

*Т.Р. Родионова*

## ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Минский городской клинический онкологический диспансер*

---

*В статье приведены основные факторы прогноза злокачественных заболеваний: локальные факторы, факторы, связанные с лечением, общебиологические факторы, социальные факторы, дана характеристика каждой группы факторов. Подробно освещены подходы к медицинской экспертизе онкологических больных.*

**Ключевые слова:** *факторы прогноза, злокачественные опухоли, медицинская экспертиза.*

**T. R. Rodionova**

### **THE BASIC ASPECTS OF MEDICAL EXAMINATION OF ONCOLOGICAL PATIENTS**

*The article is devoted to the basic prognostic factors of the oncological diseases: local factors, social factors, biological factors, the factors depending of treatment. There have been presented in the article a characteristic of each group of factors. The approaches of the medical expertise have been described.*

**Key words:** *prognostic factors, malignant tumours, medical examination.*

---

**З**локачественные опухоли занимают 2-е место в общей структуре заболеваемости и инвалидности. Показатели смертности от онкологических заболеваний в структуре причин смертности также занимают лидирую-

щие позиции-2-е место после болезней системы кровообращения. Наибольший вклад вносят рак легких, желудка, молочной железы и гемобластозы [1, 2, 3, 7, 8, 12]. По данным официальной статистики заболеваемость злока-

чественными новообразованиями в г. Минске на 100 000 населения по итогам работы за 9 мес. 2011 составила 331,4. По состоянию на 01.10.2011 на учёте в МГКОД состояло 47131 пациентов с онкологической патологией.

По сведениям ВОЗ, в начале XXI века в мире ежегодно выявляют около 10 миллионов человек с злокачественными опухолями, обуславливающими инвалидность. Особенностью инвалидности онкологических больных является ее тяжесть и сравнительно низкий процент реабилитации [3, 4, 7]. В связи с этим вопрос о подходах при проведении медицинской экспертизы при указанной патологии является своевременным.

Основой дифференцированного подхода к медицинской экспертизе онкологических больных является индивидуальное клинично-трудовое прогнозирование, основанное на оценке прогностических факторов у каждого освидетельствованного.

К значимым факторам прогноза трудоспособности онкологических больных относятся локализация, размер опухоли, макроскопическая характеристика, скорость роста, глубина инвазии стенки органа, гистологическая дифференцировка, количество пораженных регионарных лимфоузлов, наличие отдаленных метастазов. Приведенная группа значимых факторов в целом определяет стадию опухолевого процесса, которая является ведущим показателем прогноза.

На прогноз заболевания существенно влияет локализация опухоли в органе. Так, после радикального лечения больных раком антрального отдела желудка число длительно живущих составляет в среднем 60% оперированных, из них к работе приступают 45%, после лечения рака проксимального отдела желудка – соответственно 25% и 25% [11]. При раке молочной железы наибольшей частотой метастазирования характеризуются опухоли центральной зоны молочной железы [1, 8].

Наилучший прогноз имеют небольшие опухоли – до 2 см. При наличии опухоли более 5 см вероятность прогрессирования процесса в 5-6 раз выше, чем при новообразованиях менее 2 см.

Макроскопическая характеристика опухоли является наиболее значимым, определяющим прогноз лечения фактором, и отражает биологические свойства опухоли, степень ее злокачественности. Ограниченно растущие, узловые формы рака характеризуются медленным течением, меньшей интенсивностью метастазирования, чем инфильтративные. Например, при инфильтративном раке желудка 5-летняя выживаемость после радикального лечения в зависимости от стадии составляет 4,6-11%, при распространении рака на проксимальный отдел желудка ни один больной не живет более 5 лет. При экзофитном раке 5-летняя выживаемость составляет 40-67% [7, 11].

Для злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта макроскопическая характеристика опухоли связана с другим важным прогностическим фактором – глубиной инвазии стенки органа. Наблюдается корреляция между глубиной инвазии и частотой регионарного метастазирования: чем глубже прорастает опухоль, тем вероятнее метастазирование.

Степень дифференцировки опухолевых клеток является одним из значимых факторов прогноза, наряду с локализацией опухоли в органе, ее макроскопической ха-

рактеристикой, глубиной инвазии. В зависимости от степени дифференцировки опухоли различаются интенсивностью, типом метастазирования и темпом роста. Высокодифференцированные аденокарциномы отличаются сравнительно медленным течением и меньшей интенсивностью метастазирования. Недифференцированные раки характеризуются быстрым течением и ранним метастазированием.

Сочетание инфильтративного эндофитного роста с низкой степенью дифференцировки опухоли определяет наиболее неблагоприятный прогноз, 5-летняя выживаемость составляет 12% [9].

Состояние регионарных лимфоузлов является одним из наиболее важных показателей, определяющих лечебную тактику и прогноз. Неблагоприятным признаком является прорастание опухоли капсулы лимфатического узла и врастание в окружающие ткани, большое количество пораженных лимфоузлов, образование спаянных конгломератов и обнаружение опухолевых эмболов в просвете кровеносных и лимфатических сосудов.

Следует отметить, что любая группировка факторов условна. Для каждой локализации рака роль одного и того же фактора неоднозначна, и это должно быть учтено при оценке степени ограничения жизнедеятельности онкологического больного. Каждый фактор онкопрогноза должен рассматриваться лишь в сочетании с другими факторами при проведении медицинской экспертизы у онкологических больных, такими как факторы, связанные с лечением, общебиологические и социальные факторы [5].

Важное значение имеет характер проведенного лечения-радикальное или паллиативное, а также вид-хирургическое лечение, лучевая терапия, перфузия противоопухолевых препаратов, гормонотерапия, иммунотерапия. Стратегией современного радикального лечения онкологических больных является использование всех существующих методов.

Для лиц, получивших радикальное лечение по поводу злокачественного новообразования, «фактор злокачественности» действует на протяжении 5 последующих лет, после чего смертность среди них практически соответствует смертности среди лиц соответствующих возрастных групп. Особенно неблагоприятными в отношении возможности возобновления опухолевого роста являются первые 2 года после хирургического лечения. По истечении 3 лет после радикального лечения ведущими моментами при оценке трудоспособности практически для всех таких больных становятся степень нарушения функции органов и систем, осложнения и последствия лечения.

Осложнения и последствия различных методов лечения существенно влияют на прогноз. При радикальном лечении онкологического больного, создаваемое в результате операции новое анатомо-функциональное состояние может сопровождаться развитием последствий, обуславливающих выраженные ограничения жизнедеятельности, несмотря на устранение самого заболевания (пострезекционные синдромы, дыхательная недостаточность после удаления легкого, трахеостома, цистостома, колостома, ампутационные культы). При последствиях степень нарушения функции органа (умеренная, выраженная, резко выраженная) будет ведущим фактором, определяющим тяжесть ограничений жизнедеятельности.

Время, прошедшее после лечения, позволяет ориентироваться в степени компенсации нарушенных функций: полная компенсация, субкомпенсация, декомпенсация. При этом необходимо знание средних сроков компенсации и механизма компенсации в разных возрастных группах, при разных патологических состояниях. В зависимости от характера проводимого лечения восстановление физического состояния и нарушенных функций или компенсация их занимает разное по продолжительности время, что в каждом конкретном случае требует либо лечения с выдачей листка нетрудоспособности, либо определения инвалидности.

Субкомпенсированное и декомпенсированное нарушение функции органа требуют проведения медицинской реабилитации, а при неэффективности последней свидетельствуют о неблагоприятном трудовом прогнозе.

При проведении медицинской экспертизы онкологических больных учитывают роль общебиологических факторов: возраст, пол, сопутствующие патологические состояния, физическое и психическое состояние, психологическая адаптация больного. По мнению психологов, при некоторых локализациях рака (молочная железа, женские половые органы, предстательная железа, толстая кишка) до 97% больных нуждаются в консультации психотерапевта в связи с возникающими у них психологическими расстройствами [6].

На основании оценки всех прогностических факторов и данных о 5-летней выживаемости врачи-эксперты выносят суждение о прогнозе: благоприятном, сомнительном и неблагоприятном.

Примером благоприятного прогноза может служить радикальная операция у больных с локализованными высококодифференцированными опухолями I-II стадий, с неосложненным послеоперационным периодом, без тяжелых сопутствующих заболеваний. При сочетании благоприятных и неблагоприятных прогностических признаков прогноз определяется как сомнительный.

Невозможно проведение медицинской экспертизы без учета социальных факторов прогноза: образование, профессия, характер и условия труда, квалификация. Сопоставление клинико-реабилитационного прогноза с социальными факторами позволяет объективно оценить характер, степень ограничений жизнедеятельности онкологического больного, определить степень его социальной недостаточности.

Таким образом, при проведении медицинской экспер-

тизы онкологических больных необходимо анализировать совокупность всех факторов онкологического прогноза с учетом особенностей каждой нозологической формы злокачественной опухоли.

## Литература

1. Андрианов, О.В. и др. Медико-социальная реабилитация инвалидов вследствие злокачественных новообразований молочной железы в пожилом и старческом возрасте // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2009. №3. С. 6 – 9.
2. Бобров, А.С. Анализ первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Краснодарском крае // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2009. №2. С. 43 – 44.
3. Гришина, Л.П. Социально-гигиеническая и клинико-экспертная характеристика контингента инвалидов вследствие злокачественных новообразований // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2006. №2. С. 43 – 45.
4. Давыдов, М.И., Аксель, Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. // Вестн. Рос. онкол. науч. Центра им. Н.Н. Блохина РАМН. 2006. №3. С. 11 – 13.
5. Коробов, М.В., Помников, В.Г. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. СПб. 2003. 190 – 255.
6. Морозова, Е.В. Особенности социально-психологической адаптации пациентов с хронической эндокринной патологией и онкологическими заболеваниями // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2007. №3. С. 5 – 8.
7. Пузин, С.Н. и др. Формирование инвалидности вследствие злокачественных новообразований у взрослого населения в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2006. №1. С. 25 – 32.
8. Путьрский, Ю.Л., Копыток, А.В. Первичная инвалидность вследствие злокачественных новообразований молочной железы в Республике Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2006. №1. С. 63 – 66.
9. Решетов, И.В. Реабилитация онкологических больных / Избранные лекции по клинической онкологии / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. М., 2000. С. 238 – 254.
10. Состояние онкологической помощи населению России в 2003 году / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2004. 176 с.
11. Халыстов, И.Н. Показатели первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации в динамике за 2001-2007 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2009. №2. С. 41 – 42.
12. Шмаглит, Н.В. и др. Медико-социальная характеристика первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди взрослого населения Ярославской области за 2003-2005 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2007. №2. С. 34 – 38.