

- ◆ 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

Protecting and promoting the health of the working population, which is the basis of economic well-being of society, is one of the most important public issues. The modern concept of health-care system for people working in harmful and (or) dangerous conditions include improvement measures to reduce the risk of exposure to adverse factors of the labor process, based on the evaluation criteria of hygienic occupational risk of harm caused to the health worker, the introduction of uniform criteria for their medical rehabilitation.

Key words: occupational service, health professional expertise, and occupational diseases.

Сложившаяся в стране демографическая ситуация указывает на прогрессирующее снижение численности трудовых ресурсов, увеличение их возрастного ценза.

Ключевой проблемой настоящего периода является сверхсмертность трудоспособного населения как от заболеваний, так и от неестественных причин, несчастных случаев, отравлений, травм, в том числе производственно-обусловленных.

Особенно остро и актуально эта проблема звучит в условиях реформирования промышленности, здравоохранения, нормативно-правовой и законодательных баз.

Отечественный опыт и современные концепции Всемирной организации здравоохранения и Международной организации труда показывают, что наиболее эффективной формой управления рисками нарушения здоровья на рабочем месте является многопрофильная профпатологическая служба. Оптимально организованная служба способна выявлять и контролировать ранние признаки нарушения здоровья, оценивать условия труда, своевременно проводить адекватные профилактические и реабилитационные мероприятия, что в значительной мере способствует сохранению трудовых ресурсов, снижению трудопотерь вследствие временной и стойкой утраты трудоспособности работников, сокращению все увеличивающихся социально-экономических издержек на общую и производственно-обусловленную заболеваемость, производственный травматизм и инвалидность.

Динамика удельного веса ведущих нозологических форм свидетельствует о значимости заболеваний органов дыхания, являющихся наиболее тяжелыми формами профессиональной патологии. Остается актуальной проблема заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы. Требуют пристального внимания болезни аллергической и токсико-аллергической природы, профессиональная онкология, невроты и неврозоподобные состояния. Высокая смертность населения трудоспособного возраста от заболеваний сердечно-сосудистой системы правомочно ставит вопрос о необходимости разработки критериев причинно-следственной связи указанной патологии с неблагоприятными условиями труда, особенно работающих в экстремальных условиях и подвергающихся воздействию хронического стресса.

Наиболее высокие уровни профессиональной заболеваемости стабильно регистрируются в угольной промышленности, машиностроении, строительной и энергетической промышленности, цветной и черной металлургии. В последние годы наблюдается рост профессиональной заболеваемости среди работников авиатранспорта.

Нарушение стройной системы медицинского обеспечения работающих во вредных и (или) опасных условиях труда в период реформирования первичного звена медицинской помощи, сопровождавшееся сокращением числа медико-санитарных частей (МСЧ) и передачей их функций территориальным лечебно-профилактическим учреждениям, привело к свертыванию профилактической деятельности на предприятиях, неполному охвату работников вредных профессий периодическими медицинскими осмотрами (ПМО) и значительному ухудшению их эффективности и качества [1].

Практически полная ликвидация промышленной медицины, включающая в себя не только МСЧ, но и врачебные, фельдшерские здравпункты, санатории-профилактории, спортивно-оздоровительные комплексы, центры здоровья, учреждения общественного и диетического питания и др., не могла не сыграть пагубной роли в организации медицинской помощи работникам "вредных" профессий.

Низкое качество проведения ПМО лечебно-профилактическими учреждениями общей практики обуславливает позднюю выявляемость профессиональной и производственно-обусловленной патологии, развитие запущенных форм общесоматических заболеваний [2].

По данным Центра профпатологии ФГБУ Клиническая больница Управления делами Президента РФ до 64% первично выявленной патологии при ПМО относится к числу выраженных, чаще осложненных, форм заболеваний, приводящих к стойкой утрате трудоспособности больных, снижению численности трудовых ресурсов.

При этом угроза остаться без работы или потерять основную профессию создала предпосылки для отказа лиц, работающих в условиях воздействия вредных производственных факторов, от прохождения ПМО и своевременного проведения лечебных и реабилитационных мероприятий. Между тем значительно повысили мотивацию работников считать, что все имеющиеся у них заболевания связаны с условиями труда.

В то же время необходимо отметить, что выявляемость лиц с подозрением на профзаболевание более чем на два порядка выше, если в проведении ПМО участвуют специалисты центров профпатологии, а не врачи общелечебной сети, что позволяет полностью или частично предотвратить значительную часть трудопотерь вследствие утраты трудоспособности и преждевременной смертности в результате заболеваний и производственного травматизма.

В сложившихся условиях увеличивается роль центров профпатологии, которые наряду с лечебно-диагностической и экспертной работой осуществляют

совместную деятельность с соответствующими органами и учреждениями здравоохранения и соцразвития, медицинского и социального страхования, бюро медико-социальной экспертизы по профилактике профессиональных и общих заболеваний у работающих, медико-социальной и профессиональной реабилитации больных и инвалидов.

Профпатологическая служба — это система специализированного медицинского обеспечения работающих, тонко реагирующая на общественно-политические и социально-экономические процессы, происходящие в стране.

Социальная значимость и актуальность медицинского обеспечения работающих во вредных и (или) опасных условиях труда возросли с вступлением в действие ФЗ №125 от 24.07.98 “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” и разработкой нормативно-правовой базы по его реализации [4].

Сложившаяся на сегодняшний день ситуация по страховым выплатам потерпевшим на производстве обусловила более высокий уровень социальной защиты больных и инвалидов по причинам, связанным с профессиональной деятельностью, в сравнении с работающим населением, что привело к росту мотивации работников к получению статуса профбольных и инвалидов, снижению установки на выздоровление и возвращение к труду.

За последние 5 лет инвалидами вследствие профессиональных болезней стали более 23 тыс. человек. Следует подчеркнуть тенденцию к росту случаев выхода на инвалидность первично выявляемых больных.

Причины таких негативных явлений связаны с комплексом гигиенических, медицинских, социальных и экономических проблем: неблагоприятными санитарно-гигиеническими условиями труда; неполным охватом и некачественным проведением периодических и профилактических медицинских осмотров; поздней обращаемостью работающих за медицинской помощью; несвоевременностью решения экспертно-диагностических вопросов; неадекватным проведением лечебно-реабилитационных мероприятий; неправомерным и нерациональным трудоустройством инвалидов; несовершенством механизмов взаимодействия учреждений здравоохранения, медико-социальной экспертизы, реабилитации и социального обслуживания.

Нами прослежена динамика течения профессиональных заболеваний и реабилитация больных в зависимости от длительности пребывания на инвалидности, регулярности проводимого лечения, характера их трудоустройства.

Анализ медицинской документации и углубленное обследование так называемых многолетних инвалидов молодого и среднего, т. е. трудоспособного, возраста позволяют сделать вывод о необходимости внесения существенных изменений в критерии оценки трудоспособности лиц с профессиональной патологией, а также создания единых принципов их реабилитации.

Наблюдения в течение 30 лет за группой лиц с профессиональной патологией, которым при первичном обследовании была определена группа инвалидности,

показали, что спустя 10 лет подавляющее большинство (80%) по-прежнему были признаны инвалидами.

Изучение нами на протяжении 25 лет динамики трудоспособности и трудоустройства профессиональных больных показало, что в 75% случаев трудоустройство инвалидов по профессиональному заболеванию осуществляется в малоквалифицированные профессии, несмотря на молодой возраст, что приводит к неоправданному удлинению срока инвалидности. Нередко отмечаются случаи трудоустройства на рабочие места, где имеются вредные профессиональные факторы, способствующие прогрессированию имеющегося профессионального заболевания или препятствующие реабилитации.

Другой причиной, затрудняющей реабилитацию инвалидов, является несвоевременность лечения больных с профессиональной патологией либо проведение лечения в недостаточном объеме и малоэффективными методами [5].

Важной причиной длительного пребывания на инвалидности является торпидное течение профессионального заболевания и даже его прогрессирование в постконтактном периоде. Это обусловлено как запоздалым переводом лиц с выраженными формами патологии в места вне воздействия вредных производственных факторов, так и наличием у них сопутствующих общих заболеваний, затрудняющих реабилитацию.

В результате профессиональных заболеваний работники, в большинстве случаев трудоспособного возраста, теряют основную, нередко единственную, профессию, а невозможность рационального и равноценного трудоустройства, невостребованность на рынке труда лишают их средств к существованию и вызывают необходимость обращаться за помощью к государству [6].

Основу базисной программы реабилитации профессиональных больных составляют следующие направления:

- ◆ своевременное решение вопросов профпригодности:
 - ограничение (исключение) воздействия этиологического производственного фактора;
 - формирование трудовых рекомендаций;
- ◆ поэтапное проведение патогенетически обусловленной терапии профессионального заболевания и общей патологии, ограничивающей возможности этиопатогенетической коррекции на базе:
 - лечебно-профилактических учреждений;
 - профцентров;
 - отделений производственной профилактики, поликлиники;
 - санаториев-профилакториев;
- ◆ психологическая коррекция и психотерапия;
- ◆ социальная и профессиональная реабилитация, адаптация к труду.

Проведение “медицинской реабилитации по прямым последствиям несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, осуществляемого на территории Российской Федерации, непосредственно после произошедших несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, до восстановления трудоспособности или

установления стойкой утраты трудоспособности” позволит более эффективно использовать средства Фонда социального страхования для лечения пострадавших от несчастного случая на производстве и профессиональных заболеваний с первого дня заболевания.

Эффективность защиты граждан от профессиональных рисков, обеспечение их прав по возмещению ущерба их здоровью вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний базируются на принципах формирования единства взглядов на содержание, направления деятельности, организационные и методологические основы функционирования и преемственности работы служб, решающих медико-социальные экспертные и реабилитационные вопросы на государственном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А. Показатели медицинской статистики в свете реформирования системы здравоохранения. *Здравоохран. Рос. Федерации* 2005; 5: 31—35.
2. Панфилова Е. В. О проблемах здравоохранения и потребности общества в здоровье. *Здравоохран. Рос. Федерации* 2006; 5: 42—45.

3. Пузин С. Н., Запарий С. П., Равдугин Т. Г. Современные технологии управления процессом формирования инвалидности и совершенствования реабилитации инвалидов. М.; 2009. 6—17.
4. Федеральный закон Российской Федерации от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”. М.; 1998.
5. Щепин В. О. Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективы направления развития. *Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед.* 2005; 2: 3—7.
6. Тишук Е. А. Некоторые вопросы состояния здоровья населения Российской Федерации. *Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед.* 2001; 6: 3—8.

Поступила 09.10.12

Сведения об авторах:

Михалева Т. С. — канд. мед. наук, заместитель руководителя по клинико-экспертной работе Центра профпатологии ФГБУ Клиническая больница Управления делами Президента РФ; Тарасов А. А. — канд. мед. наук, зав. терапевтическим отд-нием № 2 с профпатологическими койками ФГБУ Клиническая больница Управления делами Президента РФ.

Для контактов:

Михалева Татьяна Семеновна, 107150, Москва, ул. Лосиноостровская, 45. Телефон: 8(499)167-32-20, e-mail: fcp-fcp@yandex.ru.

© С. В. ТРЕКИН, 2013

УДК 616-036.865:616.8-009.1

С. В. Трекин

ОЦЕНКА ШКАЛ ТЯЖЕСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ СРАВНЕНИЕ СО СТЕПЕНЬЮ НАРУШЕНИЙ СТАТОДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ

ФКУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Самарской области, Самара

В своей статье автор предлагает классификацию статодинамических нарушений, которая основывается на оценке количественных показателей шкал тяжести при различных заболеваниях нервной системы, используемых в практике неврологических стационаров, и сравнении этих показателей со степенями выраженности стойких нарушений функций организма человека, на основании которых проводится медико-социальная экспертиза граждан.

Ключевые слова: шкала EDSS, шкала Рэнкина, индекс Бартела, шкала ASIA, степень нарушений статодинамической функции.

EVALUATION OF NEUROLOGICAL DISEASES SEVERITY SCALE AND THEIR COMPARISON WITH THE DEGREE OF STATIC-DYNAMIC VIOLATIONS

S.V. Trekin

Head office of medical and social assessment in the Samara region, Samara

In his article the author offers a classification of static-dynamic disturbances, which is based on an assessment of the severity of quantitative scales in various diseases of the nervous system, used in neurological practice, hospitals, and comparing them with the severity degree of permanent disability of the human body, which is conducted on the basis of medical and social examination of citizens.

Key words: scale EDSS; Rankin scale, Barthel Index, scale ASIA; violation degree of static-dynamic functions.

В своей практической деятельности врачи по медико-социальной экспертизе — неврологи обязаны подробно изучать и анализировать все представляемые медицинские сведения, в том числе включая шкалы тяжести различных неврологических заболеваний,

которые указываются специализированными медицинскими центрами в диагнозах пациентов. Итогом анализа всех экспертно-медицинских документов и объективных данных, выявленных при осмотре больного, является установление основного и сопутствующего