



**КАПИТАЛ**  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



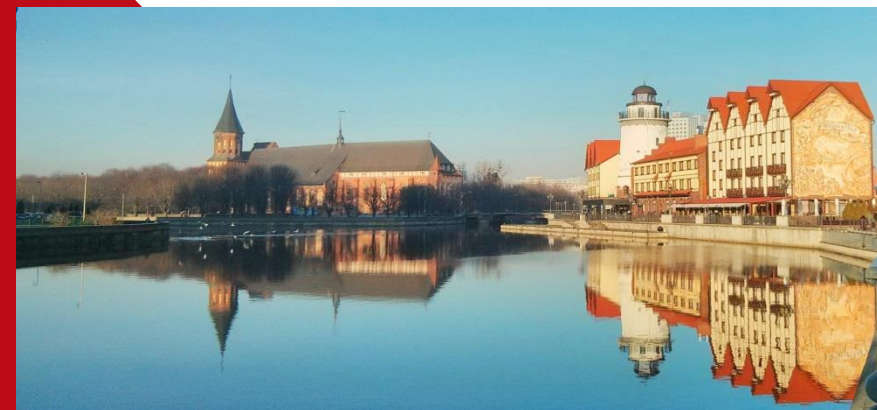
**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС  
КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Риск-ориентированная модель защиты прав  
пациентов в системе ОМС:  
*#Количество равно качеству*  
*#Доступность медицинской помощи для  
пациентов с онкологией***

Советник генерального директора «КАПИТАЛ МС»,  
член Совета Общественных организаций  
по защите прав пациентов при Росздравнадзоре,  
д.м.н., профессор Алексей Старченко

Калининград

25 августа 2022 г.





**Впервые Риск-ориентированный принцип экспертной деятельности утвержден постановлением Правительства РФ от 17.08.2016 г. № 806 «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ»**

**В настоящее время Риск-ориентированный принцип экспертной деятельности СМО в системе ОМС базируется на постановлении Правительства РФ от 29.06.2021 г. № 1048 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ФЕДЕРАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ КОНТРОЛЕ (НАДЗОРЕ) КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»**

**Максимальные показатели риска**, присвоенные работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность в условиях круглосуточного стационара:

- по анестезиологии и реаниматологии - 5293;
- **по онкологии - 5293;**
- по инфекционным болезням - 4234;
- по пульмонологии - 3705;
- по кардиологии - 4234;
- по эндокринологии - 3705.

**Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 51897-2011/Руководство ИСО 73:2009 «Менеджмент риска. Термины и определения»** утверждены

Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 16.11.2011г. N548-ст) Р

**Риск** - следствие влияния

неопределенности на достижение поставленных целей;

**Неопределенность** - это состояние полного или частичного отсутствия информации, необходимой для понимания события, его последствий и их вероятностей;

**Менеджмент риска** - скоординированные действия по руководству и управлению организацией в области риска



## **Риск-ориентированная модель защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС представляет собой целенаправленную деятельность:**

1) по установлению наличия и степени риска возможного нарушения прав пациента на надлежащее качество и своевременность оказания медицинской помощи, что связано с причинением вреда жизни и здоровью и/или не достижением запланированного результата как медпомощи в целом, так и отдельных медицинских вмешательств и их технологических комплексов и последовательностей;

2) по управлению выявленными рисками причинения вреда охраняемым законом ценностям застрахованного лица путем своевременного его информирования о правах, а также планового и внепланового экспертного контроля за дефектами медпомощи в системе ОМС, направленного на профилактику нарушений указанных прав граждан и, соответственно, на снижение рисков их нарушений.

### **Технология риск-ориентированной модели защиты прав в системе ОМС в качестве целей определяет:**

- ✓ максимально раннее выявление экспертом фактов нарушения прав пациента на надлежащее качество и доступность полноценной медпомощи в результате ее экспертизы с установлением конкретных дефектов медпомощи;
- ✓ прекращение нарушений прав пациента, являющихся для пациента риском прогрессирования имеющегося заболевания с последующим ухудшением качества и сокращением продолжительности жизни;
- ✓ прекращение нарушений прав пациента, являющихся для пациента риском возникновения нового заболевания или осложнения, которое может стать непосредственной причиной смерти (смертельным);
- ✓ восстановление нарушенных прав;
- ✓ справедливое возмещение причиненного ненадлежащим качеством оказанной медпомощи вреда жизни и здоровью, материального и морального вреда.



**Своевременное выявление рисков нарушения прав пациентов, управление этими рисками и минимизация их отрицательного эффекта на исход заболевания – сущность риск-ориентированного подхода к защите прав онкопациентов на основе профессиональной экспертизы качества онкопомощи**

- **информирование онкопациентов об их правах и возможных их нарушениях;**
- **информирование онкологов об информировании онкопациентов и неотвратимости наказания за нарушение их прав;**
- **мониторинг соблюдения прав онкопациентов;**
- **информирование онкопациентов об их нарушенных правах по Актам ЭКМП;**
- **предложение онкопациентам (родственникам умерших) подачи иска о восстановлении нарушенных прав и возмещении морального и материального вреда.**



**VII. Выявляемые дефекты оказания медицинской помощи  
онкологическим больным**

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Методические рекомендации  
по организации и проведению контроля  
объемов, сроков, качества и условий  
предоставления медицинской помощи,  
оказанной пациентам с подозрением  
на онкологическое заболевание  
и/или с установленным диагнозом  
онкологического заболевания

2018 год



**ТРИНАДЦАТЫЙ АРБИТРАЖНЫЙ АПЕЛЛЯЦИОННЫЙ СУД**

191015, Санкт-Петербург, Суворовский пр., 65, лит. А  
<http://13aas.arbitr.ru>

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

г. Санкт-Петербург

06 апреля 2022 года

Дело №А21-9499/2021

Суд первой инстанции, удовлетворяя требования заявителя, указал, что письмо ФФОМС от 30.08.2018 № 10868/30/и не является нормативным актом.

Вместе с тем, содержание данного письма указывает на его обязательный характер, а само Письмо рассчитано на неоднократное применение в отношении неопределенного круга лиц.

При этом отсутствие государственной регистрации Письма в Минюсте России не влияет на оценку нормативности содержащихся в нем положений, которые применены к Учреждению.

Нарушения в соответствии с приложением 8 к Порядку контроля	Выявляемые дефекты оказания медицинской помощи
п.3.2.1. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	- отсутствие расчета разовой дозы химиотерапевтического препарата, обоснования режима химиотерапии, способа и кратности введения лекарственного препарата, длительности курса и обоснования назначения конкретного лекарственного средства или их комбинаций, предусмотренных клиническими рекомендациями; - отсутствие рекомендаций о конкретной дате явки для последующего курса химиотерапии, рекомендаций проведения контрольных лабораторных и инструментальных исследований и сроков их проведения
п.3.2.3 Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо	- введение химиопрепарата в дозе, не соответствующей расчету по площади поверхности тела или массе тела пациента, предусмотренному действующими клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России; - необоснованные объективными причинами нарушения дозо-интервальных требований Клинических рекомендаций; - отсутствие полноценной и своевременной поддерживающей терапии и терапии, направленной на профилактику осложнений химиотерапии;

24

## #КОЛИЧЕСТВО РАВНО КАЧЕСТВУ

Массовые МЭЭ и ЭКМП: Практически полностью искоренены такие ранее имевшие массовое распространение дефекты, как несоответствие дозы индивидуальному расчёту по площади поверхности тела, необоснованное увеличение интервалов между курсами химиотерапии, отсутствие тромбопрофилактики и профилактики тошноты и рвоты, кардиотоксичности, анемии.

После понуждения экспертизой со стороны СМО шире стали применять молекулярно-генетические исследования и установку порт-систем при длительной и агрессивной химиотерапии



## ЗОНА РИСКА СОХРАНЯЕТСЯ!

Российское общество клинической онкологии (РУССКО; RUSSCO) на сайте в 2020 году и в издании «Практические рекомендации РУССКО» (2020) опубликовало новый раздел: «Общие принципы противоопухолевой терапии».

Новый раздел издания «Общие принципы противоопухолевой терапии» внезапно включил неограниченный круг допущений смещения дат начала очередного цикла химио- и таргетной терапии без причин медицинского характера:

*«2.4. Поддержание дозовой интенсивности противоопухолевой терапии. Допускается смещение даты начала следующего лечебного цикла на 3 дня в меньшую и большую стороны от запланированной даты без причин медицинского характера (**производственная необходимость, государственные праздники, семейные обстоятельства и т. п.**)».*

Конституция РФ в статье 2 гарантирует: **«Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства».** Следовательно, необходимо пресечь грубое нарушение прав граждан - онкобольных, гарантированных Конституцией РФ: никакие «производственные необходимости» и тем более «Т.П.» не могут быть причиной нарушения прав граждан – онкопациентов на своевременное, предусмотренное Инструкцией по медицинскому применению, введение химио- и таргетных препаратов с утвержденным Инструкцией интервалом между курсами химиотерапии, химио- и таргетное лечение.





**Признаки, указывающие на обязательный характер исполнения требований письма ФОМС от 24.03.22 г. № 00-10-101-1-06/2696 «О результатах проверок онкологических диспансеров»:**

- 1) направлено на неограниченный круг лиц – ТФОМС, СМО, медорганизации, оказывающие онкопомощь, онкологические диспансеры центра онкологической амбулаторной помощи, кабинеты онкологов,**
- 2) рассчитано на неоднократное применение;**
- 3) направлено на урегулирование общественных отношений – исполнение прав и учет законных интересов онкобольных.**



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ**

Новослободская ул. 37, корп. 4А, Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 870-9680, доб. 1513, факс: (499) 973-4455  
e-mail: general@foms.gov.ru, http://www.foms.ru

24.03.2022 № 00-10-101-1-06/2696

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

О результатах проверок  
онкологических диспансеров

Директорам  
территориальных фондов  
обязательного медицинского  
страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования направляет обзор нарушений, выявленных в ходе проведения проверок соблюдения онкологическими диспансерами законодательства об обязательном медицинском страховании и использования ими средств обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями с применением химиотерапии в 2020 - 2021 годах.

Обзор направляется для предупреждения аналогичных нарушений при проведении территориальными фондами обязательного медицинского страхования проверок.

- в картах стационарного больного имеется информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство без конкретизации лекарственного препарата, отсутствует информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (Смоленская область);

- в нарушение пункта 3 приложения 1 к приказу Минздрава России № 4н в листе назначений больного круглосуточного и дневного стационара, отсутствует запись о способе введения и применения, специальном режиме введения химиопрепарата (Новосибирская область);

- в случаях проведения профилактики тромбоэмболических осложнений в картах стационарного больного не указано время введения антикоагулянтов, (согласно Методическим рекомендациям по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание, и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания, доведенным письмом Федерального фонда от 30.08.2018 № 10868/30/и) низкомолекулярные гепарины следует использовать за 2 часа до начала терапии и 1-2 дня после окончания каждого курса) (Смоленская область);

- в листах назначений и выписных эпикризах нет информации о режиме введения препаратов (Смоленская область, Липецкая область);

- в нарушение приказа Минздрава Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» анализы выполнены более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной и/или иммунотерапии (Смоленская область);



### К рискам онкопациента относят (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ):

- несвоевременно позднее проведение мер диспансерного наблюдения;
- неправильный выбор методов максимально возможно ранней диагностики прогрессирования, рецидивирования или осложнения;
- не достижение степени запланированного результата – не выявление факта прогрессирования, рецидивирования и осложнения заболевания по результатам мер выполненного диспансерного наблюдения, амбулаторного или стационарного ведения ненадлежащего качества.

В I клиническую группу включают пациентов с подозрением на ЗНО и предопухолевыми НО.

III группа - онкопациенты после проведения лучевого, хирургического, комбинированного, комплексного лечения.

**Лица I и лица III группы,** в случае возникновения у них рецидивов заболевания, переводятся в группу II (показано лечение) или в группу IV, если специальное лечение не показано в связи с распространённостью ЗНО (паллиатив).







## Чек-лист проведения экспертизы качества медицинской помощи по диспансерному наблюдению онкобольных

### Основания для проведения оценки качества **#КОЛИЧЕСТВО РАВНО КАЧЕСТВУ**

- 1. Статья 46 Закона РФ № 323-ФЗ:** «5. Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, **в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации** указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».
- 2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»»** (приказ МЗ РФ от 19 февраля 2021 г. N 116н);
- 3. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».**
4. Стандарты диспансерного наблюдения по нозологиям ЗНО, утв. приказами МЗ РФ.
- 5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению опухолей** Ассоциации онкологов России (АОР).

### **ЦЕЛЬ**

выявление дефекта – не выполнение мероприятий диспансерного наблюдения, создающее риск прогрессирования заболевания несвоевременно поздним выявлением рецидива ввиду несвоевременного и/или неполного выполнения, либо отказом от выполнения требований диспансерного наблюдения.



Приказ МЗ РФ от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

## К ДЕФЕКТАМ относят не выполнение требований:

1. **Пункта 4** о наличии информированного добровольного согласия на Диспансерное наблюдение с указанием запланированного результата и возможных последствий нарушений со стороны пациента, как правило ОТСУТСТВУЕТ.
2. **Пункта 6** об осуществлении Диспансерного наблюдения **онкологом, перекладывается на терапевта.**
3. **Пункта 7** о сроках начала 7 Диспансерного наблюдения - **в течение 3 рабочих дней** с даты установления диагноза онкологического заболевания и получения информированного добровольного согласия – **ОТСУТСТВИЕ В РЕЕСТРАХ.**
4. **Пункта 8** о наличии протокола Решения об установлении Диспансерного наблюдения в Медицинской карте амбулаторного пациента (учетная форма 025/у) и в **Контрольной карте диспансерного наблюдения** (учетная форма 030/у) - **ОТСУТСТВУЕТ.**



Приказ МЗ РФ от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

К ДЕФЕКТАМ относят не выполнение требований:

5. Пункта 10 о требованиях к **медуслугам, составляющим Диспансерный прием** (осмотр, консультация) врачом-онкологом:
- а) оценку состояния пациента, **назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований, как правило ОТСУТСТВУЕТ**;
  - б) установление или уточнение диагноза заболевания;
  - в) оценку **приверженности** лечению и **эффективности ранее назначенного лечения**, необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению, **как правило ОТСУТСТВУЕТ**;
  - г) проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития **угрожающего жизни заболевания или состояния** (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и **необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи, как правило ОТСУТСТВУЕТ**;
  - д) назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе **направление** пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.



## К ДЕФЕКТАМ относят не выполнение требований

- ❑ Приложения N 6 к приказу МЗ РФ от 1 марта 2021 г. N 146н  
**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ  
(ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**
  
- ❑ Приложения N 2 к приказу МЗ РФ от 1 марта 2021 г. N 144н  
**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА  
(ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**
  
- ❑ Приложения N 2 к приказу МЗ РФ от 20 февраля 2021 г. N 125н  
**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ  
(ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**
  
- ❑ Приложения N 3 к приказу МЗ РФ от 24 ноября 2020 г. N 1244н  
**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ (ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**
  
- ❑ и другие ...

*Вероятность предоставления медицинских услуг или назначения лекарственных препаратов для медицинского применения (медицинских изделий), включенных в стандарт медицинской помощи, которая может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что данное мероприятие проводится 100% пациентов.*



## В экспертной деятельности СМО по риск-ориентированному принципу следует опираться на

**1. Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. N 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».**

**2. Практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике).**

**Минздравом России и Росздравнадзором выделен Базовый перечень направлений внутреннего контроля, связанных с риском для пациента и, следовательно, значимый для экспертной деятельности СМО:**

1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор;
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;
4. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений;
5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
6. Преемственность организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.
7. Организация экстренной и неотложной помощи.

**14. Диспансерное наблюдение за хроническими больными.**



## КОНТРОЛЬ исполнения требований п. 2.7. Практических рекомендаций

### «2.7 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ»

Статья 46 Закона РФ № 323-ФЗ: «5. Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, **в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации** указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

#### «Непосредственно диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом должен содержать в себе:

- 1) Оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование
- 2) Назначение, **оценка, интерпретация результатов обследования**
- 3) Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния)
- 4) Проведение краткого профилактического консультирования
- 5) Назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий.

**Для успешного диспансерного наблюдения необходимо информирование пациента о факторах риска, об имеющихся заболеваниях, о рисках осложнений, мерах по профилактике прогрессирования заболеваний.**

Обеспечение пациента не только квалифицированным лечением, комплексным и регулярным обследованием, а **также полным информированием** увеличит эффективность проводимого диспансерного наблюдения».



# Информационный стенд (фото) #КОЛИЧЕСТВО РАВНО КАЧЕСТВУ: В КАЖДЫЙ ЦАОП!

## ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



### ВРАЧ-ОНКОЛОГ ОБЯЗАН:

- вести учет пациентов;
- устанавливать группу диспансерного наблюдения;
- разрабатывать индивидуальный план диспансерного наблюдения, с учетом особенностей течения заболевания пациента;
- информировать о порядке, объеме и периодичности наблюдения;
- организовывать обследование пациентов с целью оценки эффективности его лечения;
- при выявлении признаков прогрессирования заболевания направлять пациента в медицинское учреждение, которое оказывает специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь, а при наличии показаний направлять пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.

По каждому онкологическому диагнозу рекомендуется индивидуальная периодичность диспансерных приемов.

Важно, что, если у пациента нет возможности посетить медицинскую организацию из-за тяжести состояния или нарушения двигательных функций, врач-онколог обязан организовать проведение диспансерного наблюдения на дому.

Порядок предусматривает также возможность консультации с применением телемедицинских технологий и предлагает пациенту при выезде за пределы региона проживания на срок более полугода заранее информировать об этом своего врача для обеспечения преемственности диспансерного наблюдения.



Порядок диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями утвержден приказом Минздрава России от 4 июня 2020 г. № 548н. Согласно приказу, пациента с наличием онкологического заболевания должны поставить на диспансерное наблюдение в течение трех рабочих дней с даты установления диагноза и получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Осуществляют диспансерное наблюдение врачи-онкологи.



Диспансерное наблюдение предоставляется всем гражданам РФ бесплатно, в рамках системы ОМС.

ООО «Капитал МС», лицензия ЦБ РФ ОС № 3676-01  
(без ограничения срока действия)

КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС 8-800-100-81-02 WWW.KAPMED.RU

Информационный стенд с 10 карманами: информация о порядке осуществления диспансерного наблюдения в соответствии с Приказом Минздрава России от 04.06.2020 №548н.




# Информационные листовки по ДН онкологических пациентов

kapmed.ru

**Комплект для стенда из 10-ти двусторонних листовок с описанием особенностей диспансерного наблюдения за взрослыми пациентами с наиболее часто встречающимися видами раковых заболеваний: *рак легкого, желудка и поджелудочной железы, прямой кишки, ободочной кишки и ректосигмоидного отдела, щитовидной железы, гортани и пищевода, молочной железы, предстательной железы, почки, мочевого пузыря, шейки матки и матки, яичников, рак и меланома кожи.***

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ



## РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ


Рекомендуемая периодичность диспансерных приемов пациента врачом: в течение первого года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем - 1 раз в год (если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного) - приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н. Отдельно для пациентов с раком предстательной железы установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

Стратегия динамического наблюдения врачом-онкологом может быть изменена индивидуально для каждого пациента в зависимости от распространенности опухолевого процесса и клинических проявлений болезни.	Минимальный объем обследования включает пальцевое ректальное исследование (ПРИ), контроль уровня простатспецифического антигена (ПСА), гемоглобина, креатинина, щелочной фосфатазы, а также тестостерона.	После радикальной простатэктомии определение уровня ПСА рекомендуется каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2-3 годов, далее - ежегодно.
---	---	---

Биопсия рецидивной опухоли под контролем трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) рекомендуется при планировании второй линии радикального лечения.

При необходимости рекомендовано выполнять КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, сцинтиграфию костей скелета, ПЭТ-КТ.

Пациентам с отдаленными метастазами рекомендовано выполнять контрольное обследование каждые 3-6 месяцев.




Всем пациентам с раком предстательной железы с целью ускорения функционального восстановления, сокращения сроков пребывания в стационаре после операции и снижения частоты развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения рекомендуется ЛФК, психологическая и нутритивная поддержка. В частности, психологическая поддержка в плане реабилитации улучшает настроение, снижает уровень тревоги и депрессии. Пациенты, прошедшие курс психологической реабилитации, лучше адаптируются к повседневной жизни после хирургического лечения. У пациентов, имеющих высокий риск развития легочных осложнений, перед хирургическим лечением рекомендуется тренировка дыхательных мышц.

После хирургического лечения с целью улучшения качества жизни, рекомендуется проведение комплекса аэробных упражнений, контроля психоэмоционального состояния, контроля веса.

Рекомендуется проведение акупунктуры (иглофлексотерапии) для снижения болевого синдрома. В дальнейшем рекомендуется выполнение и постепенное расширение комплекса ЛФК.

Рекомендуется проведение занятий ЛФК средней интенсивности по 15-30 минут в день 3-5 раз в неделю, постепенно увеличивая длительность.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ



## РАК ЛЕГКОГО

Рекомендуемая периодичность диспансерных приемов пациента врачом: в течение первого года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем - 1 раз в год (если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного) - приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н. Отдельно для пациентов с раком легкого установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:




После радикального лечения осмотры врачом-онкологом каждые 3 месяца в течение первых 3 лет и каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, далее - 1 раз в год.	УЗИ, рентгенография грудной клетки или КТ, МРТ головного мозга каждые 3 месяца в течение первых 3 лет и каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, далее 1 раз в год.	Остеосцинтиграфия 1 раз в год.
--	---	--------------------------------


В плане реабилитации пациентов после проведенного лечения рака легкого, а также в целях профилактики рецидивов и прогрессирования заболевания рекомендуются:

Пациентам перед проведением оперативного вмешательства рекомендуется выполнение специального комплекса физических упражнений на этапе предреабилитации 5-7 дней в неделю в течение 1-10 нед., что достоверно увеличивает жизненную емкость легких, а также сокращает риск развития послеоперационных осложнений на 45 %.



Пациентам, перенесшим оперативные вмешательства, а также получающим комплексное лечение по поводу рака легких, рекомендуются регулярные занятия лечебной физкультурой, которая улучшает функцию внешнего дыхания, увеличивает выносливость, положительно влияет на психологический статус пациента, уменьшает выраженность тревожности и депрессии, слабости, болевого синдрома, улучшает настроение.

 Рекомендуется отказ от курения, как от активного, так и от пассивного. Пассивное курение повышает риск возникновения рака легкого на 20-30%.	 Рекомендуется своевременное лечение заболеваний легких, которые могут повышать риск возникновения рака легкого (например, хронические обструктивные болезни легких).	 Рекомендуется использовать современные средства защиты у лиц, контактирующих с веществами, обладающими канцерогенным действием: асбестом, хромом, никелем, кадмием, мышьяком, диельным топливом и пр. с целью первичной профилактики.
---	---	--





# Информационный стенд

## ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



### ВРАЧ-ОНКОЛОГ ОБЯЗАН:

- ✓ вести учет пациента;
- ✓ устанавливать группу диспансерного наблюдения;
- ✓ разрабатывать индивидуальный план диспансерного наблюдения, с учетом особенностей течения заболевания пациента;
- ✓ информировать о порядке, объеме и периодичности наблюдения;
- ✓ организовывать обследование пациента с целью оценки эффективности его лечения;
- ✓ при выявлении признаков прогрессирования заболевания направлять пациента в медицинское учреждение, которое оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, а при наличии показаний направлять пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.

По каждому онкологическому диагнозу рекомендуется индивидуальная периодичность диспансерных приемов.

Важно, что если у пациента нет возможности посещать медицинскую организацию из-за тяжести состояния или нарушения двигательных функций, врач-онколог обязан организовать проведение диспансерного наблюдения на дому.

Порядок предусматривает также возможность консультации с применением телемедицинских технологий и предлагает пациенту при выезде за пределы региона проживания на срок более полугода заранее информировать об этом своего врача для обеспечения преемственности диспансерного наблюдения.



СКАЧАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ  
Отсканируйте QR-код через мобильный телефон



Порядок диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями утвержден приказом Минздрава России от 4 июня 2020 г. № 548н. Согласно приказу, пациента с наличием онкологического заболевания должны поставить на диспансерное наблюдение в течение трех рабочих дней с даты установления диагноза и получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Осуществляют диспансерное наблюдение врачи-онкологи.



Диспансерное наблюдение предоставляется по полису обязательного медицинского страхования бесплатно



РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



РАК ГОРТАНИ И ПИЩЕВОДА



РАК ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



РАК ЛЕГКОГО



РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



РАК ПРЯМОЙ КИШКИ, РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА



РАК И МЕЛАНОМА КОЖИ



РАК ПОЧКИ, РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ



РАК ШЕЙКИ МАТКИ, РАК ЯИЧНИКОВ, РАК МАТКИ

ООО «Капитал МС», лицензия ЦБ РФ ОС № 3676-01 (без ограничения срока действия)

КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС 8-800-100-81-02 WWW.KAPMED.RU

Информационный стенд с 10 QR-кодами о порядке осуществления диспансерного наблюдения, размещенными на карманах (при отсутствии в них листовок), также с отдельным QR-кодом слева – с обобщенной информацией.



## Информационный стенд

...  
В Кировской и Тверской областях медицинские организации отказали в размещении стенда, без указания объективных причин, в том числе оставив без ответа письма филиалов Капитал МС на территориях страхования.

Например, клинический онкодиспансер Тверской области оставил без ответа неоднократные письма филиала. При том, что признак ДН в реестрах-счетов не заполняется, а несоблюдение периодичности диспансерного наблюдения установлено у 80 % застрахованных лиц из целевой аудитории.

...

### Организация и проведение медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи (МЭЭ и ЭКМП)

В апреле 2022 года МЭЭ и ЭКМП подверглись амбулаторные карты 680 застрахованных лиц

- только у 17% застрахованных лиц (120 человек) имелись в персонифицированных реестрах-счетах указания на приемы в рамках диспансерного наблюдения (поле реестра «DN»);
- несоблюдение установленной периодичности и объема исследований диспансерных приемов зафиксировано у 25% лиц целевой аудитории (170 человек).

Апрель 2022 год телефонный опрос – анкетирование 200 пациентов.

**26 % опрошенных не были поставлены на диспансерный учет!**

У 8% опрошенных отсутствует возможность посещать врача-онколога самостоятельно, для 38% из них не организовано наблюдение на дому;

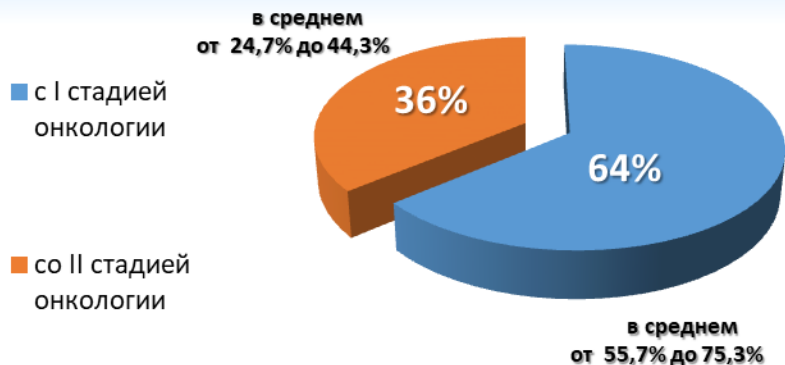
3% опрошенным предлагали платные услуги;

18% опрошенных отказываются проходить диспансерное наблюдение – требуется индивидуальное сопровождение с целью повышения приверженности.

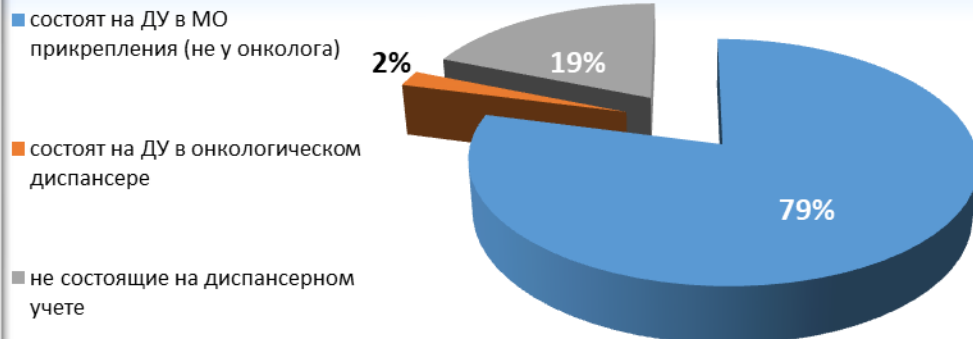
# Информация о постановке на диспансерное наблюдение онкологических больных после оперативного вмешательства I-II стадии 2021 год

\*Данные сформированы на основании ТОП-10 филиалов, включая филиал Калининградской области

## Количество ЗЛ, которым проведено оперативное вмешательство при онкологии

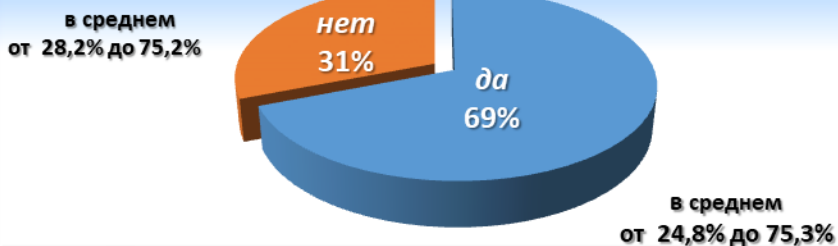


## Постановка на диспансерное наблюдение онкологических больных (после оперативного вмешательства)

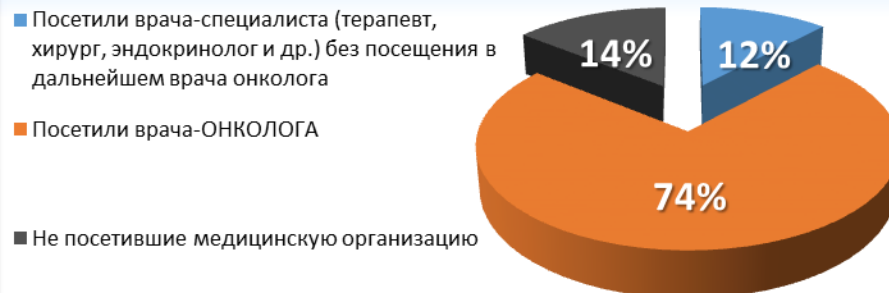


## Информация об информировании ЗЛ о постановке на диспансерное наблюдение и прошедших в дальнейшем диспансерное наблюдение у врача-специалиста или врача-онколога

### Информация об информировании пациентов о явке/постановке на диспансерное наблюдение



### Количество ЗЛ прошедших диспансерное наблюдение в медицинской организации после информирования СП



Информирование ЗЛ о явке/постановке на диспансерное наблюдение проводится на основании списков, представленных ТФОМС в адрес СМО. Таким образом, 31% ЗЛ не проинформирован СМО по причине отсутствия данной категории граждан в представленных списках ТФОМС.

Необходимо отметить, что в большинстве случаев посещение врача-онколога происходит после получения от участкового терапевта направления/талона на прием

## #КОЛИЧЕСТВО РАВНО КАЧЕСТВУ

Анализ счетов 21-22 годов ПОКАЗАЛ, ЧТО 45-70% ПАЦИЕНТОВ после операции с диагнозом ЗНО I-II стадии не проходят диспансерный приём первого года в полном объеме, что может привести к несвоевременно позднему выявлению рецидива или метастазирования, а, следовательно, к позднему началу химио- и таргетной терапии.

### #КОЛИЧЕСТВО РАВНО КАЧЕСТВУ

**Предлагаем модель информационного сопровождения ВСЕХ 100% онкобольных 1-2 стадией ЗНО:**

1. Всех пациентов с 1-2 стадией ЗНО после получения СМО счета за онкохирургию с хирургически и гистологически подтверждённой 1-2 стадией СМО берет на учет: (также как в кардиологии) - СМО получает копию выписного эпикриза, передаёт районному онкологу и/или в ЦАОП и начинает индивидуальный отсчет в отдельной информационной программе срока первого-второго-третьего и т.д. диспансерного приема и обследования с целью своевременного выявления возможного рецидива или метастазирования, ранее не визуализированных.
2. При приближении срока диспансерного приёма СМО уточняет в МО дату, время, номер кабинета врача диспансерного приема и напоминает МО об обследовании в соответствии с Клиническими Рекомендациями.
3. СМО сообщает Пациенту дату, время, номер кабинета и перечень медуслуг, которые должны быть выполнены ему в процессе диспансерного приёма (КТ, МРТ, ПЭТ-КТ, онкомаркеры, лабораторные и инструментальные исследования).



### МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОНКОЛОГИИ – ЗАКОННОЕ ПРАВО ПАЦИЕНТА



Медицинская реабилитация – комплекс мер медицинского и психологического характера, направленных на восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа, поддержание функций поврежденных органов и систем организма, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Медицинская реабилитация включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной и немедикаментозной терапии.

**Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, утвержденных Минздравом России от 19.02.21 г. № 194н**, предусматривает право реабилитационные на получение медицинской реабилитации в рамках онкологической помощи в амбулаторных и стационарных условиях. При наличии у пациента с онкологическим заболеванием медицинских показаний для проведения медицинской реабилитации врач-онколог организует ее проведение.

**Приказом МЗ РФ от 19.02.21 г. № 194н** предусмотрена обязанность онкологического стационара по осуществлению медицинской реабилитации реабилитационные при онкологических заболеваниях.

Приветствуется организация деятельности онкологических дистансов (онкологической больницы), утвержденных Минздравом России от 19.02.21 г. № 194н, предусмотрена обязанность дистансов по осуществлению медицинской реабилитации взрослых при онкологических заболеваниях.

Онкореабилитация проводится на основании клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России, одобренных Минздравом России.

#### ПРЕДУСМОТРЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ ОНКОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С НОВООБРАЗОВАНИЕМ

##### ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

реабилитация с момента постановки диагноза до начала лечения (хирургического лечения/химиотерапии/лучевой терапии);

##### II ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

реабилитация в стационарных условиях медицинскими организациями (реабилитационные центры, отделений реабилитации), в ранней восстановительный период течения заболевания, период реабилитационный период, период отдаленной активной фазы течения заболевания;

##### I ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

реабилитация в период специализированного лечения онкологического заболевания (хирургического лечения/химиотерапии/лучевой терапии) в отделениях медицинских организаций по профилю онкологического заболевания;

##### III ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

реабилитация в ранней и поздней реабилитационный периоды, период отдаленной активной фазы течения заболевания в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, реабилитационной, мануальной терапии, гомеопатии, бальнеотерапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетов по помощи (участки дифференциал), психологическую медицинскую помощи в амбулаторных условиях, дневных стационарах, а также выездные бригады на дому (в т.ч. в условиях санаторно-курортных организаций);



В соответствии с Законом РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предусмотрено право онкопациента на медицинскую онкоореабилитацию. Надлежащее качество онкологической помощи пациенту предусматривает медицинскую реабилитацию в качестве обязательной составляющей. Пожизненное диспансерное наблюдение онкологических больных проводится в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний и осуществления медицинской реабилитации.



**ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ БРОНХОВ И ЛЕГКОГО, ТРАХЕИ, ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**



**РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**



**РАК ПРЯМОЙ КИШКИ И АНУСА**



**ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА**



**РАК ПОЧКИ, ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ, МОЧЕТОЧНИКА И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**



**РАК ПОЛОСТИ НОСА, РТА И ГЛОТКИ, ГОРТАНИ, ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**



**РАК ШЕЙКИ, ТЕЛА МАТКИ, ЯИЧНИКОВ, ВУЛЬВЫ**



**РАК КОСТЕЙ, МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОЖИ**



СКАНАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
 Отсканируйте QR-код  
 через мобильный телефон

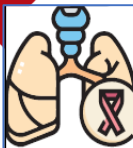
ООО «Капитал МС», лицензия ЦС РФ ОС № 3276-01  
 (без ограничения срока действия)

КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС

8-800-100-81-02

WWW.KARMED.RU

# Информационный стенд



РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ



## ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ БРОНХОВ И ЛЕГКОГО, ТРАХЕИ, ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

### I. ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

Дыхательная гимнастика в течение 5-7 дней.

### II. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

#### ПЕРВЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Ранняя активизация, назначение антикоагулянтов и ношение компрессионного белья улучшают реологические свойства крови и способствуют профилактике тромботических осложнений в послеоперационном периоде.

Проведение кинезиологического тейпирования - наложение лент по аксилярной методике с 1-х по 30-е сутки после лоботомии у пациентов с немелкоклеточным раком легкого, достоверно снижает интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде на 5-8 сутки после начала тейпирования. Глубокая высколотанная осцилляция/вибрационный массаж грудной клетки, проводимые в раннем послеоперационном периоде, каждые 8 часов сеансами по 15 минут увеличивают объем форсированного выдоха в раннем послеоперационном периоде, увеличивают парциальное давление кислорода в артериальной крови. Проведение 10 минутных сеансов массажа дистальных отделов верхних и нижних конечностей, начиная со 2-х суток после операции уменьшает вероятность развития тромбозов и лимфостаза, беспокоество, напряжение, улучшая качество.

#### ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Достаточная физическая активность, чередование аэробных и анаэробных нагрузок, сочетание дыхательных статических и динамических упражнений не только значительно улучшают показатели внешнего дыхания, но и повышают общую физическую работоспособность, расширяют адаптационные возможности организма, улучшают качество жизни пациентов с раком легкого. Ежедневное выполнение комплекса ЛФК в процессе комбинированного лечения и после его окончания положительно влияют на психологический статус пациента, снижают уровень тревожности и депрессии, уменьшают слабость, болевой синдром, улучшают настроение. Применение оксигенотерапии смесью Heliox28 в покое значимо повышало сатурацию в сравнении с оксигенотерапией. Также отмечено значимое повышение физической работоспособности и снижение выраженности одышки. Проведение курса массажа достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома, тревожности и депрессии, при этом эффект снижения тревожности выше, чем депрессии.

повысить качество проводимого лечения, уменьшить вероятность возникновения метастазирования, а также проводить профилактику сердечно - сосудистых и легочных осложнений у больных с раком легкого. Выполнение комплекса ЛФК и физическая активность пациентов с диссеминированным опухолевым процессом уменьшает слабость, увеличивает мобильность, снижает уровень депрессии и улучшает качество жизни. Применение методик аудиовизуальной релаксации достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома, усталости, тревожности, улучшает качество жизни.

### III. ХИМИОТЕРАПИЯ

Проведение сеансов акупунктуры в течение 3-8 недель во время адьювантной химиотерапии улучшают иммунные реакции, уменьшают супрессию костного мозга, а также снижают слабость и тошноту, улучшают показатели качества жизни. Упражнения на тренировку баланса более эффективны для коррекции полинейропатии, чем сочетание упражнений на выносливость и силы; упреждений; 6-недельный курс спортивной ходьбы помогает контролировать клинические проявления полинейропатии. Рекомендуется для лечения периферической полинейропатии на фоне химиотерапии: применение низкоинтенсивной лазеротерапии, низкочастотной магнитотерапии, чрезкожной электростимуляции в течение 20 минут в день 4 недели. Рекомендована низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении микозов полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии помогает проводить профилактику выпадения волос и ускорять их рост после химиотерапии. Выполнение комплекса ЛФК снижает частоту развития кардиальных осложнений на фоне химиотерапии.

### IV. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

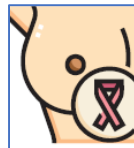
Выполнение комплекса ЛФК (аэробной нагрузки в сочетании с силовой) на фоне лучевой терапии улучшает насыщение крови кислородом, позволяет проводить профилактику слабости и улучшает качество жизни у пациентов РМЖ на фоне лучевой терапии. Физическая активность на фоне лучевой терапии улучшает переносимость и качество жизни у онкогинекологических больных. Через 3 дня после начала лучевой терапии рекомендовано подключить низкоинтенсивную лазеротерапию, 3 дня в неделю для профилактики лучевого дерматита.



КАПИТАЛ  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  
28-800-100-81-02  
звонок бесплатный

ООО «Капитал МС», лицензия ЦС РФ ОС №3674-01  
(без ограничения срока действия)

www.KAPMED.ru



РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ



## РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### I. ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

Увеличение физической активности за 2 недели до операции улучшает качество жизни в послеоперационном периоде, позволяя вернуться к полноценной повседневной активности уже через 3 недели после операции.

### II. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

#### ПЕРВЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Раннее выполнение комплекса ЛФК (с первых суток после операции).

Рекомендуется начинать упражнения на растяжку на 7 сутки после операции или после удаления дренажа. Рекомендуется включать упражнения с утяжелением (500 г - 1000 г) в комплекс ЛФК через 4-6 недель после операции. Рекомендуется применение низкоинтенсивного лазерного облучения на область операции, подмышечную область. Чрезкожная электростимуляция уменьшает нарушения чувствительности в области операции.

#### ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Рекомендуется для профилактики лимфедемы проведение следующих мероприятий:

- ✓ проведение дренажного массажа в послеоперационном периоде;
- ✓ мягкий массаж в области послеоперационной раны для профилактики образования грубых рубцовых изменений;
- ✓ раннее начало выполнения комплекса ЛФК;
- ✓ контроль веса, профилактика ожирения;
- ✓ профилактика рожистого воспаления, уход за кожей;
- ✓ исключение подъема тяжести (более 2 кг);

Рекомендуется при возникновении лимфедемы проводить полную противотечную терапию, включающую в себя мануальную лимфодренаж, ношение компрессионного трикотажа, выполнение комплекса ЛФК, уход за кожей.

Рекомендуется при возникновении лимфедемы при наличии возможности использовать:

- ✓ перемежающуюся пневмокомпрессию верхней конечности в сочетании с полной противотечной терапией;
- ✓ низкоинтенсивную лазеротерапию в сочетании с полной противотечной терапией;
- ✓ электротерапию в сочетании с полной противотечной терапией;
- ✓ низкочастотную магнитотерапию в сочетании с полной противотечной терапией;
- ✓ глубокую осцилляцию (массаж переменным электрическим полем) в сочетании с полной противотечной терапией.

после хирургического лечения РМЖ.

### III. ХИМИОТЕРАПИЯ

Выполнение комплекса ЛФК на фоне адьювантной химиотерапии. Проведение комплекса ЛФК с включением в него аэробной нагрузки в течение 4 месяцев на фоне химиотерапии увеличивает жизненную емкость легких, насыщаемость крови кислородом, силу мышц, объем движений в крупных суставах, снижает индекс массы тела. Рекомендуется силовые тренировки на фоне адьювантной химиотерапии и гормонотерапии. Методики релаксации, включающие в себя диафрагмальное дыхание и прогрессирующую мышечную релаксацию помогают уменьшить уровень тревоги и депрессии у пациенток РМЖ на фоне химиотерапии. Для уменьшения слабости на фоне химиотерапии рекомендовано проведение ЛФК. Проведение курса массажа у пациенток РМЖ в течение 6 недель уменьшает слабость на фоне комбинированного лечения. 6-недельный курс спортивной ходьбы помогает контролировать клинические проявления полинейропатии. Рекомендуется для лечения периферической полинейропатии на фоне химиотерапии: применение низкоинтенсивной лазеротерапии, низкочастотной магнитотерапии, чрезкожной электростимуляции в течение 20 минут в день 4 недели. Рекомендована низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении микозов полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии помогает проводить профилактику выпадения волос и ускорять их рост после химиотерапии.

### IV. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Выполнение комплекса ЛФК (аэробной нагрузки в сочетании с силовой) на фоне лучевой терапии улучшает насыщение крови кислородом, позволяет проводить профилактику слабости и улучшает качество жизни у пациенток РМЖ на фоне лучевой терапии. Проведение комплекса ЛФК увеличивает плотность костной ткани и выносливость пациента на фоне лучевой терапии. Через 3 дня после начала лучевой терапии рекомендовано подключить низкоинтенсивную лазеротерапию, 3 дня в неделю для профилактики лучевого дерматита.



КАПИТАЛ  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  
28-800-100-81-02  
звонок бесплатный

ООО «Капитал МС», лицензия ЦС РФ ОС №3674-01  
(без ограничения срока действия)

www.KAPMED.ru



РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ



## ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

### I. ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

Программа комплексной предреабилитации при раке пищевода и желудка включает в себя отказ от курения и алкоголя минимум за 2 недели до операции, занятия ЛФК в домашних условиях (комплекс физической нагрузки средней интенсивности с аэробной и анаэробной нагрузкой) не менее 15 минут в день 6-7 раз в неделю, дополнительную питательную поддержку, работу с психологом для преодоления тревоги и депрессии (начинается не менее, чем за 14 дней до операции), достоверно уменьшает число послеоперационных осложнений. Нутритивная поддержка показана при наличии хотя бы одного из указанных факторов: неадекватно сниженной массы тела за последние 3 месяца (потеря 10% и более), индекс массы тела менее 18,5 кг/м<sup>2</sup>; ухудшении возможности приема пищи за последнюю неделю, низкого объема пищи (калорийности менее 1500 ккал/сутки). Предпочтительный способ - пероральное питание (сипитин). При невозможности или неадекватности перорального питания необходима установка назогастрального зонда или наложение временной гастростомы. Калорийность рациона должна составлять 25-30 ккал/кг массы тела в сутки, доз белков - 1,0-1,5 г/кг массы тела в сутки; необходимо восполнение суточной потребности в витаминах и микроэлементах. Адекватная питательная поддержка в течение, как минимум, 7 суток снижает число послеоперационных осложнений и длительность пребывания в стационаре. Важным моментом на этапе предреабилитации является психологическая реабилитация, которая включает методики, направленные на работу со стрессом (методики релаксации, формирование позитивного настроя) в течение 40-60 минут 6 дней в неделю. Психологическая реабилитация начинается за 5 дней до операции и продолжается 30 дней после оперативного вмешательства, что значительно улучшает качество жизни.

### II. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

#### ПЕРВЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Раннее начало энтерального питания, дыхательная гимнастика, использование побудительного спирометра и положительного давления конца выдоха в раннем послеоперационном периоде в совокупности с ранней активизацией снижают длительность пребывания в стационаре и число легочных осложнений. Ранняя мобилизация (вертикализация, выполнение комплекса ЛФК с аэробной, силовой нагрузкой, упражнениями на растяжку под контролем инструктора) безопасно, не увеличивает число послеоперационных осложнений, улучшает функциональные возможности пациента. Массаж безопасен и эффективен методом лечения болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших большие торакальные и абдоминальные хирургические вмешательства. Сочетание обезболивающей терапии и физиотерапии, ЛФК, лечения положением, методами психологической коррекции, чрезкожной электростимуляции и применением акупунктуры дает хорошие результаты.

шай качество жизни больных. Акупунктура позволяет контролировать болевой синдром у онкологических больных.

#### ТРЕТИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

У больных, находящихся в ремиссии, комплексная программа, включающая питательную поддержку, занятия с психологом и регулярные занятия ЛФК, начинающиеся с аэробной нагрузки низкой интенсивности с постепенным увеличением ее до аэробной нагрузки умеренной интенсивности. Поддержание стабильной массы тела и активной работы жизни увеличивает сроки общей выживаемости. Цель - не менее 30 минут физической активности умеренной интенсивности 4 раза в неделю.

### III. ХИМИОТЕРАПИЯ

Коррекция белково-энергетической недостаточности, возникшей после гастрэктомии, способствует снижению токсичности при проведении полихимиотерапии. Выполнение упражнений с нагрузкой уменьшает слабость, улучшает качество жизни и психологическое состояние пациентов, получающих адьювантную химиотерапию. Проведение комплекса ЛФК с включением в него аэробной нагрузки на фоне химиотерапии улучшает жизненную емкость легких, насыщаемость крови кислородом, силу мышц, объем движений в крупных суставах, снижает индекс массы тела. Шестинедельный курс спортивной ходьбы помогает контролировать клинические проявления полинейропатии. Проведение курса массажа в течение 6 недель уменьшает слабость на фоне комбинированного лечения. Рекомендуются для лечения периферической полинейропатии на фоне химиотерапии: применение низкоинтенсивной лазеротерапии, низкочастотной магнитотерапии, чрезкожной электростимуляции в течение 20 минут в день 4 недели. Рекомендована низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении микозов полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии помогает проводить профилактику выпадения волос и ускорять их рост после химиотерапии. Альтернативной терапией в лечении тошноты и рвоты, индуцированной противопухольной химиотерапией, также может стать чрезкожная нейростимуляция.



КАПИТАЛ  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  
28-800-100-81-02  
звонок бесплатный

ООО «Капитал МС», лицензия ЦС РФ ОС №3674-01  
(без ограничения срока действия)

www.KAPMED.ru



## # Количество равно качеству

### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫХ КОНТРОЛЬНЫХ МЕР В 2022-2023 гг.:

1. Контроль сроков и полноты мер диспансерного наблюдения.
2. Контроль назначения, этапности и полноты онкореконвализации.
3. Контроль назначения молекулярно-генетических исследований за счет средств ОМС.
4. Контроль назначения ПЭТ-КТ с целью ранней диагностики рецидивирования и прогрессирования – метастазирования.
5. Контроль за профилактикой и своевременной диагностикой иммуноопосредованных осложнений иммунотерапии.
6. Контроль эффективности применения химио- и таргетной терапии, иммунотерапии по специальным шкалам (критерии оценки ответа солидных опухолей на лечение: измерение очагов до начала и в период лечения - полный ответ, частичный ответ, стабилизация, прогрессирование и смена линии химиотерапии).
7. Контроль установки порт-системы при длительной и агрессивной химиотерапии.
8. Контроль назначения сопровождающей и поддерживающей терапии.



# КАПИТАЛ

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

**Спасибо за приглашение и внимание!**

