**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

1. Медико-социальная структура онкологической службы

1.1 Онкологические диспансеры

1.2 Паллиативная помощь. Хоспис

1.3 Организации паллиативной терапии детей с онкологическими заболеваниями

2. Качество жизни – основная задача медико-социальной помощи онкологическим больным

3. Проблемы социальной реабилитация онкологических больных

4. Медико-социальная экспертиза онкологических больных

Заключение

Список литературы

**ВВЕДЕНИЕ**

В последние столетия общество стремительно развивалось во всех направлениях. Разумная деятельность человека дала огромные возможности для изменения среды его обитания с целью создания условий, наиболее комфортных для жизни и способствующих продуктивному удовлетворению своих физиологических потребностей. В результате жизнедеятельности человека значительно изменился химический состав воды, воздуха, продуктов питания. Существование в новой, неестественной, а зачастую достаточно агрессивной для человека среде, функционирование, отличающееся от естественного, приводит к всевозможным нарушениям тех или иных его систем. Ухудшается как физическое, так и психическое и духовное здоровье индивида. Одной из актуальных социальных проблем наших дней стали онкологические заболевания.

В современных условиях усугубления социальных проблем в нашей стране, ухудшения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Возникла необходимость создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи населению как новых социальных технологий, которые обеспечат гражданам комплексные социальные услуги в случае заболевания, утраты трудоспособности и т. д. и будут способствовать решению связанных со здоровьем социальных проблем. Вследствие этого в 90-е гг. в России стала развиваться медико-социальная работа как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности. Ее становление обусловлено современным состоянием здравоохранения, социальной защиты населения, других социальных институтов в условиях реформирования экономического уклада и структуры общественных отношений.

**1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

**1.1 Онкологические диспансеры**

Борьба с онкологическими заболеваниями предполагает прежде всего раннее их выявление. Поэтому профилактические осмотры с целью выявления злокачественных новообразований и предопухлевых заболеваний являются наиболее возможными в работе всех лечебно-профилактические учреждений.

Научно-исследовательские и лечебно-профилактические учреждения, занимающиеся изучением, лечением и профилактикой злокачественных опухолей, называются онкологическими, от греческого слова онкос - опухоль.

Научные работники и врачи этих учреждений называются онкологами.

Онкологическая служба начала создаваться в основном с 1945 г. До этого в Москве, Ленинграде, Киеве, Харькове, Баку и других крупных городах имелись научно-исследовательские институты, но стройной сети онкологических учреждений не было. Созданная в послевоенные годы и постепенно совершенствующаяся организация онкологической службы является мощным звеном по оказанию специализированной помощи в системе здравоохранения. Онкологическую службу в стране обеспечивают множество научно-исследовательских институтов онкологического и рентгенологического профиля, онкологических диспансеров, онкологических отделений и кабинетов.

В проблеме борьбы со злокачественными опухолями важная роль принадлежит науке. Научные исследования, проводимые онкологами, направлены на изучение причин возникновения злокачественных новообразований, механизма канцерогенеза, на разработку ранней диагностики и лечения онкологических больных, организацию противораковой борьбы, профилактику и эпидемиологию опухолей.

Эти вопросы разрабатываются научно-исследовательскими институтами онкологического и рентгено-радиологического профиля и многими лечебно-профилактическими учреждениями.

В основу организации практической онкологической службы легли принципы профилактического здравоохранения, предусматривающие единый, плановый характер работы онкологической службы, квалифицированную бесплатную помощь, профилактическую направленность (обслуживание по диспансерному типу), социальное обеспечение в случае полной или частичной утраты трудоспособности. Одним из принципов, лежащих в основе организации противораковой борьбы, является также приближение специализированной помощи к онкологическим больным, что достигнуто созданием системы строгого районирования сети онкологических учреждений.

Онкологический диспансер является основным звеном в системе противораковой борьбы, обеспечения квалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощи населению, осуществляет организационно-методическое руководство и координирование деятельности всех онкологических учреждений, находящихся в его подчинении. В онкологическом диспансере систематически изучаются состояние заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертность от них, разрабатываются комплексные планы противораковых мероприятий, повышается квалификация врачей и средних медицинских работников лечебно-профилактических учреждений по вопросам онкологии. Онкологический диспансер является базой по подготовке студентов по онкологии; в нем изучаются причины поздней диагностики больных злокачественными новообразованиями и разрабатываются мероприятия, направленные на их устранение; осуществляются полный учет онкологических больных и контроль за диспансерным наблюдением [7.C.105].

Успех работы онкологических диспансеров в большей степени обеспечивается широким контактом с общей лечебно- профилактической сетью, рядом специализированных служб (противотуберкулезной, дерматовенерологической, медико-санитарных частей крупных предприятий и др.), хорошей подготовкой медицинских работников общей медицинской сети.

Первичным звеном в организации онкологической помощи населению являются онкологические кабинеты (отделения) при поликлиниках. Они являются массовыми проводниками онкологических идей в лечебную сеть страны, первыми консультантами поликлинических врачей по вопросам лечения и диагностики онкологических больных, организаторами профилактических осмотров населения на выявление онкологических заболеваний. От них зависят полнота регистрации онкологических больных, эффективность их диспансерного наблюдения.

В настоящее время стало ясно, что, изучая качество жизни больных, недостаточно оценивать только степень сохранности физических функций и способность к активности. Социально-психологические аспекты качества жизни не менее важны, но нередко остаются на втором плане. В современной системе здравоохранения специальные учреждения, оказывающие помощь онкологическим больным, по ряду причин не способны осуществлять комплексную реабилитацию [6.C.105].

**1.2 Паллиативная помощь. Хоспис**

В настоящее время в России каждые две минуты умирает онкологический больной в терминальной стадии рака различной локализации. Организация помощи этой категории больных настолько специфична и обширна, что требует выделения отдельного направления, обозначаемого как "паллиативная медицина" с организацией особой структуры, способной оказывать комплексную помощь неизлечимым больным, их родственникам и близким.

Паллиативная помощь (От латин. Pallatus – прикрываю, защищаю). Используются несколько определений паллиативной помощи.

Паллиативная помощь – активная общая помощь пациентам и их семьям, осуществляемая мультипрофессиональной командой специалистов в период, когда болезнь пациента не может быть излечена. Помощь направлена на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента и на поддержку близких. Цель – улучшение качества жизни больного и членов его семьи.

Паллиативная помощь – это комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни безнадежно больных людей и их близких. Главная задача такого ухода – это избавление пациента от боли и других тягостных проявлений болезни, а так же психологическая, социальная и духовная поддержка. Цель паллиативной помощи – улучшить качество жизни пациентов и их близких [из протокола ВОЗ для стран СНГ, глава 5].

В мировой практике эта модель получила название "хоспис" (лат. Hospice - странноприемный дом). Хосписы организовываются, в первую очередь для онкологических больных в терминальной стадии болезни и решают комплекс проблем - медицинских, психологических, социальных и духовных [7].

**Медицинские проблемы.**

Невозможность излечить болезнь не означает, что дело врача уже закончено. Теперь его долг состоит в том, чтобы максимально облегчить страдания пациента и в первую очередь-снятие боли. Однако, решить эту проблему в условиях амбулаторного обслуживания не удаётся по двум объективным причинам: ограниченность обезболивающих препаратов и лимит дачи наркотиков. Кроме того, терминальная стадия онкозаболевания сопровождается поражением всех органов и систем, что требует применения всего спектра помощи, оказать которую в домашних условиях практически невозможно.

**Психологические проблемы.**

На первый план в терминальном периоде выступает приближающаяся смерть. Ужас небытия вызывает ряд психотерапевтической коррекции. Одной из важнейших задач хосписной работы является помощь родственникам больных. Статистика тоже впечатляет - в первые год-два после смерти близких заболеваемость и смертность их родственников возрастает по одним источникам на 40%, по другим - в 2-3 раза.

**Социальные проблемы.**

Корень социальных проблем терминальных онкологических больных прежде всего в экономике. Если её кризисное состояние тяжело для здоровых людей, то сколь тяжко оно для больных, все средства которых идут на покупку "бесплатных" лекарств, наём сиделок, приобретение элементарных средств ухода и гигиены. В связи с указанным создание Хосписов, как модели социальной помощи терминальным больным и их родственникам, включает в себя в первую очередь проблему ухода за пациентом.

Церковные традиции, тесно связанные с культурой, могут и должны быть возвращены в практику. Когда отступает врач, должен приходить священник.

Исповедь, прощение, отпущение грехов и другие религиозные церемонии, производимые священником в условиях Хосписа, оказывают положительное психотерапевтическое воздействие на умирающих больных. Принятие религиозной модели даёт человеку силы перенести ужас смерти и веру в бессмертие.

Приведенная краткая характеристика состояния помощи терминальным онкологическим больным и обоснование проблем, требующих решения, даёт возможность сформулировать цель проекта: организация в Украине Хосписов для комплексной помощи онкологическим больным в терминальной стадии заболевания.

Основные концептуальные принципы хосписной деятельности:

Хоспис - дом жизни, а не смерти;

Хоспис - система комплексной медицинской, психологической, социальной и духовной помощи больным;

Хоспис - школа и поддержка родственников и близких пациента;

Хоспис - это мировоззрение гуманизма [6.C.15].

**1.3 Организации паллиативной терапии детей с онкологическими заболеваниями**

Остановимся на некоторых проблемах принципов организации паллиативной терапии в детской онкологии. Известно, что во взрослой онкологии эти вопросы активно разрабатываются уже несколько лет, в онкопедиатрии опыт паллиативной терапии минимальный.

Этой задаче отвечает созданный и функционирующий в г. Москве первый хоспис для детей с онкологическими заболеваниями, уже набирающий свой первый нелегкий опыт работы.

Вопросы разработки системы паллиативной терапии чрезвычайно сложны. При этом одна из первых и самых больших проблем, которая требует разработки, имеет природу психологическую и затрагивает не только интересы больного и его близких, но и персонал онкологических отделений - это все, что связано с информированием самого больного (ребенка или взрослого) и его родственников, в первую очередь родителей, о нарастании необратимых изменений в организме, вызванных генерализацией опухолевого процесса, и необходимости в связи с этим прекращения противоопухолевой специальной терапии. Во всех подобных ситуациях, сколько бы раз в практике врача они ни возникали, такая беседа требует от него, а именно лечащему врачу зачастую отводится эта трудная роль, мобилизации огромных душевных и физических сил. Отсюда становится понятной важность серьезной подготовки медицинского персонала лечебных учреждений и диспансеров онкологического профиля по пихологическим и социальным вопросам оказания помощи данной категории населения.

Для эффективного проведения паллиативной терапии оптимальным является формирование бригад профессионалов (психолог, социальный работник, терапевт или педиатр, а при показаниях, и онколог), с включением услуг волонтеров для обслуживания семьи. Важная роль, по нашему мнению, в этих бригадах должна отводиться медицинским сестрам особой квалификации, получившим подготовку по социологии, основам социальной работы, психологии, биоэтике, курсу паллиативной терапии.

Для реализации основных положений по медико-социальной работе в онкологии в части организации паллиативной помощи больным с онкопатологией, также необходимо:

Разработать методические рекомендации по организации паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями на дому с выделением всех трех направлений этой работы - медицинского, психологического, социального.

Совершенствовать специальные программы подготовки и повышения квалификации врачей онкологов и медицинских сестер онкологических отделений клиник и диспансеров с включением в учебные планы разделов психологии, социологии, биоэтики.

Организовать постоянно действующие психологические тренинги данной направленности для врачей, медицинских сестер, социальных работников, волонтеров, работающих с больными как в условиях стационара, так и на дому.

Организовать обучающие семинары и издание методических пособий для волонтеров по уходу за больными с онкологическими заболеваниями в хосписе.

Иметь защищенное бюджетное финансирование (из средств городского бюджета) наряду с другими программами деятельности хосписов и программы паллиативной терапии [7].

**2. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

Термин "качество жизни" родился в западной философии и быстро внедрился в социологию и медицину. Судя по частоте использования данного термина в специальной, рекламной и популярной литературе (а это — признак актуальности исследуемой проблемы), качество жизни, как интегральный показатель всего существующего комплекса организационных, диагностических и лечебных мероприятий, в современной медицине становится центральным.

Выделяют три основных фундаментальных свойства качества жизни — многогранность (мультимодальность), субъективность и динамичность.

Субъективность качества жизни связана с необходимостью учитывать систему жизненных ценностей при восприятии пациентом актуальной действительности в соответствии с личностным смыслом, это касается, в том числе, и восприятия пациентом его болезни, и восприятия проводимого лечения. Понятие субъективности неразрывно связано с понятием индивидуальности при определении качества жизни конкретного человека. Динамичность понятия качества жизни связана с изменением состояния, самочувствия пациента и его систем ценностей и восприятия с течением времени, прогрессированием болезни и проводимым лечением. С течением времени меняются надежды и стремления человека, он ожидает или большего, или меньшего от жизни. Особенно эти изменения заметны у тяжелобольных, когда внезапно меняются приоритеты перед лицом приближающейся смерти.

Качество жизни многогранно. Существует много разнообразных областей, характеризующих качество жизни, но, несмотря на это, большинство из них могут быть сгруппированы в четыре коррелированные, но отличные друг от друга области: физический, функциональный, эмоциональный, социальный аспекты качества жизни.

1) Физический аспект качества жизни включает:

совокупность симптомов болезни;

комбинацию побочных эффектов лечения;

выраженность общего физического благосостояния.

Наличие или отсутствие тягостных симптомов болезни оказывает выраженный эффект на качество жизни. Некоторые признают этот фактор как наиболее очевидный, но ясно, что он не единственный, приравнивать качество жизни к отсутствию симптомов болезни слишком упрощено.

2) Функциональный аспект качества жизни включает:

способность исполнения действий, связанных с индивидуальными потребностями, амбициями или социальной ролью;

активность;

возможность самообслуживания.

Физический и функциональный аспекты очень тесно связаны между собой, но у некоторых пациентов могут быть и независимыми друг от друга. Изменение активного образа жизни и потеря способности выполнять простые ежедневные функции самообслуживания в результате прогрессирования болезни или проведенного лечения могут иметь разрушительные последствия для личности.

3) Психо-эмоциональный аспект качества жизни включает в себя:

психологическое равновесие;

изменения личности;

потеря своей эстетической цельности, привлекательности, интереса к поддержанию приятной внешности (сексуальности);

утрата перспектив на счастье;

неосмысленный подход к смерти;

духовные проблемы — утрата веры в справедливость мира;

межперсональные проблемы — семейное благополучие, взаимоотношения в семье, удовлетворение от отношений с друзьями, страх потери любви окружающих, проблема ухода за больным, проблемы родственников, ложь больному со стороны родственников и врачей.

4) Социальный аспект качества жизни для больного включает:

потерю своего социального статуса;

нарушение контактов с привычной средой, трудовым ритмом;

утрата финансовых возможностей и дивидендов;

затраты на лечение и похороны;

социальная изоляция;

инвалидность;

отсутствие службы волонтеров, сиделок;

воспринятая социальная поддержка;

организация досуга.

Социальные аспекты оказывают большое влияние на качество жизни пациентов, в то же время наиболее трудно определиться с их измерением. Особенно это касается онкологических больных, ведь кроме значительных затрат на лечение и утраты финансовых возможностей, они часто испытывают тяжесть социальной изоляции, связанной с представлениями о "заразности" заболевания, меняющей систему их жизненных ценностей.

Все аспекты качества жизни взаимосвязаны и взаимопереплетены в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким [1.C. 74].

**3. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

В 1966 году специалисты – онкологи США обратили внимание на важную социальную проблему – реабилитацию онкологических больных. Проведение четырех международных конференций по проблемам реабилитации онкологических больных организационно закрепили стремление специалистов, работающих в области онкологии, объединить свои усилия по оказанию помощи больным. Так был заложен фундамент новому мультидисциплинарному направлению в онкологии.

К сожалению, реабилитация онкологических больных – как самостоятельное научно-социальное направление развивается крайне медленно. На сегодняшний день данная проблема достаточно актуальна и требует более пристального внимания не только в Российской Федерации, но и во многих странах мира.

В мире прогнозируется увеличение заболеваемости злокачественными опухолями с 10 млн. в год в настоящее время до 15 млн. к 2020 г. Это подтверждают не только общероссийские данные, но и динамика заболеваемости в отдельно взятом регионе. Заболеваемость населения Тюменской области злокачественными новообразованиями возросла с 198,78 в 2000 году до 214,96 на 100 тысяч населения в 2004 году. В настоящее время, в Российской Федерации, на официальном учете состоит более 2 миллионов 300 тысяч пациентов с онкологическими заболеваниями. Почти 150 тысяч человек, в России, ежегодно признаются инвалидами по причине онкологического заболевания.

В связи с развитием и внедрением высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний, уже сегодня стало возможным радикальное лечение большинства пациентов, выполняя обширные органоуносящие оперативные вмешательства, химиотерапию и лучевую терапию, что в ближайшие годы увеличит количество инвалидизированных людей излеченных от рака. Однако реабилитация, с целью социальной адаптации, недостаточно развита, в связи, с чем больной после радикального лечения остается без внимания.

Необходимо отметить, что в реабилитации нуждаются не только пациенты, имеющие группу инвалидности, но и больные с I – II стадиями заболевания, прошедшие радикальное лечение, так как диагноз рак – это всегда стресс, а лечение не всегда щадящее.

Реабилитация не стала составной частью комплекса терапевтических мероприятий в онкологии: так как рак, как фатальное заболевание часто отождествляется с непродолжительностью жизни, а больной со злокачественной опухолью считается бесперспективным с точки зрения реабилитации [2.C.44].

Во многих онкологических центрах в штат введена ставка психолога, работа которого сводится, в лучшем случае, к назначению антидепрессантов. В некоторых онкоцентрах открылись "Православные молельные комнаты", чем очень гордятся руководители данных учреждений. Во-первых, Россия – страна многонациональная и кроме Христианства еще существует множество религий. Во-вторых, выше перечисленные мероприятия могут способствовать только обретению пациентом временного душевного равновесия, а не оказать конкретному больному психологическую и социальную помощь.

Если проводить аналогию с западными клиниками, то возникает вопрос, а где группа поддержки? Если психолог есть, то и она должна быть. Бесспорно, в нашей стране люди не привыкли к такой специальности, но многие пациенты, вместо того, чтобы лежать в палатах и быть наедине со своими проблемами обязательно пришли бы, возможно только ради общения.

Многие пациенты, после радикального лечения, даже на начальных стадиях заболевания, твердо убеждены, что являются инвалидами и выброшены за пределы современного общества. Убеждены и в том, что работу найти будет крайне сложно, тем более если требуется профессиональная переориентация. Именно поэтому излеченные от рака люди приходят к выводу, что проще сидеть дома, получать пособие. Но необходимо учитывать, что любой человек должен быть самодостаточным и чувствовать себя нужным для общества. Более того, данная группа людей может приносить ощутимую пользу обществу, причем не только социальную, но и экономическую, если обретет рабочее место. Для того чтобы это произошло необходимо разработать четкие меры по реабилитации, что будет способствовать не только восстановлению работоспособности, но и вернет заинтересованность к жизни.

В последние годы в России и странах СНГ получила развитие реабилитация детей с онкологическими заболеваниями. Например, создано отделение реабилитации в Институте детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, открыт Центр реабилитации детей с онкологическими заболеваниями в г. Новосибирске.

С каждым годом проблема реабилитации онкологических больных в Российской Федерации будет привлекать к себе все большее внимание, что рано или поздно потребует развития данного направления и мобилизации методических, медицинских и социальных резервов.

**4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Вопросы инвалидности онкологических больных решаются комиссиями медико-социальной экспертизы – МСЭ (бывшие ВТЭК) по представлению необходимой документации районными онкологами. В Москве и некоторых крупных городах страны созданы специализированные онкологические комиссии МСЭ. В названии комиссии отражены основные задачи ее работы: определение социального статуса пациента с учетом имеющегося у него заболевания, возможности продолжать работать, вообще, и по специальности, в частности, а также, в случае потери профессии или невозможности продолжения трудовой деятельности, рассмотрение вопросов обучения новой профессии, переобучения.

Группа инвалидности предусматривает денежную помощь в виде пенсии и представляет ряд льгот. Кроме того, в муниципальных управлениях социальной защиты населения (МУСЗН) инвалидам периодически предоставляется материальная помощь на социальные и бытовые нужды. Для обучения инвалидов в г. Москве создана сеть учебных заведений.

Само по себе наличие онкологического заболевания еще не является обязательным показанием для определения группы инвалидности, особенно, если после лечения прошло достаточно длительное время, показавшее эффективность лечения и отсутствие выраженных нарушений функций организма больного.

Не только многие пациенты, но и врачи убеждены, что группа инвалидности при онкологических заболеваниях устанавливается пожизненно. На самом же деле, группа инвалидности устанавливается на время, необходимое для проведения лечения, динамического наблюдения за эффективностью лечения и восстановления нарушенных функций организма. В случаях полного излечения онкологического заболевания, группа инвалидности у больных трудоспособного возраста может быть оставлена пожизненно, если не удается восстановить утраченные организмом функции в течение значительного периода времени, например: после полного удаления желудка, легкого, конечности, прямой кишки, у лиц тяжелого физического труда. Больным пенсионного возраста (женщинам с 55 лет, мужчинам с 60 лет) инвалидность, согласно существующим в настоящее время инструкциям, устанавливается сразу без указания срока переосвидетельствования. После всестороннего анализа медицинских факторов комиссия МСЭ определяет (при показаниях) больному группу инвалидности.

Основанием для определения первой группы инвалидности является такое нарушение функций организма больного, при котором больной не может сам себя обслужить и нуждается в длительной постоянной посторонней помощи. Эта группа определяется на два года.

Основанием для определения второй группы инвалидности является значительно выраженные функциональные изменения, но не вызывающие необходимости в постоянном постороннем уходе или надзоре. Инвалиды 2-ой группы, как правило, нетрудоспособны, но в исключительных случаях им разрешается работа в специально созданных условиях. Под специально созданными условиями работы для инвалидов понимается работа в специальных цехах, обеспечение особого режима труда, сокращенный рабочий день, индивидуальные нормы выработки, дополнительные перерывы в работе, строгое соблюдение санитарно-гигиенических норм, медицинское наблюдение, систематическая медицинская помощь. Вторая группа инвалидности устанавливается сроком на один год.

Основанием для определения третьей группы инвалидности является снижение трудоспособности вследствие нарушений функций организма, обусловленных хроническими заболеваниями или анатомическими дефектами, приведшие к потере профессии или снижению квалификации. Третья группа инвалидности является также и переходным этапом после снятия второй группы инвалидности для постепенного приобщения больного к труду, так как эта группа инвалидности "рабочая". Она предусматривает легкие виды труда, работу с учетом профессиональных знаний и профессиональных навыков, с укороченным рабочим днем или неполной рабочей неделей, работу без значительной физической нагрузки.

Инвалиду любой группы со сроком переосвидетельствования (имеющему 1-ю группу инвалидности – через 2 года, 2-ю и 3-ю группы инвалидности – через 1 год) нужно до окончания срока пройти обследование и явиться на переосвидетельствование в комиссию МСЭ с документами, заполненными районным онкологом.

В случае резкого ухудшения состояния здоровья можно пройти досрочное переосвидетельствование в комиссии МСЭ для решения вопроса об усилении группы инвалидности.

После длительного наблюдения, подтверждающего излеченность заболевания и восстановление нарушенных функций организма (или органа) группа инвалидности может быть снята, но больной продолжает наблюдаться у онколога. В настоящее время для помощи в трудоустройстве инвалидам 3-ей группы комиссии МСЭ заполняют индивидуальные карты реабилитации, с которыми следует обращаться в службу занятости [6.C. 4].

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Итак, проблема онкологических заболеваний является наиважнейшей проблемой в социальной медицине не только в России, но и за рубежом.

Основным звеном основным звеном в системе противораковой борьбы, обеспечения квалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощи населению является онкологический диспансер. В этом учреждении осуществляется организационно-методическое руководство и координирование деятельности всех онкологических учреждений, находящихся в подчинении.

Однако в онкологическом диспансере в основном решаются медицинские задачи лечения и изучения раковых опухолей. Комплекс медицинских, психологических и социальных задач призваны решать хосписы.

В связи с развитием и внедрением высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний, уже сегодня стало возможным радикальное лечение большинства пациентов, выполняя обширные органоуносящие оперативные вмешательства, химиотерапию и лучевую терапию, что в ближайшие годы увеличит количество инвалидизированных людей излеченных от рака. Однако реабилитация, с целью социальной адаптации, недостаточно развита, в связи, с чем больной после радикального лечения остается без внимания.

Необходимо отметить, что в реабилитации нуждаются не только пациенты, имеющие группу инвалидности, но и больные с I – II стадиями заболевания, прошедшие радикальное лечение, так как диагноз рак – это всегда стресс, а лечение не всегда щадящее.

Медико-социальная работа также направлена на улучшения качества жизни онкологических больных.

Вопросы инвалидности онкологических больных решаются комиссиями медико-социальной экспертизы – МСЭ. В названии комиссии отражены основные задачи ее работы: определение социального статуса пациента с учетом имеющегося у него заболевания, возможности продолжать работать, вообще, и по специальности, в частности, а также, в случае потери профессии или невозможности продолжения трудовой деятельности, рассмотрение вопросов обучения новой профессии, переобучения.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Герасименко В.Н. СССР Реабилитация онкологических больных М., 1982.

2. Ларионова Н.Н., Цейтлин Г.Я., Ганзина Н.В. и др. Физическая реабилитация детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями. Палиативная медицина и реабилитация. М., 1998.

3. Моисеенко Е. И. Медико-социальные аспекты помощи детям с онкологическими заболеваниями. – М., -1997.

4. Вельшер Л. Рак: угроза сохраняется. Медицинская газета. №86 от 14 ноября 2008г.

5. Онкологя: новое слово в реабилитации. // Аргументы и факты. Здоровье. 2004 – июнь №23.

6. Тен Е. Е. Основы социальной медицины. М., 2003.

7. Википедия - http://en.wikipedia.org/wiki/Palliative/