

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 618.19-006.04-036.86

Скляренко Р.Т., Довгалюк А.З., Спиридонова В.С.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России; 194044, г. Санкт-Петербург, Россия

Предложена клинико-экспертная и количественная оценка стойких нарушений функций организма с учётом классификации TNM (международная система классификации стадий злокачественных опухолей) и прогностических факторов рака молочной железы у больных.

Ключевые слова: рак молочной железы; классификация TNM; ER/PR; HER2; оценка стойких нарушений функций; инвалидность; группа инвалидности.

Для цитирования: Скляренко Р.Т., Довгалюк А.З., Спиридонова В.С. Клинико-экспертная оценка стойких нарушений функций при раке молочной железы. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017; 20 (3): 128–130. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-3-128-130>

Для корреспонденции: Спиридонова Вера Семеновна, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии, медико-социальной экспертизы и реабилитации; 194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12. E-mail: verushas@rambler.ru.

Sklyarenko R.T., Dovgalyuk A.Z., Spiridonova V.S.

CLINICAL AND EXPERT EVALUATION OF PERSISTENT DISTURBANCES OF FUNCTIONS IN BREAST CANCER

Saint-Petersburg Institute of Postgraduate Medical Experts, Saint-Petersburg, 194044, Russian Federation

There is proposed clinical expert and quantitative evaluation of persistent disorders of body functions with taking into account the TNM classification and prognostic factors in breast cancer patients.

Key words: breast cancer; TNM classification; ER/PR; HER2; assessment of the persistent impairment of functions; disability; disability group.

For citation: Sklyarenko R.T., Dovgalyuk A.Z., Spiridonova V.S. Clinical and expert evaluation of persistent disturbances of functions in breast cancer. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2017; 20 (3): 128–130. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-3-128-130>.

For correspondence: Vera S. Spiridonova, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Surgery, Medical Social Expertize; Saint-Petersburg, 194044, Russian Federation. E-mail: verushas@rambler.ru.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 05 June 2017

Accepted 27 June 2017

Рак молочной железы занимает лидирующее место среди злокачественных новообразований у женщин. В структуре заболеваемости женского населения России в 2015 г. он составил 20,9%, являясь ведущей онкологической патологией у женщин. В странах СНГ этот показатель колеблется в пределах 15–18%. У мужчин рак грудной железы составляет 1,24% от числа всех злокачественных новообразований (0,2 человек на 100 тыс. населения). Наиболее часто рак молочной железы встречается у больных в возрасте 50–69 лет; средний возраст больных составляет 58 лет. Темп прироста показателей заболеваемости в возрасте 50–59 лет составил 40,3%, 70 лет и старше – 59,4%. Активный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы за последние 5 лет составил в среднем по России 15,7% [1]. Максимальные показатели заболеваемости по России равнялись: в Северо-Западном регионе – 43,7 человек на 100 тыс. населения, в Центральном – 36,1. Самая высокая заболеваемость отмечена в Москве и Санкт-Петербурге [2].

Диагноз рака молочной железы при обследовании подтверждается морфологически практически у всех женщин – в 92% случаев. Каждое 5-е из вновь диагно-

стированных заболеваний выявляется на профилактических осмотрах. Поздняя диагностика этой патологии объясняется слабой оснащённостью поликлиник и больниц современной диагностической техникой, низким уровнем онкологических знаний врачей общей лечебной сети, несовершенством противораковой пропаганды среди населения [3, 4].

Основным методом лечения рака молочной железы остается хирургический – это функционально-щадящие мастэктомии по Маддену и Пейти, простые мастэктомии. В настоящее время широко применяются органосохраняющие операции: радикальная секторальная резекция молочной железы с обязательной послеоперационной лучевой терапией, секторальная резекция молочной железы с определением сторожевого лимфатического узла и интраоперационной лучевой терапией, подкожная мастэктомия, которая чаще всего используется на ранних стадиях заболевания с последующей реконструкцией молочной железы. Одномоментная реконструкция у большинства женщин способствует более адекватному восприятию перенесённой утраты молочной железы, но не во всех случаях рака молочной железы возможно такое лечение [5]. Общая пятилетняя

выживаемость больных с данной патологией после радикального лечения составляет 41–65%.

Цель исследования – разработка количественных параметров определения структуры и степени нарушения функций организма и ограничений жизнедеятельности пациенток при раке молочной железы.

В приказе Министерства труда и социального развития России от 17 декабря 2015 г. № 1024н отражены принципы освидетельствования больных со злокачественными новообразованиями, в основе которого лежит классификация TNM (международная система классификации стадий злокачественных опухолей) [6]. Согласно приказу, женщин со злокачественными заболеваниями молочной железы следует признавать инвалидами по следующим критериям: в течение первых 5 лет после удаления на стадии (T1 до T2) pN0 M0 при двухсторонней мастэктомии – 40%; в течение первых 5 лет после удаления на стадии (T1 до T2) pN1 M0 – 50%; в течение первых 5 лет после удаления на более высоких стадиях – 80%.

Предлагаемая количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций и (или) структур организма при новообразованиях молочной железы лаконична и не раскрывает целого ряда важных показателей; это вызывает затруднения при проведении экспертизы у больных с такой патологией, как рак молочной железы.

Наша кафедра достаточно длительное время занимается этой проблемой. Опубликованы работы по этой тематике проф. Р.Т. Складенко (1993–2014), проф. А.З. Довгалюк (2001, 2002). Поэтому мы хотим предложить нашу версию балльной количественной оценки нарушений у больных, дополнив её патоморфологическими данными при раке молочной железы.

Для выполнения поставленной цели нами обследо-

ваны и прослежены в динамике 206 больных раком молочной железы после первичного лечения с различными стадиями заболевания (I–III стадии). Патоморфологическое заключение по операционному материалу составлено согласно классификации pTNM и включало количество, локализацию и максимальный диаметр опухолевых узлов в удалённом препарате, общее количество удалённых лимфатических узлов и количество лимфоузлов, поражённых метастазами. Заключение также должно отражать гистологический тип опухоли и степень её злокачественности, состояние краев резекции, включая минимальную дистанцию от края опухоли, и оценку биомаркеров.

Наиболее важными прогностическими факторами рака молочной железы считаются экспрессия рецепторов – ER/PR, гена *HER2*, маркеры пролиферации, число поражённых регионарных лимфоузлов, гистологический тип, размер опухоли, степень злокачественности.

У пациенток, перенёвших органосохраняющее лечение, риск местного рецидива зависит от статуса хирургических краёв. Определение рецепторов к эстрогенам и прогестерону в клетках опухоли рака молочной железы, гена *HER2*, результаты которого могут быть позитивными или негативными, позволяет установить принадлежность опухоли к тому или иному биологическому подтипу и определить дальнейшую тактику лечения больных раком молочной железы с использованием гормонотерапии или химиотерапии.

Выделяют следующие биологические подтипы рака молочной железы.

Люминальный А (эстроген-зависимые опухоли ER/PR+, *HER2*-): возраст старше 60 лет; высокая степень дифференцировки – G1; низкий пролиферативный индекс; прогноз лучше, чем у ER/PR-; положительные ре-

Таблица 1

Клинико-экспертная оценка стойких нарушений при раке молочной железы при первичном освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы

Категории и степени ограничения жизнедеятельности (ОЖД)	Клинико-функциональная характеристика и степени нарушения функций организма	Количественные параметры
ОЖД нет	На 1-й год после радикально проведённого лечения (хирургического или комбинированного) по поводу высокодифференцированного (3–5 баллов ER+, PR+, Her2/Neu-) рака (pTis, 1, 2 N0M0G1) – IA–IB–IIA стадии при отсутствии послеоперационных осложнений, с незначительным постмастэктомическим синдромом	10–30
1 степень трудовой деятельности при наличии противопоказанных факторов в труде;		
1 степень самообслуживания	На 1-й год после радикально проведённого лечения (хирургического или комбинированного) по поводу высокодифференцированного (3–5 баллов ER+, PR+, Her2/Neu-) рака (pTis, 1, 2 N0M0G1) – IA–IB–IIA стадии при отсутствии послеоперационных осложнений, с умеренным постмастэктомическим синдромом	40–60
2 степень трудовой деятельности;		
2 степень самообслуживания	На 1-й год после радикально проведённого лечения (хирургического, комбинированного или комплексного) по поводу рака (3–9 баллов ER+, PR+, ER-, PR-, Her2/Neu+) рака молочной железы (pT1–4a, b, c, d N0–1mi, 1, 2, 3 M0G1–3) I–III стадии при отсутствии или наличии послеоперационных и химиотерапевтических осложнений, больные в процессе химиотерапии, лучевой терапии, с выраженным постмастэктомическим синдромом	70–80
2 степень трудовой деятельности;		
2 степень самообслуживания	В течение первых 3 лет после лечения больных в (cT1–4 N0–1, 2, 3, M1a) IV стадии заболевания, паллиативной операции, с удалением единичного отдалённого метастаза, химиотерапии и стабилизации опухолевого процесса;	70–80
3 степень самообслуживания;		
3 степень передвижения;	Развитие первично-множественного синхронного или метакронного рака, локального рецидива, после оперативного лечения со стабилизацией опухолевого процесса	
3 степень трудовой деятельности	При IV стадии (cT1–4 N0–1, 2, 3, M1) заболевания, симптоматическом лечении, значительном выраженном болевом синдроме, инкурабельном состоянии с явлениями интоксикации	90–100

Таблица 2

Клинико-экспертная оценка стойких нарушений при раке молочной железы при повторном освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы

Категории и степени ограничения жизнедеятельности (ОЖД)	Клинико-функциональная характеристика и степени нарушения функций организма	Количественные параметры
ОЖД нет	На 2-й год после радикально проведенного лечения, при отсутствии рецидива, отдалённых метастазов, при наличии незначительных нарушений функций организма, незначительно выраженных осложнений и (или) сопутствующих заболеваний	10–20
1 степень трудовой деятельности при наличии противопоказанных факторов в труде; 1 степень самообслуживания	На 2-й год после радикально проведенного лечения, при отсутствии рецидива, отдалённых метастазов при умеренно выраженном двухстороннем постмастэктомическом синдроме (лимфостазе и контрактуре II степени), обострении рожистого воспаления до 3 раз в год	40–60
2 степень трудовой деятельности; 2 степень самообслуживания	После 3-х лет лечения, при отсутствии рецидива, отдалённых метастазов при наличии выраженных нарушений функций, двухстороннем постмастэктомическом синдроме (лимфостазе и контрактуре III степени), обострении рожистого воспаления до 6 раз в год	70
3 степень самообслуживания; 3 степень передвижения; 3 степень трудовой деятельности	В течение первых 2-х лет после оперативного лечения при прогрессировании опухолевого процесса, распаде опухоли, рецидиве, отдалённых метастазах, значительно выраженном болевом синдроме, значительно выраженных нарушениях функций организма	90–100

зультаты *BRCA2*-анализа; риск развития рецидива низкий; эффективна гормонотерапия.

Люминальный В (эстроген-зависимые агрессивные опухоли ER/PR+, *HER2*+): молодой возраст; низкая степень дифференцировки – G3; высокий пролиферативный индекс Ki-67; большой размер опухоли и поражение лимфоузлов; прогноз плохой, хуже чем у ER/PR-; положительные результаты *BRCA2*-анализа; риск развития рецидива высокий; гормонотерапия не эффективна.

Базальный, или трижды негативный рак ER/PR-, *HER2*- (эстроген-независимые агрессивные опухоли ER/PR-): ранний возраст; низкая степень дифференцировки – G3; высокий пролиферативный индекс Ki-67; большой размер опухоли и поражение лимфоузлов, местно-распространённые и MTS-формы; плохой прогноз выздоровления; положительные результаты *BRCA1*-анализа; риск развития рецидива и MTS – высокий; эффективна химиотерапия.

***ERBB2 (HER2)*-позитивные** (эстроген-независимые агрессивные опухоли ER/PR-, *HER2*+): возраст любой; низкая степень дифференцировки – G3; высокий пролиферативный индекс Ki-67; большой размер опухоли и поражение лимфоузлов, местно-распространённые и MTS-формы; негативный прогноз выздоровления; положительные результаты *BRCA2*-анализа; риск развития рецидива и MTS – высокий; эффективна химиотерапия.

Оценка этих прогностических показателей может существенно изменить подход к оценке инвалидности у больных раком молочной железы. С учётом полученных данных мы дополнили количественную балльную клинико-экспертную оценку стойких нарушений, которая представлена в табл. 1 и 2.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. *Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность)*. М.: МНИОИ им П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2017.
- Инвалидность в процентах. Санкт-Петербургские ведомости, 2017.* http://spbvedomosti.ru/news/obshchestvo/invalidnost_v_nbsp_protstentakh/?sphraseid=141047.
- Довгалюк А.З. *Рак молочной железы (этиология, клиника, диагностика, лечение, вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации). Пособие для врачей*. СПб.: НТФФ «ПОЛИСАН»; 2001.
- Склярченко Р.Т., ред. *Медико-социальная экспертиза при новообразованиях: Руководство для врачей*. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена; 2014.
- Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В., Кривородько П.В., Палтуев Р.М., Дашян Г.А., Семиглазова Т.Ю. и др. *Руководство по лечению раннего рака молочной железы*. СПб.: Книга по требованию; 2016.
- Собин Л.Х., Господарович М.К. *TNM. Классификация злокачественных опухолей*. М.: Логосфера; 2011.

REFERENCES

- Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V., eds. *Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality)*. Moscow: MNI OI im P.A. Gertsena – filial FGBU “NMIRTs” Minzdrava Rossii; 2017. (in Russian)
- Disability percentage. Sankt-Peterburgskie Vedomosti, 2017.* http://spbvedomosti.ru/news/obshchestvo/invalidnost_v_nbsp_protstentakh/?sphraseid=141047. (in Russian)
- Dovgalyuk A.Z. *Breast cancer (etiology, clinic, diagnosis, treatment, questions mediko-social examination and rehabilitation). Manual for doctors*. St. Petersburg: NTFF “POLISAN”; 2001. (in Russian)
- Sklyarenko R.T., ed. *Medical-social examination when tumor: a Guide for physicians*. St. Petersburg: Izd-vo RGPU im. A.I. Gertsena; 2014. (in Russian)
- Semiglazov V.F., Semiglazov V.V., Krivorod'ko P.V., Paltuev R.M., Dashyan G.A., Semiglazova T.Yu. et al. *Guidelines for the treatment of early breast cancer*. St. Petersburg: Kniga po Trebovaniyu; 2016. (in Russian)
- Sobin L.Kh., Gospodarovich M.K. *TNM. Classification of malignant tumors*. Moscow: Logosfera; 2011. (in Russian)

Поступила 05.06.17
 Принята к печати 27.06.17