

С. Н. Пузин¹, Е. В. Коржевская², Ю. Г. Паяниди², Д. С. Огай³,
С. В. Хохлова², А.Ю. Кашурников², Е. В. Воробьева³

ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ПРОГНОЗ И РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

¹ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва;

²ФГБУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва;

³ГБУЗ МО Московский областной онкологический диспансер, Балашиха

Важное значение в индивидуальном прогнозировании, планировании лечения и составлении адекватной программы медицинской реабилитации имеет правильное стадирование заболевания. В российской онкогинекологии применяется несколько классификаций: отечественная, международные клинические по системе TNM и FIGO, международная классификация онкологических заболеваний (МКБ-О) и международная гистологическая классификация (2003, Lyon). Ведущим фактором, влияющим на прогноз и определяющим экспертный подход и судьбу пациентки после проведенного лечения, является стадия заболевания, которая устанавливается с учетом вышеназванной группы классификаций.

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

DETERMINING THE INFLUENCE OF THE DISEASE STAGE ON PROGNOSIS AND REHABILITATION IN ONCOGYNECOLOGY

S.N.Puzin¹, E.V.Korzhevskaya², Yu.G.Payanidi², D.S.Ogay³,
S.V.Khokhlova², A.Yu.Kashurnikov², E.V.Vorobiyeva³

¹Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow; ²N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow; ³Moscow Regional Cancer Center, Balashikha

Diagnosing the correct disease stage plays an important role in predicting the individual, treatment planning and the preparation of an adequate program of medical rehabilitation. The Russian oncogynecology used several classifications: national, international clinical such as TNM and FIGO, International Classification of cancer (ICD-O) and the International histological classification (2003, Lyon). The leading factor in determining the prognosis and expertise, and the fate of the patient after treatment, is the stage of the disease, which is installed with the above-mentioned group of classifications.

Key words: cancers, classification, prognostic factors, medical and social examination.

Охрана здоровья населения является одной из самых важных социальных задач нашего государства и гарантирована Конституцией РФ. Одной из форм, объединяющих задачи различных социальных служб, является реабилитация онкологических больных, временно или постоянно утративших трудоспособность вследствие неблагоприятного течения онкологического заболевания. Онкогинекологическая больная нуждается в широкой программе социальной помощи, начиная от решения вопроса профессиональных возможностей с учетом изменившегося физического существования и кончая рядом сложных вопросов взаимоотношений в семье и быту. Взаимосвязанный комплекс мероприятий, составляющих содержание реабилитации, следует считать одним из наиболее важных направлений органов социальной защиты и здравоохранения, которые в процессе лечения используют различные методы и средства. С одной стороны, если после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий по поводу онкологического заболевания появляются данные, подтверждающие стойкое нарушение функций организма вследствие заболевания, орган социальной защиты населения вправе напра-

вить пациентку на медико-социальную экспертизу (МСЭ) [1]. С другой стороны, под излечением в онкологии понимают не только клиническое выздоровление, но и возможность для больных возвратиться к их прежнему социальному положению, к полноценной жизни и труду, поэтому реабилитация — неотъемлемая часть клинической онкогинекологии.

Некоторые из нозологических форм в онкогинекологии и их классификации недостаточно известны практическим врачам. Между тем злокачественные новообразования (ЗН) репродуктивной системы, включая рак молочной железы, в структуре онкологической заболеваемости женщин суммарно превышают 35% [2, 3], являясь наиболее частыми среди всех ЗН у женщин. Основными нозологическими формами в онкогинекологии являются:

- ◆ ЗН женских половых органов: шейки матки, тела матки, яичников, маточных труб, влагалища, вульвы;
- ◆ пограничные состояния;
- ◆ предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли.

Основными, поддерживающими высокий уровень и рост онкогинекологической патологии, являются

экологические (вредные факторы производственной и окружающей среды), физиологические (изменения в репродуктивной функции женщины), социально-экономические (изменения питания и образа жизни) и генетические (наследственная предрасположенность) факторы.

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 для тела матки — с высоким социально-экономическим уровнем пациентов [4].

Данные о влиянии пероральных контрацептивов на развитие ЗН в литературе противоречивы. Большинство авторов считают, что их прием снижает риск рака эндометрия и яичников, но повышает риск развития рака молочной железы, а прием их в раннем возрасте повышает риск как доброкачественных, так и злокачественных опухолей печени [5].

Социальные последствия онкогинекологических заболеваний (длительное лечение по временной нетрудоспособности, выход на инвалидность, преждевременная смерть) наносят обществу большой экономический ущерб. Социальная значимость проблемы определяется большой распространенностью и прогрессирующим характером течения ЗН, частотой послеоперационных и иных 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 онкогинекологических больных.

Классификации

Важное значение в планировании лечения, индивидуальном прогнозировании и составлении адекватной программы медицинской реабилитации имеет правильное стадирование заболевания. В России принято несколько классификаций ЗН, в том числе и в онкогинекологии: отечественная, международные клинические по системе TNM и FIGO, международная классификация болезней (МКБ-О) и международная гистологическая классификации (2003, Lyon).

Отечественная классификация

В России стадирование опухолевого процесса многие годы проводили по отечественной классификации. В этой классификации стадию заболевания обозначали римскими цифрами от I до IV, отражавшими размеры и распространенность процесса в пределах органа. Буквами русского алфавита “а”, “б” и “в” указывали отсутствие или наличие единичных (до четырех) и множественных регионарных метастазов соответственно.

Международные классификации

Первые попытки классификации и стадирования злокачественных опухолей органов репродуктивной системы относятся к концу 20-х годов XX века.

В 1958 г. Международная федерация гинекологов и акушеров (FIGO) была первой организацией, которая разработала собственную классификацию и систему стадирования. Впоследствии, в 1966 г., Международный противораковый союз (UICC) опубликовал свою систему стадирования, которую в 1976 г. подтвердил Американский объединенный комитет по раку (AJCC). Шейка и тело матки были в числе первых локализаций, классифицированных по системе TNM. Одной из целей этих трех организаций (FIGO/UICC/AJCC) была совместная работа по рассмотрению и согласованию любых изменений, ведущих к уменьшению различий в системах стадирования. В итоге в сентябре 2008 г. документ, содержащий новую систему стадирования рака вульвы, шейки матки и тела матки, был представлен исполнительному органу FIGO, члены которого официально одобрили его, тем самым приблизив написание Специальных комментариев в мае 2009 г. [6]. В итоге 7-е издание (2010), выпущенное совместно с UICC, классификации TNM злокачественных опухолей обеспечивает новые международные стандарты для описания и категоризации рака [5]. Эта классификация содержит обновленные разделы по некоторым органам. По раку вульвы внесены наиболее существенные изменения в категории T и N, а также в группировку по стадиям, что совпадает со Специальными комментариями FIGO [6].

Всемирной организацией здравоохранения в Женеве в октябре 1989 г. проведена международная конференция по 10-му пересмотру Международной классификации болезней (МКБ-10), которая является основой для выявления тенденций в области здравоохранения и статистики во всем мире. МКБ использует трехзначный код для каждого известного заболевания. Международная классификация онкологических заболеваний (МКБ-О) является специальным тематическим расширением Международной классификации болезней. Онкология занимает два раздела — C (злокачественные опухоли) и D (рак in situ и доброкачественные опухоли). МКБ-10 в России принята в 1993 г. В настоящее время в стадии разработки находится МКБ-11, которая будет завершена в 2015 г. В 1990 г. в дополнение к МКБ-10 по разделу “Онкология” было опубликовано 2-е издание МКБ-О, предназначенное для использования в международных онкологических реестрах. Это система кодирования по топографии опухоли и по ее морфологии, позволяющая более подробно указывать локализацию первичного очага. В МКБ-О морфологический код имеет 5 знаков: первые четыре знака обозначают гистологический тип, пятый — биологические свойства опухоли (0 — доброкачественная опухоль; 1 — неясно, доброкачественная или злокачественная опухоль; 2 — неинвазивный рак (рак in situ, внутриэпителиальный, неинфильтративный); 3 — ЗН, первичный очаг; 4 — ЗН, метастаз; 5 — ЗН, неясно, первичный или метастатический очаг) [7]. Обычно врачи при формировании диагноза этот код не указывают, но он необходим в научных исследованиях и при подготовке международных публикаций. Таким образом, диагноз в онкогинекологии следует формулировать строго в соответствии с Международными TNM/FIGO и отечественной классификациями.

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 (медицинские (локальные) факторы прогноза; факторы прогноза, связанные с лечением и реабилитацией; общебиологические и социальные факторы прогноза) [2, 8].

Медицинские (локальные) факторы прогноза

К медицинским факторам прогноза заболевания относятся: тип анатомического роста опухоли, гистологическое строение, степень дифференцировки первичной опухоли, глубина прорастания в стенку органа, размер и локализация первичной опухоли, лимфатический статус с учетом путей метастазирования данного ЗН. Для некоторых опухолей имеет значение и гормональный статус. Так, в отдельную группу выделяются гормонально-зависимые процессы и опухоли (гиперпластические процессы эндометрия, миома матки и др.).

Ведущим фактором, влияющим на прогноз, является стадия заболевания, которая устанавливается с учетом вышеприведенной группы медицинских (локальных) факторов. Прогноз заболевания тем хуже, чем выше стадия.

Факторы прогноза, связанные с лечением и реабилитацией

По результатам проведенного лечения и реабилитации определяются следующие факторы прогноза: радикальность проведенного специфического лечения; развившиеся осложнения после хирургического или другого вида лечения; степень функциональных нарушений; время, прошедшее после лечения. В онкогинекологии применяются различные комбинации хирургического, лучевого и лекарственного методов лечения в зависимости от локализации и стадии ЗН, которые также влияют на прогноз заболевания.

Общебиологические факторы прогноза

К общебиологическим факторам прогноза относятся: возраст, физиологическое (период полового созревания, беременность, лактация), физическое и психическое состояния пациентки, наличие сопутствующих заболеваний, эпидемиологические особенности распространения ЗН. Общеизвестно, что молодой возраст, беременность и лактация являются отрицательными факторами прогноза заболевания, особенно при дисгормональных опухолях.

Учитывается психологический фактор: до 97% пациенток с онкогинекологической патологией нуждаются в консультации и лечении у психоневролога или психолога [9].

Сопутствующие хронические заболевания под влиянием операционной травмы, лучевого, лекарственного лечения и в большей степени эмоционального стресса переходят в декомпенсированное состояние, что также негативно отражается на жизне-

деятельности и трудоспособности пациенток и прогнозе заболевания.

Социальные факторы прогноза

К социальным факторам прогноза относятся: образование, профессия, квалификация, характер и условия труда, наличие профессиональных вредностей, характеристика семейных и бытовых условий жизни пациентки.

При сопоставлении клинического прогноза наряду с социальными факторами необходимо учитывать особенности онкопатологии, чтобы объективно оценить характер, степень и стойкость ограничений жизнедеятельности, определить степень социальной “недостаточности” пациентки [2].

Виды прогноза в онкогинекологии

Решение вопросов экспертизы трудоспособности и жизнедеятельности пациенток в онкогинекологии осложняется неясностью прогноза даже после радикального лечения, что является особенностью ЗН. Прогноз у больных этой категории определяется осторожно как в ближайшие, так и в отдаленные сроки после проведенного лечения [2, 10].

Для больных со ЗН особое значение имеет клинический прогноз, который отчасти определяет и трудовой прогноз пациентки [11].

Одним из главных факторов, определяющих экспертный подход и судьбу пациентки после проведенного лечения, является клиническая стадия заболевания.

Общепринято считать, что после проведенного лечения фактор злокачественности “работает” как минимум на протяжении 5 последующих лет. Особенно неблагоприятны в этом отношении первые 2 года. На 3-й год частота рецидивов и появления метастазов резко падает, а на 4—5-м году отмечаются единичные случаи. Поскольку по истечении 3 лет опасность возникновения рецидивов и метастазов перестает быть ведущей в прогнозе, при экспертизе жизнедеятельности и трудоспособности больной на первый план выходят степень нарушения функции, осложнения и последствия проведенного лечения (помимо оценки общего состояния) [4].

После учета всех прогностических факторов и известных статистических данных по выживаемости онкогинекологических больных выносится мнение о прогнозе.

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

Под благоприятным прогнозом подразумеваются: радикальная операция на ранних стадиях заболевания, локализованная (без регионарных метастазов) высокодифференцированная форма ЗН, “благоприятная” локализация опухоли, отсутствие осложнений и последствий после проведенного радикального лечения, а также после тяжелых сопутствующих заболеваний у больной. В случаях с благоприятным клиническим прогнозом стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, как правило, не наступает, за исключением наличия анатомического

дефекта или противопоказаний в трудовой деятельности в ряде профессий. Таких больных по окончании лечения по временной нетрудоспособности (ВН) направляют на МСЭ, где им устанавливается, как правило, III группа инвалидности [1, 10].

Под сомнительным прогнозом подразумевается сочетание благоприятных и неблагоприятных прогностических факторов. Например, диагностируются у больной большая низкодифференцированная опухоль, прорастающая через все слои органа, метастазы в лимфатических узлах и выполнено радикальное лечение. Прогноз сомнителен также в случае, когда пациентке предстоит длительное лечение с неясным исходом. Это обуславливает социальную “недостаточность” больной с необходимостью осуществления мер социальной защиты (определяется, как правило, II группа инвалидности) [12].

Под неблагоприятным прогнозом подразумеваются: поздняя стадия заболевания, инвазивная форма опухоли, сочетание низкой степени дифференцировки опухоли с инфильтративным ростом, мультицентрический рост опухоли, нерадикальная операция, паллиативное лечение, наличие регионарных метастазов, диагностирование рецидивов и/или метастазов в ближайшее время после проведенного лечения [8, 13]. При неблагоприятном прогнозе развивается резко выраженное нарушение одного или нескольких видов жизнедеятельности, что определяет установление I группы инвалидности у больных данной категории.

Используемый в литературе термин “отягощенный прогноз” указывает на наличие у онкогинекологической больной тяжелой сопутствующей патологии.

Пути реабилитации

Реабилитация онкогинекологических больных многоэтапная и является сложной социальной проблемой.

Этап медицинской реабилитации включает лечение, направленное на предотвращение развития осложнений и последствий лечения, метастазов и рецидивов, тяжелых исходов [10]. Необходимым компонентом медицинской реабилитации является психологическая коррекция состояния женщины [2].

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

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

Полная реабилитация предусматривает высокий функциональный исход, полноценный профессиональный и социально-экономический результат [14].

В начальных стадиях заболевания целью реабилитации является излечение больной. Цель реабилитации на поздних стадиях заболевания, когда летальный исход неизбежен, заключается в значительном облегчении страданий и сохранении качества жизни женщины (10-я Европейская конференция по проблемам рака, Вена, сентябрь 1999 г.). Качество жизни больных после лечения оценивается с помощью специальной шкалы качества жизни EORTC (QLQ-C30) и других методик.

Особенностями реабилитации в онкогинекологии являются:

- 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 проведении экспертизы ВН и МСЭ в онкогинекологии решаются следующие вопросы [1, 10]:

- 1) оценка общего состояния пациентки;
- 2) определение степени компенсации нарушенных функций после проведенного лечения;
- 3) оценка стойкости и выраженности наступивших функциональных расстройств и их степени;
- 4) определение научно обоснованного клинического и трудового прогноза для данной пациентки;
- 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 т. д.

Сроки временной нетрудоспособности

Минздравом России для каждого вида нозологий рекомендованы ориентировочные сроки ВН [10, 15]. Эти сроки продлеваются при необходимости продолжения лечения больной с предполагаемым хорошим эффектом, а также при осложнениях лечения. Например, при проведении химиотерапии, хорошей переносимости и отсутствии осложнений от этого вида лечения больные временно нетрудоспособны в этот период. В остальных случаях, а также при проведении химиотерапии у больных с сомнительным прогнозом ВН не должна превышать 4 мес с последующим направлением пациентки на МСЭ [1].

Часть радикально леченных пациенток с благоприятным прогнозом не подлежат направлению на МСЭ, если они не имеют осложнений и противопоказанных факторов в работе, и по окончании лечения могут быть выписаны к труду, оставаясь под наблюдением онколога [10, 15].

Критериями возвращения к труду пациенток, перенесших радикальное лечение, являются:

- ◆ 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 [11]:

- ♦ физический труд средней тяжести и тяжелый (работы II и III категорий);
- ♦ умеренное нервно-психическое напряжение (2-й и 3-й 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 токсичными и вредными веществами, солями тяжелых металлов, канцерогенами;
- ♦ контакт со всеми видами излучений (лазерным, тепловым, ультрафиолетовым, радиационным);
- ♦ работа в условиях вибрации (локальной, общей).

Показания для направления на медико-социальную экспертизу

Показаниями для направления больных с онкогинекологической патологией на МСЭ являются [16]:

- ♦ наличие противопоказанных факторов в работе и необходимость трудового устройства радикально леченных пациенток после завершения их реабилитации;
- ♦ проведение адьювантного лекарственного лечения;
- ♦ сомнительный прогноз после радикального лечения;
- ♦ появление рецидива и/или метастазов;
- ♦ инкурабельность (после паллиативной терапии);
- ♦ необходимость повторного или досрочного переосвидетельствования (при диагностировании рецидива, метастазов, осложнений и/или последствий проведенного лечения).

Медико-социальная экспертиза

При освидетельствовании пациенток онкологическое бюро МСЭ учитывает следующие медицинские и социальные факторы [9, 10]: стадию заболевания, локализацию и характер роста опухоли, 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 [9].

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 послед-

ствий, при удовлетворительном состоянии больных, отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и противопоказанных факторов в работе группа инвалидности не устанавливается.

Трудовая деятельность в соответствии с физиологическими возможностями организма рассматривается в онкологии как эффективное средство реабилитации радикально леченных больных [2, 10].

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

Леченные больные IIIВ стадии с низкодифференцированными опухолями 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, но может быть установлена III группа инвалидности. На следующий год при переосвидетельствовании больной группа инвалидности может быть снята при тех же условиях.

Для повторного освидетельствования пациентка должна быть тщательно обследована (амбулаторно или в стационаре) для исключения рецидива и метастазов опухоли, а также для определения степени функциональных расстройств. Основанием для установления пациентке группы инвалидности могут стать последствия и осложнения проведенного лечения. Критериями в оценке жизнедеятельности и трудоспособности освидетельствуемых женщин остаются степень нарушения функции различных органов и систем, характер и тяжесть развившихся осложнений, последствий лечения 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 на МСЭ может быть установлена при определенных локализациях ЗН и IVA стадии (яичники, шейка матки), если после проведенной паллиативной операции больной предстоят последующие лекарственное и/или лучевое лечение. Повторное освидетельствование позволяет определить исход лечения и в зависимости от исхода и выраженности последствий решить вопрос о состоянии жизнедеятельности больной [1].

Резко выраженное ограничение жизнедеятельности и трудоспособности с нарушением самообслуживания при первичном освидетельствовании служит основанием к установлению I группы инвалидности у онкогинекологических больных в случаях:

- ♦ генерализации опухолевого процесса на фоне комплексного специфического лечения;

- ◆ инкурабельности больных после паллиативного лечения;
- ◆ наличия рецидива и/или метастазов;
- ◆ метастазов рака без выявленного первичного очага в случае безуспешного лечения;
- ◆ IVБ стадии после проведенного симптоматического лечения.

Проблемы онкологии заставляют работать онкогинекологов в направлении не только усовершенствования методов лечения, но и успешной последующей реабилитации, социальной адаптации данной категории больных. Мы постарались в данной статье выделить принципы экспертизы временной нетрудоспособности онкогинекологических больных, а также критерии направления больных на МСЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Старовойтова И.М., Саркисов К.А., Потехин Н.П. Медицинская экспертиза. М.; 2009.
2. Гилязутдинова З.Ш., Михайлов М.К. Онкогинекология: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс; 2000.
3. Тюляндин С.А. Рак яичников вчера, сегодня, завтра. В кн.: Современные тенденции развития лекарственной терапии опухолей: Материалы конф., 9—10 дек. 1997. М.; 1997. 66—69.
4. Резолюция V Всероссийского съезда онкологов (Казань, 4—7 октября 2000 г.). Рос. онкол. журн. 2001; 2: 52—55.
5. Собин Л.Х., Господарик М.К., Виттекин К. TNM — классификация злокачественных опухолей. 7-е изд. М.; 2011. 174—215.
6. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int. J. Gynecol. Obstetr. 2009; 105: 103—104.
7. Фролова О.Г., Кузьмичева Р.А., Юдаев В.Н. Гинекологические заболевания в Международной статистической классификации 10-го пересмотра. Акуш. и гин. 1999; 3: 53—55.
8. Rustin G.J.S., Nelstrop A.E., Bentzen S.M. et al. The gynecologic oncology group experience in ovarian cancer. Ann. Oncol. 1999; 10: 1—7.
9. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции по клинической онкологии. М.; 2000.

10. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10). Библиотека журн. "Качество мед. помощи" 2000; 6: 104.
11. Перечень показанных и противопоказанных видов труда для инвалидов с различной патологией. (Комитет труда и занятости, Комитет социальной защиты населения правительства Москвы, ЦИЭТИН). М.: Агентство "Инфомарт"; 1996.
12. Cancer incidence in five continents. Lyon: IARC Sci. Publ.; 1997; vol. 7: 143.
13. 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. Gynecol. Oncol. 1992; 47: 159.
14. Складенко Р.Т., Павлова В.С. Временная и стойкая утрата трудоспособности у хирургических больных: Руководство для врачей. СПб.: Гиппократ; 1998.
15. Афанасьев В.С. Экспертиза временной утраты трудоспособности в работе врача общей (семейной) практики. М.; 2008.
16. Урманчеева А.Ф., Мешкова И.Е. Вопросы эпидемиологии и диагностики рака яичников. Прак. онкол. 2000; 4: 7—13.

Поступила 28.06.12

Сведения об авторах:

Пузин С.Н. — д-р мед. наук, проф., академик РАМН, зав. каф. гериатрии и медико-социальной экспертизы ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования; Коржевская Е.В. — канд. мед. наук, врач отд. гинекологического ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Паяниди Ю.Г. — д-р. мед. наук., врач отд. гинекологического ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Огай Д.С. — канд. мед. наук, зав. онкологическим — гинекологическим отд-нием ГБУЗ МО Московский областной онкологический диспансер; Хохлова С.В. — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд-ния химиотерапии ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Кашиурников А.Ю. — аспирант отд. гинекологического ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; Воробьева Е.В. — врач онкологического — гинекологического отд-ния ГБУЗ МО Московский областной онкологический диспансер.

Для контактов:

Паяниди Юлия Геннадьевна; e-mail: paian-u@rambler.ru.

© Т. С. МИХАЛЕВА, А. А. ТАРАСОВ, 2013

УДК 614.2:616-057-036.865

Т. С. Михалева, А. А. Тарасов

ОСНОВЫ МЕДИКО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОФПАТОЛОГИИ

Центр профпатологии ФГБУ Клиническая больница Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Охрана и укрепление здоровья работающего населения, составляющего основу экономического благополучия общества, — одна из важнейших государственных проблем. Современная концепция развития системы медицинского обеспечения профпатологической помощью работающих во вредных и(или) опасных условиях труда включает совершенствование мер по снижению риска воздействия неблагоприятных факторов трудового процесса, базирующихся на гигиенических критериях оценки профессионального риска, вреда, причиненного здоровью работника, внедрении единых критериев их медицинской реабилитации.

Ключевые слова: профпатологическая служба, медико-профессиональная экспертиза, профессиональные заболевания.

THE BASIS OF MEDICO-PROFESSIONAL EXAMINATION AND REHABILITATION IN PROFESSIONAL PATHOLOGY

T.S. Mikhaleva, A.A. Tarasov

Center for Occupational Disease FGBU Clinical Hospital of the President's office