

Медико-социальная экспертиза больных раком мочевого пузыря после цистэктомии

Ф.Ш. Енгальчев¹, Н.Г. Галкина², Д.В. Вихрев², М.А. Сыскова²

¹Урологическое отделение Областного онкологического диспансера, Пенза;

²кафедра хирургии Медицинского института ПГУ

SOCIOMEDICAL EXAMINATION OF PATIENTS WITH URINARY BLADDER CANCER AFTER CYSTECTOMY

F.S. Engalychev¹, N. G. Galkina², D.V. Vikhrev², M.A. Syskova²

¹Department of Urology, Regional Cancer Dispensary, Penza;

²Department of Surgery, Medical Institute, Penza State University, Penza

Criteria for sociomedical examination of patients who have undergone cystectomy with operations of urinary diversion have been currently insufficiently developed.

Based on the standard criteria used for sociomedical examination, the authors identify criteria for defining the restricted working ability and disability groups in patients after cystectomy.

Estimating the disability group and restricted working ability in patients with urinary bladder cancer after cystectomy should be based on a strictly individual approach, by keeping in mind the complete cancer prognosis, on the integrated assessment made by an expert and a patient himself, on the use of criteria for estimating the quality of life while assessing the degree of restrictions of the basic categories of vital activity.

Thus, the estimation should yield an obvious, quantitative result to make an extremely accurate and objective sociomedical examination, which is fully reflected in the use of the questionnaire proposed by us.

Key words: sociomedical examination, cystectomy, urinary diversion

Введение

Рак мочевого пузыря (РМП) занимает 2-е место среди онкоурологических заболеваний и 3-е — по смертности от них. Заболеваемость РМП постоянно растет. За последние 10 лет прирост больных РМП в России составил 58,6% (О.И. Аполихин, 2008). В Российской Федерации в 2003 г. у 43,8% пациентов установлена Т3—4 стадия РМП; число умерших на 100 вновь выявленных больных составляет 59% (Е.М. Аксель, 2005).

Во всем мире методом выбора лечения инвазивного РМП Т2—Т4 стадии считается радикальная цистэктомия — РЦЭ (А. Stenzl и соавт., 2008). Несмотря на радикальность оперативного вмешательства, цистэктомия неизбежно ведет к инвалидности (Н.А. Лопаткин и соавт., 2004; Ю.Н. Гордеев, 2007).

После выполнения РЦЭ больные нуждаются в медицинской и социальной реабилитации [1], которая во многом зависит от объективности врачебно-трудовой экспертизы.

Критерии для медико-социальной экспертизы (МСЭ) пациентов, перенесших цистэктомию, недостаточно разработаны. Это отрицательно сказывается на качестве, а следовательно, на своевременности и объективности врачебно-трудовой экспертизы. Врачи онкологических диспансеров и специа-

листы медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК), а иногда урологи поликлиник, как правило, плохо знакомы с особенностями и характером изменений и нарушений основных функций организма и проявлений жизнедеятельности в данной группе пациентов [2].

Первичное освидетельствование больных РМП проводится после завершения хирургического лечения и выяснения онкологического прогноза с учетом локализации опухоли, ее гистологического варианта, стадии процесса (TNM), радикальности лечения, его осложнений и последствий, функции почек [1, 3]. При этом обычно учитываются только показатели физической работоспособности и опускается то, что для пациента важно ощущение своего не только физического, но и психического благополучия [2]. Психосоциальный статус во многом определяет социальное функционирование и способность к труду. С нашей точки зрения, целесообразно использовать оценку качества жизни в работе МСЭК. Отвечая на вопросы опросника качества жизни, больной поможет более точно установить степень ограничения способности к трудовой деятельности. Так, у пациентов с совершенно аналогичными клиническими проявлениями могут быть различные выходы из болезни. Вследствие этого одни пациенты могут продолжать активную

трудовую деятельность на фоне достаточно высокого уровня физического и эмоционального функционирования, другие — с трудом выполняют работу по дому на фоне выраженной депрессии [5]. Эту разницу легко уловить с помощью оценки качества жизни.

Цель исследования — разработка критериев и создание опросника для определения групп инвалидности и степени ограничения трудоспособности у пациентов после РЦЭ; внедрение опросника в работу бюро МСЭ.

Материалы и методы

В отделении урологии ООД Пензы в период с 2000 по 2008 г. выполнено 60 цистэктомий с различными способами отведения мочи. У 30 больных был применен уретеросигмоанастомоз с формированием кишечного резервуара по Mainz pouch II, у 17 — деривация мочи осуществлялась при помощи уретерокутанеостомии, 9 — выполнены операции Штудера, 4 — Бриккера. Через 12 мес после операции с целью сравнения методов деривации мочи оценивалось качество жизни пациентов, главным образом, посредством проведения устного интервью с врачом. При этом обязательными были вопросы: «Работали ли Вы до операции?» и «Продолжили ли Вы работать после операции?», «Считаете ли Вы медико-социальную экспертизу объективной?». Не все пациенты сочли МСЭ точной, что отрицательно сказалось на их качестве жизни. Полученные результаты натолкнули нас на необходимость разработки опросника, который мог бы быть использован сотрудниками бюро МСЭ при освидетельствовании больных инвазивным РМП после РЦЭ.

При выполнении поставленной цели за основу мы взяли приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. № 535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» под названием «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [6]. В качестве критериев для оценки качества жизни нами применены критерии, определенные в 1998 г. R. Fitzpatrick и соавт. [7].

Предложенный опросник был использован при установлении групп инвалидности у 18 пациентов, перенесших РЦЭ, с 2006 г.

Результаты

Из 19 (45%) пациентов трудоспособного возраста после выполнения цистэктомии 5 (26%)

продолжили трудовую деятельность; 4 человека из них не желали пройти МСЭ из опасения, что не получат трудовых рекомендаций, но с ощущением силы и желанием продолжить трудовую деятельность. Другие 4 (21%) пациента, подвергшиеся выполнению цистэктомии и получившие затем трудовые рекомендации, не смогли приступить к работе в связи с развивающимися у них послеоперационными осложнениями и необъективной оценкой их способности к труду.

На основании общепринятых норм, используемых для осуществления МСЭ [6], мы выделили критерии для установления степени ограничения способности к трудовой деятельности и групп инвалидности для пациентов, перенесших РЦЭ с операциями отведения мочи.

Критерии групп инвалидности для пациентов, перенесших РЦЭ

Больным РМП после проведения РЦЭ при гладком течении послеоперационного процесса вне зависимости от стадии Т после операции присваивается II группа инвалидности. Через год проводится переосвидетельствование. В случае если состояние пациента удовлетворительное и процесс реабилитации прошел хорошо, больного оставляют на II группе инвалидности. При ухудшении функциональных показателей работы почек или при появлении осложнений со стороны операционной зоны, развития метастазов или рецидива больного необходимо перевести на I группу инвалидности, не дожидаясь момента переосвидетельствования.

Основанием для определения I группы инвалидности следует считать:

- 1) наличие резко выраженных ограничений жизнедеятельности, приводящих к постоянной зависимости от помощи иных лиц для удовлетворения нерегулируемых потребностей;
- 2) абсолютно неблагоприятный прогноз в отношении жизни на ближайшее время (до 18 мес) вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент освидетельствования в МСЭК.

Данный прогноз отмечается при:

- неэффективности проведенного лечения и дальнейшем прогрессировании заболевания (появление рецидива, регионарных и/или отдаленных метастазов), резко ухудшающем прогноз в отношении жизни;
- ухудшении функции почек в виде непрерывно рецидивирующего пиелонефрита и интермиттирующей стадии хронической почечной недостаточности (ХПН).

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет.

Большая часть пациентов со II группой инвалидности имеют 2-ю степень ограничения способности к трудовой деятельности, т.е. прогноз в отношении труда у них положительный. Однако при развитии осложнений (атаки пиелонефрита, ХПН, мочекаменная болезнь, стриктура мочеточниково-кишечного соустья и недержание мочи) трудовая деятельность противопоказана [8].

Опросник для определения групп инвалидности и степени ограничения трудоспособности

Критерии качества жизни можно использовать для проведения экспертизы трудоспособности и определения групп инвалидности. Составляющие качества жизни также могут помочь установить степень выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности человека.

К последним относят следующие [2]:

а) способность к самообслуживанию — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены;

б) способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом;

в) способность к ориентации — способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения;

г) способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;

д) способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм;

е) способность к обучению — способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми);

ж) способность к трудовой деятельности — способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы.

У больных, перенесших РЦЭ с операциями отведения мочи, наиболее страдают способности

к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, обучению, а также к трудовой деятельности. Ограничение таких категорий, как способность к ориентации, общению, способность контролировать свое поведение, как правило, менее выражены.

Созданный нами опросник состоит из 28 вопросов, из которых 25 — общие (1—18, 22—28) вне зависимости от способа деривации мочи; 19, 20 — вопросы для больных, подвергшихся уретерокутанеостомии и операции Бриккера, 21 — с уретеросигмоанастомозом (табл. 1).

Категории жизнедеятельности представляют собой шкалы, включающие в себя вопросы, относящиеся к критериям качества жизни (подшкалы). Таким образом, первая шкала объединяет категории способности к самообслуживанию и самостоятельному передвижению. Эта шкала характеризуется критериями физического функционирования и потребности в уходе и включает 6 вопросов.

Шкала «Способность к обучению» содержит 4 вопроса, раскрывающих познавательные способности и социальное функционирование.

Шкала «Способность к трудовой деятельности» наиболее емкая: 6 вопросов, относящихся к психологическому статусу, 2 — к общему статусу здоровья, 10 — симптоматические. Всего 18.

Шкалы содержат вопросы, имеющие количественную оценку.

Интерпретация результатов

Каждая шкала или подшкала может быть оценена от 0 до 100%. При этом, чем выше оценка функциональной подшкалы (физическое, социальное, эмоциональное функционирование), тем выше уровень функционирования, чем выше уровень общего статуса здоровья, тем выше уровень качества жизни. И наоборот, чем выше уровень симптоматической шкалы, тем более выражены проблемы, обусловленные симптоматикой (табл. 2).

Трудовые рекомендации для пациентов II группы инвалидности могут быть даны при строгом соблюдении индивидуального подхода, с приоритетом творческой и интеллектуальной деятельности, учетом возможного ограничения объема, продолжительности рабочего времени, выполнением отдельных закрепленных видов работ, при необходимости — труда в специально созданных условиях. Помочь может оценка результатов шкалы «Способность к трудовой деятельности» (табл. 3).

Для удобства и простоты интерпретации результатов была создана электронная версия опросника в форме программы тестирования, которая мо-

Таблица 2. Определение группы инвалидности

Все подшкалы, кроме симптоматики					
Счет	S=100	100<S≤66,7	33,3<S≤66,7	0<S≤33,3	S=0
Степень ограничения категории жизнедеятельности	Нет ограничения	Нарушения незначительны	Умеренные нарушения	Выраженные нарушения	Сильно выраженные нарушения
Группа инвалидности	III			II	I
Шкала ВОЗ	0	1	2	3	4
Шкала Карновского, %	100	90	80	70—60	50—10
Симптоматика					
Счет	S=0	0<S≤33,3	33,3<S≤66,7	100<S≤66,7	S=100
Степень ограничения способности к трудовой деятельности	Нет ограничения	Нарушения незначительны	Умеренные нарушения	Выраженные нарушения	Неспособность к деятельности (сильно выраженные нарушения)
Группа инвалидности	III		II (рабочая)	II	

Таблица 3. Оценка степени ограничения способности к трудовой деятельности

Счет	0<S≤17	17<S≤100
Степень ограничения способности к трудовой деятельности	Работать не может	Работать может

жет быть установлена на любой компьютер бюро МСЭ. По окончании тестирования выдается результат в виде группы инвалидности, способности к трудовой деятельности тестируемого пациента.

Все 18 больных инвазивным РМП, перенесших РЦЭ и прошедших освидетельствование в бюро МСЭ в период с 2006 по 2008 г. с использованием указанного выше опросника, сочли МСЭ объективной, а группу инвалидности — соответствующей их состоянию.

Заключение

Определение группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятель-

ности больных РМП после РЦЭ должно основываться на строго индивидуальном подходе с учетом полного онкологического прогноза, комплексной оценке, осуществляемой экспертом и непосредственно самим пациентом, применении критериев качества жизни при оценке степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности.

При этом оценка должна иметь наглядный количественный результат для осуществления предельно точной и объективной МСЭ, что в полной мере отражается в использовании предложенного нами опросника.

Литература

1. Ситдыкова М.Э. Основы реабилитации больных раком мочевого пузыря. Дис. ... докт. мед. наук. Казань, 1993.
2. Нечипоренко Н.А., Строцкий А.В. Диспансеризация и врачебно-трудовая экспертиза больных раком мочевого пузыря после цистэктомии. Урология 1991;(3):28—33.
3. Склярченко Р.Т., Павлова В.С. Временная и стойкая утрата трудоспособности у хирургических больных. СПб.: Гиппократ, 1998.
4. Гоцадзе Д.Т. Качество жизни больных после цистэктомии по поводу рака. Вопр онкол 1992;38(14):489—92.
5. Пушкарев Л.А., Аринчина Н.Г. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Методические рекомендации. Минск, 2000.
6. Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. № 535. Доступен по URL: [http:// www.deaf-world.ru](http://www.deaf-world.ru)
7. Fitzpatrick R., Davey C., Buxton M. et al. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. Health Technol Assess 1998;(2):14.
8. Горбачев А.Г. Врачебно-трудовая экспертиза при урологических заболеваниях. Л., 1986.