

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Методические рекомендации

«ОНКОЛОГИЯ» В КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ

Раздел 1. Организация онкологической службы.
Статистика и эпидемиология

Владикавказ 2018г.

УДК:

ББК

Печатается по решению Центрального методического совета ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская медицинская академия» министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол №... от .. 201 г.

Рецензенты:

- 1.
- 2.

Преподавание разделов дисциплины «онкология» в клинической ординатуре: методические рекомендации для преподавателей доцент С.М. Козырева – Владикавказ: СОГМА, 2016. - 92с. зав. кафедрой, д.м.н. доцент Хасигов А.В., ст. лаборант Саутиева М.Г.

Методические рекомендации предназначены в помощь преподавателям медицинских Вузов в организации учебного процесса на кафедрах онкологии последипломного медицинского образования. Рекомендации составлены в соответствии с рабочей программой дисциплины «Онкология» основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования для обучающихся в ординатуре по специальности «Онкология». В рекомендациях предусмотрены теоретические и практические формы организации обучения клинических ординаторов, последовательность проведения занятий для систематизации знаний по клиническому течению, диагностике, лечению, профилактике злокачественных новообразований.

СОГМА, 2018г.

Составители:

**к.м.н. Козырева С.М.
зав. кафедрой, д.м.н. доцент Хасигов А.В.
ст. лаборант Саутиева М.Г.**

ТЕМА 1. "ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ. СТАТИСТИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ".

1. Продолжительность: 4 академических часа (1 академический час - 45 мин).

2. Место проведения: онкологический диспансер.

3. Цель занятия:

- Ознакомить ординаторов со структурой онкологической службы, регламентирующими документами по ее функционированию, диспансеризацией групп риска и онкологических больных, формами учетной документации, понятиями первичной и вторичной профилактики рака.

Для этого необходимо:

3.1. Систематизировать знания о преемственности работы лечебно-профилактических учреждений и онкологических диспансеров, формах учетной и отчетной документации, клинических группах

3.2. Изучить организацию лечебно-профилактической помощи населению, задачи и функции онкологических и смотровых кабинетов, онкологического диспансера, понятие о канцеррегистрах, формах отчетной и учетной документации, структуру онкологической заболеваемости и показатели онкологической службы. Диспансеризация больных со злокачественными опухолями щитовидной желез, губы, слизистой полости рта.

3.3. Обучить ординаторов заполнению форм учетной документации, системе и срокам диспансеризации больных, функциям и задачам смотрового и онкологического кабинета.

3.4. Воспитательное значение темы: разбираемый материал служит развитию у ординаторов навыков анализа показателей работы структурных подразделений онкологической службы, проведения оценки эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам онкологического профиля, заполнения форм учетной документации, формированию знаний организационной структуры онкологической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

3.5. Истоки темы: исходные знания ординаторы приобрели на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения

3.6. Выход темы: знания и навыки, приобретенные на занятиях, необходимы для осуществления онкопрофилактических мероприятий, проведения санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, заполнения учетной документации по онкологии.

Мотивация темы занятия. Освоение клиническими ординаторами приказов МЗ РФ, федеральных онкологических учреждений, алгоритма проведения онкопрофилактических осмотров, характера диспансеризации онкологических больных, порядка оформления учетной медицинской документации, направления на консультации и лечение в другие города.

План занятия.

1. Контрольные тестовые задания.

2. Устно-речевой опрос по теоретическому материалу (система и сроки диспансеризации онкологических больных, порядок заполнения и формы учетной документации, функции онкологического и смотрового кабинета, определение понятия «канцеррегистр», задачи эпидемиологии рака, структура онкологической заболеваемости, показатели онкологической службы).

Контрольные вопросы:

- Как вычисляется показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями?
- Что такое активная выявляемость рака?
- Что такое стандартизированный и грубый показатель заболеваемости?
- Какие вам известны производства с канцерогенными вредностями?
- Какие вы знаете профессии с канцерогенными вредностями?
- Правомочен ли термин – ранняя диагностика рака?

3. Заслушивание рефератов на следующие темы:

- Работа смотрового кабинета,

- Полицейской учет осмотренных,
- Клинические группы,
- Эпидемиология рака и ее задачи,
- Виды показателей онкологической заболеваемости.
- Структура онкологической заболеваемости у мужчин и женщин,
- Диспансеризация фоновых и предраковых состояний.
- Управляемые негативные факторы внешней среды.
- Критерии территорий риска по онкологической ситуации.

4. Практическая работа ординаторов:

4.1. Установление клинической группы у 4-5 больных по амбулаторным картам, составление 4-5 протоколов запущенности по амбулаторным картам и их анализ, оформление направления на лечение в федеральные центры, анализ 3 отчетов по онкопрофосмотрам, анализ 6 паспортов районов по онкологическим показателям.

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. Основопологающим 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.

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 больного 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 1999 г.). 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 половозрастных 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:
$$ИДУ = \frac{У - У_к}{З - З_к}$$
, 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 правильно-стью 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" ориентирована 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 C00 - C96 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, метакронных, синхронно-метакронных) 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, МПС 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 онкологического 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 (топология 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 и подвергается осмотру один-двумя в течение всей жизни: первый

год один раз в—один раз в 6 месяцев, последующие годы —раз в 3 месяца, второй год год. Для осуществления диспансерного наблюдения за больными со злокачественными опухолями и их учета определены следующие клинические группы: больные с заболеваниями, подозрительными на ЗНО;—Ia больные с предопухолевыми заболеваниями, подлежащие диспансерному—Iб наблюдению у врачей соответствующих специальностей; больные со злокачественными опухолями, подлежащие специально—II лечению, в том числе: больные, подлежащие радикальному лечению;—IIa практически здоровые лица (после проведенного радикального лечения);—III больные с распространенными формами злокачественных опухолей, не—IV 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 ведет к существенным искажениям отчетности территориального онкологического учреждения. 10 лет.—Архивный срок хранения "Контрольных карт" 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 Iб, 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 (С00), основания языка (С01), других и неуточненных отделов языка (С02), десны (С03), дна полости рта (С04), неба (С05), других и неуточненных частей рта (С06), околоушной слюнной железы (С07), других и неуточненных больших слюнных желез (С08), небной миндалины (С09), ротоглотки (С10), прямой кишки (С20), 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), глаза (С69), щитовидной железы (С73), меланому кожи (С43). "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 скрывание 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. 5 лет. – Архивный срок хранения "Протокола" Врач ПОК проводит первичный и консультативный приемы больных, обращающихся по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей, патологий, 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) выработывают 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 отделением 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 уточненной диагностике 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 про- паганде. К проведению противораковых мероприятий врач ПОК должен широко привлекать общественные организации, шире использовать средства массовой информации - печать, радио и телевидение.