

УДК 616-006-036.865-036.84
ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ
И.А.Петухов, И.Н.Сипаров

Вопрос определения трудоспособности, а также трудовой и социальной реабилитации лиц страдающих злокачественными опухолями, иногда представляют значительные трудности для врача-эксперта. Эти трудности вызваны прежде всего тем, что нет четкого критерия излечения больного злокачественным новообразованием. Считается излеченным больной, который после проведенного ему радикального лечения в течение пяти лет не имеет метастазов и рецидивов. Однако нередки случаи, когда рецидив или метастазы появляются в сроки свыше 5 лет.

При экспертизе трудоспособности онкологических больных необходимо учитывать: стадию опухоли к моменту начала лечения, ее локализацию, данные гистологического исследования, вид лечебных мероприятий, результаты лечения, осложнения, возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний, сроки прошедшие после окончания лечения. характер местных изменений, общее состояние больного, а также социальные факторы (образование, условия труда). В экспертизе онкологических больных, наряду с прогнозом для жизни и трудоспособности, необходимо проводить лечебно-профилактические мероприятия, осуществляющие сохранение и восстановление трудоспособности - реабилитация. При этом работа врача не может протекать так, чтобы диагностические и лечебные экспертные заключения и рекомендации больному были оторваны от той социальной среды, в которой он находился до заболевания, от оценки его трудоспособности и возможности трудовой и социальной реабилитации.

Экспертная практика показывает, что, обычно, как только устанавливается диагноз злокачественной опухоли, больной сразу же признается непригодным к профессиональному труду, даже у тех больных и в таких стадиях болезни, когда в действительности работоспособность больного еще не нарушена.

При оценке трудоспособности онкологических больных необходимо исходить из следующих данных: 1) топическая диагнос-

тика, то есть локализация злокачественного новообразования (желудок, пищевод, прямая кишка, женские половые органы, молочная железа, легкие и пр.; 2) наличие или отсутствие метастазов; 3) общее состояние после радикального лечения.

Экспертное заключение должно быть строго документировано не только анамнезом, клиническими данными, лабораторными и специальными методами исследования, но и, в обязательном порядке, данными морфологической верификации опухоли.

Если раком поражены жизненно важные органы со снижением трудоспособности – в таких случаях больного признают непригодным к профессиональному труду (II группа инвалидности) с перисвидетельствованием через год. Если через год после операции у больного нет рецидива, метастазов, кахексии, анемии, сопутствующих заболеваний, то он может быть признан трудоспособным, а лица тяжелого физического труда, если признаются трудоспособными, должны быть переведены на более легкую работу.

При определении трудоспособности оперированных больных следует особенно учитывать его профессию и локализацию опухоли. Так, например, при раке языка или гортани, лица, ведущие преподавательскую работу, а также дикторы, актеры и др. на длительное время, а иногда на всю жизнь утрачивают свои профессиональные навыки и требуют значительных усилий по реабилитации.

В некоторых случаях даже при отсутствии рецидивов и метастазов после операции остаются функциональные нарушения со стороны оперированного органа или других органов и систем, что ограничивает трудоспособность больных. Так, после резекции желудка иногда развивается агастральная анемия и диспептические расстройства; при резекции кишечника – спаячная болезнь, колит; при резекции прямой кишки – свищи; при экстирпации матки с придатками – эндокринные расстройства; после мастэктомии – боли, контрактуры, постмастэктомический синдром. После любой лапаротомии по поводу новообразований органов брюшной полости могут быть спайки и послеоперационные грыжи. Все эти моменты должны тщательно взвешиваться и правильно оцениваться при вынесении экспертного заключения о

трудоспособности онкологического больного. Такие больные должны находиться под динамическим диспансерным наблюдением онкологических учреждений и врачей-экспертов, так как большинство рецидивов опухоли наступает в первые 1-3 года. Согласно положению, которого придерживаются ряд онкологов, лица, подвергшиеся радикальному лечению по поводу злокачественных опухолей, могут считаться здоровыми, если у них нет рецидивов и метастазов по истечении 5 лет с момента окончания лечения. При этом не все они в течение 5 лет должны иметь инвалидность как нетрудоспособные.

Следует отметить, что по отношению к онкологическим больным до настоящего времени небольшое место занимает временная нетрудоспособность — некоторые больные считаются инвалидами даже без достаточных оснований к тому. Так, например, при раках кожи ряд больных при амбулаторном лечении могут быть трудоспособными или временно нетрудоспособными. Лица тяжелого физического труда в большинстве случаев на период лечения могут быть признаны временно нетрудоспособными с учетом профессии и характера производства. При этом больничный листок следует выдавать как на весь период амбулаторного лечения, так и на 5-15 дней после окончания лечения в связи с обычно развивающейся общей реакцией организма на лучевую или химиотерапию. При раках кожи может идти речь о временной нетрудоспособности при условии работы, могущей вызвать раздражение (высокая или, наоборот, низкая температура, химическая промышленность, пылевые профессии и т.д.).

При запущенных раках кожи, вызывавших большие местные разрушения, больные на долгий срок или навсегда утрачивают способность к труду.

Таковы общие положения и принципы экспертизы трудоспособности онкологических больных. Остановимся на некоторых частных случаях, наиболее часто встречающихся нозологических форм.

Рак желудка. Экспертиза трудоспособности оперированных больных не представляет затруднений потому, что она документирована данными установленными во время операции и результатами гистологического исследования. После радикальных операций больные признаются инвалидами II группы на протяжении 6

месяцев с последующим переосвидетельствованием. В течение этого времени они могут быть признаны ограниченно годными (III группа инвалидности), или, в случае наличия рецидива или метастазов, переведены в I или II группу инвалидности.

Если больному произведена паллиативная операция или пробная лапаротомия, то он ни к какому профессиональному труду не пригоден (I-II группы инвалидности). Только в отдельных случаях эти больные могут быть признаны ограниченно трудоспособными, главным образом исходя из соображений деонтологического и морально-психологического порядка.

Рак прямой кишки. Трудовой прогноз больных раком прямой кишки в большой степени зависит от результатов операции. Больные, которым произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки или операции Гартмана с наложением противоестественного заднего прохода в течение года считаются нетрудоспособными (II группа инвалидности). По истечении этого срока, при отсутствии рецидива и метастазов, может быть поставлен вопрос об использовании их на нерегулярной работе, при сокращенном рабочем дне, без добавочных нагрузок если их общее состояние удовлетворительное (III группа инвалидности). Но такие больные не должны допускаться на работу в системе общественного питания и торговли, в детские учреждения, сферу услуг (парикмахеры, портные и др.) и, как правило, таких больных не следует допускать к работе в общих помещениях, независимо от характера производства или учреждения. Для тех же больных, которым произведена резекция прямой кишки с сохранением замыкательного аппарата прямой кишки, при хорошей функции кишечника и сфинктера заднего прохода, указанные выше ограничения утрачивают свой смысл и они не должны приниматься во внимание. Если же больному произведена паллиативная операция - наложение противоестественного заднего прохода, без радикального удаления опухоли, то такой больной нетрудоспособен. Неоперированные операционные больные в силу своего общего состояния и резкого нарушения функции жизненно важных органов нуждаются в постоянном уходе (I группа инвалидности).

Рак молочной железы. Экспертиза трудоспособности больных раком молочной железы перенесших радикальное лечение представ-

ляет значительные трудности потому, что по отношению к этим больным трудно выработать единую схему экспертного заключения о трудовом прогнозе и реабилитации. Это зависит, во-первых, от характера и результатов лечения, во-вторых, от стадии процесса, в-третьих, от патогистологической характеристики опухоли, в-четвертых, от профессии больной и др. Так, иногда при I стадии заболевания, при хорошем общем состоянии, особенно у лиц умственного труда, можно ограничиться временной нетрудоспособностью. Но, как правило, больным II и III стадией заболевания, в первые 6-12 месяцев не следует рекомендовать возвращение к профессиональному труду, а переводить их на инвалидность II группы с переосвидетельствованием спустя I год. При наличии же метастазов в жизненноважные органы, больные как правило, нуждаются в постоянном уходе (инвалидность I группы).

Примерно по таким же принципам должны формулироваться экспертные заключения о трудоспособности и трудовой реабилитации онкологических больных и при других локализациях злокачественных новообразований (пищевод, легкие, щитовидная железа, яичники, матка и др.).

При решении вопросов о трудоспособности или инвалидности онкологических больных, врачу-эксперту, необходимо учитывать "установку больного на работу". Разумное использование трудоспособности онкологического больного, правильное его трудоустройство иногда является более целесообразным и гуманным, чем перевод его на инвалидность