степени клеточной дифференцировки первичной опухоли, степени прорастания стенки органа, размера и локализации опухоли в пораженном органе, повреждения первичного опухолевого очага, а также оценку состояния регионарных лимфатических узлов с учетом путей метастазирования данного вида ЗН. Для некоторых опухолей, кроме того, имеет значение гормональный фон. Так, в отдельную группу выделяются гормонально-зависимые процессы и опухоли, например гиперпластические процессы эндометрия, миома матки.

Таблица 2

Степень зрелости и дифференцировка онкологического процесса в МКБ-0

Код	Степень зрелости	Термин
1	Степень I	Высокодифференцированный
2	Степень II	Умеренно дифференцированный
3	Степень III	Низкодифференцированный
4	Степень IV	Недифференцированный (анapластический)
9	Степень зрелости / дифференциация или клеточный тип не определялись или не указаны	

Ведущим показателем прогноза является стадия заболевания, которая определяется вышеприведенной группой медицинских (локальных) факторов: чем выше стадия, тем хуже прогноз.

II. Факторы прогноза, связанные с лечением и реабилитацией

При определении прогноза имеют значение: степень радикальности проводимого специфического лечения, развившиеся осложнения и последствия операций и других видов терапии, степень функциональных нарушений, время, прошедшее после лечения.

В зависимости от стадии и формы ЗН, в онкогинекологии применяются хирургический, лучевой и лекарственный методы в различных сочетаниях.

Вид лечения (комплексное, сочетанное), объем проведенной операции, необходимость дополнительных курсов химиотерапии или длительной гормонотерапии оказывают определенное влияние на прогноз.

III. Общебиологические факторы прогноза

Сюда относят: возраст, физиологическое (период полового созревания, беременность, лактация), физическое и психическое состояние женщины, наличие сопутствующих заболеваний, некоторые краевые особенности распространения ЗН (эпидемиология).

Общеизвестно, что у молодых рак протекает значительно хуже, чем у пожилых, а беременность и лактация, особенно при дисгормональных опухолях, ведут к усилению и ускорению метастазирования вследствие высокого содержания в организме женщины гормонов роста и желтого тела.

Учитывается психологический фактор: до 97% женщин с онкогинекологической патологией нуждаются в коррекции психоневролога или психолога [5].

Сопутствующие хронические заболевания под влиянием операционной травмы, лучевого, химио- или гормонального лечения, а также эмоционального стресса переходят в декомпенсацию, что также отражается на жизнедеятельности и трудоспособности пациенток и влияет на прогноз.

IV. Социальные факторы прогноза

Сюда относятся: образование, профессия, квалификация, характер и условия труда, наличие профессионального вреда и характеристика семейно-бытовой ситуации пациентки.

При сопоставлении клинического прогноза с социальными факторами следует учитывать особенности онкопатологии, чтобы объективно оценить характер, степень и стойкость ограничения жизнедеятельности, определить степень социальной недостаточности женщины [6].

Виды прогноза в онкогинекологии

Решение вопросов экспертизы трудоспособности и жизнедеятельности пациенток в онкогинекологии

осложняется неясностью прогноза даже после радикального лечения, что является характерной особенностью ЗН. Прогноз у больных этой категории определяется осторожно как в ближайшие, так и отдаленные сроки после лечения [6, 7].

Для больных со ЗН особое значение имеет клинический прогноз, который отчасти определяет и трудовой прогноз пролеченной женщины [8].

Один из главных факторов, определяющих экспертный подход и судьбу пациентки даже после радикального лечения, — клиническая стадия опухоли.

Общепринято считать, что после радикального лечения фактор злокачественности действует на протяжении пяти последующих лет. Особенно неблагоприятны первые два года, на третьем году частота рецидивов и появления метастазов резко падает, а на четвертом-пятом году отмечаются их единичные случаи. Поскольку опасность рецидива и метастазирования перестает быть ведущей в прогнозе, по истечении трех лет при экспертизе жизнедеятельности и трудоспособности больной на первый план (помимо оценки общего состояния) выходит степень нарушения функции, осложнения и последствия лечения [7].

После учета всех прогностических факторов и опубликованных статистических данных о выживаемости больных с данным видом ЗН, в аналогичной стадии заболевания, той же возрастной группы, получавших подобное лечение, выносятся мнение о прогнозе.

В экспертной практике различают благоприятный, сомнительный и неблагоприятный прогнозы. Рассмотрим их критерии для онкогинекологических больных.

Благоприятный прогноз подразумевается при радикальной операции на ранних стадиях заболевания, локализованной высокодифференцированной (неинвазивной) форме рака, без регионарных метастазов, при благоприятной локализации опухоли, отсутствии осложнений и последствий после радикального лечения, а также тяжелых сопутствующих заболеваний у больной.

В случаях с благоприятным клиническим прогнозом стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, как правило, не наступает, за исключением анатомического дефекта или противопоказаний в трудовой деятельности в ряде профессий. Таких больных по окончании лечения по временной нетрудоспособности (ВН) направляют в бюро МСЭ, где им устанавливается, как правило, III группа инвалидности [2, 7].

Сомнительным прогноз становится при сочетании благоприятных и неблагоприятных прогностических факторов: например, проведены радикальная операция или комплексное лечение, но отмечается большая опухоль, прорастание всех слоев органа, низкодифференцированная опухоль, инвазивный рост, метастазы в лимфатических узлах.

Прогноз сомнительный — также в тех случаях, когда пациентке предстоит длительное лечение (например, системная химиотерапия) с неясным исходом. Это социальная недостаточность больных с необходимостью мер

социальной защиты (определяется, как правило, II группа инвалидности) [14].

Неблагоприятный прогноз: поздние стадии заболевания, инвазивные формы рака, сочетание низкой дифференцировки опухоли с инфильтративным ростом, мультицентрический рак, неполное удаление опухоли вследствие различных причин, паллиативное вмешательство, наличие регионарных метастазов, появление рецидива и метастазов на фоне или сразу после радикального лечения [15, 17].

При неблагоприятном прогнозе развивается резко выраженное нарушение одного или нескольких видов жизнедеятельности, что определяет установление I группы инвалидности у больных этой категории.

Используемый в литературе термин «отягощенный прогноз» указывает на наличие у больной, помимо ЗН, серьезных сопутствующих заболеваний.

Пути реабилитации

Реабилитация женщин, страдающих ЗН половой сферы, многоэтапна; это сложная социальная проблема.

Этап медицинской реабилитации включает лечение, направленное на предотвращение осложнений и последствий, метастазов и рецидивов, тяжелых исходов [7]. Необходимым компонентом медицинской реабилитации становится психологическая коррекция состояния женщины [6].

Этап социальной реабилитации предусматривает социальное, трудовое и бытовое устройство женщин-инвалидов.

Этап профессиональной реабилитации — это совмещение лечебно-восстановительных мероприятий с профессиональным обучением и переобучением.

Полная реабилитация предусматривает высокий функциональный исход, полноценный профессиональный и социально-экономический результат [4].

На начальных стадиях заболевания цель реабилитации — излечение больной. На поздних стадиях заболевания, когда летальный исход неизбежен, целью реабилитации становится значительное облегчение страданий и сохранение качества жизни женщины (10-я Европейская конференция по проблемам рака, Вена, 12–16 сентября 1999 г.). За рубежом, например, качество жизни леченых больных оценивается с помощью специальной шкалы качества жизни EORTC (QLQ-C30) и других методик.

Особенности реабилитации в онкогинекологии:

- 1) необходимость хирургического лечения, которое, как правило, является методом выбора;
- 2) сложность социально-трудовой реабилитации (сохранение семьи, функций жены, матери, работающей женщины);
- 3) мультидисциплинарный подход — четкая работа бригады специалистов с одной больной для достижения хорошего результата;
- 4) обязательное участие психотерапевта в комплексной реабилитации.

Основные задачи медицинской экспертизы

При экспертизе временной нетрудоспособности (ЭВН) и медико-социальной экспертизе (МСЭ) в онкогинекологии решаются следующие задачи [2, 7]:

- 1) оценка общего состояния освидетельствуемой женщины;
- 2) определение степени компенсации нарушенных функций после лечения;
- 3) оценка стойкости и выраженности наступивших функциональных расстройств и их степени;
- 4) определение научно обоснованного клинического и трудового прогноза для данной больной;
- 5) оценка трудовых возможностей, состояния трудоспособности и степени ее утраты (полной или частичной);
- 6) решение вопросов рационального трудового устройства;
- 7) пути и меры реабилитации и ряд других.

Сроки временной нетрудоспособности

Ориентировочные сроки ВН рекомендованы Минздравом России для каждого вида нозологий [1, 7]. Эти сроки продлеваются при необходимости продолжать лечение больной с предполагаемым хорошим эффектом, а также при осложнениях комплексного лечения. Например, при хорошей переносимости и отсутствии осложнений от химиотерапии больные временно нетрудоспособны в этот период; в остальных случаях, а также при химиотерапии у больных с сомнительным прогнозом, ВН не должна превышать, по сложившейся практике, четырех месяцев, с последующим направлением пациентки на МСЭ [2].

Часть радикально леченых женщин с благоприятным прогнозом уже не подлежат направлению в бюро МСЭ, если они не имеют осложнений и противопоказанных факторов в работе, и по окончании лечения по ВН могут быть выписаны к труду, оставаясь под наблюдением онколога [1, 7].

Критерии возвращения к труду радикально пролеченных женщин:

- благоприятный клинический прогноз;
- заживление послеоперационной раны (мягкий безболезненный сформировавшийся послеоперационный рубец);
- общее удовлетворительное состояние;
- психологическая уравновешенность;
- нормализация гематологических и биохимических показателей;
- отсутствие или законченное лечение осложнений и последствий;
- соблюдение средних сроков ВН;
- отсутствие противопоказанных факторов в работе;
- трудовая направленность больной.

Противопоказанные виды и условия труда

Пролеченным больным по поводу ЗН женских половых органов противопоказаны [8]:

- средней тяжести и тяжелые физические виды труда (работы II и III категории);

- умеренное нервно-психическое напряжение (2 и 3 класс условий труда по напряженности трудового процесса);
- предписанный темп работы;
- труд с вынужденным положением тела, со статической нагрузкой при удержании груза;
- работа в горячих цехах;
- контакт с токсическими (вредными) веществами, аэрозолями фиброгенного действия, солями тяжелых металлов, канцерогенами;
- контакт со всеми видами излучений (лазер, тепловые, ультрафиолетовые, радиационные излучения);
- работа в условиях вибрации (локальной, общей).

Показания для направления на МСЭ

Показания для направления больных с онкогинекологической патологией на МСЭ [12]:

- наличие противопоказанных факторов в работе и необходимость трудового устройства радикально леченых пациенток после завершения их реабилитации;
- проведение адъювантной (профилактической) химио- или гормонотерапии;
- сомнительный прогноз после радикального лечения;
- рецидив и/или отдаленные метастазы;
- состояние после ампутации конечности;
- инкурабельность (после паллиативной терапии);
- необходимость повторного или досрочного переосвидетельствования (при рецидиве, метастазах, осложнениях и/или последствиях проведенного лечения).

Медико-социальная экспертиза

При освидетельствовании женщин онкологическое бюро МСЭ учитывает следующие медицинские и социальные факторы [5, 7]: стадию заболевания, локализацию опухоли, характер ее роста, гистологическое строение и степень дифференцировки, вид проведенного лечения, объем оперативного вмешательства и его радикальность, необходимость лучевой или химиотерапии, осложнения и их последствия, степень функциональных расстройств, время после лечения, общее состояние больной, степень компенсации (стабилизации) функций, характер местных изменений на момент обследования и в динамике, возраст освидетельствуемой, профессию и характер труда, условия труда и быта, трудовую направленность.

Ведущим критерием оценки жизнедеятельности и трудоспособности пациентки остается клиническая стадия ЗН [5].

Группа инвалидности не устанавливается, как правило, по окончании срока ВН при первичном освидетельствовании женщин на ранних (I-IIA) стадиях заболевания, с высокодифференцированными или дифференцированными гистологическими формами опухолей, после радикального лечения без функциональных нарушений, осложнений и последствий, при удовлетворительном состоянии больных, отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и противопоказанных факторов в работе.

Трудовая деятельность в соответствии с физиологическими возможностями организма рассматривается в онкологии как эффективное средство реабилитации радикально леченных больных [6, 7].

Обязательные условия для возобновления трудовой деятельности в ранние сроки после лечения: удовлетворительное общее и психическое состояние женщины, положительная динамика массы ее тела, нормальные показатели крови и трудовая направленность. При снижении квалификации таким больным, имеющим благоприятный прогноз, устанавливается III группа инвалидности.

Пролеченные больные ШБ стадии, с низкодифференцированными формами ЗН и другими факторами, свидетельствующими о сомнительном клиническом прогнозе, при первичном освидетельствовании, как правило, признаются инвалидами II группы.

При первом очередном переосвидетельствовании инвалидность II группы по поводу ЗН, как правило, не снимается даже при удовлетворительном состоянии, отсутствии функциональных нарушений, рецидива и метастазов, а может быть установлена III группа инвалидности. На следующий год при переосвидетельствовании группа инвалидности у больной уже может быть снята (при тех же условиях: удовлетворительном состоянии, отсутствии осложнений, функциональных нарушениях, рецидиве, метастазах и противопоказанных факторах в работе).

Перед повторным освидетельствованием пациентки должны быть тщательно обследованы (амбулаторно или стационарно) для исключения рецидива и метастазов опухоли, а также для определения степени функциональных расстройств. Основанием для установления им группы инвалидности могут стать последствия и осложнения проведенного лечения. Критериями в оценке жизнедеятельности и трудоспособности освидетельствуемых женщин остаются степень нарушения функций различных органов и систем, характер и тяжесть развившихся осложнений (последствий) и социальные факторы. Отсутствие рецидива и метастазов, незначительно выраженные последствия лечения позволяют при переосвидетельствовании признавать этих пациенток трудоспособными в непротивопоказанных видах и условиях труда.

Инвалидность II группы при первичном освидетельствовании в бюро МСЭ может быть установлена при определенных локализациях ЗН (яичники, шейка матки) IVA стадии, в случае, если после проведенной паллиативной операции больной предстоит последующее лекарственное или лучевое лечение. Повторное освидетельствование позволяет определить исход лечения и, в зависимости от исхода и выраженности последствий, решить вопрос о состоянии жизнедеятельности больной [2].

Резко выраженное ограничение жизнедеятельности и трудоспособности с нарушением самообслуживания служит основанием при первичном освидетельствовании

к установлению I группы инвалидности у онкогинекологических больных в случаях:

- генерализации опухолевого процесса на фоне комплексного специфического лечения;
- инкурабельности больных после паллиативного лечения;
- рецидива и/или отдаленных метастазов;
- метастазов рака без выявленного первичного очага в случае безуспешного лечения;
- IVБ стадии после симптоматического лечения.

Таким образом, проблемы онкологии ставят актуальные задачи и перед социальной медициной. Усилия врачей должны быть направлены не только на лечение онкологических заболеваний, но и на последующую реабилитацию и социальную адаптацию инвалидизированных людей, излеченных от рака. Причем в помощи нуждаются не только больные с запущенными стадиями, но и с ранними формами рака, а также и их родственники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.С. Экспертиза временной утраты трудоспособности в работе врача общей (семейной) практики. М., 2008.
2. Старовойтова И.М., Саркисов К.А., Потехин Н.П. Медицинская экспертиза. М., 2009.
3. Блинин Л., Мартинович С.В. Терапевтическая онкология: Справочное издание. Мюнхен, 1998.
4. Склярченко Р.Т., Павлова В.С. Временная и стойкая утрата трудоспособности у хирургических больных: Руководство для врачей. СПб.: Гиппократ, 1998. С. 304.
5. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции по клинической онкологии. М., 2000.
6. Гилязутдинова З.Ш., Михайлов М.К. Онкогинекология: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс, 2000.
7. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10) // Библиотека журн. «Качество медицинской помощи». № 6. М.: ГРАНТЬ, 2000.
8. Перечень показанных и противопоказанных видов труда для инвалидов с различной патологией. М.: Агентство «Информарт», 1996. С. 336.
9. Резолюция V Всероссийского съезда онкологов (Казань, 4–7 октября 2000 г.) // Российский онкологический журнал. 2001. № 2. С. 52–55.
10. Блинова Н.И. (МПРС). TNM Классификация злокачественных опухолей. 5-е изд. СПб.: Эскулап, 1998.
11. Тюлядин С.А. Рак яичников вчера, сегодня, завтра. Современные тенденции развития лекарственной терапии опухолей: Материалы конф., 9–10 декабря 1997. М., 1997. С. 66–69.
12. Урманчеева А.Ф., Мешкова И.Е. Вопросы эпидемиологии и диагностики рака яичников // Практическая онкология. 2000. № 4 (декабрь). С. 7–13.
13. Фролова О.Г., Кузьмичева Р.А., Юдаев В.Н. Гинекологические заболевания в Международной статистической классификации 10-го пересмотра // Акушерство и гинекология. 1999. № 3. С. 53–55.
14. Cancer Incidence in Five Continents. // IARC Sci Publ. Lyon. 1997. Vol. 7. P. 143.
15. Hoskins W.J., Bundy B.N., Thigpen J.T., Omura G.A. «The Influence of Surgery on Recurrence-Free Interval and Survival in Small Volume Stage III Epithelial Ovarian Cancer: a Gynecologic Oncology Group Study» Gyn. Oncol. 1992. Vol. 47. P. 159.
16. Markman M., Lewis J.L., Saigo P. et al. «Impact of Age on Survival of Patients with Ovarian Cancer» Gynec. Oncol. 1993. Vol. 49. P. 236.
17. Rustin G.J.S., Nelstrop A.E., Bentzen S.M. et al. «The Gynecologic Oncology Group Experience in Ovarian Cancer» Ann. of Oncol. 1999. Vol. 10. P. 1–7.
18. TNM Classification of Malignant Tumours. UICC: International Union Against Cancer. Edited by L.H. Sobin and Ch. Wittekind. Fifth Edition. New York, etc.: Wiley-Liss, inc., 1977, 227.