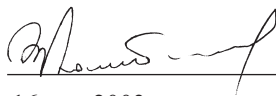


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

16 мая 2003 г.

Регистрационный № 75–0503

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ
ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ
ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Белорусский государственный медицинский университет, НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации

Авторы: Ю.Е. Демидчик, Т.Н. Глинская, З.Э. Гедревич, В.Б. Смычек, Т.И. Минайло, Т.А. Корень, М.Н. Шепетько, В.В. Барьяш, В.Н. Лекторов

Инструкция выполнена в рамках темы 02.19 «Разработать критерии для медико-социальной экспертизы больных раком щитовидной железы на основе Международной классификации и номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» ГНТП «Реабилитация» (1998–2000), предназначена для врачей ВКК онкологических диспансеров и специалистов МРЭК.

Количество больных раком щитовидной железы в Республике Беларусь ежегодно увеличивается. Показатель заболеваемости населения в 1999 г. достиг 10,6:100 000 у взрослых и 3,5:100 000 у детей и подростков.

Применение новых методов исследования (морфологических, генетических, биохимических) позволило уточнить и существенно дополнить знания об этиологии и патогенезе новообразований щитовидной железы, что в последнее время привело к улучшению лечебных показателей и профилактических мероприятий.

Вместе с тем, существующие методы раннего выявления и профилактики опухолей, специальное лечение больных и их реабилитация требуют дальнейшего совершенствования. В практической деятельности часто возникают трудно решаемые вопросы, связанные с обеспечением приемлемого качества жизни.

Стандартное лечение при раке щитовидной железы — выполнение тотальной тиреоидэктомии с адьювантными курсами радиоiodтерапии и супрессивной гормонотерапией L-тироксинном. По индивидуальным показаниям назначают наружное облучение шеи и средостения, регионарное или системное лекарственное противоопухолевое лечение.

Утрата жизненно важного органа или его значительной части в результате лечения, как правило, сопровождается ограничением жизнедеятельности. Поскольку большинство больных раком щитовидной железы — лица трудоспособного возраста, при проведении медико-социальной экспертизы следует учитывать как факторы прогноза, так и характер лечения. На показатели качества жизни значительное влияние оказывают специфические метаболические и неврологические осложнения, а также функциональные ресурсы организма больного.

Основанием для определения 1-й группы инвалидности следует считать:

1. Наличие резко выраженных ограничений жизнедеятельности, приводящих к постоянной зависимости от помощи иных лиц для удовлетворения нерегулируемых потребностей.

2. Абсолютно неблагоприятный прогноз в отношении жизни на ближайшее время (до 18 мес.) вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент освидетельствования во МРЭК.

Данный прогноз отмечается при:

– недифференцированном и плоскоклеточном раке со времени установления диагноза;

– неэффективности проводимого специального лечения и дальнейшем прогрессировании заболевания (появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов), резко ухудшающем прогноз в отношении жизни;

– при значительной распространенности процесса, делающей невозможным проведение специального лечения.

Основанием для определения 2-й группы инвалидности являются:

1. Неблагоприятный прогноз в отношении жизни и выздоровления (прогрессирование заболевания, наличие показаний для специального лечения и его проведение — полихимиотерапия, лучевая терапия, в том числе радиойодтерапия, повторные хирургические вмешательства).

2. Сомнительный прогноз в отношении жизни и выздоровления после заверченного радикального лечения на период активного динамического наблюдения.

3. Наличие значительно выраженных ограничений жизнедеятельности, обусловленных онкологическим заболеванием, его осложнениями и лечебными мероприятиями.

4. Сомнительный трудовой прогноз и противопоказания к труду в связи с вероятным ухудшением состояния здоровья независимо от выраженности ограничений жизнедеятельности.

Сомнительным прогнозом в отношении жизни и выздоровления при раке щитовидной железы следует считать перечисленные со-

стояния после проведенного радикального лечения на период минимального динамического наблюдения (12–24 мес.):

- медуллярный и фолликулярный рак со снижением дифференцировки;

- папиллярный и фолликулярный рак у больных старше 60 лет;

- прорастание смежных органов и тканевых структур шеи (Т4);

- двусторонние регионарные метастазы на шее и/или метастатическое поражение лимфатических узлов средостения;

- метастазы в отдаленных органах (M1).

Значительно выраженные ограничения жизнедеятельности возникают при:

- постоянной форме гипопаратиреоза, компенсируемой регулярным приемом препаратов кальция и производных витамина D;

- стойком послеоперационном гипотиреозе, трудно компенсируемом стандартными методами медикаментозной терапии (среднетерапевтические и супрессивные дозы тиреоидных гормонов);

- стенозе гортани II–III ст., обусловленном повреждениями возвратных гортанных нервов (без трахеостомы);

- наличии трахеостомы, в том числе осложненной.

Основанием для определения 3-й группы инвалидности является наличие умеренных ограничений жизнедеятельности, обусловленных онкологическим заболеванием, его осложнениями, лечебными мероприятиями и др.

Умеренные ограничения жизнедеятельности возникают при:

- проведении супрессивной терапии L-тироксина (доза — 2–2,5 мкг/сут и более) у лиц после тотальной тиреоидэктомии;

- тотальной тиреоидэктомии независимо от гормонального статуса (гипотиреоз, эутиреоз, гипертироз);

- транзиторной форме гипопаратиреоза;

- постоянной форме гипопаратиреоза, компенсируемой изолированным приемом препаратов кальция;

- стойком послеоперационном гипотиреозе в состоянии медикаментозной субкомпенсации;

- стенозе гортани I–II ст., обусловленном повреждениями возвратных гортанных нервов.

Первичное освидетельствование больных раком щитовидной железы проводится после завершения хирургического лечения и выяснения онкологического прогноза с учетом гистологического варианта опухоли, TNM, радикальности проведенного лечения, других прогностических факторов при невозможности (нецелесообразности) проведения специального лечения по медицинским показаниям и неблагоприятном (абсолютно неблагоприятном) онкологическом прогнозе.

При наличии оснований для определения инвалидности в установленном порядке заполняется посылочный лист.

В случае самостоятельного отказа больного от проведения специального, в том числе хирургического лечения, заполнение посылочного листа и последующее освидетельствование проводятся при появлении ограничений жизнедеятельности и резком ухудшении прогноза.

При отсутствии или незначительной выраженности ограничений жизнедеятельности и сомнительном (неблагоприятном) прогнозе, в том числе абсолютно неблагоприятном прогнозе в отношении жизни на ближайшее время, в целях социальной реабилитации (интеграции) и улучшения качества жизни указанной категории лиц трудовые рекомендации могут быть даны инвалидам 1-й и 2-й групп вследствие рака щитовидной железы. При этом строго соблюдается индивидуальный подход, приоритет отдается интеллектуальной и творческой трудовой деятельности, видам труда I–II категорий тяжести с возможным ограничением объема, с ограничением продолжительности рабочего времени, с выполнением отдельных закрепленных видов работ, при необходимости — труду в специально созданных условиях.

При выраженных ограничениях жизнедеятельности трудовые рекомендации даются с использованием общепринятых подходов и нормативной базы.