



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»

Современные подходы к оценке инвалидности при онкологических заболеваниях



Шахсуварян Самвел Бугданович

ведущий научный сотрудник сектора научно-методического обеспечения экспертно-реабилитационной диагностики при осуществлении медико-социальной экспертизы ФГБУ ФБ МСЭ Захарченко Наталья Александровна Кандидат медицинских наук руководитель экспертного состава ФГБУ ФБ МСЭ Андрианов Олег Викторович зав. хирургическим отделением клиники ФГБУ ФБ МСЭ

Важнейшей социально-значимой проблемой здравоохранения является неуклонный рост онкологической заболеваемости населения Российской Федерации.

В Российской Федерации уровень первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в течение многих лет занимает второе место после болезней системы кровообращения и составляет 23,1% в общей структуре инвалидности.





В настоящее время около 1,5 % населения России находится на учёте по поводу онкологических заболеваний, а на протяжении предстоящей жизни каждый 4-й житель России может заболеть раком.

В 2004 году в России от различных причин умерли 2,3 млн человек, из них –

от болезней системы кровообращения – 56,1 %, от травм и несчастных случаев – 14,3%, от злокачественных опухолей – 12,6 %.





В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России первые места занимают рак лёгкого (20,4 %), желудка (10 %), рак предстательной железы (9,7 %).

В структуре заболеваемости женского населения – рак молочной железы (20%), рак тела матки и ободочной кишки (по 7,2 %).

В этой связи становится очевидным необходимость реализации комплексных программ ранней диагностики и лечения отдельных онкологических заболеваний, которые бы унифицировали подходы к лечению, способствовали снижению смертности, увеличению выживаемости онкологических больных.





Особенностью инвалидности онкологических больных является её тяжесть и сравнительно низкий процент реабилитации.

По данным отечественных авторов, от 70 до 90% больных, впервые освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ), признаются инвалидами I-II групп.

Наряду с объективными причинами, обусловленными тяжестью данного патологического процесса, существует и целый ряд причин, прежде всего отсутствие дифференцированного подхода к оценке клинического прогноза и прогноза жизни врачами медико-социальной экспертизы.

Основой дифференцированного подхода является индивидуальное клинико-трудовое прогнозирование, базирующееся на комплексном анализе прогностических факторов у каждого

ОСВИД 🚃

CTBOB

ФМБА РОССИИ

Федеральное медико-биологическое агентство

Результаты комплексного и комбинированного лечения онкологического заболевания, возможности дальнейшей реабилитации зависят во многом от стадии заболевания, степени злокачественности новообразования, поражения регионарных лимфатических узлов, гистологического строения опухоли, от возраста и сопутствующей патологии больного, от радикальности хирургического вмешательства, а также, от послеоперационных осложнений, патофизиологических последствий лучевой, полихимио - и гормональной терапии и восстановления целостности психологического статуса.





Для лиц, получавших 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 и возобновления опухолевого роста являются первые 2 года после радикального лечения. По истечении 3-х лет после радикального лечения ведущими моментами при оценке ограничения жизнедеятельности практически для всех больных становится степень нарушения функции тех или иных органов и систем, осложнения и последствия лечения.





Осложнения и последствия различных методов лечения существенно влияют на прогноз.

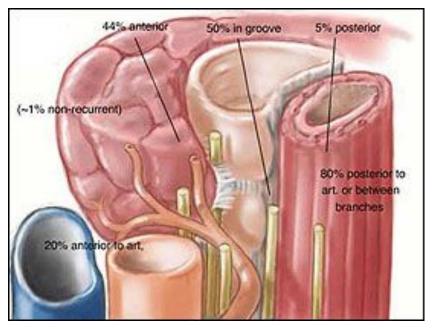
Во многих случаях радикального лечения онкологического больного, создаваемое в результате операции новое анатомо-функциональное состояние может сопровождаться развитием последствий, обуславливающих выраженные ограничения жизнедеятельности, несмотря на устранение самого заболевания (дыхательной недостаточности после удаления легкого, пострезекционные расстройства, трахеостома, культи и т.п.) При последствиях лечения степень нарушения функции (умеренная, выраженная и значительно выраженная) будет ведущим фактором, определяющим тяжесть ограничения жизнедеятельности.



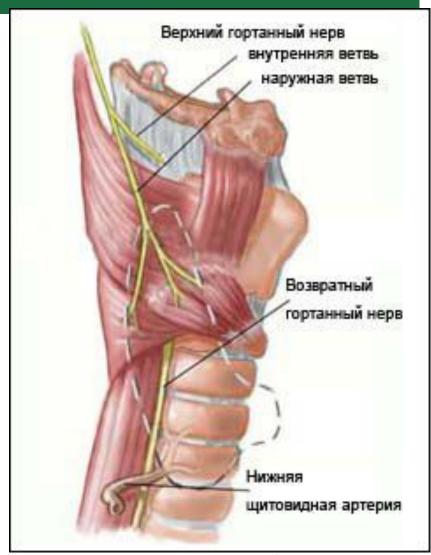


ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Повреждение возвратного гортанного нерва и верхнего гортанного нерва



Варианты прохождения ВОЗВРАТНОГО НЕРВА







ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫЪ

ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ

РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ (от 0,1 до 4%)

НАГНОЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ





Время, прошедшее после лечения, позволяет ориентироваться в степени компенсации нарушенных функций: полная компенсация, компенсация на пределе, субкомпенсация и декомпенсация.

При этом необходимо знание средних сроков компенсации и механизма компенсации в разных возрастных группах при разных патологических состояниях и т.д.

В зависимости от характера проводимого лечения восстановление физических сил и нарушенных функций или компенсация их занимает разное по продолжительности время, что в каждом конкретном случае требует либо лечения с выдачей листа нетрудоспособности, либо определения инвалидности.





Субкомпенсированное и, особенно, декомпенсированное нарушение функции требуют проведения медицинской реабилитации, а при невозможности осуществления последней свидетельствуют о плохом клинико-реабилитационном прогнозе





Одним из важнейших факторов клинического прогноза является клинико-морфологический фактор.

Под клинико-морфологическим фактором подразумевается: локализация злокачественного новообразования, размер опухоли, анатомическая форма роста, степень инвазии стенки органа, гистологическое строение и степень дифференциации злокачественного новообразования, характер поражения лимфатических узлов, рецидив основного заболевания, наличие или отсутствие отдаленных метастазов (прогрессирование основного заболевания).

Все вышеуказанные критерии нашли отражение в классификации по системе TNM (6-ое издание), разработанное Международным противораковым союзом (UICC) и группировке по стольковым союзом.

Основные принципы классификации злокачественных опухолей

UICC

International Union Against Cancer

TNM

Classification of Malignant Tumours

Edited by L.H. Sobin and Ch. Wittekind

Sixth Edition 2002

WILEY-LISS

A JOHN WILEY & SONS, INC., PUBLICATION

ТО нет данных за наличие первичной опухоли

Тіѕ преинвазивный рак

Т1, Т2, Т3, Т4 Увеличивающийся размер и/или распространенность опухоли

Nx состояние лимфоузлов оценить невозможно

NO отсутствие метастазирования в регионарные лимфатические узлы

N1, N2, N3 Увеличивающийся уровень распространенности на регионарные л/у

Мх наличие отдаленных метастазов оценить невозможно

М0 отсутствие отдаленных метастазов

М1 наличие отдаленных метастазов





Локализация злокачественного новообразования существенно влияет на прогноз заболевания.

К примеру, локализация опухоли в молочной железе оказывает самое непосредственное влияние на прогноз, в первую очередь за счет интенсивности и направленности метастазирования.

Наибольшей частотой метастазирования отличаются опухоли, расположенные в центральных квадрантах молочной железы. У 70% пациенток, у которых после комплексного лечения обнаруживаются отдаленные метастазы, была центральная локализация рака.





Чаще всего, после радикального лечения больных раком выходного отдела желудка число длительно живущих в среднем составляет 2/3 оперированных, к работе приступают только 45%.

После комплексного лечения рака проксимального отдела желудка – соответственно 1/4 и только 25%.





Размер опухоли является ведущим и основным критерием прогноза при всех злокачественных новообразованиях.

Выделяют три основных градации опухоли: до 2 см, от 2 до 5 см и 5 см и больше.

Наиболее хороший прогноз имеют пациенты с небольшим размером злокачественного новообразования до 2 см.

При наличии большого злокачественного новообразования – 5 см и более, в пять-шесть раз возрастает возможность прогрессирования основного заболевания.





Анатомическая форма роста злокачественного новообразования является одним из наиболее информативных и в значительной степени определяющих прогноз лечения факторов.

Тип роста, несомненно, отражает биологические взаимоотношения организма и злокачественного новообразования.

По мнению некоторых зарубежных авторов, узловые и экзофитные опухоли развиваются чаще у больных с сильным иммунным статусом, а у больных со слабым иммунным статусом - инфильтративные злокачественные новообразования.

При злокачественных новообразованиях пищевода экзофитные опухоли составили **10,6**%

смешанные - **25**%

эндофитные – **64,1**%





Для злокачественных новообразований желудочнокишечного тракта анатомический тип роста опухоли тесно связан с другим важнейшим прогностическим фактором – степенью прорастания стенки органа (степенью инвазии).

Различают инфильтрацию:

слизистого, подслизистого слоя (Т1);

мышечного слоя (Т2);

всей стенки органа до серозной оболочки (Т3);

выход опухоли за пределы органа с переходом на соседние структуры (Т4).





При злокачественных новообразованиях молочной железы и опухолях мягких тканей степень дифференцировки определяется гистохимическим методом по балльной оценке и является показателем злокачественности:

- I низкая степень (высокодифференцированные раки),3-5 баллов;
- II средняя степень (высокодифференцированные раки),6-7 баллов;
- III высокая степень (низкодифференцированные злокачественные новообразования), **8-9 баллов**.





Прослеживается отчетливая связь между глубиной инвазии и частотой поражения регионарных лимфатических узлов (прогрессирование основного заболевания): чем глубже прорастает опухоль в орган, тем вероятнее метастатическое поражение. При злокачественном новообразовании пищевода, если опухоль ограничена слизистой оболочкой, регионарные лимфатические узлы метастатически поражаются в 11,2% случаев, а при прорастании всей стенки – в 41,8%





Одним из важнейших факторов прогноза, наряду с локализацией злокачественного новообразования в органе, его размерами и формой роста, глубиной инвазии, является гистологическое строение и степень дифференцировки опухолевых клеток.

Следует отметить, что больные, которые направляются на освидетельствование лечебнопрофилактическими учреждениями (ЛПУ), в обязательном порядке должны иметь гистологическое подтверждение онкологического диагноза.





Есть общепринятая схема Бродерса, по которой в зависимости от числа недифференцированных клеток в поле зрения выделяют:

высокодифференцированный рак (не более 25%) G1 средняя степень дифференцировки (от 25 до 50%) G2

низкодифференцированный рак (от 50 до 75%) G3 недифференцированный рак (более 75%) G4





Различия в гистологической структуре проявляются в интенсивности, типе метастазирования и темпе роста злокачественного новообразования.

Высокодифференцированные злокачественные новообразования отличаются сравнительно медленным течением, меньшей склонностью к метастазированию, обычно лимфогенному.

Для недифференцрованных раков характерно раннее и бурное метастазирование, как лимфогенно, так и гематогенно.

По данным статистики, от 40 до 60% больных с IV стадией заболевания – это низкодифференцированные раки.





Сочетание низкой дифференцировки клеточных элементов с инфильтративным (эндофитным) ростом злокачественнного образования дает наиболее неблагоприятный прогноз.

При низкодифференцированном и диффузно-инфильтративном раке пищевода пять лет не прожил ни один из радикально оперированных больных, они умерли в первые три года, после лечения. Пятилетняя выживаемость радикально оперированных больных по поводу рака тела матки составила:

при высокодифференцированных аденокарциномах (G1) – 81,6%, при низкодиффереренцированных – 37,5%.

Состояние регионарных лимфатических узлов является одним из наиболее значимых факторов, определяющих лечебную тактику и прогноз.





Центральная шейная диссекция



Удаляемые лимфатические узлы Уровни VI и VII

- Предгортанные
- Щитовидные
- Предтрахеальные
- Паратрахеальные (пищеводнотрахеальной борозды)
- Передних отделов верхнего средостения





Многие авторы, считают, что радикальность хирургической операции ставится в зависимость не столько от объема удаляемых тканей, сколько от достаточности и адекватности лимфаденэктомии.

Неблагоприятными обстоятельствами являются прорастание опухолевой тканью капсулы лимфатического узла и врастание ее в окружающие структуры, образование больших конгломератов узлов и обнаружение раковых эмболов в просвете лимфатических и кровеносных сосудов.





Метастазирование – это основной способ распространения злокачественных клеток путем отделения от основного очага

Распространение злокачественных клеток может идти лимфогенным и гематогенным путем. Большинство раковых клеток, циркулирующие в сосудистом русле, через определенный срок погибает под действием антигенов, лимфоцитов, макрофагов. И только самая незначительная часть их находит благоприятные условия для своего существования и размножения.

РАЗЛИЧАЮТ МЕТАСТАЗЫ внутриорганные регионарные отдаленные





Внутриорганное метастатическое поражение – это отшнуровавшиеся клетки опухоли, закрепившиеся в тканях того же органа, в котором выросла опухоль и давшие вторичный рост. Чаще всего такое метастазирование идет лимфогенным путем

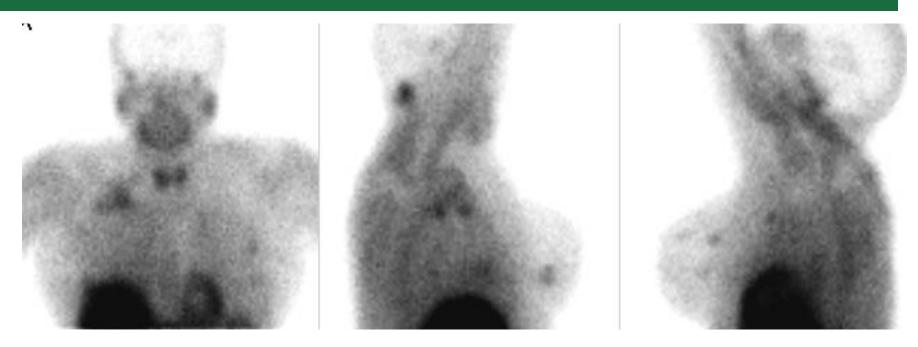
Регионарными называются метастазы, которые находятся в лимфатических узлах, близлежащих к органу, в которых выросло опухолевое образование. Регионарные лимфатические узлы с метастатическим поражением обычно удаляются во время оперативного вмешательства или подвергаются лучевому лечению

Отдаленные метастазы характеризуют диссеменацию или генерализацию опухолевого процесса и находится за пределами радикального лечебного воздействия





Оценка распространенности рака молочной железы



Рак обеих молочных желез. На обзорной сцинтимаммограмме: метастазы в подключичные лимфоузлы справа.

Правая боковая проекция: очаг в правой молочной железе и метастазы в подмышечные лимфоузлы справа.

Левая боковая проекция: мультифокусные очаги в левой молочной железе и метастазы в подмышечные лимфоузлы слева.





Если поражение регионарных лимфатических узлов метастазами – это лимфогенный путь распространения опухолевых клеток, то гематогенный путь распространения – это попадание опухолевых эмболов в легкие, печень, головной мозг, кости.

Отдаленное метастатическое поражение может быть одиночным (солитарным), единичным (два-три поражения) и множественным.

Большинство метастазов реализуется в ближайшие два-три года после лечения первичной опухоли или могут определяться при оценке первичной опухоли, что трактуется как IV стадия злокачественного заболевания.





При злокачественном новообразовании молочной железы наличие метастатического поражения в одном лимфатическом узле определяет пятилетнюю выживаемость в пределах 61,8%, если поражены три лимфатических узла – 54,6%, пять узлов и более – 31,6%.
При интактных лимфатических узлах пятилетняя выживаемость составляет 85,1%.





Клинико-морфологические факторы прогноза имеют два важных обстоятельства:

Каждый фактор должен рассматриваться лишь в сочетании с другими факторами.

Для каждой локализации злокачественного новообразования значимость одного и того же фактора неравноценна.

Любая группировка факторов носит условный характер.





На основании оценки всех прогностических факторов и существующих данных литературы о пятилетней выживаемости выносят суждение о прогнозе:

- благоприятном,сомнительным, отягощенным
 - неблагоприятном.





Примером благоприятного прогноза могут служить радикальные операции у больных с локализованными высокодифференцированными формами новообразований без регионарных метастазов (T1-2N0M0) I и II стадий, неосложненном послеоперационном периоде и отсутствии тяжелой сопутствующей патологии. У больных с благоприятным клиническим прогнозом, как правило, стойкого ограничения жизнедеятельности не наступает, за исключением случаев анатомического дефекта и затруднений в трудовой деятельности в определенных профессий.





При сомнительном прогнозе возникает выраженное нарушение жизнедеятельности в результате противопоказанности в трудовой деятельности, либо из-за возможного ухудшения в состоянии здоровья, либо из-за выраженного нарушения функции какой-либо системы.

При неблагоприятном прогнозе возникает резко выраженное нарушение одного или нескольких видов жизнедеятельности (самообслуживание, передвижение).





Все больные, направляемые на освидетельствование, должны пройти полное клиническое обследование:

- •общий анализ крови;
- •биохимический анализ крови;
- •общий анализ мочи;
- •рентгенографию грудной клетки;
- •УЗИ брюшной полости (печени, почек и зон лимфооттока);
- •сканирование костей скелета (по показаниям);
- •мониторинг опухолевых маркеров (СА-15.3; СА-19.9; РЭА, ПСА и др.).





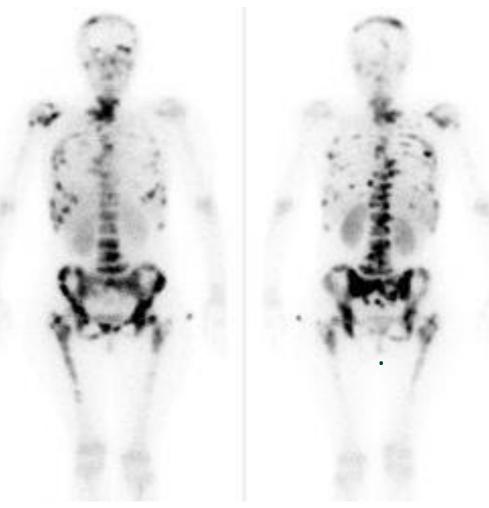
Чаще всего, изотопное исследование костей проводится при подозрении на их поражение, нужно морфологическое подтверждение диагноза для исключения первичномножественной синхронной или метахронной опухоли этих органов.

Наличие отдаленных метастазов должно быть отражено при направлении как на первичное, так и повторное освидетельствование в бюро МСЭ.





МНОЖЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА У БОЛЬНОЙ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ







Социальные последствия онкологических заболеваний (преждевременная смерть, преждевременный уход на пенсию по инвалидности, длительность лечения по временной нетрудоспособности и др.) наносят большой экономический ущерб государству.

Следует помнить, что при направлении онкологического больного на освидетельствование в бюро МСЭ, врачи амбулаторно-поликлинического звена должны отразить все вышеуказанные сведения о больном, которые позволят правильно и без ошибок провести освидетельствование конкретного больного, установить группу инвалидности, определить ограничение способности к труду, провести реабилитационные мероприятия и вернуть его к трудовой деятельности.





Таким образом, объективная оценка совокупности факторов онкологического прогноза, степени распространенности онкологического процесса по данным специального клинического обследования, позволяет правильно оценить характер и степень выраженности функциональных нарушений органов и систем, степень выраженности ограничений жизнедеятельности у онкологического больного и его реабилитационные возможности.





Благодарю за внимание



