

Приложение
к распоряжению министерства
здравоохранения
Иркутской области,
от 15 апреля 2018 № 1080-ср

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по организации оказания медицинской помощи взрослому населению
Иркутской области по профилю «онкология»

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Методические рекомендации по организации оказания медицинской помощи взрослому населению Иркутской области по профилю «онкология» (далее – Методические рекомендации) регулируют вопросы оказания медицинской помощи населению Иркутской области при онкологических заболеваниях в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области.

2. Больным с онкологическими заболеваниями медицинская помощь оказывается в виде первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи; реабилитационной и паллиативной медицинской помощи.

3. Первичная медико-санитарная помощь включает:

а) первичную доврачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях (медицинскими сестрами, фельдшерами ФАП, медицинскими работниками смотровых кабинетов медицинских организаций);

б) первичную врачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми, врачами-акушерами-гинекологами женских консультаций, врачами-хирургами и другими врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений;

в) первичную специализированную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачом-онкологом онкологического кабинета.

4. На всех этапах оказания медицинской помощи врачи всех специальностей и средний медицинский персонал несут ответственность за несвоевременное выявление злокачественных новообразований визуально доступных локализаций: губы (С00); основания языка (С01); других и не уточненных отделов языка (С02); десны (С03); дна полости рта (С04); неба (С05); других и не уточненных частей рта (С06); околоушной слюнной железы (С07); других и не уточненных больших слюнных желез (С08); небной миндалины (С09); ротоглотки (С10); прямой кишки (20); заднего

прохода и анального канала (С21); кожи (С44); молочной железы (С50); вульвы (С51); влагалища (С52); шейки матки (С53); полового члена (С60); яичка (С62); кожи мошонки (С63.2); глаз (С69); щитовидной железы (С73); меланомы кожи (С43).

5. Скорая медицинская помощь оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 года № 388н «Об утверждении Порядка скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Скорая медицинская помощь оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

При подозрении или выявлении у больного онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи больных переводят или направляют в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер» (далее – ГБУЗ ООД) для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения.

В случае имеющегося у больного онкологического заболевания и проведенного лечения в ГБУЗ ООД в течение текущего года, больной бригадами скорой медицинской помощи доставляется в ГБУЗ ООД для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения.

В случае имеющегося у больного онкологического заболевания IV клинической группы больной доставляется бригадами скорой медицинской помощи в медицинские организации по месту жительства или месту прикрепления для оказания медицинской помощи, рекомендуемой врачами-онкологами.

6. В исключительных случаях при возникновении «острой» ситуации медицинские организации, подведомственные министерству здравоохранения Иркутской области (далее – медицинские организации), выполняют операцию в экстренном объеме в соответствии со стандартами (методическими рекомендациями).

Послеоперационная лечебно-диагностическая тактика экстренных больных онкологическими заболеваниями вырабатывается коллегиально лечащими врачами медицинских организаций с обязательным участием специалистов ГБУЗ ООД по телефону, дистанционно со специалистом по профилю заболевания, на заседании консилиума по установленному графику в ГБУЗ ООД, либо с приглашением специалиста ГБУЗ ООД в медицинскую организацию.

Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию

больного.

7. Оказание плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями осуществляется врачами-онкологами, врачами-радиотерапевтами только в ГБУЗ ООД по направлению врача-онколога онкологического кабинета.

8. Специализированная медицинская помощь детям, имеющим онкологическое заболевание, в Иркутской области оказывается в специализированном отделении государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской государственной областной детской клинической больницы и ГБУЗ ООД.

Тактика ведения детей с онкологическими заболеваниями обсуждается на консилиуме врачей государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской государственной областной детской клинической больницы с участием онкологов ГБУЗ ООД.

Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию больного.

9. При организации и оказании медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями применяются телемедицинские технологии.

10. Паллиативная медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядком оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 года № 187н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

11. Оказание паллиативной медицинской помощи в ГБУЗ ООД осуществляется по направлению врача-онколога онкологического кабинета.

12. Оказание паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, располагающих отделениями паллиативной помощи, осуществляется по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-онколога первичного онкологического кабинета.

13. Больным с онкологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний и независимо от сроков, прошедших с момента лечения, проводятся реабилитационные мероприятия в специализированных медицинских организациях в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 года № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».

14. При нарушении работниками медицинских организаций настоящих Методических рекомендаций работниками ГБУЗ ООД заполняется «Дефектная карта» в соответствии с Приложением 1 к настоящим Методическим рекомендациям и направляется в медицинскую организацию, направившую пациента в ГБУЗ ООД.

15. Обеспечение больных с новообразованиями лекарственной терапией осуществляется в соответствии с Приложением 2 к настоящим Методическим рекомендациям.

16. При наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях медицинская помощь осуществляется в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года № 930н.

17. При выявлении у больного злокачественного новообразования и лечении больных со злокачественными новообразованиями во всех случаях заполняется первичная медицинская документация в соответствии с Приложением 3 к настоящим Методическим рекомендациям.

Глава 2. Оказание медицинской помощи по профилю «онкология» в рамках оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи населению Иркутской области

18. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях: медицинскими сестрами, фельдшерами ФАП, медицинскими работниками смотровых кабинетов.

19. Медицинские работники ФАП обеспечивают:

а) непосредственное оказание медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечение в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 года № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»;

б) организацию и проведение диспансеризации населения в соответствии с порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;

в) систематическое наблюдение за пациентами с риском развития злокачественных новообразований (далее – ЗНО) и предраковыми состояниями (больные I б клинической группы);

г) систематическое наблюдение за онкологическими больными IV клинической группы согласно рекомендациям врачей-онкологов, выполнение рекомендаций по лечению;

д) проведение обследования и направление пациента к врачу-онкологу

района, а в случае отсутствия врача-онколога – к уполномоченному врачу, ведущему специализированный прием онкологических больных района при подозрении на ЗНО для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения, пациентов с предопухолевыми заболеваниями, обладающими высокой частотой озлокачествления;

е) обучение родственников правилам ухода за больным со злокачественным новообразованием, индивидуальный подбор средств по уходу за пациентом;

ж) обучение пациента контролю своего состояния (в том числе определение степени выраженности болевого синдрома), проведение обезболивающей терапии (обучение родственников) в соответствии с рекомендациями врача;

з) проведение санитарно-просветительной работы (профилактика и ранняя диагностика ЗНО, изменение/устранение поведенческих привычек, влияющих на течение заболевания);

и) ведение списков больных ЗНО обслуживаемого участка и ежеквартальная сверка данных с данными онкологического кабинета района.

20. Медицинские работники смотровых кабинетов обеспечивают:

а) организацию систематического выявления риска развития ЗНО, предраковых состояний;

б) доврачебный опрос, проведение иных видов анкетирования с целью формирования групп повышенного онкологического риска;

в) проведение профилактических осмотров женщин с целью выявления новообразований визуальных локализаций;

г) проведение профилактических осмотров мужчин с целью выявления новообразований визуальных локализаций;

д) проведение скрининг - диагностики онкологических заболеваний (цитологический мазок с шейки матки и цервикального канала);

е) направление на дополнительное обследование пациентов с выявленным заболеванием или с подозрением к профильному врачу-специалисту;

ж) направление пациента к врачу-онкологу района, в случае отсутствия врача - онколога к врачу, уполномоченному вести специализированный прием онкологических больных, по месту прикрепления пациента при подозрении на ЗНО для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения;

з) учет выявленной патологии по результатам врачебных заключений;

и) учет и регистрацию проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации;

к) проведение санитарно-просветительной работы среди граждан, посещающих поликлинику.

Смотровой кабинет является структурным подразделением амбулаторно-поликлинического учреждения либо функциональным

подразделением в составе отделения профилактики медицинской организации.

Смотровые кабинеты подразделяются на женские и мужские.

Основной задачей смотровых кабинетов является проведение профилактического осмотра мужчин возрастной группы от 30 лет, а женщин от 18 лет. Это обусловлено высоким процентом воспалительных и фоновых гинекологических заболеваний в данной возрастной группе, с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний визуальных локализаций (наружные половые органы, молочная железа, щитовидная железа, прямая кишка, губы, органы полости рта, кожные покровы, периферические лимфатические узлы). Эти органы доступны осмотру и пальпации, а также могут быть обследованы с помощью цитологического метода. Опухоли наружных локализаций, которые можно обнаружить в ходе профилактических осмотров, составляют 30% среди всех злокачественных опухолей у лиц обоего пола и почти 40% - у женщин. Рекомендуемая периодичность посещения смотрового кабинета для женщин – 1 раз в 2 года, для мужчин – 1 раз в 3 года. Осмотр в смотровом кабинете проводит специально подготовленная по диагностике ЗНО медицинская сестра (акушерка), фельдшер или врач. Необходимым условием допуска к работе в смотровом кабинете является их подготовка (повышение квалификации в объеме не менее 144 часов) на базе учреждения, имеющего лицензию на образовательную деятельность, где они проходят обучение основным диагностическим навыкам и методам выявления предопухолевых заболеваний и ЗНО наружных локализаций. Такая подготовка и тесная связь в повседневной работе медицинских работников смотровых кабинетов и онкологов повышает эффективность этой формы профилактических обследований. Методическое руководство работой кабинета осуществляет районный онколог, а при отсутствии такового – руководитель структурного подразделения МО.

Профилактический осмотр женщин в смотровом кабинете включает следующие методы обследования: осмотр, пальпация, измерение артериального давления, инструментальный метод, бимануальное обследование, пальцевое исследование прямой кишки женщинам старше 40 лет и при наличии жалоб, взятие мазков на цитологическое исследование с шейки матки и цервикального канала.

Профилактический осмотр мужчин в смотровом кабинете включает следующие методы обследования: осмотр, пальпация, измерение артериального давления, пальцевое исследование прямой кишки и области предстательной железы мужчинам старше 30 лет.

В соответствии с основными задачами смотровой кабинет осуществляет:

а) доврачебный опрос пациентов (сбор акушерско-гинекологического у женщин и урологического у мужчин анамнеза);

б) осмотр всех женщин с 18 лет и мужчин с 30 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение;

в) осмотр кожи, ротовой полости и наружных половых органов (у женщин – бимануальное влагалищное исследование, осмотр шейки матки в зеркалах, взятие мазков с шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование);

г) пальпацию щитовидной и молочных желез, живота, периферических лимфатических узлов;

д) трансректальное пальцевое исследование;

е) направление на дообследование и санацию пациентов с выявленным заболеванием или с подозрением на заболевание к профильному врачу-специалисту;

ж) учет и регистрацию проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации;

з) проведение санитарно-просветительной работы среди граждан, посещающих поликлинику.

Профилактическое обследование в смотровом кабинете должно носить массовый поточный характер. Для обеспечения массового охвата населения обследованием смотровой кабинет должен работать на протяжении полного рабочего дня поликлиники, т.е. в две смены. С этой целью в штатном расписании поликлиники следует предусмотреть две ставки специалиста, работающего в смотровом кабинете.

Посещаемость смотрового кабинета обеспечивается:

а) наличием в поликлинике информации о необходимости профилактического обследования в смотровом кабинете, для чего рядом с регистратурой, в зале самозаписи, в отделении профилактики и холлах должны быть вывешены объявления о необходимости обследования в смотровом кабинете, месте его размещения и часах работы;

б) направление посетителей поликлиники (женщин с 18 лет и мужчин с 30 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение) в смотровой кабинет должно быть обязательным и осуществляться работниками регистратуры, участковыми врачами и специалистами различных профилей.

Руководство поликлиники должно занимать активную позицию по оптимизации организации работы смотрового кабинета, путем наглядной агитации формировать у посетителей мотивацию для проведения профилактического осмотра.

Для активного привлечения посетителей в смотровой кабинет нужно проводить разъяснительную работу. Для этого участковые (семейные) врачи и специалисты различного профиля на приеме должны объяснять важность профилактического обследования в смотровом кабинете ввиду бессимптомного течения начальных форм злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний, лечение которых предотвращает развитие рака. Важная роль в разъяснительной работе о важности профилактических обследований принадлежит работникам отделения профилактики

амбулаторно-профилактических учреждений.

Не подлежат направлению в смотровой кабинет пациенты с острыми процессами, резкими болями, высокой температурой, с заболеваниями, требующими неотложной помощи. Такие больные должны пройти обследование в смотровом кабинете после стихания острых явлений.

Нагрузка смотрового кабинета с учетом требований к качеству осмотра, при котором подвергаются обследованию все органы, доступные осмотру и пальпации, составляет для женского кабинета 4 человека в час, для мужского – 5.

Оптимальным представляется организация в поликлинике отдельно мужского и женского смотровых кабинетов. При отсутствии такой возможности целесообразно организовать работу смотрового кабинета таким образом, чтобы прием женского и мужского населения осуществлялся посменно с ежедневным чередованием часов приема.

В смотровых кабинетах подлежат обследованию в обязательном порядке кожные покровы, органы ротовой полости, периферические лимфатические узлы, щитовидная железа, молочные железы, половые органы, прямая кишка.

Прежде чем начать осмотр пациента, медицинский работник проводит краткий доврачебный опрос, обращая внимание на появление слабости, утомляемости, снижение аппетита, наличие болевых ощущений в животе или поясничной области, в молочной железе. Появление этих признаков может указывать на заболевание раком желудка, яичников и молочной железы у женщины и др.

При жалобах на осиплость голоса и кашель, которые не очень беспокоят пациента, можно заподозрить рак гортани или легких, а при малейших затруднениях проглатывания твердой пищи - рак пищевода или кардиального отдела желудка.

Медицинский работник выясняет, нет ли у пациента "ранок" во рту, острых краев обломанных зубов, травмирующих язык и слизистую оболочку полости рта; нет ли увеличивающихся родимых пятен или родинок, изъязвлений кожи; нет ли выделений из сосков. При опросе следует обращать внимание на нарушение у женщин менструального цикла, наличие и появление болей и атипичных кровяных выделений межменструальном периоде и в менопаузе. Отмечается также наличие запоров чередование запоров с поносами, слизи и кровяных выделений из прямой кишки увеличение живота, уменьшение количества мочи.

Результаты акушерско-гинекологического анамнеза медицинский работник смотрового кабинета заносит в анамнестическую карту посетителя смотрового кабинета.

Осмотр полости рта. Обследование начинают с ротовой полости. С помощью шпателя осматривают слизистую губ, щек, десен, языка. Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Цель осмотра – обнаружение лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой.

Лейкоплакии выглядят как белые шероховатые налеты или плотные белые бляшки, возвышающиеся над поверхностью гладкой, розовой слизистой. Чаще они располагаются на слизистой оболочке щек. Трещины и изъязвления встречаются на боковых поверхностях языка, на красной кайме нижней губы ближе к углу рта, а также на тех участках слизистой полости рта, которые постоянно травмируются острыми краями обломанных зубов и плохо подобранными протезами. Легкая ранимость и кровоточивость этих участков подозрительна по наличию предопухолевых заболеваний.

Соскоб на цитологическое исследование с язвенной поверхности слизистой оболочки рта, кожи, нижней и верхней губы осуществляют тупым скальпелем. Полученный материал наносят тонким слоем на обезжиренное предметное стекло. При наличии на язве гнойно-некротического налета его необходимо удалить сухим ватно-марлевым тампоном. Мазки подсушивают на воздухе и отправляют с заполненным направлением (ФИО, возраст, диагноз, характер взятия материала) в цитологическую лабораторию для исследования.

Осмотр кожных покровов. Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений.

Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных участков кожи с шероховатой поверхностью и склонностью к изъязвлению, которые располагаются в областях тела, подвергающихся воздействию раздражающих факторов: трение краем одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д. С течением времени на этих местах могут возникнуть узелковые и бородавчатые образования. Наиболее частой локализацией предрака и рака является кожа лица.

Большую опасность на наличие злокачественной пигментной опухоли кожи — меланомы — представляют собой темные и синюшно-багровые пятна и узловые образования, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к увеличению и изъязвлению. Такие образования часто встречаются на коже живота, спины, нижних конечностей.

С пигментных опухолей материал на цитологическое исследование получают только методом отпечатков путем прикладывания чистого обезжиренного стекла к изъязвившейся или мацерированной поверхности.

Пальпация лимфатических узлов. Последовательно пальпируют периферические лимфатические узлы: шейные, надключичные, подмышечные и паховые. Пальпация шейных и надключичных лимфатических узлов осуществляется в положении пациента стоя или сидя. При этом медицинский работник становится позади пациента. Пальпацию проводят двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследуют шейную и надключичную области, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи. Пальпация подмышечных лимфатических узлов производится отдельно с каждой стороны. При этом

медицинский работник стоит спереди от пациента, положив ее руку на свое плечо со стороны осмотра. Паховые лимфатические узлы пальпируют в положении пациента «лежа на кушетке».

В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции. Лимфатические узлы являются барьером на пути распространения злокачественного процесса. В них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. Пораженные метастазами лимфатические узлы представляют собой плотные, часто неподвижные образования различной величины. В ряде случаев увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфогранулематоза или лейкозов – системных заболеваний, поражающих весь лимфатический аппарат организма.

Пальпация щитовидной железы. Пальпацию щитовидной железы можно проводить, стоя спереди или сзади от пациента. При положении медицинского работника сзади от пациента пальпация осуществляется обеими руками, четырьмя пальцами обеих рук, при этом большие пальцы располагаются на боковых поверхностях шеи. При положении медицинского работника спереди от пациента пальпацию производят большими пальцами обеих рук, при этом остальные пальцы располагаются на боковых поверхностях шеи. Во время пальпации следует предложить пациенту сделать глотательное движение. При этом четко выявляются размеры и консистенция щитовидной железы.

Щитовидная железа располагается на уровне гортанных хрящей и в норме не содержит уплотнений и опухолевых образований. При наличии предопухолевых заболеваний и опухолей отмечаются диффузное или локальное уплотнение, асимметрия железы за счет увеличения правой или левой ее доли.

Обследование молочных желез. Обследование молочных желез включает осмотр и их пальпацию. Осмотр проводится в положении «поднятые руки положены на затылок». Обращают внимание на величину и форму молочных желез, состояние кожи, сосков, ареолы. Каждую железу осматривают отдельно, придав пациенту полубоковое положение и попросив его поднять руку. Изменения легче выявляются при сравнении одной железы с другой. В норме молочные железы, как правило, имеют одинаковую форму и величину. Соски располагаются на одной линии. Трещины, мокнутия, корочки, втяжение и фиксация соска, кожа, напоминающая лимонную корку, следует рассматривать как признаки злокачественного заболевания.

Пальпацию молочных желез всегда осуществляют в двух положениях обследуемого: стоя и лежа. Проводят "плоской" ладонью по молочной железе и ощупывают ее пальцами с целью выявления уплотнений и узлов в ткани молочной железы.

Ощупывать молочные железы нужно тщательно, последовательно обследуя каждый участок. Большую отвислую грудь удобнее исследовать в положении лежа, немного повернув пациента сначала на один, а затем на

другой бок. Легко нажимая на сосок, медицинский работник должен выяснить, нет ли патологических выделений из соска.

В норме молочные железы мягкие, уплотнений не содержат. Злокачественные опухоли определяются в виде плотных, хорошо отграниченных узлов или уплотнений без четких границ, часто сопровождающихся втяжением соска и фиксацией кожи. При правильной пальпации можно выявить опухоли размером до 1 см. При больших размерах молочных желез, в которых трудно пальпаторно обнаружить опухоль, целесообразно направить пациента на маммографию (ультразвуковое исследование).

Методика осмотра грудных желез у мужчин не отличается от таковой у женщин. При осмотре и пальпации обращают внимание на величину и форму сосков, наличие уплотнений в железах, выделений и болевых ощущений. Рак грудной железы у мужчин составляет примерно 1% от всех случаев рака молочной железы у женщин, т.е. это заболевание у мужчин встречается в 100 раз реже, чем у женщин. Основным предрасполагающим фактором развития рака грудной железы у мужчин является гинекомастия - дисгормональное увеличение молочных желез. Средний возраст клинического проявления рака грудной железы у мужчин составляет 64 года. Основным симптомом рака грудной железы у мужчин является наличие узлового образования в грудной железе. Обычно опухоль располагается под соском, ареолой или недалеко от них. Нередко отмечаются кровянистые выделения из соска. При запущенном раке отмечается изъязвление кожи. При распространении опухоли в подмышечные лимфоузлы отмечается их увеличение и уплотнение.

Материалом для цитологического исследования молочных желез являются выделения из сосков. Для качественного получения материала необходимо провести легкий массаж молочной железы поглаживанием в направлении к соску. Затем производят «сцеживание» на предметное стекло. Готовят 4 – 5 мазков, распределяя выделенную жидкость тонким слоем, высушивают мазки на воздухе.

Осмотр и пальпация живота. Осмотр живота проводится в положении пациента стоя и лежа. Следует обращать внимание на величину и форму живота, наличие асимметрии, изменение сосудистого рисунка кожи, состояние пупка и участие живота в акте дыхания.

Пальпацию живота проводят в положении обследуемого лежа с согнутыми и несколько приведенными к животу ногами, опущенными вдоль тела руками и при полном расслаблении передней брюшной стенки. Пальпацию начинают с левой паховой области, мягкими давящими движениями всей ладонной поверхностью пальцев, постепенно продвигаясь по ходу толстой кишки до правой паховой области. Затем пальпацию продолжают по средней линии живота от лона вверх, пальпируют области пупка, эпигастрия до мечевидного отростка. Далее пальпируют правое и левое подреберья (печень и селезенку). При этом обращают внимание на наличие плотных образований, узлов. Увеличение живота, распластанная

форма его могут быть признаками асцита. При пальпации могут быть обнаружены опухолевые образования в верхних и нижних отделах живота, а также в области пупка.

Обследование женских половых органов. В гинекологическом кресле при хорошем освещении осматривают слизистую вульвы. Проводят также пальпацию наружных половых органов. Белесоватый цвет и сухость слизистой вульвы с склонностью к образованию трещин, а также атрофия малых половых губ характерны для крауроза. Лейкоплакия выявляется в виде белых шероховатых налетов и бляшек. Эти изменения слизистой вульвы относятся к предраковым заболеваниям. Изъязвление слизистой с уплотнением ткани может быть признаком рака вульвы.

Осмотр с помощью зеркал. Шейку матки обнажают ложкообразными зеркалами Симса и подъемниками. При осмотре определяют величину, форму шейки матки состояние ее слизистой и слизистой стенок влагалища. Наличие каймы или очагов гиперемии вокруг наружного зева шейки матки соответствует участкам цервикальной эктопии. Обнаружение белых налетов и бляшек говорит о лейкоплакии. При осмотре могут быть выявлены, образования, напоминающие цветную капусту, характерные для рака шейки матки.

Цитологический скрининг.

Цитологический скрининг шейки матки принципиально отличается от всех видов скрининга, применяемых в противораковой борьбе, например, скрининг рака молочной железы, скрининг рака желудка. В отличие от всех видов скрининга, которые направлены на раннюю диагностику рака и снижение смертности от рака, скрининг рака шейки матки направлен на выявление не только ранних форм рака, но и, в первую очередь, «предраковых» изменений, в частности интраэпителиальных неоплазий различной степени (*CIN I, II, III*) и интраэпителиального рака *in situ*. Прогрессирование интраэпителиальной неоплазии в рак – процесс медленный. Обычно он длится более десяти лет.

Для эффективности проводимого скрининга необходимо:

- создание при медицинских учреждениях, на базе смотровых кабинетов компьютерного учета контингента женщин, подлежащих скринингу (персонифицированная база данных);
- обеспечение ежегодной сменяемости контингента женщин, проходящих скрининг (в рамках интервала 3 года);
- проведение мер, направленных на увеличение охвата скринингом женщин (издание информационных брошюр и других печатных материалов, проведение разъяснительной работы среди населения о значении скрининга, рассылка писем женщинам, не явившимся на скрининг, телефонное оповещение и пр.).

Скрининг рака шейки матки предусматривает три этапа:

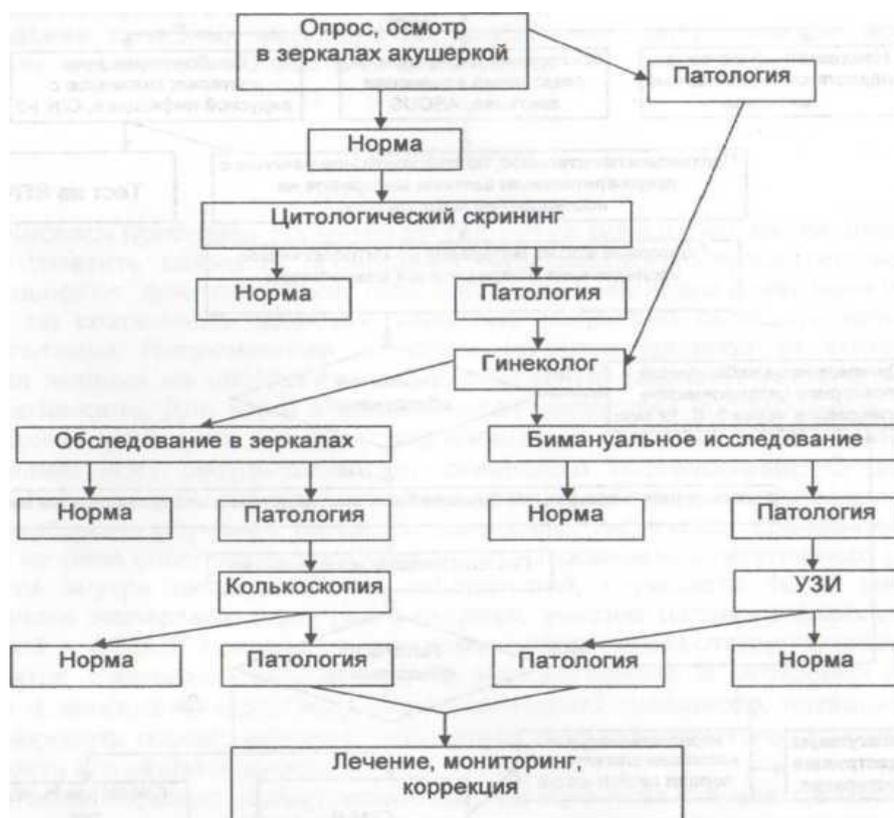
- а) популяционный скрининг - подразделение на подгруппы здоровые/больные на основании визуальных осмотров;

б) диагностический скрининг - деление больных на подгруппы по степени онкологического риска (фоновые заболевания, предрак, рак);

в) формирование групп диспансерного наблюдения для мониторинга и коррекции по нозологическому принципу.

На первом этапе в смотровом кабинете собирается анамнез, проводится общий осмотр, взятие мазков для цитологического исследования с зоны трансформации и цервикального канала. Формируется контингент женщин с признаками риска опухолевой патологии.

На втором этапе группа женщин с выявленными факторами риска из смотрового кабинета для углубленного обследования направляется в специализированный кабинет или женскую консультацию, при необходимости в гинекологический стационар, после углубленного обследования окончательно формируется группа риска. Схема 1.



В случае выявления предопухолевых заболеваний лечение проводится в специализированных кабинетах женских консультаций, при обнаружении рака пациентки подлежат дополнительному обследованию и лечению в онкологическом диспансере. Направление таких женщин в онкологический диспансер осуществляется по установленному Порядку.

Женщин, входящих в группу риска, при отсутствии клинических проявлений, ставят на диспансерный учет и подвергают обследованию и лечению.

Эффективность цитологического скрининга определяется:

а) охватом женского населения;

- б) периодичностью проведения;
- в) чувствительностью цитологического метода;
- г) адекватным обследованием и лечением выявленных больных.

Охват населения должен быть максимальным, включая активный вызов женщин.

Скринингу подлежат женщины в возрасте от 21 года или с начала половой жизни до 69 лет. Взятие соскоба для цитологического скрининга при отрицательном результате первичного обследования проводится с интервалом 1 раз в 3 года

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекологии» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) женщинам I и II групп здоровья (практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, и женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы) рекомендуются профилактические осмотры 1 раз в год.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» рекомендуется осмотр фельдшером (акушеркой) смотрового кабинета женщин в возрасте от 30 до 60 лет с взятием мазка на цитологическое исследование с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала с использованием щетки с периодичностью 1 раз в 3 года за исключением случаев невозможности проведения исследования у девственниц и в связи с экстирпацией матки. Допускается вместо осмотра фельдшером (акушеркой) проведение осмотра врачом акушер-гинекологом, включая взятие мазка с шейки матки. Цитологическое исследование мазка с шейки матки проводится при окрашивании мазка по Папаниколау.

Обработка и просмотр соскобов из шейки матки и цервикального канала проводится в централизованных цитологических лабораториях. Срок от взятия материала до получения заключения не должен превышать 14 дней за исключением случаев, когда цитологическая лаборатория обеспечивает медицинские учреждения в отдаленных районах области, но не более 30 дней.

Принципиальная особенность цитологического скрининга состоит в том, что соскоб из шейки матки для цитологического исследования в ходе скрининга берется только в том случае, если при осмотре шейки матки не выявлено макроскопически патологических изменений. Если такие изменения выявляются, медицинский работник смотрового кабинета (фельдшер, акушерка) не должен производить соскоб, а обязан сразу направить женщину для дополнительного обследования к гинекологу. Гинеколог берет как соскоб для цитологического исследования, так и

биопсию. Этот материал относится к диагностическому, подлежат обработке и просмотру в соответствии с правилами и сроками диагностических морфологических исследований.

Чувствительность цитологического метода зависит от уровня подготовки цитолога, полноценного взятия материала из зоны трансформации и цервикального канала, с использованием специальных инструментов. Цитологическое исследование характеризуется высокой специфичностью (70-95 %), но умеренной чувствительностью (> 50 %). Имеется довольно высокий показатель ложноотрицательных заключений (5-55 %), две трети которых связано с плохим забором материала.

Взятие мазков для цитологического исследования.

Во время осмотра шейки матки проводят забор мазков для цитологического исследования. Непременным условием получения клеточного материала для цитологической диагностики является взятие мазков до бимануального исследования, до проведения кольпоскопии и различных проб. Мазок не рекомендуется брать ранее 48 часов после полового контакта, во время менструации, во время лечения генитальных инфекций, ранее 48 часов после расширенной кольпоскопии, после спринцевания и вагинального исследования. Учитывая отсутствие видимой патологии, материал берется со всей поверхности шейки матки и из цервикального канала. В связи с тем, что рак чаще всего развивается на месте соединения плоского эпителия влагалищной части шейки матки с цилиндрическим эпителием цервикального канала по периметру маточного зева, соскоб для забора материала должен обязательно включать зону трансформации и цервикальный канал. Зона трансформации у женщин после 40 лет, а также после диатермокоагуляции и криодеструкции уходит в цервикальный канал на 2,5 см выше наружного маточного зева, что диктует необходимость забора материала для цитологического исследования из цервикального канала на глубину не менее 2,5 см.

У женщин с визуально нормальной шейкой матки мазки берутся методом поверхностного соскоба, производимого одноразовой цервикс-щеточкой типа «cervix brush» (рис.1) или «cyto brush».



Рис. 1 Цервикс-щеточка ("cervix-brush")

Это одноразовый инструмент, изготавливаемый из полиэтилена и имеющий общую длину 20 см. Верхняя часть цервикс-щеточки, используемая для сбора клеток, представляет собой гибкую щеточку. Состоящую из 57 полукруглых пластиковых щетинок различной длины. По форме она соответствует контурам шейки матки, а самые длинные средние

щетинки захватывают достаточно глубокие участки цервикального канала. Более короткие боковые ворсинки предназначены для соскоба клеток с поверхности шейки матки и с зоны перехода плоского эпителия шейки матки в цилиндрический эпителий цервикального канала. Гибкость ворсинок щеточки позволяет собрать клетки со всей поверхности шейки матки и предотвращает повреждение ее тканей.

Методика забора материала традиционным методом и методом жидкостной цитологии.

При визуальном осмотре нормальной шейки матки необходимо оценить количество слизи на поверхности шейки матки. Ее осторожно удаляют, промокая мягким ватным тампоном. Упаковка цервикс - щеточки вскрывается, щеточка вводится во влагалище под контролем глаза и ее конус осторожно направляется в цервикальный канал (рис. 2). После введения конуса щеточки в цервикальный канал щеточка прижимается к поверхности шейки и производится 5 полных круговых движений – трижды по часовой стрелке и дважды против (рис. 3).

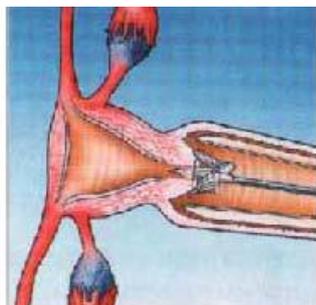


Рис. 2
Цервикс-щеточку направляют в цервикальный канал

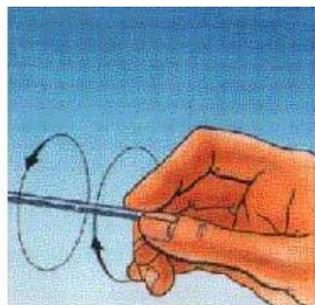


Рис. 3
Круговые движения цервикс-щеточкой

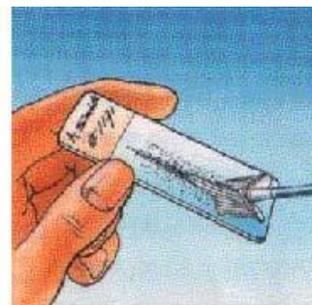


Рис. 4
Содержимое цервикс-щеточки наносят на предметное стекло

Для получения материала максимально богатого клетками необходимо производить забор из зоны трансформации в виде скарификата до «кровоавой росы» и обязательно получение материала из цервикального канала и крипт эндоцервикса. Очень важно правильно ввести конус щеточки в цервикальный канал, т.к. от этой манипуляции зависит качество взятия соскоба. Далее щеточка удаляется из влагалища, ее содержимое наносится при применении традиционного метода цитологического исследования на предметное стекло линейным движением вдоль стекла, используя обе стороны щеточки (рис. 4). При окраске по Папаниколау мазок сразу же до высыхания фиксируется акушеркой, фельдшером смотрового кабинета специальными готовыми растворами-фиксаторами; при окраске по Паппенгейму, Романовскому–Гимзе и др мазки высушиваются на воздухе. Для цитологического исследования рекомендуется использование одноразовых предметных стекол. При повторном применении предметных стекол они должны быть чистыми и обезжирены в растворе хромовокислого калия и смеси Никифорова не менее 24 часов.

Мазок с указанием фамилии женщины и оформленным направлением

в этот же или на следующий день должен быть направлен в цитологическую лабораторию. Маркировка цитологических препаратов производится простым карандашом или стеклографом по матовой поверхности предметного стекла.

Если цитологическое исследование планируют проводить *методом жидкостной цитологии*, то цитощетка помещается в виалу с фиксатором, ополаскивается в трех направлениях: вращательным движением, вверх вниз, и в горизонтальном направлении. Затем наконечник цитощетки снимается и оставляется в виале с фиксатором (рис.5)

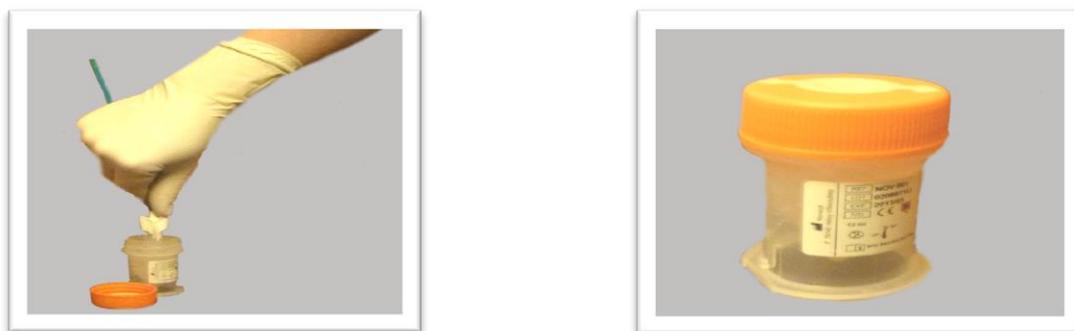


Рис. 5 Взятие материала для цитологического исследования методом жидкостной цитологии.

Виала с фиксатором и наконечником цитощетки маркируется, закладывается в контейнер для транспортировки, доставляется в лабораторию или помещается в холодильник для временного хранения.

Направление на цитологическое исследование, сопровождающее препарат, оформляется по форме № 446/у в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 апреля 2003 года № 174 «Об утверждении учетных форм для цитологических исследований» (Приложение 4 к настоящим Методическим рекомендациям).

Двуручное гинекологическое исследование. При двуручном гинекологическом исследовании акушерка должна обращать внимание на величину и форму шейки матки, ее плотность, величину, форму, консистенцию и подвижность матки, положение матки в малом тазу; состояние придатков, наличие уплотнений и опухолей у стенок малого таза.

Увеличение и плотная консистенция шейки матки, смещение матки к одной из стенок таза и ограниченность ее подвижности, укорочение и уплотнение сводов влагалища могут быть признаками рака шейки матки. Увеличение матки, неровная, узловатая поверхность ее обычно характерны для фибромиомы. Опухолевые образования в области придатков и в заднем своде влагалища всегда подозрительны по наличию рака яичников.

Учет и результаты цитологического исследования мазков. Результаты цитологического исследования поступают из лаборатории в учреждение, где производился забор материала, и фиксируются в картотеке или журнале. В целом срок получения заключения из цитологической лаборатории не должен превышать 7 рабочих дней с момента поступления материала в

лабораторию для лечебно-профилактических учреждений города, где имеется цитологическая лаборатория, и не более 30 дней для отдаленных районов области (края, республики).

Результаты цитологического исследования гинекологического мазка отражаются в виде стандартных ответов. Применяется терминология системы Бетесда с дополнениями 2015 года.

Прежде всего, оценивается информативность (адекватность) материала для цитологического исследования. Неадекватность или неинформативность мазка - сигнал к повторному взятию материала для цитологического исследования.

Отсутствие интраэпителиальных поражений эпителия и злокачественных процессов (NILM). В эту группу включены цитологические заключения о нормальном состоянии эпителия, а также о наличии различных воспалительных и реактивных состояний (заболеваний).

В норме в цитологических препаратах обнаруживают клетки плоского эпителия, группы клеток цилиндрического эпителия и метаплазированного эпителия, небольшое число лейкоцитов, небильную микрофлору (палочки).

При наличии воспалительных и реактивных процессов, уточняют их характер и по возможности причину:

- а) атрофические изменения,
- б) наличие клеток железистого эпителия после гистерэктомии,
- в) реактивные изменения, ассоциированные с:
воспалением, включая типичную регенерацию,
лучевой терапией,
применением внутриматочных контрацептивов.

Кроме того, указывают наличие микроорганизмов:

- а) *Trichomonas vaginalis*,
- б) грибов, по морфологическому строению соответствующих *Candida* spp.,
- в) бактерий, по морфологическому строению соответствующих *Actinomyces* spp.,
- г) коккобациллярную микрофлору, характерную для бактериального вагиноза,
- д) клеточные изменения, соответствующие поражению *Herpes simplex virus*.

У женщин старше 40 лет обязательно отмечается наличие эндометриальных клеток.

Клетки плоского эпителия с атипией неясного значения (ASC-US)

Клетки плоского эпителия с атипией неясного значения, не исключают наличия высокой степени интраэпителиальных изменений (ASC-H)

Интраэпителиальные изменения плоского эпителия низкой степени (LSIL): включают поражения, ассоциированные с HPV и CIN I

Интраэпителиальные изменения плоского эпителия высокой степени (HSIL): включают CIN II, CIN III, карциному in situ и случаи, подозрительные в отношении инвазивного рака

Плоскоклеточная карцинома

Клетки цервикального (железистого) эпителия с атипией неясного значения

Атипичные клетки цервикального (железистого) эпителия, связанные с наличием неоплазии

Эндоцервикальная аденокарцинома in situ

Эндоцервикальная аденокарцинома

Эндометриальная аденокарцинома

Вторичная аденокарцинома

Неклассифицируемая карцинома

Другие злокачественные опухоли

Длительность хранения стекол.

Сроки хранения препаратов с выявленной патологией (LSIL, HSIL, рак, патология железистого эпителия) должны составлять не менее 10 лет (для лабораторий учреждений неонкологического профиля, не менее 25 лет для учреждений онкологического профиля. Сроки хранения препаратов без патологии (для контроля качества) — не менее 10 рабочих дней; рекомендуемый срок хранения препаратов жидкостной цитологии с нормой — не менее 4-х месяцев.

О результатах цитологического скрининга медицинский работник смотрового кабинета извещает женщину. При ответе «NILM» заключение передают в регистратуру поликлиники для помещения в амбулаторную карту. При получении результата цитологического исследования о наличии воспалительного процесса, интраэпителиальных неоплазий (ASCUS, ASC-H, LSIL (ВПЧ, CIN I), HSIL (CIN II, II-III, III, III/cr in situ, подозрение на рак), атипии железистого эпителия, рака больную с результатом цитологического заключения направляют к гинекологу, в женскую консультацию.

Гинеколог при цитологическом заключении HSIL (CIN II-III, III, III/cr in situ, подозрение на рак, атипия железистого эпителия, связанная с неоплазией), рак после дополнительного обследования направляет пациентку непосредственно в онкологический диспансер по установленному порядку для лечения и динамического наблюдения.

Исследование органов мошонки и полового члена. У мужчин при визуальном осмотре обращают внимание на состояние кожных покровов половых органов, наличие ссадин и трещин, мацераций, гиперемированных участков на коже головки полового члена, величину и форму яичек.

При пальпации органов мошонки отмечают размеры яичек, придатков, семенного канатика, их консистенция и наличие уплотнений и узелковых образований. В ранней стадии рака яичка прощупывается

небольшой плотный безболезненный узелок, в последующем яичко становится плотным, бугристым.

В норме доступная пальпации часть уретры на всем протяжении нечувствительна, упруго-мягкой консистенции. Болезненность при пальпации, наличие уплотнений в виде равномерного шнура или отдельных узелков указывают на патологические изменения в стенке уретры.

Пальцевое исследование прямой кишки. Перед исследованием прямой кишки необходимо тщательно осмотреть кожные покровы области крестца и копчика, межъягодичной складки, промежности, ануса. Осмотр и пальпация области ануса у мужчин производится в положении обследуемого на спине или коленно-локтевом положении, у женщин – в гинекологическом кресле.

При осмотре промежности и области ануса обращают внимание на рубцы, деформацию, воспалительные инфильтраты, наружные отверстия гнойных свищей, перианальные бахромки, остроконечные кондиломы, наружные геморроидальные узлы. Перианальные бахромки представляют собой мясистые радиально расположенные вокруг ануса складки перианальной кожи, образовавшиеся на месте затромбированных наружных геморроидальных узлов. При большом количестве перианальных бахромок, препятствующих туалету области ануса, может быть поставлен вопрос об их оперативном удалении, и такие больные могут быть направлены к проктологу.

Наружные геморроидальные узлы располагаются по краю анального отверстия, бывают одиночными и множественными, покрыты синюшной или фиолетового цвета кожей. Консистенция их мягкая, при надавливании они слегка болезненны и не спадаются. Тромбоз наружных геморроидальных узлов сопровождается выраженными воспалительными явлениями. При часто повторяющихся острых тромбозах больного следует отправить к проктологу.

Перианальные остроконечные кондиломы представляют собой множественные мелкие плотноватые бородавчатые узелки, нередко в области ануса образующие разрастания в виде цветной капусты. Этим больным также необходимо направить к проктологу.

Для осмотра стенок анального канала следует раздвинуть его края и попросить обследуемого слегка натужиться. При этом выявляются анальные трещины, выпадающие крупные анальные (фиброзные) полипы, наружные отверстия подкожно-подслизистых свищей прямой кишки, иногда можно увидеть нижние полюса внутренних геморроидальных узлов, особенно при их склонности к выпадению.

Острая анальная трещина представляет собой резко болезненный продольный дефект задней или передней стенки анального канала. Изредка анальная трещина может располагаться на боковой стенке. Хроническая анальная трещина отличается от острой более плотными (каллезными) краями, дно ее покрыто сероватым налетом, нередко у верхнего края имеется небольшое фиброзное образование – «сторожевой бугорок». У больных с

анальной трещиной из-за резкой болезненности пальцевое исследование в смотровом кабинете лучше не выполнять, а направить пациента к проктологу.

Выпадающий крупный анальный полип имеет вид гладкого сигарообразного образования сероватого цвета, плотноватого на ощупь и легко вправляемого в прямую кишку. Эти полипы не являются предраком, но вызывают болевые ощущения и поэтому подлежат оперативному удалению.

Для ректального исследования используют напальчник, который надевают на указательный палец и обильно смазывают вазелином. Палец вводят в прямую кишку и обследуют ее стенки по ходу часовой стрелки.

Обращают внимание на тонус сфинктера прямой кишки. При снижении тонуса и жалобах на недержание газов и жидкого (I-II степень недостаточность анального жома) или твердого кала (III-IV степень) больного необходимо направить к проктологу.

Внутренние геморроидальные узлы располагаются соответственно 3, 7 и 11 часам воображаемого циферблата (6 часов циферблата вне зависимости от положения осматриваемого находятся в области копчика). Они определяются на стенках анального канала в виде подвижных (легко смещаемых), мягких, умеренно болезненных или безболезненных образований, иногда кровоточащих при обследовании. В некоторых случаях при натуживании больного внутренние геморроидальные узлы имеют тенденцию к выпадению. Диагноз хронического геморроя может быть установлен только при имеющейся клинической картине заболевания: болей, кровотечения каплями алой крови, значительным увеличением узлов с тенденцией к выпадению при натуживании или выпадении их из анального канала. Само по себе наличие геморроидальных узлов не является заболеванием и не должно служить поводом для направления обследуемого к специалисту.

Анальные (фиброзные) полипы представляют собой значительно гипертрофированный анальный сосочек. Они определяются при пальцевом исследовании прямой кишки в виде плотного легко смещаемого безболезненного образования на длинной ножке, исходящего из области зубчатой линии (чаще задней ее полуокружности). Крупные анальные полипы могут выпадать из прямой кишки и ущемляться в анусе, вызывая боли.

Аденоматозные полипы, ворсинчатые опухоли и злокачественные новообразования прямой кишки определяются как узлы различной плотности и размеров на слизистой оболочке, или как уплотнения в виде инфильтрата стенки кишки. При пальпации через стенку прямой кишки также могут быть обнаружены уплотнения в параректальной клетчатке. Их всегда следует специально искать. Все эти больные направляются к проктологу, что отслеживается медицинским работником смотрового кабинета.

При пальцевом исследовании прямой кишки следует обращать внимание на наличие патологического отделяемого в просвете кишки: крови,

гноя, слизи, которые остаются на пальчике. Указание в анамнезе на выделение при дефекации темной крови (иногда сгустками), гноя или обильной слизи могут свидетельствовать о наличии в вышележащих отделах кишки злокачественного новообразования или ворсинчатой опухоли. Такие больные подлежат обследованию проктолога или онколога.

При удалении пальца из прямой кишки его осматривают на наличие следов крови или гноя.

Обязательным элементом ректального исследования у мужчин является исследование предстательной железы. Определяют ее размеры, консистенцию, болезненность и границы. При диффузном увеличении железы междолевая бороздка становится глубокой и четко выраженной. Иногда предстательная железа значительно увеличена в размерах и выбухает в просвет прямой кишки. В начальных стадиях рака в предстательной железе прощупывается одно или несколько уплотнений, иногда хрящевидной консистенции. Железа при этом может быть не увеличена. При любых изменениях предстательной железы обследуемого срочно направляют к урологу.

Направление на дополнительное обследование. В задачу медицинского работника смотрового кабинета не входит установление точного диагноза. Он должен только заподозрить патологию и направить пациента к соответствующему врачу-специалисту на углубленное обследование. При подозрении на злокачественное новообразование заполняется форма сигнального извещения смотрового кабинета, которая направляется в первичный онкологический кабинет (Приложение 5 к настоящим Методическим рекомендациям).

Медицинский работник смотрового кабинета направляет пациента с той или иной патологией на дополнительное обследование к терапевту (узкому специалисту) по месту жительства (прикрепления) или специалисту, ответственному за данный раздел работы.

Результаты осмотра фиксируются в журнале ежедневного осмотра и в электронной базе смотрового кабинета (при ее наличии). Заполняются следующие графы: порядковый номер в день приема, фамилия, имя, отчество обследуемого, возраст, адрес. В последующих графах отмечают результаты осмотра всех локализаций, подлежащих обследованию в смотровом кабинете: кожи, полости рта, лимфатических узлов, живота, щитовидной железы, молочных желез, половых органов, прямой кишки. Отдельные графы выделяются для отметки о взятии материала на цитологическое исследование, предварительного диагноза смотрового кабинета и заключительного диагноза.

Пациентам, прошедшим обследование в смотровом кабинете, при отсутствии патологии выдают талон с указанием даты осмотра, который предъявляется врачу или в регистратуру для вклеивания в амбулаторную карту. При этом на титульном листе амбулаторной карты в регистратуре ставится штамп с указанием даты осмотра в смотровом кабинете. При

обнаружении патологии талон маркируется красным цветом.

Удобной формой регистрации результатов профилактических осмотров является использование картотеки (электронной базы). Принципиально важное значение картотеки в регистрации результатов осмотра состоит в том, что она позволяет наглядно контролировать число обследуемых, прошедших осмотр из общего количества подлежащих осмотру; активно вызывать закрепленное население на профилактические обследования и при этом регулировать поток посещаемости смотрового кабинета; контролировать и сравнивать по картам результаты ежегодных профилактических обследований для выявления визуальных локализаций рака.

Списки для картотеки составляются участковыми медицинскими сестрами (участковыми врачами). Карточки хранятся в смотровом кабинете в специальных ящиках, разложенные по участкам в алфавитном порядке. Проверку списочного состава и пополнение карточек на лиц, подлежащих профилактическому осмотру, следует проводить ежегодно.

Карточки разделяют на две основные группы:

- а) карточки лиц, не прошедших осмотра в текущем году;
- б) прошедших обследование в текущем году.

Карточки прошедших обследование также целесообразно разделить на две группы:

- а) карточки тех, у кого патология не выявлена;
- б) карточки тех, у кого выявлена патология. В этой группе выделяются карточки со сверенным «уточненным» диагнозом. При выявлении рака они маркируются красным цветом, эти больные подлежат наблюдению у районного онколога. Уточнение диагнозов (сверка выявленной патологии) проводится 1 раз в месяц. Уточненный диагноз заносится в карточку.

Списки пациентов с выявленной патологией передаются старшей сестре поликлиники (женской консультации) для передачи профильным специалистам. Список является документом, обеспечивающим преемственность работы медицинского работника смотрового кабинета и врачами, осуществляющими дообследование и лечение пациентов, нуждающихся в этом. Для своевременного вызова больного в медицинскую организацию эти списки необходимо передавать не реже 1 раза в месяц (в последних числах текущего месяца или в первых числах следующего). Несоблюдение этих сроков затрудняет работу учреждений, проводящих дообследование, и значительно снижает результативность работы смотрового кабинета. Не позже, чем через 1 месяц, при сдаче очередного нового списка медицинский работник смотрового кабинета должен получить предыдущий с указанием заключительных диагнозов.

Медицинские организации, получившие списки больных из закрепленных за ними смотровых кабинетов, должны в 10-дневный срок пригласить указанных в списке пациентов к дополнительному обследованию и санации. К концу месяца в список должны быть внесены дата обращения пациента для дополнительного обследования и уточненный диагноз.

Активное привлечение на дообследование, внесение уточненных диагнозов в списки смотрового кабинета, находящиеся у старшей сестры ЛПУ, являются обязанностью медицинских сестер, работающих в кабинете профильного врача-специалиста. Врач должен со всей тщательностью отнестись к осмотру пациента, при показаниях обеспечить ему необходимое обследование; при отсутствии патологии успокоить пациента, не подрывая при этом авторитета медицинского работника смотрового кабинета, подчеркнуть необходимость профилактических осмотров в дальнейшем, отметить в амбулаторной карте, что пациент направлен из смотрового кабинета.

На основании заключительных врачебных диагнозов и собственной документации медицинский работник подводит итоги проведенной работы с указанием числа и возраста обследованных (первичных и повторных), числа проведенных цитологических исследований. Число больных с различными патологическими состояниями, выявленными при профилактическом обследовании в смотровом кабинете, указывают только по уточненным диагнозам. Также указывается число больных с выявленной патологией, оставшихся без врачебного дополнительного обследования. Проверяется обращение направленных из смотрового кабинета пациентов к специалистам по спискам, представляемым в медицинскую организацию.

Ежеквартально медицинский работник смотрового кабинета составляет отчет по всем показателям для руководства поликлиники и районного онколога (Приложение 6 к настоящим Методическим рекомендациям). Вопросы работы смотрового кабинета должны заслушиваться 2 раза в год на врачебных и сестринских конференциях.

Оценка работы смотрового кабинета проводится совместно руководством поликлиники и онкологом района. Показатели оценки работы смотрового кабинета представляются отдельно для женского и мужского кабинета в соответствии с Приложением 7 к настоящим Методическим рекомендациям.

Показателем квалификации медицинского работника смотрового кабинета может служить процент подтвержденных или измененных диагнозов. При большом количестве необоснованных направлений пациентов на дообследование, или пропусках в диагностике злокачественных новообразований руководство медицинской организации должно ставить вопрос о повышении квалификации специалиста.

Основным критерием работы смотрового кабинета служит выявление предопухолевых заболеваний (Приложение 8 к настоящим Методическим рекомендациям) и рака, а также процент активного выявления рака.

Табель оснащения смотрового кабинета:

Оборудование:

1. Кушетка для осмотра в положении лежа;
2. Гинекологическое кресло;
3. Осветитель на шарнирах;
4. Ширма для выделения места подготовки к осмотру;

5. Письменный стол;
6. 3 – 4 стула;
7. Шкаф и тумбочка для хранения документов, инвентаря и медикаментов;
8. Ящики для картотеки;
9. Хирургический столик для инструментария;
10. Стерилизатор сухожаровой для стерилизации инструмента;
11. Ростомер;
12. Медицинские весы;
13. Тонометр с фонендоскопом;
14. Персональный компьютер;
15. Педальное ведро для мусора.

Инструментарий:

1. деревянные одноразовые шпатели для осмотра полости рта – 300 шт./месяц;
2. одноразовые цервикс-щеточки – 120-150 шт./месяц;
3. ложкаобразные зеркала Симса – 20 шт.;
4. подъемники гинекологические к зеркалам – 40 шт.;
5. ложка Фолькмана – 10 шт.;
6. корнцанги – 30 шт.;
7. несколько разных пинцетов;
8. контейнеры для хранения и транспортировки цитологических препаратов – по числу препаратов;
9. резиновые хирургические перчатки – 50 – 60 пар/месяц;
10. напальчники – 500 шт./месяц;
11. вощеная бумага или 40-45 шт. клеенок;
12. вата;
13. марлевые салфетки, используемые при осмотре языка и анальной области;
14. вазелин для пальцевого исследования прямой кишки (2,0 кг на 1000 осмотренных);
15. тальк для перчаток;
16. хозяйственное и туалетное мыло;
17. дезинфицирующие растворы (хлорамин, лизафин и др.);
18. 2 дозатора для кожных антисептиков и жидкого мыла;
19. не менее 3 биксов средних размеров для хранения ваты, марлевых салфеток, перчаток;
20. 2 эмалированных кюветы для размещения стерильных шпателей, салфеток или 2 почкообразных лотка;
21. емкости на подставках для замачивания в моющем растворе использованных инструментов и перчаток;
22. емкости для хранения дезрастворов.

Необходимое белье:

1. простыни для кушетки и гинекологического кресла;

2. салфетки на столик с инструментами и тумбочку;
3. полотенце для вытирания рук;
4. одноразовые бахилы для посетителей.

Набор для оказания первой помощи.

Оптимальным представляется организация в поликлинике отдельно мужского и женского смотровых кабинетов. При отсутствии такой возможности целесообразно организовать работу смотрового кабинета таким образом, чтобы прием женского и мужского населения осуществлялся посменно с ежедневным чередованием часов приема.

Глава 3. Оказание медицинской помощи по профилю «онкология» в рамках оказания врачебной медико-санитарной помощи населению Иркутской области

21. Первичная врачебная медико-санитарная помощь предусматривает профилактику, раннее выявление, диагностику, лечение предраковых состояний и онкологических заболеваний, медицинскую реабилитацию и паллиативную терапию по рекомендациям медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь.

22. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе с применением стационарозамещающих технологий, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми, врачами-акушерами-гинекологами женских консультаций, врачами-хирургами и другими врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений.

23. При подозрении или выявлении у больного онкологического заболевания врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке проводят обследование больных и с результатами диагностических исследований направляют на консультацию в онкологический кабинет для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи. Объемы диагностических и лечебных мероприятий определены Приложением 9 к настоящим Методическим рекомендациям. Ответственным лицом за обследование является специалист, направляющий пациента на обследование.

24. Врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-педиатры участковые обеспечивают:

а) выполнение мероприятия по своевременному обследованию и выявлению ЗНО;

б) организацию и проведение диспансеризации населения в соответствии с порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

в) проведение анализа эффективности и качества проводимой диспансеризации;

г) формирование групп повышенного онкологического риска по нозологическим формам;

д) соблюдение сроков диспансерного наблюдения за лицами групп повышенного онкологического риска, подлежащими диспансерному наблюдению у врачей-онкологов в соответствии с Приложением 10 к настоящему Методическим рекомендациям;

е) организацию и проведение диспансерного наблюдения граждан, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения». Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом, указан в Приложении к Порядку проведения диспансерного наблюдения;

ж) организацию и проведение анализа эффективности и качества диспансерного наблюдения;

з) своевременное полное обследование согласно Приложению 9 к Методическим рекомендациям по организации оказания медицинской помощи взрослому населению Иркутской области по профилю «онкология» в течение 10 рабочих дней и направление пациентов к районному (городскому) онкологу при подозрении на ЗНО для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента, а так же пациентов с предопухолевыми заболеваниями, обладающими высокой частотой озлокачествления;

и) диспансерное наблюдение за онкологическими больными IV клинической группы в соответствии с рекомендациями врача-онколога;

к) обучение родственников больного правилам ухода;

л) обучение пациента контролю своего состояния, в т. ч. определение степени выраженности болевого синдрома;

м) выписку наркотических средств из списка II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации в установленном порядке;

н) учет онкологических больных, проживающих на прикрепленном участке, получающих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры; своевременный обмен данными о состоянии здоровья пациентов с врачом-онкологом либо медицинским работником, отвечающим за организацию онкологической работы в медицинской организации;

о) проведение санитарно-просветительной работы (профилактика и

ранняя диагностика злокачественных новообразований, изменение/устранение поведенческих привычек, влияющих на течение заболевания);

п) передачу данных о пациентах со ЗНО, вставших на учет, состоящих на учете, снятых с учета, в том числе умерших и выехавших, районному (городскому) онкологу.

25. Врачи-специалисты амбулаторно-поликлинических учреждений, врачи-стоматологи стоматологических поликлиник обеспечивают:

а) организацию систематической работы с пациентами по выявлению риска развития ЗНО, предраковых состояний, онкологических заболеваний;

б) выполнение мероприятия по своевременному обследованию и выявлению злокачественных новообразований в соответствии с Приложением 11 к настоящим Методическим рекомендациям;

в) соблюдение сроков диспансерного наблюдения за лицами групп повышенного онкологического риска, подлежащими диспансерному наблюдению;

г) проведение профилактических осмотров прикрепленного населения;

д) направление пациентов с подозрением или выявлением ЗНО полости рта и глотки в ГБУЗ ООД;

е) в случае верифицированного на уровне медицинской организации диагноза ЗНО оформление учетных форм «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф.№090/У), «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования», на IV стадию заболевания и III визуальных локализаций (ф.№027-2/У) и их направление в течение 3-х рабочих дней районному (городскому) онкологу либо в ГБУЗ ООД;

ж) обеспечение диспансерного наблюдения и лечения больных с доброкачественными заболеваниями полости рта.

26. Врачи-хирурги, урологи амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений обеспечивают:

а) организацию систематической работы с пациентами по выявлению риска развития ЗНО, предраковых состояний;

б) соблюдение сроков диспансерного наблюдения за лицами групп повышенного онкологического риска, подлежащими диспансерному наблюдению;

в) проведение профилактических осмотров;

г) выполнение мероприятий по своевременному обследованию и выявлению ЗНО;

д) учет и ведение персонифицированной базы данных мужского населения подлежащих и прошедших скрининговые исследования (ПСА), контроль и лечение лиц группы повышенного онкологического риска;

е) симптоматическое лечение онкологических больных IV клинической группы, замена и уход за нефростомами, уретральными катетерами;

ж) медицинскую помощь пациентам со злокачественными асцитами и

плевритами;

з) забор и направление на исследование биологического материала: мазки-отпечатки выделений из сосков молочных желез, мазки-отпечатки отделяемого с поверхности опухоли, биологических жидкостей, полученных при плевральных пункциях и лапароцентезах, для проведения цитологической диагностики и биопсийного материала для получения гистологической верификации диагноза ЗНО;

и) в случае верифицированного на уровне медицинской организации диагноза ЗНО оформление учетных форм «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф.№090/У), «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования», на IV стадию заболевания и III визуальных локализаций (ф.№027-2/У). В случае нахождения пациента в стационаре лечащим врачом по окончании лечения каждого больного со ЗНО заполняется «Выписка из медицинской карты стационарного больного со злокачественным новообразованием» ф. (№ 027-1/У). Учетные формы в течение 3-х рабочих дней направляются в онкологический кабинет района (города) либо в ГБУЗ ООД;

к) при установлении диагноза ЗНО направление пациентов с результатами обследования в соответствии с Приложением 9 к настоящим Методическим рекомендациям к районному (городскому) онкологу для уточнения диагноза и определения последующей тактики лечения и наблюдения пациента;

л) обеспечение диспансерного наблюдения и лечения больных с доброкачественными заболеваниями;

м) обеспечивают выработку послеоперационной лечебно-диагностической тактики ведения экстренных больных консилиумом врачей медицинской организации с обязательным участием онколога, радиолога, химиотерапевта, морфолога ГБУЗ ООД.

27. Врачи акушеры-гинекологи женских консультаций и иных медицинских организаций обеспечивают:

а) организацию систематической работы с женским населением в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;

б) выполнение мероприятия по своевременному обследованию и выявлению ЗНО;

в) при установлении диагноза ЗНО органов репродуктивной системы направление женщин с результатами обследования (Приложение 9 к настоящим Методическим рекомендациям) к районному (городскому) онкологу для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения;

г) в случае верифицированного на уровне медицинской организации диагноза ЗНО оформление учетных форм «Извещение о больном с впервые в

жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф.№090/У), «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования», на IV стадию заболевания и III визуальных локализаций (ф.№027-2/У). В случае нахождения пациента в стационаре лечащим врачом по окончании лечения каждого больного со ЗНО заполняется «Выписка из медицинской карты стационарного больного со злокачественным новообразованием» ф. (№ 027-1/У). Учетные формы в течение 3-х рабочих дней направляются в онкологический кабинет района (города) либо в ГБУЗ ООД;

д) представление лечащим врачом, врачом приема пациентки на консилиум ГБУЗ ООД в сложных клинико-диагностических случаях;

е) обеспечивают выработку послеоперационной лечебно-диагностической тактики ведения экстренных больных консилиумом врачей медицинской организации с обязательным участием онколога, радиолога, химиотерапевта, морфолога ГБУЗ ООД;

ж) диспансерное наблюдение и лечение женщин с дисгормональными гиперплазиями молочных желез;

з) учет и ведение персонифицированных баз данных женского населения подлежащих и прошедших скрининговые исследования (цитологический скрининг рака шейки матки, маммографический скрининг рака молочной железы).

и) контроль и лечение лиц группы повышенного онкологического риска с патологией молочной железы в соответствии с приказом министерства здравоохранения Иркутской области от 14 марта 2011 года № 17-мпр «О Порядке оказания медицинской помощи женщинам с патологией молочной железы в Иркутской области», с патологией яичников, шейки матки, тела матки Приложение 12 к настоящим Методическим рекомендациям.

к) диспансерное наблюдение за онкогинекологическими больными согласно рекомендациям врачей-онкологов, выполнение рекомендаций по лечению, проведению синдромной терапии, реабилитации;

л) учет онкогинекологических больных, проживающих на прикрепленном участке, включающий своевременный обмен данными об их состоянии здоровья с врачом-онкологом либо врачом, уполномоченным вести прием пациентов с онкопатологией.

Организация направления пациентов в ГБУЗ ООД для оказания медицинской помощи населению Иркутской области по профилю «онкология» определена Приложением 13 к настоящим Методическим рекомендациям.

Глава 4. Оказание медицинской помощи по профилю «онкология» в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению Иркутской области

28. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в первичном онкологическом кабинете врачом-онкологом.

29. Кабинет создается как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь населению, для предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и предусматривает прикрепленное население и диспансерную группу пациентов со злокачественными новообразованиями.

30. На должность врача первичного онкологического кабинета назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 года № 707н, по специальности «онкология».

31. Врач-онколог первичного онкологического кабинета:

а) определяет полноту проведенного обследования;

б) обеспечивает консультативную помощь врачам, осуществляющим первичную врачебную медико-санитарную помощь больным с онкологическими заболеваниями, контроль проведения симптоматического лечения;

в) обеспечивает консультацию в первичном онкологическом кабинете медицинской организации не позднее 5 рабочих дней от даты выдачи направления на консультацию;

г) организует в течение 1 рабочего дня с момента установления предварительного диагноза злокачественного новообразования организацию взятия биопсийного (операционного) материала с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи; консервацию в 10%-ном растворе нейтрального формалина, маркировку с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) оказания медицинской помощи; направление в патологоанатомическое бюро (отделение) с приложением направления на прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала в соответствии с Приложением 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2016 года № 179н «О Правилах проведения патологоанатомических исследований»;

д) организацию направления пациента для выполнения иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, распространенности онкологического процесса и стадирования заболевания;

е) для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой он организован;

ж) в случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение, биопсийного (операционного)

материала, проведения иных диагностических исследований обеспечивает направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую диагностическую помощь или в ГБУЗ ООД;

з) обеспечивает контроль сроков патологоанатомических исследований, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования (не более 15 рабочих дней от даты поступления биопсийного (операционного) материала в патологоанатомическое бюро (отделение);

и) обеспечивает направление больного в ГБУЗ ООД для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, распространенности онкологического процесса и стадирования заболевания врачом-онкологом первичного онкологического кабинета) и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с соблюдением сроков начала лечения.

Срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, не должен превышать 10 календарных дней от даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 15 календарных дней от даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (в случае отсутствия медицинских показаний для проведения патологоанатомических исследований в амбулаторных условиях);

к) обеспечивает учет больных с онкологическими заболеваниями;

л) обеспечивает динамическое наблюдение в соответствии с рекомендациями врача-онколога за больными с онкологическими заболеваниями, получающими лекарственную противоопухолевую терапию, проводимую в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;

м) обеспечивает мониторинг и оценку лабораторных показателей с целью предупреждения развития токсических реакций, своевременное направление больного с онкологическим заболеванием в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;

н) обеспечивает направление больного с онкологическим заболеванием для паллиативного и симптоматического лечения в соответствующие отделения медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;

о) анализ причин отказов больных с онкологическими заболеваниями от лечения в медицинских организациях;

п) анализ обоснованности направления пациентов в онкологический диспансер и подтверждения диагнозов;

р) консультативную и методическую помощь специалистам

медицинских организаций, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, при проведении профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями;

с) анализ диагностических ошибок и причин запущенности онкологических заболеваний с врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), а также врачами-специалистами;

т) участие в оформлении медицинских документов больных со злокачественными новообразованиями для направления на медико-социальную экспертизу;

у) ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации;

ф) санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Глава 5. Организация оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

32. Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с целью получения:

а) заключения медицинского работника, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее - консультант, врачи - участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение ГБУЗ ООД;

б) протокола консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение ГБУЗ ООД.

33. ГБУЗ ООД оказывает медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по видам работ (услуг), указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

34. Для осуществления дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, медицинский работник которой осуществляет оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (далее - консультирующая медицинская организация), обеспечивает необходимое помещение, средства связи и оборудование для проведения консультаций (консилиумов врачей). В случае осуществления консультаций с применением телемедицинских технологий в мобильных условиях, консультирующая медицинская организация обеспечивает мобильные средства связи и оборудование для проведения консультаций.

35. Руководитель консультирующей медицинской организации привлекает медицинских работников из числа сотрудников для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий.

36. В целях идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий используется единая система идентификации и аутентификации.

37. Консультация с применением телемедицинских технологий считается завершенной после получения запросившей медицинского заключения по результатам консультации или протокола консилиума врачей.

38. Консультант (врачи - участники консилиума) несет ответственность за рекомендации, предоставленные по результатам консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, в пределах данного им медицинского заключения.

39. Телемедицинские технологии могут использоваться при оказании следующих видов медицинской помощи:

- а) первичной медико-санитарной помощи;
- б) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- в) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- г) паллиативной медицинской помощи.

40. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий может оказываться в любых условиях: вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно. Условия оказания помощи определяются фактическим местонахождением пациента.

41. Консультации (консилиумы врачей) пациентов с новообразованиями, подозрениями на новообразование с применением телемедицинских технологий проводятся:

- а) в экстренной форме - при внезапных острых состояниях, обострении представляющих угрозу жизни больного;
- б) в неотложной форме - при внезапных острых состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного;
- в) в плановой форме - при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

42. Консультации (консилиумы врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

43. Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени предусматривает консультацию (консилиум врачей), при которой медицинский работник (лечащий врач, либо фельдшер, акушер, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья), непосредственно взаимодействует с консультантом (врачами - участниками консилиума).

44. Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме отложенных консультаций предусматривает консультацию, при которой консультант (врачи - участники консилиума), дистанционно изучает медицинские документы пациента и иную информацию о состоянии здоровья пациента. Готовит медицинское заключение без использования непосредственного общения с лечащим врачом и (или) медицинским работником, проводящим диагностическое исследование.

45. При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках программы государственных гарантий консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий в плановой форме осуществляются с учетом соблюдения установленных требований к срокам проведения консультаций.

46. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий в экстренной форме осуществляются в сроки от 30 минут до 2 часов с момента поступления запроса на проведение консультации (консилиума врачей).

И от 3 до 24 часов с момента поступления запроса в консультирующую медицинскую организацию при проведении консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий в неотложной форме.

47. Исчисление сроков при проведении консультаций (консилиумов врачей) в плановой форме осуществляется с момента поступления запроса на проведение такой консультации (консилиума врачей) и медицинской документации, необходимой для их проведения.

48. Участниками консультаций (консилиумов врачей) при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах являются:

а) лечащий врач;

б) консультант (врачи - участники консилиума).

49. По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей).

50. В случае проведения консилиума врачей протокол консилиума врачей подписывается всеми врачами - участниками консилиума.

51. Подписанное медицинское заключение (протокол консилиума врачей) направляется в электронном виде лечащему врачу либо обеспечивается дистанционный доступ лечащего врача к медицинскому заключению (протоколу консилиума врачей) и сопутствующим материалам.

52. Участниками консультаций (консилиумов врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий являются в плановой форме:

- а) лечащий врач;
- б) консультант (врачи - участники консилиума).

53. Необходимость проведения консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в плановой форме устанавливает лечащий врач.

54. Предварительно лечащий врач обеспечивает проведение обследования пациента по имеющемуся у пациента заболеванию или состоянию, по которому требуется консультация (консилиум врачей).

55. Лечащий врач формирует направление на консультацию согласно требованиям к порядку оформления направлений на консультации и согласует его.

56. Лечащий врач подготавливает клинические данные пациента (данные осмотра, диагностических и лабораторных исследований, иные данные) в электронном виде и направляет их консультанту (врачам - участникам консилиума) либо обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим медицинским данным пациента.

57. По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант (врачи - участники консилиума) оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей).

58. В случае проведения консилиума врачей протокол консилиума врачей подписывается всеми участниками консилиума.

59. Подписанное медицинское заключение (протокол консилиума врачей) направляется в электронном виде лечащему врачу.

60. Участниками консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований являются:

- а) лечащий врач;
- б) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование;
- в) консультант.

61. Необходимость проведения консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований устанавливает лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование.

62. Лечащий врач оформляет направление для проведения диагностического исследования согласно требованиям к порядку оформления направления на соответствующий вид диагностического исследования.

63. Медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, предоставляет лечащему врачу результаты диагностического исследования.

64. Лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, формирует направление на консультацию согласно требованиям к порядку оформления направлений на консультации и согласовывает его.

65. Лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, подготавливает результаты диагностического исследования в электронном виде и направляет их консультанту.

66. По результатам проведения консультации консультант оформляет медицинское заключение.

67. Медицинское заключение направляется в электронном виде лечащему врачу.

68. Медицинское заключение направляется в электронном виде медицинскому работнику, осуществляющему диагностическое исследование.

69. Материалы медицинских работников, полученные по результатам дистанционного взаимодействия, включая материалы, направленные на консультацию. Медицинские заключения по результатам консультаций и протоколы консилиумов врачей. Данные, внесенные в медицинскую документацию пациента. Данные, формирующиеся в результате дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента. Аудио и видео записи консультаций и консилиумов врачей. Текстовые сообщения, голосовая информация, изображения, иные сообщения в электронной форме (далее - сопутствующие материалы), подлежат хранению.

70. Документация подлежит внесению в электронную медицинскую карту пациента медицинской информационной системы консультирующей медицинской организации.

71. Хранение документации, осуществляется в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации.

72. Срок хранения сопутствующих материалов составляет один год.

73. Предоставление доступа к документации и сопутствующим материалам в течение сроков их хранения осуществляется в соответствии с требованиями настоящего Порядка, законодательства Российской Федерации.

74. Предоставление документации (их копий) и выписок из них пациенту (или его законному представителю) осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Заместитель министра
здравоохранения
Иркутской области

Е.С. Голенецкая