

**Всероссийский Форум
«Здоровье нации – основа процветания России»**

Круглый стол «Проведение профилактических мероприятий»

**Риск-ориентированная модель защиты прав пациентов
в системе ОМС :
чек-лист экспертизы качества
диспансерного наблюдения в онкологии**

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



Москва

13-15 июля 2021 г.



Риск-ориентированный принцип экспертной деятельности СМО в системе ОМС базируется на постановлении 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»»,

которым утверждены **Правила отнесения деятельности к определенной категории риска или определенному классу (категории) опасности:**

1) **соотнесение тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований со степенью тяжести потенциальных случаев причинения вреда и (или) возможной частоты возникновения и масштаба распространения потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований (п. 8 Правил);**

2) **установление вероятности несоблюдения обязательных требований на основе анализа результатов ранее проведенных проверок и назначенных наказаний за нарушение обязательных требований (п. 9 Правил).**

Постановлением Правительства РФ от 05.07.2017г. № 801 утверждены **критерии отнесения медицинской деятельности к определенной категории риска.**

«II. Критерии тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований.

3. Объекты государственного контроля с учетом тяжести потенциальных негативных последствий и вероятности несоблюдения ими обязательных требований, выраженных в показателе риска К, определяемом в соответствии с пунктами 5 и 6 настоящего документа (далее - показатель риска К), подлежат отнесению к **следующим категориям риска:**

Максимальные показатели риска, присвоенные работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность, с учетом видов и условий оказания медицинской помощи:

- по анестезиологии и реаниматологии - 4899;

- по онкологии - 4899;

- по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению - 4899;

- по трансфузиологии – 4899»

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РФ»

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

1. Застрахованные лица имеют право на:

...

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Риск-ориентированная модель защиты прав и экспертизы качества в ОМС имеет целью **максимально ранее выявление** экспертом фактов нарушения прав пациента на надлежащее качество и доступность полнообъемной медпомощи, являющихся для пациента риском прогрессирования имеющегося заболевания с последующим ухудшением качества и сокращением продолжительности жизни, **и восстановление нарушенных прав и/или справедливое возмещение вреда.**

Своевременное выявление этих рисков 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;
- предложение онкопациентам (родственникам умерших) подачи иска о восстановлении нарушенных прав и возмещении морального и материального вреда.

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

III группа онкопациенты после проведения лучевое, хирургическое, комбинированное, комплексное лечение.

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.

К рискам пациента 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.

Предлагается технология риск-ориентированной модели экспертизы качества по чек-листу – своевременное выявление экспертом СМО созданного риска прогрессирования заболевания пациента ненадлежащим качеством диспансерного наблюдения с целью минимизации риска не выявления этого прогрессирования и/или максимально скорейшего восстановления нарушенного права пациента на доступную и надлежащего качества онкопомощь по своевременному и полнообъемному началу лечения прогрессии, рецидива или осложнения заболевания.

Презентации в системе ОМС состоялись:

- в рамках Научно-практического семинара

«Врач, пациент, эксперт: проблемы, риски и пути сотрудничества»

УрФО, Екатеринбург 08-09 апреля 2021 г.,

по приглашению директора ТФОМС Свердловской области В.А. Шелякина и представителя ФОМС в УрФО А.П. Фучежи

- XI съезде Ассоциации онкологов России, 14 мая г. Ярославль

А.А. Старченко, О.В. Тарасова, О.В. Салдуева,
С.А. Перегудин, М.Д. Гуженко

КАРТА ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

**РИСК-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ЗАЩИТЫ
ПРАВ ПАЦИЕНТОВ-ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ
И ЭКСПЕРТИЗЫ В ОНКОХИМИОТЕРАПИИ,
КАРДИОЛОГИИ, НЕВРОЛОГИИ, COVID-19**

Основания для проведения оценки качества:

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».

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);

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

Стандарты диспансерного наблюдения по нозологиям ЗНО, утв. приказами МЗ РФ.

Клинические рекомендации по диагностике и лечению опухолей Ассоциации онкологов России (АОР), 2020.

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.
- 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).

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.

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.

«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 (фельдшером) 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».

II. Экспертная деятельность СМО требует учета реализации

п. 2.4. Рекомендаций Росздравнадзора

«2.4 Лекарственная безопасность. Фармаконадзор»

«*Ошибки, связанные с использованием ЛП, характерны для всех четырех этапов, включая:*

- назначение ЛС (39% ошибок): неправильный выбор препарата/препаратов (критически важная проблема), назначение без учета противопоказаний (связанных с определенным заболеванием или приемом других лекарственных средств), назначение несертифицированных лекарств, повторное назначение лекарства без оценки его эффективности и переносимости пациентом и т.д.;

- передача информации о назначении (12%): нечетко, неразборчиво сделанные надписи, использование некорректных сокращений в листах назначения и т.д.;

- дозирование, разведение (11%);

- использование (прием, введение) (38%): отсутствие доступности лекарств для оказания экстренной медицинской помощи в стационаре, несвоевременное введение лекарственных средств, неправильный путь введения, недооценка важности информирования пациента о побочных эффектах, отсутствие обучения пациента приему лекарств, отсутствие контроля в эффективности лечения».

1. Важным для эксперта СМО является проверка реализации п. 4.8 «**4.8. Прогнозирование риска при использовании ЛП: побочные реакции, токсическое действие ЛП, взаимодействие ЛП, учет обстоятельств, сопутствующих заболеваний**» на предмет наличия данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов, включая:

4.8.1. Аллергия; 4.8.2. Возраст; **4.8.3. Сопутствующие заболевания/ЛП, принимаемые в момент поступления.**

4.8.4. Масса тела пациента. 4.8.6. Заболевания печени. 4.8.7. Заболевания почек. 4.8.8. Психические заболевания. 4.8.9. Курение, алкоголь, прием наркотических и других психотропных веществ.

2. Далее экспертом СМО контролируется выполнение

п. 4.9 Рекомендаций «4.9. Процесс назначения и использования ЛП:

Соблюдение алгоритма при назначении и использовании ЛП:

Правильное лекарство 4.9.1. Оценить соответствие выбора ЛП клиническим рекомендациям/алгоритмам.

Правильная доза. 4.9.2. Оценить соответствие дозировок ЛП клиническим рекомендациям, коррекция дозы с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличие калькуляторов расчета.

Правильный путь введения 4.9.3. Оценить соответствие пути введения ЛП.

В правильное время. 4.9.4. Оценить соответствие кратности назначения ЛП соблюдение сроков дачи, введения ЛП в соответствии с назначением с фиксацией времени введения/дачи ЛП в листах назначений.

4.9.5. Проверить качество заполнения медицинской документации на предмет фиксации времени введения ЛП.

3. Проверка выполнения п. 4.12 «4.12. Контроль эффективности назначения ЛП». Эксперт СМО контролирует проводимую МО оценку эффективности лечения с фиксацией в медицинской документации: «4.12.1. с оценкой эффективности лечения, включая: - Жалобы; - Клиника; - Лабораторно-диагностические показатели; - Приверженность/активный контроль назначений.

III. Экспертная деятельность СМО требует учета реализации п. 2.6. Рекомендаций «2.6. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре» по основным рискам, связанным с процессом оказания экстренной помощи:

Эксперт СМО проверяет риск причинения вреда здоровью пациента не выполнением п. 6.4 «**6.4. Своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар -соблюдение временных нормативов при поступлении в стационар (этапов госпитализации)**):

- 6.4.4 своевременность начала первичного осмотра врача;
- 6.4.6 своевременность перевода в отделение/операционную/АРО/ОРИТ/ПИТ; отказа в госпитализации и направления на амбулаторное лечение;
- 6.4.7 своевременность выполнения различных видов диагностических исследований;
- 6.4.8 исполнение временных требований порядков и клинических рекомендаций по оказанию помощи при некоторых состояниях (например, ОНМК, ОКС и т.д.).

IV. Экспертная деятельность СМО требует учета реализации п. 2.7. Рекомендаций: «2.7. Преемственность медицинской помощи. Непрерывность оказания медицинской помощи является одним из важнейших условий для достижения положительного результата. Нарушение преемственности приводит к задержке постановки диагноза, значит, и начала эффективного лечения, потерей результатов исследований и необходимости проведения повторных, назначения неправильного, неадекватного лечения, к медицинским ошибкам, ятрогении и т. д».

Профессиональный ответственный ПОДХОД к выявлению противопоказаний у онкопациентов к вакцинации различными вакцинами против НКИ!

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН от 25 декабря 2018 года N 489-ФЗ
«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СТАТЬЮ 40 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «
ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РФ» и
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ»
ПО ВОПРОСАМ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ»**

Статья 3.

Часть 4. **Клинические рекомендации** (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, **утвержденные** медицинскими профессиональными некоммерческими организациями **до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, применяются до их пересмотра** и утверждения в соответствии с [частями 3, 4, 6 - 9](#) и [11 статьи 37](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции настоящего Федерального закона), но не позднее 31 декабря 2021 года.

К ДЕФЕКТАМ относят не выполнение требований Клинических рекомендаций АОР, согласованных МЗ РФ

| № | Позиция обязательной оценки | <p style="text-align: center;">Нормативно-правовые акты Ненадлежащее качество медпомощи по критерию п. 21 ст.2 Закона РФ № 323-ФЗ: - несвоевременное выполнение и неправильный выбор методов диагностики, лечения и профилактики; - не достигнута необходимая степень достижения результата.</p> | <p style="text-align: center;">Выполнение позиции обязательной оценки (да/нет)</p> | <p style="text-align: center;">Код дефекта при отсутствии – 3.2.3.</p> |
|-----------------------------------|---|--|--|--|
| <i>Рак молочной железы</i> | | | | |
| 1 | <p>Осмотр врачом-онкологом от 1 до 4 раз в год в течение первых 5 лет, далее - ежегодно.</p> <p>Ежегодный осмотр врачом-гинекологом женщин с не удаленной маткой, получающих адьювантно тамоксифен, с целью выявления рака эндометрия.</p> <p>Ежегодное выполнение двухсторонней (в случае органосохраняющей операции) или контрлатеральной маммографии (врачами-радиологами) в сочетании с УЗИ регионарных зон и области послеоперационного рубца (врачами УЗ-диагностики).</p> <p>Ежегодное выполнение денситометрии и назначение кальция (1200-1500 мг/сутки) и витамина D (400-800 МЕ/сутки), препаратов, влияющих на структуру и минерализацию костей (бифосфонаты, деносумаб), по показаниям - женщинам с остеопорозом.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак молочной железы» 2020</p> | Да/Нет | <p>Здесь и далее: 3.2.3 – создание риска прогрессирования заболевания несвоевременно поздним выявлением рецидива ввиду несвоевременного и/или неполного выполнения, либо отказом от выполнения диспансерного наблюдения</p> |

Рак легкого

| | | | | |
|---|---|---|--------|--|
| 2 | После радикального лечения осмотр 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. | Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Злокачественное новообразование бронхов и легкого» 2020 | Да/Нет | |
| | 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. | | | |

Рак желудка

| | | | | |
|---|--|---|--------|--|
| 3 | После выполнения радикальных операций - в первые 1-2 года осмотр врачом-онкологом проводится каждые 3-6 месяцев, на сроке 3-5 лет - 1 раз в 6-12 месяцев, далее - 1 раз в год. | Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Рак желудка» 2020 | Да/Нет | |
| | После эндоскопической резекции слизистой оболочки или подслизистой диссекции - выполняются ЭГДС каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев на 2-3 года, далее - ежегодно. | | | |

Колоректальный рак (рак прямой кишки, рак ободочной кишки и рак ректосигмоидного отдела)

| | | | | |
|---|--|--|--------|--|
| 4 | <p>Осмотр врача-онколога в первые 1-2 года, сбор жалоб - каждые 3-6 месяцев, через 3-5 лет с момента операции - 1 раз в 6-12 месяцев, далее - осмотры ежегодные или при появлении жалоб.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> | Да/Нет | |
| | <p>Исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови, каждые 3 месяца в первые 2 года и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года.</p> | <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> | | |
| | <p>Колоноскопия через 1 и 3 года после резекции первичной опухоли, далее - каждые 5 лет. При выявлении полипов колоноскопия выполняется ежегодно. Если колоноскопия не была выполнена из-за стенозирующей опухоли, её производят в течение 3-6 месяцев после резекции.</p> | <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак прямой кишки» 2020</p> | | |
| | <p>УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 месяцев.</p> | | | |
| | <p>Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 месяцев.</p> | | | |
| | <p>КТ органов грудной и брюшной полости с в/в контрастированием однократно в сроки 12-18 месяцев после операции.</p> | | | |

Рак предстательной железы

| | | | | |
|---|--|--|--------|--|
| 5 | <p>Динамическое наблюдение может быть изменено индивидуально для каждого пациента в зависимости от распространённости опухолевого процесса и клинических проявлений болезни – КОНТРОЛЬ ОБОСНОВАНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ</p> <p>Пальцевое ректальное исследование (ПРИ), контроль уровня простатспецифического антигена (ПСА), гемоглобина, креатинина, щелочной фосфатазы, а также тестостерона.</p> <p>После радикальной простатэктомии: определение уровня ПСА - каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2-3 годов, далее - ежегодно.</p> <p>Биопсия рецидивной опухоли под контролем трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) рекомендуется при планировании второй линии радикального лечения.</p> <p>Пациентам с отдаленными метастазами рекомендовано выполнять контрольное обследование каждые 3-6 месяцев.</p> <p>При необходимости: КТ брюшной полости, скинтиграфию костей скелета, ПЭТ-КТ.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак предстательной железы» 2020</p> | Да/Нет | |
|---|--|--|--------|--|

Рак поджелудочной железы

| | | | | |
|---|--|---|--------|--|
| 6 | <p>Осмотр врачом-онкологом каждые 12-16 недель в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в последующем. УЗИ брюшной полости или КТ/МРТ с в/в контрастированием. УЗИ малого таза для женщин. Рентгенография органов грудной клетки. Анализ крови на онкомаркеры (СА 19-9, РЭА) в случае их повышения уровней на долечебном этапе, а также общий и биохимический анализы крови для оценки функции печени и почек.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Рак поджелудочной железы» 2020</p> | Да/Нет | |
|---|--|---|--------|--|

Рак мочевого пузыря

| | | | | |
|---|---|--|--------|--|
| 7 | <p>Пальпация мочевого пузыря, области почек с определением симптома поколачивания; проведение тщательного осмотра и пальпации зон возможного лимфогенного метастазирования для верификации диагноза. При органосохраняющем лечении у пациентов с немышечно-инвазивным РМП: цистоскопия и микроскопическое исследование осадка мочи один раз в 3 месяца в течение 2 лет, далее каждые 6 месяцев; УЗИ малого таза, брюшной полости; КТ грудной и брюшной полостей 1 раз в 6 месяцев, через год - ежегодно; МРТ малого таза ежегодно. После радикальной цистэктомии: УЗИ малого таза, брюшной полости; КТ грудной и брюшной полостей 1 раз в 6 месяцев, через год - ежегодно; МРТ малого таза ежегодно. Пациентам с опухолями с высоким риском развития рецидива: проведение цистоскопии и микроскопическое исследование осадка мочи; исследование функции печени и почек через 3 месяца; ежегодное КТ с контрастированием верхних мочевыводящих путей</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Рак мочевого пузыря» 2020</p> | Да/Нет | |
|---|---|--|--------|--|

Рак гортани

| | | | | |
|---|---|--|--------|--|
| 8 | <p>Осмотр врачом-онкологом каждые 1-3 месяца в 1-й год лечения, во 2-й год - каждые 2-6 месяцев, на сроке 3-5 лет - один раз в 4-8 месяцев, далее ежегодно.</p> <p>УЗИ лимфоузлов шеи с двух сторон, органов брюшной полости и малого таза.</p> <p>КТ/МРТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру.</p> <p>Фиброларингоскопия.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 месяцев.</p> <p>КТ/МРТ грудной клетки, органов брюшной полости по показаниям.</p> <p>ПЭТ/КТ по показаниям.</p> <p>Определение уровня тиреотропного гормона каждые 6-12 месяцев, если проводилось облучение шеи в целях оценки функции щитовидной железы.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак гортани» 2020</p> | Да/Нет | |
|---|---|--|--------|--|

Рак пищевода

| | | | | |
|---|--|--|--------|--|
| 9 | <p>Осмотр врачом-онкологом пациентов после радикального лечения (хирургия или химиолучевая терапия) - каждые 3-6 месяцев в первые 2 года, далее каждые 6-12 месяцев в последующие 3-5 лет, затем - ежегодно.</p> <p>У пациентов с пищеводом Баррета высокого риска (размер свыше 1см) с целью снижения риска малигнизации рекомендуется прием ингибитора протонной помпы в высокой дозе (экзомепразол - 80мг в сутки), монотерапией или в комбинации с ацетилсалициловой кислотой (300мг в сутки).</p> <p>ЭГДС через 3 месяца после резекции первичной опухоли, в дальнейшем 2 раза в год в течение 3 лет, далее 1 раз в год до 5 лет.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 месяцев.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки каждые 6 месяцев.</p> <p>КТ органов грудной и брюшной полости с в/в контрастированием однократно через 6-12 месяцев после операции.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак пищевода и кардии» 2020</p> | Да/Нет | |
|---|--|--|--------|--|

Рак шейки матки

| | | | | |
|----|---|--|--------|--|
| 10 | <p>Осмотр врачом-онкологом и гинекологом каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем - ежегодно. Цитологическое исследование мазков со слизистой оболочки культи влагалища каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, в течение 3-го и 4-го года каждые 6 месяцев, затем - ежегодно. При подозрении на рецидив - биопсия с гистологическим исследованием. УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, и определение уровня SCC при плоскоклеточном раке каждые 3 месяцев течение первых 2-х лет, в течение 3-го и 4-го года - каждые 6 месяцев, затем - ежегодно. Рентгенография органов грудной клетки ежегодно. КТ/МРТ по показаниям.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Рак шейки матки» 2020</p> | Да/Нет | |
|----|---|--|--------|--|

Рак яичников

| | | | | |
|----|--|--|--------|--|
| 11 | <p>Осмотр врачом-онкологом каждые 12-16 недель в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в последующем. Осмотр врачом-гинекологом 1 раз в 3 месяца в течение первых 2 лет, 1 раз в 4 месяца в течение 3-го года, далее - каждые 6 месяцев.</p> <p>УЗИ брюшной полости и малого таза 1 раз в 3 месяца в течение первых 2 лет, 1 раз в 4 месяца в течение 3-го года, далее - каждые 6 месяцев.</p> <p>При повышении СА-125, появлении жалоб или выявлении патологий: КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза, рентгенография/КТ грудной клетки</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Рак яичников/рак маточной трубы/первичный рак брюшины» 2020</p> | Да/Нет | |
|----|--|--|--------|--|

Рак матки

| | | | | |
|----|---|---|--------|--|
| 12 | <p>Осмотр врачом-онкологом и гинекологом каждые 3 месяца в течение первых 3 лет, затем каждые 6 месяцев в течение ещё 2 лет.</p> <p>Цитологическое исследование микропрепаратов соскобов с тканей (культи) влагалища у необлучённых пациентов каждые 3 месяца в течение 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение ещё 3 лет; 1 раз в год или при подозрении на рецидив.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки ежегодно.</p> <p>УЗИ органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства каждые 3 месяца в течение 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение ещё 3 лет.</p> <p>У пациентов серозным РТМ, РТМ поздних стадий, а также при исходно повышенном уровне СА-125 в сыворотке крови исследование уровня антигена аденогенных раков СА-125 в крови перед каждым посещением врача.</p> <p>МРТ и КТ органов малого таза по показаниям.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак тела матки и саркомы матки» 2020</p> | Да/Нет | |
|----|---|---|--------|--|

Меланома кожи

| | | | | |
|----|---|---|--------|--|
| 13 | <p>Регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов. Осмотр врачом-онкологом: 0-IA стадия - в первые 3 года - каждые 6 месяцев, в 4 - 10-й год - ежегодно; IB-IIВ стадия - в первые 3 года - каждые 3 месяца, в 4-5-й год - каждые 6 месяцев, 6-10-й год - ежегодно; IC-IV стадия - в первые 3 года - каждые 3 месяца, в 4-10-й год - каждые 6 месяцев. Инструментальное обследование пациентам 0-IA стадии только по показаниям. Пациентам IB-IIВ стадии: УЗИ регионарных лимфатических узлов - каждые 6 месяцев в течение 3 лет, далее - по показаниям. Лучевая диагностика - по показаниям. Пациентам IC-IV стадии: УЗИ регионарных лимфатических узлов - каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем каждые 6 месяцев до 10 лет наблюдения. Лучевая диагностика (КТ органов грудной клетки, КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием или ПЭТ/КТ в режиме всего тела с фтордезоксиглюкозой) - каждые 6 месяцев до 5 лет наблюдения, затем - по показаниям. Пациентам с впервые выявленными отдалёнными метастазами - МРТ головного мозга с в/в контрастированием для исключения метастатического поражения головного мозга.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Меланома кожи и слизистых оболочек» 2020</p> | Да/Нет | |
|----|---|---|--------|--|

Рак кожи базальноклеточный и плоскоклеточный

| | | | | |
|----|--|--|--------|--|
| 14 | <p>Регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов. Для пациентов I-II стадией и заболевания - осмотр врачом онкологом состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения. Для пациентов III-IV стадией заболевания - осмотр врачом-онкологом каждые 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в 4-5 года наблюдения, затем ежегодно 10 лет наблюдения. Пожизненное наблюдение врача-офтальмолога пациентов с ПКР кожи века, включая спайку век. Осмотры врача-офтальмолога рекомендуется проводить каждые 3 месяца после лечения в течение 1 года, затем - 6 месяцев в течение 3 лет, далее - 1 раз в год пожизненно. Для пациентов I-II стадией заболевания инструментальное обследование рекомендуется только по показаниям. Для пациентов III-IV стадией заболевания - УЗИ каждые 3 месяца в первые 3 года, каждые 6 месяцев в 4-5 года наблюдения, затем по показаниям до 10 лет наблюдения. Лучевая диагностика каждые 6 месяцев в первые 3 года, затем - по показаниям до 10 лет наблюдения.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Плоскоклеточный рак кожи» 2020.</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Базальноклеточный рак кожи» 2020</p> | Да/Нет | |
|----|--|--|--------|--|

Рак паренхимы почки

| | | | | |
|----|--|---|--------|--|
| 15 | <p><u>После аблативного лечения:</u> осмотр врачом-онкологом через 3, 6 и 12 месяцев после аблации, далее ежегодно в течение 5 лет, при наличии показаний - более длительное время. При подозрении на рецидив обследование может проводиться чаще. <u>После аблативного лечения:</u> общий и биохимический анализ крови через 3, 6 и 12 месяцев после аблации, далее ежегодно в течение 5 лет. При подозрении на рецидив обследование может включать биопсию опухоли. КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием (при отсутствии противопоказаний) через 3, 6 и 12 месяцев после аблации, далее ежегодно в течение 5 лет. При подозрении на рецидив обследование может проводиться чаще. Рентгенография или КТ грудной полости ежегодно. <u>После хирургического лечения I стадии:</u> осмотр врачом-онкологом через 3,6 и 12 месяцев после резекции почки (РП) или радикальной нефрэктомии (РН), далее ежегодно в течение 5 лет. При наличии показаний - более длительно время. <u>После хирургического лечения I стадии:</u> общий и биохимический анализ крови через 3, 6 и 12 месяцев после РП или РН, далее ежегодно в течение 5 лет. Предпочтительно КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием (при отсутствии противопоказаний) или - менее желательно - УЗИ через 3, 6 и 12 месяцев после РП или РН, далее ежегодно в течение 5 лет. Рентгенография или КТ грудной полости ежегодно. <u>После хирургического лечения II-IV стадии:</u> осмотр врача-онколога каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения, далее ежегодно. <u>После хирургического лечения II-IV стадии:</u> общий клинический развернутый и биохимический анализ крови, КТ или МРТ</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак паренхимы почки» 2020.</p> | Да/Нет | |
|----|--|---|--------|--|

Рак щитовидной железы

| | | | | |
|----|---|--|--------|--|
| 16 | <p>Осмотр врачом-онкологом позволяет определить пациента к одной из групп риска, выделяют 4 основные группы по результатам проведённого лечения: биохимическая ремиссия, биохимический рецидив, неопределённый опухолевый статус, структурный рецидив.</p> | <p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> | Да/Нет | |
| | <p><u>Определение тиреоглобулина и антител к тиреоглобулину.</u> Послеоперационное определение ТГ и антител к ТГ на фоне терапии левотироксином натрия рекомендовано всем пациентам каждые 6-12 месяцев с целью исключения рецидива заболевания. В группе биохимической ремиссии интервал определения ТГ и антител к ТГ на фоне левотироксином натрия рекомендуется изменить до 12-24 месяцев. Интервал определения ТТГ рекомендуется не более 12 месяцев для всех пациентов на фоне левотироксином натрия с целью своевременного выявления рецидива заболевания. Динамическое определение ТГ не реже 6-12 месяцев для пациентов высокого риска, структурного рецидива, биохимического рецидива, неопределённого опухолевого статуса.</p> | <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> | | |
| | <p><u>Послеоперационное ультразвуковое исследование.</u> После оперативного лечения УЗИ шеи рекомендуется через 6-12 месяцев в зависимости от группы риска и динамики концентрации ТГ с целью выявления структурного рецидива. При выявлении при УЗИ подозрительных лимфатических узлов максимальным размером более 0,8-1 см рекомендуется прицельная ТАБ, которая дополняется определением ТГ в смыве из иглы с целью морфологической или биохимической верификации рецидива заболевания.</p> | <p>п.5 Клинических рекомендаций «Дифференцированный рак щитовидной железы» 2020.</p> | | |
| | <p><u>Сцинтиграфия всего тела.</u> Сцинтиграфия костей всего тела рекомендуется через 6-12 месяцев после РЙТ у пациентов</p> | | | |

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 пациента 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 ответственности 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. Осуществляет диспансерное наблюдение врачи-онкологи.



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

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> | <p>РАК ПОЧКИ, РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> | <p>РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> | <p>РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> | <p>РАК И МЕЛАНОМА КОЖИ</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> |
| <p>РАК ПРЯМОЙ КИШКИ, РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> | <p>РАК ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> | <p>РАК ЛЕГКОГО</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> | <p>РАК ШЕЙКИ МАТКИ, РАК РИЧНИКОВ, РАК МАТКИ</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> | <p>РАК ГОРТАНИ И ПИЩЕВОДА</p> <p>Рассмотреть периодичность диспансерных приемов пациента в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев. При наличии признаков прогрессирования заболевания - по назначению врача-онколога. Приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н. Оценить клинические проявления заболевания, провести обследование с целью оценки эффективности его лечения.</p> <p>Оценить клинические проявления заболевания в течение периода года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, далее - один раз в 6 месяцев.</p> <p>Выявить признаки прогрессирования заболевания, при наличии показаний направить пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.</p> |

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

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

Информационные листовки по ДН онкологических пациентов

kapmed.ru/about/reminder/

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 психологического состояния, контроля веса.

Рекомендуется проведение аэробных нагрузок длительностью 150 минут в неделю и силовых - 2 раза в неделю.

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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком легких установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

После радикального лечения 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 рекомендуется:

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 от пыли, контактирующих с веществами, обладающими канцерогенным действием: асбестом, хромом, никелем, кадмием, мышьяком, диоксидом титана и пр. с целью первичной профилактики.



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 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 направить 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.KARMED.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.

QR-код – информация для мобильных устройств



ДИСПАНСЕРНОЕ С ОНКОЛОГИЧЕС

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 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.



Порядок диспансерного наблюдения в России от 4 июня 2020 года на диспансерное наблюдение добровольного согласия



РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

http://kapmed.ru/upload/documents/cancer/rak_molochnoy_jelezy.pdf

РАК МОЛОЧНОЙ 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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком молочной железы (РМЖ) установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:



Осмотр врачом-онкологом от 1 до 4 раз в год в течение первых 5 лет, далее – ежегодно.



Ежегодное выполнение двухсторонней (в случае органосохраняющей операции) или контрлатеральной маммографии (врачами-радиологами) в сочетании с УЗИ регионарных зон и области послеоперационного рубца (врачами УЗ-диагностики).



Ежегодный осмотр врачом-гинекологом женщин с не удаленной маткой, получающих адъювантно-тамоксифен, с целью выявления рака эндометрия.



Ежегодное выполнение денситометрии и профилактическое назначение препаратов кальция (1200-1500 мг/сутки) и витамина D (400-800 МЕ/сутки), а также препаратов, влияющих на структуру и минерализацию костей (бифосфонаты, деносумаб), по показаниям – женщинам с остеопорозом.



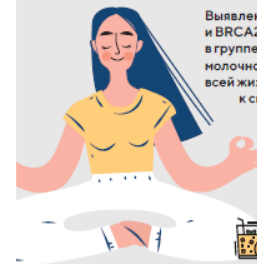
Рекомендуется у пациентов с РМЖ с целью профилактики развития рака контрлатеральной молочной железы и рака яичников при выявлении с помощью ПЦР клинически значимых патогенных мутаций BRCA1 и BRCA2 обсуждение рисков развития вторых опухолей и возможности выполнения профилактических и скрининговых мероприятий:



хирургическая профилактика (профилактическая мастэктомия с одномоментной реконструкцией и профилактическая тубовариэктомия)



тщательный динамический контроль



Выявление генетической мутации в генах BRCA1 и BRCA2 говорит о том, что женщина находится в группе повышенного риска развития рака молочной железы и рака яичников и ей в течение всей жизни следует быть более внимательной к своему здоровью, чтобы снизить этот риск: вести здоровый и активный образ жизни, включающий в том числе рациональную диету, достижение и поддержание идеальной массы тела.



РАК ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ 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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком желудка установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Осмотр врачом-онкологом каждые 12-16 недель в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в последующем.



УЗИ брюшной полости или КТ/МРТ с в/в контрастированием.



УЗИ малого таза для женщин.



Рентгенография органов грудной клетки.

Анализ крови на онкомаркеры (СА 19-9, РЭА) в случае их повышения уровней на дооперационном этапе, а также общий и биохимический анализы крови для оценки функции печени и почек.

Программа комплексной реабилитации, которая включает в себя занятия ЛФК дома (комплекс физической нагрузки средней интенсивности, включающей в себя как аэробную, так и анаэробную нагрузку), консультирование по питанию, работу с психологом на преодолении тревоги и депрессии (начинается за 28 дней до операции и продолжается в течение 8 недель после) значительно улучшает качество жизни в послеоперационном периоде. Психологическая реабилитация, включающая методики, направленные на работу со стрессом (методики релаксации, формирование позитивного настроя) в течение 40 - 60 минут 6 дней в неделю, которая начинается за 5 дней до операции, и продолжается 30 дней после значительно улучшает качество жизни. Объем и интенсивность ЛФК подбирается индивидуально исходя из степени слабости (легкая, средняя, тяжелая). При улучшении общего состояния возможно увеличение интенсивности ЛФК. Рекомендуется сочетание аэробной нагрузки и силовой.

РАК ЖЕЛУДКА



После выполнения радикальных операций – в первые 1-2 года осмотр врачом-онкологом проводится каждые 3-6 месяцев, на сроке 3-5 лет – 1 раз в 6-12 месяцев, далее – 1 раз в год.



После эндоскопической резекции слизистой оболочки или подслизистой диссекции – выполняется ЭГДС каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев на 2-3 года, далее – ежегодно.

ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

Мероприятия по реабилитации пациентов после и/или в процессе лечения:

С целью профилактики рака желудка рекомендуется диета с исключением табачного и алкогольного раздражения слизистой оболочки желудка, отказ от курения и алкоголя, своевременное лечение фоновых и предопухолевых заболеваний. Проведение преадаптации рекомендуется всем пациентам со злокачественными опухолями желудка.

Пациентам необходимо отказаться от курения и алкоголя оптимально за 2 месяца до операции, рекомендованы занятия ЛФК со специалистом ЛФК или в домашних условиях (комплекс физической нагрузки средней интенсивности с аэробной и анаэробной нагрузкой) не менее 15 минут в день 6-7 раз в неделю, дополнительная питательная поддержка, работа с психологом для преодоления тревоги и депрессии (начинается не менее чем за 14 дней до операции).

Для оптимизации восстановления физической формы и улучшения качества жизни пациентов после проведенного радикального лечения рака желудка рекомендуется выполнение комплексов ЛФК на сопротивление по 15-20 минут в день 2 раза в неделю с постепенным увеличением длительности тренировки, аэробные нагрузки низкой, затем средней интенсивности длительно до 150 минут в неделю, работа с психологом. Имеется данные, что поддержание стабильной массы тела, необходимая нутритивная поддержка, занятия с психологом, активный образ жизни и регулярные занятия ЛФК способствуют увеличению общей выживаемости.



Пациентам, получающим адъювантную химиотерапию, также рекомендовано раннее начало физических нагрузок (аэробных средней интенсивности до 150 мин в неделю) в сочетании с психологической поддержкой, что помогает профилактике мышечной слабости, возникновения и прогрессирования саркопении, снижает толерантность к физической нагрузке, улучшает качество жизни, психологическое состояние, уменьшает проявления плейнотратии.

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ, РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА

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 Клиническими рекомендациями для пациентов с колоректальным раком установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:



Осмотр врача-онколога в первые 1-2 года, сбор жалоб – каждые 3-6 месяцев, через 3-5 лет с момента операции – 1 раз в 6-12 месяцев, далее – осмотры ежегодные или при появлении жалоб.



Исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови, каждые 3 месяца в первые 2 года и далее – каждые 6 месяцев в последующие 3 года.



Колоноскопия через 1 и 3 года после резекции первичной опухоли, далее – каждые 5 лет. При выявлении полипов колоноскопия выполняется ежегодно. Если колоноскопия не была выполнена из-за стенозирующей опухоли, её производят в течение 3-6 месяцев после резекции.



УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 месяцев.



Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 месяцев.



КТ органов грудной и брюшной полости с в/в контрастированием однократно в сроки 12-18 месяцев после операции.

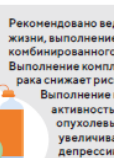
ПРОФИЛАКТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Мероприятия по реабилитации пациентов после и/или в процессе лечения:

Программа комплексной реабилитации у пациентов с колоректальным раком, в которую входят занятия ЛФК дома (комплекс физической нагрузки средней интенсивности, включающей в себя как аэробную, так и анаэробную нагрузку), консультирование по питанию, работа с психологом на преодолении тревоги и депрессии (начинается за 28 дней до операции и продолжается в течение 8 недель после), значительно улучшает качество жизни в послеоперационном периоде. Психологическая реабилитация, включающая методики, направленные на работу со стрессом (методики релаксации, формирование позитивного настроя) в течение 40 - 60 мин 6 дней в неделю, начинающаяся за 5 дней до операции и продолжающаяся 30 дней после нее, значительно улучшает качество жизни.



Для профилактики снижения мышечной массы, легочных и треморных осложнений показано пребывание в кровати 2 ч до операции и не более 6 ч после нее. Дыхательная гимнастика начинается сразу после нормализации сознания пациента после операции. Тактика дыхательной гимнастики в послеоперационном периоде пациента обучают до операции. После оперативного лечения у пациентов колоректального рака рекомендовано выполнение диафрагмального дыхания, которое способствует улучшению циркуляции лимфы в организме и позволяет вентилировать нижние доли легких, которые при грудной типе дыхания обычно наполняются воздухом недостаточно.



Рекомендуемое ведение активного образа жизни, выполнение комплексов ЛФК после комбинированного лечения колоректального рака. Выполнение комплекса ЛФК пациентами с рецидивом рака снижает риск общей смертности на 29%. Выполнение комплекса ЛФК и физическая активность пациентов с диссеминирующим опухолевым процессом уменьшает слабость, увеличивает мобильность, снижает уровень депрессии и улучшает качество жизни.

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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком легких установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:



После радикального лечения – осмотр 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 рекомендуется:



Пациентам перед проведением оперативного вмешательства рекомендуется выполнение специального комплекса физических упражнений на этапе преадаптации 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 повысить риск возникновения рака легкого (например, хронические obstructивные болезни легких).



Рекомендуется использовать современные средства защиты от контакта с веществами, обладающими канцерогенным действием: асбестом, хромом, никелем, кадмием, мышьяком, дизельным топливом и пр. с целью первичной профилактики.



РАК ПОЧКИ, РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком простаты почки установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

РАК ПОЧКИ

После аблативного лечения (методика прямого направленного разрушения пораженных тканей)

- 1) Осмотр врачом-онкологом через 3, 6 и 12 месяцев после абляции, далее ежегодно в течение 5 лет. При подозрении на рецидив обследования может производиться чаще.
- 2) Общий и биохимический анализ крови через 3, 6 и 12 месяцев после абляции, далее ежегодно в течение 5 лет. При подозрении на рецидив обследования может включать Биосию опухоли.
- 3) КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с/в контрастированием (при отсутствии противопоказаний) через 3, 6 и 12 месяцев после абляции, далее ежегодно в течение 5 лет. При подозрении на рецидив обследования может проводиться чаще.
- 4) Рентгенография или КТ грудной полости ежегодно.

После хирургического лечения (стадии I-II)

- 1) Осмотр врачом-онкологом через 3, 6 и 12 месяцев после операции, далее ежегодно в течение 5 лет. При наличии показаний – более длительное время. При подозрении на рецидив обследования может производиться чаще.
- 2) Общий и биохимический анализ крови через 3, 6 и 12 месяцев после РТ или РН, далее ежегодно в течение 5 лет.
- 3) Предоперационная биохимическая картина забрюшинного пространства с/в контрастировании (при отсутствии противопоказаний) или – менее актуально – УЗИ через 3, 6 и 12 месяцев после РТ или РН, далее ежегодно в течение 5 лет.

4) Рентгенография или КТ грудной полости ежегодно.

- 1) Осмотр врача-онколога каждые 3 месяца в течение 1-го, каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения, далее ежегодно.
- 2) Общий клинический развернутый биохимический анализ крови, КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с/в контрастированием при отсутствии противопоказаний (предпочтительно) или УЗИ, рентгенография или КТ грудной полости, при наличии обочерченных и/или очаговых неврологических симптомов – МРТ головного мозга с контрастированием, при повышении боли в костях – скинтиграфия костей скелета (остеосцинтиграфия) каждые 3 месяца в течение 1-го года, каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения, далее – ежегодно.



РАК ШЕЙКИ МАТКИ, РАК ЯИЧНИКОВ, РАК МАТКИ

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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком репродуктивных органов (матки, шейки матки, яичников) установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Осмотр врачом-онкологом и гинекологом и цитологическое исследование мазков со слизистой оболочки культи влагалища каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, затем – ежегодно. При подозрении на рецидив – биопсия с гистологическим исследованием.



Рентгенография органов грудной клетки ежегодно.

УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, и определение уровня онкомаркера СА125 при плоскоклеточном раке каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, в течение 3-го и 4-го года – каждые 6 месяцев, затем – ежегодно.



УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, и определение уровня онкомаркера СА125 при плоскоклеточном раке каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, в течение 3-го и 4-го года – каждые 6 месяцев, затем – ежегодно.



КТ/МРТ по показаниям.

РАК ЯИЧНИКОВ

Осмотр врачом-онкологом каждые 12-16 недель в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в последующем.



УЗИ брюшной полости и малого таза 1 раз в 3 месяца в течение первых 2 лет, 1 раз в 4 месяца в течение 3-го года, далее – каждые 6 месяцев.



При повышении СА-125, появлении жалоб или выявлении патологий – КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза, рентгенография/КТ грудной клетки.

РАК МАТКИ

Осмотр врачом-онкологом и гинекологом каждые 3 месяца в течение первых 3 лет, затем каждые 6 месяцев в течение ещё 2 лет.



Рентгенография органов грудной клетки ежегодно.



У пациентов серозным раком тела матки (РТМ), РТМ поздних стадий, а также при исходно повышенном уровне СА-125 сыворотки крови исследования уровня антигена аденогенных раков СА-125 в крови перед каждым посещением врача.



МРТ и КТ органов малого таза по показаниям.

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.



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

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

Минимальный объём обследования включает пальцевое ректальное исследование (ПРИ), контроль уровня простатоспецифического 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.

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 питательная поддержка. В частности, психологическая поддержка в плане превалирования положительных настроений, 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.

Проведение 20 минутных сеансов медицинского массажа, начиная со 2-х суток после операции, уменьшает интенсивность болевого синдрома, беспокойства, напряжения, улучшает качество жизни.

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 аэробных нагрузок продолжительностью 150 минут в неделю и силовых – 2 раза в неделю.

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

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

Спасибо за приглашение и внимание!

