



ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»
Министерства труда и социальной защиты
Российской Федерации

Актуальные вопросы проведения медико-социальной экспертизы при новообразованиях

доктор медицинских наук
ШАХСУВАРЯН САМВЕЛ БУГДАНОВИЧ

*ВЕДУЩИЙ НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК
СЕКТОРА НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРТНО-
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ
ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ*

*«...В жизни можно многое увидеть, если
знать, куда смотреть»*

Академик Борис Васильевич Петровский

Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма человека при злокачественных опухолях, согласно Приказу Минтруда России от 27.08.2019 N 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы", который вступает в силу с 1 января 2020 года, основывается преимущественно на оценке клинико-морфологических характеристик опухолей. Эта система оценки, призвана более объективно улучшить принятие решений экспертами бюро МСЭ для больных.

По отношению к предыдущему Приказу Минтруда России от 17.12.2015 N 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы", количественная оценка была значительно расширена, более детально отображены ее параметры, внесены изменения в частности удалены 5-ти летние сроки наблюдения и значительно дополнен подразделами при ряде локализаций опухолей по МКБ10, не включенных в предыдущей редакции приказа Минтруда России №1024н

А именно следующие нозологии по МКБ-10:

Злокачественные новообразования губы

Злокачественные новообразования полости рта и
глотки (носоглотка, ротоглотка, гортань)

Злокачественные заболевания кожи

Злокачественные новообразования костей и
суставных хрящей

Злокачественные новообразования мягких тканей

Злокачественные новообразования надпочечников
(феохромоцитома)

Метастазы без выявленного первичного очага

Особенностью новой системы оценки является, то что она учитывает не только физическое состояние больного, виды стойких расстройств функций организма человека, но и разработки современных подходов с учетом МКФ оценки сохранности структур и функций различных систем организма. Но что особенно ценно, это более углубленное понимание онкологического и иммунологического прогноза, знание которых помогает в плане мониторинга, раннего выявления и установление точного диагноза рецидива или же прогрессирования основного заболевания.

В современной онкологии за последние десятилетия изменилась идеология в реабилитации этого тяжелого контингента больных. Успехи в диагностике и лечении онкологических больных привели к значительному увеличению выживаемости. Однако, применяемые в онкологии агрессивные методы лечения часто приводят к серьезным нарушениям различных функций организма и утрате трудоспособности.

оценивать эффективность проводимого лечения только по критериям выживаемости и без рецидивного течения заболевания без учета качества жизни онкологического больного представляется ошибочным, поэтому совершенно ясно, больной обреченный на тяжелые физические и психические страдания, в течении длительного периода времени, нередко отказываются от предложенной операции, а при согласии на нее, желает избавиться в кратчайший срок.

Если учесть то положение, что при раке различных локализаций, разработаны методики прогнозирования и индивидуального моделирования лечения, которые с высокой степенью вероятности позволяют прогнозировать исход заболевания, то целесообразность использования ранее существующих и разработка новых пластических реконструктивных операций, для данного контингента больных, представляется чрезвычайно актуальным.

Под излечением на современном этапе развития медицины понимается, не только клиническое выздоровление, но и возвращение больного к привычному образу жизни.

Основные задачи и принципы реабилитации онкологических больных:

Как можно более раннее начало лечения

Непрерывность

Преемственность

Комплексный характер

Этапность

Индивидуальный подход в лечении и
восстановлении утраченных функций

Экспертам – врачам МСЭ, следует помнить, что для правильного применения количественной оценки степени нарушения функции организма, необходимо располагать по возможности максимальным объемом результатов проведенного обследования и специального лечения в медицинских учреждениях, проведенных до направления на МСЭ.

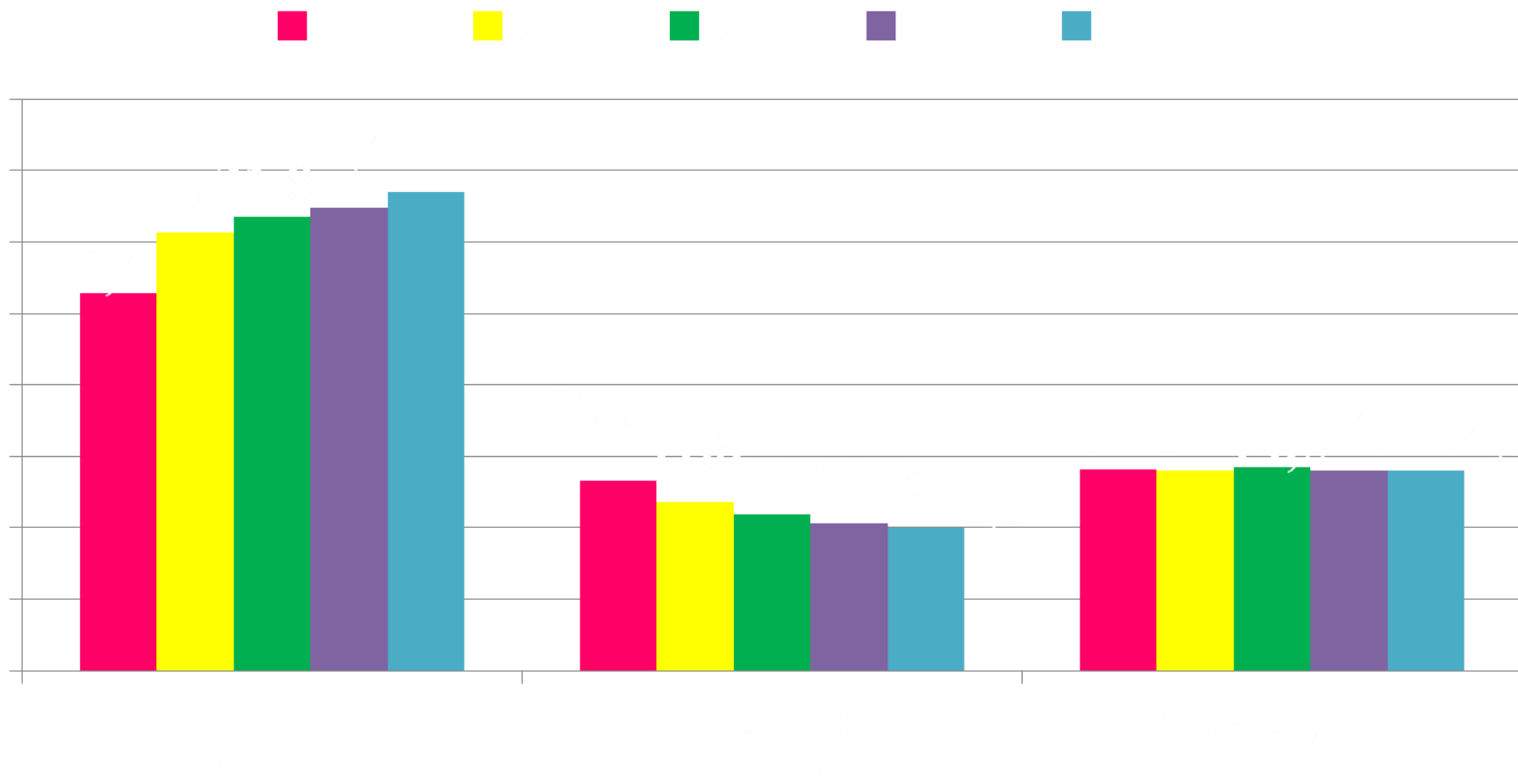
**Чем полнее проведены обследования,
принимая во внимание
мультидисциплинарный подход и
многофакторный анализ в начале
специального лечения, тем более
объективной будет оценка степени
нарушения функций организма.**

В структуре инвалидности **первое ранговое место** занимают **болезни системы кровообращения**, однако, это обусловлено тем, что это самый большой класс болезней, и он включает четыре нозологические формы.

Болезни сердца вследствие ревматизма и гипертоническая болезнь составляют небольшой удельный вес. Выделяются ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни с относительно высоким удельным весом для этого класса болезней.

Если же рассматривать отдельно нозологические формы и сравнивать с удельным весом инвалидов вследствие злокачественных новообразований, то выявляется совсем другая картина – на первое место выходят инвалиды вследствие злокачественных новообразований.

Удельный вес первичной инвалидности в Российской Федерации в период 2014-2018 гг.



Это значительно выше, чем при таких нозологических формах, как ИБС и ЦВБ. Следовательно, как нозологическая единица, **злокачественные новообразования** занимают **первое место** в структуре первичной инвалидности.

Рак – это болезнь, связанная с аномальным ростом и развитием клеток. Как только нарушается биологический контрольный механизм, возникают злокачественные клетки.

Большинство клеток в зрелом возрасте находится в конечной стадии дифференцировки. На этой стадии увеличение количества клеток приводит к гиперплазии или неоплазии.

Гиперплазией называется контролируемый процесс, при котором происходит рост количества клеток, следствием которого является увеличение объема органа или ткани.

Неоплазия является процессом, при котором рост количества клеток связан со снижением или полным отсутствием контрольных механизмов.

Неконтролируемое клеточное деление приводит к образованию аномальной массы ткани, то есть к тому, что известно под названием «злокачественное новообразование».

Отдаленные метастазы остаются главной причиной смерти больных со злокачественными заболеваниями.

Минимальная остаточная болезнь определяется как присутствие опухолевых клеток, которые не могут быть обнаружены на основе использования сегодняшних рутинных диагностических методов применяющихся для определения стадии опухолевого процесса

Факторы прогноза:

биологические

- **Наличие ЕР/ПР рецепторов**
- **Гистология**
- **Степень дифференцировки**
- **Степень злокачественности (G)**
- **Инвазия в сосуды и костный мозг**
- **Рецептор эпидермального фактора роста EGFR**
- **Рецептор сосудистого фактора роста VEGFR**
- **ki67 (индекс пролиферативности)**
- **Супрессорные белки, например p53**
- **HER2/neu (+++)**

Степень злокачественности

Степень злокачественности	Степень формирования тубулярных структур, %	Прогноз
I	>75	хороший
II	10-75	
III	<10	плохой

Факторы прогноза

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ

- РАЗМЕР ОПУХОЛИ
- СТАТУС РЕГИОНАРНЫХ
ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
- ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП
ОПУХОЛИ
- СТЕПЕНЬ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ
- КЛЕТОЧНАЯ
ДИФФЕРЕНЦИРОВКА
- ИНФИЛЬТРАЦИЯ
ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ

МОЛЕКУЛЯРНО-биологические

- РЕЦЕПТОРЫ ЭСТРОГЕНОВ И
ПРОГЕСТЕРОНА
- HER-2/neu-рецептор (c-erb-
2/neu-рецептор)
- ФАКТОРЫ АНГИОГЕНЕЗА
(VEGF, TF)
- МАРКЕРЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ
(Ki67)
- ФАКТОРЫ АПОПТОЗА (p53,
bcl-2)
- ОНКОГЕНЫ
- КРИТЕРИИ ДНК-ПРОТОЧНОЙ
ЦИТОФЛЮОРОМЕТРИИ
(плоидность, число клеток
в S-фазе)

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА

- Гистологическая степень злокачественности:
- недифференцированная – плохой прогноз,
- дифференцированная – лучший прогноз,
- Рецепторы эстрогенов: РЭ – плохой прогноз РЭ+лучший прогноз
- Пloidность опухоли:
- анеупloidная – плохой прогноз
- диплоидная – лучший прогноз
- Индекс пролиферации:
- менее 15% -хороший прогноз
- более 15% - плохой прогноз
- Экспрессия HER-2/neu:
- HER-2/neu + плохой прогноз
- HER-2/neu – лучший прогноз
- Мутация P53:
- P53+ - плохой прогноз P53 - лучший прогноз.

Прогноз при раке молочной железы

- **зависит от стадии процесса**
- **гистологической формы опухоли**
- **степени её дифференцировки**
- **скорости роста**
- **рецепторного статуса**
возраста больной и др.

Так 5-летняя выживаемость при I стадии – 70-95%,
при II – 50-80%, при III – 10-50%, при IV - 0-10%, а
10-летняя выживаемость при I стадии 60-80%,
при II стадии – 40-60%, при III стадии – 0-30%, при
IV стадии – 0-5%.

•

В последнее время циркулирующие опухолевые клетки (ЦОК) и диссеминированные опухолевые клетки (ДОК) привлекают все большее внимание, становятся объектом исследования.

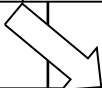
Опухолевые клетки, обнаруживаемые в крови, носят название циркулирующих опухолевых клеток. А опухолевые клетки, обнаруживаемые в органах, в первую очередь в костном мозге, называются диссеминированными опухолевыми клетками.

Циркулирующие и диссеминированные эпителиальные клетки, выявляемые у больных раком – опухолевые клетки, они никогда не обнаруживаются в крови людей, у которых отсутствуют злокачественные опухоли. Обнаружение данных клеток свидетельствует о том, что имеет место гематогенная диссеминация опухоли.

Наличие ЦОК или ДОК является при целом ряде эпителиальных опухолей, независимо от стадии заболевания, фактором неблагоприятного прогноза, именно эти клетки дают рост метастазов спустя годы и десятилетия после радикальной операции в головном мозгу, печени, легких, что в конечном счете, и приводит в большинстве случаев к смерти больного.

Метастазирование имеет несколько этапов: отделение клеток от опухоли, циркуляция их в кровеносных и лимфатических сосудах, прилипание их к стенке сосуда образование опухолевого эмбола, выход клетки через сосудистую стенку в ткани и размножение клеток с поражением нормальных тканей. При формально одной и той же опухоли у одних лиц метастазирование идет рано и бурными темпами у других опухоль долго растет местно и не дает метастазов.

- **Иммунная реакция развивается на первичную опухоль, её метастазы и отдельно циркулирующие опухолевые клетки.**

	ИММУННАЯ СИСТЕМА	
		
молекулы	клетки	органы
иммуноглобулины цитокины	лимфоциты фагоциты	центральные периферические
	ОПУХОЛЬ	
		
первичная опухоль	циркулирующие опухолевые клетки	метастазы опухоли

Сочетание низкой дифференцировки
клеточных элементов с инфильтративным
эндофитным ростом опухоли дает
наиболее неблагоприятный прогноз.

При низкодифференцированном
диффузно-инфильтративном раке более 5
лет живут не более 12% больных, чаще они
погибают в первые 3 года после лечения.

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, поэтому все больные, направляемые на **освидетельствование** должны пройти полное клиническое обследование: общий анализ крови, биохимический анализ, общий анализ мочи, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости (печени, почек и зон лимфооттока), сканирование костей скелета (по показаниям), мониторинг опухолевых маркеров.

Чаще всего, изотопное исследование костей проводится при подозрении на их поражение, нужно морфологическое подтверждение диагноза для исключения первично-множественной синхронной опухоли этих органов. Наличие отдаленных метастазов должно быть отражено при направлении как на первичное, так и повторное освидетельствование в бюро МСЭ

Метастазирование имеет несколько этапов: отделение клеток от опухоли, циркуляция их в кровеносных и лимфатических сосудах, прилипание их к стенке сосуда образование опухолевого эмбола, выход клетки через сосудистую стенку в ткани и размножение клеток с поражением нормальных тканей. При формально одной и той же опухоли у одних лиц метастазирование идет рано и бурными темпами у других опухоль долго растет местно и не дает метастазов.



**Спасибо
за внимание!**