

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ
им. П.А. ГЕРЦЕНА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный внештатный специалист-онколог
Минздравсоцразвития России
академик РАМН



В.И. Чиссов

«28» июля 2010 г.

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ЗАДАЧИ
ПЕРВИЧНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА
В СИСТЕМЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

методические рекомендации

Москва 2010

Кривонос О.В., Чиссов В.И., Старинский В.В. и др.
Организация работы и задачи первичного онкологического кабинета в системе онкологической помощи населению Российской Федерации.
М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России» -2010, -32 с.

Основным звеном онкологической службы на догоспитальном этапе является первичный онкологический кабинет при поликлиниках общей лечебной сети, на который возложен широкий круг задач по оказанию онкологической помощи населению, проживающему на прикрепленной территории.

В методических рекомендациях обоснованы методология организации работы и задачи, стоящие перед первичным онкологическим кабинетом в системе онкологической помощи населению России, представлены положение об организации деятельности первичного онкологического кабинета, в том числе и детского, и минимально необходимый перечень его оснащения.

Методические рекомендации предназначены для руководителей органов здравоохранения, главных врачей лечебно-профилактических учреждений, врачей онкологов, организаторов здравоохранения,

Учреждение-разработчик: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена
Минздравсоцразвития России»
Авторы: О.В. Кривонос, В.И. Чиссов, В.В. Старинский,
Л.М. Александрова, Г.В. Петрова, О.П. Грецова
ISBN 9785-85502-045-2

© Коллектив авторов, 2010 г.

ВВЕДЕНИЕ

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) и смертности от них - одна из негативных тенденций в динамике состояния здоровья населения России. В 2007 г. показатель смертности от онкологических заболеваний составил 13,8%. В связи с этим Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» была разработана Национальная онкологическая программа, ориентированная на раннее выявление заболеваний и их своевременное лечение. До 2015 г. программа должна охватить все российские регионы.

Основополагающим моментом программы является формирование этапности оказания специализированной онкологической помощи, т.е. разработка маршрутизации больного. Следующей задачей является формирование у врачей первичного звена онкологической настороженности в отношении своих пациентов. Это значит, что участковые врачи-терапевты и врачи общей (семейной) практики должны убеждать и стимулировать своих пациентов пройти профилактическое обследование на предмет поиска онкологических заболеваний.

Первичным звеном в организации онкологической помощи населению является первичный онкологический кабинет (ПОК), открытие которого предполагается в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении. Первичные онкологические кабинеты становятся массовыми проводниками идей совершенствования онкологической помощи в лечебную сеть страны, первыми консультантами поликлинических врачей по вопросам диагностики и лечения онкологических больных, организаторами профилактических осмотров населения, направленных на выявление онкологических заболеваний. От них зависят полнота регистрации онкологических больных, эффективность их диспансерного наблюдения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗАДАЧИ ПЕРВИЧНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Онкологические кабинеты - первичное звено в системе онкологической помощи. Они создаются на базе городских и центральных районных поликлиник, в том числе и детских. Возглавляет ПОК квалифицированный врач-онколог или врач-детский онколог, имеющий соответствующий сертификат. В методическом отношении он подчиняется главному врачу областного (краевого, окружного, республиканского) онкологического диспансера, а в административном – главному врачу своего лечебного учреждения. Работу ПОК строят в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 944н (зарегистрирован в Минюсте РФ 15.12.2009 № 15605). Положение об организации деятельности ПОК городской и центральной районных поликлиник, а также детского ПОК представлены в приложениях 1, 2.

ПОК организуют в соответствии с действующими штатными нормативами в амбулаторно-поликлиническом учреждении (подразделении) городской и сельской местности, в котором он является структурным подразделением. Он должен располагать помещениями для приема больных, осуществления лечебных процедур и хранения медицинской документации. Рекомендуемый табель оснащения ПОК приведен в приложении 3.

Штаты медицинского персонала ПОК устанавливают в зависимости от объема медицинской помощи, но не менее 1 штатной должности врача и среднего медицинского работника. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 944н, должность врача-онколога амбулаторного приема устанавливают из расчета 1 должность на 500 человек контингента диспансерных онкологических больных. При меньшем числе контингента диспансерных онкологических больных – 1 должность врача и 1 должность среднего медицинского персонала в соотношении 1:1. Норма нагрузки на амбулаторном приеме следующая: консультативный прием – 20 мин; лечебно-диагностический прием, в т.ч. повторный – 20 мин; консультативный прием на выезде – 60 мин.

Рекомендуемые штатные нормативы первичного детского онкологического кабинета: 1 должность врача-детского онколога на 100000 прикрепленного детского населения; 1 должность медицинской сестры на должность врача-детского онколога. Норма нагрузки на амбулаторном

приеме следующая: консультативный прием – 40 мин; лечебно-диагностический прием – 60 мин; консультативный прием на выезде – 90 мин.

В районах сельской местности, где численность населения не позволяет выделить должность врача-онколога, могут быть организованы межрайонные ПОК (онкологические отделения) с оснащением их необходимым медицинским оборудованием.

Для улучшения онкологической помощи городскому населению, особенно в крупных городах, целесообразно создавать районные онкологические отделения за счет объединения кадров и материально-технической базы ПОК городских поликлиник. Это позволяет значительно увеличить объем и повысить качество лечебно-диагностической помощи онкологическим больным.

ПОК работает по плану, согласованному с главным врачом онкологического диспансера и утвержденному руководителем учреждения, в составе которого организован кабинет.

При создании ПОК и их укомплектовании кадрами и медицинским оборудованием следует учесть особенности конкретной территории (протяженность, транспортное сообщение, демографические показатели) и ее онкологическую ситуацию (заболеваемость ЗНО и смертность от них, показатели запущенности и одногодичной летальности).

Основными задачами, стоящими перед ПОК, являются:

- учет больных ЗНО, проживающих на территории деятельности кабинета, контроль за своевременным направлением извещений на них в онкологические диспансеры;
- оказание консультативной и диагностической помощи больным со ЗНО и с подозрением на них и, при необходимости, направление больного в онкологический диспансер;
- лечение в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным со ЗНО;
- диспансерное наблюдение за больными со ЗНО и некоторыми формами предопухолевых заболеваний;
- консультации и патронаж на дому больных со ЗНО (по показаниям);
- контроль за своевременной госпитализацией больных для специального, паллиативного и симптоматического лечения, анализ причин отказов от госпитализации;
- анализ и разбор диагностических ошибок с врачами амбулаторно-поликлинических учреждений;
- методическая помощь врачам общей сети по организации

профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями, санитарно-просветительной работы среди населения.

УЧЕТ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

С целью обеспечения учета больных врачами ПОК и учреждений общей лечебной сети, в которых больному впервые был установлен диагноз ЗНО, вне зависимости от ведомственной подчиненности указанных медицинских учреждений, заполняется учетная форма "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования" (ф. № 90/У) (далее "Извещение"), утвержденная приказом Минздрава РФ № 135 от 19 апреля 1999 г. "Извещение" заполняется на всех больных, которым был установлен диагноз данного ЗНО впервые, в том числе:

- на больных, самостоятельно обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью;
- на больных, выявленных при диспансеризации, на профилактических осмотрах, при реализации скрининговых программ;
- на больных, выявленных при медицинском освидетельствовании;
- на больных, выявленных при обследовании и лечении в стационаре медицинского учреждения, в частности, при диагностике ЗНО во время оперативного вмешательства;
- на больных, которым был установлен диагноз ЗНО на вскрытии ("Извещение" в этом случае должно быть заполнено в прозектуре, патологоанатомическом отделении (лаборатории) медицинского учреждения);
- на больных, которым был установлен диагноз ЗНО после смерти и информация получена при сверке сведений об умерших от ЗНО по данным ЗАГС и статистических управлений со сведениями онкологических учреждений;
- на больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ).

"Извещение" не заполняется на больных с заболеваниями, подозрительными на ЗНО, на больных с предопухолевыми заболеваниями, на больных с доброкачественными опухолями.

"Извещение" должно быть заполнено в день установления диагноза, выслано в онкологическое учреждение регионального уровня (областное, республиканское, краевое) по месту постоянного жительства больно-

го в 3-дневный срок с момента заполнения.

Врач ПОК должен обеспечить контроль качества, полноты и своевременности заполнения "Извещения". При нарушении правил заполнения и высылки "Извещения" лечебно-профилактическим учреждением врач ПОК должен поставить об этом в известность главного врача указанного лечебно-профилактического учреждения.

ПОК осуществляет изъятие дубликатов "Извещения", уточнение и верификацию информации, внесенной в "Извещение". Стадия опухолевого процесса у больных ЗНО может быть уточнена с учетом данных, полученных во время хирургического вмешательства, если оно произведено не позднее, чем через два месяца после установления диагноза.

Врач ПОК составляет "Извещение" в тех случаях, когда к нему поступает из лечебно-профилактического учреждения только "Выписка из медицинской карты стационарного больного со злокачественным новообразованием" (ф. № 027-1/У, утверждена приказом Минздрава РФ № 135 от 19 апреля 1999 г.) или «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (ф. № 027-2/У, утверждена приказом Минздрава РФ № 135 от 19 апреля 1999г.). Все собранные и проверенные "Извещения" не позднее 10 числа каждого месяца должны быть направлены в областной (краевой, республиканский) онкологический диспансер.

ПОК осуществляет контроль за полнотой учета посмертно выявленных заболеваний. Ежемесячно (до 25 числа текущего месяца) сотрудники ПОК должны сверять число умерших от ЗНО, состоявших на учете, с данными отделов ЗАГС (территориальных органов Федеральной службы государственной статистики).

Одновременно со сверкой проверяют правильность кодирования причины смерти умершего от ЗНО в соответствии с МКБ-10. В качестве причины смерти должно быть указано основное заболевание. Если умерший не состоял на учете в ПОК, основное заболевание уточняют в лечебном учреждении по месту жительства или лечения больного. Если установлено, что основным заболеванием было не ЗНО, то в медицинское свидетельство о смерти вносят соответствующее исправление в течение месяца с момента оформления свидетельства.

На умерших от ЗНО, не состоявших при жизни на учете в ПОК, заполняют "Извещение" с отметкой "Учен посмертно". Кроме того, на всех учтенных посмертно составляется "Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования" (ф. № 027-2/У).

"Извещение" является сигнальным документом, на основании которого данные о больном вносят в базу данных территориального популяционного ракового регистра, в "Контрольную карту диспансерного наблюдения больного со злокачественным новообразованием" (ф. № 030-

6/У, утверждена приказом Минздрава РФ № 135 от 19 апреля 1999 г.) или “Регистрационную карту больного со злокачественным новообразованием”, (ф. № 30-6/ГРР, утверждена приказом Минздрава РФ № 135 от 19 апреля 1999 г.), больной берется под диспансерное наблюдение.

"Извещение" является основным источником информации при составлении годовых статистических отчетов территориального онкологического учреждения по форме № 7 “Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями”.

Срок хранения "Извещения" не менее 5 лет.

Для контроля достоверности представляемых статистических данных и планирования организации медицинской помощи онкологическим больным необходимо регулярно проводить анализ качества учета больных. Объективным критерием оценки полноты учета является индекс достоверности учета (ИДУ), т.е. отношение числа умерших от ЗНО к числу заболевших ЗНО за отчетный период времени.

Изучение качества учета больных с применением ИДУ целесообразно проводить для контроля учета общего числа больных ЗНО, для выявления дефектов учета больных ЗНО различных поло-возрастных групп, а также для контроля учета больных по каждой локализации опухоли в целях объективного анализа закономерностей распространения ЗНО.

Следует иметь в виду, что, осуществляя расчет ИДУ для общего показателя, необходимо исключать злокачественные опухоли кожи (С44), поскольку смертность от них очень низка и может исказить данный показатель за отчетный период.

Расчетная формула для определения индекса достоверности учета больных имеет следующий вид:

$$\text{ИДУ} = \frac{У - У_{\text{к}}}{З - З_{\text{к}}}, \text{ где}$$

У – общее число умерших от всех форм злокачественных опухолей за отчетный период;

У_к – число умерших от злокачественных опухолей кожи за отчетный период;

З - общее число заболевших всеми формами ЗНО за отчетный период;

З_к – число заболевших злокачественными опухолями кожи за отчетный период.

Следует помнить, что при расчете ИДУ особое значение имеет должный уровень регистрации смертности от ЗНО, так как недоучет смертности создает видимость благополучия рассматриваемого показателя.

При хорошо налаженном учете и уровне оказания лечебной помощи больным ЗНО число случаев заболеваний должно превышать число умерших не менее, чем на 25%, т.е. ИДУ должен быть не более 0,8 (80%). Показатель ИДУ более 0,8 свидетельствует об отсутствии четко налаженной системы направления «Извещений» в ПОК учреждениями общей лечебной сети и ведомственными лечебными учреждениями, а также о необходимости более строгого контроля за правильностью шифровки отделами ЗАГС основной причины смерти умершего от ЗНО. Особое внимание при проведении анализа качества учета онкологических больных следует обратить на старшие возрастные группы (60 – 69 лет, 70 лет и старше), так называемое «неорганизованное» население, поскольку частота заболеваний злокачественными опухолями в этих возрастных группах выше, а возможностей для своевременной диагностики относительно меньше. Поэтому вероятность недоучета больных в этих группах населения больше.

Наиболее целесообразно использовать ИДУ при оценке качества учета больных ЗНО внутренних, менее доступных для диагностики и лечения локализации, имеющих высокую летальность.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

В условиях перехода медицинских учреждений Российской Федерации на регистрацию и наблюдение больных в системе Государственного ракового регистра в ПОК по выбору на каждого больного заполняют один из документов: "Контрольная карта диспансерного наблюдения больного со злокачественным новообразованием" (ф.№ 030-6/У) или "Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием" (ф.№ 030-6/ГРР). "Регистрационная карта" является расширенным аналогом "Контрольной карты" и соответствует программному продукту "Информационно-аналитическая система «Канцер-регистр» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2008612165), созданному в Российском центре информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии Минздрава РФ в составе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена.

"Контрольная карта" является основным документом для осуществления контроля за состоянием здоровья и процессом специального лечения больного ЗНО. Правильное заполнение ее предусматривает унификацию и достоверность вносимых данных и обеспечивает формирование информационного массива популяционного ракового регистра административной территории на бумажных носителях. "Контрольная карта" ори-

ентирована на внесение содержащихся в ней сведений о больном ЗНО в базу данных популяционного ракового регистра административной территории и актуализацию этой базы.

"Контрольные карты" являются основным источником информации при составлении годовых статистических отчетов территориального онкологического учреждения по форме № 35 "Сведения о больных со злокачественными новообразованиями".

"Контрольные карты" заполняют на всех больных с установленным диагнозом ЗНО (в том числе на больных с диагнозом, установленным ранее; больных с диагнозом, установленным посмертно), проживающих в районе обслуживания онкологического учреждения. "Контрольные карты" заполняют на всех больных с диагнозами, укладываемыми в рубрики С00 - С96 и D00 - D09 МКБ-10. "Контрольную карту" заполняют также на вновь прибывших в район деятельности территориального онкологического учреждения больных ЗНО, ранее состоявших на учете в другом территориальном онкологическом учреждении.

При первично-множественных опухолях (синхронных, метасинхронных, синхронно-метасинхронных) в случае выявления второго (третьего и т.д.) ЗНО новую "Контрольную карту" или "Регистрационную карту" на больного не заполняют. Заполняют вкладыш, в который вносят сведения о новой опухоли и ее лечении (разделы "Диагноз", "Лечение"), и вкладывают его в "Контрольную карту" больного.

К числу учтенных посмертно с диагнозом, установленным при жизни, относятся умершие в отчетном году от ЗНО, которые не состояли на учете в территориальном онкологическом учреждении, но которым диагноз злокачественной опухоли был установлен при жизни. К ним относятся больные, состоявшие на учете в лечебных учреждениях других министерств и ведомств (МВД, ФСБ, Министерство обороны, МЧС и т.д.), больные, умершие в стационаре вскоре после установления диагноза ЗНО, на которых не было своевременно составлено "Извещение", и т.д.

Источниками сведений для заполнения "Контрольной карты" являются: "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования" (ф. № 090/У), "Выписка из медицинской карты стационарного больного со злокачественным новообразованием" (ф. № 027-1/У), "Медицинская карта амбулаторного больного" (ф. № 025/У), "Медицинская карта стационарного больного" (ф. № 003/У) и другая первичная медицинская документация.

"Контрольную карту" заполняют также на больных, состоящих на учете онкологического учреждения с заболеваниями, подозрительными на ЗНО и на больных с предопухолевыми заболеваниями.

"Контрольные карты" больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ), с заболеваниями, подозрительными на ЗНО и с предопухолевыми заболеваниями хранятся отдельно. Их данные не включают в отчет онко-

логического учреждения по форме № 7 “Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями”.

"Контрольная карта" должна быть заполнена в 3-дневный срок с момента получения онкологическим учреждением сигнальной информации о выявлении у больного злокачественной опухоли, являющейся основанием для взятия больного на диспансерный учет. При отсутствии в сигнальной документации о случае ЗНО каких-либо данных, необходимых для заполнения соответствующих пунктов "Контрольной карты", их следует уточнить по записям в медицинских картах амбулаторного и стационарного больного, другим медицинским документам или путем запроса, направленного в компетентное медицинское учреждение, органы, осуществляющие регистрацию причин смерти, инвалидности и т.д.

В обязательном порядке при получении информации о случае заболевания ЗНО подлежат заполнению пункты 02 (фамилия, имя, отчество), 03 (дата рождения), 04 (пол), 06 (домашний адрес), 17 (дата установления диагноза), 21 (топография опухоли), 23 (морфологический тип опухоли), 25 (стадия опухолевого процесса), 26 (локализация отдаленных метастазов), 27 (метод подтверждения диагноза), 30 (дата начала и окончания специального лечения первичной опухоли), 31 (проведенное лечение первичной опухоли), а в случае смерти больного также пункты 14 (дата смерти), 15 (причина смерти), 16 (аутопсия), 29 (результат аутопсии применительно к данной опухоли).

Картотеку составляют по территориальному принципу, располагая "Контрольные карты" внутри каждой территории по локализации злокачественной опухоли, а затем в порядке алфавита. При централизованном учете информации об онкологических больных данные этой картотеки медицинская сестра ПОК ежеквартально сверяет с данными онкологического диспансера (области, края, республики).

После проведенного лечения больные со ЗНО подлежат диспансерному наблюдению в течение всей жизни: первый год больной подвергается осмотру один раз в 3 месяца, второй год один раз в 6 месяцев, последующие годы один раз в год.

Для осуществления диспансерного наблюдения за больными со злокачественными опухолями и их учета определены следующие клинические группы:

Iа – больные с заболеваниями, подозрительными на ЗНО;

Iб – больные с предопухолевыми заболеваниями, подлежащие диспансерному наблюдению у врачей соответствующих специальностей;

II – больные со злокачественными опухолями, подлежащие специальному лечению, в том числе:

IIа – больные, подлежащие радикальному лечению;

III – практически здоровые лица (после проведенного радикального

лечения);

IV – больные с распространенными формами злокачественных опухолей, не подлежащие радикальному лечению.

Клиническую группу у больных с впервые установленным диагнозом ЗНО определяют до начала лечения на основании результатов обследования. У больных со злокачественными опухолями внутренних органов, подвергнутых операции, клиническую группу определяют с учетом данных, полученных во время хирургического вмешательства.

Больных клинической группы Ia после установления окончательного диагноза снимают с учета или переводят в другие клинические группы. Углубленное обследование больных данной клинической группы должно быть закончено не позднее 10 дней с момента взятия их на диспансерный учет.

Больные, о которых диспансер не имел сведений в течение отчетного года, считаются выбывшими из-под наблюдения.

Если в процессе обследования или лечения больного выявляется, что диагноз ЗНО был установлен ошибочно, его снимают с учета. При этом "Контрольная карта" больного, у которого диагноз не подтвердился в том же году, когда он был взят на учет, подлежит изъятию из картотеки, а "Контрольная карта" больного, взятого на учет ранее, остается в картотеке до конца отчетного года. В пункт 13 "Контрольной карты" вносится отметка "диагноз не подтвердился" и в пункте 12 указывается дата снятия с учета. После завершения сводки данных за год эти "Контрольные карты" из картотеки изымаются.

При снятии больного с учета в связи с любой другой причиной (выезд больного за пределы района деятельности медицинского учреждения, смерть пациента и др.) и отсутствии сведений о больном в течение года "Контрольная карта" хранится в общем массиве карт до конца отчетного года. После составления годового статистического отчета территориального онкологического учреждения по форме № 7 "Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями" и форме № 35 "Сведения о больных со злокачественными новообразованиями" "Контрольные карты" таких больных изымаются для хранения в архиве. При необходимости в дальнейшем вновь взять на учет больного, который выбыл из-под наблюдения в связи с отсутствием сведений о нем в течение года, на него составляется новая "Контрольная карта" с указанием о повторном взятии на учет.

Абсолютно недопустимо хранить в общем массиве "Контрольных карт" карты умерших больных и больных, о которых диспансер или регистр не имеет сведений более 1 года. Эти нарушения связаны с невыполнением диспансером инструкций о сверке данных об умерших со сведениями территориальных органов Федеральной службы государственной статистики и о режиме диспансерного наблюдения за больными ЗНО, что

ведут к существенным искажениям отчетности территориального онкологического учреждения.

Архивный срок хранения "Контрольных карт" □ 10 лет.

Каждой "Контрольной карте" присваивается постоянный порядковый номер. Порядковый номер "Контрольной карты" должен соответствовать очередности взятия больного на учет в отчетном году. В случае снятия больного с учета номер его "Контрольной карты" в текущем году повторно не используется. В массивах "Контрольных карт" одного года номера карт повторяться не должны. Для идентификации "Контрольных карт" разных лет желательно в качестве двух последних знаков в номере "Контрольной карты" использовать последние две цифры года взятия больного на учет. Указанные в "Контрольных картах" порядковые номера являются постоянными и в дальнейшем не меняются. Каждый диспансер присваивает номера "Контрольным картам" независимо от других диспансеров.

Больные с предопухолевыми заболеваниями, клиническая группа Іб, должны находиться под наблюдением у врачей общей лечебной сети (в соответствии с приказом Минздрава СССР № 770 от 30 мая 1986 г.) (приложение 4).

Для обеспечения онкологического компонента при диспансеризации населения врач-онколог должен осуществлять контроль за диспансерным наблюдением врачами общей лечебной сети за лицами, страдающими предопухолевыми заболеваниями.

Больные с предопухолевыми заболеваниями, обладающими высокой частотой озлокачествления (так называемый облигатный предрак), подлежат систематическому наблюдению у врачей-онкологов. При хирургическом лечении предопухолевых заболеваний обязательно проводится гистологическое исследование препарата удаленного очага. После радикального лечения по поводу предопухолевых заболеваний больные подлежат диспансерному наблюдению в течение 2 лет, после чего, при отсутствии рецидива заболевания, их снимают с диспансерного учета.

Врач ПОК должен анализировать причины отказа от госпитализации для проведения специального или симптоматического лечения больным со злокачественными опухолями. В "Контрольной карте" следует указать причины, по которым лечение не было проведено. Больные, отказавшиеся от специального лечения или имеющие противопоказания к его проведению, состоят во II клинической группе. Если в течение года этих больных переводят в IV клиническую группу, они продолжают оставаться в числе отказавшихся от лечения или имевших противопоказания к нему до конца отчетного года.

По окончании лечения во всех стационарах на каждого онкологического больного составляют «Выписку из медицинской карты стационарного больного со злокачественным новообразованием» (ф. № 027.1/У),

которая необходима для диспансерного наблюдения, более полного учета и изучения отдаленных результатов лечения. При поступлении "Выписки" в ПОК по месту жительства больного врач-онколог должен все сведения из "Выписки" перенести в "Контрольную карту".

В целях повышения квалификации врачей в вопросах ранней диагностики рака и своевременного его лечения, а также повышения онкологической настороженности врачей общей лечебной сети необходимо осуществлять систематический контроль и изучать все случаи позднего выявления злокачественных опухолей. Инструкция по контролю и изучению случаев позднего выявления ЗНО представлена в приложении 5.

К визуально доступным локализациям следует относить опухоли губы (C00), основания языка (C01), других и неуточненных отделов языка (C02), десны (C03), дна полости рта (C04), неба (C05), других и неуточненных частей рта (C06), околоушной слюнной железы (C07), других и неуточненных больших слюнных желез (C08), небной миндалины (C09), ротоглотки (C10), прямой кишки (C20), заднего прохода и анального канала (C21), кожи (C44), молочной железы (C50), вульвы (C51), влагалища (C52), шейки матки (C53), полового члена (C60), яичка (C62), кожи мошонки (C63.2), глаза (C69), щитовидной железы (C73), меланому кожи (C43).

“Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного образования” (ф.№ 027-2/У) составляется всеми лечебно-профилактическими учреждениями, где впервые установлен случай поздней диагностики злокачественной опухоли при жизни больного. Оформление "Протокола" и разбор причин запущенности следует проводить и в случае, если больной, не получивший никакого специального лечения, умер от злокачественной опухоли в течение 3 мес. с момента установления диагноза ЗНО, а также в случае, если диагноз ЗНО был установлен посмертно.

Несоставление "Протокола" должно рассматриваться как скрытие случаев несвоевременной диагностики рака.

"Протокол" составляется одновременно с "Выпиской из медицинской карты больного со злокачественным новообразованием" (ф.№ 027.1/У). В случае диагностирования запущенности опухолевого процесса в поликлинических условиях "Протокол" заполняется в день установления диагноза.

На каждый случай запущенной злокачественной опухоли "Протокол" составляется в 2 экземплярах: один из них прилагается к "Медицинской карте стационарного больного" (ф. № 003/У) или "Медицинской карте амбулаторного больного" (ф. № 025/У), другой направляется в онкологической диспансер территориального (областного, республиканского, краевого) уровня по месту постоянного жительства больного. "Протокол" должен быть выслан не позднее 3-х дней после его составления.

Архивный срок хранения "Протокола" □ 5 лет.

Врач ПОК проводит первичный и консультативный приемы больных, обращающихся по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей, патологии, подозрительной на ЗНО, предопухолевых заболеваний, а также осуществляет амбулаторное лечение (химио-, гормоно-, иммунотерапию, общеукрепляющую и симптоматическую терапию).

Кроме того, врач ПОК проводит целый ряд диагностических мероприятий в целях дифференциальной диагностики патологического процесса и обеспечения адекватности проводимого лечения: пункцию опухолевых образований, соскоб с изъязвившейся поверхности образований на коже, слизистой оболочке. Полученный материал в тот же день направляют в цитологическую лабораторию.

С целью своевременной отправки материала в цитологическую лабораторию и быстрого получения ответа, врач ПОК совместно с главным врачом поликлиники (городской, ЦРБ) вырабатывают график и маршрут движения транспорта. Срок получения ответа из цитологической лаборатории не должен превышать 7 дней.

Врач-онколог совместно с врачами клинической лабораторной диагностики ежеквартально анализируют данные цитологических исследований. Врач-онколог принимает неотложные меры к госпитализации больных для дообследования и лечения.

МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПРОТИВОРАКОВЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ

Одним из важных разделов работы врача ПОК является анализ причин поздней диагностики опухолевых заболеваний. С этой целью он должен контролировать правильность заполнения лечебными учреждениями "Протоколов", организовывать их разбор на врачебных конференциях лечебно-профилактических учреждений с выяснением причин диагностических и тактических ошибок, планировать и проводить мероприятия по повышению квалификации врачей общей лечебной сети в вопросах своевременной диагностики ЗНО и т.д.

Важное место в деятельности врача ПОК занимает методическое руководство проведением профилактических осмотров населения с целью выявления онкологических и предопухолевых заболеваний, осуществляемых медицинскими работниками общей лечебной сети. Все профилактические мероприятия проводятся в тесном контакте с главным врачом лечебно-профилактического учреждения, заведующим отделением профилактики поликлиник, а также согласовываются с главным онкологом территории.

Особое внимание врач ПОК должен уделять работе по повышению эффективности профилактических обследований, проводимых средними медицинскими работниками.

Смотровой кабинет (мужской и женский) организуется в установленном порядке в составе отделения профилактики, а там, где оно отсутствует, действует как структурное подразделение поликлиники городской, центральной районной, участковой больницы, поликлинического отделения больницы.

Работу в смотровом кабинете осуществляет медицинский работник, прошедший специальную подготовку по онкологии в учреждении, имеющем лицензию на соответствующий вид образовательной деятельности. Врач ПОК осуществляет общее методическое руководство работой смотрового кабинета и анализ его деятельности.

При ежегодном анализе учитываются число ставок медицинских работников в смотровом кабинете; стаж работы и их подготовка; число пациентов, обследованных за год; число женщин, у которых взяты мазки с шейки матки для цитологического исследования; число больных раком, выявленных за год (по локализациям и стадиям); число больных с предопухолевыми заболеваниями (по локализациям). Учет должен проводиться по заключительным врачебным диагнозам. При анализе необходимо также обращать внимание на ежедневную нагрузку медицинского работника смотрового кабинета. При недостаточной нагрузке необходимо принимать меры по увеличению потока посетителей в смотровой кабинет.

Врач ПОК осуществляет:

- первичный инструктаж работника смотрового кабинета и фельдшерско-акушерского пункта (ФАП) по методикам обследования пациентов и ведению документации;
- систематический контроль за выполнением работником смотрового кабинета обязательных методик обследования;
- организацию и анализ (совместно с отделениями профилактики) картотеки смотрового кабинета на лиц от 30 лет и старше, проживающих в районе обслуживания поликлиники и выявление лиц из числа неорганизованного населения, не посещающих смотровой кабинет;
- обеспечение дообследования больных, выявленных при профилактических осмотрах;
- информирование работника смотрового кабинета об уточненном диагнозе у больных, направленных на дообследование (сверка выявленной патологии с заключительным диагнозом, установленным при дообследовании профильными специалистами). Это является одной из форм работы по повышению профессиональных знаний работников смотрового кабинета, проводящих профилактические осмотры;

- контроль за выполнением и качеством онкологического компонента профилактических осмотров, проводимых в ФАП;
- контроль за своевременной отправкой материала, полученного в смотровом кабинете, ФАП и при врачебных профилактических осмотрах, на цитологическое исследование и сроком получения ответов из цитологической лаборатории (7 дней для лечебных учреждений города и не более 30 дней для районов области).

Врач ПОК совместно с врачом клинической лабораторной диагностики контролирует правильность забора материала для цитологического исследования, оформления документации (бланки-направления, регистрационные журналы, картотека) и своевременность отправки материала в цитологическую лабораторию, а также направление женщин с цитологическим заключением "рак" и "угрожаемая по раку патология" в онкологический диспансер для дообследования и лечения. Женщин с воспалительными процессами и легкой формой дисплазии следует направлять в женскую консультацию.

Важным компонентом противораковых мероприятий является санитарно-просветительная работа среди населения. Санитарная противораковая пропаганда должна носить целенаправленный характер и проводиться с учетом онкологической ситуации и конкретных местных условий (распространенность вредных привычек, загрязненность атмосферного воздуха и природных ландшафтов, социально-бытовые условия и др.). Для проведения этой работы необходима тесная связь ПОК с онкологическим диспансером (областным, краевым, республиканским, городским) с целью получения методических материалов по противо раковой пропаганде. К проведению противораковых мероприятий врач ПОК должен широко привлекать общественные организации, шире использовать средства массовой информации - печать, радио и телевидение.

Положение

об организации деятельности первичного онкологического кабинета городской и центральной районной поликлиники*

1. Настоящее Положение определяет организацию деятельности первичного онкологического кабинета городской и центральной районной поликлиники.

2. Первичный онкологический кабинет (далее - Кабинет) создается в городской и центральной районной поликлинике при обслуживании контингента онкологических больных до 500 человек для обеспечения консультативной, диагностической помощью больных с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями, своевременного направления больных в онкологическое учреждение для определения тактики ведения, диспансерного наблюдения онкологических больных, мониторинга за состоянием здоровья пациентов групп риска.

3. Функции Кабинета:

- консультативная помощь по ведению онкологических больных на дому участковым врачом-терапевтом или врачом общей практики (семейным врачом), контроль за проведением симптоматического лечения онкологических больных;

- выписывание наркотических средств списка II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 27 ст. 3198; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2006, № 29, ст. 3253; 2007, № 28, ст. 3439; «Российская газета», № 118, 01.07.2009) больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 апреля 2007 г., регистрационный № 9364), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 августа 2007 № 560 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 сентября 2007 г., регистрационный № 10133);

- осуществление динамического наблюдения за больными, получающими лекарственную противоопухолевую терапию в соответствии с рекоменда-

циями врача-онколога, проводимую специализированным онкологическим учреждением;

- мониторинг и оценка лабораторных показателей с целью предупреждения развития токсических реакций, своевременное направление больного в специализированное онкологическое учреждение;

- направление больных для паллиативного и симптоматического лечения в соответствующие отделения онкологических диспансеров (онкологических больниц), хосписы;

- анализ причин отказов от госпитализации;

- учет онкологических больных; проживающих на прикрепленной к Кабинету территории;

- оценка своевременности направления в онкологические диспансеры сведений о впервые выявленных случаях злокачественных новообразований;

- консультативная и методическая помощь специалистам медицинских учреждений по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями;

- санитарно-гигиеническое просвещение населения;

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

- оценка полноты и эффективности профилактических осмотров;

- анализ оформления амбулаторно-поликлиническими учреждениями установленных форм медицинской документации при обследовании и лечении онкологических больных;

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

- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальных образований.

4. В структуре Кабинета рекомендуется предусматривать:

- помещение для приема больных,

- помещение для выполнения лечебных процедур, входящих в функции кабинета,

- помещение для хранения медицинской документации.

5. Кабинет оснащается оборудованием в соответствии со стандартом оснащения (приложение № 5 к Порядку оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, утвержденному настоящим приказом).

* - приложение 1 к Порядку оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, утвержденному приказом Министер-

ства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2009г. № 944н

Положение
об организации деятельности первичного детского онкологическо-
го кабинета

1. Настоящее Положение устанавливает порядок организации деятельности детского онкологического кабинета организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения (далее – медицинские организации).

2. Детский онкологический кабинет медицинской организации (далее – Кабинет) создается для осуществления консультативной, диагностической и лечебной помощи детям с онкологическими заболеваниями.

3. Структура Кабинета и штатная численность медицинского персонала устанавливается руководителем медицинской организации, в составе которой создан Кабинет, исходя из объема лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого детского населения.

4. Кабинет осуществляет следующие функции:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи детям с онкологическими заболеваниями, направляемым врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-специалистами по специальностям, предусмотренным номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009 г. № 210н (зарегистрирован Минюстом России 5 июня 2009 г. № 14032) (далее – номенклатура специальностей);

- использование лабораторно-диагностических возможностей медицинской организации, на базе которой Кабинет организован;

- выписывание наркотических средств из списка II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 27 ст. 3198; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2006, № 29, ст. 3253; 2007, № 28, ст. 3439; № 26, ст. 3183) больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 апреля 2007 г. № 9364), с

изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 августа 2007 г. № 560 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 сентября 2007 г. № 10133);

- осуществление динамического наблюдения за детьми, получающими лекарственную противоопухолевую терапию, в соответствии с рекомендациями врача-детского онколога медицинской организации;
- мониторинг состояния ребенка с онкологическими заболеваниями;
- направление ребенка с впервые выявленным онкологическим заболеванием в онкологическую медицинскую организацию;
- консультативная и методическая помощь специалистам медицинских организаций по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации детей с предопухолевыми и хроническими заболеваниями;
- санитарно-гигиеническое просвещение населения по вопросам профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований;
- анализ и разбор с врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейный врач), а также врачами-специалистами по специальностям, предусмотренным номенклатурой специальностей, диагностических ошибок и причин запущенных случаев онкологических заболеваний у детей;
- организация и оказание симптоматической и паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями на дому совместно с врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейный врач), а также врачами-специалистами по специальностям, предусмотренным номенклатурой специальностей;
- оформление медицинских документов детей с онкологическими заболеваниями для направления их на медико-социальную экспертизу;
- оформление медицинских документов детей с онкологическими заболеваниями, достигшими совершеннолетия, передача документов во взрослую сеть;
- оформление медицинских документов детей на санаторно-курортное лечение;
- участие в выполнении федеральных и региональных целевых программ, направленных на снижение онкологической заболеваемости и смертности;
- ведение учетной и отчетной документации, представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

5. В структуре Кабинета рекомендуется предусматривать:

- помещение для приема больных;

- помещение для выполнения лечебных процедур, входящих в функции Кабинета.

Табель оснащения первичного онкологического кабинета

1. Оборудование:
2. Персональный компьютер
3. Кушетка для осмотра в положении лежа;
4. Гинекологическое кресло;
5. Осветитель на шарнирах;
6. Хирургический столик для инструментария;
7. Сушильный шкаф для стерилизации инструмента;
8. Инфузомат;
9. Ламинарная камера для стерильного разведения лекарственных препаратов;
10. Негатоскоп;
11. Бактерицидная лампа;
12. Сейф для хранения сильнодействующих и психотропных препаратов;
13. Ширма для выделения места подготовки к осмотру;
14. 2 письменных стола;
15. 2 рабочих стола;
16. Шкаф и тумбочка для хранения документов, инвентаря и медикаментов;
17. Ростомер;
18. Медицинские весы (в детском ПОК дополнительно электронные весы для детей до года);
19. Тонмометр с фонендоскопом;
20. 3 – 4 стула;
21. Лоток для картотеки;
22. Педальное ведро для мусора.

Инструментарий:

1. деревянные одноразовые шпатели для осмотра полости рта;
2. одноразовые цервикс-щеточки;
3. ложкообразные зеркала Симса с подъемниками;
4. корнцанги;
5. несколько разных пинцетов;
6. одноразовые шприцы;
7. системы для внутривенного введения лекарственных препаратов;
8. контейнеры для хранения и транспортировки цитологических препаратов – по числу препаратов;

9. вощеная бумага
10. резиновые хирургические перчатки;
11. напальчники;
12. вата;
13. марлевые салфетки;
14. вазелин (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. 1-2 обливных кювета 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:

простыни для кушетки;
салфетки на столик с инструментами и тумбочку;
полотенце для вытирания рук;
одноразовые бахилы для посетителей.

Набор для оказания первой помощи.

Перечень лиц, подлежащих диспансеризации у врачей разных специальностей под контролем врача-онколога первичного онкологического кабинета (отделения)

Нозологическая форма	Периодичность осмотров у онколога
Лица, наблюдающиеся у врача-терапевта	
Хронический бронхит: – с частыми обострениями – с выраженными obstructивными нарушениями (с легочной недостаточностью) Хроническая пневмония Язвенная болезнь желудка: – частые рецидивы, осложнения Атрофический гастрит Семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко Полипы желудка, полипоз желудка, полипоз кишечника Хронический колит с частыми обострениями Состояние после резекции желудка (более 10 лет после операции) Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки Ахалазия, лейкоплакия пищевода. Рубцовая стриктура пищевода	по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям
Лица, наблюдающиеся у врача-эндокринолога	
Диффузный токсический зоб. Аутоиммунный тиреоидит Узловой эутиреоидный зоб Гиполютеиновая дисфункция яичников Состояние после операции по поводу феохромоцитомы в стадии ремиссии Синдром Стейна-Левенталя Вирилизующие опухоли яичников (после операции) Множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭА-I, синдром Вернера) Множественный эндокринный аденоматоз, тип II (МЭА-II, синдром Сипла) и тип III (МЭА-III, синдром невром слизистых оболочек) Синдром Тернера, синдром тестикулярной феминизации Дисгенезия гонад Псевдогермафродитизм	по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям 1 раз в год 1 раз в год 1 раз в год 1 раз в год 1 раз в год
Лица, наблюдающиеся у врача-гематолога	
Острые лейкозы Хронический миелолейкоз Хронический лимфолейкоз Миеломная болезнь Лимфоаденопатия Остеомиелосклероз Гипопластическая анемия	по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям 1 раз в год 1 раз в год

Нозологическая форма	Периодичность осмотров у онколога
Лица, наблюдающиеся у врача-невропатолога	
Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы: а) радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) после выраженного приступа заболевания с временной утратой трудоспособности; б) декомпенсация заболевания (затянувшееся обострение, частые обострения) Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена) Туберкулезный склероз Телеангиэктатическая атаксия (синдром Луи-Бар)	по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям
Лица, наблюдающиеся у врача-хирурга	
Полипоз толстой кишки после оперативного лечения: – диффузный – ворсинчатые опухоли – множественные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы – единичные тубулярные аденомы Оперированные по поводу множественных и единичных полипов и тубулярно-ворсинчатых аденом Одиночные полипы толстой кишки, не подлежащие операции (размер менее 0,4 см) Мастопатия фиброзно-кистозная (фиброаденоматоз или дисгормональные гиперплазии) Узловая мастопатия Фиброаденома молочной железы Папилломатоз молочной железы	1 раз в год 1 раз в год 1 раз в год 1 раз в год, по показаниям чаще то же то же то же
Лица, наблюдающиеся у врача-уролога	
Аденома предстательной железы Хронический простатит Папилломы, полипы мочевого пузыря и уретры Лейкоплакия, лейкокератоз, остроконечные кондиломы (папилломы) полового члена	1-2 раза в год 1-2 раза в год 1-2 раза в год 1-2 раза в год
Лица, наблюдающиеся у врача-травматолога-ортопеда	
Состояние после оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате в связи с опухолевым и системным поражением	ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год
Лица, наблюдающиеся у врача-офтальмолога	
Опухоли век, конъюнктивы: – состояние после проведенного лечения (хирургического, лучевого) по поводу онкологического заболевания органа зрения	по показаниям

Нозологическая форма	Периодичность осмотров у онколога
Лица, наблюдающиеся у врача-оториноларинголога	
Хронический ларингит, хронический хордит, контактные язвы и папилломатоз, фиброматоз, пахидермия	по показаниям
Лица, наблюдающиеся у врача-стоматолога	
Лейкоплакия Красный плоский лишай Абразивный хейлит Манганотти Кератоакантома или кожный рог Папилломатоз полости рта Состояние после операции по поводу доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области: – костей (кисты, амелобластомы, эпulisы и т.д.) – мягких тканей (смешанная, сосудистая, папилломы, фибромы, миомы и др.) Лучевые поражения костных и мягких тканей челюстно-лицевой области	2 раза в год по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям 2 раза в год
Лица, наблюдающиеся у врача-дерматолога	
Дерматомиозит Баланопостит, крауроз Невусы (сосудистые, пигментные) Синдром базально-клеточного невуса Синдром линейного сального невуса Пигментная ксеродерма Множественный родинковый синдром	по показаниям по показаниям по показаниям ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год
Лица, наблюдающиеся у врача-гинеколога	
Эрозия шейки матки Эктропион Полипы шейки матки и эндометрия Эндометриоз Кодиломы шейки матки Дискератозы шейки матки (лейкоплакия, крауроз) Гиперплазия эндометрия (железистая и атипическая) Аденоматоз Дисплазия эпителия шейки матки II-III степени	по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям по показаниям не реже 1 раза в год

Примечание: все вышеперечисленные заболевания, сопровождающиеся дисплазией II-III степени, подлежат постоянному наблюдению у онколога с осмотром не реже 1 раза в год с морфологическим подтверждением динамики процесса.

ИНСТРУКЦИЯ
по контролю и изучению случаев позднего
выявления злокачественных новообразований

В целях повышения квалификации врачей в вопросах ранней диагностики злокачественных новообразований и своевременного их лечения необходим систематический контроль и изучение всех случаев позднего выявления злокачественных опухолей в сети лечебных учреждений.

1. Контролю и изучению подлежат все случаи поздней диагностики злокачественных опухолей IV-й стадии всех локализаций и III-й стадии визуальных форм, а также рака шейки матки II-й стадии.
2. Ответственность за изучение причин поздней диагностики злокачественных опухолей возлагается на руководителя лечебного учреждения, в котором имелся факт поздней диагностики.
3. Протокол ф.027-2/у составляется всеми лечебно-профилактическими учреждениями, где впервые выявлен случай поздней диагностики злокачественных опухолей, а также, когда диагноз запущенной злокачественной опухоли был установлен посмертно врачами-патологоанатомами.
4. На каждый случай запущенной злокачественной опухоли составляется протокол, который после разбора в учреждении общей лечебной сети высылается в онкологический диспансер и в онкологический кабинет по месту постоянного жительства больного.
5. В протоколе отражаются в хронологическом порядке этапы обращения больного в лечебные учреждения со дня первичного обращения за медицинской помощью, указываются лица и лечебные учреждения, по вине которых произошла задержка в установлении своевременного диагноза злокачественной опухоли и начала лечения, а также указываются практические предложения и организационные выводы.
6. Онкологический диспансер (первичный онкологический кабинет) по получении протоколов запущенности берет больных на учет и организует разбор случаев в ЛПУ, допустивших запущенность онкологического заболевания.
7. Главный врач лечебного учреждения, в котором допущены факты поздней диагностики, проводит разбор их на врачебной конференции или док-

ладывает на онкологической комиссии органа управления здравоохранением и передает результаты обсуждения в онкологический диспансер.

8. Руководство ЛПУ по результатам разбора протокола запущенности за неправильное, неполное оформление протокола и врачебные ошибки может привлекать к моральной, материальной и дисциплинарной ответственности врачей, по вине которых допущены дефекты.

9. Контроль за изучением случаев запущенности в лечебно-профилактических учреждениях осуществляется органами здравоохранения через онкологический диспансер или первичный онкологический кабинет с привлечением к этому мероприятию главных специалистов.

10. На основании изучения материалов по запущенности органы здравоохранения разрабатывают мероприятия по улучшению онкологической помощи населению.

11. Срок хранения протоколов ф. № 027-2/у пять лет.

