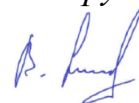


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

*На правах рукописи*



Филиппов Виталий Витальевич

**Комплексное исследование инвалидности вследствие рака желудка и научно  
обоснованная медико-социальная реабилитация**

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук,  
профессор, академик РАН  
Пузин Сергей Никифорович

Москва – 2022

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |     |
|--|-----|
| ВВЕДЕНИЕ .....   | 4   |
| ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ<br>ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ РАКЕ<br>ЖЕЛУДКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) .....     | 15  |
| 1.1. Эпидемиология злокачественных новообразований и рака желудка.....   | 15  |
| 1.2. Инвалидность вследствие рака желудка .....  | 29  |
| 1.3. Диагностика и лечение рака желудка .....  | 32  |
| 1.4. Реабилитация больных раком желудка .....  | 38  |
| ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ .....   | 49  |
| ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА<br>КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЖЕЛУДКА В<br>Г. МОСКВЕ .....                    | 56  |
| 3.1. Возрастно-половая структура инвалидов вследствие рака желудка .....   | 56  |
| 3.2. Распределение инвалидов вследствие рака желудка по группам<br>инвалидности.....   | 64  |
| ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ....  | 72  |
| ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА<br>ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЖЕЛУДКА .....   | 100 |
| ГЛАВА 6. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ<br>ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЖЕЛУДКА.....  | 112 |
| 6.1. Возрастно-половая и профессиональная характеристика изучаемого<br>контингента инвалидов. ....                                       | 113 |
| 6.2. Распределение инвалидов по стадии заболевания, объему<br>хирургического вмешательства и потребности в медицинской реабилитации .... | 116 |
| 6.3. Определение потребности изучаемого контингента в социальной<br>реабилитации .....   | 120 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....   | 126 |
| ВЫВОДЫ .....   | 135 |

|  |     |
|--|-----|
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....                 | 139 |
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ ..... | 141 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....                         | 142 |

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Глобальной социальной проблемой России на современном этапе является заболеваемость вследствие злокачественных новообразований, приводящая к высоким показателям смертности и инвалидности среди населения [69].

Ежегодно 190 тыс. человек в России впервые признаются инвалидами по поводу злокачественных новообразований, в том числе примерно 55 тыс. признаются инвалидами I группы, что свидетельствует о тяжести течения этого заболевания. В структуре первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований на долю инвалидов I группы приходится 41%, II группы – 53%, III группы – 6% [24, 32, 42].

По данным ежегодного доклада Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена, в Российской Федерации только в 2017 г. выявлено более 617 тыс. случаев злокачественных новообразований (около 282 тыс. у мужчин и более 335 тыс. у женщин). При этом, по сравнению с предыдущим годом, прирост составил 3%. В региональных учреждениях онкологии в России в 2017 г. состояло на учете более 3,6 миллионов человек [35].

По данным ВОЗ, в 2018 г. в мире от рака умерли 9,6 млн человек, а впервые заболели этим недугом более 18 млн человек (база данных по онкологическим заболеваниям Международного агентства исследований рака и ВОЗ). Рак занимает второе место среди основных причин смертности населения. Каждая шестая смерть в мире наступает от рака. Ожидается значительный рост вновь заболевших раком (до 70%) до 2040 г. Злокачественные новообразования наносят огромный экономический ущерб с постоянной тенденцией к росту. Так, только в 2010 г. он составил 1,16 трлн долл. США [16].

В России ежегодно регистрируется диагноз злокачественного новообразования более чем у 500 тыс. человек с тенденцией к росту количества заболевших [12].

Экономические потери, связанные со злокачественными новообразованиями, включают две составляющие: первая – это мероприятия, связанные с профилактикой заболеваемости злокачественными новообразованиями, ее ранним выявлением, диагностикой, лечением и реабилитацией. Вторая – это мероприятия, связанные с затратами на научные исследования, оборудование, а также косвенные издержки, связанные с потерей трудоспособности, инвалидностью и преждевременной смертностью в трудоспособном возрасте [95].

Важным показателем здоровья населения наряду с заболеваемостью и смертностью является инвалидность. При этом на этот показатель оказывают существенное влияние условия жизни, труда, быта, состояние окружающей среды и среды обитания, различные факторы риска и вредные привычки. Злокачественные новообразования являются наиболее частой причиной первичного выхода на инвалидность и занимают второе место (12,8%) в структуре инвалидности в России [4, 69, 74].

Одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний является рак желудка, который занимает пятое место по частоте заболеваний среди злокачественных новообразований (7%), третье место по причине смерти от рака (9%) [135, 166].

В России заболеваемость раком желудка занимает второе место среди злокачественных новообразований и первое место среди опухолей желудочно-кишечного тракта. По частоте инвалидности рак желудка занимает второе место среди злокачественных новообразований, а по тяжести инвалидности – первое место [28, 42]. При первичном освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы больные раком желудка в 95–97% случаев признаются инвалидами I и II групп [50].

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы в профилактике, диагностике и лечении злокачественных новообразований, медико-социальные проблемы этой категории пациентов не теряют своей актуальности. Более того, проблема борьбы со злокачественными

новообразованиями, в том числе решение вопросов по медико-социальной реабилитации этого контингента больных, нашла широкое отражение в национальном проекте «Здравоохранение», преследующем цель снизить смертность от злокачественных новообразований до 180 случаев на 100 000 населения в 2024 г. На реализацию национального проекта «Здравоохранение» планируется затратить в 2019–2024 гг. 1 трлн 725,8 млрд рублей, в том числе на проект по борьбе со злокачественными новообразованиями – 969 млрд рублей [64].

Одним из основных индикаторов здоровья населения, а также состояния и эффективности системы здравоохранения в целом является инвалидность. В свою очередь, на основные показатели инвалидности, в том числе ее динамику, оказывает влияние объем и условия предоставления мероприятий по медико-социальной реабилитации [25, 60].

Реабилитация предполагает на современном этапе в первую очередь восстановление трудоспособности пациента, возвращение его в социум, уменьшение ограничений жизнедеятельности, достижение им материальной независимости и, как следствие, повышение качества жизни [14].

Реабилитация должна носить комплексный характер, проводиться на всех этапах лечения пациента и обязательно должна соблюдаться преемственность при проведении реабилитационных мероприятий. Особую актуальность в настоящее время приобретает комплексная медико-социальная реабилитация в отношении больных со злокачественными новообразованиями в общем и раком желудка, в частности [15].

Проводимые в настоящее время мероприятия в рамках национального проекта «Здравоохранение» направлены в первую очередь на раннее выявление онкологической патологии, ее своевременное и максимально радикальное лечение. Вместе с тем следует отметить, что количество запущенных случаев онкологических заболеваний, несмотря на тенденцию к снижению, остается на достаточно высоком уровне, что, в свою очередь, приводит к росту одногодичной летальности и снижению 5-летней выживаемости. Улучшение этих показателей

возможно только при проведении адекватной комплексной медико-социальной реабилитации на всех этапах лечения пациентов. До настоящего времени, к сожалению, не удается в полной мере обеспечить последовательность, этапность и непрерывность реабилитационных мероприятий в отношении больных раком желудка.

Не уточнена потребность больных раком желудка в социально-психологической адаптации, в различных видах медицинской и социальной помощи.

Не сформированы методические рекомендации по комплексному подходу к медико-социальной экспертизе и медико-социальной реабилитации больных и инвалидов при последствиях рака желудка, что, в свою очередь, не может способствовать адекватному проведению комплексных реабилитационных мероприятий и достижению желаемого результата.

Вышеизложенное способствовало определению цели и задач данного исследования.

### **Степень разработанности темы исследования**

Несмотря на достаточно активное изучение проблем заболеваемости и инвалидности больных раком желудка, в научной литературе практически отсутствуют данные о потребности этой категории лиц в различных видах медико-социальной реабилитации [42, 49]. На сегодняшний день практически отсутствуют исследования с научно обоснованными предложениями по совершенствованию самой процедуры медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации в отношении больных со злокачественными новообразованиями, которая должна иметь свои особенности и специальные подходы [37, 86].

Учитывая проанализированные данные, имеется необходимость дальнейшего совершенствования медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов вследствие рака желудка с учетом их нуждаемости.

## **Цель исследования**

Совершенствование медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов вследствие рака желудка на основе комплексной оценки инвалидности на региональном уровне при данной социально значимой патологии.

## **Задачи исследования**

1. Изучить особенности формирования инвалидности вследствие рака желудка на основе анализа социально-гигиенических особенностей населения г. Москвы за 2015–2019 гг.
2. Провести анализ действующей нормативно-правовой базы по проведению медико-социальной экспертизы больных раком желудка.
3. Изучить психологические особенности контингента инвалидов вследствие рака желудка и их потребность в психотерапевтической и психологической помощи.
4. Изучить потребность инвалидов вследствие рака желудка в различных видах медико-социальной реабилитации с учетом возрастно-половых особенностей, уровня образования и характера профессиональной деятельности.
5. Предложить направления усовершенствования медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие рака желудка.

## **Научная новизна**

Работа представляет собой многоаспектный научный труд, который посвящен изучению проблем инвалидности больных раком желудка, совершенствованию медико-социальной экспертизы в отношении этой категории лиц и организации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие этой патологии.



Впервые комплексно изучены по социально значимым параметрам социально-гигиенические особенности инвалидов вследствие рака желудка.

Установлена зависимость снижения уровня смертности среди инвалидов вследствие рака желудка от более раннего начала комплексных реабилитационных мероприятий.

Впервые изучены психологические особенности инвалидов вследствие рака желудка и их потребность в психотерапевтической и психологической помощи, а также разработаны рекомендации по социально-психологической поддержке этой категории инвалидов.

Сформировано представление комплексного управления процессом медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие рака желудка на ранних этапах лечения и контролируемого ведения инвалида на всех этапах оказания медицинской помощи.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Полученная информация о социально-гигиенической характеристике инвалидов вследствие рака желудка может использоваться для совершенствования процедуры медико-социальной экспертизы онкологических больных и при формировании программ комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Разработаны и внедрены в практическую деятельность медицинских организаций и бюро медико-социальной экспертизы критерии по формированию ИПРА инвалида вследствие рака желудка.

Материалы о потребности изучаемого контингента в мерах социальной поддержки используются органами социальной защиты населения для эффективной адресной социальной помощи этой категории инвалидов.

Предложенные критерии применяются в медицинских организациях при установлении сроков оформления направления на медико-социальную экспертизу больных раком желудка.

Внедрены в работу медицинских организаций и реабилитационных центров комплексные программы медико-социальной реабилитации для инвалидов вследствие рака желудка.

### **Методология и методы диссертационного исследования**

Диссертационная работа была выполнена в соответствии с принципами и правилами доказательной медицины. Настоящая работа основана на комплексном медико-экспертном, социально-гигиеническом, клиническом, медико-реабилитационном анализе исследуемого материала. В соответствии с целью и задачами данное исследование было проведено в три этапа.

На I этапе объектом исследования были лица, ставшие инвалидами вследствие рака желудка. При проведении исследования были собраны документы на 34891 человека, признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований, из которых 8832 человека являлись инвалидами по последствиям рака желудка.

При проведении клинико-экспертного этапа было изучено взаимодействие между изменением здоровья при раке желудка и функционированием индивида в результате наступивших ограничений жизнедеятельности. Объектом исследования явились 156 больных раком желудка.

Экспертно-реабилитационный этап был посвящен изучению реабилитационного потенциала на основе ограничений жизнедеятельности у больных раком желудка, определению потребности этого контингента инвалидов в различных видах реабилитационных услуг, в том числе в медико-социальной и паллиативной помощи, формированию индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалида вследствие рака желудка и комплексных региональных программ реабилитации инвалида вследствие рака желудка. Были изучены акты освидетельствований 156 инвалидов вследствие рака желудка, индивидуальные программы реабилитации (абилитации) инвалидов на базе бюро медико-социальной экспертизы г. Москвы за 2015–2019 гг.

В работе были использованы следующие методы исследования: документальный, анкетирование, аналитический, социально-гигиенический, экспертного оценивания, выкопировка данных, математико-статистический, аналитико-графический.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Для г. Москвы характерен высокий уровень первичной, повторной и общей инвалидности вследствие рака желудка среди различных возрастных групп.
2. Закономерностью формирования инвалидности у больных раком желудка является высокий удельный вес инвалидов I и II групп (до 80%).
3. Клинические и функциональные характеристики инвалидов вследствие рака желудка с количественной оценкой выраженности нарушений функций организма являются основой формирования дифференцированных подходов к медико-социальной экспертизе и комплексной медико-социальной реабилитации этой категории лиц.
4. Изучение структуры потребностей инвалидов вследствие рака желудка в различных видах комплексной медико-социальной реабилитации способствует оптимизации формирования комплексных реабилитационных программ, направленных на повышение их качества и эффективности у данного контингента инвалидов.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Материалы диссертации доложены на VI межрегиональной научно-практической конференции организаторов здравоохранения Юга России «Региональное здравоохранение: современное состояние и основные направления реализации национального проекта “Здравоохранение”» (Ростов-на-Дону, 2019); Международной научно-практической конференции World science: problems and

innovations (Пенза, 2020); Научно-практической конференции, посвященной 25-летнему юбилею кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы «Гериатрические аспекты в клинической практике» ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (2020); Международном конгрессе «Медицинская реабилитация в условиях санаторно-курортных организаций» (Московская область, 2020).

Апробацию диссертационного исследования проведена на заседании кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (08.04.2022, протокол № 12).

### **Личный вклад автора**

Автором лично определены цель и задачи исследования, разработана программа исследования, первично-учетные документы, осуществлены систематизация и анализ результатов исследования, подготовлен обзор литературы, научно обоснованы мероприятия по совершенствованию комплексной медико-социальной реабилитации, выводы и практическая реализация.

### **Публикации и реализация результатов работы**

По результатам исследования автором опубликовано 8 работ, в том числе научных статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук – 6; статей в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus – 1; публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций – 1.

### **Соответствие паспорту научной специальности**

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 14.02.06 Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация, а именно: п. 4 – Изучение показателей инвалидности и факторов, ее формирующих в Российской Федерации и ее субъектах; п. 5 – Изучение закономерности формирования ограничений жизнедеятельности у больных и инвалидов в зависимости от состояния здоровья; п. 6 – Разработка принципов и методов экспертно-реабилитационной диагностики; п. 8 – Изучение механизмов действия реабилитационных факторов на адекватную систему и функционирование резерва организма человека; п. 9 – Разработка современных реабилитационных медико-социальных технологий, формы и методов профессиональной и социальной реабилитации в целях обеспечения самообслуживания, самостоятельного передвижения, восстановления их здоровья.

### **Объем и структура работы**

Диссертация состоит из введения, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертация содержит 165 машинописных страниц, 13 таблиц, 10 рисунков. Список литературы включает 209 наименований работ, из них 126 отечественных и 83 зарубежных авторов.

### **Благодарности**

Выражаю глубокую благодарность сотрудникам кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, искренне признателен научному руководителю – академику

РАН, профессору Сергею Никифоровичу Пузину за повседневную практическую и консультативную помощь при проведении научной работы

## **ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

### **1.1. Эпидемиология злокачественных новообразований и рака желудка**

Актуальность медико-социальных проблем больных злокачественными новообразованиями значительно возрастает в последние годы в связи с прогнозируемым ростом числа заболевших.

По данным Национального института рака, в 2018 г. в мире диагностировали более 18 млн новых случаев злокачественных новообразований [42], в этом же году скончались от злокачественных новообразований 9,6 млн человек, несмотря на значительные достижения медицины в этой области. В то же время эксперты ВОЗ отмечают, что количество людей, проживших более 5 лет после установления диагноза «злокачественное новообразование», достигло 43,8 млн человек [136].

По данным Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена, в России в 2017 г. было зарегистрировано 3,63 млн человек со злокачественными новообразованиями, в 2018 г. их количество увеличилось до 3,76 млн человек. На первом месте рак молочной железы (18,4%), далее рак матки (7%), рак предстательной железы (6,3%), на рак желудка, согласно данным этого института, приходится 3,7% [136].

Согласно обзору Российского общества клинической онкологии (RUSSCO), рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в первую очередь можно объяснить увеличением ожидаемой продолжительности жизни населения, т.е. старением населения. Вместе с тем автор заявляет, что в мире в целом, и в России в частности, полностью излечиваются от рака примерно 55–60% больных. Самая распространенная злокачественная опухоль у женщин – это рак молочной железы, она же является наиболее распространенной причиной смерти у женщин вследствие злокачественных новообразований [42]. У мужчин самый

распространенный вид злокачественной опухоли – рак легкого, который в том числе является наиболее частой причиной смерти среди мужчин вследствие злокачественных новообразований. Второе место у мужчин занимает рак простаты, а в возрасте старше 60 лет он занимает первое место. Рак желудка по заболеваемости среди злокачественных новообразований у мужчин занимает 5-е место, а среди причин смерти вследствие злокачественных новообразований – 3-е место [183].

Злокачественные новообразования характеризуются неконтролируемым быстрым ростом атипичных клеток, и, если на этот процесс не воздействовать, он приведет к летальному исходу. Возникновению этих неконтролируемых процессов могут способствовать как внутренние, так и внешние факторы.

К внутренним факторам относятся наследственность, различные мутации при нарушении метаболизма, состояние иммунной системы организма, гормональные нарушения. К внешним факторам относятся в первую очередь состояние окружающей среды, вредные привычки, воздействие различных химических веществ, радиации и многие другие негативные факторы. Устранением воздействия вредных внешних факторов можно предотвратить развитие новообразований [129, 202].

Актуальна проблема высокой заболеваемости, инвалидности и смертности от онкологических заболеваний. Для адекватного управления и соответственно планирования организации онкологической службы необходимо отслеживать динамику заболеваемости злокачественными новообразованиями, ее возрастно-половой состав, а также учитывать территориальные особенности распространенности некоторых форм онкологических заболеваний [95].

Начиная с 60-х гг. прошлого столетия развивается раздел так называемой аналитической эпидемиология рака, который учитывает и характеризует канцерогенные факторы окружающей среду, негативное воздействие на организм человека вредных производственных факторов, а также вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя), употребление некачественной пищи и



влияние инфекционных и вирусных патогенов (вирус папилломы, *Helicobacter pilory*) [140, 150, 167, 175].

Значительное количество исследований как отечественных, так и зарубежных онкологов посвящено исследованию морфологического субстрата при различных злокачественных новообразованиях с учетом многоступенчатости опухолевого процесса [30].

По данным Гарина А.М. (2012), канцерогенные факторы приводят к мутациям, нарушающим структуру ДНК, и вызывают повреждение хромосом [17]. Нормальные и опухолевые клетки в тканях ведут себя различно. Нормальные клетки растут монослоем, тогда как опухолевые клетки растут гнездами, приобретая округлую форму, проявляют независимость и могут расти при недостатке тканевых средств.

После расшифровки человеческого генома произошли революционные изменения в понимании причин малигнизации ряда опухолей. Была дана характеристика 350 мутированных генов, более 500 белков, секретируемых тирозинкиназными доменами факторов роста, связанных с онкогенезом. Опухолевые клетки способны синтезировать более 25 тыс. белков [17, 131, 145, 148].

Важнейшая роль в возникновении и развитии онкологических заболеваний принадлежит экологии. Заболеваемость злокачественными новообразованиями напрямую зависит от природных, антропогенных, демографических факторов. Загрязнение окружающей среды тяжелыми металлами и их соединениями негативно воздействует на человеческий организм. Одним из параметров зависимости человеческого организма от загрязнения окружающей среды канцерогенами является определение так называемых факторов канцерогенного риска [38].

Установлено, что с возрастом увеличивается заболеваемость раком. По данным Рыбалкиной Д.Х. с соавт. (2015), учитывая увеличение ожидаемой продолжительности жизни, в 2030 г. примерно 70% онкологических заболеваний будут регистрироваться у лиц старше 65 лет [95]. Лица пожилого и старческого

возраста более уязвимы к канцерогенным факторам окружающей среды. С возрастом отдельные формы рака (лейкозы, рак яичника) становятся более агрессивными, быстро прогрессирующими и трудно поддающимися лечению, в то же время, например, рак молочной железы и рак легкого, наоборот, протекают менее агрессивно, не приводят к быстрым негативным последствиям и не существенно влияют на качество жизни [130].

В соответствии с прогнозом Минэкономразвития России, политика Российской Федерации в период до 2030 г. в области здравоохранения будет реализовываться в условиях неблагоприятной демографической ситуации. В указанный период произойдет снижение количества лиц трудоспособного возраста с 86,6 млн человек в 2012 г. до 77,2 млн человек 2030 г., при этом доля лиц пожилого и старческого возраста увеличится с 32,8 млн человек в 2012 г. до 40,4 млн человек в 2030 г. [106].

По данным Международной команды ученых Global Burden of Disease Cancer Collaboration из 195 стран, в том числе и России, в 2017 г. в мире заболели раком 24,5 млн человек, 9,6 млн человек скончались от злокачественных новообразований. Рост количества случаев онкологических заболеваний в период с 2007 по 2017 г. составил 33%. Совершенствование медицинской помощи, прогресс в медицине, рост ожидаемой продолжительности жизни населения земного шара ведут к росту количества онкологических заболеваний [177].

Злокачественные образования на сегодняшний день представляют угрозу глобальному развитию мира. Борьба со злокачественными новообразованиями – одна из приоритетных задач Организации Объединенных Наций, однако для успешной борьбы с этой проблемой необходимо четкое понимание эпидемиологической обстановки по распространенности злокачественных новообразований в мире, внедрение прозрачных механизмов по решению вопросов, связанных с диагностикой и лечением этих заболеваний, адекватное финансирование [77].

По данным Чиссова В.И. (2012), по количеству больных со злокачественными новообразованиями Россия занимает в мире среднее

положение [120]. На 100 тыс. населения Российской Федерации приходится 278 лиц мужского пола и 204 лица женского пола с установленным диагнозом злокачественного новообразования. В отдельных развитых странах Европы этот показатель превышает среднероссийский, в частности в Великобритании он составляет 313 человек на 100 тыс. населения, в Швейцарии – 405 человек на 100 тыс. населения.

У больных с I стадией заболевания 5-летний срок выживаемости в России составляет 92%, со II стадией – 80%, постепенно снижается до 45 и 15% у больных с III и IV стадией соответственно. Современный уровень развития здравоохранения позволяет вылечить этот недуг на ранних стадиях. Поэтому на сегодняшний день весьма актуальной является онкологическая настороженность у врачей первичного звена. Необходимо делать акцент на открытие и развитие первичных онкологических кабинетов, возложив на них обязанность профилактики онкологических заболеваний [22, 120].

Согласно данным Namahan D., Weinberg R. (2000), злокачественные новообразования характеризуются несколькими механизмами развития патологического процесса и обладают специфическими свойствами [148]. Одним из важнейших механизмов является так называемая самодостаточность опухоли в части, касающейся ее роста, кроме этого, у опухоли отсутствует чувствительность к сигналам, подавляющим ее рост. Не менее важным механизмом развития опухоли являются такие специфические ее особенности, как метастазирование в другие органы, способность к непрерывному репликативному потенциалу с формированием сосудистой сети, связанной с опухолью, способность к инвазии. По мнению авторов, указанные свойства необходимы опухоли для ее жизни и развития. В 2011 г. к вышеперечисленным признакам рака было добавлено еще четыре. В частности, многие исследователи в области онкологии пришли к заключению, что рак – это генетическое заболевание, при раке меняется энергетика клетки и внутриклеточный метаболизм, опухолевые клетки «ускользают» от защитного действия человеческого иммунитета, и, наконец, для них характерно воспаление, связанное с опухолью [24, 200].

Одним из важнейших факторов, влияющих на возникновение злокачественных новообразований, является нерациональное питание, связанное с низким доходом граждан, далее следуют такие вредные факторы, как курение, малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем, а также доступность медицинской помощи и качество медицинской помощи [142].

Одним из наиболее распространенных злокачественных образований является рак желудка, причем в различных популяциях он варьирует в достаточно широких пределах. Наиболее распространен рак желудка у жителей Японии, Кореи, Китая и Чили [134].

Рак желудка, по данным различных авторов, занимает 4-е место по распространенности и 2-е место по причине смерти в мире. В структуре заболеваемости желудочно-кишечного тракта рак желудка занимает 2-е место, а в структуре смертности среди этой категории больных – 1-е место [26, 120].

Важно отметить, что рак желудка чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Причем это тенденция характерна для большинства стран мира. Удельный вес больных раком желудка среди мужчин составляет 9,7% (4-е место), среди женщин 5,8% (5-е место) [122].

В последние годы наметилась тенденция к снижению заболеваемости раком желудка, вместе с тем ежегодно в России от этого заболевания умирает примерно 40 тыс. человек [52]. Каждый год в России регистрируется до 50 тыс. новых случаев рака желудка, что в среднем составляет от общего количества впервые зарегистрированных случаев злокачественных новообразований немногим более 11% [186].

В Японии в результате проведения массового скрининга по раннему выявлению рака желудка зарегистрирована самая высокая выживаемость в мире при этом заболевании – 53%. Здесь же отмечается рост доли раннего выявления рака желудка. Необходимо отметить, что в большинстве стран мира выживаемость при раке желудка более чем в 2 раза ниже, чем в Японии, и составляет порядка 20% [29, 209].

Учитывая тот факт, что в России рак желудка чаще выявляется на поздних стадиях, необходимо особое внимание уделять скрининговым исследованиям, направленным на раннее выявление рака желудка.

Россия занимает лидирующее место в мире по смертности от рака желудка, уступая по заболеваемости таким странам, как Япония, Китай и Чили. В России ежегодно от рака желудка умирает более 40 тыс. человек, при этом показатель годичный смертности составляет примерно 55,3%, сохраняя четкую тенденцию роста этого показателя [22, 29, 122].

Вместе с тем необходимо отметить, что с 80-х гг. прошлого столетия наметилась четкая тенденция к снижению показателей заболеваемости раком желудка. В первую очередь это связано с изменением характера питания, изменением качества употребляемых продуктов и внедрением эндоскопических методов исследования желудка, позволившим диагностировать не только рак на ранних стадиях, но и выявлять предраковые состояния. Так, например, удаление опухоли на ранней стадии позволяет довести показатель 5-летней выживаемости до 100% [122, 138].

Японское общество эндоскопистов-гастроэнтерологов разработало свою классификацию рака желудка, выделив при этом так называемый ранний рак желудка (*in situ*), ограниченный только слизистым и подслизистым слоем желудка [163, 171].

В то же время необходимо отметить, что в Европе рак *in situ* не рассматривается как рак вообще; в свою очередь японские ученые не используют в онкологии термин «дисплазия», который в Европе и России рассматривается как предраковое состояние [186].

Больные с ранним раком требуют хирургического лечения, тогда как пациенты с дисплазией требуют всего лишь динамического наблюдения.

Наиболее оптимальная классификация рака желудка была предложена Lauren еще в 60-х гг. прошлого столетия. Согласно этой классификации, выделяют две основные формы рака желудка по гистологическому типу: первый – кишечный, или интестинальный, дифференцированный тип, и второй –

недифференцированный, или диффузный, тип. Некоторые онкологи выделяют еще смешанный тип рака желудка. Интестинальный тип опухоли, как правило, связан с воспалительными и атрофическими процессами со стороны слизистой желудка, в большинстве своем имеет экзофитный рост, развивается этот вид опухоли из железистых клеток и определяется как высокодифференцированная аденокарцинома при четком формировании желез и как низкодифференцированная аденокарцинома при нечетких, плохо формируемых железах. Диффузный тип рака желудка обычно формируется при тотальном воспалении слизистой желудка, но без ее атрофии. Диффузный рак желудка в большинстве своем обнаруживается в толще стенки желудка, на большом протяжении. Такая опухоль часто представлена ригидной, утолщенной и инфильтративно-измененной стенкой желудка [159].

В настоящее время все большее предпочтение отдается генетическим факторам в развитии канцерогенеза в общем и при раке желудка, в частности. Исследования генетиков и морфологов показали наличие генетической предрасположенности у родственников первой степени родства. В отдельных случаях отмечается связь рака желудка с другими опухолями родственников, что свидетельствует о плеiotропных эффектах генов [147, 158, 172].

Вместе с тем многие ученые считают, что молекулярно-генетические факторы, составляющие основу канцерогенеза рака желудка диффузного и кишечного типов, отличаются друг от друга. Кроме того, для высоко- и низкодифференцированного рака желудка имеют место различные варианты взаимодействия между клетками стромы и опухолевыми клетками, оказывающими существенное влияние на клеточный рост и на процесс метастазирования [194].

По данным Белковец А.В. и соавт. (2014), оба типа рака желудка обусловлены инфицированием бактерии *Helicobacter pylori* [6]. Авторы считают, что инфекция *Helicobacter pylori* играет существенную роль в основном на начальных этапах развития рака и не оказывает значительного влияния на дальнейший процесс развития опухоли и ее метастазирования. Учитывая тот

факт, что *Helicobacter pylori* встречается у 90% пациентов с диагнозом рак желудка, эксперты ВОЗ внесли бактерию в первую группу канцерогенов [6].

По данным Захаренко А.А. и соавт. (2018), рак желудка развивается чаще при таких фоновых заболеваниях, как папиллома-вирусная аденома, плоская аденома, при гипертрофических и гипотрофических гастритах, при пернициозной анемии [31]. Кроме того, наличие язвенной болезни желудка или резекции желудка в анамнезе по поводу язвенной болезни также рассматриваются как факторы, способствующие развитию рака желудка. У пациентов, страдающих пониженной кислотностью желудочного сока, рак встречается в 4–5 раз чаще, чем у лиц с нормальной секреторной функцией желудка. В 20–75% случаев отмечается малигнизация папиллярных аденом, несколько реже плоских аденом (в 6–21% случаев). Аденоматозные полипы малигнизируются в 10–20% случаев. Малигнизация язвы желудка происходит в 1–2% случаев, что связано с довольно успешным консервативным лечением этого заболевания. Резекция желудка в анамнезе, частности в модификации Бильрот II, увеличивает частоту развития рака желудка в 2–6 раз особенно в отдаленные периоды (более 15 лет), что в первую очередь связано с удалением во время операции большого количества клеток, продуцирующих соляную кислоту, и забросом желчи и сока поджелудочной железы в культю желудка [143].

Отдельные данные по заболеваемости злокачественными новообразованиями публикует Международное агентство по изучению рака раз в пять лет в специальном сборнике «Рак на пяти континентах», в котором используются данные национальных cancer-регистров многих стран. По данным Аверкина Ю.И. и соавт. (2011), к 2030 г. количество выявленных случаев онкологических заболеваний в Республике Беларусь может увеличиться до 78 тыс. в год [2]. Рост заболеваемости в основном будет происходить за счет рака кожи, молочной и предстательной желез. При этом к 2030 г. произойдет снижение численности населения Беларуси на 1 млн человек при увеличении доли лиц пожилого возраста с 18 до 27%.

Согласно данным Smith B.D. et al. (2009), в США заболеваемость злокачественными новообразованиями в период с 2010 по 2030 г. увеличится на 45% с 1,6 млн человек в 2010 г. до 2,3 млн человек в 2030 г. Среди лиц молодого возраста ожидается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями на 11%, а среди лиц пожилого и старческого возраста рост составит 67% [191].

Рак кожи в 2017 г. был самым распространенным онкологическим заболеванием в Российской Федерации, он был выявлен у 78 тыс. граждан; годом ранее (в 2016 г.) он также занимал первое место и был выявлен у 74,7 тыс. россиян. Второе ранговое место занимает рак груди, выявленный в 2017 г. у 70,6 тыс. россиян. Причем следует отметить, что рак груди за последние 5 лет стал выявляться на 16,2% чаще. Третье ранговое место занимает рак трахеи, бронхов и легких, который в 2017 г. был выявлен у 62,2 тыс. российских граждан. Четвертое ранговое место занимает рак тела и шейки матки, выявленный в 2017 г. у 43,7 тыс. российских граждан. Пятое место занимает рак кишечника, выявленный у 42,1 тыс. россиян. На шестом месте рак простаты, выявленный в 2017 г. у 40,8 тыс. российских мужчин. На седьмом месте рак желудка, выявленный у 37,3 тыс. россиян (Рисунок 1) [70].

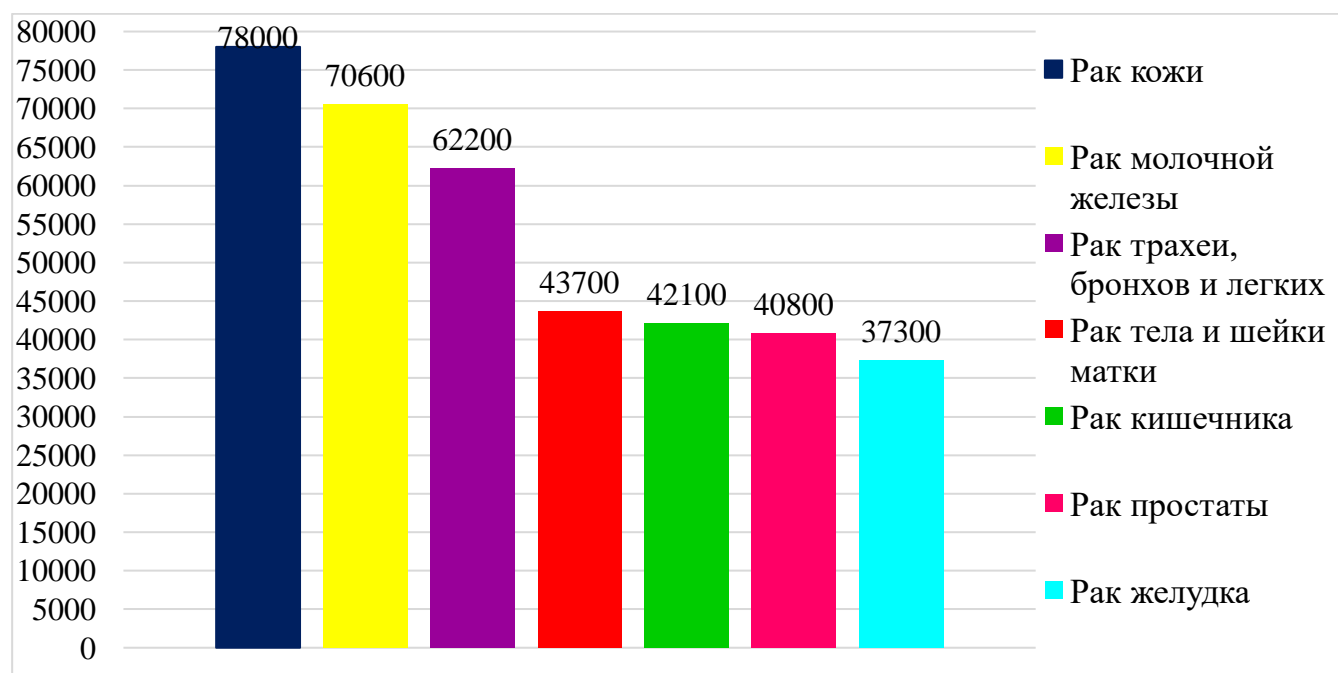


Рисунок 1 – Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Российской Федерации в 2017 г. [70]



По данным, опубликованным в журнале Американской медицинской ассоциации (JAMA), число потерянных лет жизни среди жертв злокачественных новообразований только в 2017 г. составило 225 млн лет [187]. За 10 лет с 2007 по 2017 г. рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в мире составил 33%. На рост этого показателя значительное влияние оказывают различные эпидемиологические профили разных стран, а также воздействие различных факторов риска, в том числе доступность медицинской помощи, образ жизни, вредные привычки, влияние факторов окружающей среды и экологической ситуации в целом.

В то же время исследователи отмечают снижение показателей смертности от злокачественных новообразований в большинстве стран мира, в том числе и в России, на 1–2% в год [99].

По данным Каприна А.Д. и соавт. (2018), в России в 2018 г. зарегистрировано 3,76 млн человек со злокачественными новообразованиями, при этом рост заболеваемости по сравнению с 2008 г. составил 23,7% [33]. Показатель смертности 2017 г. на 100 тыс. населения составил 197,9 человек, в свою очередь, показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации в 2017 г. составил 425,4 случая на 100 тыс. населения страны. При этом уровень 5-летней выживаемости в Российской Федерации гораздо ниже, чем в Европе, и составляет порядка 40%. В США этот показатель более 80%, т.е. в два раза превышает среднероссийский показатель; во Франции этот показатель более 60%. Основной причиной столь низкой 5-летней выживаемости является диагностика злокачественных новообразований в России, как правило, на III и IV стадиях. Средняя продолжительность жизни онкобольного в России после установления диагноза в среднем колеблется от 2,5 до 4 лет, тогда как в развитых странах Европы и США она составляет не менее 15 лет.

Лидирующие позиции по уровню заболеваемости раком желудка занимают Япония, Россия, Китай и ряд других стран. В США в год регистрируется 24 тыс. заболевших раком желудка, в Великобритании этот показатель составляет примерно 7,5 тыс. человек в год [29, 134].

По данным Чиссова В.И. и соавт. (2013), злокачественные новообразования в России занимают второе место в структуре смертности населения, уступая лишь болезням системы кровообращения. В Российской Федерации ежегодно впервые выявляются около 520 тыс. заболевших, регистрируется более 285 тыс. смертей от злокачественных новообразований [119].

В мире от рака умирают чаще, чем от СПИДа, туберкулеза и малярии, взятых вместе. Злокачественные новообразования, являясь основной причиной смертности в развитых странах, занимают 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний в развивающихся странах [46, 111, 141, 176].

По данным Rodiu D. (2013), в 184 странах мира по основным видам рака зарегистрировано 7,6 млн смертей в 2008 г. [182]. Восьмая часть населения мира проживает в Европе, в которой ежегодно регистрируется 3,2 млн человек с диагнозом «злокачественное новообразование», что составляет одну четвертую всех случаев рака в мире.

Среди стран СНГ, по данным ВОЗ, по смертности от злокачественных новообразований значительно опережает Россию, Украину, Беларусь, Узбекистан и Азербайджан Казахстан, где онкология занимает 2-е место в структуре смертности населения. Причем в этой республике ежегодный прирост этой категории больных составляет 5% [25].

В структуре смертности от рака в 2009 г. в Республике Казахстан 1-е место занимало злокачественное поражение пищевода как среди мужчин, так и среди женщин (6,7 и 6% соответственно). В Республике Узбекистан в структуре смертности населения от злокачественных новообразований также превалировал рак пищевода среди мужчин и женщин (8,2 и 6,1% соответственно). В Армении преобладал рак молочной железы (20,9%) и рак легкого среди мужчин – 32,7%, женщин – 9,5%. Средний возраст умерших в странах СНГ от злокачественных новообразований колеблется от 61 года до 67 лет [2, 39].

Рост численности населения старших возрастных групп, безусловно, приведет к росту заболеваемости населения, в том числе злокачественными новообразованиями. При этом в соответствии с указом Президента Российской

Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в области здравоохранения» в 2020 г. планировалось снижение смертности от злокачественных новообразований в Российской Федерации до 190 случаев на 100 тыс. населения [104]. Для достижения указанных целей необходимо повышение эффективности деятельности медицинских организаций, повышение их профилактической направленности, повышение качества диспансеризации, совершенствование системы обязательного медицинского страхования. Необходимо обеспечить доступность медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации, в том числе обеспечить доступность прохождения высокотехнологичных методов исследования, включая ядерные технологии. Причем их доступность к 2030 г. должна составить 100%. Огромную роль в достижении положительных результатов лечения онкологических заболеваний принадлежит лекарственным препаратам, в том числе таргетным лекарственным препаратам, что требует создания эффективной системы лекарственного обеспечения, которая позволит обеспечить доступность лекарственных средств широким слоям населения [76, 87].

К наиболее высокому показателю смертности населения от злокачественных новообразований как в мире, так и в России приводят рак легких, рак толстой и прямой кишки и рак желудка. В настоящее время более половины лиц, заболевших раком в мире (51%), приходится на развитые страны, тогда как смертность от злокачественных новообразований в этих странах составляет всего 30% от всех смертей вследствие злокачественных новообразований в мире, а показатель DALY – 24% [146, 189].

По данным Каприна А.Д. с соавт., в 2017 г. в России от злокачественных новообразований умерло 274,2 тыс. человек [36]. Злокачественные новообразования на I и II стадиях в 2017 г. выявлялись на 1,5 % чаще, чем в 2016 г.

По данным Science Daily, ожидалось, что в США только в 2019 г. от злокачественных новообразований умрет более 600 тыс. жителей, что негативно скажется на экономике этой страны [187]. Тогда как в 2015 г. количество смертей

от рака в США составляло немногим более 492 тыс. Из-за смертей вследствие злокачественных новообразований с точки зрения недополученного дохода в 21,3 млрд долл. обошелся рак легких, на 2-м месте рак прямой кишки (9,4 млрд долл.), а на 3-м – рак груди (6,1 млрд долл.).

При этом, по прогнозам, в период с 2010 по 2030 г. в США заболеваемость злокачественными новообразованиями увеличится на 45% и составит к 2030 г. 2,3 млн человек, тогда как в 2010 г. эта цифра составляла 1,3 млн человек [191]. В основном этот рост произойдет за счет увеличения в структуре населения доли лиц пожилого возраста (до 67%), в то же время ожидается рост на 11% среди лиц трудоспособного возраста [191].

По данным Сертаковой О.В. и соавт. (2019), ежегодно в мире у 10 млн граждан впервые регистрируются злокачественные новообразования [99]. Каждый пятый от общего количества умерших больных умирает от злокачественных новообразований. В настоящее время в мире более 20 млн человек с установленным онкологическим заболеванием. В странах с развитой промышленностью 20% всех летальных исходов составляет смертность от злокачественных новообразований, в развивающихся странах этот показатель составляет 10%.

В 2018 г. в Российской Федерации более четверти (26,7%) больных со злокачественными новообразованиями умерло в течение первого года. Показатели 5-летней выживаемости в России не превышает 53,3%, показатель запущенности находится в пределах 24% [89].

В мире в 1990 г. от злокачественных новообразований умерло 6 млн человек, в 2017 г. этот показатель составил 9 млн человек, а в 2030 г., по прогнозам ВОЗ, он составит 13 млн человек [30, 36, 72].

По данным Каприна А.Д. (2013), в Российской Федерации впервые признаются инвалидами вследствие злокачественных новообразований более 190 тыс. человек в год [28]. Почти третья их часть (>30%) признается инвалидами I группы, 55% – II группы и лишь 15% – III группы. Столь высокий процент инвалидов I и II групп (85%) свидетельствует о тяжести течения злокачественных

новообразований и высокой потребности их в медицинских и реабилитационных мероприятиях. Превалирование в тех или иных нозологических формах онкологических заболеваний может колебаться в зависимости от региона проживания и пола. Так, например, в Курской области в структуре первичной инвалидности среди женщин превалируют злокачественные новообразования половых органов (28,8%), тогда как у мужчин, проживающих в этом регионе, этот показатель составляет 5,2% [36]. Основной социально-экономический ущерб от онкологических заболеваний (до 75%) складывается за счет потерь от преждевременной смертности [19, 45].

## **1.2. Инвалидность вследствие рака желудка**

Особую озабоченность вызывает обеспечение качества жизни больных с установленным диагнозом «рак желудка» той или иной стадии и прошедших комплексное лечение. Как правило, последствия этого заболевания приводят к инвалидности.

По данным Нурпенсовой Г.К. (2010), в Российской Федерации по частоте инвалидности рак желудка занимает 2-е место после рака молочной железы, а по тяжести инвалидности – 1-е место [28, 66]. Больные раком желудка при первичном освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы в 95–97% случаев признаются инвалидами I или II группы. Отличительной особенностью инвалидности вследствие онкологических заболеваний является ее тяжесть и высокая потребность в реабилитационных мероприятиях.

По данным Трифионовой Н.Ю. и соавт. (2014), в г. Москве в 2012 г. онкологические заболевания в структуре первичной инвалидности составили 12,8% и заняли 2-е место, уступив лишь болезнями системы кровообращения (46,0%) [102]. Причем в структуре злокачественных новообразований, повлекших за собой выход на инвалидность, 1-е место заняли рак желудка и рак легкого (по 15,4%). Что касается возрастной структуры континента инвалидов вследствие

злокачественных новообразований, то здесь преобладают лица пенсионного возраста (60%), на долю лиц трудоспособного возраста приходится 40%.

Прогноз заболевания в первую очередь зависит от стадии заболевания при установке диагноза, а также от правильности выбора методов лечения. При I стадии рака желудка 5-летняя выживаемость после радикального лечения достигает 100%, в 70% случаев наступает полное выздоровление. При II стадии 5-летняя выживаемость снижается почти в 2 раза и составляет 56%, причем у половины из них может наступить выздоровление при адекватно проведенных лечебных и реабилитационных мероприятиях. При III стадии рака желудка 5-летняя выживаемость несколько более трети всех случаев и составляет 36%, причем 26% из них имеют шанс на выздоровление. При IV стадии 5-летняя выживаемость минимальная – менее 5%, а 10-летняя выживаемость вообще отсутствует. В этой стадии прогноз заболевания, как правило, неблагоприятный [101, 112, 170].

По данным Запарий С.П. и соавт. (2014), высокий уровень заболеваемости и инвалидности вследствие злокачественных новообразований остается одной из актуальных проблем современности, причем в структуре смертности от указанных заболеваний около трети занимают лица трудоспособного возраста, в том числе отмечается тенденция к росту показателей первичного выхода на инвалидность этой категории лиц [27]. Безусловно, указанные факты свидетельствует об огромной социальной значимости данной проблемы.

По данным Карасаевой Л.А. и соавт. (2019), в современной биопсихосоциальной модели инвалидности сам индивидуум рассматривается комплексно, с учетом характеристик внешней среды, способствующих восстановлению его жизнедеятельности с имеющимися у него заболеваниями, за счет использования внутренних резервов организма [37]. В настоящее время инвалид в первую очередь рассматривается как биологическое существо с нарушением в отдельных структурах организма, затем – как личность с определенной психикой и сформированными индивидуальными взглядами. Кроме этого, инвалид существует во внешней среде, которая может либо облегчать его

деятельность, либо, наоборот, препятствовать его жизненной активности, т.е. инвалид является многоуровневой социальной подсистемой или частью окружающего материального мира.

Достаточно актуальной остается проблема первичного выхода на инвалидность больных со злокачественными новообразованиями.

Число лиц трудоспособного возраста среди впервые признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований в г. Москве за период 2012–2018 гг. увеличилось [41, 42, 96]. Наибольшее увеличение произошло за счет рака молочной железы (25,1%), злокачественных заболеваний лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (18,4%). Злокачественные новообразования органов пищеварения занимают 4-е ранговое место и составляют 12,7% [41, 42].

Инвалидность продолжает оставаться одним из основных критериев общественного здоровья. Утрата человеком трудоспособности вследствие болезни приводит к экономическим потерям граждан и экономическому ущербу государству за счет расходов по социальным гарантиям инвалидам. Более 15% населения земного шара являются инвалидами [81, 97, 193].

Принципы международной политики относительно инвалидов определены Конвенцией о правах инвалидов, принятой в 2006 г. резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН, согласно которой инвалидность в настоящее время рассматривается как единая концептуальная модель в международной классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности [43].

Международная классификация функционирования (International Classification of Functioning, Disability and Health) содействует контролю исполнения данной конвенции на трех уровнях: организм – человек – общество [42, 96, 151].

В Российской Федерации основной причиной инвалидности среди лиц 18 лет и старше является «общее заболевание» (95–99%). В самой структуре инвалидности злокачественные новообразования занимают 2-е место, уступая лишь заболеваниям сердечно-сосудистой системы кровообращения [25].

На современном этапе деятельность государства направлена на повышение качества и доступности медицинской помощи населению страны с целью сохранения здоровья нации и профилактики инвалидности. Более того, ключевой проблемой и приоритетом современного здравоохранения является качество жизни больного или инвалида. В современном мире инвалидность не должна означать для человека его «отвергнутость» обществом в целом. Решение проблем этой категории граждан является приоритетом в решении социальных обязательств государства [56, 57, 60, 80, 82].

Политика государства в отношении инвалидов является актуальной не только для людей с ограниченными возможностями, но и для общества в целом [51, 90].

Одной из важнейших характеристик здоровья населения является показатель первичного выхода на инвалидность. Общая численность инвалидов в Российской Федерации составляет 12 млн 111 тыс. человек (на 01.01.2019), в том числе возрасте старше 18 лет – 11 млн 460 тыс. человек, дети-инвалиды составляют 651 тыс. человек [116, 206].

Актуальность проблемы инвалидности, медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации продолжает оставаться на высоком уровне, несмотря на реализуемые государством меры в реализации своих социальных обязательств [53, 107, 108].

### **1.3. Диагностика и лечение рака желудка**

На современном этапе диагностика рака – это многокомпонентный процесс. В настоящее время широко используется понятие комплиментарной диагностики, заключающейся в том, что определяемый антиген одновременно является мишенью для препарата. Актуальным на сегодняшний день в том числе является вопрос биомаркеров, помогающих определить ответ опухоли на лечение. Особенно это важно при проведении иммунотерапии. В отдельных случаях отмечается на первых этапах бурный прогресс развития опухоли с последующим



регрессом вплоть до полного ее исчезновения. При использовании в лечении рака метода иммунотерапии довольно часто эффект бывает отсроченным. Важно отметить, что использование биомаркеров – это сложный и неоднозначный процесс, требующий в первую очередь доступности образцов опухолей. Достаточно часто биопсийный материал, который был взят на этапе обследования пациента, является архивным. Необходимо также учитывать источник получения биопсийного материала: из самой опухоли или метастатического очага. Зачастую материал из метастатической опухоли содержит генетические аберрации и отличается от первичной опухоли [63, 173].

С целью выявления рака желудка на ранних стадиях необходимо принимать специальные скрининговые программы. Особенно важен скрининг среди пациентов с предраковыми заболеваниями или входящими в группы риска [26, 122].

На современном этапе для постановки диагноза «рак желудка» необходимо провести как минимум следующие исследования: тщательный анамнез с уточнением факторов риска, далее осмотр пациента с применением физикальных методов, в последующем общие клинические и биохимические анализы крови, мочи, коагулограмма, электрокардиография, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией опухоли либо подозрительных участков слизистой желудка с целью верификации опухоли и определения объема предстоящей операции, морфологическое исследование биоптата. При подозрении на отдаленные метастазы проводится анализ биоптата на HER2-пен. Для исключения распространенности опухоли на пищевод и двенадцатиперстную кишку проводится R-скопия желудка. С целью M-стадирования заболеваний проводится СКТ брюшной и грудной полостей, УЗИ малого таза и брюшной полости. В запущенных стадиях и тотальном поражении желудка проводится лапароскопия для планирования дальнейшего объема оперативного вмешательства. При обследовании больных с уже установленным диагнозом и прошедшим курс противоопухолевого лечения и с целью определения рецидива заболевания проводится анализ крови на онкомаркеры РЭА, СА-72.4 и СА-19.9 [155].

Основным методом диагностики рака желудка на современном этапе является эзофагофиброгастродуоденоскопия с полибиопсией не менее чем из пяти мест поврежденного участка слизистой желудка [162].

Важную роль в фундаментальной онкологии играют стволовые клетки. История изучения роли стволовых клеток в онкологии насчитывает десятки лет. В последние годы идентифицированы опухолевые стволовые клетки рака легкого, молочной железы, толстого кишечника и ряд других [156].

Стволовые раковые клетки могут достаточно длительное время находиться в фазе G0 клеточного цикла. В то же время они продолжают оставаться возможным источником рецидива опухолевого процесса. При этом следует сказать, что стволовые раковые клетки могут оставаться нечувствительными к некоторым таргетным препаратам и классической химиотерапии [174].

Главным методом лечения локальных опухолей или опухолей с регионарным вовлечением лимфоузлов является хирургический метод. Хирургические вмешательства с расширенным объемом привели к увеличению сроков выживаемости пациентов [21].

В отдельных случаях, например, при удалении массивных по объему опухолей, проводятся циторедуктивные паллиативные операции, которые значительно повышают качество жизни пациента и способствуют в последующем эффективному проведению химиотерапии и лучевой терапии. Печень – орган, чаще других подвергающийся метастатическому поражению. Достаточно удачно проводится лобэктомия печени при метастатических поражениях, не превышающих 5 см в диаметре. На 2-м месте по частоте метастатических поражений находятся легкие. Удаление метастатических поражений легких может проводиться торакоскопически. 5-летняя выживаемость при удалении легочных метастазов при саркомах достигает 40%, при опухолях почки – 40%, при опухолях головы – 50%, при меланоме – 20%. Метастазы в головной мозг встречаются реже. В отдельных случаях удаление метастазов в головном мозгу может продлить жизнь пациента до 1 года [127, 149, 200].

По данным Cassidi J., Bisset D. et al. (2010), в лечение онкологических больных в XXI в. достаточно прочно вошел метод хирургического удаления метастазов в мозг, печень, легкие. Существенным достижением в современной онкологии является уменьшение объемов хирургического вмешательства. Это стало возможным в связи с ранней диагностикой злокачественных новообразований, применением лучевой терапии и неoadъювантной лекарственной терапии. Такие операции применяются при раке молочной железы, остеогенных саркомах, при раннем раке желудка. В XXI в. значительное развитие получило лапароскопическое удаление ряда злокачественных новообразований [137].

Рак – гетерогенное заболевание, с различной активностью опухолевых маркеров, протекает индивидуально у каждого пациента. Поэтому в XXI в. подход к лечению больных со злокачественными новообразованиями должен быть персонифицирован на основе изучения генома конкретного человека [17]. Экспрессированные гены должны быть идентифицированы, лечение должно быть индивидуализировано, что позволяет значительно повысить эффективность лечения онкологических больных [160, 199].

Одной из основных особенностей опухоли является ее способность ускользать из-под иммунного контроля. Важным достижением в последние годы стала клеточная иммунотерапия с использованием химерных антигенных рецепторов, позволяющих блокировать способность опухоли ускользать из-под иммунного контроля. Эффективность этого вида иммунотерапии подтверждена многочисленными научными исследованиями [179, 205].

Лечение рака желудка – сложный, длительный процесс, зависящий от стадии заболевания и распространенности процесса. Выбор метода лечения должен осуществляться консилиумом врачей и носить мультидисциплинарный характер. В состав консилиума должны быть включены следующие специалисты: хирург, эндоскопист, терапевт, химиотерапевт, анестезиолог, кроме того, в зависимости от стадии заболевания и наличия сопутствующей патологии в состав консилиума могут включаться другие специалисты. На сегодняшний день

основным видом радикального лечения рака желудка остается хирургический метод, который в определенных случаях дополняется периоперационной химиотерапией [40, 62].

Для адекватной тактики лечения в настоящее время больные раком желудка условно подразделяются на три группы

Первая группа – это больные с так называемым ранним раком желудка 0–IA стадии заболевания, при отсутствии повреждения региональных лимфоузлов и отсутствии метастазов опухоли. На этой стадии пациентам выполняются следующие органосохраняющие операции: эндоскопическая резекция слизистой желудка или резекция желудка с лимфодиссекцией. Больные с ранним раком имеют благоприятный прогноз, показатель 5-летней выживаемости у них составляет 100%.

Вторая группа больных – это пациенты с местно-распространенным раком желудка IB–III стадии. Эта категория больных нуждается в комбинированном лечении в виде субтотальной резекции желудка или гастрэктомии с лимфодиссекцией D2 с параллельным применением химиотерапии.

И, наконец, третья группа больных – это тяжелые пациенты с местно-распространенным неоперабельным раком желудка диссеминацией процесса. В эту группу входит IV стадия рака желудка, неоперабельный рак желудка с прорастанием в жизненно важные органы, а также рак желудка с сопутствующей патологией в стадии декомпенсации. Это категория больных, как правило, нуждается в симптоматической терапии или паллиативной медицинской помощи [152, 153, 154, 158].

Согласно различным литературным источникам, выделяют три группы расстройств после радикального хирургического вмешательства по поводу рака желудка [10, 188, 203].

Первая группа расстройств связана с различными воспалительными и рубцовыми изменениями в области вновь созданных резервуаров и анастомозов, в том числе связанные с денервацией различных отделов желудочно-кишечного тракта.

Вторая группа пострезекционных расстройств связана с новыми анатомическими соотношениями желудочно-кишечного тракта, когда из процесса пищеварения исключается желудок и двенадцатиперстная кишка.

Третья группа пострезекционных расстройств связана с метаболическими нарушениями, приводящими к различным видам анемии, гипопротеинемии, нарушению водно-электролитного обмена, алиментарной недостаточности.

В пострезекционном периоде у больных раком желудка наиболее часто встречаются жалобы на отсутствие аппетита, дискомфорт в животе, отвращение к некоторым продуктам (до 45%), снижение массы тела (100%), достаточно часто беспокоит тошнота и рвота (до 75%), несколько реже отрыжка и метеоризм (до 65%), в 60% случаев отмечается изжога и диарея [10, 169, 201].

Пострезекционные патологические состояния в большинстве своем приводят к функциональной недостаточности желудочно-кишечного тракта и, как следствие, нарушению обмена веществ в организме. Так, например, диарея приводит к нарушению водно-электролитного баланса, уменьшению массы тела, может свидетельствовать о недостаточном усвоении пищевых продуктов, гипопротеинемии или о прогрессировании опухолевого процесса [118, 132, 161].

Важно отметить исходную белковую недостаточность у больных раком желудка до начала лечения, которая повышает риск развития послеоперационных осложнений, ввиду увеличения в послеоперационном периоде потребности в энергетическом и пластическом материале, основу которого составляют белки [139, 204].

По данным А.А. Хомичука (2013), после радикальных операций по поводу рака желудка в течение полугода развивается состояние нарушенного пищеварения и всасывания, которое, в свою очередь, приводит к белковой и энергетической недостаточности, требующей длительной персонализированной коррекции диетотерапией [115]. Необходим комплекс реабилитационных мероприятий, направленный на повышенное усвоения белка, улучшение кровообращения и сохранение мышечной массы.

Серьезную озабоченность также вызывает наблюдающаяся более чем у половины пациентов (до 62%) железодефицитная, или микроцитарная, анемия [137, 159]. Как правило, она является следствием алиментарной недостаточности либо результатом острого или хронического желудочно-кишечного кровотечения. При недостатке железа развивается микроцитарная анемия, при которой снижается не только уровень гемоглобина, но и происходит снижение гематокрита, цветового показателя, уменьшается объем эритроцитов [128].

В последние годы отмечается тенденция к снижению заболеваемости от рака желудка [122, 162, 175]. В то же время летальность от этого заболевания имеет тенденцию к росту за счет увеличения доли больных с IV стадией рака желудка [47, 122].

Наиболее высокая выживаемость отмечается в Японии – 53% [30], тогда как в других странах этот показатель колеблется в пределах 15–20% [122, 123].

По данным ВОЗ (Lion, 2011), в ранней стадии рак желудка выявляется примерно в 10%, тогда как в 75% случаев рак желудка впервые выявляется на III или IV стадиях с имеющимися уже метастазами в региональные лимфатические узлы [207].

При удалении опухоли желудка на I стадии – 5-летняя выживаемость достигает 100% [9, 98]. Важно отметить, что частота возникновения рецидива при раке желудка в случае его раннего выявления существенно ниже, чем при других формах рака, и находится в диапазоне от 3 до 7,5% [9, 117].

#### **1.4. Реабилитация больных раком желудка**

Для повышения качества жизни онкологических больных необходимо уделять должное внимание полноценной реабилитации этой категории лиц, в том числе профилактике инвалидности. В данном случае речь должна идти о возвращении к трудовой деятельности лиц с высоким уровнем профессиональной подготовки, к прежнему образу жизни. По данным различных источников в России и странах СНГ, злокачественные новообразования занимают 3–5-е места в

структуре инвалидности. Вопрос качества жизни онкологического больного должен постоянно стоять на повестке дня как во время лечения, так и после его завершения [17, 18, 121].

На сегодняшний день под излечением онкологического больного понимают не только его клиническое выздоровление, но самое главное – повышение качества его жизни, возврат к прежнему социальному статусу и трудовой деятельности [4]. Около половины всех исследований, посвященных качеству жизни, связаны с проблемами онкологических больных. Оценка качества жизни основана на простом методе изучения состояния здоровья пациента, который базируется на субъективном восприятии самим человеком его физического, психического и социального функционирования [4, 35, 71, 112, 144, 192].

По данным Яровой Е.Г. (2014), психолого-социальное сопровождение онкологических больных в России имеет свои специфические особенности, на которые оказывают влияние множество факторов [126]. В первую очередь в нашей стране недооценен такой фактор, как «онкофобия», тогда как именно у нас такие понятия, как «рак» и «обреченность», практически стали синонимами. Ввиду своей недостаточной информированности зачастую пациенты считают это заболевания заразным, что является поводом к изоляции или самоизоляции. Население недостаточно информировано о современных высокоэффективных способах лечения. В то же время в онкологических диспансерах отмечается постоянный дефицит таких специалистов, как психологи и психотерапевты. Безусловно, все вышеперечисленные факторы не могут способствовать благоприятному исходу лечения и реабилитации онкологических больных [133, 208].

В 2011 г. 94 психолога прошли специализацию по онкопсихологии. Ассоциация онкопсихологов России в 2012 г. обратилась в Минздравсоцразвития России с предложением ввести ставку психолога в штатное расписание онкологических диспансеров и отделений медицинских организаций. Однако до настоящего времени данный вопрос не нашел своего решения [48].

Поддержать качество жизни на определенном уровне и преодолеть «онкофобию» возможно только путем обеспечения открытого доступа к достоверной информации о самом заболевании, его стадии, о достижениях и новациях в лечении конкретного онкологического заболевания. Злокачественные новообразования обуславливают страх, чувство одиночества, безысходности и приводят к психоэмоциональному кризису заболевшего, хотя не угрожают личности, но процесс его переживания формирует смысл болезни и приводит к развитию кризиса [65, 103, 125, 168].

По данным Холмогоровой А.Б., Гараняна Н.Г., Петровой Г.А. (2007), для больных злокачественными новообразованиями важное значение приобретает социальная поддержка, которая может выражаться в самых различных видах: эмоциональной, практической, материальной поддержке, поддержке при решении возникающих проблем, в форме социальной интеграции [113]. В свою очередь, социальная поддержка способствует повышению уровня психологического состояния и благоприятно воздействует на лечебный процесс в целом. У онкологических больных отмечается широкая вариабельность как по симптоматике заболевания, так и по степени выраженности переживаний. Страх на начальных этапах заболевания может перейти в панический ужас перед очередными обследованиями и лечебными процедурами. В данной ситуации особое значение приобретает способность самого психолога выходить в рефлексивную позицию при осуществлении своей профессиональной деятельности в отношении пациентов со злокачественными новообразованиями.

Реабилитация онкологических больных — это комплексная система мер, направленная на устранение ограничений жизнедеятельности, вызванных патологическими процессами и последствиями лечебных мероприятий для успешной адаптации к новым условиям. Реабилитация онкологических больных должна проводиться мультидисциплинарной командой специалистов под руководством врача-онколога с участием врачей лечебной физкультуры, физиотерапевта, диетолога, эрготерапевта, медицинского психолога, при



необходимости привлекаются социальный работник и специалист по протезированию [23, 45, 181].

Особенность реабилитации в отношении больных злокачественными новообразованиями заключается прежде всего в индивидуальном подходе к каждому пациенту в зависимости от стадии заболевания, объема проведенного лечения, наличия сопутствующих заболеваний, возраста пациента и его психологических особенностей [4, 196].

При проведении реабилитационных мероприятий в отношении больных раком желудка необходимо учитывать наличие так называемых пострезекционных расстройств: деминг-синдрома, гастрита культи желудка, пострезекционной анемии, наличие дефицита массы тела. Как правило, эти отклонения встречаются у 10–80% пациентов, перенесших радикальное хирургическое вмешательство по поводу рака желудка. Сам факт заболевания и перенесенный достаточно большой объем хирургического вмешательства, тяжелый послеоперационный период вызывает у пациента стресс и приводит к тревожно-депрессивному состоянию. Эта категория больных требует психотерапии и психологической коррекции, кроме этого, они нуждаются в диетотерапии и общеукрепляющей лечебной физкультуре [190].

Серьезную озабоченность на современном этапе вызывает восстановление после химиотерапии. Этот процесс подразумевает решение не только соматических проблем, возникших в результате агрессивного лечения, но и решение ряда эстетических проблем, таких как ухудшение со стороны иммунной системы, ухудшение состояния кожных покровов, выпадение волос вплоть до полного облысения. В этом случае процесс реабилитации зависит от правильно подобранных химических препаратов и схем таргетной терапии [26].

Вместе с тем химиопрепараты могут вызывать токсические гепатиты, негативно воздействовать на миокард, приводить к изменениям коагулограммы, вызывать острые формы психоза, нарушение функций почек. Восстановление организма пациента после химиотерапии – один из важных этапов реабилитации больных со злокачественными новообразованиями. В случае развития тяжелых

осложнений реабилитацию необходимо проводить в условиях круглосуточного стационара [185].

По данным Каприна А.Д. и соавт. (2017), при проведении радикального хирургического вмешательства или комбинированного лечения по поводу рака желудка на начальных стадиях его развития у 60% больных удается достичь излечения [34].

В связи с этим остро встает вопрос обеспечения и сохранения качества жизни у этой категории пациентов. Более того, с позиций современной онкологии для оценки эффективности проведенного лечения используют не только показатель выживаемости и отсутствие рецидивов, но и функциональные показатели, характеризующие качество жизни пациента. С этой целью проводится постоянный мониторинг качества жизни с целью проведения коррекции имеющихся нарушений.

При радикальных операциях по поводу рака желудка зачастую проводятся вмешательства на лимфатических путях, с резекцией соседних органов, с нарушением нервных и сосудистых структур. Несомненно, все вышеперечисленное приводит к развитию различных пострезекционных состояний, которые зачастую приводят к тяжелым последствиям и к инвалидности. Частота возникновения подобных нарушений при раке желудка, по данным различных источников, достигает более 50% [3, 157, 165].

Основные проблемы инвалидов в Российской Федерации решаются при проведении медико-социальной экспертизы, во время которой определяются показанный гражданину комплекс реабилитационных мероприятий и технических средств реабилитации, направленный на максимальную интеграцию инвалида в общество и достижение им материальной независимости. Весь комплекс показанных мероприятий отражается в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА) [13, 42]. Причем мероприятия, указанные в ИПРА инвалида, являются обязательными для исполнения организациями, определенными исполнителями этих реабилитационных мероприятий независимо от формы собственности. Контроль за реализацией мероприятий по реабилитации

осуществляется специалистами бюро медико-социальной экспертизы при очередном освидетельствовании.

Одной из актуальных и глобальных проблем современности, затрагивающей все отрасли экономики, является инвалидность. Инвалиды – это группа людей, требующих к себе повышенного внимания со стороны государства. Во всем мире данная категория людей продолжает сталкиваться с различными ограничениями при реализации своих прав, в том числе в доступности медицинской помощи, несмотря на предпринимаемые правительством всех стран меры [1].

Инвалиды – люди с определенными ограничениями жизнедеятельности – являются неотъемлемой частью общества. В свою очередь общество несет ответственность за создание условий для этой категории граждан, позволяющих обеспечить им равные права с другими членами общества. Реализуются права инвалидов посредством программ реабилитации и абилитации, причем целью этих программ является повышение качества жизни и максимальная интеграция инвалидов в общество. Вместе с тем существующий в Российской Федерации рынок реабилитационных услуг недостаточно развит в сравнении с мировым рынком, в основном за счет ограниченных финансовых возможностей государства. Отечественная система реабилитации инвалидов существенно отстает от развитых европейских стран, в том числе в части производства технических средств реабилитации, разработки новых технологий, развития сети реабилитационных учреждений. Не на должном уровне находится взаимодействие органов здравоохранения и социальной защиты с общественными организациями инвалидов [89].

Все вышеизложенные проблемы в равной степени относятся к реабилитации лиц с последствиями радикального лечения рака желудка.

Основной целью коррекции различных постгастрорезекционных патологических состояний является повышение качества жизни этой категории больных, которая может быть достигнута только при проведении комплексной медико-социальной реабилитации в отношении этих пациентов.

Реабилитация на современном этапе – это сложный длительный процесс, направленный на максимальную интеграцию человека с имеющимися у него ограничениями жизнедеятельности в общество и достижение им материальной независимости.

По данным Пузина С.Н. и соавт. (2016, 2018), на современном этапе существенно возрастает роль лечебных учреждений на этапе обследования, диагностики и лечения пациентов, в том числе проведение медицинской реабилитации, перед направлением больных на медико-социальную экспертизу для определения группы инвалидности [84, 86]. От полноты и качества проведенного обследования зависит как качество самой медико-социальной экспертизы, так и состав рекомендованных комплексных программ медико-социальной реабилитации.

Наиболее уязвимой медико-социальной проблемой современности являются проблемы инвалидов вследствие злокачественных новообразований. Эта группа лиц нуждается в поддержке на всех уровнях, начиная от государства и заканчивая семьей. Они нуждаются в обеспечении достойных условий жизни, в доступной и качественной медицинской помощи, в решении их социальных проблем, профессиональной реабилитации. К сожалению, в обществе распространено мнение о фатальности злокачественных новообразований. Как правило, в большинстве случаев хирургическое лечение этих заболеваний зачастую носит обширный объем по удалению целого органа или нескольких органов, а применение химиотерапии и лучевой терапии приводит к системной токсичности, что негативно отражается на психологическом состоянии пациента, вызывая у него депрессию, а в отдельных случаях вообще отказ от медицинского вмешательства. Психологическая коррекция онкобольных должна начинаться в максимально ранние сроки и носить индивидуальный характер [105].

Научно-технический прогресс способствовал достижению значительных успехов в лечении онкологических заболеваний, что, в свою очередь, способствовало увеличению продолжительности жизни этой категории больных с различными дефектами и выраженными нарушениями функций организма.

Поэтому на современном этапе остро стоит вопрос повышения качества жизни больных и инвалидов вследствие злокачественных заболеваний, что может быть достигнуто только при правильно организованной комплексной медико-социальной реабилитации [68, 78, 83, 104].

Важным направлением в реабилитации онкологических больных является использование различных технических средств реабилитации, направленных на восстановление утраченных функций или косметических дефектов [51, 58, 61].

Отличительной особенностью реабилитации инвалидов вследствие злокачественных заболеваний является возможность возврата болезни после радикального лечения, что, в свою очередь, актуализирует вторичную профилактику заболеваний и предупреждение возможного рецидива. Вместе с тем предупредить прогрессирование заболевания, развитие рецидива заболевания либо его метастазирование в другие органы не всегда удается. В этом случае заболевание приобретает прогрессирующее неконтролируемое течение. Эта категория больных нуждается в паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицинская помощь может оказываться как в условиях стационара, так и на дому выездными бригадами с активным участием членов семьи больного. В последнее время формируется тенденция организации паллиативной медицинской помощи именно на дому [7, 59, 79, 180].

Реабилитация онкологических больных – это сложный, многоступенчатый процесс, имеющий свои особенности на всех этапах лечения. Безусловно, в первую очередь объем реабилитационных мероприятий зависит от стадии онкологического заболевания и объема выполненного медицинского вмешательства, во вторую очередь зависит от возраста пациента и наличия сопутствующих заболеваний, немаловажное значение имеют также уровень образования больного, его профессия, социальное положение, семейное положение, условия проживания и др. [8, 67, 84, 197, 199].

Во всех случаях проведения реабилитационных мероприятий в отношении онкологических больных необходимо стремиться к ликвидации или стабилизации патологического процесса, возвращению больного к трудовой деятельности и в

трудовой коллектив, к прежнему уровню социального общения, а при невозможности достижения указанных целей необходимо сформировать новый круг общения, провести рациональное трудоустройство, обеспечить по возможности достойное качество жизни. Достичь указанных результатов возможно только при активном участии членов семьи и ближайшего окружения пациента.

Реабилитация в онкологии – постоянно совершенствующийся процесс, он тесно связан с развитием онкологической науки в целом. При этом процесс реабилитации в отношении больных злокачественными новообразованиями не может развиваться поступательно без должного внимания со стороны государства и без соответствующих финансовых вливаний [55, 68, 88, 90, 195, 196].

Реабилитация больных раком желудка имеет некоторые свои особенности. На протяжении длительного времени основным методом лечения рака желудка I, II, III стадий было хирургическое удаление части желудка или чаще всего желудка. Однако в последнее время стали появляться данные, что применение химиотерапии до операции и после нее значительно улучшает результаты хирургического лечения рака желудка. Применение химиопрепаратов при раке желудка позволило значительно расширить круг пациентов, подлежащих хирургическому лечению [53, 85, 160, 173]; в частности, при наличии метастазов на брюшине применение нескольких курсов химиотерапии приводит к их исчезновению, и в последующем пациенту проводится радикальное удаление опухоли. Вместе с тем необходимо отметить, что в лечении метастатических поражений рака желудка лекарственная терапия недостаточно эффективна. Средняя продолжительность жизни пациентов при метастатическом раке желудка составляет примерно 1 год [54, 73, 105, 178].

В последние годы широко стала применяться иммунотерапия при лечении рака желудка, также в схему таргетных лекарств вошли препараты, блокирующие образование сосудов непосредственно в опухоли [104, 164, 179, 184, 198].

В заключение литературного обзора можно констатировать, что проблема злокачественных новообразований в общем и рака желудка, в частности,

большинством ученых признается достаточно актуальной и социально значимой. В то же время проведенный анализ литературных источников свидетельствует о том, что на современном этапе недостаточно изучены социально-гигиенические аспекты инвалидности этой категории лиц, несовершенен механизм медико-социальной экспертизы больных раком желудка, что, в свою очередь, вызывает определенные вопросы, требующие своего разрешения как на этапе проведения мероприятий по медико-социальной экспертизе, так и на этапе формирования плана мероприятий по медико-социальной реабилитации.

**При написании данной главы использованы публикации автора:**

1. Великолуг К.А. Особенности выявления и дифференциальная диагностика рака желудка, пути совершенствования. Клиническое наблюдение / К.А. Великолуг, В.В. Филиппов, А.Ю. Пайков // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №4. – С. 125-133.
2. Филиппов В.В. Некоторые особенности медико-социальной экспертизы при раке желудка // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №2. – С. 49-55.
3. Филиппов В.В. Некоторые социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие рака желудка в городе Москве 2017-2019 гг. / В.В. Филиппов, С.Н. Пузин // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №3. – С. 76-82.
4. Запарий С.П. Повторная инвалидность лиц старше трудоспособного возраста вследствие рака желудка в г. Москве за 2015-2019 гг. / С.П. Запарий, Н.Н. Шмакова, Ю.А. Коврижных, В.В. Филиппов // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №3. – С. 31-37.

5. Пузин С.Н. Экспертиза временной нетрудоспособности: состояние, перспективы / С.Н. Пузин, Т.Ю. Быковская, В.А. Охлопков, В.В. Филиппов, Н.П. Шаркунов, В.В. Ким // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №4. – С. 60-67.
6. Пузин С.Н. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / С.Н. Пузин, Н.В. Дмитриева, А.Ю. Пайков, В.В. Филиппов, Ф.Д. Эркенова, В.Д. Физицкая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – №1. – С. 29-37.
7. Пузин С.Н. Показатели тяжести инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц молодого возраста в Москве за 2016-2018 г. / С.Н. Пузин, Ю.А. Коврижных, С.Н. Запарий, В.В. Филиппов, М.В. Коврижных // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т.28. – №3. – С. 377-379.



## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационный труд основан на комплексном медико-экспертном, социально-гигиеническом, клиническом, медико-реабилитационном анализе исследуемого материала.

Исследование состояло из следующих этапов.

На *I этапе* изучены социально-гигиенические особенности контингента инвалидов вследствие рака желудка на базе ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы в г. Москве». За период 2015–2019 гг. проанализированы акты медико-социальной экспертизы граждан, учетно-отчетная форма «7-собес».

Исследование было сплошным, а единица наблюдения – лицо, ставшее инвалидом вследствие рака желудка.

На базе исследования собраны документы на 34 891 человека, признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований, из которых 8832 человека являлись инвалидами по последствиям рака желудка.

Полученная информация выкопирована в специально разработанные для этих целей карты.

На *I этапе* были использованы документальный, социально-гигиенический, аналитический, экспертный и статистический методы исследования.

*II этап* – клинико-экспертный, посвящен оценке состояния здоровья исследуемого контингента и некоторых составляющих благополучия человека, которые относятся к его здоровью и влияют на функционирование и ограничение жизнедеятельности. Изучалось взаимодействие между изменением здоровья при раке желудка и функционированием индивида в результате наступивших ограничений жизнедеятельности.

Исследование выборочное, объем был определен по формуле Меркова и составил 156 человек.

Период наблюдения – 2015–2019 гг.

При проведении клинико-экспертной диагностики изучались результаты клинических и биохимических показателей крови, результаты фиброгастроскопии с полибиопсией, гистологические заключения полученных биоптатов.

Для исключения метастатических поражений других органов и систем проводились магнитно-резонансная и компьютерная томографии. С целью оценки общесоматического статуса перед хирургическим вмешательством проводились в том числе исследования, направленные на определение функционального статуса сердечно-сосудистой и дыхательной систем, состояния эндокринной, мочевыделительной системы и ряд других исследований. Безусловно, наиболее информативным методом диагностики рака желудка является фиброгастродуоденоскопия с биопсией. Гистологическое исследование фрагментов, полученных при биопсии, в первую очередь позволяет провести дифференциальную диагностику между язвенной болезнью и злокачественным новообразованием и во вторую очередь определить тип опухоли и степень ее злокачественности. При распространенном раке желудка наиболее информативна так называемая мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), большое значение на современном этапе имеет также позитронно-эмиссионная томография (ПЭТКТ), которая демонстрирует врачу ткани с нарушенным обменом веществ, в случаях если у опухоли нет четких границ; также этот метод позволяет выявить мелкие очаги неоплазии, т.е. диагностировать рак на ранних стадиях.

В определенных случаях проводили эндоскопическое УЗИ желудка, когда вместе с зондом больному вводили датчик ультразвукового аппарата, с помощью которого картина позиционируется на монитор УЗИ. Этот вид исследования помогал определить стадию злокачественного процесса.

Рентгенологический метод исследования проводили в отдельных случаях, когда по тем или иным причинам было затруднено или невозможно эндоскопическое исследование.

У ряда пациентов применяли методику ICG-лапароскопии. Суть ее заключалась в том, что пациенту внутривенно или непосредственно в ткани, расположенные рядом с опухолью, вводили специальное контрастное вещество,

которое из крови попадает в лимфу и при помощи специальной оптики с использованием инфракрасной области спектра позволяет определить распространение контрастного вещества. Этот метод использовали для определения объема резекции желудка.

Основным методом лечения рака желудка являлся хирургический метод. Объем хирургического вмешательства определялся в каждом конкретном случае индивидуально и в первую очередь зависел от стадии заболевания. Наиболее благоприятными считались I и II стадии, когда возможны органосохраняющие операции; менее благоприятными являлись III и IV стадии, когда объем хирургического вмешательства значительно расширялся вплоть до полного удаления органа и при необходимости удаления части близлежащих органов.

Перед хирургическим вмешательством по показаниям проводили адъювантную или профилактическую химиотерапию.

При медико-экспертной диагностике учитывали функционирование индивида с имеющимися у него ограничениями жизнедеятельности, структуры организма, его участие в жизненной ситуации, а также учитывались факторы окружающей среды, в которых проживает инвалид. Большое влияние оказывают и личностные факторы самого человека, влияющие на функционирование организма в целом. При определении биомедицинского статуса индивида и его функциональной составляющей оценивали как физическое, так и психическое функционирование пациента в определенных условиях окружающей среды, с учетом его активности участия в жизненных ситуациях.

*III этап* – экспертно-реабилитационный, посвященный изучению реабилитационного потенциала на основе ограничений жизнедеятельности у больных раком желудка, определению потребности этого контингента инвалидов в различных видах реабилитационных услуг, в том числе в медико-социальной и паллиативной помощи, формированию индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалида вследствие рака желудка и комплексных региональных программ реабилитации инвалида вследствие рака желудка.

Изучены акты освидетельствований 156 инвалидов вследствие рака желудка, индивидуальные программы реабилитации (абилитации) инвалидов на базе бюро медико-социальной экспертизы г. Москвы за 2015–2019 гг.

При исследовании применяли клинико-функциональный, документальный, аналитический и статистический методы, а также методы интервью, анкетирования и экспертных оценок.

На этом этапе определяли реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз инвалидов вследствие рака желудка, в зависимости от которых определяли объем показанных реабилитационных мероприятий с учетом состояния здоровья гражданина, его ограничений жизнедеятельности, степени выраженности нарушенных функций организма; определялись сроки проведения этих мероприятий и их интенсивность с учетом мнения самих инвалидов, полученного при проведении анкетирования и интервьюирования.

С целью исследования особенностей индивидуального статуса инвалидов вследствие рака желудка был изучен их психологический портрет с использованием метода анкетирования по разработанной оригинальной анкете (Таблица 1).

Исследование носит многоплановый характер и позволяет системно подойти к решению проблем инвалидности вследствие злокачественных новообразований в общем и раке желудка в частности, актуализировать и совершенствовать подходы к медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие рака желудка с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, что, в свою очередь, позволит повысить качество жизни этой категории инвалидов.

Таблица 1 – Анкета изучения психологического статуса инвалида вследствие рака желудка

| №<br>п/п | Вопросы  | Ответы                                  |   |                      |
|----------|--|---|---|----------------------|
| 1        | Кто впервые сообщил Вам о диагнозе злокачественного образования?   | Лечащий врач                            | Врач функциональной диагностики         | Родственники         |
| 2        | Какова Ваша первая реакция на известие о диагнозе злокачественного новообразования?                                | Шок                                     | Тревога                                 | Безразличие          |
| 3        | Предложил ли Вам лечащий врач после установления диагноза злокачественного новообразования консультацию психолога? | Да                                      | Нет                                     | Не помню/<br>Не знаю |
| 4        | Обращались ли Вы самостоятельно после известия о диагнозе за помощью к психологу?                                  | Да                                      | Нет                                     | Не помню             |
| 5        | Проводилось ли в отношении Вас обучение методам борьбы со страхом?   | Да                                      | Нет                                     | Не знаю              |
| 6        | Проводились ли мероприятия по психологической поддержке членам Вашей семьи?  | Да                                      | Нет                                     | Не знаю              |
| 7        | Изменилось ли отношение к Вам со стороны членов Вашей семьи после известия о диагнозе?                             | Появилось чувство жалости и сострадания | Появилось чувство тревоги               | Не изменилось        |
| 8        | Изменилось ли отношение к Вам со стороны сослуживцев?  | Сочувствие                              | Появилось чувство жалости и сострадания | Не изменилось        |
| 9        | Какие чувства преобладали у Вас в процессе лечения?  | Глубокая депрессия                      | Чувство отчаяния                        | Суицидальные мысли   |
| 10       | Осматривал ли Вас психолог перед направлением на медико-социальную экспертизу?                                     | Да                                      | Нет                                     | Не знаю              |

Продолжение Таблицы 1

|    |  |              |              |                      |
|----|--|--------------|--------------|----------------------|
| 11 | Осматривал ли Вас психолог бюро медико-социальной экспертизы при освидетельствовании?  | Да           | Нет          | Не знаю              |
| 12 | Удовлетворены ли Вы консультацией психолога бюро медико-социальной экспертизы?   | Да           | Нет          | Затрудняюсь ответить |
| 13 | Проводилась ли в отношении Вас психологическая поддержка на этапе реализации мероприятий, включенных в индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА)? | Да           | Нет          | Затрудняюсь ответить |
| 14 | Считаете ли Вы необходимой психологическую поддержку в процессе лечения?   | Да           | Нет          | Затрудняюсь ответить |
| 15 | Как повлияло на Ваше душевное состояние изменившееся отношение к Вам родственников и сослуживцев?  | Положительно | Отрицательно | Не повлияло          |

**При написании данной главы использованы публикации автора:**

1. Великолуг К.А. Особенности выявления и дифференциальная диагностика рака желудка, пути совершенствования. Клиническое наблюдение / К.А. Великолуг, В.В. Филиппов, А.Ю. Пайков // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №4. – С. 125-133.
2. Филиппов В.В. Некоторые особенности медико-социальной экспертизы при раке желудка // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №2. – С. 49-55.

3. Филиппов В.В. Некоторые социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие рака желудка в городе Москве 2017-2019 гг. / В.В. Филиппов, С.Н. Пузин // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №3. – С. 76-82.
4. Запарий С.П. Повторная инвалидность лиц старше трудоспособного возраста вследствие рака желудка в г. Москве за 2015-2019 гг. / С.П. Запарий, Н.Н. Шмакова, Ю.А. Коврижных, В.В. Филиппов // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №3. – С. 31-37.
5. Пузин С.Н. Экспертиза временной нетрудоспособности: состояние, перспективы / С.Н. Пузин, Т.Ю. Быковская, В.А. Охлопков, В.В. Филиппов, Н.П. Шаркунов, В.В. Ким // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №4. – С. 60-67.
6. Пузин С.Н. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / С.Н. Пузин, Н.В. Дмитриева, А.Ю. Пайков, В.В. Филиппов, Ф.Д. Эркенова, В.Д. Физицкая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – №1. – С. 29-37.
7. Пузин С.Н. Показатели тяжести инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц молодого возраста в Москве за 2016-2018 г. / С.Н. Пузин, Ю.А. Коврижных, С.Н. Запарий, В.В. Филиппов, М.В. Коврижных // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т.28. – №3. – С.377-379.

### ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЖЕЛУДКА В Г. МОСКВЕ

#### 3.1. Возрастно-половая структура инвалидов вследствие рака желудка

По данным ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по городу Москве» Минтруда России изучена социально-гигиеническая характеристика инвалидов вследствие рака желудка за 2015–2019 гг. За исследуемый период инвалидами вследствие рака желудка признаны 8832 человека. При этом количество впервые признанных инвалидами составило 4073 человека (46,1%), а количество повторно признанных инвалидами – 4759 человек (53,9%).

Распределение по полу исследуемого контингента представлено в Таблице 2.

Таблица 2 – Данные о распределении по полу лиц, признанных инвалидами вследствие рака желудка за 2015–2019 гг. в г. Москве

| Пол      |      | Год  |      |      |      |      |       |
|----------|------|------|------|------|------|------|-------|
|          |      | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | всего |
| Мужчины  | Абс. | 1083 | 1052 | 978  | 1018 | 975  | 5106  |
|          | %    | 60,2 | 57,5 | 56,2 | 58,3 | 56,8 | 57,8  |
| Женщины  | Абс. | 715  | 778  | 763  | 727  | 743  | 3726  |
|          | %    | 39,8 | 42,5 | 43,8 | 41,7 | 43,2 | 42,2  |
| Оба пола | Абс. | 1798 | 1830 | 1741 | 1745 | 1718 | 8832  |
|          | %    | 20,4 | 20,7 | 19,7 | 19,8 | 19,4 | 100   |

В 2015 г. из общего количества лиц, впервые и повторно признанных инвалидами вследствие рака желудка, 1798 пациентов; мужчин было 1083 (60,2%), женщин – 715 (39,8%); в 2016 г. общее число признанных инвалидами несколько увеличилось и составило 1830 человек, в том числе мужчин – 1052 (57,5%), женщин – 778 (42,5%). В 2017 г. наметилась тенденция к снижению общего количества инвалидов вследствие рака желудка – 1741 человек, в том числе мужчин – 978 (56,2%), женщин – 763 (43,8%). В 2018 г. общее количество признанных инвалидами практически осталось на уровне 2017 г. с незначительным ростом (+4 человека) и составило 1745 человек, из них мужчин –



1018 (58,3%), женщин – 727 (41,7%). В 2019 г. вновь наметилась тенденция к снижению общего количества инвалидов, их общее количество составило 1718 человек, в том числе мужчин – 975 (56,8%), женщин – 743 (43,2%). Всего за анализируемый период инвалидами вследствие рака желудка в г. Москве было признано 8832 человека, из них мужчин – 5106 (57,8%), женщин – 3726 (42,2%). Таким образом, на протяжении всего исследуемого периода в общем количестве инвалидов мужчины превалировали над женщинами, что свидетельствует о большей распространенности данного заболевания среди лиц мужского пола. При этом следует отметить, что наибольшее количество мужчин признано инвалидами вследствие рака желудка в 2015 г., что составило 1083 человека, с последующим снижением в 2016 г. до 1052 человек, в 2017 г. до 978 человек. В 2018 г. наметилась некоторая тенденция к увеличению до 1018 человек и снижению до 975 человек в 2019 г. В относительных цифрах также наибольший процент (60,2%) приходится на 2015 г. с последующими колебаниями от 56,2% в 2017 г. до 58,3% в 2018 г. Количество мужчин, признанных инвалидами вследствие рака желудка за весь исследуемый период, составило 5106 человек, или 57,8% от общего количества признанных инвалидами.

Наибольшее количество женщин приходится на 2016 г.: 778 человек с постепенным снижением в последующие годы в абсолютных цифрах до 763 человек в 2017 г., до 727 человек в 2018 г., в 2019 г. наметился незначительный рост в сравнении с 2018 г.: 743 человека. При этом наименьшее количество женщин, признанных инвалидами среди изучаемого контингента, приходится на 2015 г. – 715. В относительных цифрах также наименьший процент (39,8%) отмечен в 2015 г. с последующим ростом в 2016 и 2017 гг.: 42,5 и 43,8% соответственно, снижением в 2018 г. до 41,7% и ростом в 2019 г. до 43,2%. Общее количество женщин, признанных инвалидами за исследуемый период, составило 3726 человек, или 42,2% от общего числа лиц, признанных инвалидами вследствие рака желудка (Рисунок 2).

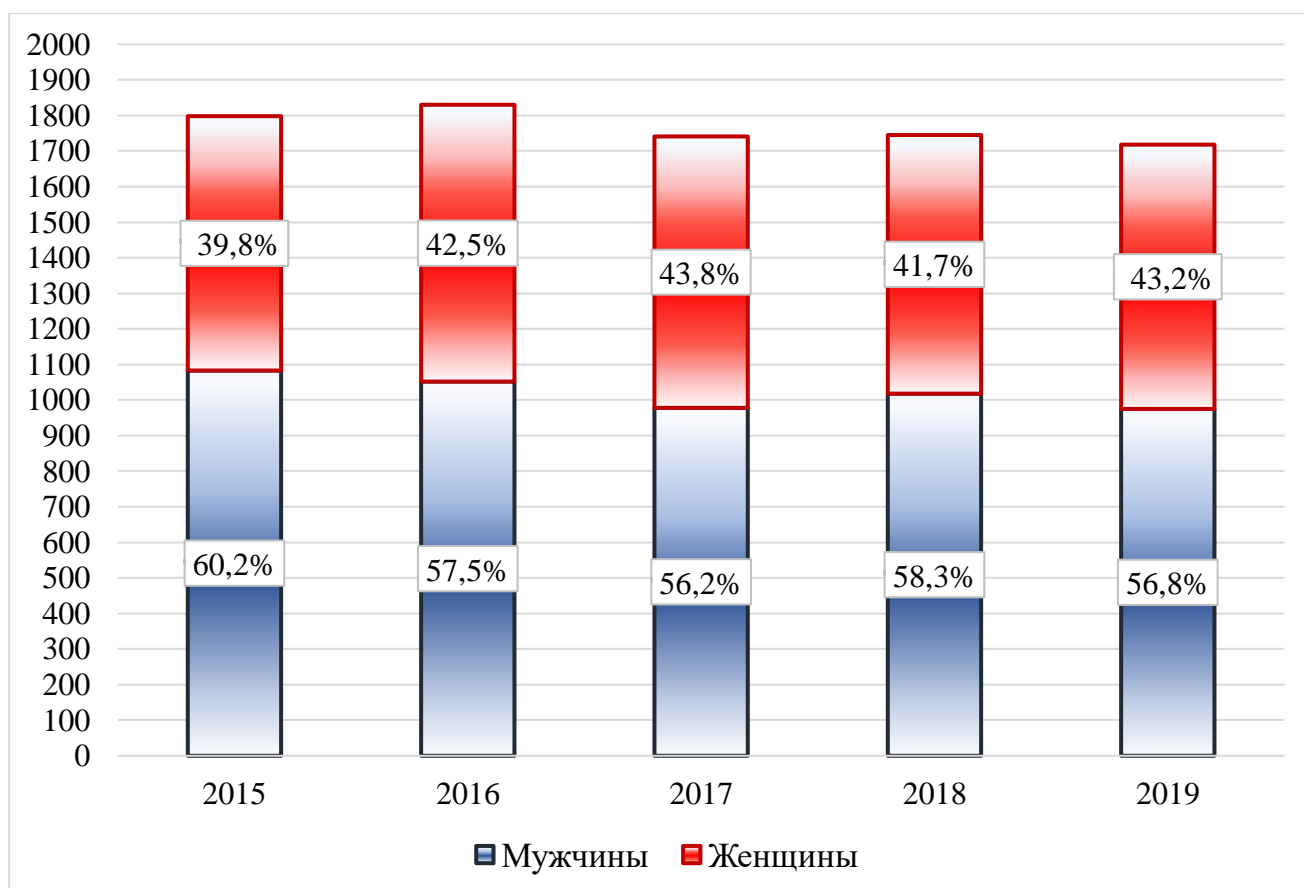


Рисунок 2 – Распределение по полу лиц, признанных инвалидами вследствие рака желудка в 2015–2019 гг. в г. Москве

Динамика общего количества инвалидов вследствие рака желудка за исследуемый период продемонстрировала следующую картину (Рисунок 3).

В 2015 г. всего признано инвалидами 1798 человек, в том числе 876 (48,7%) впервые и 922 (51,3%) повторно. В 2016 г. общее количество признанных инвалидами увеличилось на 32 человека и составило 1830 человек, в том числе 835 (45,6%) впервые и 995 (54,4%) повторно. В 2017 г. отмечается снижение общего количества лиц, признанных инвалидами, до 1741 человека (-89 человек в сравнении с 2016 г.). При этом впервые признано инвалидами 802 человека (46,1%), повторно 939 (53,9%). В 2018 г. наметилась некоторая тенденция к росту общего количества инвалидов до 1745 человек, при этом число впервые признанных инвалидами снизилось до 781 человека (44,7%), а число повторно признанных инвалидами наоборот увеличилось до 964 (55,3%). В 2019 г. снова уменьшилось общее число признанных инвалидами до 1718, при этом

уменьшение произошло как за счет впервые признанных инвалидами – 779 человек (45,3%), так и за счет повторно признанных инвалидами – 939 (54,7%).



Рисунок 3 – Динамика количества инвалидов вследствие рака желудка по результатам освидетельствований в бюро МСЭ г. Москвы впервые и повторно (2015–2019)

Таким образом, за анализируемый временной промежуток большинство лиц, признанных инвалидами вследствие рака желудка, приходится на 2016 г. – 1830 человек, наименьшее количество – 1718 человек на 2019 г. В течение 5 лет число повторно признанных инвалидами все время преобладает над количеством лиц, впервые признанных инвалидами.

Наибольшее число лиц, повторно признанных инвалидами, приходится на 2016 г. – 995 человек – с последующим снижением до 939 пациентов в 2019 г., а наименьшее количество лиц среди повторно признанных инвалидами приходится на 2015 г. и составляет 922 человека. То же время количество лиц, впервые признанных инвалидами в 2015 г., является максимальным за исследуемый период и составляет 876 с постепенным неуклонным снижением в последующие годы до 835 больных в 2016 г., 802 больных – в 2017 г., 781 больных – в 2018 г.,

достигнув минимума в 2019 г. – 779 пациентов. Если же сравнить год начала исследования (2015) с годом конца исследования (2019), то складывается следующая картина: общее количество признанных инвалидами в 2019 г. (1718 больных) снизилось в сравнении с 2015 г. (1798 больных) на 80 пациентов, в том числе снизилось и число впервые признанных инвалидами с 876 (2015) до 779 (2019) на 97 человек, в то же время количество лиц, повторно признанных инвалидами, увеличилось с 922 (2015) до 939 больных (2019) на 17 пациентов. То есть на фоне снижения первичного выхода на инвалидность вследствие рака желудка за исследуемый период отмечается незначительный рост числа повторно признанных инвалидами.

Возрастно-половая структура инвалидов вследствие рака желудка за исследуемый период продемонстрировала следующую картину (Таблица 3).

Таблица 3 – Распределение исследуемого контингента по возрасту и полу (2015–2019)

| Годы<br>Возрастная категория    |      | 2015 |      | 2016 |      | 2017 |     | 2018 |      | 2019 |      | Всего |      |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|-----|------|------|------|------|-------|------|
|                                 |      | М    | Ж    | М    | Ж    | М    | Ж   | М    | Ж    | М    | Ж    | М     | Ж    |
| Трудоспособный возраст          | Абс. | 423  | 183  | 409  | 176  | 378  | 168 | 358  | 157  | 345  | 170  | 1913  | 854  |
|                                 | %    | 39   | 25,6 | 38,9 | 22,6 | 38,6 | 22  | 35,2 | 21,6 | 35,4 | 22,9 | 38,9  | 22,9 |
| Старше трудоспособного возраста | Абс. | 660  | 532  | 643  | 602  | 600  | 595 | 660  | 570  | 630  | 573  | 3005  | 2872 |
|                                 | %    | 61   | 74,4 | 61,1 | 77,4 | 61,4 | 78  | 64,8 | 78,4 | 64,6 | 77,1 | 61,1  | 77,1 |
| Итого                           | Абс. | 1083 | 715  | 1052 | 778  | 978  | 763 | 1018 | 727  | 975  | 743  | 5106  | 3726 |
|                                 | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100 | 100  | 100  | 100  | 100  | 100   | 100  |

В 2015 г. из общего количества мужчин, признанных инвалидами (1083), 423 (39%) составили лица трудоспособного возраста и 660 (61%) лица старше трудоспособного возраста. В 2016 г. общее количество мужчин незначительно снизилось – до 1052, в том числе снизилось и количество лиц трудоспособного возраста до 409 (38,9%), и количество лиц старше трудоспособного возраста до 643 (61,1%). В 2017 г. тенденция к снижению количества инвалидов мужского пола сохранилась, их общее количество составило 978 человек, в том числе трудоспособном возрасте 378 (38,6%) и 600 (61,4%) старше трудоспособного

возраста. В 2018 г. наметился некоторый рост и составил 1018 человек, при этом количество мужчин трудоспособного возраста продолжило снижаться до 358 (35,2%), тогда как среди лиц старше трудоспособного возраста был отмечен рост до 660 (64,8%). В 2019 г. произошло снижение как общего количества мужчин, признанных инвалидами до 975, так и мужчин трудоспособного возраста – до 345 (35,4%) и мужчин старше взрослого возраста – до 630 (64,6%). За период 2015–2019 гг. инвалидами среди мужчин вследствие рака желудка признано 5106 человек, из них 1913 (38,9%) лица трудоспособного возраста и 3193 (61,1%) лица старше трудоспособного возраста. То есть у мужчин более трети контингента составляют лица трудоспособного возраста (38,9%) и менее 2/3 составляют лица старше трудоспособного возраста (61,1%).

У женщин, признанных инвалидами вследствие рака желудка, складывается несколько иная картина. В 2015 г. инвалидами в результате указанного заболевания было признано 715 женщин, из них 183 (25,6%) лица трудоспособного возраста и 532 (74,4%) лица старше трудоспособного возраста. В 2016 г. наметилась тенденция к росту количества лиц женского пола, что составило 778, в том числе 176 (22,6%) в трудоспособном возрасте и 602 (77,4%) лица старше трудоспособного возраста, т.е. увеличение количества инвалидов женского пола в 2016 г. произошло за счет лиц старше трудоспособного возраста. В 2017 г. произошло незначительное снижение количества женщин, признанных инвалидами вследствие рака желудка, что составило 763, из них 168 (22%) трудоспособного возраста и 595 (78%) старше трудоспособного возраста, т.е. снижение произошло в обеих возрастных группах, при этом удельный вес лиц старше трудоспособного возраста увеличился в сравнении с 2016 г. с 77,4 до 78%. В 2018 г. тенденция снижения этого контингента инвалидов среди женщин сохранилась, их количество снизилось на 36 больных в сравнении с 2017 г. и составило 727 пациентов, среди которых 157 (21,6%) лица трудоспособного возраста и 570 (78,4%) лица старше трудоспособного возраста. То есть снижение произошло за счет обеих возрастных групп, при этом удельный вес лиц старше трудоспособного вновь вырос и достиг 78,4%. В 2019 г. произошло некоторое

увеличение количества инвалидов женского пола (на 16 человек в сравнении с 2018 г.), что составило 743, в том числе 170 (22,9%) лиц трудоспособного возраста и 573 (77,1%) лиц старше трудоспособного возраста. В данном случае рост произошел в основном за счет лиц трудоспособного возраста, их удельный вес в сравнении с 2018 г. увеличился с 21,6 до 22,9% (Рисунок 4).

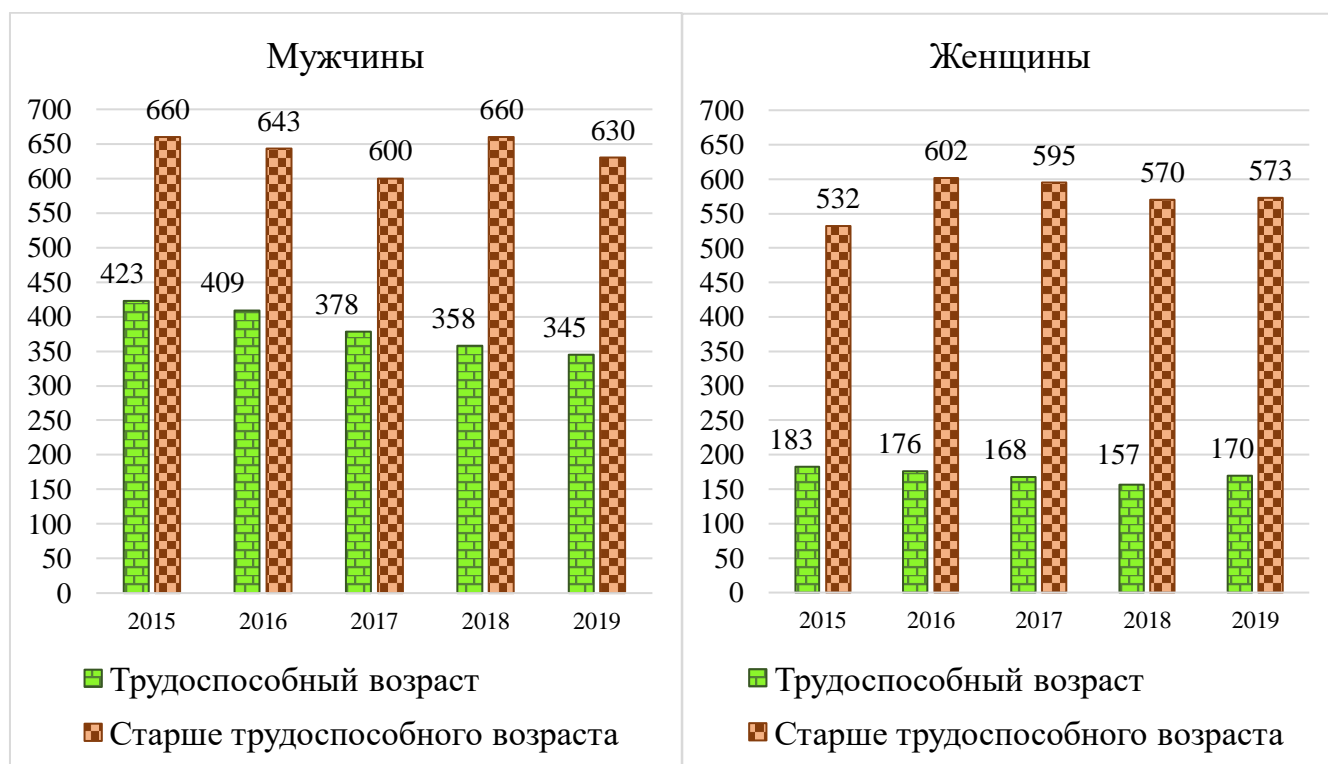


Рисунок 4 – Распределение исследуемого контингента по полу и возрасту

За исследуемый период (2015–2019) в г. Москве инвалидами вследствие рака желудка признано 3726 женщин, из них 854 (22,9%) трудоспособного возраста и 2872 (77,1%) старше трудоспособного возраста, т.е. у женщин в общем контингенте инвалидов значительно преобладают лица старше трудоспособного возраста (более 77%), трудоспособный возраст составляет несколько более 1/5 части (22,9%), тогда как у мужчин в структуре инвалидов лица трудоспособного возраста составляют более трети (38,9%), а лица старше трудоспособного возраста менее 2/3 (61,1%).

Уровень первичной инвалидности вследствие рака желудка за 2015–2019 гг. в г. Москве продемонстрировал следующую картину (Таблица 4).

В 2015 г. при численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста 10 479,2 тыс. человек впервые признаны инвалидами вследствие рака желудка 876 человек, интенсивный показатель на 10 тыс. населения составил 0,836. В 2016 г. на фоне роста численности населения указанной возрастной группы до 10 547,6 тыс. количество впервые признанных инвалидами снизилось до 835 человек, что соответственно привело к снижению интенсивного показателя до 0,792. В 2017 г. и в последующие годы эта тенденция сохранилась; так, в 2017 г. население увеличилось до 10 556,4 тыс. человек, а количество лиц, впервые признанных инвалидами, снизилось до 802, интенсивный показатель составил 0,760. В 2018 г. население увеличилось до 10 627,6 тыс. человек, количество признанных инвалидами составило 781 человек, интенсивный показатель 0,735. В 2019 г. население трудоспособного и старше трудоспособного возраста в г. Москве достигло 10 689,9 тыс. человек, количество впервые признанных инвалидами вследствие рака желудка вновь снизилось и составило 779 человек, достигнув своего минимума за весь период исследования, соответственно уменьшился и интенсивный показатель, который составил 0,729. Полученные данные свидетельствуют о неуклонном росте численности населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста в г. Москве за весь период исследования (с 10 479,2 тыс. в 2015 г. до 10 689,9 тыс. человек в 2019 г.), при этом количество лиц, признанных инвалидами впервые вследствие рака желудка, за аналогичный период неуклонно снижалось (с 876 человек в 2015 г. до 779 человек в 2019 г.). Соответственно снижался и интенсивный показатель на 10 000 населения (с 0,836 в 2015 г. до 0,729 в 2019 г.). Таким образом, общая тенденция первичного выхода на инвалидность вследствие рака желудка в г. Москве за 2015–2019 гг. имеет положительную динамику.

Таблица 4 – Уровень первичной инвалидности вследствие рака желудка по г. Москве (2015–2019 гг., оба пола)

| Годы  | Численность населения в возрасте трудоспособном и старше трудоспособного (на начало года), тыс. чел. | Признано инвалидами впервые вследствие рака желудка в г. Москве, абс. ч. | Интенсивный показатель на 10 тыс. населения |
|-------|--|--|---|
| 2015  | 10 479,2   | 876  | 0,836                                       |
| 2016  | 10 547,6   | 835  | 0,792                                       |
| 2017  | 10 556,4   | 802  | 0,760                                       |
| 2018  | 10 627,6   | 781  | 0,735                                       |
| 2019  | 10 689,9   | 779  | 0,729                                       |
| Итого | 52 900,7   | 4073   | 0,770                                       |

### 3.2. Распределение инвалидов вследствие рака желудка по группам инвалидности

Распределение по группам инвалидности лиц, впервые признанных инвалидами вследствие рака желудка, представлено в Таблице 5.

В 2015 г. из общего числа впервые признанных инвалидами – 876 человек – более трети – 333 (38%) – определена I группа инвалидности, более половины лиц – 465 (53,1%) – определена II группа инвалидности и лишь 78 (8,9%) определена III группа инвалидности. В 2016 г. на фоне снижения общего количества лиц, признанных инвалидами, в сравнении с 2015 г. до 835 человек количество лиц, признанных инвалидами I группы, увеличилось как в абсолютных цифрах, достигнув максимума за исследуемый период – 346 человек, так и в относительных цифрах, составив 41,4% от общего количества впервые признанных инвалидами вследствие рака желудка в 2016 г. При этом снизилась доля инвалидов II группы до 425 (51%) и доля инвалидов III группы до 64 (7,6%). В 2017 г. наметилась тенденция к снижению общего количества впервые признанных инвалидами среди исследуемого контингента до 802 человек. При этом произошло снижение количества инвалидов по всем группам инвалидности, в частности, инвалидами I группы было признано 327 (40,8%), инвалидами II группы – 412 (51,4%), инвалидами III группы – 63 (7,8%) больных. Указанная



тенденция сохранилась в 2018 г., общий объем впервые признанных инвалидами составил 781 человек, уменьшилась доля инвалидов I группы – 288 (36,9%), доля инвалидов II группы – 410 (52,5%), в то же время увеличилась доля инвалидов III группы, достигнув максимума за весь исследуемый период – 83 (10,6%) человека. В 2019 г., несмотря на снижение общего количества признанных инвалидами, минимальное значение за исследуемый период – 779 человек, доля инвалидов I группы увеличилась по сравнению с предыдущим годом и составила 301 (38,6%), доля инвалидов II группы также увеличилась и составила 418 (53,7%), тогда как доля инвалидов III группы уменьшилась, достигнув минимума за исследуемый период – 60 (7,7%) больных.

Таблица 5 – Данные о распределении по группам инвалидности лиц, впервые признанных инвалидами вследствие рака желудка за 2015–2019 гг. в г. Москве

| <b>Группа инвалидности</b>  |      | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>Всего</b> |
|-----------------------------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| I группа                    | Абс. | 333         | 346         | 327         | 288         | 301         | 1595         |
|                             | %    | 38          | 41,4        | 40,8        | 36,9        | 38,6        | 39,2         |
| II группа                   | Абс. | 465         | 425         | 412         | 410         | 418         | 2130         |
|                             | %    | 53,1        | 51          | 51,4        | 52,5        | 53,7        | 52,3         |
| III группа                  | Абс. | 78          | 64          | 63          | 83          | 60          | 348          |
|                             | %    | 8,9         | 7,6         | 7,8         | 10,6        | 7,7         | 8,5          |
| Признано инвалидами впервые | Абс. | 876         | 835         | 802         | 781         | 779         | 4073         |
|                             | %    | 100         | 100         | 100         | 100         | 100         | 100          |

Из общего количества впервые признанных инвалидами вследствие рака желудка за анализируемый период времени (2015–2019) – 4073 человека – инвалидность I группы установлена 1595 (39,2%), инвалидность II группы установлена 2130 (52,3%), инвалидность III группы установлена 348 человекам (8,5%). Таким образом, около 40% больным устанавливается I группа инвалидности, более чем в половине случаев (~52%) – II группа инвалидности и менее чем в 10% случаев определяется III группа инвалидности. То есть более чем 90% исследуемого контингента определяется I и II группы инвалидности, что свидетельствует о тяжести течения данного заболевания и высокой потребности в медико-социальной реабилитации изучаемого контингента.

Среди повторно признанных инвалидами вследствие рака желудка в г. Москве складывается несколько иная картина (Таблица 6).

Таблица 6 – Данные о распределении по группам инвалидности лиц, повторно признанных инвалидами вследствие рака желудка за 2015–2019 гг. в г. Москве

| Группа инвалидности          |      | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Всего |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| I группа                     | Абс. | 177  | 189  | 163  | 180  | 168  | 877   |
|                              | %    | 19,2 | 19   | 17,4 | 18,7 | 17,9 | 18,4  |
| II группа                    | Абс. | 438  | 484  | 480  | 456  | 457  | 2315  |
|                              | %    | 47,5 | 48,6 | 51,1 | 47,3 | 48,7 | 48,6  |
| III группа                   | Абс. | 307  | 322  | 296  | 328  | 314  | 1567  |
|                              | %    | 33,3 | 32,4 | 31,5 | 34   | 33,4 | 33    |
| Признано инвалидами повторно | Абс. | 922  | 995  | 939  | 964  | 939  | 4759  |
|                              | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100   |

В 2015 г. из общего количества повторно признанных инвалидами вследствие рака желудка (922 инвалида) инвалидность I группы установлена 19,2% (177), II группы – 47,5% (438), III группы – 33,3% (307). В 2016 г. количество лиц, признанных инвалидами повторно среди изучаемого контингента, увеличилось до 995 человек, в том числе увеличилось количество инвалидов I группы до 189 (19%), II группы – до 484 (48,6%) и III группы – до 322 (32,4%). В 2017 г. наметилась тенденция к снижению как общего числа повторно признанных инвалидами до 939 человек, так и по группам инвалидности. Инвалидов I группы отмечено 17,4% (163), II группы – 51,1% (480), III группы – 31,5% (296). В 2018 г. количество повторно признанных инвалидами вновь увеличилось, достигнув 964 человека, причем увеличение произошло за счет инвалидов I группы, их число достигло 180 (18,7%), и инвалидов III группы, количество которых достигло 328 (34%), тогда как количество инвалидов II группы в общем контингенте уменьшилось до 456 (47,3%). В 2019 г. вновь снизилось общее количество повторно признанных инвалидами до уровня 2017 г. и составило 939 человек. Причем снижение произошло за счет инвалидов I группы – 168 (17,9%) и III группы – 314 (33,4%), тогда как количество инвалидов II группы практически осталось на уровне 2018 г. и составило 457 (48,7%).

Из общего количества повторно признанных инвалидами вследствие рака желудка в г. Москве за 2015–2019 гг. – 4759 человек – инвалидов I группы было 877 (18,4%), II группы – 2315 (48,6%) и III группы – 1567 (33%), т.е. наибольшее количество составляют инвалиды II группы (48,6%), около трети составляют инвалиды III группы (33%) и менее 5 части (18,4%) – инвалиды I группы (Рисунок 5).

Таким образом, расклад по группам инвалидности среди повторно признанных инвалидами отличается от структуры впервые признанных инвалидами. В обоих случаях большинство составляли инвалиды II группы, в то же время среди впервые признанных инвалидами это большинство на протяжении всего периода исследования составляет более половины респондентов и колеблется в пределах от 51% в 2016 г. до 53,7% в 2019 г., тогда как среди повторно признанных инвалидами эта цифра составляет менее половины исследуемого контингента и колеблется в пределах 48,6% от общего числа повторно признанных инвалидами. Отличительной особенностью впервые признанных инвалидами вследствие рака желудка от повторно признанных является достаточно высокий удельный вес инвалидов I группы, колеблющийся в пределах 40%, тогда как среди повторно признанных инвалидами он колеблется в пределах 19%, в то же время количество инвалидов III группы среди впервые признанных инвалидами составляет менее 10%, а среди повторно признанных инвалидами достигает 33%. Безусловно, вышеуказанную динамику и структуру инвалидности необходимо учитывать при планировании мероприятий по медико-социальной реабилитации.

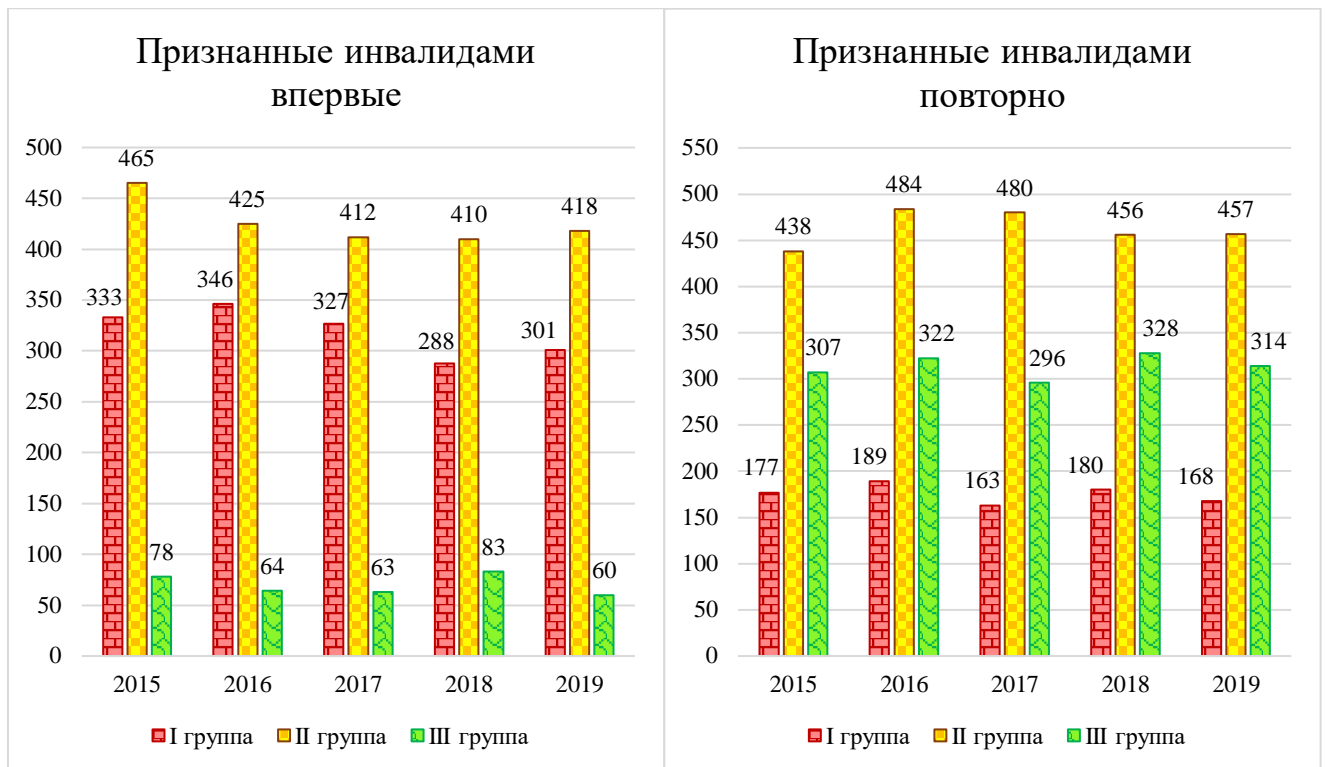


Рисунок 5 – Распределение лиц, признанных инвалидами вследствие рака желудка (впервые и повторно) в г. Москве за 2015–2019 гг. по группам инвалидности

В 2015 г. среди мужчин признаны инвалидами (впервые и повторно) 1083 человека, инвалиды I группы составили 313 (28,9%), II группы – 567 (52,4%), III группы – 203 человека (18,7%), среди женщин – 715 человек, инвалиды I группы составили 197 (27,6%), II группы – 336 (47%), III группы – 182 (25,4%) человека. В 2016 г. количество мужчин, признанных инвалидами, несколько уменьшилось (1052 человека), при этом количество инвалидов I группы увеличилось до 319 (30,3%), количество инвалидов II группы уменьшилось до 49,4% (520), а число инвалидов III группы увеличилось до 20,3% (213). Среди женщин наоборот увеличилось общее количество инвалидов до 778 человек, в том числе увеличилось общее количество инвалидов I группы до 216 (27,8%), II группы – до 389 (50%), а количество инвалидов III группы уменьшилось и составило 173 (22,2%).

Число лиц мужского пола, признанных инвалидами в 2017 г., снова уменьшилось до 978 человек, инвалидов I группы уменьшилось до 28,5% (279), II группы – до 51,8% (507), III группы – до 19,7% (192). Отмечено уменьшение и

общего числа женщин, признанных инвалидами до 763, в том числе инвалидов I группы – до 27,6% (211), II группы – до 50,5% (385), III группы – до 21,9% (167). Общее число мужчин, признанных инвалидами в 2018 г., увеличилось до 1018, причем увеличение произошло за счет инвалидов II группы – 511 человек (50,2%) и III группы – 211 (20,8%), тогда как количество инвалидов I группы уменьшилось и составило 296 (29%). Количество женщин в 2018 г., признанных инвалидами, наоборот уменьшилось и составило 727 человек. Снижение произошло за счет инвалидов I группы до 23,6% (172) и инвалидов II группы до 48,8% (355), тогда как количество инвалидов III группы увеличилось до 200 (27,6%). В 2019 г. количество мужчин вновь снизилось до 975, снижение произошло за счет инвалидов I группы до 27,7% (270) и III группы до 19,5% (190), тогда как число инвалидов II группы несколько увеличилось и составило 515 (52,8%). Количество женщин 2019 г. наоборот увеличилось и составило 743 человека, рост произошел за счет инвалидов I группы до 26,8% (199) и II группы до 48,5% (360), когда как число инвалидов III группы среди женщин уменьшилось до 24,7% (184).

Из вышеизложенного следует, что за весь период наблюдения (2015–2019) в г. Москве признано инвалидами среди мужчин 5106 человек, из которых инвалиды I группы составили 1477 человек (28,9%), II группы – 2620 (51,3%), III группы – 1009 (19,8%), среди женщин инвалидами вследствие рака желудка признано 3726, в том числе инвалидами I группы – 995 (26,7%), II группы – 1825 (49%), III группы – 906 (24,3%). Удельный вес инвалидов I и II групп среди мужчин составляет 80,2%, что несколько выше, чем у женщин: 75,7%, тогда как удельный вес инвалидов III группы среди женщин (24,3%) выше, чем среди мужчин (19,8%).

Изучение структуры инвалидности впервые и повторно признанных инвалидами вследствие рака желудка по группам инвалидности и полу за 2015–2019 гг. в г. Москве продемонстрировал следующую картину (Таблица 7).

Таблица 7 – Распределение лиц, признанных инвалидами впервые и повторно вследствие рака желудка за 2015–2019 гг. в г. Москве, по группам инвалидности и полу

| Группа инвалидности |      | 2015 |      | 2016 |      | 2017 |      | 2018 |      | 2019 |      | Всего |      |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
|                     |      | Муж  | Жен  | Муж  | Жен  | Муж  | Жен  | Муж  | Жен  | Муж  | Жен  | Муж   | Жен  |
| I                   | Абс. | 313  | 197  | 319  | 216  | 279  | 211  | 296  | 172  | 270  | 199  | 1477  | 995  |
|                     | %    | 28,9 | 27,6 | 30,3 | 27,8 | 28,5 | 27,6 | 29   | 23,6 | 27,7 | 26,8 | 28,9  | 26,7 |
| II                  | Абс. | 567  | 336  | 520  | 389  | 507  | 385  | 511  | 355  | 515  | 360  | 2620  | 1825 |
|                     | %    | 52,4 | 47   | 49,4 | 50   | 51,8 | 50,5 | 50,2 | 48,8 | 52,8 | 48,5 | 51,3  | 49   |
| III                 | Абс. | 203  | 182  | 213  | 173  | 192  | 167  | 211  | 200  | 190  | 184  | 1009  | 906  |
|                     | %    | 18,7 | 25,4 | 20,3 | 22,2 | 19,7 | 21,9 | 20,8 | 27,6 | 19,5 | 24,7 | 19,8  | 24,3 |
| Всего               | Абс. | 1083 | 715  | 1052 | 778  | 978  | 763  | 1018 | 727  | 975  | 743  | 5106  | 3726 |
|                     | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100   | 100  |

Социально-гигиеническая характеристика инвалидов вследствие рака желудка в г. Москве за исследуемый период (2015–2019) свидетельствует о достаточно стабильной ситуации, отмечаются незначительные колебания основных показателей инвалидности. В то же время она свидетельствует о достаточно высоком удельном весе среди исследуемого контингента инвалидов I и II групп (до 80%), что требует повышенного внимания к этой категории инвалидов со стороны органов власти.

#### **При написании данной главы использованы публикации автора:**

1. Великолуг К.А. Особенности выявления и дифференциальная диагностика рака желудка, пути совершенствования. Клиническое наблюдение / К.А. Великолуг, В.В. Филиппов, А.Ю. Пайков // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №4. – С. 125-133.
2. Филиппов В.В. Некоторые особенности медико-социальной экспертизы при раке желудка // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №2. – С. 49-55.

3. Филиппов В.В. Некоторые социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие рака желудка в городе Москве 2017-2019 гг. / В.В. Филиппов, С.Н. Пузин // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №3. – С. 76-82.
4. Запарий С.П. Повторная инвалидность лиц старше трудоспособного возраста вследствие рака желудка в г. Москве за 2015-2019 гг. / С.П. Запарий, Н.Н. Шмакова, Ю.А. Коврижных, В.В. Филиппов // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №3. – С. 31-37.
5. Пузин С.Н. Экспертиза временной нетрудоспособности: состояние, перспективы / С.Н. Пузин, Т.Ю. Быковская, В.А. Охлопков, В.В. Филиппов, Н.П. Шаркунов, В.В. Ким // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №4. – С. 60-67.
6. Пузин С.Н. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / С.Н. Пузин, Н.В. Дмитриева, А.Ю. Пайков, В.В. Филиппов, Ф.Д. Эркенова, В.Д. Физицкая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – №1. – С. 29-37.
7. Пузин С.Н. Показатели тяжести инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц молодого возраста в Москве за 2016-2018 г. / С.Н. Пузин, Ю.А. Коврижных, С.Н. Запарий, В.В. Филиппов, М.В. Коврижных // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т.28. – №3. – С.377-379.

## ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Заболеваемость раком желудка в России среди злокачественных новообразований занимает 4-е место, а среди новообразований желудочно-кишечного тракта стоит на 2-м месте. В структуре инвалидности населения от злокачественных новообразований рак желудка на 2-м месте, уступает лишь раку молочной железы, а в структуре смертности от злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта занимает 1-е место [42, 122]. Несмотря на значительные достижения в области диагностики злокачественных новообразований, в 70–75% случаев рак желудка диагностируют в III–IV стадиях, что, в свою очередь, негативно сказывается на результатах лечения и тяжести группы инвалидности.

При проведении медико-социальной экспертизы при раке желудка принципиально учитывать не только стадию заболевания и степень выраженности функциональных нарушений организма, но и прогноз течения заболевания, размер опухоли, ее локализацию, темп роста опухоли, результат гистологического исследования, наличие метастазов, объем хирургического вмешательства, наличие местных и общих осложнений после оперативного вмешательства, нуждаемость пациента в лучевой терапии, химиотерапии, психологическую составляющую конкретного пациента.

Для совершенствования медико-социальной экспертизы в отношении больных раком желудка проведено комплексное клиническо-экспертное обследование 156 пациентов, ставших инвалидами в результате этого заболевания.

Один из основных нормативных документов, используемых при проведении медико-социальной экспертизы вообще и медико-социальной экспертизы при раке желудка в частности, является приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями



медико-социальной экспертизы» [75, 124]. В соответствии с подп. «д» п. 3 второго раздела вышеуказанного приказа при раке желудка отмечаются нарушения функции пищеварения различной степени выраженности. Различают 4 степени выраженности этих нарушений, которые оцениваются в процентах и могут составлять от 10 до 100%. Больные со стойкими, незначительно выраженными нарушениями функций (от 10 до 30%), как правило, на медико-социальную экспертизу не направляются, так как эти нарушения не приводят к ограничению жизнедеятельности. Наиболее часто эти нарушения отмечаются у больных с I и II стадиями, которым проведено оперативное лечение.

При стойких умеренных нарушениях функций пищеварения, обусловленных последствиями лечения рака желудка, степень выраженности соответствует количественной оценке в пределах от 40 до 60% и является основанием для установления III группы инвалидности. Как правило, этот характер нарушений функций пищеварения встречается у больных с ПА, ПВ и ША стадиями рака желудка [20].

При стойких выраженных нарушениях функций органов пищеварения, вызванных последствиями злокачественных новообразований желудка, степень их выраженности соответствует количественной оценке от 70 до 80% и является основанием для установления II группы инвалидности. Как правило, эти нарушения встречаются у больных с ША, ШВ и IVA стадиями рака желудка.

При раке желудка IVB стадии, сопровождающейся региональными и отдаленными метастазами, прорастанием опухоли в окружающие органы и ткани, наступают стойкие, значительно выраженные нарушения функций пищеварения человеческого организма, соответствующие количественной оценке 90–100% и являющиеся основанием для установки I группы инвалидности. Следует отметить, что у больных раком желудка, в зависимости от стадии заболевания, локализации опухоли, объема оперативного вмешательства, наличия осложнений после оперативного лечения и ряда других параметров, может отмечаться не только нарушение функции пищеварения, но и зачастую нарушение метаболизма, иммунной системы, кроветворной системы, нарушение психических функций. В

этом случае при проведении медико-социальной экспертизы должна оцениваться степень выраженности каждой из нарушенных функций организма в процентах. В случае если эти нарушения оказывают негативное воздействие на организм в целом, то максимальная количественная оценка степени нарушения функций организма может быть увеличена на 10%.

При проведении медико-социальной экспертизы в отношении больных раком желудка, помимо определения количественной оценки нарушения функций органов и систем организма и степени их нарушения, необходимо определять и степень выраженности ограничений жизнедеятельности освидетельствуемого лица. Для больных раком желудка наиболее характерны ограничения следующих категорий жизнедеятельности: способность к трудовой деятельности и способность к самообслуживанию. Выделяют 3 степени выраженности ограничений жизнедеятельности. В частности, при первой степени ограничения способности к самообслуживанию человек затрачивает больше времени на выполнение обычных бытовых действий и своих физиологических потребностей либо выполняет эти действия мелко или с использованием вспомогательных средств. При второй степени человеку уже требуется частичная, регулярная помощь других лиц и вспомогательные технические средства реабилитации. И, наконец, при третьей степени у человека наступает полная зависимость от посторонних лиц, человек не способен себя обслуживать самостоятельно.

Ограничение способности к трудовой деятельности также имеет 3 степени. При первой степени ограничения способности к трудовой деятельности человек может продолжать трудовую деятельность в своей профессии в обычных условиях, но со снижением напряженности, объема и тяжести. При второй степени требуется создание специальных условий для трудовой деятельности, при этом, как правило, используются вспомогательные технические средства реабилитации. При третьей степени ограничения способности к трудовой деятельности зачастую вообще невозможна трудовая деятельность, за исключением отдельных видов элементарной трудовой деятельности с помощью других лиц [44].

Следует отметить, что при запущенных формах заболевания рака желудка встречаются и другие ограничения жизнедеятельности, в частности способность к самостоятельному передвижению, способность контролировать свое поведение, способность к ориентации, которые также имеют 3 степени выраженности [13].

Основные категории жизнедеятельности и их ограничения определяются с учетом возраста пациента, его биологического развития и исходя из оценки отклонения их от нормы.

Критерием для установления инвалидности пациенту, заболевшего раком желудка, является наличие заболевания со второй и более выраженной степенью стойких нарушений функций организма, которые приводят к ограничению второй или третьей степени выраженности одной или нескольких категорий жизнедеятельности и его нуждаемости в мерах социальной защиты.

Больным раком желудка при стойких, значительно выраженных нарушениях функции пищеварения, соответствующих количественной оценке от 90 до 100%, не способных обслуживать себя самостоятельно и не способных к трудовой деятельности, определяется I группа инвалидности. При стойких выраженных нарушениях функций организма, которые соответствуют количественной оценке в пределах от 70 до 80%, обслуживающих себя с частичной помощью других лиц и способных работать в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств, определяется II группа инвалидности. При стойких умеренных нарушениях функций организма, которые соответствуют количественной оценке от 40 до 60%, обслуживающих себя самостоятельно, но более длительное время или дробно и способных работать в своей профессии, с уменьшенным объемом работы либо со снижением квалификации, определяется III группа инвалидности.

В приложении 1 к вышеуказанному приказу Минтруда России приведена количественная система оценки степени выраженности нарушений функций организма человека применительно к его клинико-функциональной характеристике.

Указанное приложение имеет 8 граф. В первой графе указан порядковый номер класса болезней и его подпункты, во второй графе – классы болезней по МКБ-10, в третьей графе – блоки болезней по МКБ-10, в четвертой графе – наименования болезней, травм или дефектов и их последствия, в пятой графе – рубрика МКБ-10 и ее код, в шестой графе отражены виды стойких расстройств функций организма и рубрика МКФ, в седьмой графе указана клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма и, наконец, в восьмой графе отражена количественная оценка в процентах, которая и является определяющей при установлении той или иной группы инвалидности.

Злокачественные новообразования в вышеуказанном приложении идут под порядковым номером 2, класс болезней – новообразования, рубрики МКБ-10 – C00-D48. В примечании к данному пункту уточнено, что при определении количественной оценки при первичном освидетельствовании лиц со злокачественными новообразованиями необходимо учитывать локализацию, размер опухоли, ее анатомическую форму роста, тип опухоли, темп ее рост, гистологическое строение, стадию опухолевого процесса, наличие метастазов, характер поражения лимфатических узлов, в обязательном порядке прогноз заболевания. Не менее важным является объем и результаты хирургического вмешательства, результаты лучевой терапии, химиотерапии и гормонального лечения.

Кроме того, должны учитываться вид и объем лечения: радикальное, комбинированное, комплексное и паллиативное. Предусмотреть и учесть все требуемые параметры при проведении медико-социальной экспертизы врачом по медико-социальной экспертизе, не имеющего специальной подготовки по онкологии, весьма проблематично.

Злокачественное новообразование желудка (код по МКБ-10 C-16) идет под порядковым номером 2, подп. 2.1.4. Коду C16 отведены 4 подпункта. Первый – подп. 2.1.4.1 рак желудка I–II стадии ( $T_1N_0M_0$ ) после радикального лечения при нарушениях функции системы крови и иммунной системы с кодом МКФ В430–439, соответствует количественной оценке от 10 до 30%, что не является

основанием для установления группы инвалидности. Второй – подп. 2.1.4.2 рак желудка I–II стадии ( $T_{1-2}N_0M_0$ ) после радикального лечения гастрэктомией без местных и общих осложнений, сопровождающийся нарушением со стороны иммунной, кроветворной и пищеварительной систем с кодом МКФ В430–439, В510–539, соответствует количественной оценке от 40 до 60%, т.е. является основанием для определения III группы инвалидности. Третий – подп. 2.1.4.3 включает рак желудка II–III стадии ( $T_{1,2,3}N_{1,2,3}M_0$ ) после радикальной операции – гастрэктомии с наличием местных и общих осложнений, кроме того, в этот же подпункт включен рак желудка после паллиативного лечения и стабилизация онкологического процесса. При этом должны быть нарушены функции системы крови, сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем, нарушение метаболизма с кодами по МКФ В430–439; В410–429; В440–449; В540–559; В510–539. В этом случае указанные изменения соответствуют количественной оценке в 70–80% и являются основанием для определения II группы инвалидности. Четвертый – подп. 2.1.4.4 включает рак желудка IV стадии ( $T_{1,2,3,4}N_{1,2}M_{0,1}$ ) инкурабельное состояние, при котором отмечается нарушение функций организма практически со стороны всех органов и систем вплоть до нарушения психических функций с кодами МКФ В110–139; В140–189; В430–439; ВВ710–789; В410–439; В198; В188. Наличие указанных нарушений соответствует количественной оценке в 90–100% и является основанием для установления I группы инвалидности.

Необходимо отметить, что в графе 6 приложения «Виды стойких расстройств функций организма человека. Рубрика МКФ» в отношении рака желудка указаны соответствующие рубрики МКФ, отражающие нарушение тех или иных функций организма при этом заболевании, которые следует учитывать во время медико-социальной экспертизы. В частности, к п. 2.1.4.2 применяют рубрики МКФ В430–439, характеризующие функции системы крови и иммунной системы, и рубрики В510–539, характеризующие функции пищеварения, в том числе продвижение пищи по кишечнику, выделения кишечных и желудочных ферментов, процесс всасывания из кишечника продуктов переваривания пищи,

процесс дефекации и процесс сохранения массы тела. При этом необходимо обращать внимание на такие факты, как снижение массы тела или кахексию, наличие истощения или наоборот избыточную массу тела. В подп. 2.1.4.3 к вышеуказанным рубрикам МКФ добавлены дополнительно следующие рубрики В410–429, которые относятся к функциям сердечно-сосудистой системы, рубрики В440–449, характеризующие функции органов дыхания, включая газообмен в легких, транспортировку кислорода к тканям, частоты дыхания его глубину, а также функцию дыхательных мышц. Включены также рубрики В540–559, которые характеризуют функции эндокринной системы, а также общего обмена веществ в организме, в частности углеводный обмен, белковый обмен, жировой обмен, в том числе катаболизм и анаболизм, энергетический обмен. И, наконец, подп. 2.1.4.4, относящийся к раку желудка IV стадии, помимо рубрик МКФ, указанных выше, дополнен рубриками В110–139, характеризующими умственные функции, включающие сознание, его ясность, в том числе качество сознания, а также состояние комы, делирия и ступора. Данные рубрики отражают и умственные функции, способные формировать межличностные навыки общения и формирование социальных взаимоотношений.

Включены также рубрики МКФ В198 и В199, характеризующие уточненные и неуточненные умственные функции. Вместе с тем следует отметить, что указанные рубрики МКФ отражают обобщенные нарушения функций организма, не детализируя их и, более того, не учитывая их количественной оценки. В соответствии с детализированной классификацией МКФ функции организма представляют собой физиологические функции всех систем человеческого организма. Нарушения этих функций возникают при развитии различных проблем в структуре организма, приводящих к различным их отклонениям или к полной утрате отдельных функций. В свою очередь, эти нарушения в соответствии с МКФ могут быть легкими, умеренными, тяжелыми и абсолютными, которые имеют свою количественную оценку в процентах. В частности, легким нарушениям соответствует количественная оценка от 5 до 24%, умеренным – 25–49%, тяжелым – 50–95% и абсолютным нарушениям – 96–100%. Определение

этих количественных оценок должно иметь свои научно обоснованные унифицированные методики и применяться на практике при проведении медико-социальной экспертизы.

По указанным в данном приложении рубрикам МКФ можно лишь сложить представление об имеющихся нарушениях функций организма у конкретного освидетельствуемого лица, но весьма проблематично оценить эти нарушения количественно в процентах. В свою очередь, количественная оценка, приведенная в восьмой графе этого документа, привязана к клинко-функциональному диагнозу по МКБ-10, который предполагает изменение здоровья в результате болезни, расстройства или травмы, а также этиологию этого нарушения, но не учитывает нарушения функционирования и ограничения жизнедеятельности больного человека, которые классифицируются в системе МКФ. Таким образом, МКБ 10-го пересмотра и Международная классификация функционирования – это абсолютно разные вещи, но в то же время дополняющие друг друга, они должны применяться совместно при проведении медико-социальной экспертизы. МКБ-10 констатирует нарушение здоровья или болезнь и процесс развития этого патологического состояния, а МКФ констатирует нарушения функционирования организма, связанные с нарушениями здоровья.

Таким образом, действующая нормативно-правовая база по определению инвалидности в Российской Федерации делает упор на клинко-функциональный диагноз больного, установленный в соответствии с МКБ-10, в том числе количественную оценку в процентах, имеющую решающее значение при установлении группы инвалидности, также привязана к МКБ-10. Приведенные же в приложении рубрики МКФ, скорее, предлагают учитывать имеющиеся у пациента нарушения функционирования при конкретном заболевании, но не оказывают существенного влияния на группу инвалидности, в то же время эти нарушения должны в обязательном порядке использоваться при разработке индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалида, так как они учитывают не только функции и структуру организма, но и факторы окружающей среды и личностные факторы инвалида [42, 96].

Примечательным является тот факт, что совместный приказ Минтруда России и Минздрава России от 31.01.2019 № 52н/35н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» [100] вообще не содержит злокачественные новообразования, в том числе и рак желудка. Следовательно, при направлении на медико-социальную экспертизу в части, касающейся объема обследования, следует руководствоваться клиническими рекомендациями «Рак желудка».

В настоящее время достоверно не установлено влияния клеточного строения опухоли и ее дифференциации на прогноз течения онкологического заболевания. В данном исследовании наиболее часто у исследуемого контингента встречалась тубулярная аденокарцинома умеренно дифференцированная – 39 человек (25%), на 2-м месте низкодифференцированная аденокарцинома – 28 человек (17,9%), на 3-м месте папиллярная аденокарцинома высокодифференцированная – 26 (16,7%), далее следует перстневидно-клеточная аденокарцинома – 19 (12,2%), тубулярная аденокарцинома высокодифференцированная – 18 (11,5%), низкодифференцированный рак – 15 (9,6%), плоскоклеточный рак – 11 (7,1%) больных (Таблица 8).

Гораздо большее влияние на прогноз течения заболевания оказывает локализация опухоли в желудке и анатомическая форма ее роста, а также глубина поражения стенки желудка.

Так, например, у пациентов при раке кардиального отдела желудка 5-летняя выживаемость почти в два раза ниже, чем у больных с локализацией опухоли в выходном отделе желудка. Кроме того, распространение опухоли на пищевод или двенадцатиперстную кишку делает прогноз заболевания, даже на ранних стадиях, сомнительным. Также существенное влияние на 5-летнюю выживаемость оказывает форма роста опухоли. При эндофитном росте она в 2 раза ниже, чем при экзофитном росте опухоли.



Таблица 8 – Распределение исследуемого контингента по гистологической классификации злокачественных новообразований

| Гистологическая классификация                         | Количество пациентов |      | Пол  |      | Возраст, лет |       |       |       |
|---|----------------------|------|------|------|--------------|-------|-------|-------|
|   | Абс.                 | %    | Муж. | Жен. | 40–50        | 51–60 | 61–70 | 71–80 |
| Папиллярная аденокарцинома                            | 26                   | 16,7 | 20   | 6    | 3            | 12    | 9     | 2     |
| Тубулярная аденокарцинома высокодифференцированная    | 18                   | 11,5 | 14   | 4    | 2            | 7     | 6     | 3     |
| Тубулярная аденокарцинома умеренно дифференцированная | 39                   | 25,0 | 26   | 13   | 1            | 15    | 17    | 6     |
| Низкодифференцированная аденокарцинома                | 28                   | 17,9 | 21   | 7    | 2            | 12    | 9     | 5     |
| Перстневидно-клеточная аденокарцинома                 | 19                   | 12,2 | 13   | 6    | 2            | 8     | 6     | 3     |
| Плоскоклеточный рак                                   | 11                   | 7,1  | 8    | 3    | 1            | 5     | 3     | 2     |
| Низкодифференцированный рак                           | 15                   | 9,6  | 9    | 6    | 4            | 5     | 4     | 2     |
| Итого   | 156                  | 100  | 111  | 45   | 15           | 64    | 54    | 23    |

Исследуемый контингент по локализации опухоли и характеру и ее роста распределился следующим образом (Таблица 9). На 1-м месте по локализации опухоли стоят злокачественные новообразования преддверия привратника – 31 пациент (19,9%), при этом у 19 из них был экзофитный рост опухоли, а у – 12 эндофитный. На 2-м месте злокачественные новообразования тела желудка – 24 больных (15,4%), у 11 – экзофитный рост опухоли, у 13 – эндофитный рост опухоли. На 3-м месте злокачественные новообразования кардиального отдела желудка – 22 больных (14,1%), у 15 – экзофитный рост опухоли, у 7 – эндофитный рост опухоли. Далее следуют злокачественные новообразования малой кривизны желудка – 20 (12,8%), у 9 – экзофитный рост опухоли, у 11 – эндофитный рост опухоли. Злокачественные новообразования привратника желудка – 18 (11,5%) больных, с экзофитным ростом – 11, с эндофитным ростом опухоли – 7. Злокачественные новообразования большой кривизны желудка – 17 (10,8%), с экзофитным ростом – 11, с эндофитным ростом опухоли – 6. Злокачественные новообразования дна желудка – 13 (8,3%), с экзофитным ростом – 8, с эндофитным ростом опухоли – 5. Злокачественные новообразования желудка, выходящие за пределы вышеуказанных областей, – 11 (7,2%), с экзофитным

ростом – 7, эндофитным ростом – 4. У большинства пациентов из числа исследуемого контингента – 91 (58,3%) – характер роста опухоли был экзофитный, у 65 (41,7%) рост опухоли был эндофитным.

Таблица 9 – Распределение исследуемого контингента по локализации и характеру роста опухоли

| Локализация опухоли                              | Количество пациентов | Характер роста опухоли |            |
|--|----------------------|------------------------|------------|
|  |                      | Экзофитный             | Эндофитный |
| Кардиальный отдел                                | 22 (14,0%)           | 15 (16,4%)             | 7 (10,7%)  |
| Дно желудка                                      | 13 (8,3%)            | 8 (8,8%)               | 5 (7,7%)   |
| Тело желудка                                     | 24 (15,4%)           | 11 (12,1%)             | 13 (20%)   |
| Преддверие привратника                           | 31 (19,9%)           | 19 (20%)               | 12 (18,5%) |
| Привратник                                       | 18 (11,5%)           | 11 (12,1%)             | 7 (10,7%)  |
| Малая кривизна желудка                           | 20 (12,9%)           | 9 (9,9%)               | 11 (17%)   |
| Большая кривизна желудка                         | 17 (10,8%)           | 11 (12,1%)             | 6 (9,2%)   |
| ЗНО, выходящие за пределы вышеуказанных областей | 11 (7,2%)            | 7 (7,7%)               | 4 (6,2%)   |
| Итого  | 156 (100%)           | 91 (100%)              | 65 (100%)  |

Ведущее значение при проведении медико-социальной экспертизы больных раком желудка имеет стадия заболевания и объем выполненного хирургического вмешательства. Основным радикальным методом лечения рака желудка является оперативное вмешательство, выполняемое в различных объемах. В начальных стадиях при различных формах роста опухоли и ее локализации не выше угла желудка, как правило, выполняется субтотальная резекция желудка. В случае распространения опухоли выше угла желудка выполняется гастрэктомия.

При локализации опухоли в кардиальном отделе желудка или в области его дна на начальных стадиях может выполняться органосохраняющая операция – проксимальная резекция желудка, а при невозможности ее выполнения объем хирургического вмешательства может быть расширен до гастрэктомии. В последние годы появились данные, что проведение химиотерапии при раке желудка до и после операции позволяет значительно улучшить прогноз заболевания и повысить 5-летнюю выживаемость этой категории больных. В неоперабельных случаях широко используют химиотерапию и лучевую терапию, иногда в комбинации с паллиативными хирургическими вмешательствами в виде гастростомии, гастроэнтероанастомоза и др. Развитие химиотерапии позволило

ряду пациентов, ранее считавшихся неоперабельными, получить возможность увеличить продолжительность жизни. В частности, при наличии метастазов на брюшине вначале проводится химиотерапия несколькими курсами, приводящая к исчезновению метастатических поражений, вторым этапом проводится хирургическое вмешательство по удалению первичной опухоли.

Своевременно выполненное радикальное хирургическое вмешательство по поводу рака желудка в I–IIIА стадиях в большинстве случаев приводит к клиническому излечению больных, за исключением случаев в IIIА стадии, при которых процесс распространяется либо на пищевод, либо на двенадцатиперстную кишку, а также больных, имеющих заболевания в IIIB и IVA стадиях. У этой категории больных зачастую возникают рецидивы заболевания или метастатическое поражение других органов, которые довольно трудно поддаются лечению. Клинический и трудовой прогноз у больных раком желудка I–IIIА стадий после радикального лечения благоприятный, у больных с IIIB и IVA стадиями рака желудка прогноз сомнительный, у больных с IVB стадией заболевания – неблагоприятный.

При проведении медико-социальной экспертизы больным раком желудка необходимо учитывать имевшие место после хирургического вмешательства различные осложнения, например, такие как несостоятельность анастомоза с развитием кишечных свищей или абсцессов в брюшной полости, перитонита, требующих повторных хирургических вмешательств, значительно усугубляющих состояние здоровья пациента и приводящих к утяжелению инвалидности. Перечисленные осложнения относятся к так называемым ранним послеоперационным осложнениям. В то же время в ряде случаев наступают осложнения после оперативного вмешательства в более поздние сроки. К таким осложнениям можно отнести синдром приводящей петли, гастрит культи желудка, синдром малого желудка, анастомозит, рубцовый стеноз анастомоза, рефлюкс-эзофагит, приводящие к нарушению питания, астенизации, потере массы тела, довольно часто у этой категории больных отмечается хроническая анемия. Перечисленные выше последствия радикального хирургического вмешательства у

больных раком желудка негативно сказываются, в том числе, на процессе реабилитации этой категории больных. Следует учитывать и методику, по которой произведено хирургическое вмешательство. Наиболее распространенными методиками являются резекция желудка по Бильрот I и Бильрот II. Несомненно, резекция желудка по Бильрот I является более физиологичной, так как сохраняет пассаж желудочного содержимого по двенадцатиперстной кишке. При этой методике значительно менее выражены функциональные расстройства органов пищеварения. При наложении же анастомоза по способу Бильрот II значительно чаще возникают различные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, приводящие к утяжелению инвалидности. Однако необходимо отметить, что наложение анастомоза по Бильрот I довольно часто затруднено технически при необходимости удаления значительной части желудка с соблюдением требований абластики.

В отдельных случаях выполняются комбинированные операции с резекцией близлежащих органов, которые зачастую приводят к выраженному нарушению пищеварения, требующему значительных сроков для адаптации организма. У данной категории пациентов развивается соматическая астения и синдром диэнцефальных нарушений, к которым в последующем при отсутствии адекватной терапии присоединяются психические нарушения, проявляющиеся в виде изменений личности, сужения круга интересов, раздражительности, заторможенности.

Принципиальным является вопрос о сроках временной нетрудоспособности при постановке диагноза «рак желудка» и сроках направления граждан на освидетельствование в учреждения медико-социальной экспертизы. При проведении хирургического вмешательства на ранних стадиях (I–IIA стадии) в случае отсутствия каких-либо осложнений после оперативного вмешательства, как правило, срок временной нетрудоспособности составляет не более 10 месяцев, степень выраженности функциональных нарушений носит минимальный и незначительный характер и больные возвращаются к трудовой деятельности либо в своей профессии, либо, если они занимались тяжелым физическим трудом,

трудоустраиваются по рекомендации врачебной комиссии медицинской организации на более легкую работу, не противопоказанную по состоянию здоровья. Вместе с тем следует отметить, что при развитии различных постгастрорезекционных осложнений после радикального лечения рака желудка I–IIA стадий пациенты могут иметь стойкие, умеренно выраженные нарушения функций организма, и в этом случае они направляются на освидетельствование в учреждения медико-социальной экспертизы для определения группы инвалидности и разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида [94].

Радикально прооперированные больные с IIIA, IIIB и IVA стадиями в связи с сомнительным прогнозом также должны быть направлены на медико-социальную экспертизу с целью определения группы инвалидности и составления индивидуальной программы реабилитации инвалида. Целесообразно направлять эту категорию больных на медико-социальную экспертизу в более ранние сроки, непосредственно после стабилизации состояния после оперативного вмешательства с целью более раннего начала комплексных мероприятий по медико-социальной реабилитации.

Больные с IVB стадией рака желудка после паллиативного вмешательства должны направляться на медико-социальную экспертизу в максимально ранние сроки с целью определения комплекса мер медицинского и социального характера, направленных на облегчение состояния пациента, оказание ему мер социальной поддержки и в случае необходимости оказание паллиативной медицинской помощи в условиях стационара или на дому. Считаем необходимым данной категории больных при первичном освидетельствовании с учетом неблагоприятного прогноза определять I группу инвалидности без срока переосвидетельствования.

При повторном освидетельствовании больных раком желудка оценивается степень выраженности функциональных нарушений организма после проведенного лечения, наличия возможных рецидивов, метастазов или каких-либо других осложнений, наступление ремиссии либо, наоборот,

продолжающийся рост опухоли после оперативного лечения, степень выраженности сопутствующих заболеваний (прогрессирование ранее имевшихся заболеваний либо возникновение новых). Оценивается прогноз течения заболевания и результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Как при первичном направлении на медико-социальную экспертизу, так и при повторном направлении в отношении больных с диагнозом «рак желудка» должен быть выполнен необходимый перечень клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, в частности, в обязательном порядке должны быть представлены развернутые клинический и биохимический анализ крови, исследования ее свертывающей системы, анализ мочи и онкомаркеры РЭА, СА19.9, СА72.4. Кроме того, выполняется ФГДС с биопсией опухоли, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерная томограмма, гистологическое и цитологическое исследование биопсийного материала, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. В случае наличия метастазов проводится их биопсия под контролем УЗИ или КТ, по показаниям проводится остеосцинтиграфия. Для исключения метастатического поражения костного мозга может выполняться стерильная пункция. С целью определения распространенности опухоли и степени ее прорастания выполняется лапароскопическое исследование брюшной полости и ПЭТ-КТ.

При проведении медико-социальной экспертизы, помимо стадии заболевания, распространенности опухоли, объема проведенного оперативного вмешательства, наличия осложнений, учитывается также объем и кратность применения химиотерапии или лучевой терапии и их результат. Следует отметить, что химиотерапия и лучевая терапия зачастую сопровождаются высокой токсичностью и негативно влияют на общесоматический и психический статус пациента, что необходимо учитывать при проведении медико-социальной экспертизы.

Больные раком желудка из числа исследуемого контингента по стадии заболевания и группам инвалидности распределились следующим образом (Таблица 10).

Таблица 10 – Распределение освидетельствованных граждан по стадии заболевания и группам инвалидности

| Стадия заболевания | Количество пациентов |      | Количество признанных инвалидами | Группа инвалидности | Срок инвалидности                 |
|--------------------|----------------------|------|----------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
|                    | Абс.                 | %    |                                  |                     |                                   |
| ПВ стадия          | 12                   | 7,7  | 12                               | 3                   | На 1 год                          |
| ША стадия          | 45                   | 28,8 | 45                               | 2                   | На 1 год                          |
| ПВ стадия          | 49                   | 31,4 | 49                               | 2                   | На 1 год                          |
| IVA стадия         | 39                   | 25,0 | 39                               | 2                   | На 1 год                          |
| IVB стадия         | 11                   | 7,1  | 11                               | 1                   | Без срока переосвидетельствования |
| Итог               | 156                  | 100  | 156                              |                     |                                   |

Со ПВ стадией было освидетельствовано 12 человек (7,7%), всем им установлена III группа инвалидности сроком на один год. С ША стадией освидетельствовано 45 человек (28,8%), с ПВ стадией освидетельствовано 49 человек (31,4%) с определением им II группы инвалидности сроком на один год. С IVA стадией освидетельствовано 39 человек (25%). Всем им установлена II группа инвалидности сроком на один год. С IVB стадией освидетельствовано 11 (7,1%), которым ввиду тяжести их состояния и неблагоприятного прогноза установлена I группа инвалидности без срока переосвидетельствования.

Примечательным является тот факт, что большинство пациентов – 133 человека (85,2%) – были направлены на медико-социальную экспертизу уже в запущенных стадиях (ША, ПВ, IVA стадии), что и послужило основанием для определения им II группы инвалидности. Только 12 человек (7,7%) имели ПВ стадию заболевания, всем им было выполнено радикальное хирургическое вмешательство, они имели стойкие, умеренно выраженные нарушения функции пищеварения, в связи с чем им была определена III группа инвалидности сроком на один год. 11 человек (7,1%) имели IVB стадию – инкурабельный рак желудка с метастазами, им были выполнены паллиативные хирургические вмешательства, направленные на восстановление пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту, но состояние их здоровья оставалось достаточно тяжелым с неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом. Они имели стойкие, значительно

выраженные нарушения функций организма, приводящие к неспособности к самообслуживанию, и нуждались в постоянной посторонней помощи.

По объему хирургического вмешательства исследуемый контингент распределился следующим образом (Рисунок 6): наиболее распространенным видом оперативного вмешательства при раке желудка, по данным нашего исследования, является гастрэктомия, т.е. тотальное удаление желудка, – 59 человек (37,8%), далее следует резекции 3/4 желудка – 49 человек (31,4%), субтотальная резекция – 37 человек (23,7%), гастрэктомия с резекцией пораженных соседних органов – 8 человек (5,2%), паллиативные хирургические вмешательства – 3 человека (1,9%). Объем хирургического вмешательства зависит не только от стадии заболевания, но и от локализации опухоли. В большинстве случаев радикального удаления опухоли желудка операция сопровождается расширенной лимфаденэктомией, что, в свою очередь, нарушает лимфоотток верхнего этажа брюшной полости, ведет повреждению элементов чревного нервного сплетения, приводящего в последующем к функциональным нарушениям органов пищеварения. Кроме того, при резекции желудка и гастрэктомии пересекаются оба ствола блуждающего нерва, приводящие в последующем к денервации желчного пузыря, нарушению его моторной функции, застою желчи и, как результат, формированию желчнокаменной болезни.

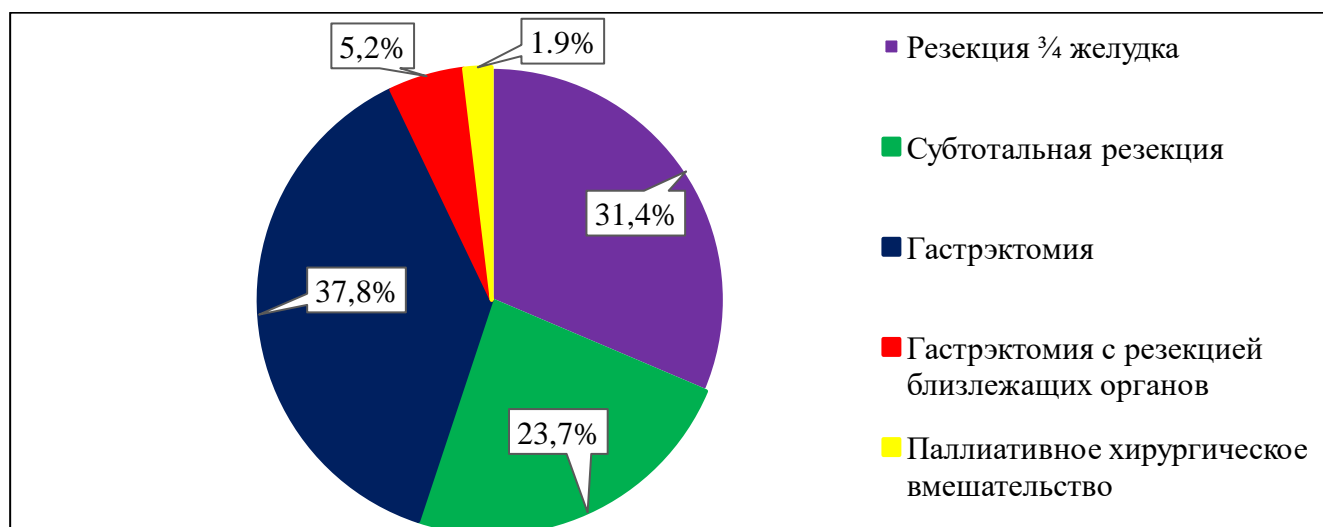


Рисунок 6 – Распределение исследуемого контингента по объему хирургического вмешательства



Гастрэктомия наиболее часто выполняется при локализации опухоли в области дна желудка, в кардиальном и субкардиальном отделах, в области тела желудка, а также при диффузном распространении опухоли в желудке. Резекция желудка в том или ином объеме и виде, как правило, выполняется при наличии опухоли в области преддверия привратника, в области привратника, большой кривизны, без прорастания всех слоев желудка и близлежащих органов брюшной полости. Удаление части желудка либо полное удаление желудка требует реконструктивного восстановления пассажа пищи по пищеварительному тракту. Применяются следующие варианты реконструкции: с сохранением дуоденального пассажа, при котором непосредственно пищевод или культя желудка соединяются с двенадцатиперстной кишкой и таким образом сохраняется пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке, что считается наиболее физиологичным. Вместе с тем технически выполнить такую операцию, особенно при гастрэктомии, не всегда представляется возможным. В этом случае двенадцатиперстная кишка выключается и формируется анастомоз между пищеводом или культей желудка и петлей тощей кишки по методике Ру. Причем оба этих метода могут выполняться как с формированием резервуара, так и без формирования (Рисунок 7).



Рисунок 7 – Схема реконструктивного восстановления пассажа пищи после радикального удаления злокачественного новообразования желудка

При дистальной резекции желудка применяют в основном два варианта восстановления непрерывности пищеварительного тракта: первый по методу Бильрот I и второй по методу Бильрот II.

В Европе предпочтение отдают методу Бильрот II, предполагающему анастомоз между культей желудка и тощей кишкой с выключением по методу Ру петли тощей кишки длиной не менее 40 см для исключения рефлюкса желчи в культю желудка и пищевод. Метод Бильрот I чаще применяется на ранних стадиях заболевания и при небольших размерах опухоли.

При небольших опухолях, расположенных в кардиальном и субкардиальном отделах желудка, а также в области дна желудка, может выполняться

проксимальная субтотальная резекция желудка с формированием анастомоза между пищеводом и культей желудка. При этом методе сохраняется пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке, но зачастую как результат ваготомии развивается осложнение в виде стойкого спазма привратника, нарушающего пассаж пищи из культи желудка, в связи с чем с профилактической целью выполняется пилоропластика.

При проведении медико-социальной экспертизы больных с последствиями радикального лечения рака желудка необходимо учитывать различные развившиеся патологические состояния. В частности, состояния, связанные с потерей анатомического резервуара и денервацией желудочно-кишечного тракта, в том числе возможными воспалительными и рубцовыми изменениями, приводящими к развитию стриктур и стенозов и нарушению пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту.

Кроме того, выключение желудка и двенадцатиперстной кишки из процесса пищеварения приводит к новым анатомическим и физиологическим соотношениям и развитию компенсаторных реакций в ответ на оперативное вмешательство, которые не могут в полном объеме компенсировать утраченные функции желудочно-кишечного тракта и приводят к развитию патологических состояний в виде анемии, гипопротеинемии, алиментарной недостаточности и нарушению электролитного баланса. Указанные нарушения отрицательно сказываются на качестве жизни этих пациентов и требуют не только адекватного подбора лекарственной терапии, но и коррекцию образа жизни, режима питания, а в отдельных случаях проведения хирургической коррекции имеющихся нарушений.

Длительное время единственным и основным методом лечения рака желудка считался хирургический метод, когда пациенту удалялись часть желудка либо весь желудок. Вместе с тем в последние годы достаточно часто появляются данные о применении химиотерапии перед операцией и после нее, что, в свою очередь, положительно влияет на отдаленные результаты, а в ряде случаев позволяет прооперировать больных, которые ранее считались неоперабельными.

В частности, при наличии метастатического поражения брюшины вначале проводится химиотерапия несколькими курсами, затем контрольная лапароскопия с целью оценки эффективности химиотерапии, и, наконец, в случае исчезновения метастазов проводится радикальное удаление опухоли.

Химиотерапия – это введение лекарственных препаратов в организм человека, направленное на уничтожение злокачественных клеток в нем. Проведение химиотерапии проводится по следующей схеме: определяется сам препарат, показанный конкретному больному, способ его введения, его доза, а также длительность лечения этим препаратом.

Химиотерапия может проводиться с использованием одного препарата – монокимиотерапия и с использованием нескольких препаратов – полихимиотерапия, или комбинированная химиотерапия.

При раке желудка комбинированная химиотерапия применяется чаще при местно-распространенной неоперабельной аденокарциноме желудка.

В качестве стандарта химиотерапии рака желудка в первой линии применяется достаточно широкий спектр различных режимов. На выбор конкретного режима влияет общесоматическое состояние пациента, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, возраст больного. В частности, для лиц пожилого возраста с выраженной сопутствующей патологией показанной является комбинация XELOX. Для лиц молодого возраста без сопутствующих заболеваний назначаются трехкомпонентные режимы. При проведении химиотерапии первой линии, как правило, назначается 6–8 курсов с последующим динамическим наблюдением.

В случае рецидива и прогрессирования заболевания проводится химиотерапия второй линии, направленная на уничтожение стремительно рецидивирующих раковых клеток. В то же время применяемые при этом препараты не в состоянии полностью уничтожить опухоль. Они только тормозят их дальнейший рост. Химиотерапия второй линии способна лишь на 10% увеличить продолжительность жизни больного при условии, что раковые клетки чувствительны к химиопрепарату, вводимому пациенту.

На современном этапе развития онкологии химиотерапия при раке желудка в нашей стране доступна для основной категории больных. В отдельных случаях возникают сложности с проведением многокомпонентной химиотерапии при операбельном раке желудка. В то же время этот подход не очень популярен в России в связи с консерватизмом хирургов-онкологов, а в отдельных случаях и химиотерапевтов.

При проведении медико-социальной экспертизы больным с последствиями хирургического лечения рака желудка ведущими критериями являются стадия заболевания и объем хирургического вмешательства. Из числа исследуемого контингента у большинства (59 человек, 37,8%) респондентов выполнена гастрэктомия (Таблица 11), которая привела к стойким выраженным нарушениям функции пищеварения III степени и ограничению способности к трудовой деятельности II степени, что послужило основанием для установления II группы инвалидности. У 49 человек (31,4%) выполнена операция резекция 3/4 желудка, которая, в свою очередь, вызвала нарушение функции пищеварения у 12 человек II степени, а у 37 человек III степени и ограничение способности к трудовой деятельности у 49 человек II степени, что послужило основанием для установления III группы инвалидности у 12 человек и II группы инвалидности у 37 человек. Субтотальная резекция желудка выполнена в 37 случаях (23,7%). Во всех случаях при этом виде оперативного вмешательства отмечалось нарушение функции пищеварения III степени и ограничение способности к трудовой деятельности II степени, что явилось основанием для установления II группы инвалидности. У 8 больных (5,2%) была выполнена гастрэктомия с резекцией близлежащих органов, так как имело место поражение части этих органов опухолевым процессом. Последствия этого вида оперативного вмешательства привели к нарушениям функции пищеварения IV степени и ограничению способности к трудовой деятельности III степени, что послужило основанием для установления I группы инвалидности. И, наконец, трем пациентам (1,9 %) было выполнено паллиативное хирургическое вмешательство в виде гастроэнтероанастомоза (2 человека) и гастростомии (1 человек), так как

онкологический процесс у этих пациентов был достаточно запущенным и выполнить радикальное хирургическое вмешательство не представлялось возможным, в том числе с учетом тяжелого общесоматического состояния здоровья пациента и неблагоприятного клинического прогноза. У этой группы пациентов отмечалось нарушение функции пищеварения IV степени и ограничение способности к трудовой деятельности III степени, что явилось основанием для установления I группы инвалидности.

Таблица 11 – Распределение исследуемого контингента по объему хирургического вмешательства, степени нарушения пищеварения и степени ограничения способности к трудовой деятельности

| Объем хирургического вмешательства           | Количество пациентов |      | Нарушение функции пищеварения |        |         |        | Ограничение способности к трудовой деятельности |        |         |
|--|----------------------|------|-------------------------------|--------|---------|--------|---|--------|---------|
|  | Абс.                 | %    | I ст.                         | II ст. | III ст. | IV ст. | I ст.   | II ст. | III ст. |
| Резекция 3/4 желудка                         | 49                   | 31,4 | 0                             | 12     | 37      | 0      | 0   | 49     | 0       |
| Субтотальная резекция                        | 37                   | 23,7 | 0                             | 0      | 37      | 0      | 0   | 37     | 0       |
| Гастрэктомия                                 | 59                   | 37,8 | 0                             | 0      | 59      | 0      | 0   | 59     | 0       |
| Гастрэктомия с резекцией близлежащих органов | 8                    | 5,2  | 0                             | 0      | 0       | 8      | 0   | 0      | 8       |
| Паллиативное хирургическое вмешательство     | 3                    | 1,9  | 0                             | 0      | 0       | 3      | 0   | 0      | 3       |
| Итого  | 156                  | 100  | 0                             | 12     | 133     | 11     | 0   | 145    | 11      |

Следует отметить, что две последние группы пациентов (11 человек) были направлены на медико-социальную экспертизу с IVB стадией рака желудка и имели стойкие, значительно выраженные нарушения функций организма, приводящие к ограничению способности к трудовой деятельности, самообслуживанию, способности к самостоятельному передвижению. У всех пациентов этой группы был неудовлетворительный реабилитационный прогноз, и все они нуждались в паллиативной медицинской помощи.

Комплексное клиническое и функциональное исследование, проведенное в отношении больных раком желудка, позволило выделить 4 степени нарушения функций пищеварения: IV степень – стойкие, значительно выраженные (7,1%), III

степень – стойкие выраженные (85,2%), II степень – стойкие, умеренно выраженные (7,7%), I степень – стойкие, незначительные нарушения среди исследуемого контингента не отмечались, так как, как правило, это категория пациентов не направляется на медико-социальную экспертизу.

Согласно современной концепции инвалидности, помимо нарушений функций пищеварения, пациентам с диагнозом «рак желудка» определялись при проведении медико-социальной экспертизы и другие нарушения функций организма, которые ограничивают жизнедеятельность. Из числа исследуемого контингента у всех отмечалось ограничение способности к трудовой деятельности. Ограничение способности к труду III степени имели 7,1% пациентов, II степени – 92,9% пациентов, I степени – 0% пациентов.

Выявленные ограничения способности к трудовой деятельности свидетельствуют о значительном ее снижении либо полной утрате способности осуществлять полноценную трудовую деятельность.

Ограничение способности к трудовой деятельности I степени у исследуемого контингента не отмечалось, так как она в основном встречается у больных раком желудка I–IIA стадии. У этой категории больных после радикального оперативного вмешательства имеют место незначительные нарушения функций пищеварения, и, как правило, они не направляются на медико-социальную экспертизу. Большая часть пациентов из числа исследуемого контингента имеют ограничение способности к трудовой деятельности II степени (92,9%), когда требуется создание специальных условий, либо создание специального рабочего места, либо работа с использованием специальных вспомогательных средств. При II степени ограничения способности к трудовой деятельности зачастую требуется проведение профориентации и обучения пациента новой профессии с последующим рациональным трудоустройством с учетом уровня его притязаний, образования, профессиональных навыков и умений.

У 7,1% исследуемого контингента отмечалась III степень ограничения способности к трудовой деятельности, которая характеризовалась стойкими,

значительно выраженными нарушениями функции пищеварения. У этой категории пациентов отмечалось отсутствие аппетита, выраженный упадок питания вплоть до кахексии, что, в свою очередь, приводило к ограничению способности к самообслуживанию различной степени выраженности, в отдельных случаях к ограничению способности контролировать свое поведение, передвижение и общение. Эта группа пациентов имеет крайне низкий реабилитационный потенциал и неблагоприятный реабилитационный прогноз. В большинстве своем они нуждались в паллиативной медицинской помощи, в социальном и бытовом уходе.

Исследование актов освидетельствования изучаемого контингента в части обоснования экспертного решения выявило, что во всех случаях при обосновании экспертного решения специалисты бюро ссылаются на приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», в частности на п. 2.1.4.2, 2.4.3, 2.1.4.4 этого приказа, учитывающие стадию заболевания, объем хирургического вмешательства и нарушение функций различных органов и систем организма. Вместе с тем при освидетельствовании этой категории больных, помимо указанных в приказе параметров, необходимо учитывать размер опухоли, характер ее роста, результаты ее гистологического исследования, степень злокачественности опухоли, наличие осложнений в послеоперационном периоде, объем и результаты химиотерапии, объем и результаты лучевой терапии, прогноз течения заболевания, предполагаемые и показанные в будущем объемы химиотерапии, что для больных раком желудка, особенно III стадии, имеет огромное прогностическое значение и играет решающую роль в разработке реабилитационных мероприятий.

Заслуживающим внимание является также тот факт, что освидетельствование граждан со злокачественными новообразованиями вообще и раком желудка в частности проводятся в бюро медико-социальной экспертизы общего профиля, в структуре которого ведущую роль играет врач по медико-



социальной экспертизе, не имеющий специальной подготовки по онкологии и соответственно испытывающий определенные затруднения в трактовке тех или иных специфических понятий в отношении больных со злокачественными новообразованиями, тактике ведения этих пациентов, современных достижений в области онкологии, в том числе в части применения современных препаратов при лечении онкологических больных.

Безусловно, перечисленные выше факты негативно сказываются на качестве самой медико-социальной экспертизы больных со злокачественными новообразованиями, зачастую приводят к ущемлению прав этой категории граждан в части установления группы инвалидности и ее сроков, что не способствует в полной мере реализации их прав на реабилитацию в необходимом объеме.

Медико-социальная экспертиза больных со злокачественными новообразованиями требует дальнейшего совершенствования с учетом современных достижений онкологии и определения специальных экспертных подходов к этой категории пациентов.

На начальном этапе заболевания клиническая картина рака желудка не имеет каких-либо выраженных характерных синдромов, что затрудняет выявление этого заболевания на ранних стадиях. В то же время наличие у больного так называемых малых признаков, к которым относится необъяснимая слабость, быстрая утомляемость, потеря аппетита, в том числе отвращение к мясной и белковой пище, потеря массы тела, неприятные ощущения в области желудка, должны насторожить лечащего врача, который в этом случае обязан провести минимальный набор исследований, таких как эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, рентгенологическое исследование желудка, компьютерную томографию, по показаниям лапароскопию и определение онкомаркеров. Однако, несмотря на очевидные факты и всеобщую онкологическую настороженность, количество пациентов, у которых заболевание выявляется на I стадии, к сожалению, растет незначительно. Чаще рак желудка

выявляется в IIIA, IIIB и IV стадиях. При этом 5-летняя выживаемость в IIIA стадии – 38%, IIIB стадии – менее 15%, в IV стадии – не более 5%.

Фактор 5-летней выживаемости практически не учитывается при проведении медико-социальной экспертизы в отношении больных раком желудка, несмотря на важность данного прогностического признака для этой категории пациентов. Среди исследуемого контингента только 11 пациентам (7,1%), направленных на медико-социальную экспертизу вследствие рака желудка в IVB стадии, при первичном освидетельствовании была определена I группа инвалидности без срока переосвидетельствования, т.е. пациентам в крайне тяжелом состоянии с неблагоприятным клиническим прогнозом, в том числе в части ожидаемой продолжительности жизни. 12 пациентам (7,7 %) со IIIB стадией заболевания была определена III группа инвалидности сроком на 1 год. Большинству пациентов, имеющих IIIA, IIIB и IVA стадии рака желудка – 133 человека (85,2%), определена II группа инвалидности сроком на 1 год. В этом случае применительно к данному контингенту больных с сомнительным прогнозом специалистами бюро медико-социальной экспертизы применялся стандартный общепринятый формальный подход, относящийся к любой категории больных, не учитывающий специфику онкологического заболевания, возможные варианты химиотерапии и лучевой терапии, возможные повторные оперативные вмешательства и прогноз выживаемости этой категории лиц. Целесообразным считаем для больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований при сомнительном и неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе при первичном освидетельствовании определять группу инвалидности на срок от 2 до 5 лет либо без срока переосвидетельствования, что позволит избавить медицинские организации от ненужных ежегодных оформлений направлений на медико-социальную экспертизу и целенаправленно заниматься проведением адекватных реабилитационных мероприятий в отношении этого контингента тяжелых больных. В том числе эти изменения позволят снизить нагрузку на учреждения медико-социальной экспертизы.

Действующие классификации и критерии, которые используют специалисты бюро медико-социальной экспертизы при проведении медико-социальной экспертизы, не учитывают специфики злокачественных новообразований в общем и рака желудка, в частности.

Медико-социальная экспертиза вышеуказанного контингента лиц должна основываться на комплексном подходе и учитывать не только стадию заболевания и объем хирургического вмешательства (безусловно, эти позиции имеют ведущее значение), но и такие параметры, как локализация опухоли, ее гистологическая классификация, наличие ранних и поздних осложнений после оперативного вмешательства, характер роста опухоли, ее размеры, возраст пациента, его профессия, социально-бытовые условия и, самое главное, прогноз ожидаемой продолжительности жизни конкретного пациента. Последнее должно учитываться при определении срока инвалидности, в особенности для больных с запущенной стадией заболевания.

**При написании данной главы использованы публикации автора:**

1. Пузин С.Н. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / С.Н. Пузин, Н.В. Дмитриева, А.Ю. Пайков, В.В. Филиппов, Ф.Д. Эркенова, В.Д. Физицкая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – № 1. – С. 29–37.
2. Филиппов В.В. Некоторые особенности медико-социальной экспертизы при раке желудка // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 2. – С. 49–55.
3. Пузин С.Н. Показатели тяжести инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц молодого возраста в Москве за 2016–2018 гг. / С.Н. Пузин, Ю.А. Коврижных, С.Н. Запарий, В.В. Филиппов, М.В. Коврижных // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – №3. – С. 377–379.

## **ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЖЕЛУДКА**

На определенном этапе в силу различных обстоятельств жизнь человека может резко измениться, например, из-за тяжелой болезни. Особенно негативная реакция возникает у больных, которым установлен диагноз злокачественного новообразования. Несмотря на значительные достижения в области диагностики и лечения злокачественных новообразований, зачастую этот диагноз для больных звучит как приговор и оказывает выраженное негативное влияние на психику заболевшего человека, что, в свою очередь, определяет необходимость психологической коррекции в отношении этого контингента лиц, для повышения качества их жизни и эффективности применяемых лечебных мероприятий.

Психологическая реабилитация должна быть неотъемлемым компонентом всего лечебно-диагностического процесса больных раком желудка, причем должна начинаться она еще на диагностическом этапе, когда больной впервые сталкивается с психотравмирующим фактором онкологического заболевания. В этой ситуации огромную роль играет лечащий врач, который, безусловно, должен обладать определенными навыками в области психологии общения с пациентом, но при этом необходимо понимать, что его основная роль – это назначение и проведение эффективного лечения, а не обсуждение с пациентом его психологических проблем, которое требует значительного времени. Поэтому в этом случае больные нуждаются в помощи профессионального психолога, чему, к сожалению, не всегда уделяется необходимое внимание со стороны как лечащего врача, так самого пациента и его родственников. В то же время психологическая помощь — это практически единственный вариант для пациента справиться с сильным стрессом после известия об онкологическом заболевании и разрешить возникший при этом жизненный кризис. Зачастую больные испытывают настолько сильное чувство страха смерти, что не могут самостоятельно с ним справиться.

Человеческий организм всегда имеет некий внутренний ресурс, способный мобилизовать внутренние силы организма на борьбу с заболеванием, однако сам человек не всегда в состоянии организовать его, и здесь нужна помощь профессионального психолога, способная сконцентрировать этот ресурс. Очень часто болезнь ставит человека в ситуацию, когда он оказывается один на один со своими проблемами даже при наличии близких родственников и друзей, которые в силу объективных обстоятельств не могут в полной мере пережить страдания и боль родного для них человека. Жизнь человека в этом случае оказывается разделенной на до и после установления диагноза, у него происходит переоценка ценностей, перед ним встают такие вопросы: «Как жить дальше?», «В чем смысл жизни?», «Почему это случилось со мной?».

При проведении психологической реабилитации необходимо вокруг пациента создавать так называемое безопасное пространство, в котором пациент может выражать истинные чувства, т.е. говорить правду о том, что его на самом деле тревожит, чего он боится, с чем не может справиться.

Основная цель формирования этого терапевтического пространства выявить и дифференцировать основные внутренние проблемы человека, мешающие ему справиться с болезнью и воздействовать на них, с целью уменьшения их негативного влияния на лечебный процесс в целом и непосредственно на самочувствие больного.

Получив известие о диагнозе злокачественного новообразования, пациент, как правило, испытывает шок с последующей постепенной адаптацией к своему новому состоянию, причем у каждого человека этот процесс протекает индивидуально, но имеет свои определенные этапы.

На первом этапе больной должен принять факт наличия у него конкретного заболевания: «Я болен». При этом не впадать в депрессию, мобилизовать свой внутренний потенциал и направить его на борьбу с болезнью, контроль своего поведения и состояния в сложившейся ситуации.

На втором этапе происходит принятие пациентом болезни: «Я больной». На этом этапе пациент приобретает определенный опыт существования в новой

ситуации, появляется желание лечиться, контролировать свой жизненный процесс, влиять на свое настроение, здоровье и свою жизнь.

И, наконец, на третьем этапе наступает реконструкция личности, психология человека полностью меняется, происходит его личностный рост. Человек реально оценивает сложившуюся ситуацию, готов бороться за свое существование и жизнь. Безусловно, на всех этих этапах гражданину необходима профессиональная помощь психолога, направленная в первую очередь на сохранение качества жизни и предупреждение негативных реакций, вызывающих социальную дезадаптацию.

При формировании отношения пациента к имеющемуся у него заболеванию необходимо учитывать его когнитивные, поведенческие эмоциональные статусы. Важное значение имеет соматический компонент. Иногда на фоне отрицательных эмоций у пациентов отмечается изменение концентрации и уменьшение объема внимания, ухудшается память. На соматическом уровне может появиться чувство физического истощения, или чувство физической слабости.

Необходимость проведения психокоррекционной работы профессиональными психологами в отношении больных и инвалидов с диагнозом злокачественного новообразования на современном этапе не вызывает ни у кого сомнений. Вместе с тем важно отметить, что до настоящего времени нет единых стандартов психологической помощи этой категории пациентов. В каждой конкретной ситуации объем необходимой психологической помощи определяется самим психологом и зависит от уровня его профессиональной подготовки, а он, как известно, у всех разный.

Не менее важным моментом, которым нельзя пренебречь, является семья онкологического больного, которая также попадает в экстремальную ситуацию, приводящую к осложнению взаимоотношений больного с родственниками. Зачастую родственники избегают встреч с больным, самоустраиваются от больного, избегают откровенных разговоров, становятся холодными, равнодушными. Все это негативно сказывается на психологическом статусе как самого пациента, так и его родственников. Другие, наоборот, постоянно

предлагают свою помощь, помогают своими порою ненужными советами, что также негативно сказывается на психологической обстановке в семье.

Следует отметить, что близкие родственники пациента со злокачественным новообразованием также могут страдать депрессией, агрессией и испытывать чувство вины.

Чтобы родственники сориентировались в сложившейся ситуации и происходящем вокруг, необходимо определенное время. В то же время больной очень нуждается в моральной поддержке членов семьи и их участии в его судьбе.

Таким образом, психотерапевтическая работа должна проводиться не только с самим заболевшим, но и с членами его семьи, что позволит выстроить систему адекватных отношений на период болезни и позволит достойно переносить все трудности, выпавшие на долю семьи. Профессиональная помощь специалиста психолога позволит вывести семью на качественно новый уровень взаимоотношений и значительно повысить качество жизни, как самого заболевшего, так и членов его семьи.

При оказании психологической поддержки больным злокачественными новообразованиями необходимо стремиться к расширению контактов общения не только с родственниками, но и сослуживцами и соседями.

Психологическая работа с онкологическими пациентами должна преследовать конкретные цели. В первую очередь она должна быть направлена на стабилизацию и улучшение эмоционального состояния, формирование устойчивой мотивации к стабилизации состояния и выздоровлению. Необходимо также проводить обучение пациентов методикам борьбы со страхом, постоянно стремиться к повышению качества жизни пациента, созданию условий, направленных на восстановление психологического статуса и самочувствия, оказывать содействие в преодолении различных конфликтных ситуаций как в отношениях с медицинским персоналом, так и с родственниками.

Особого внимания заслуживают инвалиды с запущенной стадией заболевания. Как правило, они достаточно раздражены, издерганы постоянными обострениями заболевания, постоянно присутствующим болевым синдромом,

капризны, негативно относятся к своим родственникам, осуществляющим уход за ними. В свою очередь у родственников также развивается апатия от безысходности состояния, отсутствия какого-либо результата от длительного ухода за больным, бесперспективности ситуации и ожидания конца. В этой ситуации, когда напряжение нарастает с обеих сторон, целесообразно госпитализировать пациента в отделение паллиативной помощи, окружив его заботой медицинского персонала. В данном случае большое значение приобретает душевный разговор с лечащим врачом, подключение к работе психолога. Положительное влияние на больного оказывает сам факт госпитализации в больницу, что вселяет в него определенные надежды на возможный положительный результат лечения. Отказ в госпитализации у тяжелых онкологических больных вызывает у них негативную реакцию, так как они воспринимают это как безысходность своего состояния, ощущают свою ненужность для окружающих и осознают близость летального исхода.

Была разработана специальная анкета изучения психологического статуса инвалида вследствие рака желудка (Таблица 12) из 15 вопросов. Анкетирование проведено среди 156 человек, ставших инвалидами вследствие рака желудка.

На вопрос № 1 «Кто впервые сообщил Вам о диагнозе злокачественного образования?» в большинстве случаев – 98 (62,8%) больных – эту информацию получили от лечащего врача, в трети случаев – 52 (33,3%) пациента – получили ее от врача функциональной диагностики, лишь 6 (3,5%) пациентов – от родственников.

На вопрос № 2 «Какова Ваша первая реакция на известие о диагнозе злокачественного новообразования?» более половины респондентов – 86 (55,1%) – ответили, что испытали шок, более трети респондентов – 61 (39,1%) – испытали чувство тревоги, а 9 (5,8%) отнеслись к этой информации безразлично.

На вопрос № 3 «Предложил ли Вам лечащий врач после установления диагноза злокачественного новообразования консультацию психолога?» положительно ответили всего 21 (13,4%) пациент, большинство респондентов –



102 (65,4%) – ответили отрицательно, 33 (21,2%) ответили: «Не помню», «Не знаю».

Таблица 12 – Анкета изучения психологического статуса инвалида вследствие рака желудка

| № п/п | Вопросы  | Ответы                                  |   |                      |
|-------|--|---|---|----------------------|
| 1     | Кто впервые сообщил Вам о диагнозе злокачественного образования?   | Лечащий врач                            | Врач функциональной диагностики         | Родственники         |
|       |  | 98 (62,8%)                              | 52 (33,3%)                              | 6 (3,5%)             |
| 2     | Какова Ваша первая реакция на известие о диагнозе злокачественного новообразования?                                | Шок                                     | Тревога                                 | Безразличие          |
|       |  | 86 (55,1%)                              | 61 (39,1%)                              | 9 (5,8%)             |
| 3     | Предложил ли Вам лечащий врач после установления диагноза злокачественного новообразования консультацию психолога? | Да                                      | Нет                                     | Не помню/<br>Не знаю |
|       |  | 21 (13,4%)                              | 102 (65,4%)                             | 33 (21,2%)           |
| 4     | Обращались ли Вы самостоятельно после известия о диагнозе за помощью к психологу?                                  | Да                                      | Нет                                     | Не помню             |
|       |  | 42 (26,9%)                              | 97 (62,2%)                              | 17 (10,9%)           |
| 5     | Проводилось ли в отношении Вас обучение методам борьбы со страхом?   | Да                                      | Нет                                     | Не знаю              |
|       |  | 15 (9,6%)                               | 98 (62,8%)                              | 43 (27,6%)           |
| 6     | Проводились ли мероприятия по психологической поддержке членам Вашей семьи?  | Да                                      | Нет                                     | Не знаю              |
|       |  | 12 (7,8%)                               | 91 (58,3%)                              | 53 (33,9%)           |
| 7     | Изменилось ли отношение к Вам со стороны членов Вашей семьи после известия о диагнозе?                             | Появилось чувство жалости и сострадания | Появилось чувство тревоги               | Не изменилось        |
|       |  | 78 (50%)                                | 51 (32,7%)                              | 27 (17,3%)           |
| 8     | Изменилось ли отношение к Вам со стороны сослуживцев?  | Сочувствие                              | Появилось чувство жалости и сострадания | Не изменилось        |
|       |  | 82 (52,6%)                              | 53 (34%)                                | 21 (13,4%)           |

Продолжение Таблицы 12

|    |  |                    |                  |                      |
|----|--|--------------------|------------------|----------------------|
| 9  | Какие чувства превалировали у Вас в процессе лечения?  | Глубокая депрессия | Чувство отчаяния | Суицидальные мысли   |
|    |  | 62 (39,7%)         | 78 (50%)         | 16 (10,3%)           |
| 10 | Осматривал ли Вас психолог перед направлением на медико-социальную экспертизу?   | Да                 | Нет              | Не знаю              |
|    |  | 15 (9,7%)          | 101 (64,7%)      | 40 (25,6%)           |
| 11 | Осматривал ли Вас психолог бюро медико-социальной экспертизы при освидетельствовании?  | Да                 | Нет              | Не знаю              |
|    |  | 98 (62,8%)         | 31 (19,8%)       | 27 (17,4%)           |
| 12 | Удовлетворены ли Вы консультацией психолога бюро медико-социальной экспертизы?   | Да                 | Нет              | Затрудняюсь ответить |
|    |  | 29 (19,6%)         | 56 (35,9%)       | 71 (45,5%)           |
| 13 | Проводилась ли в отношении Вас психологическая поддержка на этапе реализации мероприятий, включенных в индивидуальную программу реабилитации (абилитации) инвалида (ИПРА)? | Да                 | Нет              | Затрудняюсь ответить |
|    |  | 33 (21,2%)         | 86 (55,1%)       | 37 (23,7%)           |
| 14 | Считаете ли Вы необходимой психологическую поддержку в процессе лечения?   | Да                 | Нет              | Затрудняюсь ответить |
|    |  | 104 (66,6%)        | 21 (13,6%)       | 31 (19,8%)           |
| 15 | Как повлияло на Ваше душевное состояние, изменившееся отношение к Вам родственников и сослуживцев?   | Положительно       | Отрицательно     | Не повлияло          |
|    |  | 52 (33,3%)         | 41 (26,3%)       | 63 (40,4%)           |

На вопрос № 4 «Обращались ли Вы самостоятельно после известия о диагнозе за помощью к психологу?» более четверти респондентов – 42 (26,9%) – ответили положительно, большинство респондентов – 97 (62,2%) – ответили отрицательно, 17 (10,9%) больных ответили: «Не помню».

На вопрос № 5 «Проводилось ли в отношении Вас обучение методам борьбы со страхом?» 15 (9,6%) больных ответили положительно, в отношении

большинства респондентов – 98 (62,8%) – такое обучение не проводили, 43 (27,6%) пациента на данный вопрос ответили: «Не знаю».

На вопрос № 6 «Проводились ли мероприятия по психологической поддержке членам Вашей семьи?» лишь 12 (7,8%) больных ответили положительно, большая часть респондентов – 91 (58,3%) – ответили отрицательно, более трети респондентов – 53 (33,9%) – ответили: «Не знаю».

На вопрос № 7 «Изменилось ли отношение к Вам со стороны членов Вашей семьи после известия о диагнозе?» половина респондентов – 78 (50%) – ответили, что появилось со стороны членов семьи чувство жалости и сострадания, 51 (32,7%) пациент отметили чувство тревоги со стороны членов семьи, 27 (17,3%) ответили, что отношения с членами семьи не изменились.

На вопрос № 8 «Изменилось ли отношение к Вам со стороны сослуживцев?» больше половины – 82 (52,6%) – отметили, что со стороны сослуживцев стали испытывать сочувствие, 53 (34%) пациента отметили чувство жалости и сострадания, 21 (13,4%) больной не заметил каких-либо изменений во взаимодействии с сослуживцами.

На вопрос № 9 «Какие чувства преобладали у Вас в процессе лечения?» 62 (39,7%) пациента отметили глубокую депрессию, половина респондентов – 78 (50%) – испытывали чувство отчаяния; примечательным является факт, что у 16 (10,3%) больных появились суицидальные мысли.

На вопрос № 10 «Осматривал ли Вас психолог перед направлением на медико-социальную экспертизу?» только 15 (9,7%) больных ответили положительно, значительная часть респондентов – 101 (64,7%) – ответили отрицательно, 40 (25,6%) больных ответили: «Не знаю».

На вопрос № 11 «Осматривал ли Вас психолог бюро медико-социальной экспертизы при освидетельствовании?» 98 (62,8%) больных ответили положительно, 31 (19,8%) ответили отрицательно, 27 (17,4%) ответили: «Не знаю».

На вопрос № 12 «Удовлетворены ли Вы консультацией психолога бюро медико-социальной экспертизы?» положительно ответили только 29 (19,6%)

больных, отрицательно ответили более трети респондентов – 56 (35,9%), большая часть – 71 (45,5%) – затруднились ответить.

На вопрос № 13 «Проводилась ли в отношении Вас психологическая поддержка на этапе реализации мероприятий, включенных в индивидуальную программу реабилитации (абилитации) инвалида (ИПРА)?» только 33 (21,2%) пациента ответили положительно, тогда как более половины респондентов – 86 (55,1%) – ответили отрицательно, 37 (23,7%) больных затруднились ответить на этот вопрос.

На вопрос № 14 «Считаете ли Вы необходимой психологическую поддержку в процессе лечения?» большинство респондентов – 104 (66,6%) – ответили положительно, в то же время 21 (13,6%) ответили отрицательно, а 31 (19,8%) затруднились ответить на этот вопрос.

На вопрос № 15 «Как повлияло на Ваше душевное состояние изменившееся отношение к Вам родственников и сослуживцев?» более трети респондентов – 52 (33,3%) – отметили, что изменившееся к ним отношение родственников и сослуживцев отрицательно повлияло на их душевное состояние, 41 (26,3%) больной, наоборот, отметили положительное влияние, а большинство респондентов – 63 (40,4%) – ответили, что изменившееся к ним отношение родственников и сослуживцев никак не повлияло на их душевное состояние.

Таким образом, в результате анкетирования установлено, что в большинстве наблюдений (62,8%) о диагнозе злокачественного новообразования пациенты узнают от лечащего врача, реже от врачей функциональной диагностики (33,3%), а в отдельных случаях от родственников (3,9%). Как правило, большинство респондентов (55,1%) при известии о наличии у них злокачественного новообразования испытывают шок, некоторые (39,1%) испытывают чувство тревоги, лишь незначительная часть (5,8%) относится к этому известию безразлично. Примечательным является тот факт, что только 13,4% респондентам лечащим врачом при постановке диагноза злокачественного новообразования была рекомендована консультация психолога, в большинстве случаев (65,4%) эта консультация не назначалась, часть респондентов (21,2%) отметили, что не

помнят о назначении подобной консультации. Безусловно, подобная ситуация не может считаться нормальной, так как указывалось выше, что большинство пациентов, когда узнают о наличии злокачественного новообразования (94,2%) испытывают шок и тревогу, которые негативно сказываются на общем психологическом статусе пациента и требуют соответствующей коррекции. При этом более четверти пациентов (26,9%) обращались за помощью к психологу самостоятельно, тогда как более половины респондентов (62,2%) проигнорировали помощь психолога, что негативно в целом отразилось на процессе реабилитации этой категории лиц. Также негативно отражается на процессе реабилитации в целом игнорирование лечащими врачами такой методики, как обучение пациентов с злокачественными новообразованиями методике борьбы со страхом. Значительная часть респондентов (62,8%) ответили, что такая работа с ними не проводилась, она проводилась всего лишь в отношении 9,6% пациентов, что, на наш взгляд, является весьма недостаточным.

Достаточно актуальной является также проблема с психологической поддержкой членов семьи. В большинстве случаев (50,3%) эта работа не проводилась, и только в единичных случаях (7,8%) она проводилась в необходимом объеме. В то же время исследования показали, что в большинстве случаев (82,7%) происходят значительные изменения в семейных отношениях после установления диагноза злокачественного новообразования, что, безусловно, требует соответствующей коррекции, в том числе изменяются отношения с сослуживцами (86,6%). Все это ложится психологическим бременем на человека, испытывающего шок и тревогу при постановке ему диагноза злокачественного новообразования, в связи с чем половина респондентов (50%) испытывают чувство отчаяния, более трети (39,7%) впадают в глубокую депрессию, а в отдельных случаях (10,3%) у пациентов появляются суицидальные мысли.

Перед направлением пациентов на медико-социальную экспертизу в большинстве случаев (64,7%) больные также не осматривались психологом, только в 9,7% случаев эту консультацию выполняли. При освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы большинство респондентов (62,8%)

осматривались психологом, менее пятой части респондентов (19,8%) не осматривались психологом, а меньшая часть (17,4%) ответили, что не знают, осматривал ли их психолог бюро медико-социальной экспертизы. При этом более трети респондентов (35,9%) были не удовлетворены консультацией психолога бюро медико-социальной экспертизы, чуть менее половины респондентов (45,5%) затруднились ответить на этот вопрос, лишь 18,6% были ею удовлетворены. Более того, на этапе реализации мероприятий ИПРА более половины респондентов (55,1%) отметили, что им не проводились мероприятия по психологической поддержке, менее четверти пациентов (23,7%) затруднились ответить на этот вопрос, а положительно ответили лишь 21,2%. Тогда как большинство респондентов (66,6%) считают необходимым проведение работы по психологической поддержке пациентов со злокачественными новообразованиями и членов их семей, и только 13,6% больных считают, что эту работу можно не проводить, при этом пятая часть (19,8%) затруднились ответить на этот вопрос. В пользу необходимости проведения психокоррекционной работы как с самим больным, так и с членами его семьи говорит факт воздействия на душевное состояние пациента изменившееся после заболевания к нему отношение родственников и сослуживцев. Только в 40,4% случаев эти изменения не повлияли на душевное состояние пациента, в 33,3% они отрицательно сказались на душевном состоянии пациента и в 26,3% положительно.

Проведенный анализ свидетельствует о системной проблеме в организации психологической помощи и проведении психокоррекционной работы в отношении больных раком желудка как на этапе оказания медицинской помощи и направления больных на медико-социальную экспертизу на уровне медицинской организации, так и на этапе медико-социальной экспертизы в бюро медико-социальной экспертизы и этапе реализации мероприятий, включенных в индивидуальную программу реабилитации (абилитации) инвалида.

**При написании данной главы использованы публикации автора:**

1. Филиппов В.В. Рак желудка: медико-социальные проблемы // Тезисы в сборнике статей World science: problems and innovations XLV Международной научно-практической конференции World science: problems and innovations. – Пенза. – 30 августа 2020 г. – С. 196–199.
2. Пузин С.Н. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / С.Н. Пузин, Н.В. Дмитриева, А.Ю. Пайков, В.В. Филиппов, Ф.Д. Эркенова, В.Д. Физицкая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – № 1. – С. 29–37.
3. Филиппов В.В. Некоторые особенности медико-социальной экспертизы при раке желудка // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 2. – С. 49–55.
4. Филиппов В.В. Некоторые социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие рака желудка в городе Москве 2017–2019 гг. / В.В. Филиппов, С.Н. Пузин // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 3. – С. 76–82.

## **ГЛАВА 6. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЖЕЛУДКА**

Медико-социальная реабилитация – комплекс мероприятий, направленный на стабилизацию не только здоровья, но и восстановление социального, личностного статуса инвалида, решение его профессиональных проблем, в том числе рациональное трудоустройство, с целью достижения его материальной независимости и социально-бытовой адаптации.

Для успешного решения основных задач медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие рака желудка необходимо определить структуру потребностей этой категории лиц в различных видах медико-социальной реабилитации, которую необходимо учитывать при составлении индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида конкретному человеку [42], а также при формировании комплексных мероприятий по отдельным видам медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Медико-социальная реабилитация инвалидов вследствие злокачественных новообразований вообще и рака желудка в частности имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при формировании индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида [42]. Помимо основных параметров, таких как диагноз основного и сопутствующего заболевания, наличия осложнений, а также пола, возраста, уровня общего и профессионального образования, характера профессиональной деятельности, социально-бытовых условий, у больных раком желудка учитывается в первую очередь стадия заболевания, характер роста опухоли, объем проведенного хирургического вмешательства, наличие ранних и отсроченных послеоперационных осложнений, гистологическое строение опухоли, наличие метастатических поражений, потребность в химиотерапии и лучевой терапии. Кроме этого, принципиальное значение имеет прогноз течения заболевания, который зависит от вышеуказанных факторов и психологического состояния пациента.



Помимо вышеизложенного, при планировании мероприятий по медико-социальной реабилитации в отношении инвалидов вследствие рака желудка необходимо учитывать фактор 5-летней выживаемости.

С учетом социальной значимости проблемы реабилитации инвалидов вследствие рака желудка нами изучена потребность 156 инвалидов в различных видах медико-социальной реабилитации, которые прошли освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы г. Москвы.

### **6.1. Возрастно-половая и профессиональная характеристика изучаемого контингента инвалидов**

Среди исследуемого контингента мужчины составили 111 человек (71,2%), женщины – 45 человек (28,8%).

По возрасту исследуемый контингент распределился следующим образом (Рисунок 8).

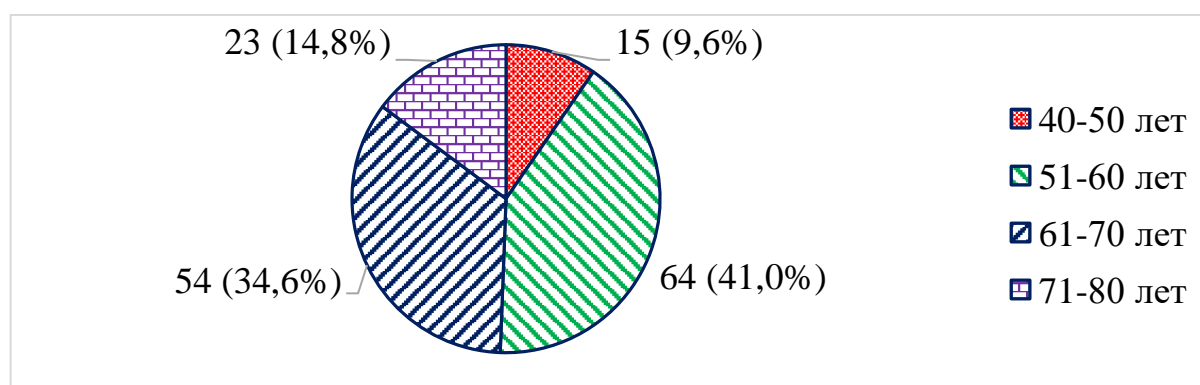


Рисунок 8 – Распределение исследуемого контингента по возрасту

Наибольшее количество больных было в возрасте 51–60 лет – 64 (41%), 2-е место занимали пациенты в возрасте 61–70 лет – 54 (34,6%), 3-е место – возрастная группа 71–80 лет – 23 (14,8%) пациента, 4-е место – возрастная группа 40–50 лет – 15 (9,6%) пациентов. То есть большинство респондентов – 145 (90,4%) – составляют лица предпенсионного и пенсионного возраста, что

необходимо учитывать при планировании мероприятий по профессиональной реабилитации.

По уровню общего образования анализируемый контингент больных распределился следующим образом: начальное образование – 8 человек (5,1%), среднее неполное образование – 12 человек (7,7%), среднее полное образование – 136 человек (87,2%), по уровню профессионального образования: среднее специальное образование – 78 человек (50%), неоконченное высшее образование – 23 человека (14,8%), высшее образование – 55 человек (35,2%). По характеру профессиональной деятельности респонденты распределились следующим образом: физическим трудом занимались 70 человек (44,8%), умственным трудом – 54 человека (36,6%), не работали на момент освидетельствования 32 человека (18,6%) (Таблица 13).

Таблица 13 – Распределение исследуемого контингента по уровню образования, характеру профессиональной деятельности

| Тип образования                        |   | Абс. | %    |
|--|---|------|------|
| Общее образование                      | Начальное                                 | 8    | 5,1  |
|  | Среднее неполное                          | 12   | 7,7  |
|  | Среднее полное                            | 136  | 87,2 |
|  |   |      |      |
| Профессиональное образование           | Среднее специальное                       | 78   | 50   |
|  | Неоконченное высшее                       | 23   | 14,8 |
|  | Высшее                                    | 55   | 35,2 |
|  |   |      |      |
| Характер профессиональной деятельности | Физический труд                           | 70   | 44,8 |
|  | Умственный труд                           | 54   | 36,6 |
|  | Не работали на момент освидетельствования | 32   | 18,6 |

Анализируя полученные данные, можно сформировать примерный социальный портрет лица, признанного инвалидом вследствие рака желудка. В большинстве своем это лица предпенсионного и пенсионного возраста, имеющие среднее (полное) образование, получившие профессиональное образование и имеющие конкретную специальность, при этом большая часть из них занимается физическим трудом (44,8%), несколько меньшая часть (36,6%) – умственным

трудом, а менее 1/5 (18,6%) не работает. При формировании ИПРА, в частности, ее раздела по профессиональной реабилитации, необходимо учитывать полученные данные.

Профессиональная реабилитация для изучаемого контингента имеет важное значение в первую очередь с точки зрения психологической составляющей, так как возвращение к трудовой деятельности и в трудовой коллектив значительно повышает самооценку пациента, отвлекает от мыслей о безысходности его состояния, мобилизует внутренние резервы организма на борьбу с болезнью.

При планировании мероприятий по профессиональной реабилитации необходимо учитывать прогноз течения заболевания и 5-летнюю выживаемость пациентов со злокачественными новообразованиями. В частности, у больных раком желудка с IIIA стадией она составляет 38%, с IIIB стадией – менее 15%, с IV стадией – не более 5%. В связи с чем планировать долгосрочные программы профориентации, переобучения с последующим трудоустройством для инвалидов с запущенными стадиями рака желудка не всегда целесообразно. Этот факт является отличительной особенностью профессиональной реабилитации у больных раком желудка.

Данные, полученные в ходе исследования профессионального статуса изучаемого контингента, и данные ограничений их жизнедеятельности по материалам актов освидетельствований в бюро медико-социальной экспертизы продемонстрировали, что практически у всех лиц имеет место ограничение способности к трудовой деятельности (у 7,1% – III степени, у 85,2% – II степени, 7,7% – I степени), что негативно влияет на планирование мероприятий по профессиональной реабилитации.

Вместе с тем проведенное исследование показало, что среди инвалидов II группы в профориентации нуждалось 5,5%, а среди инвалидов III группы – 8,3%. В профессиональном обучении среди инвалидов II группы нуждались 5,6%, среди инвалидов III группы – 6,3%. В рациональном трудоустройстве среди инвалидов II группы нуждались 12,4%, среди инвалидов III группы – 17,5%.

Здесь следует отметить, что проведенная профориентация с последующим переобучением другой профессии в будущем не всегда способствует рациональному трудоустройству, так как зачастую имеет место несовпадение желаний самого инвалида с предоставляемыми ему рабочими местами. Более трети трудоустроенных инвалидов (33,8%) работают в условиях, не показанных им по состоянию здоровья. Более половины трудоустроенных инвалидов (50,4%) не задерживаются на рабочем месте более одного года. Перечисленные факты свидетельствуют о несовершенстве методов профессиональной реабилитации в отношении инвалидов вследствие рака желудка. Сложившаяся ситуация требует поиска новых и оптимальных форм профессиональной реабилитации для данного контингента инвалидов.

## **6.2. Распределение инвалидов по стадии заболевания, объему хирургического вмешательства и потребности в медицинской реабилитации**

Большинство лиц из числа исследуемого контингента были направлены на медико-социальную экспертизу в запущенных стадиях (IIIA, IIIB, IVA стадии) – 133 (85,2%) и 11 (7,1%) больных в IVB стадии, что, безусловно, является крайне неблагоприятным фактором, негативно влияющим на планирование мероприятий по медико-социальной реабилитации в целом, в том числе на медицинскую ее составляющую.

Большинству пациентов – 145 (92,9%) – выполнены большие по объему хирургические вмешательства от резекции 3/4 желудка до гастрэктомии. В 8 (5,2%) наблюдениях выполнена операция – гастрэктомия с резекцией пораженных соседних органов. В 3 (1,9%) наблюдениях ввиду их запущенности не удалось выполнить необходимый объем операции в связи с тяжестью общего состояния пациентов и пришлось ограничиться паллиативным хирургическим вмешательством.

Только 12 (7,7%) больных были направлены на медико-социальную экспертизу во IIB стадии, им при освидетельствовании определена III группа

инвалидности сроком на один год. В большинстве же случаев – 133 (85,2%) – пациентам определена II группа инвалидности сроком на один год, а в 11 (7,1%) наблюдениях определена I группа инвалидности без срока переосвидетельствования; как правило, это бесперспективные с медицинской точки зрения пациенты с неблагоприятным клиническим прогнозом, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи.

Среди обследованных инвалидов вследствие рака желудка определяется достаточно высокая потребность в медицинской реабилитации, что связано с нестабильностью клинического течения заболевания, сомнительным клиническим и реабилитационным прогнозом. Указанные лица нуждаются в постоянном динамическом контроле за состоянием их здоровья и течением онкологического процесса, своевременном проведении диагностических мероприятий, направленных на выявление рецидива опухоли либо метастатических поражений других органов, с целью проведения необходимых медицинских вмешательств.

Согласно данным проведенного исследования, практически все лица, признанные инвалидами вследствие рака желудка, нуждаются в медицинской реабилитации, в том числе в различных ее видах, в частности: в восстановительной терапии в условиях круглосуточного стационара (57%), в амбулаторно-поликлинических условиях (42,9%), в условиях специализированных реабилитационных центров (34%), нуждаются в помощи психотерапевта (33,3%), в химиотерапии (32%), лучевой терапии (30,8%), санаторно-курортном лечении (19,8%), реконструктивных хирургических вмешательствах (7,7%), паллиативной медицинской помощи (7,1%) (Рисунок 9).



Рисунок 9 – Потребность исследуемого контингента в различных видах медицинской реабилитации

При проведении мероприятий по медицинской реабилитации инвалидам вследствие рака желудка целесообразно ориентироваться на общие принципы реабилитации больных после проведенных оперативных вмешательств или пациентов после проведенной химиотерапии. При благоприятном течении заболевания в первые два года рекомендуется динамическое наблюдение за пациентом каждые 3–4 месяца, а при сроке от трех до пяти лет – ежегодно в случае отсутствия каких-либо жалоб. При наличии жалоб со стороны пациента либо если пациент относится к группе высокого риска в плане развития рецидива, сроки между обследованиями должны быть сокращены. В случае возникновения рецидива в зависимости от состояния пациента должна быть выполнена либо повторная операция, либо лучевая или химиотерапия. При появлении отдаленных метастазов применяется химиотерапия.

После проведенного радикального хирургического вмешательства по поводу рака желудка либо после проведенного паллиативного хирургического вмешательства по поводу инкурабельного рака желудка мероприятия по медицинской реабилитации должны быть направлены на облегчение симптомов заболевания, уменьшение и устранение болевого синдрома и повышение качества жизни не только самих пациентов, но и их родственников и близких независимо от стадии заболевания, а также способствовать увеличению продолжительности жизни. Кроме этого, они должны быть направлены на профилактику и устранение различных осложнений, характерных для данного заболевания. В частности, при возникновении кровотечения должно быть выполнено экстренное эндоскопическое исследование и остановка кровотечения. При развитии опухолевого стеноза он должен быть устранен эндоскопическим методом, а в случае невозможности – оперативным путем. Цель этого вида вмешательства – восстановление пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту. Существенное влияние на качество жизни исследуемой категории лиц оказывает наличие болевого синдрома. Болевой синдром должен быть купирован в обязательном порядке, в случае неэффективности медикаментозных средств должна быть

использована либо локорегионарная анестезия, либо дистанционная лучевая терапия.

При возникновении асцита на начальном этапе применяются диуретики. В случае отсутствия эффекта и нарастания явлений асцита применяется лапароцентез. В данном случае целесообразно также внутрибрюшное введение химиопрепаратов, оказывающих цитостатическое действие.

Медицинская реабилитация инвалидов вследствие рака желудка – это сложный многокомпонентный процесс, включающий не только различные по объему хирургические вмешательства, но и лучевую, медикаментозную, химиотерапию, направленные на устранение или уменьшение клинических проявлений заболевания, предупреждение развития различных осложнений заболевания, устранение осложнений при их развитии, устранение болевого синдрома. Все эти мероприятия направлены на повышение качества жизни пациента и его окружения.

### **6.3. Определение потребности изучаемого контингента в социальной реабилитации**

Инвалидами признаются лица, имеющие стойкие нарушения функций организма, приводящие к различным ограничениям жизнедеятельности человека в окружающей среде и социуме. Возникновение в связи с этим новых реалий существования человека предполагает принятие определенных мер, направленных на адаптацию инвалида в первую очередь к самому себе, в последующем его адаптацию в обществе и окружающей среде. Эти мероприятия осуществляются в рамках социальной реабилитации, которая, в свою очередь, предполагает адаптацию жилья инвалида с имеющимися у него ограничениями жизнедеятельности, восстановление утраченных в результате болезни навыков деятельности в бытовых условиях, создание комфортных условий, позволяющих инвалиду самостоятельно обслуживать себя. При наличии показаний необходимо оснастить помещение специальными вспомогательными устройствами,



облегчающими самообслуживание. Основной целью социально-бытовой адаптации является приспособление человека к бытовым условиям с имеющимися у него заболеваниями и ограничениями жизнедеятельности, что требует проведения обучающих занятий навыкам самообеспечения, персональной сохранности, пользования вспомогательными техническими средствами. При этом в процесс обучения должен активно вовлекаться сам инвалид. Кроме социально-бытовой адаптации, в отношении инвалида должна проводиться и социально-средовая реабилитация, направленная на создание оптимальных условий для инвалида за пределами его жилья, способствующая максимальной интеграции его в социум.

Важным разделом социальной реабилитации является обучение инвалида элементам социальной независимости, создание условий для самостоятельного проживания и участия в общественной жизни, организации отдыха и досуга, при наличии показаний к занятию физической культурой и спортом. Фактически все инвалиды нуждаются в консультациях по правовым вопросам, многие нуждаются в социально-бытовом обслуживании на дому или в условиях центров социального обслуживания, социальной помощи (натуральной или материальной).

Потребность инвалидов вследствие рака желудка в социальной реабилитации значительно выше, чем у инвалидов вследствие различных хронических заболеваний, так как их продолжительность жизни значительно короче. Течение заболевания, особенно в запущенных стадиях, носит прогрессирующий и скоротечный характер, что, в свою очередь, требует быстрого и оперативного решения не только медицинских проблем, но и многих социальных вопросов, направленных на повышение качества жизни этой категории инвалидов.

При формировании индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида в отношении больных раком желудка в разделе социальной реабилитации должны быть предусмотрены вопросы адаптации жилья инвалида, в том числе обучения его самообслуживанию, персональной сохранности, социальным навыкам и независимости, а также навыкам проведения досуга и

отдыха. При наличии показаний необходимо определять нуждаемость в постоянном или периодическом постороннем уходе, во вспомогательных технических средствах реабилитации, в социально-бытовом обслуживании, социально-психологической, социальной и правовой помощи. Важное значение для повышения качества жизни этой категории инвалидов является организация их досуга; к сожалению, этому разделу социальной реабилитации уделяется недостаточное внимание и зачастую инвалиды остаются предоставлены сами себе.

Анализ потребности исследуемого контингента в различных мерах социальной реабилитации показал, что в социально-бытовой адаптации нуждались 46,2% респондентов, в постоянном постороннем уходе – 7,1%, в периодическом постороннем уходе – 43,6%, во вспомогательных технических средствах для быта – 14,7% респондентов. Достаточно высокая потребность отмечалась в социально-бытовом обслуживании – 50% инвалидов, в том числе в социальном обслуживании на дому – 31,4%, нуждались в пребывании в условиях центров социального обслуживания 23,3%. Наиболее востребованным мероприятием в разделе социальной реабилитации среди изучаемого контингента оказалась социально-психологическая помощь, в которой нуждались 84,6% респондентов. Потребность в организации досуга составила 39,7%, в социальной помощи – 48,7%, в социально-правовой помощи – 62,2% (Рисунок 10).

Таким образом, наиболее востребованным мероприятием в разделе социальной реабилитации у изучаемого контингента является социально-психологическая помощь (84,6%), на втором месте – социально-правовая помощь (62,2%), на третьем месте – социально-бытовое обслуживание (50%). Указанные параметры свидетельствуют о тяжелом моральном и психологическом состоянии изучаемого контингента, его недостаточной информированности о своих правах и льготах, высокой потребности в мерах социальной помощи.

С учетом полученных данных можно констатировать, что инвалиды вследствие рака желудка имеют дифференцированную потребность в медико-социальной реабилитации, которая имеет свои специфические особенности,

требующие индивидуального подхода при формировании ИПРА инвалида в отношении этой категории лиц.

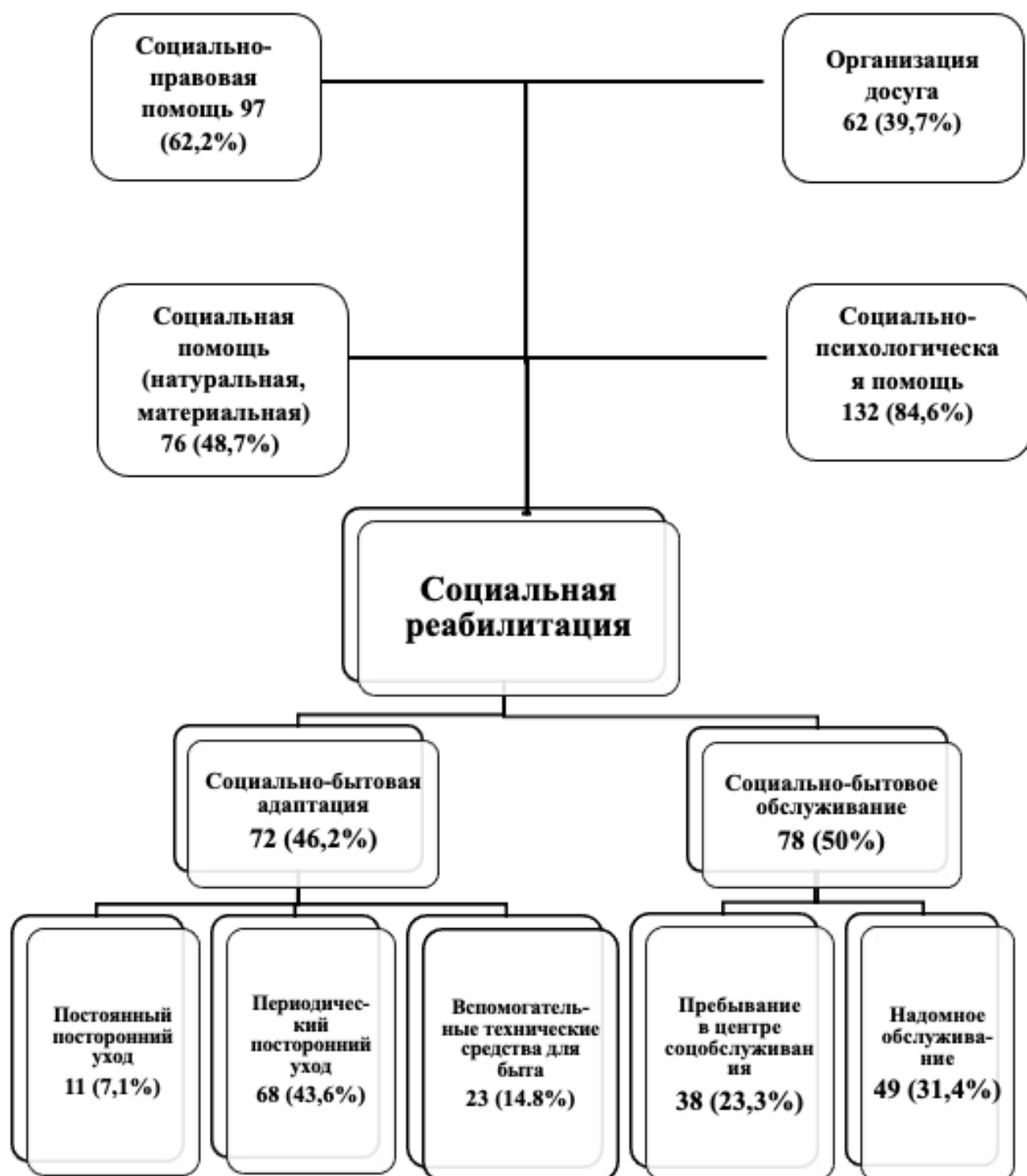


Рисунок 10 – Потребность исследуемого контингента в различных видах социальной реабилитации

**При написании данной главы использованы публикации автора:**

1. Великолуг К.А. Особенности выявления и дифференциальная диагностика рака желудка, пути совершенствования. Клиническое наблюдение / К.А. Великолуг, В.В. Филиппов, А.Ю. Пайков // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 125–133.
2. Филиппов В.В. Некоторые особенности медико-социальной экспертизы при раке желудка // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 2. – С. 49–55.
3. Филиппов В.В. Некоторые социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие рака желудка в городе Москве за 2017–2019 гг. / В.В. Филиппов, С.Н. Пузин // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 3. – С. 76–82.
4. Запарий С.П. Повторная инвалидность лиц старше трудоспособного возраста вследствие рака желудка в г. Москве за 2015–2019 гг. / С.П. Запарий, Н.Н. Шмакова, Ю.А. Коврижных, В.В. Филиппов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 3. – С. 31–37.
5. Пузин С.Н. Экспертиза временной нетрудоспособности: состояние, перспективы / С.Н. Пузин, Т.Ю. Быковская, В.А. Охлопков, В.В. Филиппов, Н.П. Шаркунов, В.В. Ким // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 4. – С. 60–67.
6. Пузин С.Н. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / С.Н. Пузин, Н.В. Дмитриева, А.Ю. Пайков, В.В. Филиппов, Ф.Д. Эркенова, В.Д. Физицкая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – № 1. – С. 29–37.

7. Пузин С.Н. Показатели тяжести инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц молодого возраста в Москве за 2016–2018 гг. / С.Н. Пузин, Ю.А. Коврижных, С.Н. Запарий, В.В. Филиппов, М.В. Коврижных // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 3. – С. 377–379.
8. Филиппов В.В. Рак желудка: медико-социальные проблемы // Тезисы в сборнике статей World science: problems and innovations XLV Международной научно-практической конференции World science: problems and innovations». – Пенза. – 30 августа 2020 г. – С. 196–199.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приоритетными задачами в области социальной защиты инвалидов вследствие рака желудка является выявление заболевания на ранних его стадиях, предупреждение и снижение инвалидности, совершенствование медико-социальной экспертизы, повышение ее качества и доступности, совершенствование реабилитационных технологий и повышение за счет этого эффективности медико-социальной реабилитации изучаемого контингента лиц.

В соответствии с поставленными задачами изучены социально-гигиенические особенности инвалидов вследствие рака желудка в г. Москве (8832 больных). Количество впервые признанных инвалидами составило 4073 (46,1%), повторно признанных инвалидами – 4759 (53,9%) пациентов.

Анализ структуры инвалидов вследствие рака желудка показал, что в 2015 г. из общего количества лиц, признанных инвалидами впервые и повторно (1798 больных), мужчин было 1083 (60,2%), женщин – 715 (39,8%). В 2016 г. общее число признанных инвалидами увеличилось до 1830, мужчин – 1052 (57,5%), женщин – 778 (42,5%), т.е. увеличение произошло за счет лиц женского пола. В 2017 г. произошло снижение общего количества инвалидов (1741 больной), мужчин – 978 (56,2%), женщин – 763 (43,8%). Снижение произошло за счет как мужчин, так и женщин, при этом доля женщин в общем контингенте инвалидов увеличилась относительно предыдущих лет и достигла максимальных значений (43,8%) за весь анализируемый период. В 2018 г. выявлен рост общего числа инвалидов до 1745, мужчин – 1018 (58,3%), женщин – 727 (41,7%). В 2019 г. произошло снижение общего количества инвалидов (1718) за счет мужчин – 975 (56,8%), тогда как количество женщин, в сравнении с предыдущим годом, увеличилось и составило 743 (43,2%). Всего за исследуемый период времени инвалидами вследствие рака желудка в г. Москве признано 8832 человека, в том числе мужчин – 5106 (57,8%), женщин – 3726 (42,2%), т.е. в общем контингенте инвалидов мужчины преобладают над женщинами, что свидетельствует о большей распространенности рака желудка среди лиц мужского пола.

Наибольшее количество мужчин, признанных инвалидами, приходится на 2015 г. – 60,2%, с последующими колебаниями от 56,2% в 2017 г. до 58,3% в 2018 г. Наибольшее количество женщин, признанных инвалидами, отмечено в 2017 г. – 43,8%, с последующим снижением в 2018 г. до 41,7%, ростом в 2019 г. до 43,2%. Минимальный удельный вес лиц женского пола в общем континенте инвалидов приходится на 2015 г. – 39,8%.

За исследуемый период (2015–2019) количество повторно признанных инвалидами постоянно превалирует над числом лиц, впервые признанных инвалидами. Наибольшее количество лиц, повторно признанных инвалидами, приходится на 2016 г. – 995 (54,4%), с последующим снижением до 939 (54,7%) в 2019 г. и минимальным показателем в 2015 г. до 922 (51,3%) пациентов. В то же время количество лиц, впервые признанных инвалидами в 2015 г., является максимальным за весь исследуемый период и составляет 870 (48,7%), с последующим снижением до 835 (45,6%) в 2016 г., до 802 (46,1%) в 2017 г., 781 (44,7%) в 2018 г., достигнув минимума в 2019 г. – 779 (45,3%) больных.

Из общего количества впервые признанных инвалидами вследствие рака желудка за анализируемый период в г. Москве в 39,2% наблюдений определена I группа инвалидности, в 52,3% – II группа инвалидности и в 8,5% – III группа инвалидности, т.е. в большинстве наблюдений при первичном освидетельствовании (91,5%) определяются наиболее тяжелые группы инвалидности, что свидетельствует о тяжести состояния указанной категории лиц и их высокой потребности в медико-социальной реабилитации.

Среди повторно признанных инвалидами вследствие рака желудка картина несколько меняется: доля инвалидов I группы снижается до 18,4%, инвалидов II группы также снижается до 48,6%, но увеличивается доля инвалидов III группы до 33%. Полученные данные свидетельствуют о том, что большая часть пациентов, имеющих I группу инвалидности, не доживают до очередного освидетельствования, либо при первичном освидетельствовании группа инвалидности им определяется без срока переосвидетельствования.

Рост же количества инвалидов III группы среди повторно освидетельствованных пациентов говорит об увеличении количества больных, направляемых в бюро медико-социальной экспертизы в более ранние сроки заболевания и эффективности реабилитационных мероприятий.

Среди общего числа мужчин, признанных инвалидами впервые и повторно вследствие рака желудка в 2015–2019 гг. в г. Москве, инвалиды I группы составили 28,9%, II группы – 51,3%, III группы – 19,8%, среди женщин инвалиды I группы – 26,7%, II группы – 49%, III группы – 24,3%. Удельный вес инвалидов I и II групп среди лиц мужского пола был 80,2%, что больше, чем у женщин (75,7%), в то время как удельный вес инвалидов III группы среди женщин (24,3%) выше, чем среди мужчин (19,8%).

Из общего количества мужчин, признанных инвалидами вследствие рака желудка за анализируемый период (5106), лица трудоспособного возраста составили 1912 (38,9%), лица старше трудоспособного возраста – 3005 (61,1%).

Среди лиц женского пола за исследуемый период признано инвалидами 3726 больных, в том числе в трудоспособном возрасте – 804 (22,9%) и 2872 (77,1%) лиц старше трудоспособного возраста.

В общей структуре инвалидов вследствие рака желудка за исследуемый период среди обоих полов преобладают лица старше трудоспособного возраста. Лица трудоспособного возраста среди женщин составляют более 1/5 части (22,9%), тогда как среди мужчин они составляют более 1/3 (38,9%).

Большинство лиц из числа исследуемого контингента (41%) приходится на больных в возрасте 51–60 лет, 34,6% – на возраст 61–70 лет, 14,8% – на возраст 71–80 лет и лишь 9,6% – на лиц в возрасте от 40 до 50 лет. Значительную часть из числа исследуемого контингента (90,4%) составляют лица предпенсионного и пенсионного возраста, что необходимо учитывать при планировании мероприятий по профессиональной реабилитации.

Большинство пациентов (85,2%), направленных на медико-социальную экспертизу, имели заболевания в запущенных стадиях (IIIA, IIIB, IVA стадии), что явилось основанием для определения им II группы инвалидности. Только 7,7%



пациентов имели IIВ стадию заболевания, всем им было выполнено радикальное хирургическое вмешательство, которое привело к стойким, умеренно выраженным нарушениям функции пищеварения. Указанным лицам была определена III группа инвалидности. 7,1% пациентов имели IVВ стадию, т.е. инкурабельный рак желудка с метастазами; эти пациенты перенесли паллиативные хирургические вмешательства, направленные на восстановление пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту. Данная группа пациентов имела стойкие, значительно выраженные нарушения функций организма, приводящие к неспособности к самообслуживанию и нуждаемости в постоянной посторонней помощи. Всем им была определена I группа инвалидности без срока переосвидетельствования.

По объему хирургического вмешательства исследуемый контингент распределился следующим образом: гастрэктомия – 37,8%, резекция 3/4 желудка – 31,4%, субтотальная резекция желудка – 23,7%, гастрэктомия с резекцией пораженных соседних органов – 5,2%, паллиативные хирургические вмешательства – 1,9%.

У большинства пациентов опухоль локализовалась в области преддверия привратника (19,9%), далее следует тело желудка (15,4%), кардиальный отдел желудка (14%), малая кривизна желудка (12,9%), привратник (11,5%), большая кривизна желудка (10,8%), дно желудка (8,3%), в 7,2% случаев злокачественное новообразование выходило за пределы указанных областей. В 58,3% наблюдений у опухоли был экзофитный характер роста, в 41,7% наблюдений рост опухоли был эндофитным.

Психологическое исследование инвалидов вследствие рака желудка выявило формирование у них ряда специфических качеств, влияющих на общий процесс медико-социальной реабилитации этого контингента лиц. Потребность в психокоррекционной работе в отношении изучаемых лиц на современном этапе не вызывает ни у кого сомнений. Вместе с тем исследования показали, что только в 13,4% случаев лечащий врач предлагает пациенту консультацию психолога после установления диагноза злокачественного новообразования, в 21,2% случаев

пациенты затруднились ответить на этот вопрос, в то же время в большинстве случаев (65,4%) эта консультация не была рекомендована. 26,9% респондентов обратились к психологу самостоятельно, 62,2% респондентов проигнорировали эту консультацию, 10,9% затруднились ответить на этот вопрос. В отношении членов семьи заболевшего складывается еще более удручающая картина: только в 7,8% случаев проводили мероприятия по психологической поддержке членов семьи, в 58,3% ее не проводили; 33,9% респондентов затруднились ответить на этот вопрос. Полученные данные свидетельствуют о высокой потребности изучаемого контингента и членов их семей в психологической коррекции. В частности, половина респондентов (50%) отмечают у себя чувство отчаяния после известия о болезни, 39,7% испытывают глубокую депрессию, 10,3% респондентов приходят суицидальные мысли. В большинстве случаев изменяются отношения в семье, в частности, в 50% случаев появляется чувство жалости и сострадания со стороны членов семьи по отношению к больному, в 32,7% случаев отмечается чувство тревоги и напряжения, лишь в 17,3% случаев респонденты не заметили изменений в семейных отношениях. Перед направлением на медико-социальную экспертизу только 9,7% респондентов осматривались психологом, 64,7% пациентов консультация психолога не назначалась, 25,6% затруднились ответить на этот вопрос. Несколько лучше обстоят дела с психологом в бюро медико-социальной экспертизы, в 62,8% случаев при освидетельствовании пациенты осматривались психологом, в 19,8% случаев осмотр не проводился, 17,4% ответили: «Не знаю». В то же время только 19,6% респондентов были удовлетворены консультацией психолога бюро медико-социальной экспертизы, 35,9% не удовлетворены этой консультацией и 45,5% респондентов затруднились ответить на этот вопрос.

На этапе реализации мероприятий по медико-социальной реабилитации, включенных в индивидуальную программу реабилитации (абилитации) инвалида, психологическая поддержка осуществлялась только 21,2% пациентов, в 55,1% случаев она не проводилась и 23,7% пациентов затруднились ответить на этот вопрос. Вместе с тем большинство граждан из числа исследуемого контингента

(66,6%) считают необходимой психологическую поддержку в процессе лечения, только 13,6% ответили, что она не нужна, а 19,8% затруднились ответить на этот вопрос. Анализ свидетельствует о системной проблеме в процессе организации онкологической психологической помощи в отношении больных раком желудка как на этапе оказания медицинской помощи, так и на этапах освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы и реализации мероприятий по медико-социальной реабилитации.

По образовательному уровню респонденты распределились следующим образом: у 5,1% было начальное образование, у 7,7% – среднее неполное и у 87,2% – среднее полное образование. По уровню профессионального образования: среднее специальное образование отмечено у 50%, неоконченное высшее образование – у 14,7%, высшее образование – у 35,3%.

По характеру профессиональной деятельности: физическим трудом занимались 44,8% респондентов, умственным трудом – 36,6%, не работали на момент освидетельствования – 18,6% пациентов.

Полученные данные свидетельствуют о высокой потребности респондентов в медико-социальной реабилитации, в том числе в восстановительной терапии в условиях круглосуточного стационара (57%), в амбулаторно-поликлинических условиях (42,9%), в условиях специализированных реабилитационных центров (34%), в помощи психотерапевта (33,3%), в химиотерапии (32%), в лучевой терапии (30,8%), в конструктивном хирургическом вмешательстве (7,7%), в паллиативной медицинской помощи (7,1%).

Анализ потребностей инвалидов в мерах социальной реабилитации свидетельствует о большей потребности в этих мероприятиях инвалидов вследствие рака желудка, чем инвалидов по последствиям различных хронических заболеваний. В большинстве запущенных стадиях рака желудка заболевание носит прогрессирующий и быстротечный характер, что требует оперативного решения не только медицинских проблем, но и многих социальных вопросов, направленных на повышение качества жизни этой категории инвалидов, предусматривающих адаптацию жилья, обучение навыкам

самообслуживания, персональной сохранности, навыкам проведения досуга и отдыха. Из числа исследуемого контингента в социально-бытовой адаптации нуждалось 46,2% респондентов, постоянном постороннем уходе – 7,1%, периодическом постороннем уходе – 43,6%, вспомогательных технических средствах для быта – 14,7% респондентов. Достаточно высокая потребность отмечалась в социально-бытовом обслуживании (50%), в том числе в социальном обслуживании на дому (31,4%), в пребывании в условиях центров социального обслуживания (23,3%). Наиболее востребованным мероприятием в разделе социальной реабилитации среди инвалидов вследствие рака желудка оказалось социально-психологическая помощь (84,6%). Потребность в организации досуга составляла 39,7%, социальной помощи – 48,7%, в социально-правовой помощи – 62,2%.

Наиболее востребованным мероприятием в разделе социальной реабилитации среди изучаемого контингента является социально психологическая помощь (84,6%), далее следует социально-правовая помощь (62,2%), а половина респондентов (50%) нуждаются в бытовом обслуживании. Полученные данные свидетельствуют о тяжелом моральном и психологическом состоянии исследуемого контингента, его недостаточной информированности о своих правах и льготах и высокой их потребности в мерах социальной помощи.

С учетом полученных данных можно констатировать, что инвалиды вследствие рака желудка имеют дифференцированную потребность в медико-социальной реабилитации со своими специфическими особенностями, которые требуют индивидуального подхода при формировании ИПРА инвалида в отношении этой категории лиц.

Полученные данные могут быть использованы при формировании индивидуальных и комплексных программ реабилитации в отношении инвалидов с злокачественными новообразованиями вообще и раком желудка в частности. При этом необходимо учитывать современные концептуальные подходы к реабилитации, содержащие конкретные мероприятия по ее отдельным составляющим, в том числе должна быть предусмотрена медицинская

реабилитация на ее различных уровнях, включая восстановительное лечение, лечебную физкультуру, массаж, химиотерапию, лучевую терапию, хирургическое лечение, в том числе реконструктивные хирургические вмешательства, в обязательном порядке психотерапевтические мероприятия.

Программа профессиональной реабилитации у изучаемого контингента имеет свои особенности. В первую очередь необходимо учитывать стадию заболевания на момент освидетельствования больного, далее возраст, уровень образования, характер труда, наличие профессиональных навыков и умений. Конечно же, вести речь о профессиональной реабилитации в запущенных стадиях заболевания и терминальных состояниях весьма проблематично и, скорее всего, не актуально. Вместе с тем при относительно благоприятном прогнозе течения заболевания необходимо проводить мероприятия по профориентации, при необходимости обучить инвалида новой профессии с учетом его образования и профессиональных навыков, с последующим рациональным трудоустройством. Вовлечение инвалида в трудовую деятельность положительно сказывается на его общем психологическом и моральном состоянии, так как пациент чувствует свою значимость и востребованность для общества, позволяет достичь материальную независимость. При планировании мероприятий по профессиональной реабилитации необходимо учитывать и срок 5-летней выживаемости у больных раком желудка.

Программа социальной реабилитации для инвалидов вследствие рака желудка имеет очень важное значение, так как многие из них нуждаются в социально-бытовой адаптации, постоянном или периодическом постороннем уходе, социально-психологической, социальной и правовой помощи. Без решения многих социальных вопросов невозможно обеспечить достойное качество жизни этой категории инвалидов.

Указанные мероприятия по комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие рака желудка должны быть внедрены в работу специалистов бюро медико-социальной экспертизы, что будет способствовать повышению качества их работы и совершенствованию эффективности

реабилитационных мероприятий в отношении изучаемого контингента, что, в свою очередь, позволит повысить качество их жизни.

## ВЫВОДЫ

1. По частоте инвалидности рак желудка в г. Москве занимает 2-е среди злокачественных новообразований, а по тяжести инвалидности – 1-е место. Среди инвалидов вследствие рака желудка преобладают мужчины – 57,8%, женщины составляют 42,2%. Чаще инвалидами становятся лица старше трудоспособного возраста (у мужчин – 61,1%, у женщин – 77,1%). Среди впервые признанных инвалидами инвалиды I группы составили 39,2%, II группы – 50,3%, III группы – 8,5%, т.е. в большинстве случаев (89,5%) устанавливается более тяжелая группа инвалидности.

2. В соответствии с действующей нормативно-правовой базой освидетельствование граждан со злокачественными новообразованиями вообще и раком желудка в частности проводится в бюро медико-социальной экспертизы общего профиля, в структуре которого ведущую роль играет врач по медико-социальной экспертизе, не имеющий специальной подготовки по онкологии и соответственно испытывающий определенные трудности в трактовке тех или иных специфических понятий в отношении больных со злокачественными новообразованиями, тактики ведения этих пациентов, современных достижений в области онкологии, в том числе в части применения современных реабилитационных технологий в отношении этой категории больных. Медико-социальная экспертиза граждан со злокачественными новообразованиями требует дальнейшего совершенствования с учетом современных достижений онкологии и определения специальных экспертных подходов к этой категории пациентов.

3. Изучение психологических особенностей контингента инвалидов вследствие рака желудка продемонстрировало, что в большинстве случаев (82,7%) происходят значительные изменения в семейных отношениях после установления диагноза злокачественного новообразования, в том числе изменяются отношения с сослуживцами (86,6%). Все это ложится бременем на человека, испытывающего шок и тревогу при установлении ему диагноза злокачественного новообразования, в связи с чем половина респондентов (50%)

испытывают чувство отчаяния, более трети (39,7%) впадает в глубокую депрессию, а в отдельных случаях (10,3%) у пациентов появляются суицидальные мысли.

На этапе реализации мероприятий индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида более половины респондентов (55,1%) отметили, что им не проводились мероприятия по психологической поддержке, менее четверти пациентов (23,7%) затруднились ответить на этот вопрос, положительно ответили лишь 21,2%. Тогда как большинство респондентов (66,6%) считают необходимым проведение работы по психологической поддержке пациентов со злокачественными новообразованиями и членов их семей.

4. Психокоррекционная работа профессиональными психологами – важная составляющая комплексной медико-социальной реабилитации, позволяющая пациенту справиться с сильным стрессом после известия об онкологическом заболевании. Вместе с тем до настоящего времени нет единых стандартов психологической помощи этой категории пациентов. Психологическая работа с онкологическими пациентами должна быть направлена на стабилизацию и улучшение эмоционального статуса, формирование устойчивой мотивации к стабилизации состояния и выздоровлению, повышение качества жизни пациента. Необходимо проводить обучение пациентов методикам борьбы со страхом.

5. Анализ мероприятий по медико-социальной реабилитации продемонстрировал высокую потребность в медицинской реабилитации: в восстановительной терапии в условиях круглосуточного стационара нуждалось 57% респондентов, в амбулаторно-поликлинических условиях – 42,9%, в условиях специализированного реабилитационного центра – 34%, в психотерапевтической помощи – 33,3%, в химиотерапии – 32%, в лучевой терапии – 30,8%, в санаторно-курортном лечении – 19,8%, в реконструктивных хирургических вмешательствах – 7,7%, в паллиативной медицинской помощи – 7,1%.



Анализ потребностей исследуемого контингента в различных мерах социальной реабилитации показал, что в социально-бытовой адаптации нуждались 46,2% респондентов, в постоянном постороннем уходе – 7,1%, в периодическом постороннем уходе – 43,6%, во вспомогательных технических средствах для быта – 14,7%, в социально бытовом обслуживании (50%), в том числе социально-бытовом обслуживании на дому – 31,4%, 23,3% нуждались в пребывании в условиях центра социального обслуживания. В социально-психологической помощи нуждались 84,6% респондентов, в организации досуга – 39,7%, в социальной помощи – 48,7%, социально-правовой помощи – 62,2%.

При планировании мероприятий по профессиональной реабилитации принципиальное значение имеет прогноз течения заболевания и факторы 5-летней выживаемости больных желудка. Среди инвалидов II группы в профориентации нуждалось 5,5%, а инвалидов III группы – 8,3% респондентов. В профессиональном обучении среди инвалидов II группы нуждалось 5,6%, инвалидов III группы – 6,3%. В рациональном трудоустройстве среди инвалидов II группы нуждалось 12,7%, инвалидов III группы – 17,5% респондентов.

6. Изученные организационные формы деятельности учреждений медико-социальной экспертизы по освидетельствованию больных раком желудка подтверждают необходимость дальнейшего совершенствования данной процедуры с учетом современных достижений онкологии и определения специальных экспертных подходов к этой категории пациентов. Целесообразно организовать специализированное бюро медико-социальной экспертизы по освидетельствованию граждан с онкологическими заболеваниями.

Медико-социальная реабилитация инвалидов вследствие злокачественных новообразований вообще и рака желудка в частности имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при формировании индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида. Кроме основных параметров, таких как диагноз основного и сопутствующего заболевания, наличие осложнений, пола, возраста, уровня образования, характера профессиональной деятельности, социально-бытовых условий, у больных раком желудка необходимо учитывать

стадию заболевания, характер роста опухоли, объем хирургического вмешательства, наличие ранних и отсроченных послеоперационных осложнений, гистологическое строение опухоли, наличие метастатических поражений, потребность в химиотерапии и лучевой терапии. Принципиальное значение для больных раком желудка имеет прогноз течения заболевания, который зависит от вышеуказанных факторов и психологического состояния пациента.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Полученные данные о структуре и динамике первичной и повторной инвалидности вследствие рака желудка могут служить в качестве информационной базы при разработке комплексных целевых программ по предупреждению заболеваемости и инвалидности населения вследствие злокачественных новообразований на региональном уровне.

2. В большинстве случаев рак желудка выявляется врачами медицинских организаций в IIIA, IIIB, IVA стадиях, что, в свою очередь, ведет к высокой инвалидизации. В связи с чем целесообразно акцентировать внимание врачей на выявление данного заболевания на его начальных стадиях, при которых врач обязан провести минимальный набор исследований для диагностики данного заболевания.

3. Психологическая работа с больным раком желудка должна проводиться на всех этапах ведения пациента, в том числе на этапе направления на медико-социальную экспертизу, реализации мероприятий по комплексной реабилитации. При этом она должна преследовать конкретные цели, направленные на стабилизацию и улучшение эмоционального состояния, формирование устойчивой мотивации к стабилизации состояния и саногенного поведения.

4. При планировании мероприятий по профессиональной реабилитации в отношении больных раком желудка необходимо учитывать прогноз течения заболевания и 5-летнюю выживаемость, связанные со стадией заболевания. Планировать долгосрочные мероприятия по профориентации, переобучению с последующим трудоустройством для инвалидов с запущенными стадиями рака желудка нецелесообразно.

5. Больные раком желудка обладают высокой потребностью в мероприятиях по медицинской и социальной реабилитации и необходимости межведомственного взаимодействия медицинских организаций и учреждений социальной защиты в реализации мероприятий по комплексной реабилитации больных раком желудка.

6. Разработанные меры по совершенствованию и оптимизации комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие рака желудка могут и должны быть использованы для повышения качества реабилитации данного контингента лиц.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ЗНО – злокачественные новообразования

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации (абилитации)

МКБ – Международная классификация болезней

МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

МСЭ – медико-социальная экспертиза

ППИ – повторно признанные инвалидами

РЖ – рак желудка

РФ – Российская Федерация

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абашидзе А.Х. Международно-правовые основы защиты прав инвалидов / А.Х. Абашидзе, В.С. Маличенко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 1. – С. 32–36.
2. Аверкин Ю.И. Прогноз числа ежегодных случаев злокачественных новообразований в Республике Беларусь и областях до 2030 г. / Ю.И. Аверкин, Е.И. Хильченко, М.В. Трич [и др.] // Онкологический журнал. – 2011. – Т. 5. – №3 (19). – С. 10–11.
3. Аскерханов Г.Р. Болезни оперированного желудка / Г.Р. Аскерханов, У.З. Загиров, А.С. Гадженов. – М.: Медпрактика, 1999. – 152 с.
4. Балацкая Л.Н. Современное состояние реабилитации онкологических больных с опухолями головы и шеи / Л.Н. Балацкая, З.Д. Кицманюк, С.Ю. Чижевская // Сибирский онкологический журнал. – 2002. – №1. – С. 50-53.
5. Бегун И.В. Возможности ранней диагностики злокачественных абдоминальных новообразований у грудных детей / И.В. Бегун, А.А. Зборовская // Сборник материалов XII Международной конференции «Актуальные вопросы детской онкологии, гематологии и иммунологии». – Минск, 2012. – С. 26–32.
6. Белковец А.В. Рак желудка: современные молекулярно-генетические данные (обзор литературы) / А.В. Белковец, О.В. Решетников, С.А. Курилович, В.Н. Максимов // Сибирский онкологический журнал. – 2014. – № 2 (62). – С. 56–64.
7. Бондарь В.Г. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / В.Г. Бондарь, Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанская // Онкология. – 2006. – Т. 8, № 2. – С. 171–175.
8. Быковская Т.Ю. Некоторые вопросы доступности и качества медицинской помощи / Т.Ю. Быковская, С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов // Colloquium-journal. – 2018. – № 5-1 (16). – С. 33–34.

9. Валенкович Л.Н. Болезни органов пищеварения: руководство по гастроэнтерологии для врачей / Л.Н. Валенкович, О.И. Яхонтова. – СПб.: ДЕАН, 2006. – 656 с.
10. Вашакмадзе Л.А., Хомяков В.М., Иванова Л.В., Чайка А.В. Пострезекционные патологические состояния и функциональные результаты радикального хирургического лечения больных раком желудка: Пособие для врачей / Л.А. Вашакмадзе, В.М. Хомяков, Л.В. Иванова, А.В. Чайка. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2014. – 36 с.
11. Великолуг К.А. Особенности выявления и дифференциальная диагностика рака желудка, пути совершенствования. Клиническое наблюдение / К.А. Великолуг, В.В. Филиппов, А.Ю. Пайков // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №4. – С. 125-133.
12. Веригина Н.Б. Сравнительный анализ динамики уровня первичной инвалидности вследствие основных классов болезней у взрослого населения в Российской Федерации и ее округах за 2016–2017 гг. / Н.Б. Веригина, Е.С. Красновская, З.М. Волкова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2018. – № 2. – С. 26–31.
13. Владимирова О.Н. Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности: дис. ... д-ра мед. наук / Владимирова Оксана Николаевна. – Санкт-Петербург, 2020. – 320 с.
14. Владимирова О.Н. Методические основы экспертной оценки потребности инвалидов в приспособлении (адаптации жилья) / О.Н. Владимирова, С.Н. Пузин, Л.А. Кожушко, О.В. Ломоносова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 2. – С. 58–75.
15. Владимирова О.Н. Национальные стандарты в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов / О.Н. Владимирова, А.В. Шошмин, С.В. Малькова [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-

социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 18–29.

16. ВОЗ. Информационный бюллетень, январь 2018. «Социальные аспекты здоровья» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/958/80/lang.ru>

17. Гарин А.М. Эволюция и революционные события в онкологической науке в конце XX – первом десятилетии XXI века. Актуальные вопросы онкологии. – Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – № 3. – С. 32–36.

18. Гевандова М.Г. Эпидемиология онкологической заболеваемости детей в Ставропольском крае за период с 2001 по 2011 год / М.Г. Гевандова, А.Б. Ходжаян, Н.В. Агранович [и др.] // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – Т. 14, № 5 (2). – С. 326–329.

19. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьба с ними. Профилактика рака и борьба с ним в контексте комплексного подхода (WHA 70.12). – 2017.

20. Густов А.В. Медико-социальная экспертиза в неврологической практике: учеб. пособие / А.В. Густов, Е.А. Антипенко, Е.А. Базаева, М.Л. Судонина. – Н. Новгород: НГМА. – 2004. – 100 с.

21. Давыдов М.И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России и странах СНГ в 2006 году / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 19. – № 2 (прил. 1). – С. 52–90.

22. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесова // Современная онкология. – 2000. – Т. 2. – № 1. – С. 4–10.

23. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 году / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2011. – Т. 22. – № 3 (85). – Прил. 1. – 172 с.



24. Добренков К.В. Инновационные достижения в области онкологии. – Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2017. – Т. 4. – № 3. – С. 10–16.
25. Дымочка М.А. Особенности динамики показателей инвалидности среди взрослого и детского населения Российской Федерации / М.А. Дымочка, Л.П. Гришина, З.М. Волкова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 3. – С. 8–16.
26. Ена И.И. Современные подходы к хирургическому лечению рака желудка / И.И. Ена, Н.А. Шахназаров // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10 (часть 1). – С. 204–211.
27. Запарий С.П. Основная тенденция первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями и первичной инвалидности взрослого населения Омской области за 2007–2012 гг. / С.П. Запарий, В.К. Косенок, А.К. Иванилов // Сибирский онкологический журнал. – 2014. – № 2 (62). – С. 31–35.
28. Запарий С.П. Повторная инвалидность лиц старше трудоспособного возраста вследствие рака желудка в г. Москве за 2015-2019 гг. / С.П. Запарий, Н.Н. Шмакова, Ю.А. Коврижных, В.В. Филиппов // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №3. – С. 31-37.
29. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных новообразований. Канцерогенез. – М.: Научный мир, 2000. – С. 26–30.
30. Заридзе Д.Г. Эпидемиология, механизмы канцерогенеза и профилактика рака. – Проблемы клинической медицины. – 2005. – № 2. – С. 10–16.
31. Захаренков А.А. Рак желудка: диагностика и лечение / А.А. Захаренков, К.Н. Вовин, М.Н. Беляев [и др.]. Методическое пособие. – СПб: РИЦ ПСПбГМУ, 2018. – 36 с.
32. Итоговый аналитический отчет по проекту «Мониторинг эффективности расходов государственного бюджета на профилактику и лечение

онкологических заболеваний» при поддержке Фонда «Сорос-Казахстан». 2013. – 33 с.

33. Каприн А.Д. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России в 2013 году / А.Д. Каприна, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2015. – 250 с.

34. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2017. – 250 с.

35. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2016 году. (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. – 250 с.

36. Каприн А.Д. Состояние онкологической помощи населению в России в 2017 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. – 236 с.

37. Карасаева Л.А. Возможности применения МКФ в программе профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов / Л.А. Карасаева, М.В. Горяйнова, И.Р. Мясников, А.А. Нурова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 20–26.

38. Каримов М.А. Имеется ли канцерогенный риск для населения в Восточно-Казахстанской области, связанный с загрязнением окружающей среды канцерогенными веществами классов поликлинических ароматических углеводородов и тяжелых металлов / М.А. Каримов, Р.А. Доскеева, Ж.Ш. Кенжалин, Г.А. Койшекенова // Онкология и радиология Казахстана. – 2012. – №1. – С. 19–23.

39. Кириченко Ю.Н. Онкозаболеваемость и первичная инвалидность среди взрослого населения Курской области / Ю.Н. Кириченко, Д.В. Разиньков, С.И. Иванова // Человек и его здоровье. – 2014. – № 1. – С. 105–109.

40. Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению при раке желудка // Минимальные клинические рекомендации Европейского общества мед. онкологов (ESMO). – 2010. – С. 82–86.

41. Коврижных Ю.А. Нозологическая структура впервые признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований среди лиц молодого возраста в г. Москве за 2012–2018 гг. / Ю.А. Коврижных, С.П. Запарий, А.П. Русакевич [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 47–55.

42. Коврижных Ю.А. Совершенствование комплексной реабилитации инвалидов молодого возраста вследствие злокачественных новообразований в г. Москве: дис. ... канд. мед. наук / Коврижных Юлия Александровна. – Москва, 2020. – 228 с.

43. Конвенция ООН о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи 13 декабря 2006 г.).

44. Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: дис. ... д-ра мед. наук / Кром Ирина Львовна. – Саратов, 2007. – 383 с.

45. Кудрявцев И.Ю. Статистика злокачественных новообразований женской репродуктивной системы в Навоийском районе республики Узбекистан: заболеваемость, смертность и социально-гигиенический ущерб // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20. – № 2. – С. 28–53.

46. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – Kues: София, 2001. – 320 с.

47. Лазарев А.Ф. Эпидемиология кардиоэзофагеального рака и рака желудка в Алтайском крае // Российский биотерапевтический журнал. – 2007. – №6 (4). – С. 25–30.

48. Лосева Н. Страшнее рака [Электронный ресурс]. – Московские новости. – 2014. – № 664. Режим доступа: <http://mn.ru/oped/columns/20120402/314756840>.

49. Люцко В.В. Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие онкологических заболеваний и пути совершенствования мер реабилитации инвалидов [Электронный ресурс] / В.В. Люцко, Н.Ю. Трифонова, В.И. Батурина, С.Б. Шахсуварян // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1. Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=12153> (дата обращения – 29.02.2020).

50. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при раке желудка. [Электронный ресурс] Режим доступа: [https://invalidnost.com/publ/mediko\\_socialnaja\\_ehkspertiza\\_pri\\_nekotorykh\\_zabolevan\\_ijakh/mseh\\_i\\_invalidnost\\_pri\\_rake\\_zheludka/2-1-0-77](https://invalidnost.com/publ/mediko_socialnaja_ehkspertiza_pri_nekotorykh_zabolevan_ijakh/mseh_i_invalidnost_pri_rake_zheludka/2-1-0-77) (дата обращения – 20.02.2020)

51. Меметов С.С. Актуальные вопросы социальной реабилитации лиц пожилого возраста / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, Т.А. Иванова [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 4. – С. 30–33.

52. Меметов С.С. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, В.С. Полунин [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2018. – № 3. – С. 9–15.

53. Меметов С.С. Медико-социальные проблемы долгожителей на современном этапе / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов // Успехи геронтологии. – 2019. – Т. 32. – № 4. – С. 664–667.

54. Меметов С.С. Некоторые аспекты обеспечения инвалидов пожилого и старческого возраста техническими средствами реабилитации на современном этапе / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов // Успехи геронтологии. – 2019. – Т. 32. – №1–2. – С. 211–214.

55. Меметов С.С. Некоторые аспекты совершенствования медико-социальной помощи и реабилитации граждан пожилого и старческого возраста на региональном уровне / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, В.В. Ким // Физическая и

реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 3. – № 3. – С. 54–57.

56. Меметов С.С. О независимой медицинской экспертизе / С.С. Меметов, В.Н. Потапов, Якушев А.А. [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 3. – С. 8–11.

57. Меметов С.С. Особенности реабилитации лиц пожилого возраста в условиях стационара медицинской организации / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 69–73.

58. Меметов С.С. Проблемные вопросы реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов на современном этапе / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, Н.С. Говорушкина [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 4. – С. 11–17.

59. Меметов С.С. Пути совершенствования медико-социальной помощи участникам и ветеранам боевых действий / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, В.В. Ким // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2018. – № 4. – С. 79–83.

60. Меметов С.С. Пути совершенствования медико-социальной экспертизы на современном этапе / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, Э.П. Грибова, В.Н. Петрова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – №4. – С. 109–115.

61. Меметов С.С. Совершенствование медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов и участников Великой Отечественной войны на современном этапе / С.С. Меметов, Л.Ю. Балека, В.Н. Потапов, О.Т. Богова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной

экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 1. – С. 46–49.

62. Мерабишвили В.Н. Выживаемость онкологических больных. Выпуск 2.4.1 / под ред. проф. Ю.А. Щербук / В.Н. Мерабишвили, Ю.А. Щербук, И.В. Кисельникова [и др.]. – СПб.: КОСТА, 2011. – 332 с.

63. Михайлов М.К. Комплексная диагностика новообразований желудка // Практическая медицина. – 2010. – № 4. – С. 62–65.

64. Национальный проект «Здравоохранение» / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – М., 2018. – 55 с.

65. Николаев В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987. – 166 с.

66. Нурпенсова Г.К. Медико-социальная реабилитация больных раком желудка // Медицина и экология. – 2010. – № 4. – С. 175–178.

67. Осадчих А.И. Основы медико-социальной экспертизы / А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова [и др.]. – М.: Медицина, 2005. – 448 с.

68. Осадчих А.И. Правовые, организационные и методические основы реабилитации инвалидов / А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, О.С. Андреева [и др.]. – М.: Медицина, 2005. – 456 с.

69. Петрова Г.В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России / Г.В. Петрова, А.Д. Каприн, В.В. Старинский, О.П. Грецова // Журнал им. П.А. Герцена. – № 5. – 2014. – С. 5–10.

70. Петрова Г.В. Сравнение данных государственной онкологической статистики и ракового регистра России / Г.В. Петрова, О.П. Грецова, В.В. Старостина // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – Т. 18. – № 5. – С. 5–11.

71. Письмо ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России от 17.02.2020 № 6401.ФБ.77/2020 «Об организации и проведении медико-социальной экспертизы лицам со злокачественными новообразованиями».

72. Пищенко Е. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: Litres, 2017. – 300 с.
73. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака желудка // Злокачественные опухоли: практические рекомендации RUSSCO. – 2017. – Т. 7. – С. 248–260.
74. Перминов В.А. Анализ заболеваемости и первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди взрослого населения Томской области за период 2012–2017 гг. / В.А. Перминов, С.К. Куликов, А.П. Кошель // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2018. – № 3. – С. 96–102.
75. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
76. Прогноз долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года. Минэкономразвития России. – Москва, 2013. – 354 с.
77. Программа ООН «Об устойчивом развитии до 2030 года», принятая на 70-й сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. – Сентябрь. – 2015.
78. Пузин С.Н. Аспекты реабилитации и абилитации на современном этапе / С.Н. Пузин, С.С. Меметов, М.А. Шургая [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2016. – № 1. – С. 4–7.
79. Пузин С.Н. Влияние антропотехногенной нагрузки на медико-социальные аспекты первичной заболеваемости и инвалидности населения / С.Н. Пузин, О.В. Мячина, И.Э. Есауленко [и др.] // Успехи геронтологии. – 2018. – Т.31. – № 4. – С. 569–573.
80. Пузин С.Н. Демографические и медико-социальные аспекты инвалидности в пожилом возрасте / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, С.С. Меметов, А.Е.

Лаптева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 3. – С. 46–49.

81. Пузин С.Н. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, С.С. Меметов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т. 21. – № 1–2. – С. 10–17.

82. Пузин С.Н. Качество и безопасность медицинской деятельности. Состояние и перспективы / С.Н. Пузин, С.С. Меметов, Л.А. Зоричева [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 1. – С. 5–10.

83. Пузин С.Н. Качество медико-социальной экспертизы: современные аспекты формирования клинико-функционального диагноза / С.Н. Пузин, С.С. Меметов, М.А. Шургая [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 3. – С. 4–6.

84. Пузин С.Н. Медико-социальная экспертиза на современном этапе: проблемы, пути решения / С.Н. Пузин, Т.Ю. Быковская, С.С. Меметов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2018. – № 1. – С. 7–14.

85. Пузин С.Н. Медико-социальные аспекты повторной инвалидизации взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, Е.Е. Ачкасов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – №1. – С. 18–22.

86. Пузин С.Н. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы на современном этапе / С.Н. Пузин, С.С. Меметов, В.Н. Потапов [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2016. – № 1. – С. 10–17.



87. Пузин С.Н. Организационно-правовые особенности лекарственного обеспечения инвалидов в Российской Федерации / С.Н. Пузин, А.В. Гречко, М.В. Пряников, В.С. Маличенко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т. 21. – № 1–2. – С. 79–83.

88. Пузин С.Н. Проблемные вопросы медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста на современном этапе / С.Н. Пузин С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов [и др.] // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 4. – № 4. – С. 42–44.

89. Пузин С.Н. Эпидемиологическая картина инвалидности у различных демографических контингентов населения в Российской Федерации в аспекте социальной политики государства / С.Н. Пузин, М.А. Дымочка, С.А. Бойцов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т. 21. – № 1–2. – С. 79–83.

90. Пузин С.Н. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации. В трех томах. Том 1. Основы нормативно-правовой и методической базы медико-социальной экспертизы и реабилитации / под ред. С.Н. Пузина, А.В. Гречко / С.Н. Пузин, А.В. Гречко Е.Е. Ачкасов [и др.]. – М.: Издательский дом ТОНЧУ, 2018. – 606 с.

91. Пузин С.Н. Экспертиза временной нетрудоспособности: состояние, перспективы / С.Н. Пузин, Т.Ю. Быковская, В.А. Охлопков, В.В. Филиппов, Шаркунов Н.П., В.В. Ким // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №4. – С. 60-67.

92. Пузин С.Н. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / С.Н. Пузин, Н.В. Дмитриева, А.Ю. Пайков, В.В. Филиппов, Ф.Д. Эркенова, В.Д. Физицкая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – №1. – С. 29-37.

93. Пузин С.Н. Показатели тяжести инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц молодого возраста в Москве за 2016-2018 г. / С.Н. Пузин, Ю.А. Коврижных, С.Н. Запарий, В.В. Филиппов, М.В.

Коврижных // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – №3. – С. 377-379.

94. Романов С.А. Организационно-методические подходы к проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов вследствие облитерирующего атеросклероза нижних конечностей в Самарской области: дис. ... канд. мед. наук / Романов Сергей Анатольевич. – Москва, 2014. – 170 с.

95. Рыбалкина Д.Х. Обзор современных эпидемиологических аспектов по онкопатологии / Д.Х. Рыбалкина, Н.К. Дюсембаева, А.Е. Шпаков [и др.] // Гигиена труда и медицинская экология. – 2015. – № 4 (49). – С. 31–48.

96. Самусенко А.Г. Заболеваемость и инвалидность взрослого населения старше трудоспособного возраста вследствие болезней нервной системы и совершенствование медико-социальной реабилитации: дисс. ... канд. мед. наук / Самусенко Анастасия Геннадьевна. – Москва, 2020. – 188 с.

97. Самутин К.Н. Здоровье населения как составной элемент экономической политики государства. – Российское предпринимательство. – 2012. – Т. 13. – № 11. – С. 131–136.

98. Сельчук В.Ю. Рак желудка / В.Ю. Сельчук, М.П. Никулин // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11 (26). – № 16–18. – С. 1141–1148.

99. Сертакова О.В. Распространенность онкологических заболеваний у различных групп населения России и мире / О.В. Сертакова, Д.Н. Решетов, М.Н. Дудин, М.Ю. Голубев // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 33–46.

100. Совместный приказ Минтруда России и Минздрава России от 31.01.2019 № 52н/35н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы».

101. Степанов И.В. Клинико-морфологические и молекулярно-генетические особенности интестинального и диффузного типов карцином

желудка / И.В. Степанов, М.В. Завьялова, Е.С. Григорьева [и др.] // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – № 4 (40). – С. 55–66.

102. Трифонова Н.Ю. Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие онкологических заболеваний и пути совершенствования мер реабилитации инвалидов / Н.Ю. Трифонова, В.И. Бутрина, С.Б. Шахсуварян, В.В. Люцко // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1.

103. Тхостов А.Ш. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки / А.Ш. Тхостов, Д.А. Степанович // Вопросы онкологии. – 1986. – №3. – С. 128–134.

104. Тюляндин С.А. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества клинической онкологии (ESMO) / С.А. Тюляндин, Н.И. Переводчикова, Д.А. Носов. – М.: издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2004. – 117 с.

105. Тюляндин С.А. Химиотерапия рака желудка // Практическая онкология. – 2001. – № 7 (17). – С. 44–51.

106. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в области здравоохранения».

107. Федеральный закон от 01.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

108. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

109. Филиппов В.В. Некоторые особенности медико-социальной экспертизы при раке желудка // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №2. – С. 49-55.

110. Филиппов В.В. Рак желудка: медико-социальные проблемы // Сборник статей “World science: problems and innovations” XLV Международной научно-практической конференции “World science: problems and innovations”. – Пенза, 30 августа 2020 г. – С. 196-199.

111. Филиппов В.В. Некоторые социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие рака желудка в городе Москве 2017-2019 гг. / В.В. Филиппов, С.Н. Пузин // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – №3. – С. 76-82.
112. Харитонов Ю.Н. Совершенствование системы социальной поддержки инвалидов в России на современном этапе / Ю.Н. Харитонов, Д.В. Майоров // Новая наука от идеи к результату. – 2016. – № 10-1. – С. 204–207.
113. Холмогорова А.Б. Методы диагностики социальной поддержки при расстройствах аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, Г.А. Петрова // Медицинская технология. МНИИ психиатрии Росздрава. – М., 2007. – 24 с.
114. Холмогорова А.Б. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Г.А. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 15–23.
115. Хомичук А.Л. Динамика клинико-метаболических показателей у больных после гастроэктомии в процессе персонализированной диетотерапии с включением энтерального питания. – Русский медицинский журнал. – 2013. – №5. – С. 19–23.
116. Центральная база статистических данных. Основные показатели деятельности отдельных отраслей экономики. Здравоохранение. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: <http://gks.ru/dbscripts/cbsd/Dblnet.cgi>
117. Чернеховская Н.Е. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 200 с.
118. Черноусов А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Руководство для врачей / А.Ф. Черноусов, П.М. Богомольский, Ф.С. Курбанов. – М., 1996. – 253 с.

119. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013. – 289 с.
120. Чиссов В.И. Национальная онкологическая программа: счет на спасенные жизни. «Кто есть Кто в медицине». – 2012. – № 2 (55). – С. 36–37.
121. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции поликлинической онкологии. – М.: Медицина, 2000. – 735 с.
122. Шаназаров Н.А. Рак желудка. Эпидемиологические особенности на современном этапе / Н.А. Шахназаров, А.М. Машкин, Ж.К. Сагандыков, А.А. Мидленко // Электронный журнал: Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. Дата обращения 09.07.2014.
123. Щепотин И.Б. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И.Б. Щепотин, С.Р. Эванс. – Киев: Книга Плюс, 2000. – 227 с.
124. Шургая М.А. Инвалидность в пожилом возрасте и научное обоснование стратегии совершенствования медико-социальной реабилитации в Российской Федерации: дис. ... д-ра мед. наук / Шургая Марина Арсеньевна. – Москва, 2018. – 411 с.
125. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 576 с.
126. Яровая Е.Г. К проблеме психолого-социального сопровождения онкологических больных. – Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 1. – С. 178–195.
127. Aapro M. Supportive care and palliative care: a time for unity in diversity // Ann Oncol. – 2012. – №23(8). – P. 1932–1934.
128. Abachi S. Enteral vitamin B12 supplements reverse past gastrectomy B12 Deficiency / S. Abachi, T. Kawanato, M. Otsuka [et al.] // Ann Surg. – 2000. – №232. – P. 199–201.

129. Alexandrov L.B. Signatures of mutational processes in human cancer / L.B. Alexandrov, S. Nik-Zainal, D.C. Wedge [et al.] // *Nature*. – 2013. – № 500(7763). – P. 415–421.
130. Balducci L., Extermann M. Biological basis of geriatric oncology // *Springer science*. – USA. – 2005. – 258 p.
131. Baselga J. Treating cancers kinase addiction / J. Baselga, J. Arribal // *Nat Med*. – 2004. – №10. – P. 786–787.
132. Braga M. Food intake and nutritional status after total gastrectomy results of a nutritional follow – up / M. Braga, W. Zuliani, L. Fappa [et al.] // *Br J Surg*. – 1988. – №75. – P. 477–80.
133. Breitbart W.S. Psycho-oncology / W.S. Breitbart, Y. Alici // *Harv Rev Psychiatry*. – 2009. – Vol. 17. – №6. – P. 361–376.
134. Cancer incidence in five continents. LARC Press. 1996.
135. Cancer. World Health Organization (February 2011) (дата обращения – 12.03.2018).
136. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>
137. Cassidi J., Bisset D., Spence R.A.J., Payne M. Oxford handbook of oncology // Oxford University Press. – 2010.
138. Concept paper WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation (Rehabilitation Guidelines). – Text: electronic // World Health Organization. – Geneva: WHO, 2020. – URL: [http://www.who.int/disabilities/media/news/2014/15\\_01/en/](http://www.who.int/disabilities/media/news/2014/15_01/en/) (access date – 16.01.2020).
139. Colavelli C. Nutritional and digestive effects of gastrectomy for gastric cancer / C. Colavelli, M. Pastore, E. Morengi, M. Coladonato // *Nutr Ther Metab*. – 2010. – №28. – P. 129–136.
140. Danaei G. Comparative Risk Assessment Collaborating Group (Cancers) (2005) Causes of Cancer in the World: Comparative Risk Assessment of Nine Behavioural and Environmental Risk Factors / G. Danaei, S. Vander Hoorn, A.D. Lopez, C.J. Murray, M. Ezzati // *The Lancet*. – №366. – P. 1784–1793.

141. Disability and Development Report. Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities 2018 // New York: United Nations. – 2019. – 366 p.

142. Disability and health: Fact sheet Reviewed November 2016. – Text: electronic // World Health Organization: website. Geneva: WHO, 2020. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> (access date – 16.01.2020).

143. Fisher A.B. Twenty-five years after Billroth II gastrectomy for duodenal ulcer // World J Surg. – 1984. – №8. – P. 293–302.

144. Ford C.N. Autologous collagen vokall foid injection / C.N. Ford, P.A. Staskowski, D.M. Bless // Laryngoscope. – 1995. – Vol. 105. – №9, pt. 1. – P. 944–948.

145. Futreal P.A. A census of human cancer genes // Nat Rev Cancer. – 2004. – №4. – P. 177–183.

146. Global Burden of Disease Cancer Collaboration journal JAMA Oncology 2019.

147. Goldgar D.E. Systematic population – based assessment of cancer risk in first-degree relatives of cancer prohaunds / D.E. Goldgar, D.F. Easton, L.A. Cannon-Albright, M.H. Skolnick // J Natl Cancer Inst. – 1994. – Vol. 392. – P. 402–405.

148. Hanahan D. The hallmarks of cancer / D. Hanahan, R.A. Weinberg // Cell. – 2000. – №100 (1). – P. 57–70.

149. Herrstedt J. Supportive care and palliative care – cooperation or competition // Presentation at MASCC conference. – 2011.

150. IARC monographs on evolution of the carcinogenic risk of chemicals to humans // Lyon: IARC. – 1979–2002.

151. International Classification of Functioning Disability and Health, Geneva. WHO. 2001.

152. Japanese Classification of Gastric Carcinoma. 2 English ed. // Gastric Cancer. – 1998. – №1. – P. 10–24.

153. Japanese classification of gastric carcinoma. 3 English ed. // Gastric Cancer. 2011. – №14. – P. 101–112.

154. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3) // Gastric Cancer. – 2011. – №14. – P. 113–123.
155. Johansen C. Rehabilitation of cancer patients research perspectives // Acta Oncol. – 2007. – Vol. 46. – №4. – P. 441–445.
156. Jordan C.T. Cancer stem cells biology: from leukemia to tumors // Curr Opin Cell Biol. – 2004. – №16. – P. 708–713.
157. Korenaga D. Quality of the after gastrectomy in patients with carcinoma of the stomach / D. Korenaga, H. Orita, T. Okajama, S. Moriguchi // Br J Surg. – 1992. – №79. – P. 248–250.
158. La Vecchia C. Family history and the risk of stomach and colorectal cancer / C. La Vecchia, E. Negri, S. Franceschi, A. Gentile // Cancer. – 1992. – Vol. 70. – P. 50–55.
159. Lauren P. The histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal type carcinoma. An attempt at a histoclinical classification // Acta Pathol Microbiol Scand. – 1965. – Vol. 64. – P. 31–49.
160. Leong T. TOPGEAR: a randomized, phase III trial of perioperative ECF chemotherapy with or without preoperative chemoradiation for resectable gastric cancer: interim results from an international, intergroup trial of the AGITG, TROG, EORTC and CCTG / T. Leong, B.M. Smithers, K. Haustermans [et al.] // Ann Surg Oncol. – 2017. – №24. – P. 2252–2258.
161. Liedman B. Symptom control may improve food intake, body composition, and aspect of quality of life after gastrectomy in cancer patients / B. Liedman, J. Svedlund, M. Sullivan [et al.] // Dig Dis Sci. – 2001. – №46. – P. 2673–2680.
162. Lunet N. Regional trends in Portuguese gastric cancer mortality (1984–1999) / N. Lunet, F. Peina, H. Barros // Eur J Cancer Prev. – 2004. – № 13(4). – P. 271–275.
163. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2013.
164. Marano L. Surgical management of advanced gastric cancer: an evolving issue / L. Marano, K. Polom, A. Patriiti [et al.] // Eur J Surg Oncol. – 2016. – №42. – P. 18–27.



165. Metzger J. Gastric Substitutes / J. Metzger, F. Harder, M. von Flue // Berlin.-Heidelberg – New York: Springer – Verlag. – 2003. – 149 p.
166. Meyer J. Chronic Morbidity after Ulcer Surgery // In: Sleisenger & Fordtran, ed. Gastrointestinal Diseases. 5<sup>th</sup> ed. – Philadelphia Saunders. – 1994. – P. 711-744.
167. Michael B. Barton Radiotherapy in small countries / Michael B. Barton, Eduardo H. Zubizarreta, J. Alfredo Polo Rubio // Cancer Epidemiology. – 2017. – №50, Part B. – P. 257–259.
168. Moors R.H., Tsu V.D. The crisis of physical illness / Coping with physical illness / et by Moors R.H. W.Y. London. – 1979.
169. Morrov D. Alkaline reflux esophagitis after total gastrectomy / D. Morrov, E.R. Passaro // Am J Surg. – 1978. – №132 (2). – P. 287–291.
170. Okamura H. Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine // Jpn J Clin Oncol. – 2011. – Vol. 41. – №6. – P. 733–738.
171. Ono H. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer / H. Ono, H. Kondo, T. Giotoda [et al.] // Gut. – 2001. – Vol. 98. – P. 824–831.
172. Palli D. Family history and the risk of stomach cancer in Italy / D. Palli, M. Galfi, N.E. Coporaso [et al.] // Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. – 1994. – Vol. 3. – P. 15–18.
173. Park S. Serial comparisons of quality of life after distal subtotal or total gastrectomy: what are the rational approaches for quality of life management? / S. Park, H.Y. Chung, S.S. Lee [et al.] // J Gastric Cancer. – 2014. – № 14. – P. 32–38.
174. Pecorino L. Molecular biology of cancer Oxford University Press. 2006.
175. Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade // Nature. – 2001. – № 411(6835). – P. 390–395.
176. Pinheiro P.S. Cancer incidence and mortality in Portugal / P.S. Pinheiro, J.E. Tyczynski, F. Bray [et al.] // Eur J Cancer Prev. – 2003. – №39 (17). – P. 2507–2520.

177. Plummer M. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis / M. Plummer, C. de Martel, J. Vignat [et al.] // *Lancet Glob Health*. – 2016. — № 4(9). – P. 609–616.

178. Postlewait L.M. The importance of the proximal resection margin distance for proximal gastric adenocarcinoma: a multi-institutional study of the US Gastric Cancer Collaborative / L.M. Postlewait, M.H. Squires 3rd, D.A. Kooby [et al.] // *J Surg Oncol*. – 2015. – №112. – P. 203–207.

179. Probst A. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: are expanded resection criteria safe for Western patients? / A. Probst, A. Schneider, T. Schaller [et al.] // *Endoscopy*. – 2017. – №49. – P. 855–865.

180. Puzin S.N. Effect of anthropo-technogenic load on medico-social aspects of primary morbidity and disability of population / S.N. Puzin, O.V. Myachina, I.E. Esaulenko [et al.] // *Advances in Gerontology*. – 2019. – Vol. 9. – №1. – P. 25–29.

181. Rimmer J.H. Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity / rehabilitation among people with disabilities // *Disabil Rehabil*. — 2006. – Vol. 28. – №17. – P. 1087–1095.

182. Rodiu D. Global Cancer Burden Global Task Force on Radiotherapy for Cancer Control // *Orientation and Planning Meeting*. RAL. – Amsterdam. – 2013. – 16 p.

183. URL: <https://rosoncoweb.ru/news/oncology/2018/06/13-1/>

184. Samalin E. Neoadjuvant therapy for gastroesophageal adenocarcinoma / E. Samalin, M. Ychou // *World J Clin Oncol*. – 2016. – №7. – P. 284–292.

185. Sasako M. Optimal surgery for gastric cancer. The Asian view // 10<sup>th</sup> World Congress on Gastrointestinal Cancer. – Spain, Barcelona. – 2008. – P. 153–161.

186. Schiemper R.J. Review of histological of gastrointestinal epithelial neoplasia: differences in diagnosis of early carcinomas between Japanese and Western pathologist / R.J. Schiemper, Y. Kato, M. Stolte // *J Gastroenterol*. – 2001. – Vol. 36. – P. 445–456.

187. URL: <https://www.sciencedaily.com/releases/2019/07/190705102948.htm>

188. Shibata C. Current status of pylorus-preserving gastrectomy for the treatment of gastric cancer: a questionnaire survey and review of literatures / C. Shibata, E. Saiyo, M. Kakyo, M. Kinouchi // *World J Surg.* – 2012. – № 36(4). – P. 858–863.
189. Siegel R. Cancer statistics – 2011 / R. Siegel, E. Waund, O. Brawley // *CA Cancer J Clin.* – 2011. – №61. – P. 212–236.
190. Skempes D. Strengthening Rehabilitation for People with Disabilities: A Human Rights Approach as the Essential Next Step to Accelerating Global Progress / D. Skempes, J. Bickenbach // *Am J Phys Med Rehabil.* – 2015. – Vol. 94. – №10. – P. 823–828.
191. Smith B.D. Future of cancer incidence in the United States: burdens upon an aging, changing nation / B.D. Smith, G.L. Smith, A. Hurria [et al.] // *Journal of Clinical Oncology.* – 2009. – Vol. 27 (17). – P. 2758–2765.
192. Stewart M.G. Outcomes analysis of voice and quality of life in patients with laryngeal cancer / M.G. Stewart, A.Y. Chen, C.B. Stach // *Arch Otolaryng Head Neck. Surg.* – 1998. – Vol. 124. – №2. – P. 143–148.
193. Surgeon General Report 1996 Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General Available at-A-Glance: URL: <http://www.cdc.gov/needpfp/>
194. Tahara E. Genetic pathways of two types of gastric cancer // *IARS Sci Publ.* – 2004. – № 157. – P. 327–349.
195. Tey J. Palliative radiotherapy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis / J. Tey, Y.Y. Soon, W.Y. Koh [et al.] // *Oncotarget.* – 2017. – №8 (15). – P. 25797–25805.
196. Thuss-Patience P.C. Trastuzumab emtansine versus taxane use for previously treated HER2-positive locally advanced or metastatic gastric or gastro-esophageal junction adenocarcinoma (GATSBY): an international randomised, open-label, adaptive, phase 2/3 study/ P.C. Thuss-Patience, M.A. Shah, A. Ohtsu [et al.] // *Lancet Oncol.* – 2017. – №18. – P. 640–653.
197. Ushiku T. RHOA mutation in diffuse-type gastric cancer: a comparative clinicopathology analysis of 87 cases / T. Ushiku, S. Ishikawa, M. Kakiuchi [et al.] // *Gastric Cancer.* – 2016. – №19. – P. 403–411.

198. Van der Wielen N. Short-term outcomes in minimally invasive versus open gastrectomy: the differences between East and West. A systematic review of the literature / N. Van der Wielen, J. Straatman, M.A. Cuesta [et al.] // *Gastric Cancer*. – 2018. – № 21. – P. 19–30.
199. Verheij M. A multicenter randomized phase III trial of neo-adjuvant chemotherapy followed by surgery and chemotherapy or by surgery and chemoradiotherapy in resectable gastric cancer: First results from the CRITICS study / M. Verheij, E.P.M. Jansen, A. Cats [et al.] // *J Clin Oncol*. – 2016. – №34. – Suppl. 15. – Abstr4000.
200. Wahby S.M., Hughes T.E. Anticancer agents / In: *The Bethesda handbook of clinical oncology* / eds. J. Abraham, J.L. Gulley, C.J. Allerga. // Wolters Kluwep. – 2010. – P. 559–643
201. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF36 Health institute. / New England Medical Center Boston. Mass. – 1993.
202. WHO Global Cancer Facts & Figures // American Cancer Society. – 2011. – 60 p.
203. Wirtzfeld D., Hebbard D. Total gastrectomy and gastrointestinal reconstruction // <https://www.uptodate.com/contents/total-gastrectomy-and-gastrointestinal-reconstruction> (access date: 26.04.2022)
204. Wojtaszek C.H. Nutrition impact symptoms in the oncology patient / C.H. Wojtaszek, L.M. Kochis, R.S. Cunningham // *Oncol Issues*. – 2002. – №17. – P. 15–17.
205. World Cancer Report 2008 / ed. P. Boyle, B. Levin. – Lyon, 2008. 511 p. – URL: <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-CancerReports/World-Cancer-Report-2008> (access date: 05.01.2020).
206. World Health Organization. Multifactorial action for course approach to healthy ageing: global strategy and plan of action on ageing and health (document A 69/17) // 69th World Health Assembly. – 22 April 2016. – 37 p.
207. World Report on Disability / World Health Organization, World Bank. – Geneva: WHO, 2011. 325 p.

208. Zhang X.K. Factors influencing suicidal ideation among Chinese patients with stomach cancer: qualitative study / X.K. Zhang, X.Y. Chen, F.L. Lou [et al.] // International Nursing Review. – 2017. – Vol. 64. – №3. – P. 413–420.

209. Zheng H. Pathobiological characteristics of intestinal and diffuse – type gastric carcinoma in Japan: an immunostaining study on the tissue microarray / H. Zheng, H. Takahashi // J Clin Pathol. – 2007. – Vol. 60. – P. 273–277.