



XIV Съезд онкологов России «Диалог поколений»

Сессия Пациентских организаций

**Страховые медицинские организации –
надёжный защитник прав онкопациентов:
обращение и жалоба к страховщику при любых проблемах -
залог будущего общего успеха врача и пациента**



*Старченко А. А.,
советник генерального директора
ООО «Капитал Медицинское страхование»,
д.м.н, профессор*



Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ 3 декабря 2015 года:

Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи. Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе ОМС.

Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

Статья 4. Основные принципы осуществления ОМС.

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц.

1. Застрахованные лица имеют право на:

- 1) бесплатное оказание им медицинской помощи при наступлении страхового случая;
- 6) получение от Федерального фонда, территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций **достоверной информации о качестве медицинской помощи;**
- 8) **возмещение страховой медицинской организацией ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;
- 9) **возмещение медицинской организацией ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;
- 10) **защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.**

С 1 сентября 2025 года:

Статья 14. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере ОМС:

9.3. Защита прав и законных интересов застрахованных лиц, в том числе сопровождение застрахованных лиц, осуществляется уполномоченными представителями СМО:

2) оказывают помощь застрахованным лицам в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи путем предоставления им консультаций.



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН от 25 декабря 2018 года N 489-ФЗ
«ПО ВОПРОСАМ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ»
закрепил правовой статус обязательности применения
клинических рекомендаций в клинической практике

Статья 2 Закона РФ № 323-ФЗ:

21) качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

23) клинические рекомендации - документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и **описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.**

Таким образом, именно клинические рекомендации содержат требования:

- по своевременности - критерий качества медпомощи (*последовательность*);
- по правильности выбора методов диагностики и лечения - критерий качества (*описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания*);
- по степени достижения запланированного результата - критерий качества (*наличие осложнений, результаты оказания медицинской помощи*).



КОНСТИТУЦИОННЫЙ СУД РФ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 31 января 2025 г. N 4-П



КОНСТИТУЦИОННЫЙ СУД
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В системе действующего правового регулирования конкретные формы и способы удовлетворения медицинских нужд потерпевшего, связанных с повреждением его здоровья, устанавливаются специальным документом - клиническими рекомендациями ([пункт 23 части 1 статьи 2](#), [пункт 4 статьи 10](#), [статья 37](#) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Следование клиническим рекомендациям среди прочего призвано обеспечить соблюдение конституционно значимых стандартов доступности и качества медицинской помощи для граждан ([статья 72, пункт "ж" части 1, Конституции Российской Федерации](#); [пункт 4 статьи 10](#) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА РФ

от 26 сентября 2024 г. N 2531-О

Оспариваемые заявителем законоположения ст. 19, 37, 70, 79, 98 Закона РФ № 323-ФЗ, обеспечивающие надлежащее оказание гражданину (в том числе отбывающему наказание в виде лишения свободы) медицинской помощи не предполагают оказания медицинской помощи с нарушением клинических рекомендаций и не препятствуют судебной защите прав и свобод, а следовательно, не могут расцениваться как нарушающие конституционные права Р. в обозначенных им аспектах.



Утвержден Президиумом Верховного Суда РФ 25 апреля 2025 г.

ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ВЕРХОВНОГО СУДА РФ № 1 (2025)

СУДЕБНАЯ КОЛЛЕГИЯ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ

Дела по спорам, возникающим из социальных отношений

14. При рассмотрении споров, связанных с некачественным оказанием медицинскими организациями медицинской помощи, судам следует проводить оценку качества медицинской помощи на основании критериев, формируемых по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и **клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.**

Принимая решение об отказе в удовлетворении требований на том основании, что факт оказания истцу медицинской помощи ненадлежащего качества не нашел своего подтверждения в ходе рассмотрения дела, **суды ссылались на вывод, содержащийся в заключении судебно-медицинской экспертизы о рекомендательном (не обязательном к исполнению в 100% случаев) характере клинических рекомендаций "Острый аппендицит у взрослых".**

Между тем судебные инстанции оставили без внимания тот факт, что эти **клинические рекомендации** в силу части 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" **являются одной из основ формирования критериев оценки качества медицинской помощи, в связи с чем утверждение о необязательности указанных клинических рекомендаций противоречит закону.**

**Рейтинг дефектов онкологической помощи, выявленных экспертизой
качества страховых медицинских организаций, -
невыполнения
Клинических рекомендаций АОР (2017-2025 гг.)**

2017		2025
до 95%	отсутствие тромбопрофилактики	до 40-50%
до 90%	невыполнение показанных молекулярно-генетических исследований или за счет личных средств пациента	до 30-40%
до 80%	отсутствие профилактики осложнений (рвота, нейропения, расстройство стула, гепато- и нефротоксичность, поражения ЖКТ)	до 30%
до 80%	невыполнение <u>инструментальных исследований (КТ, МРТ) в срок ПГГ</u>	до 65%
до 70%	сниженные в 1,5-2 раза по сравнению с соответствующими схемами КР дозы химиопрепаратов	до 5%
до 50%	увеличение интервала между очередными циклами введения химиопрепаратов в 1,4-2-2,5 раза	до 3%
---	<u>отсутствие онкореконвалитации 2 и 3 этапа</u>	85%
---	<u>невыполнение требований КР по контролю эффективности лекарственной терапии в полном объеме</u>	100%

N	Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
		Летальность, %						
	РОССИЯ	6,0	5,8	5,6	5,2	4,9	5,0	4,9
1	Алтайский край	6,0	6,1	5,9	5,5	5,2	5,2	5,1
2	Архангельская обл.(б/а.о)	6,8	6,5	6,3	5,9	5,7	5,5	5,2
3	Владимирская область	6,0	5,0	4,6	4,1	4,3	4,9	5,1
4	Волгоградская область	6,2	5,6	5,0	5,2	5,0	4,9	4,5
5	Еврейская авт. обл.	7,1	6,2	5,2	5,8	5,9	6,0	5,1
6	Респ. Кабардино-Балкария	5,5	5,3	5,3	4,9	4,1	4,2	3,9
7	Калининградская область	5,7	5,6	5,3	4,9	4,5	5,0	5,3
8	Кировская область	7,6	7,0	7,5	6,6	6,4	6,2	5,9
9	Костромская область	7,0	6,7	6,1	4,7	5,2	5,0	5,1
10	Краснодарский край	5,0	4,3	4,4	5,1	5,5	5,5	5,9
10	Красноярский край	7,0	6,7	6,7	6,7	6,5	6,6	6,4
11	курганская область	5,8	5,2	5,2	5,4	4,8	5,2	5,9
12	Липецкая область	5,6	5,5	5,4	5,2	4,5	4,6	4,5
13	г. Москва	5,3	5,4	5,7	3,6	3,2	4,3	4,2
14	Московская область	4,8	4,0	3,3	3,6	3,6	3,5	4,0
15	Ненецкий а.о.	6,4	5,4	5,9	7,7	5,2	5,3	7,8
16	Нижегородская область	4,8	5,1	5,1	5,2	4,8	4,4	4,1
17	Омская область	6,0	5,6	5,9	5,6	5,1	5,2	5,0
18	Оренбургская область	5,9	5,2	5,1	5,1	5,0	5,3	5,0
19	Пензенская область	6,1	5,6	5,6	5,3	5,0	5,6	5,3
20	Пермский край	6,0	6,0	6,1	5,8	5,9	5,2	5,1
21	Республика Алтай	9,4	9,6	9,1	8,9	8,3	8,4	7,4
22	Республика Башкортостан	7,2	6,7	6,7	5,4	5,1	5,0	4,7
23	Республика Бурятия	8,4	8,3	7,7	7,7	7,1	7,9	7,8
24	Республика Коми	6,2	6,0	5,2	5,8	5,9	5,3	5,0
25	Республика Мордовия	4,7	4,4	4,1	4,1	3,8	3,7	4,7
26	Республика Саха (Якутия)	9,6	8,6	8,4	7,7	7,5	7,1	7,1
27	Респ. Северная Осетия	5,3	5,4	4,7	5,3	4,7	5,2	4,9
28	Республика Тыва	11,0	9,1	9,5	9,0	11,8	9,8	10,0
29	Ростовская область	4,2	3,9	4,1	3,8	3,5	5,3	5,7
30	Рязанская область	6,5	5,7	5,4	5,0	5,0	4,6	4,8
31	г. Санкт-Петербург	6,7	6,5	6,2	5,6	5,0	4,8	4,7
32	Ленинградская область	6,2	5,2	5,5	4,7	4,0	2,2	3,3
33	Саратовская область	6,3	6,4	6,0	5,7	5,7	5,8	5,5
34	Смоленская область	7,5	6,8	6,6	6,1	6,2	5,9	6,2
35	Тверская область	6,4	6,2	5,7	5,5	6,0	5,6	5,8
36	Тульская область	7,2	6,7	6,6	6,3	5,1	4,4	4,8
38	Тюменская обл.(б/а.о)	5,0	4,6	4,4	4,3	4,0	3,7	3,8
39	Ульяновская область	6,5	6,3	6,3	6,4	5,8	6,1	6,0
40	Ханты-Мансийский а.о.	6,2	5,5	5,6	5,3	4,6	4,3	4,4
41	Ярославская область	6,3	6,0	5,6	5,5	5,2	5,0	4,9

N	Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
		Летальность на первом году с момента уст. диагноза, %						
	РОССИЯ	22,2	21,7	20,6	20,3	19,1	18,3	17,3
1	Алтайский край	23,7	23,2	23,3	24,9	23,4	22,1	20,9
2	Архангельская обл.(б/а.о)	27,0	25,2	23,1	25,6	23,4	22,4	20,7
3	Владимирская область	23,4	23,2	21,4	20,5	18,2	17,4	18,0
4	Волгоградская область	19,9	20,9	20,2	17,0	16,9	16,9	16,5
5	Еврейская авт. обл.	22,9	26,4	25,6	21,3	25,7	21,5	20,5
6	Респ. Кабардино-Балкари	22,8	22,9	21,6	24,3	18,1	16,6	14,9
7	Калининградская область	20,7	20,4	20,2	20,8	18,9	17,1	18,8
8	Кировская область	27,5	27,1	24,9	28,3	25,9	25,5	22,6
9	Костромская область	29,6	27,8	26,6	16,5	18,0	19,9	18,4
10	Краснодарский край	21,2	20,5	19,0	19,2	19,1	18,2	17,9
10	красноярский край	21,7	21,0	20,2	19,6	19,0	18,9	18,7
11	Курганская область	22,5	21,4	20,2	19,7	19,2	19,4	19,1
12	Липецкая область	20,5	19,8	18,6	18,9	18,7	18,2	16,9
13	г. Москва	18,7	17,0	17,2	14,0	13,1	11,8	11,5
14	Московская область	15,5	13,5	12,2	12,0	12,8	10,9	11,4
15	Ненецкий а.о.	21,1	21,1	17,6	17,1	22,7	22,3	22,1
16	Нижегородская область	20,0	19,7	17,9	20,7	16,9	16,7	14,3
17	Омская область	21,4	22,3	21,2	20,4	19,2	20,6	18,7
18	Оренбургская область	21,7	21,0	20,5	19,5	20,2	19,5	17,8
19	Пензенская область	22,0	21,2	19,7	22,5	21,1	21,6	21,5
20	Пермский край	18,3	20,4	19,9	18,9	19,3	19,1	19,1
21	Республика Алтай	14,7	16,3	15,1	14,3	12,3	14,6	18,0
22	Республика Башкортостан	27,9	26,5	24,4	23,2	18,9	17,0	17,3
23	Республика Бурятия	25,6	24,9	22,7	22,1	22,1	20,5	19,1
24	Республика Коми	26,2	24,2	23,1	25,6	29,9	27,9	24,6
25	Республика Мордовия	22,1	19,8	19,2	19,6	18,6	18,2	17,4
26	Республика Саха (Якутия)	32,6	30,7	28,8	29,5	25,3	25,3	19,0
27	Респ. Северная Осетия	19,6	23,5	21,2	21,5	22,6	19,5	17,6
28	Республика Тыва	26,7	23,7	24,6	24,1	25,5	21,3	19,7
29	Ростовская область	17,0	16,2	14,1	16,0	15,6	14,5	11,2
30	Рязанская область	22,6	19,0	18,3	19,8	17,5	17,8	15,7
31	г. Санкт-Петербург	21,3	20,1	20,1	19,3	18,1	18,6	18,1
32	Ленинградская область	20,5	16,6	15,5	12,8	10,5	10,8	13,2
33	Саратовская область	22,3	22,7	22,6	20,0	18,8	20,1	18,9
34	Смоленская область	24,8	23,1	21,9	21,6	21,6	21,6	21,5
35	Тверская область	26,7	25,8	23,4	22,5	21,5	21,2	19,0
36	Тульская область	28,7	27,9	27,3	26,0	24,1	20,3	16,9
38	Тюменская обл.(б/а.о)	17,8	17,3	16,7	17,6	16,3	15,2	13,8
39	Ульяновская область	26,2	24,4	23,3	22,7	20,5	21,3	21,3
40	Ханты-Мансийский а.о.	22,3	22,7	21,0	20,1	17,2	17,2	17,2
41	Ярославская область	25,4	26,0	24,1	25,6	22,5	21,3	21,0

N	Регион	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
		имели стадию заболевания, %													
		I-II	III-IV	I-II	III-IV	I-II	III-IV	I-II	III-IV	I-II	III-IV	I-II	III-IV	I-II	III-IV
	РОССИЯ	56,4	38,5	57,4	37,4	56,3	39,0	57,9	37,7	59,3	36,6	60,6	35,3	61,4	34,3
1	Алтайский край	58,5	33,0	59,7	33,5	55,4	37,0	56,9	37,6	59,9	35,0	59,6	35,5	59,9	34,5
2	Архангельская обл.(б/в)	54,2	37,8	55,5	36,9	52,2	40,8	54,6	42,2	54,7	41,8	55,8	40,9	58,5	38,9
3	Владимирская область	52,6	42,9	55,3	37,7	52,0	43,0	54,1	41,5	57,7	39,8	59,2	37,9	59,0	38,1
4	Волгоградская область	56,3	37,9	55,1	39,1	57,8	38,7	58,2	37,6	58,2	38,2	58,7	37,7	61,3	34,9
5	Еврейская авт. обл.	50,1	44,6	50,1	44,4	51,6	41,4	53,0	42,7	54,5	42,4	57,2	40,6	59,6	35,5
6	Респ. Кабардино-Балк	48,6	43,9	55,2	36,7	53,5	40,7	57,2	37,2	58,3	35,7	58,8	34,2	59,2	32,8
7	Калининградская обла	52,0	40,1	53,9	38,9	52,8	41,7	54,8	41,0	57,4	38,5	56,5	40,7	59,1	37,8
8	Кировская область	54,3	40,9	56,2	39,5	52,5	42,5	56,0	38,9	56,8	39,0	58,4	37,5	59,2	36,4
9	Костромская область	53,0	43,9	54,2	42,1	55,9	40,4	57,7	34,3	58,7	35,5	56,8	34,9	57,8	35,8
10	Краснодарский край	58,8	35,2	58,9	35,5	60,4	33,7	60,3	34,3	60,3	34,7	61,1	34,6	61,3	34,4
11	Курганская область	54,4	42,0	57,1	39,2	58,1	40,1	58,9	39,2	59,4	39,0	58,9	37,0	59,1	38,0
12	Липецкая область	57,5	35,2	59,5	35,4	59,3	35,6	60,2	35,2	60,9	34,8	60,8	35,6	61,3	34,0
13	г. Москва	60,9	34,5	62,3	33,3	60,5	34,4	62,3	31,3	65,0	30,0	67,0	28,6	67,7	28,3
14	Московская область	57,8	37,5	57,1	35,5	56,3	38,8	58,9	36,0	60,3	33,1	62,8	31,0	65,1	28,2
15	Ненецкий а.о.	45,2	48,2	51,3	42,9	50,0	44,9	46,1	49,0	45,9	49,2	55,6	36,8	44,9	51,9
16	Нижегородская област	58,5	37,7	58,9	37,5	56,0	40,1	57,4	38,8	59,0	36,3	60,2	35,0	62,3	32,9
17	Омская область	54,8	37,2	54,6	38,4	51,1	42,5	55,1	38,0	56,0	37,2	56,7	36,0	59,2	33,9
18	Оренбургская область	54,7	41,5	56,2	39,8	53,1	42,8	57,8	39,9	58,0	39,5	58,5	38,2	60,9	33,3
19	Пензенская область	57,9	36,8	58,2	36,5	54,1	41,5	54,0	41,3	56,8	38,5	58,3	37,3	59,2	36,2
20	Пермский край	54,0	37,6	55,5	35,9	56,1	36,7	57,0	35,7	57,1	37,2	57,4	36,9	58,0	37,3
21	Республика Алтай	52,5	41,1	52,0	40,8	48,7	42,7	53,1	39,1	55,1	41,9	60,4	37,0	58,4	37,8
22	Республика Башкортост	51,9	45,2	52,6	44,5	52,0	45,2	54,4	43,0	56,4	40,7	56,9	40,3	59,1	38,0
23	Республика Бурятия	48,4	45,3	51,0	42,1	52,6	40,8	55,0	39,9	55,9	39,6	56,3	37,3	60,0	35,1
24	Республика Коми	55,3	40,7	56,7	38,5	54,6	40,9	50,2	45,5	50,5	45,0	54,5	41,9	58,3	37,3
25	Республика Мордовия	58,3	37,2	58,6	37,0	58,7	37,4	60,1	36,4	61,2	35,2	62,1	34,6	59,6	36,4
26	Республика Саха (Яку	43,6	51,2	46,2	48,2	41,1	51,7	45,4	48,5	49,2	45,7	49,7	44,4	59,5	35,2
27	Респ. Северная Осетия	54,7	40,0	53,1	40,9	54,6	40,3	54,0	41,4	55,5	38,4	59,2	35,8	59,1	37,0
28	Республика Тыва	54,8	41,8	55,6	42,4	51,2	43,4	51,4	44,2	52,0	44,1	56,7	38,9	59,4	36,1
29	Ростовская область	56,3	39,5	57,9	38,1	59,6	38,1	60,2	36,8	61,8	35,8	62,8	33,8	62,9	35,4
30	Рязанская область	56,7	38,1	57,8	37,7	58,6	36,9	59,2	37,7	59,1	38,6	63,3	33,9	61,6	34,7
31	г. Санкт-Петербург	56,0	36,2	55,3	36,4	55,0	38,1	57,5	36,2	59,2	35,8	60,4	33,8	59,9	34,4
32	Ленинградская област	53,4	38,9	57,6	31,2	58,0	36,3	62,5	34,9	60,8	28,5	62,0	29,9	58,4	28,8
33	Саратовская область	59,5	37,8	60,0	37,2	59,4	37,7	61,2	36,4	61,9	36,0	63,1	34,2	63,1	34,5
34	Смоленская область	55,5	40,1	56,1	39,1	56,6	39,2	58,2	39,1	57,1	38,4	57,5	38,3	59,0	37,1
35	Тверская область	54,8	40,9	53,8	40,7	51,7	44,7	53,5	42,2	55,1	40,8	56,1	40,4	59,2	38,1
36	Тульская область	52,2	44,7	53,1	44,1	55,0	42,0	58,1	39,2	58,9	38,1	63,2	34,4	62,5	34,9
37	Тюменская обл.(б/а.о)	57,9	36,5	58,8	35,0	53,2	38,9	58,7	35,7	60,5	34,4	60,3	35,0	60,9	33,8
38	Республика Удмуртия	55,8	40,2	57,7	38,5	55,1	40,6	54,7	42,4	57,0	38,6	59,1	37,2	59,6	36,4
39	Ульяновская область	54,1	42,3	55,5	40,7	54,2	42,1	55,6	41,0	58,2	39,0	57,4	40,1	57,7	39,4
40	Ханты-Мансийский а.	56,1	39,5	56,6	39,2	59,1	36,2	59,7	35,4	60,9	36,1	61,5	35,5	63,5	33,3
41	Ярославская область	54,1	39,2	57,7	36,9	52,7	42,2	54,6	40,2	54,9	38,2	58,3	36,4	60,0	36,3

Право 1: МОЛЕКУЛЯРНАЯ ГЕНЕТИКА не выполняется или в качестве платных услуг! РИСК РЕЦИДИВА И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА СОХРАНЯЕТСЯ!

Клиническими рекомендациями (КР) АОР «Рак молочной железы» (2018-2021) предписано выполнение генетического тестирования в следующих случаях:

- *при отягощенном наследственном анамнезе (наличие РМЖ у 2 и более близких родственников): таковой анамнез отсутствует;*
- *при тройном негативном фенотипе РМЖ моложе 61 лет;*
- *у женщин моложе 46 лет, страдающих РМЖ!*

Если пациентке до 46 лет не предложили молекулярно-генетическое исследование - жалоба в страховую компанию, иначе возможен рецидив, рак второй молочной железы, рак яичников или ЗНО у родственниц

Ассоциация онкологов России считает:
(rosoncoweb.ru/news/oncology/2021/02/05):
«Мутации в BRCA1/2 встречаются примерно у 10% пациенток с тройным негативным РМЖ и увеличивают риск развития РМЖ на протяжении жизни до 60-70%».

Клинические рекомендации

Рак молочной железы

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

• **Рекомендуется** у пациентов с РМЖ с целью профилактики развития рака контралатеральной 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:

- тщательный динамический контроль;
- хирургическая профилактика (профилактическая мастэктомия с одномоментной реконструкцией и профилактическая тубовариэктомия) [54, 93, 174].

**Право 2 -доступность. ЗОНА ВЫСОКОГО РИСКА РЕЦИДИВА СОХРАНЯЕТСЯ !
Экономические интересы МО превыше прав и интересов пациента и профессионализма?**

Российское общество клинической онкологии в издании «Практические рекомендации РУССКО» 2023 г. опубликовало раздел: «Общие принципы противоопухолевой терапии», который 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.)*».

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.). Начало очередного цикла может быть отложено по медицинским показаниям

Клиническими рекомендациями АОР «**Рак молочной железы**» (2021) установлено: «3.2.4. **Лекарственная терапия (адъювантная/ неоадъювантная)**. При проведении адъювантной лекарственной терапии соблюдать следующие принципы: необходимо избегать необоснованной (в отсутствие токсичности) редукции доз препаратов и увеличения интервалов между курсами».

ПРИ ЛЮБОМ ПРЕДЛОЖЕНИИ ОТЛОЖИТЬ НАЧАЛО ОЧЕРЕДНОГО ЦИКЛА ХИМИОТЕРАПИИ - ЗВОНОК В СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ,
т.к. это чревато для пациента развитием лекарственной опухолерезистентности и ростом опухоли

ПРИКАЗ МЗ РФ от 21.08.2025 N 496н – Правила ОМС

374. Медицинская организация ежедневно не позднее 09:00 осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе за истекшие сутки о:

5) застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний;

ПРИКАЗ МЗ РФ от 6 августа 2025 г. N 470н

«Типовой договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС»

7. Организация обязуется:

7.8. Представлять в Страховую медицинскую организацию, Фонд сведения о возникновении иных условий, оказывающих влияние на оказание Организацией медицинской помощи в течение 1 рабочего дня со дня их возникновения.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ злокачественных опухолей

Т. Дж. Пристман

Перевод с английского под ред. А. М. Гарина

практическая медицина

I ПРАКТИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ

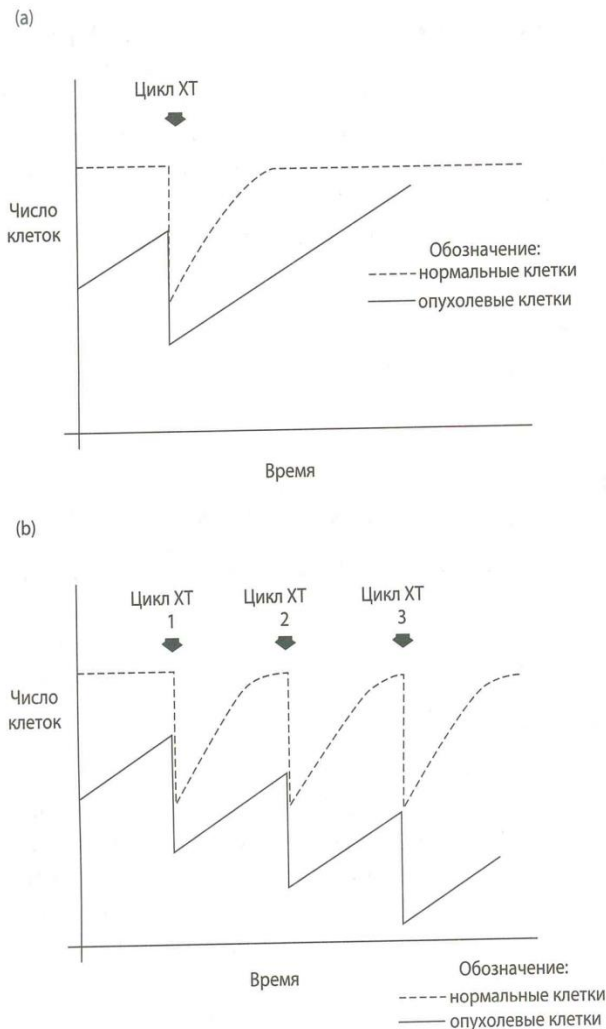


Рис. 1.9. Принцип выбора интервала между циклами терапии

(а) После цикла химиотерапии снижается число нормальных и злокачественных клеток, но нормальные клетки обладают более высокой способностью к репарации повреждений и быстрее восстанавливаются. (б) Проведение дальнейших циклов химиотерапии, когда нормальные клетки полностью восстановились, а число опухолевых клеток — нет, злокачественная опухоль может быть уничтожена с минимальным ущербом для нормальных клеток.

Митоз: цитотоксические препараты

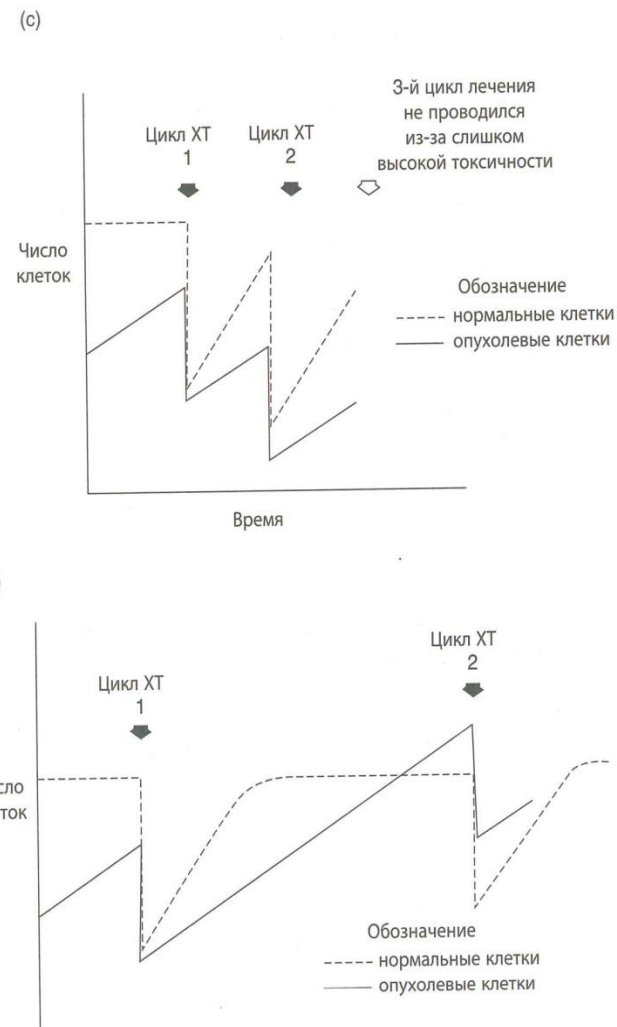


Рис. 1.9. Окончание

Однако определение временного интервала — момент критический, т.к. если интервал будет слишком коротким, это приведет к чрезмерной токсичности (с), тогда как слишком длинный интервал может привести не только к восстановлению прежнего размера опухоли, но и к ее увеличению (д). ХТ — химиотерапия.

РИСК: Увеличенные сроки между циклами ХТ и ТТ – это риск рецидива и метастазирования в период ДН.

Пациенты с установленными увеличенными интервалами – особая группа риска и внимательного наблюдения в период ДН.



ПРАВО НА ПОРТ-СИСТЕМУ

РИСК 4: ЭКСТРАВАЗАЦИЯ ввиду ОТКАЗА В УСТАНОВКЕ ПОРТ-СИСТЕМЫ

Пример неправомерного отказа пациентке в установке порт-системы при длительной и агрессивной химиотерапии

Отказ пациентке в установке порт-системы при длительной и агрессивной химиотерапии доксорубцином привел к **неправильному** пути введения доксорубцина мимо периферической вены – **экстравазация.**

Решением Арбитражного суда Московской области по делу А 41-45055/21 онкодиспансеру отказано в признании недействительным, незаконным и необоснованным решения ТФОМС Московской области о законном применении СМО финансовых санкций к онкодиспансеру за нарушения требований клинических рекомендаций, приведших к экстравазации химиопрепаратов из периферической вены, **последующему некрозу тканей кисти и предплечья и их ампутации.** Указанные акт экспертизы СМО и решение ТФОМС Московской области положены в основу иска пациентки к медорганизации о возмещении вреда



Постановлением Десятого апелляционного суда № 10АП-368/2022 от 17.02.22 года решение Арбитражного суда МО было оставлено без изменений. Постановлением АС МО от 25.05.2022 г. Дело № А41-45055/2021: Онкодиспансеру отказано в удовлетворении кассации.

Судебная коллегия по гражданским делам Первого кассационного суда - Дело № 88-19631/2022: компенсация морального вреда 700 тыс. руб., 50 тыс. руб. – оплата юридических услуг

Представленные ВАРИАНТЫ схем химиотерапии - разные по степени влияния на пациента: еженедельно, 1 раз в две недели и 1 раз в три недели.

ПАЦИЕНТ ВПРАВЕ ВЫБРАТЬ ПОДХОДЯЩУЮ ЕМУ СХЕМУ.

Отсутствие в медкарте представленных выше вариантов на выбор пациенту врачом – нарушение требований ч. 1 ст. 20 Закона РФ № 323-ФЗ.

Режим с уплотненным введением химиопрепаратов раз в две недели требует профилактического назначения Г-КСФ (филграстим 5 мкг/кг п/к через 24-72 часа после окончания введения химиопрепаратов и до восстановления нормального числа нейтрофилов или пэгфилграстим 6 мг или эмпэгфилграстим 7,5 мг п/к, не менее чем через 24 часа после окончания и не ранее чем за 14 дней до введения химиопрепаратов).

Таким образом, пациентки РМЖ не должны быть лишены права выбора на вариант медицинского вмешательства с учетом приоритета их интересов (ст. 6 Закона РФ № 323-ФЗ) – должны быть информированы в полном объеме и достоверно с целью возможности реализации выбора (ч.1 ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей»)

Какой вариант – схему выбрать – решает пациент!

ПРИ НАРУШЕНИИ ПРАВА ВЫБОРА СХЕМЫ – ЖАЛОБА в СМО!

Клинические рекомендации «Рак молочной железы»

3.2.4.3. Аджьювантная лекарственная терапия HER2-положительного рака молочной железы (химиотерапия + анти-HER2 терапия)

Таблица 5. Рекомендуемые режимы адьювантной лекарственной терапии HER2-положительного рака молочной железы [54, 95, 104, 106, 109, 120–123]

$AC \times 4 \rightarrow (P + \text{трастузумаб}^{**}) \times 12^{1,2,3,4,5}$	АС (доксорубицин** 60 мг/м ² в/в в 1-й день + #риклофосфамид** 600 мг/м ² в/в в 1-й день) 1 раз в 3 нед, 4 цикла → #наклитаксел** 80 мг/м ² в/в еженедельно, 12 введений + трастузумаб** 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в еженедельно 12 введений, далее – по 6 мг/кг 1 раз в 3 нед; общая длительность введения трастузумаба** составляет 12 мес [104]
$AC \times 4 \rightarrow (P + \text{трастузумаб}^{**}) \times 4^{1,2,3,4}$	АС (доксорубицин** 60 мг/м ² в/в в 1-й день + #риклофосфамид** 600 мг/м ² в/в в 1-й день) 1 раз в 3 нед, 4 цикла → наклитаксел** 175 мг/м ² в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед, 4 цикла + трастузумаб** 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед 4 цикла; общая длительность введения трастузумаба** составляет 12 мес [104, 109]
$(P + \text{трастузумаб}^{**}) \times 12^6$	#Наклитаксел** 80 мг/м ² в/в еженедельно, 12 введений + трастузумаб** 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в еженедельно 12 введений; общая длительность введения трастузумаба** составляет 12 мес [106]
$AC \times 4 \rightarrow (P + \text{трастузумаб}^{**}) \times 12^{1-5}$	АС (доксорубицин** 60 мг/м ² в/в в 1-й день + #риклофосфамид** 600 мг/м ² в/в в 1-й день) 1 раз в 2 нед, 4 курса → #наклитаксел** 80 мг/м ² в/в еженедельно, 12 введений + трастузумаб** 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в еженедельно 12 введений, далее – по 6 мг/кг 1 раз в 3 нед; общая длительность введения трастузумаба** составляет 12 мес [124]
$AC \times 4 \rightarrow (P + \text{#трастузумаб}^{**}) \times 4^{1,2,3,4,7,8}$	АС (#доксорубицин** 60 мг/м ² в/в в 1-й день + #риклофосфамид** 600 мг/м ² в/в в 1-й день) 1 раз в 2 нед, 4 цикла → #наклитаксел** 175 мг/м ² в/в в 1-й день 1 раз в 2 нед, 4 цикла + трастузумаб** 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в еженедельно; общая длительность введения трастузумаба** составляет 12 мес [120]
$AC \times 4 \rightarrow (\text{таксаны} + \text{трастузумаб}^{**} + \text{пертузумаб}^{**}) \times 4^{1,2,3,5,9}$	АС (доксорубицин** 60 мг/м ² в/в в 1-й день + циклофосфамид** 600 мг/м ² в/в в 1-й день) 1 раз в 3 нед, 4 цикла → таксаны (#доцетаксел** 75-100 мг/м ² в/в в 1-й день каждые 3 нед 4 цикла или #наклитаксел** 80 мг/м ² в/в еженедельно, 12 введений) + трастузумаб** 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед + пертузумаб** 420 мг (нагрузочная доза 840 мг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед; общая длительность введения трастузумаба** и пертузумаба** составляет 12 мес [54, 109, 121]

Определение Верховного Суда РФ от 16 мая 2022 г. N 18-КГПР22-28-К4

«Одним из критериев качества медицинской помощи является наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (ст. 6, 37, 76, 79 Закона РФ № 323-ФЗ);

- информация о медицинском вмешательстве должна носить исчерпывающий характер (ст. 20 Закона РФ № 323-ФЗ);

- пациенту законом предоставлено право на получение в доступной для него форме информации о состоянии своего здоровья, в том числе сведений о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи (ст. 20, 22 Закона РФ № 323-ФЗ);

- праву пациента на получение информации о состоянии своего здоровья **корреспондирует** обязанность медицинской организации предоставлять пациенту достоверную и полную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях (ст. 79 Закона РФ № 323-ФЗ).

В случае невыполнения медицинской организацией названной обязанности нарушается основополагающее право пациента на охрану здоровья, гарантированное каждому Конституцией Российской Федерации».



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Федотовой Галины Валентиновны на нарушение ее конституционных прав пунктом 21 статьи 2, статьей 4 и частью 1 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также статьей 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»

город Санкт-Петербург

30 января 2024 года

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», являясь базовым законодательным актом, регулирующим отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, закрепляет в статье 4 в числе основных принципов охраны здоровья принцип соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечения связанных с этими правами государственных гарантий (пункт 1), приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи (пункт 2), доступность и качество медицинской помощи (пункт 6). Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является, в силу части 1 статьи 20 названного Федерального закона, дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации 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.

3

Данные законоположения, равно как и пункт 21 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», содержащий определение понятия «качество медицинской помощи», а также статья 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», устанавливающая, в частности, обязанность исполнителя своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора, не освобождают медицинскую организацию от обязанности по информированию пациента, в том числе о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, о возможных вариантах медицинского вмешательства и о его последствиях.

6. ПРАВО НА ОНКОРЕАБИЛИТАЦИЮ САМОКОНТРОЛЬ: информационный стенд

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 организма, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений 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, лекарственных и немедикаментозной терапии.



В соответствии с Законом РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предусмотрено право онкопациента на медицинскую онкорехабилитацию. 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.

Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, утв. приказом Минздрава России от 19.02.21 г. № 164н, предусмотрено право онкопациентов 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. № 164н предусмотрена обязанность онкодиспансера по осуществлению медицинской реабилитации при онкозаболеваниях.

Правилми организации деятельности онкологического диспансера (онкологической больницы), утв. приказом Минздрава России от 19.02.21 г. № 164н, предусмотрена обязанность диспансера по осуществлению медицинской реабилитации взрослых при онкологических заболеваниях.

Онкорехабилитация 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 медицинских организаций (реабилитационных центров, отделений реабилитации), в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания.

I ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

реабилитация в период специализированного лечения основного заболевания (включая хирургическое лечение/химиотерапию/лучевую терапию) в отделениях медицинских организаций по профилю основного заболевания.

III ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

реабилитация в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, гидротерапии, бальнеотерапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, дневных стационарах, а также выездными бригадами на дому (в т.ч. в условиях санаторно-курортных организаций).



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



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

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

КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС

8-800-100-81-02

WWW.KAPMED.RU

**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 улучшает реологические свойства крови и способствует профилактике тромбозомбинкозных осложнений в послеоперационном периоде.

Проведение кинезиологического тайпинга – наложение лент по аксилярной методике с 1-х по 30-е сутки после lobectomy у пациентов с немелкоклеточным раком легкого, достоверно снижает интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде на 5-8 сутки после начала тайпинга. Глубокая височностатическая осциляция/вибрационный массаж грудной клетки, проводимые в раннем послеоперационном периоде, каждые 2 часа свами по 15 минут увеличивают объем форсированного выдоха в раннем послеоперационном периоде, увеличивают парциальное давление кислорода в артериальной крови. Проведение 10 минутных сванос массажа дистальных отделов верхних и нижних конечностей, начиная со 2-х суток после операции уменьшает вероятность развития тромбоза и лимфостаза, беспокоества, напряжение, улучшая качество.

ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Достаточная физическая активизация, чередование аэробных и анаэробных нагрузок, сочетание дыхательных статических и динамических упражнений не только значительно улучшает показатели внешнего дыхания, но и повышает общую физическую работоспособность, расширяет адаптационные возможности организма, улучшает качество жизни пациентов с раком легкого. Ежедневное выполнение комплекса ЛФК в процессе комбинированного лечения и после его окончания положительно влияет на психологический статус пациента, снижает уровень тревожности и депрессии, уменьшает слабость, болевой синдром, улучшает настроение. Применение оксигенотерапии смесью NeOx28 в покое значительно повышает 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.

ТРЕТИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Курение и малоподвижный образ жизни после комплексного лечения рака легких является ведущими факторами, ухудшающими качество жизни и приводящими к формированию хронического стрессового состояния. Здоровый образ жизни, снижение физической нагрузки, правильное питание позволяет снизить риск развития опухолевых процессов, повысить качество проведения лечения, уменьшить вероятность возникновения метастазирования, а также проводить профилактику сердечно – сосудистой и легочных осложнений у больных с раком легкого. Выполнение комплекса ЛФК и физическая активизация пациентов с диссеминированным опухолевым процессом уменьшает слабость, увеличивает мобильность, снижает уровень депрессии и улучшает качество жизни. Применение методики аудиовизуальной релаксации достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома, усталости, тревожности, улучшает качество жизни.

III. ХИМИОТЕРАПИЯ

Проведение сванос акупунктуры в течение 3-8 недель во время адьювантной химиотерапии улучшает иммунные реакции, уменьшает супрессию костного мозга, а также снижает слабость и тошноту, улучшает показатели качества жизни. Упражнения на тренировку баланса более эффективны для коррекции полиневропатии, чем сочетание упражнений на выносливость и силовых упражнений. 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. Рекомендовано низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении микозов полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии помогает проводить профилактику выпадения волос и ускоряет 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 на фоне лучевой терапии. Физическая активизация на фоне лучевой терапии улучшает переносимость и качество жизни у онкологических больных. Через 3 дня после начала лучевой терапии рекомендовано подолжить низкоинтенсивную лазеротерапию, 3 дня в неделю для профилактики лучевого дерматита.

**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 сутках 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;
- ✓ раннее начало выполнения комплекса ЛФК;
- ✓ контроль веса, профилактика ожирения;
- ✓ мягкий массаж в области послеоперационной раны для профилактики образования грубых рубцовых изменений;
- ✓ профилактика розового воспаления, уход за кожей рук покровам;
- ✓ исключение подъема тяжести (более 2 кг);

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

Рекомендуется при возникновении лимфедемы при наличии возможности использовать:

- ✓ перемещающуюся пневмомассажную верхнюю конечности в сочетании с силовой противоточной терапией;
- ✓ низкочастотную магнитотерапию в сочетании с силовой противоточной терапией;
- ✓ глубокую осцилляцию (массаж переносными электрическими полями) в сочетании с силовой противоточной терапией;

Низкоинтенсивная лазеротерапия эффективна в лечении болевого синдрома на фоне постмастэктомического синдрома и вторичной лимфедемы.

ТРЕТИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Рекомендовано проведение курсов массажа у пациенток с раком молочной железы (РМЖ) для уменьшения болевого синдрома и дистресса. Миофасциальный массаж является эффективным методом лечения хронического болевого синдрома и ограничений подвижности 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, насыщение крови кислородом, силу мышц, объем движений в крупных суставах, снижает индекс массы тела. Рекомендуются силовые тренировки на фоне адьювантной химиотерапии и гормонотерапии. Методики релаксации, включающие в себя дифференциальное дыхание и прогрессивную мышечную релаксацию позволяют 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. Рекомендовано низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении микозов полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии помогает проводить профилактику выпадения волос и ускоряет 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 полноту костной ткани и выносливость пациента на фоне лучевой терапии. Через 3 дня после начала лучевой терапии рекомендовано подолжить низкоинтенсивную лазеротерапию, 3 дня в неделю для профилактики лучевого дерматита.

**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, занятие 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: непреднамеренном снижении веса за последние 3 месяца (потеря 10% и более), индекс массы тела менее 18,5 кг/м², ухудшении аппетита минимум twice за последние недели, низкое объема пищи (калорийность менее 1500 ккал/сутки). Предпочтительный способ – пероральное питание (сипинг). При невозможности или неадекватности перорального питания необходима установка носоглоточного зонда или наложение временной гастростомии. Питание рациона должно составлять 25-30 ккал/кг массы тела в сутки, доля белка – 10-15 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 4-5 раз 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 энергетического питания, дыхательная гимнастика, использование лебдуляльного спринтера и плавание в бассейне в раннем послеоперационном периоде в совокупности с ранней активизацией снижает длительность пребывания в стационаре и число летальных 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 является безопасным и эффективным методом лечения болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших большие торакальные и абдоминальные хирургические вмешательства. Сочетание обезбоживающей терапии и физиотерапии, ЛФК, лечения поведенцем, методами психологической коррекции, чрезкожной электростимуляции и применением акупрессуры дает хорошие результаты.

ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Пациентам показаны занятия ЛФК средней интенсивности по 15-30 минут в день 3-5 раз в неделю, постепенно увеличивая длительность. Показаны аэробные нагрузки длительностью 150 минут в неделю и силовые – 2 раза в неделю. Электростимуляция оказывает выраженный седативный эффект. Его применение уменьшает проявления астеничного и депрессивного синдрома, интенсивность головной боли, влияет на нормализацию кислотности в культуре желудка и приводит к уменьшению провальной диспепсии. Методовидеопутешествия улучшает 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 активного образа 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 операции, позволяет снизить токсичность 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 увеличивает жизненную емкость легких, насыщение 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. Рекомендовано лечение периферической полинейропатии на фоне химиотерапии: применение низкоинтенсивной лазеротерапии, низкочастотной магнитотерапии, чрезкожной электростимуляции в течение 20 минут в день 4 недели. Рекомендовано низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении микозов полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии помогает проводить профилактику выпадения волос и ускоряет их рост после химиотерапии. Альтернативной терапией в лечении тошноты и рвоты, индуцированной противоопухолевой химиотерапией, также может стать чрезкожная нейростимуляция.

7. Право на диспансерное наблюдение САМОКОНТРОЛЬ: информационный стенд (фото) 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 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 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.

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



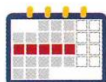
РАК ШЕЙКИ МАТКИ, РАК ЯИЧНИКОВ, РАК МАТКИ

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.

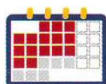
ОНКОЛОГИЯ СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ*



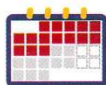
в течение **5 рабочих дней** с момента установки диагноза или подозрения врач-терапевт или врач общей практики выписывает направление и организует визит к онкологу.



в течение **1 рабочего дня** со дня приема онколог обеспечивает взятие биопсии.
При невозможности немедленно направляет в другое медучреждение.



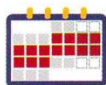
в течение **15 рабочих дней** с даты поступления биопсийного материала гистолог должен дать экспертное заключение.



в течение **15 календарных дней** с даты установления предварительного диагноза больного должны госпитализировать в профильное медучреждение для подтверждения диагноза.



или в течение **10 календарных дней** в случае подтверждения диагноза больного должны госпитализировать в профильную медицинскую организацию.



в течение **14 календарных дней** - проведение компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии для пациентов с онкологическими заболеваниями.

* Приказ Минздрава России от 4 июля 2017 г. № 379н



ВСЕ НЕОБХОДИМОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПО ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ
ПРОФИЛЮ — БЕСПЛАТНОЕ

В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОПРОСОВ, связанных с оказанием медицинских услуг в системе ОМС, **ОБРАТИТЕСЬ** в администрацию медицинского учреждения или **К СТРАХОВОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ**, выдавшей Вам полис ОМС.



Телефон
контакт-центра ОМС:
8-800-100-81-01/02
(звонок бесплатный)

www.KAPMED.ru

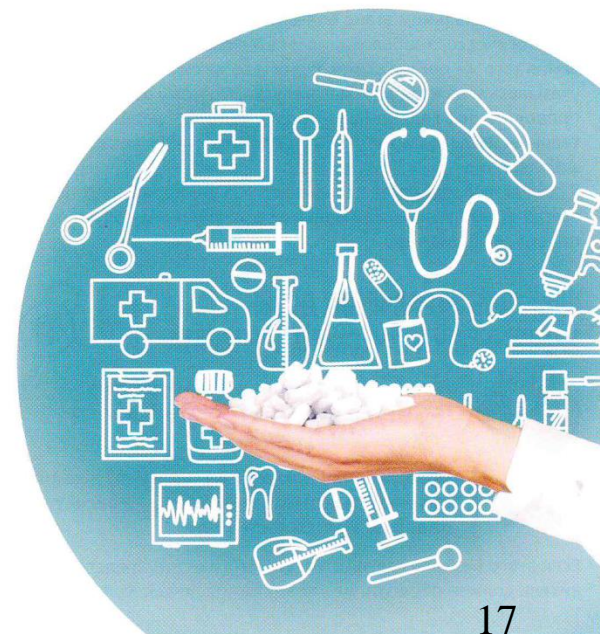
ООО «Капитал МС» лицензия ЦБ РФ ОС №3676-01
(без ограничения срока действия)



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ДОСТУПНОСТЬ
НАДЕЖНОСТЬ
КОМПЕТЕНТНОСТЬ

**ПРАВО НА ПОМОЩЬ
В ОНКОДИСПАНСЕРЕ:
СВОЕВРЕМЕННУЮ И ДОСТУПНУЮ**



Напоминаем!

На что следует обращать внимание пациентам в процессе постановки диагноза и лечения онкологического заболевания



КОНТРОЛЬ НА ЭТАПЕ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА



Ранняя диагностика онкологических заболеваний лежит не в сфере специализированной онкологической службы, а в сфере общей практической медицины.

01

На первом этапе врачи общего профиля должны направить пациента с подозрением на онкозаболевание к онкологу для уточнения диагноза.

Часто на начальном этапе болезни клиническая картина онкологического заболевания и неонкологического заболевания того же органа схожи. Одни и те же симптомы могут указывать и на язву, и на рак желудка. Поэтому врач обязан проводить дифференциальную диагностику – дополнительные исследования, чтобы исключить онкологическое заболевание.

К сожалению, практика показывает, что это происходит не всегда, и онкологический больной с опозданием получает правильный диагноз.

КОНТРОЛЬ ЗА РАСЧЕТОМ ДОЗЫ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА



Доза химиотерапевтического препарата рассчитывается по массе тела или по площади его поверхности.

02

Перед назначением дозы пациента должны взвесить и измерить его рост для расчета площади поверхности тела.

Если этого не было сделано, то пациент или его представитель должен обратить на это внимание лечащего врача.

КОНТРОЛЬ ЗА ДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДОЗИРОВКИ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА



Если пациент обладает большой массой тела или высоким ростом, ему может требоваться нестандартная доза препарата, для чего необходимо вскрытие второй ампулы, чтобы взять из нее немного препарата.

03

Врачи порой стремятся сэкономить препарат и не открывать вторую ампулу, что абсолютно недопустимо.

Если это происходит, пациенту следует немедленно обратиться к страховому представителю в страховую компанию, выдавшую ему полис ОМС.

КОНТРОЛЬ ЗА СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ



Лечащий врач должен подобрать пациенту оптимальную схему лечения. Назначения врача должны быть обоснованными с учетом индивидуальной непереносимости препаратов, невозможности их применения из-за хронических заболеваний.

04

С лечащим врачом следует обсудить длительность, кратность, продолжительность курса лечения.

В случае атипичного течения заболевания пациента направляют в федеральный НИИ для определения схемы лечения. После чего с выпиской о консультации и назначениями пациент возвращается к лечащему врачу, который корректирует схему лечения.

КОНТРОЛЬ ЗА СРОКАМИ ЛЕЧЕНИЯ



Сроки лечения должны быть определены очень четко. Дни введения химиотерапевтических препаратов должны строго соблюдаться.

05

Нельзя допускать сдвигаения сроков процедур, например, в связи с праздниками.

Если сроки лечения нарушаются, надо сразу писать жалобу на имя главного врача и обратиться к страховому представителю в страховую компанию, выдавшую пациенту полис ОМС.

КОНТРОЛЬ ЗА НАХОЖДЕНИЕМ В СТАЦИОНАРЕ



Курс химиотерапии, в рамках обязательного медицинского страхования, оплачивается страховой компанией вне зависимости от сроков нахождения пациента в стационаре.

06

Стремясь минимизировать расходы, в некоторых больницах пациента, без учета его самочувствия, просят написать заявление на отказ от нахождения в стационаре.

Если это происходит, пациенту следует немедленно обратиться к страховому представителю в страховую компанию, выдавшую ему полис ОМС.

КОНТРОЛЬ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Лечение онкологических заболеваний может отягощать течение хронических и способствовать возникновению сопутствующих заболеваний. Обо всех возникающих в период лечения онкологического заболевания проблемах со здоровьем пациент должен рассказывать своему онкологу.

07

Онколог обязан направлять пациента на консультацию по поводу лечения сопутствующих заболеваний.

Если это не происходит, пациенту следует немедленно обратиться к главному врачу и/или страховому представителю в страховую компанию, выдавшую ему полис ОМС.

КОНТРОЛЬ ЗА ВЗИМАНИЕМ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ



В случае, если у пациента требуют оплаты за лечение онкологического заболевания, ему следует обратиться к страховому представителю в страховую компанию, выдавшую ему полис ОМС.

08

Все лечение, лекарственные средства и поддерживающая терапия предоставляются по ОМС бесплатно.



Право на поддерживающую терапию

рованной химиотерапией и таргетными препаратами. Врач онколог обязан осуществлять бесплатный Мониторинг кардиотоксичности (ЭхоКГ, ЭКГ, Тропонин I, натрийуретический пептид В-типа), отказ от выполнения которого чреват для пациента тяжелой сердечной недостаточностью вплоть до летального исхода: «Всем пациентам, получающим противоопухолевое лечение необходимо выполнять процедуры, контролирующие функцию сердечной и сосудистой систем. При лечении в адьювантном режиме антрациклинами и трастузумабом мониторинг функции сердечно-сосудистой системы следует проводить перед началом терапии и далее через 3, 6, 9, 12, 18 месяцев. Более частый контроль возможен по клиническим показаниям. Определение уровня тропонина I и натрийуретического пептида В-типа рекомендовано для пациентов, имеющих факторы риска кардиотоксичности, особенно при лечении антрациклинами. Пациентам с подтвержденной дисфункцией левого желудочка по данным ЭхоКГ ЭКГ, даже при отсутствии клинических проявлений, необходимо начинать кардиальную терапию как можно раньше. Особенно в случаях лечения антрациклинами и ожидаемой длительности продолжительности жизни пациентов».

V. Пациент вправе знать, что имеет право на бесплатную остеомодифицирующую терапию при выявлении метастазов опухоли в кости: «Основой успешного лечения метастазов в кости является эффективная противоопухолевая лекарственная терапия (химио-, гормоно- или таргетная) в комбинации с хирургическими и/или лучевыми методами. Остеомодифицирующие препараты являются средством поддерживающей терапии и должны назначаться в дополнение к основному лечению». К остеомодифицирующим агентам относятся: бисфосфонаты – золедроновая кислота и моноклональные антитела – деносумаб. Пациент вправе знать, что терапию остеомодифицирующими агентами следует начинать сразу же после выявления метастазов в костях, даже при отсутствии клинических симптомов.

Пациент вправе знать, что перед каждым введением золедроновой кислоты необходим контроль уровня креатинина: при клиренсе креатинина менее 30 мл/мин золедроновая кислота не вводится. Длительность внутривенной инфузии золедроновой кислоты – не менее 15 минут. Пациент вправе знать, что деносумаб (моноклональное антитело) в первую очередь следует назначать пациентам:

- с нарушением функции почек по клиренсу креатинина;
- с наличием болевого синдрома;
- с множественными метастазами (>2) солидных опухолей;
- с преимущественным поражением осевого скелета (позвоночник, кости таза);

- с существующей угрозой патологического перелома;
- при отсутствии адекватного венозного доступа.

VI. Пациент вправе знать, что имеет право на бесплатный мониторинг четырех степеней гепатотоксичности химиотерапии (исследование уровней активности щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы (ГТП), аспартатамино-трансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), уровней билирубина, альбумина и МНО), а также на профилактику гепатотоксичности химиотерапии.

Пациент вправе знать, что развитие гепатотоксичности может привести к необходимости снижения (редукции) дозы химиопрепаратов в зависимости от уровня общего билирубина и уровней активности трансаминаз (АлАТ и АсАТ).

Пациент вправе знать, что при развитии гепатотоксичности следующие препараты требуют обязательной редукции дозы: Доцетаксел, Эрлотиниб, Гемцитабин, Иматиниб, Иринотекан, Паклитаксел, Сорафениб, Топотекан, Винорельбин.

VII. Онкопациент вправе обратиться с требованием о немедленном восстановлении его нарушенных законных прав к страховому представителю СМО, на которого возлагаются задачи по восстановлению нарушаемых прав пациента, который должен способствовать неукоснительности выполнения онкологом всех мер сопровождающей терапии.

Страховой представитель СМО, исполняя свою обязанность по формированию приверженности пациента к лечению, обязан разъяснить пациенту обоснования необходимости поддерживающей и сопровождающей терапии.



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ДОСТУПНОСТЬ
НАДЕЖНОСТЬ
КОМПЕТЕНТНОСТЬ

ПАМЯТКА ОНКОПАЦИЕНТУ СОПРОВОЖДАЮЩАЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ – ЗАКОННОЕ ПРАВО ОНКОПАЦИЕНТА И ОБЯЗАННОСТЬ ВРАЧА-ОНКОЛОГА

Федеральный Контакт-центр ООО «Капитал МС»:

8-800-100-81-01/02

(звонок бесплатный)

www.KAPMED.ru

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





ПАМЯТКА ДЛЯ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА И ЕГО ПАЦИЕНТА

ОБ ОСОБЫХ МЕРАХ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ

Правильность выбора схемы и препаратов химиотерапии статьей 2 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отнесена к характеристикам качества медпомощи. Пациент вправе быть информирован о необходимости соблюдения правильности выбора схемы и препаратов химиотерапии, несоблюдение требований правильности выбора препаратов является признаком нарушения права пациента на надлежащее качество медпомощи.

Пациент должен быть информирован, что назначение персонализированной таргетной терапии может быть сопряжено с возникновением побочных эффектов, как непосредственно в процессе процедуры введения препарата или в ближайшие 1-2 часа после него, так и в отдаленный период – через 4-5 часов или в последующие несколько суток.

Пациент должен быть информирован, что оказание ему таргетной терапии в условиях круглосуточного или дневного стационара дает ему право на наблюдение врачом за его состоянием в ближайшие часы после введения препарата, причем с учетом его индивидуального состояния. При тяжелых осложнениях пациент из дневного стационара должен быть переведен в круглосуточный вплоть до помещения его в отделение интенсивной терапии при возникновении тяжелых побочных реакций, сопряженных с угрозой жизни и здоровью пациента (нарушение сознания, шок, дыхательная недостаточность, сердечная недостаточность и др.).

Пациент должен быть информирован, что оказание ему таргетной терапии в условиях круглосуточного или дневного стационара может быть осложнено опасными побочными реакциями в отсроченный период. Пациент должен быть информирован, что с целью минимизации возможно ущерба здоровью пациента врач обязан дать пациенту рекомендации на раннее самовыявление опасных симптомов осложнений в этот период, когда пациент не находится под наблюдением медицинского персонала, чтобы как можно раньше обратиться ко врачу за помощью по предотвращению угрозы жизни и здоровью.

Пациент должен быть информирован и получить рекомендации врача о времени и последовательности развития возможных осложнений и опасных побочных реакций конкретного препарата с целью его своевременного обращения ко врачу при первых признаках побочного эффекта или осложнения.

Ниже приводим меры
предосторожности при назначении
таргетной терапии.

! Меры предосторожности при назначении БЕВАЦИЗУМАБА.

Перфорация желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). У пациентов с метастатическим раком ободочной или прямой кишки (мКРП) при лечении бевацизумабом в комбинации с химиотерапией существует повышенный риск развития перфорации ЖКТ. Наблюдались тяжелые случаи перфорации ЖКТ с внутрибрюшным воспалением, в т.ч. и фатальные. Несмотря на то, что причинная связь внутрибрюшного воспаления, возникшего в результате язвы желудка, некроза опухоли, дивертикула или колита, с приемом бевацизумаба не установлена, необходимо проявлять осторожность при лечении бевацизумабом пациентов с признаками внутрибрюшного воспаления. При развитии перфорации лечение бевацизумабом следует прекратить. При появлении болей в животе пациент должен обратиться за скорой медицинской помощью или к онкологу.

Трудности при заживлении ран. Бевацизумаб может отрицательно влиять на заживление ран. Лечение бевацизумабом не следует начинать в течение не менее 28 дней после хирургического вмешательства или до полного заживления хирургической раны. При развитии во время лечения осложнений, связанных с заживлением раны, бевацизумаб необходимо временно отменить до полного заживления раны. Прием бевацизумаба также необходимо временно прекратить в случае проведения факультативного хирургического вмешательства.

Кровотечения. У пациентов с мКРП повышен риск возникновения кровотечения, связанного с опухолью. Если во время лечения возникло сильное кровотечение следует вызвать скорую помощь и обратиться к онкологу, бевацизумаб следует отменить.

У пациентов с врожденным геморрагическим

диатезом, приобретенной коагулопатией или получавших полную дозу антикоагулянтов по поводу тромбоэмболии, перед назначением бевацизумаба следует соблюдать осторожность.

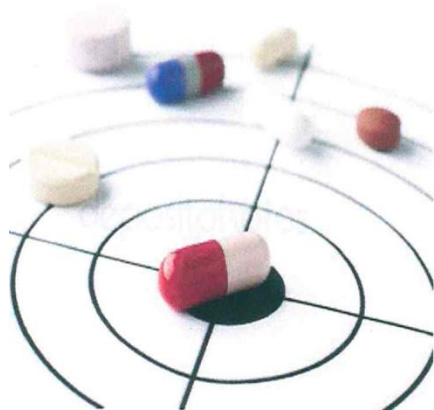
У пациентов с мелкоклеточным раком легких (НМРЛ) (при плоскоклеточном раке или центральном расположении опухоли близко прилежащей к большим кровеносным сосудам), получавших бевацизумаб, зарегистрировано 6 серьезных кровотечений, 4 из которых были летальными. Кровотечение возникло внезапно и протекало по типу массивного кровохарканья. В пяти случаях ему предшествовало образование каверны и/или некроза опухоли.

Артериальная тромбоэмболия в анамнезе или возраст старше 65 лет ассоциируются с повышенным риском возникновения артериальной тромбоэмболии во время лечения бевацизумабом. При лечении таких пациентов необходимо проявлять осторожность. При возникновении артериальной тромбоэмболии терапию бевацизумабом необходимо прекратить.

Артериальная гипертензия. У пациентов, получавших бевацизумаб, наблюдалась повышенная частота возникновения артериальной гипертензии. Клинические данные по безопасности позволяют предположить, что частота случаев артериальной гипертензии не зависит от дозы бевацизумаба. При назначении бевацизумаба таким пациентам необходимо проявлять осторожность и постоянно контролировать АД.

У пациентов с артериальной гипертензией, требующей лекарственной терапии, рекомендуется временно прекратить терапию бевацизумабом до достижения адекватного контроля АД. Если не удастся установить медикаментозный контроль АД и/или при развитии гипертонического криза прием бевацизумаба необходимо прекратить.

Протеинурия. Риск развития протеинурии повышен у пациентов с артериальной гипертензией в анамнезе. Возможно, что протеинурия 1 степени зависит от дозы бевацизумаба. До начала и во время





Панитумумаб – в/в 60-минутная инфузия 6 мг/кг 2 раза в неделю, длительность введения препарата в дозе более 1000 мг должна составлять не менее 90 минут.

Пеметрексид – 500 мг/м² в/в в течение 10 мин каждые 21 день.

Пертузумаб – нагрузочная доза в 840 мг вводится в виде 60-минутной в/в инфузии; далее – поддерживающая доза 420 мг в виде 30-60 минутной инфузии.

Ралтитрексид – в/в 15 минутная инфузия 3 мг/м² препарата.

Ритуксимаб – в/в капельно 375 мг/м² в течение 2-3 часов на фоне премедикации парацетамолом и дифенгидраминам за 30-60 мин до инфузии.

Стрептозоцин – в/в капельно 30-60 мин 1 г/м² (500 мг/м²).

Темсиролимус – в/в 30-60-минутная инфузия 25 мг 1 раз в неделю.

Тенипозид – 30-60 мг/м² в/в капельно не менее 30 мин.

Топотекан – в/в капельно не менее 30 мин 1,5 мг/м².

Трабектедин – 24-часовая в/в инфузия 1,5 мг/м² при условии премедикации дексаметазоном 20 мг в/в за 30 мин до каждой инфузии.

Трастузумаб – в/в капельно нагрузочная доза в течение не менее 90 минут, поддерживающая доза – в течение не менее 30 мин.

Трастузумаб эмтанзин в/в капельно по 3,6 мг/кг массы тела первое введение в течение 90 мин, затем повторные введения в течение не менее 30 мин.

Треосульфат – в/в 15-30-минутная инфузия 8 мг/м² (монотерапия) или 5 мг/м² совместно с цисплатином.

Флударабин – в/в капельно в течение 30 мин 35 мг/м².

Фотемустин – в/в капельно в течение 1 часа 100 мг/м².

Хлорпиридин – в/в медленно струйно или капельно в течение 30-40 мин или в/м 100-200 мг.

Цетуксимаб – в/в инфузия со скоростью не более 10 мг/мин в начальной дозе 400 мг/м² в течение 120 мин и далее в дозе 250 мг/м² в течение 60 мин, при условии премедикации антигистаминным препаратом, при условии последующего введения иринотекана не ранее, чем через 1 час после цетуксимаба.

Эрибулин - 1,4 мг/м² в/в в течение 2-5 мин.



Федеральный Контакт-центр ООО «Капитал МС»:

8-800-100-81-01/02

(звонок бесплатный)

www.KAPMED.ru

ООО «Капитал МС» лицензия ЦБ РФ
ОС №3676-01 [без ограничения срока действия]



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ДОСТУПНОСТЬ
НАДЕЖНОСТЬ
КОМПЕТЕНТНОСТЬ

ПАМЯТКА ДЛЯ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА И ЕГО ПАЦИЕНТА

РЕЖИМЫ ВВЕДЕНИЯ ХИМИО- ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ



Показания к удалению центрального венозного катетера

манипуляция врача-анестезиолога-реаниматолога – в операционной

- немедленно удалить катетер, если отпала необходимость его применения;
- если присутствуют признаки инфицирования катетера;
- при наличии флотирующего тромба (сгустка крови, который фиксируется в сосуде лишь в одной точке);
- при стойкой окклюзии (закупорки) катетера или резервуара;
- при нарушении целостности катетера;
- при экстравазации (случайном попадании лекарственных средств в подкожные ткани).



Качество жизни пациента значительно улучшается после установки медицинского порта. С его помощью можно быстро или экстренно ввести необходимые препараты. Наличие порта уменьшает риск развития флебитов на фоне внутривенных вмешательств, создает возможность многократного введения препаратов раздражающего действия (химиопрепаратов), уменьшая неприятные ощущения, безболезненные манипуляции при необходимости регулярного забора крови.

Важные аспекты, о которых следует помнить



Для любого введения через порт-систему следует использовать иглы Губера со специальной заточкой – такая игла минимизирует повреждение силиконовой мембраны порта.



Установка иглы Губера в порт-систему производится медицинскими работниками после тщательной обработки кожи антисептиками в стерильных перчатках, после чего игла заклеивается стерильной наклейкой.



Принимать душ, купаться, заниматься водными видами спорта после удаления кожных швов можно только используя одноразовое водонепроницаемое покрытие.



Если во время инфузии Вы почувствовали боль, незамедлительно сообщите об этом врачу или медицинской сестре.



Одна игла Губера может использоваться однократно и не более 7 дней. Напомните своему лечащему врачу о необходимости ее замены.



Если Вы заметили какие-либо изменения кожи над местом имплантированного порта, появились болезненные ощущения или жар, незамедлительно сообщите об этом своему лечащему врачу.



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



УСТАНОВКА ПОРТ-СИСТЕМЫ – ЗАКОННОЕ ПРАВО ПАЦИЕНТА

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИЛИ АГРЕССИВНОЙ
ХИМИОТЕРАПИИ



Проект № 580179-8 Закона «О внесении изменений в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и статью 1 Закона РФ «О защите прав потребителей»

Вносятся сенаторами Российской Федерации : А.А. Турчаком, И.Ю. Святенко, Е.А. Перминовой, О.С.Забраловой, И.В. Рукавишниковой, Д.С.Лантратовой, С.Н. Перминовым;

депутатами Государственной Думы: Б.Н. Башанкаевым, Л.А.Огулем, Е.О. Нифантьевым, Т.В. Соломатиной, В.В. Власовой, А.Ю. Гороховым, Ю.Н. Дрожжиной, М.В. Кизеевым, А.П. Петровым, А.Г. Румянцевым, А.Н. Сарыгларом, Р.А. Утяшевой, Т.И. Фроловой, Д.А. Хубезовым, Н.М. Щегловым, А.З. Фарраховым, Т.А. Кусайко, О.И. Иванинским, Т.В. Буцкой, А.Г. Сидякиным, Н.А. Орловой

Статья 2

Статью 1 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» дополнить пунктом 3 следующего содержания:

«3. Положения настоящего Закона не применяются к отношениям, возникающим при оказании гражданам медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением правоотношений, регулируемых иными законодательными актами.».

КОНСТИТУЦИЯ РФ

Статья 55

2. В Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина.

ЗАКОН «О ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ»

Основные понятия, используемые в настоящем Законе:

потребитель - гражданин, имеющий намерение заказать или приобрести услуги исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности;

недостаток услуги - несоответствие услуги:

- **обязательным требованиям, предусмотренным законом;**

- **либо в установленном им порядке**

- **условиям договора (при их отсутствии или неполноте условий обычно предъявляемым требованиям),**

- **целям, для которых услуга такого рода обычно используется,**

- **целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора;**

существенный недостаток услуги - неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки;

безопасность услуги - безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, а также безопасность процесса выполнения работы (оказания услуги);

Статья 4. Качество услуги

1. Исполнитель обязан оказать услугу, качество которого соответствует договору.

Статья 8. Право потребителя на информацию об исполнителе и об услугах

1. Потребитель вправе потребовать предоставления необходимой и достоверной информации об исполнителе и реализуемых им услугах.

Статья 10. Информация об услугах

1. Исполнитель обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора.

Статья 13. Ответственность исполнителя за нарушение прав потребителей

1. За нарушение прав потребителей исполнитель несет ответственность, предусмотренную законом или договором.

Статья 14. Имущественная ответственность за вред, причиненный вследствие недостатков услуги

1. **Вред, причиненный жизни, здоровью** или имуществу потребителя **вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков услуги, подлежит возмещению в полном объеме.**

Статья 15. Компенсация морального вреда

Моральный вред, причиненный потребителю вследствие нарушения исполнителем прав потребителя подлежит компенсации причинителем вреда при наличии его вины.

Размер компенсации морального вреда определяется судом.

Статья 17. Судебная защита прав потребителей

1. Защита прав потребителей осуществляется судом.

2. Иски о защите прав потребителей могут быть предъявлены по выбору истца в суд по месту:

нахождения организации, а если ответчиком является индивидуальный предприниматель, - его жительства;

жительства или пребывания истца;

заключения или исполнения договора.

3. Потребители, **иные** истцы по искам, связанным с нарушением прав потребителей, **освобождаются от уплаты государственной пошлины** в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

Вносится **сенаторами РФ** : А.А. Турчаком, И.Ю. Святенко, Е.А. Перминовой, О.С.Забраловой, И.В. Рукавишниковой, Д.С.Лантратовой, С.Н. Перминовым;

депутатами Государственной Думы: Б.Н. Башанкаевым, Л.А.Огулем, Е.О. Нифантьевым, Т.В. Соломатиной, В.В. Власовой, А.Ю. Гороховым, Ю.Н. Дрожжиной, М.В. Кизеевым, А.П. Петровым, А.Г. Румянцевым, А.Н. Сарыгларом, Р.А. Утяшевой, Т.И. Фроловой, Д.А. Хубезовым, Н.М. Щегловым, А.З. Фарраховым, Т.А. Кусайко, О.И. Ивановским, Т.В. Буцкой, А.Г. Сидякиным, Н.А. Орловой

СТОИТ ЗА НИХ ГОЛОСОВАТЬ
на предстоящих выборах в Государственную Думу?



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Федотовой Галины Валентиновны на нарушение ее конституционных прав пунктом 21 статьи 2, статьей 4 и частью 1 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также статьей 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»

город Санкт-Петербург

30 января 2024 года

Данные законоположения, равно как и пункт 21 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», содержащий определение понятия «качество медицинской помощи», а также статья 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», устанавливающая, в частности, обязанность исполнителя своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора, не освобождают медицинскую организацию от обязанности по информированию пациента, в том числе о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, о возможных вариантах медицинского вмешательства и о его последствиях.

ПРАВИТЕЛЬСТВО
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

« 10 » июля 2024 г.

№ ДГ-П12-21736

МОСКВА

На № 2.3.3-11/377 от 26 марта 2024 г.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТЗЫВ

на проект федерального закона № 580179-8 "О внесении изменений

Следует отметить, что реализация положений статьи 2 законопроекта создает риски ограничений для граждан, обращающихся за бесплатной медицинской помощью, в части защиты своих прав на качественную и безопасную медицинскую помощь, в связи с чем данную статью предлагается исключить. Вопрос о внесении изменений, предусмотренных указанной статьей, целесообразно рассмотреть при условии их дополнительного обоснования с учетом анализа возможных последствий правоприменения соответствующего федерального закона в части, уточняющей используемую в нем терминологию.


**Прошу внести в Резолюцию сессии пункт:
Сессия Пациентских организаций выражает отрицательное отношении к
Законопроекту и настаивает на его отклонении**

Примеры судебных решений в связи с нарушением прав онкопациентов



ПРАВО НА ВОЗМЕЩЕНИЕ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

1 млн. рублей за дефект диагностики ЗНО (П. Габай, 2023)



По иску пациентки к МО судом 1 инстанции взыскано 300 тыс.

Суд 2 инстанции увеличил компенсацию до 1 млн (столько сколько она просила в иске), кассационная инстанция решение поддержала в сентябре 2022 году.

- 2018 год - выскабливание полости матки в связи с маточными кровотечениями;
- материал соскоба направлен на патогистологическое исследование;
- 2019 г. в женской консультации проведено УЗИ, заподозрено наличие объемного процесса в малом тазу.

Дважды рекомендовалось повторное выскабливание, от которого пациентка отказывалась;
Причина : УБЕЖДЕННОСТЬ В НОРМАЛЬНОЙ ГИСТОЛОГИИ И СТРАХ ПЕРЕД ЗНО!

- в 2020 году, при очередном обследовании диагностирован рак тела матки 3 стадии;
- был пересмотрен препарат от 2018 года , он был настолько низкого качества, что не подлежал оценке. Из блока (первичный материал) были изготовлены новые стекла, которые выявили в них наличие рака эндометрия;
- в связи с выявлением рака тела матки, Истица перенесла операции : удаление матки с придатками и жировой клетчаткой; удаление части кишечника; затем - операция по поводу спаечной кишечной непроходимости.
- спустя 3 мес., после экстирпации матки, диагностирован рак почки, которая была удалена.
Судебно-медицинская экспертиза выполнена в Ивановском Бюро СМЭ:
 - пересмотрены стекла с препаратами, подтверждена ошибка при первичном патогистологическом исследовании.

Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 16.05.2022 N 18-КГПР22-28-К4

Иск подан к Клиническому онкодиспансеру № 1 Краснодарского края о возмещении морального вреда оказанием онкологической помощи ненадлежащего качества.



Экспертами АльфаСтрахование-ОМС выявлены дефекты МП в виде невыполнения обследований в объеме, предусмотренном клиническими рекомендациями и протоколами лечения, а именно **не проведены:**

- ✓ исследование онкомаркера СА125 в крови,
- ✓ УЗИ органов брюшной полости, шейно-надключичных областей, забрюшинного пространства,
- ✓ рентгенография органов грудной клетки,
- ✓ КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза,
- ✓ МРТ брюшной полости и малого таза,
- ✓ маммография,
- ✓ исследование онкомаркера рака яичников и эндометрия HE-4 в крови.



Суды трех инстанций отказали в иске.

ВС РФ ОТМЕНИЛ ВСЕ РЕШЕНИЯ:

Суды трех инстанций не дали оценки этим дефектам, выявленным Страховой компанией.

Решение Октябрьского райсуда Краснодара от 18.10.2022 года по Делу N 2-2944/22 ³⁷
компенсация морального вреда - 300 тыс. руб.

Апелляционное определение от 09.07.2024 г. N 33-23136/24.

Определение 4 КСОЮ от 15.10.2024 г. N 88-28364/2024.



1,5 млн. за дефект диагностики ЗНО (Ростовская область) 2023 г.



Решением суда взыскано:

- ✓ **500 тыс. рублей** с Патологоанатомического Бюро за неправильную диагностику ЗНО
- ✓ **1 млн. рублей** с онкологической МО





16 декабря 2021 г. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Ростовского областного суда



- ❑ 05.06.2020г. **ПРОФОСМОТР** - выдано направление на консультацию в Онкодиспансер г. Шахты в связи с подозрение на Рак молочной железы.
- ❑ 09.06.2020г. в онкодиспансер е г. Шахты была направлена на биопсию.
- ❑ В заключении протокола прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала от 17.06.2020 г. указано на признаки атипии клеток. Из протокола следует, что материал от 10.06.2020 поступил на исследование лишь 16.06.2020г.
- ❑ 17.06.2020г. направлена на ИГХ и ПЭТ/КТ и консилиум по тактике лечения. Консилиумом был поставлен диагноз рака молочной железы в отсутствие результатов медицинских исследований, подтверждающих наличия злокачественного образования левой молочной железы, пациентке была назначена полихимиотерапия и установлен диагноз рака молочной железы.
- ❑ Согласно выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного с 22.06.2020г. по 23.06.2020г. истица получила 1 курс полихимиотерапии.
- ❑ Согласно протоколу 739 прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного операционного материала от 13.07.2020г. достоверных признаков наличия опухоли не обнаружено. Согласно заключению ИГХ - исследования от 13.07.2020г. достоверных признаков наличия опухоли также не обнаружено.
- ❑ **Заключения переданы в Онкодиспансер 16.07.2020 г.**
- ❑ С 13.07 по 14.07.2020г. получила 2 курса полихимиотерапии, несмотря на то, что результатами исследований достоверных признаков наличия опухоли не обнаружено. ПЭТ/КТ не проводилось.
- ❑ С 03.08. по 04.08.2020г истица получает 3 курс полихимиотерапии.
- ❑ С 27.08. по 28.08.2020г. истица получает 4 курс полихимиотерапии.
- ❑ При этом в левой молочной железе усугубляется процесс воспаления, нарастает гной, мастит приобретает острую форму. Врач-онколог в выписных эпикризах не указывает жалобы пациента относительно наличия гноя, рекомендует «проколоть гной в домашних условиях «иголкой».
- ❑ С 17.09. по 21.09.2020г. истица получает 5 курс полихимиотерапии.

Пациентке в онкодиспансере неправильно установлен диагноз рака молочной железы и проведены 5 курсов химиотерапии, тогда как в действительности имелся нелактационный мастит, под влиянием непоказанной химиотерапии перешедший в абсцедирующую форму со свищевыми ходами, потребовавший проведение подкожной мастэктомии и пластики протезом.

Результат биопсии и ИГХ с заключением об отсутствии РМЖ Патологоанатомического бюро своевременно был направлен в Онкодиспансер, но не оценен.

По сост. на дату проведения 3, 4 и 5 курсов химиотерапии онкодиспансер при надлежащем подходе к оказанию МП, при той степени заботливости и осмотрительности, которая от него требовалась при осуществлении своих обязанностей, мог и должен был знать о том, что по результатам патолого-анатомического исследования биопсийного материала достоверных признаков наличия опухоли не имеется, в связи с чем мог принять соответствующие решения по дальнейшему обследованию и лечению пациентки.

Суд 1 инстанции взыскал с Онкодиспансера компенсацию морального вреда в размере 180 тыс. руб.

Суд апелляционной инстанции увеличил размер компенсации морального вреда, взысканного с ГБУ Ростовской области «Онкологический диспансер» г. Шахты, до 500 000 рублей



Диспансерное наблюдение ненадлежащего качества

Определение СК Восьмого КСОЮ от 06.06.2023 по делу N 8Г-7184/2023 Решение Бийского городского суда Алтайского края от 11.08.2022 по делу N 2-148/2022



Суд удовлетворил иск онкопациентки о компенсации морального вреда, причиненного непрофессиональными действиями врача-онколога, проводящего ультразвуковую диагностику.

Иск обоснован следующим:

➤ диспансерное наблюдение по поводу рака шейки матки, предусматривает регулярное проведение УЗИ-диагностики органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

➤ на протяжении года пациентка раз в 3 мес делала УЗИ в одной и той же частной клинике, у одного и того же врача-онколога. **Заключение по результатам УЗИ всегда было одинаковым, рецидива опухоли и метастазирования ни разу не было диагностировано;**

➤ однако на УЗИ в поликлинике, а затем в онкодиспансере у пациентки обнаружили метастаз на печени размером 11x10x10 см.

В тот же день она сделала "контрольное" УЗИ у ответчика - и на нем врач снова не "увидел" никакого новообразования;

➤ пациентка обратилась за содействием в правоохранительные органы, но в возбуждении уголовного дела по [ст. 118](#) УК РФ ей было отказано за отсутствием состава преступления.

Росздравнадзор добился наложения на директора ответчика штрафа по [ч. 3 ст. 14.1](#) КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности с нарушением лицензионных требований).

Полагая, что именно по вине ответчика, который вовремя не заметили опухоль, пациентке пришлось перенести срочную операцию и получить пожизненную степень инвалидности, она обратилась в суд.

Удовлетворяя иск, суд обратил внимание на следующее:

- ❑ развитие данного метастаза, учитывая его размеры, происходило на протяжении длительного времени, по результатам УЗИ, в том числе и до его обнаружения, он уже должен был быть обнаружен;
- ❑ согласно выводам СМЭ, при диспансерном наблюдении в случае рака шейки матки необходимо проведение УЗИ органов брюшной полости один раз в три месяца;
- ❑ точность УЗ-диагностики - размер опухоли превышает два сантиметра; поэтому имевшимся у ответчика УЗИ-аппаратом новообразование истицы должно было быть выявлено.

СУД приходит к выводу о том, что именно работником ответчика при выполнении услуги УЗИ-диагностики был допущен недостаток оказания медицинской помощи - в результате ультразвукового исследования органов брюшной полости истцу у нее не было установлено наличие объемного образования печени, тем самым истцу причинен моральный вред.

При этом судом учитывается, что согласно заключению судебно-медицинской экспертизы указанный недостаток оказания медицинской помощи, в данном случае, не состоит в прямой причинно-следственной связи с развитием неблагоприятного исхода - формированием метастатической опухоли в печень у истца, повлекшее за собой необходимость оперативного вмешательства, проведения курсов химиотерапии и установление ей инвалидности.

Компенсации морального вреда суд **1 инстанции** оценил в **50 000 руб.**

Суд апелляционной инстанции увеличил размер до 200 000 рублей.

Восьмой КСОЮ оставил определение апелляционного суда без 40 изменения.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

№ 06АП-5077/2023

24 октября 2023 года

г. Хабаровск


В Приложении № 13 к Приказу № 915н указаны функции отделения противоопухолевой лекарственной терапии, среди которых наряду с проведением различных видов противоопухолевой лекарственной терапии больных с онкологическим заболеванием указаны функции по проведению восстановительной и корригирующей терапии, связанной с возникновением побочных реакций на фоне высокотоксичного лекарственного лечения.

С учетом изложенного, помимо лечения непосредственно онкологического заболевания, медицинская организация, специализирующаяся на онкологии, обязана отслеживать и своевременно корректировать иные заболевания, в том числе хронические, усугубляющиеся на фоне специфического онкологического лечения.

В спорном случае речь идет о дефекте, связанном с отсутствием в медицинской документации сведений об оказанной и рекомендованной терапии относительно заболеваний, которые являются сопутствующими и усугубляются в процессе лечения онкологического заболевания, поскольку противоопухолевая терапия вызывает кардиотоксичность (лекарственное поражение сердечно-сосудистой системы).

В медицинской карте стационарного больного № 537 отражены сведения, согласно которым сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы учитывали при решении вопроса 12.01.2021 в КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии» МЗ ХК о лучевой терапии, от которой отказались в связи с высоким риском осложнений со стороны сердца. Ранее, 22.04.2020 радиолог КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии» МЗ ХК с учетом сопутствующей патологии рекомендовал определенный курс противоопухолевой химиотерапии (ПХТ). То есть, исходя из фактических обстоятельств следует, что имеющаяся у пациента сердечная патология учитывалась при выборе тактики специфического противоопухолевого лечения, что свидетельствует о необходимости ее контроля.

Довод заявителя о том, что Порядок № 915н не содержит положений о необходимости указания в выписном эпикризе препаратов по сопутствующей патологии, суд первой инстанции обоснованно признал несостоятельным, указав, что необходимость должного оформления выписного эпикриза объясняется его целевым назначением и обусловлена последующей реализацией всех назначений и рекомендаций самим пациентом, включая лекарственную терапию по всем имеющимся заболеваниям. Следовательно, лекарственная терапия в рекомендациях выписного эпикриза должна расписываться с указанием дозировки, кратности, длительности применения препаратов.



В соответствии с частью 6 статьи 40 Закона № 326-ФЗ экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, которые утверждены приказом Минздрава РФ от 10.05.2017 № 203н (далее – Приказ № 203н).

Подпунктом «с» пункта 2.2 Приказа № 203н к критериям качества в стационарных условиях отнесено оформление по результатам лечения в стационарных условиях выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением и заверенной печатью медицинской организации.

Довод жалобы, согласно которому медицинскими документами подтверждается применение сопроводительной терапии по ИБС, судебной коллегией признается несостоятельным, поскольку назначение и применение лекарственных препаратов подтверждается листом назначений медицинской карты, и по спорному случаю в листе назначений отсутствуют соответствующие записи. Иные разделы медицинской карты, на которые ссылается апеллянт, в частности план лечения от 30.04.2021, осмотр кардиолога от 28.04.2021 (то есть на догоспитальном этапе), не подменяют и не заменяют медицинские записи листа назначений в стационаре, специально предусмотренные для фиксирования данных о назначении и отмене препаратов.

Относительно довода жалобы, связанного с объективной стороной нарушения по коду 3.2.2 суд апелляционной инстанции считает необходимым отметить, что указанный код включает не только наступившие негативные последствия в виде зафиксированного ухудшения состояния здоровья застрахованного лица, но и создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, что имеется в рассматриваемом случае.

Согласно письму ФФОМС от 30.08.2018 № 10868/30/н (раздел VII) отсутствие данных о коррекции сопутствующих заболеваний является дефектом оказания медицинской помощи.

В соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации 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..

Пунктом 4 Положения о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2005 № 494, установлено, что перед началом применения лечащий врач должен проинформировать пациента (в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, родителей или законных представителей) о лекарственном средстве, об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии, о безопасности лекарственного средства, степени риска для пациента, а также о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья.

Таким образом, содержание формы ИДС пациента перед применением химиотерапевтических средств должно соответствовать вышеуказанным требованиям.

При этом из материалов дела следует и сторонами не оспаривается, что в 17 случаях в истории болезни не содержался бланк ИДС, в котором указаны названия

лекарственных препаратов, на введение которых пациент дает согласие, как и согласие на проведение противоопухолевой лекарственной терапии в целом.

Учреждением доказательств обратного в материалы дела не представлено.

Вместе с тем судом отклоняется довод заявителя о том, что форма ИДС на проведение противоопухолевой химиотерапии к настоящему времени не разработана, поскольку указанное обстоятельство не освобождает Учреждение от обязанности соблюдения требований статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ с учетом требований пункта 4 Положения о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2005 № 494.

При таких обстоятельствах суд признает обоснованным и подтвержденным документально вывод страховой организации и Фонда о том, что отсутствие указанной информации в ИДС расценивается как отсутствие информированного согласия, что соответствует коду 2.13. Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к Порядку № 231н.

ПЕРВЫЙ АРБИТРАЖНЫЙ АПЕЛЛЯЦИОННЫЙ СУД

Березина ул., д. 4, г. Владимир, 600017
<http://1aas.arbitr.ru>, тел/факс: (4922) телефон 44-76-65, факс 44-73-10

ПО С Т А Н О В Л Е Н И Е
резолютивная часть

г. Владимир
16 мая 2024 года

Дело №А11-4213/202:

г. Москва
21 марта 2024 года

АРБИТРАЖНЫЙ СУД ГОРОДА МОСКВЫ

115225, г.Москва, ул. Большая Тульская, д. 17
<http://www.msk.arbitr.ru>

РЕ Ш Е Н И Е

Именем Российской Федерации

Дело № А40-294286/23-145-2254



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



Мобильное
приложение
Капитал МС



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!