

Письмо ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда РФ от 17.02.2020 N 6401.ФБ.77/2020 – Об организации и проведении медико-социальной экспертизы лицам со злокачественными новообразованиями – Действующая первая редакция

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральное бюро медико-социальной экспертизы" Министерства труда и социальной защиты РФ доводит до Вашего сведения информационное письмо по вопросам организации и проведения медико-социальной экспертизы лицам со злокачественными новообразованиями.

По результатам проведенного мониторинга за применением в федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы по субъектам РФ приказа Минтруда РФ от 27.08.2019 N 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" (далее – Классификации и критерии, приказ Минтруда РФ N 585н), используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан, и в связи с сообщениями в прессе об опасениях, что после вступления в силу новых критериев пациентам с онкологическими заболеваниями будет сложнее получить инвалидность, разъясняем.

Инвалидность в соответствии с законодательством устанавливается в том случае, если имеющиеся нарушения здоровья, которые, конечно, связаны с имеющимся у человека диагнозом, по степени выраженности приводят к социальным ограничениям и необходимости предоставления мер социальной защиты, включая реабилитацию.

Методология освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы основана на классификации тяжести основных нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, к которым привело то или иное заболевание.

Именно поэтому при установлении инвалидности особое значение имеют клинико-функциональные данные и все аспекты диагноза заболевания: стадия, тяжесть течения, осложнения, степень и тяжесть поражения тех или иных органов или систем и функций всего организма, обусловленные заболеванием.

Вступившие в силу с 1 января 2020 года Классификации и критерии сохраняют все подходы, действовавшие ранее.

Больные со злокачественными новообразованиями представляют неоднородную группу по клиническим проявлениям и прогнозу. Прогноз определяется с учётом множества факторов: локальные факторы прогноза, степень злокачественности опухоли; индекс клеточной пролиферации; ploидности опухолевой клетки и др., поэтому период наблюдения в учреждениях МСЭ больных со злокачественными онкологическими заболеваниями, как и ранее, должен составлять 5 лет.

В частности, что касается сроков, на которые устанавливается инвалидность, то в новых Классификациях и критериях они отсутствуют, так как это не является предметом регулирования этого документа. Сроки инвалидности определяются в соответствии с Правилами признания лица инвалидом, утверждёнными постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 года N 95.

Так, группа инвалидности может быть установлена без указания срока переосвидетельствования не позднее 2-х лет после первичного признания гражданина

инвалидом с злокачественным онкологическим заболеванием, с учётом прогрессирующего основного заболевания, результатов проведенного лечения: – при наличии метастазов и рецидивов после радикального лечения; наличия метастазов без выявленного первичного очага при неэффективности лечения; тяжёлом общем состоянии после паллиативного лечения; инкурабельности заболевания; при отсутствии гортани после её оперативного удаления; неустраняемых каловых, мочевых свищей, стомах.

Установление группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования может быть осуществлено при первичном признании гражданина инвалидом и при отсутствии положительных результатов реабилитационных или абилитационных мероприятий, проведенных гражданину до его направления на медико-социальную экспертизу. При этом необходимо, чтобы в направлении на медико-социальную экспертизу, выданном гражданину медицинской организацией, оказывающей ему медицинскую помощь и направившей его на медико-социальную экспертизу, содержались данные об отсутствии положительных результатов таких реабилитационных или абилитационных мероприятий.

Категория "ребёнок-инвалид" сроком на 5 лет устанавливается при первичном освидетельствовании детей в случае выявления злокачественного новообразования, в том числе при любой форме острого или хронического лейкоза.

Освидетельствование должно быть проведено заочно в случае направления на медико-социальную экспертизу граждан со злокачественными новообразованиями (с метастазами, рецидивами после проведения комбинированного или комплексного лечения; метастазами без выявленного первичного очага при неэффективности лечения; тяжёлом общем состоянии); при злокачественных новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей с выраженными явлениями интоксикации и тяжёлым общим состоянием.

Количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма основана на клинико-функциональных характеристиках, как и в предыдущем документе.

Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

I степень – стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;

II степень – стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;

III степень – стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов;

IV степень – стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

Таким образом, степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оцениваются в процентах и устанавливаются в диапазоне от 10 до 100% с шагом в 10%, как и ранее, но стойкие незначительные нарушения в диапазоне от 10 до 30 процентов в Приложении не

всегда были выделены отдельно. Поскольку приказ Минтруда РФ N 585н более подробный, то сейчас эта оценка детализирована в приложении.

Учитывая, что на начальных стадиях злокачественного процесса лечение носит, как правило, характер органосохраняющих и функционально-щадящих вмешательств. Применяется малоинвазивная хирургия.

В целом в Приложениях сохранена преемственность в оценке клинко-функциональных характеристик, основанная на объективных методиках и результатах обследования (функциональные, инструментальные, лабораторные методы исследования) из предыдущего приказа.

Направляем для использования в работе детализированные клинко-функциональные характеристики при отдельных нозологических формах.

Рак полости рта и глотки I, II стадии (T1,2N0,1M0) после радикального лечения, без местных и/или общих осложнений. Устранимой трахеостоме применяется пункт 2.1.2.2, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак пищевода I стадии (T1,2N0M0) после радикального лечения (при хирургическом лечении, сочетании хирургического лечения с лекарственной и лучевой терапией (предоперационная химиотерапия, предоперационная химиолучевая терапия, самостоятельная химиолучевая терапия) без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.3.2, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак пищевода II, III стадии (T1,2,3N1,2,3M0) после радикального лечения при наличии местных и/или общих осложнений. Гастростоме, наличие эзофагогастрального зонда применяется пункт 2.1.3.3, что соответствует количественной оценке 70 – 80.

Рак желудка I, II стадии (T1N0M0) после радикального лечения (при выполнении эндоскопической резекции) применяется пункт 2.1.4.1, что соответствует количественной оценке 10 – 30.

Рак желудка I, II стадии (T1,2N0M0) после радикального лечения (при хирургическом лечении рака желудка) без местных и/или общих осложнений – применяется пункт 2.1.4.2, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак кишечника I, II стадии (T1N1M0) после радикального лечения (при применении органосохраняющих и функционально-щадящих способов лечения (эндоскопическая резекция слизистой) применяется пункт 2.1.5.1, что соответствует количественной оценке 10 – 30.

Рак кишечника I, II стадии (T1,2N1M0) после радикального лечения без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.5.2, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак прямой кишки I, II стадии (T1,2N0M0) после радикального лечения (при выполнении хирургического лечения методом трансанального полнослойного эндоскопического удаления опухоли) применяется пункт 2.1.6.1, что соответствует количественной оценке 10 – 30.

Рак печени и внутрипеченочных желчных протоков I, II стадии (T1,2N0,1M0) после радикального лечения (резекции печени) без местных и общих осложнений (у больных без сопутствующего цирроза печени (при сохранной функции печени, нормальном уровне билирубина, без портальной гипертензии) с учётом объективной оценки функциональной

состоятельности остающейся части печени) применяется пункт 2.1.7.1, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак желчного пузыря или желчевыводящих путей II, III стадии (T1,2N0,1M0) после радикального лечения без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.8.1, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак желчного пузыря или желчевыводящих путей I, II стадии (T1,2,3N1,2,3M0) после радикального лечения (в том числе при выполнении расширенной холецистэктомии с резекцией S IV – V сегментов печени в объёме R0 единым блоком с клетчаткой и лимфоузлами (ворот печени, гастропеченочной связки, ретродуоденальных) с или без резекции желчных протоков) с общими и/или местными осложнениями применяется пункт 2.1.8.2, что соответствует количественной оценке 70 – 80.

Рак гортани I, II стадии (T1N0M0G1) после радикального удаления опухоли (хордэктомия) применяется пункт 2.1.10.1, что соответствует количественной оценке 10 – 30.

Рак гортани I, II стадии (T1,2,3N1M0) после радикального удаления опухоли (резекция гортани) и/или лучевая терапия по радикальной программе без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.10.2, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак бронхов и легкого I, II стадии (Tis,1,2N0,1M0) после радикального лечения без местных и/или общих осложнений (при проведении торакоскопической лобэктомии и билобэктомии с медиастинальной лимфодиссекцией). Пульмонэктомии применяется пункт 2.1.11.2, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак легкого II, III стадии (T1,2,3,4N1,2,3M0) после радикального лечения с местными и/или общими осложнениями. После радикальной лучевой терапии больным I – II стадиями при функциональной неоперабельности, высоком риске хирургических осложнений и отказе пациента.

При II стадии заболевания в случае невозможности хирургического лечения после проведения химиолучевой терапии, или ЛТ, или химиотерапии. При проведении лечения МРЛ независимо от стадии заболевания применяется пункт 2.1.11.3, что соответствует количественной оценке 70 – 80.

Меланома кожи I стадии (T1aN0M0) после радикального удаления без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.13.1, что соответствует количественной оценке 10 – 30.

Меланома кожи I, II стадии (T1a,bN0,1M0) после радикального удаления без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.13.2, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Меланома кожи II, III стадии (T1,2,3,4N1,2,3M0) после радикального лечения с местными и/или общими осложнениями. В случае невозможности выполнения хирургического иссечения первичной опухоли из-за наличия выраженных сопутствующих заболеваний рекомендуется проведение локальной лучевой терапии. Наличие местного рецидива на фоне проводимой терапии применяется пункт 2.1.13.3, что соответствует количественной оценке 70 – 80.

Рак молочной железы I стадии (Tis,1N0M0) после радикального лечения органосохраняющее хирургическое вмешательство (секторальная резекция, лампэктомия) без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.17.1, что соответствует количественной оценке 10 – 30.

Рак молочной железы I, II стадии (T1N0M0) после двусторонней мастэктомии. Рак молочной железы I, II стадии (T1,2N1M0) после радикального лечения (мастэктомия) без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.17.2, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак молочной железы I, II, III стадии (T1,2,3N0,1M0) после двусторонней мастэктомии.

Рак молочной железы II, III стадии (T2,3,4N0,1M0) после радикального лечения (мастэктомия), наличие местных и/или общих осложнений.

Проведение адъювантной лекарственной терапии в дополнение к хирургическому и лучевому методам лечения.

Рак молочной железы после паллиативного лечения с удалением единичного метастаза со стабилизацией опухолевого процесса – применяется пункт 2.1.17.3, что соответствует количественной оценке 70 – 80.

Рак шейки или тела матки I, II стадии (T1N0M0) после радикального лечения (конизация шейки матки с последующим выскабливанием оставшейся части цервикального канала и по показаниям, полости матки – применяется пункт 2.1.19.1, что соответствует количественной оценке 10 – 30.

Рак шейки или тела матки I, II стадии (T1,2aN0,1M0) после радикального лечения (выполнение модифицированной расширенной экстирпации матки, ЛТ/химиолучевая терапия по радикальной программе) без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.19.2, что соответствует количественной оценке 40 – 60.

Рак шейки или тела матки II, III стадии (T1,2a,b,N1,2,3M0) после радикального лечения (комбинированного или комплексного лечения в сочетании ХТ и ЛТ) с наличием местных и/или общих осложнений (неустранимые урогенитальный, ректовагинальный свищи) применяется пункт 2.1.19.3, что соответствует количественной оценке 70 – 80.

Рак почки (T1,2,3,4N0M0) Рак почечной лоханки (T1,2N0M0) после радикального лечения (после лапароскопического лечения) при удовлетворительной функции второй почки применяется пункт 2.1.24.13, что соответствует количественной оценке 10 – 30.

Рак щитовидной железы (T1,2,3N0M0) после радикального лечения без местных и/или общих осложнений применяется пункт 2.1.27.1, что соответствует количественной оценке 10 – 30.

Лимфома Ходжкина I, II стадии после курса лечения при достижении полной клинико-гематологической ремиссии.

Лимфома Ходжкина I, II стадии после курса лечения при достижении неполной клинико-гематологической ремиссии с умеренными нарушениями функций организма

Обращаем внимание, что количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан при злокачественных новообразованиях зависит от клинико-морфологических факторов прогноза, локализации и размера опухоли, анатомической формы роста, темпа роста опухоли и распространения опухоли, наличия и характера поражения лимфатических узлов, наличия или отсутствия отдаленных метастазов, гистологического строения, степени дифференцировки и злокачественности опухоли. Учитывается также вид и объём лечения: радикальное, комбинированное, комплексное и паллиативное (хирургическое, лучевая терапия, химиотерапевтическое, гормональное лечения); наличия осложнений, проводимого лечения.

Необходимо помнить, что обширные хирургические вмешательства часто приводят к значительным анатомическим и функциональным нарушениям. Лучевая и химиотерапия нередко снижают компенсаторные и защитные силы организма. После комбинированного либо сочетанного лечения восстановление физических и функциональных возможностей, а также эмоционального состояния требует продолжительных сроков, должно учитываться общее состояние организма человека после перенесённого лечения, а также наличие сопутствующей патологии. Все это является основанием для индивидуального подхода к каждому онкологическому больному при определении группы инвалидности.

Руководителям – главным экспертам по медико-социальной экспертизе по субъектам РФ под личную ответственность организовать работу по изучению приказа Минтруда РФ N 585н, а также обеспечить его своевременное, корректное применение.
