ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

18.12.2025 № 846

г. Орёл

Об организации маршрутизации пациентов с подозрением
на онкологические заболевания и пациентов
с онкологическими заболеваниями в Орловской области

С целью организации и совершенствования медицинской помощи взрослому населению Орловской области при онкологических заболеваниях во исполнение приказа Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» в целях определения маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями на территории Орловской области в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи п р и к а з ы в а ю:

1.Утвердить:

1.1. Схему распределения медицинских организаций по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи взрослому населению Орловской области по профилю «онкология» согласно приложению № 1.

1.2. Схема территориального дополнительного закрепления районов за медицинскими организациями (за исключением отдельных видов заболеваний) на территории Орловской области и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно приложению № 2.

1.3. Маршрутизацию пациентов с подозрением на онкологические заболевания и пациентов с онкологическими заболеваниями в Орловской области (далее – Порядок маршрутизации, Порядок), согласно приложению № 3.

2. Главным врачам бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области организовать:

2.1. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» в соответствии с требованиями приказов Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»; от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

2.2. Проведение медицинской реабилитации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

2.3. Оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению Орловской области с онкологическими заболеваниями в соответствии с требованиями приказа Минздрава России и Минтруда России от 14.04.2025 № 208н/243н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» и приказа Департамента здравоохранения Орловской области от 10.02.2023 № 80 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению на территории Орловской области».

3. Обследование пациентов онкологического профиля в первичном звене здравоохранения проводить в соответствии с приложением № 4, основанном на клинических рекомендациях, утвержденных Минздравом России.

4. Считать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения Орловской области от 21.06.2023 № 409 «Об организации маршрутизации пациентов по профилю «онкология» при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области».

5. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя руководителя Департамента начальника управления здравоохранения Департамента здравоохранения Орловской области.

Исполняющий обязанности члена Правительства Орловской области - руководителя Департамента здравоохранения Орловской области

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 71F53BE1E63909610CFA7594FDBD7135
Владелец **Бобраков Константин Евгеньевич**
Действителен с 09.12.2025 по 04.03.2027

К.Е. Бобраков

Приложение № 1
к приказу Департамента
здравоохранения Орловской области
от_____2025 г. №_____

Распределение медицинских организаций по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи взрослому населению Орловской области по профилю «онкология»

Вид медицинской помощи		Условия медицинской помощи	Структурное подразделение	Специалист	Форма медицинской помощи
Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь		Вне медицинской организации		Медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи	экстренная неотложная
Первичная медико-санитарная	доврачебная	амбулаторно	ФП, ФАП	Фельдшер, медицинская сестра	плановая, неотложная
	врачебная	амбулаторно	Врачебные амбулатории,поликлиники	Врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач общей практики, врачи-специалисты	плановая, неотложная
	специализированная	амбулаторно	Центр амбулаторной онкологической помощи, первичный онкологическийкабинет или поликлиническое отделениеонкологического диспансера	Врач-онколог	плановая
Специализированная, в том числевысокотехнологичная		Круглосуточный стационар	Медицинские организации, оказывающие медицинскуюпомощь взрослому населению по профилю«онкология»	Врач-онколог, врач- радиотерапевт, врач-химиотерапевт с привлечениемпри необходимости врачей других специальностей	плановая
Паллиативная		амбулаторно, круглосуточный стационар	Центр амбулаторной онкологической помощи, кабинет паллиативной медицинской помощи, отделения паллиативной медицинской помощи	Медицинский работник, прошедший обучение по паллиативной медицинской помощи	плановая

Приложение № 2
к приказу Департамента
здравоохранения Орловской области
от_____2025 г. №_____

Схема территориального дополнительного закрепления районов за медицинскими организациями (за исключением отдельных видов заболеваний) на территории Орловской области и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

№ п/п	Административный район Орловской области	Медицинская организация
1	Ливенский район Краснозоренский район Должанский район Новодеревеньковский район	ЦАОП при БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ»
2	Покровский район Свердловский район Малоархангельский район	БУЗ Орловской области «Покровская ЦРБ» ПОК
3	Троснянский район Кромской район Дмитровский район Глазуновский район	БУЗ Орловской области «Троснянская ЦРБ» ПОК
4	Болховский район Мценский район	БУЗ Орловской области «Болховская ЦРБ» ПОК
5	Новосильский район Корсаковский район	БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ» ПОК
6	Шаблыкинский район Сосковский район Хотынецкий район	БУЗ Орловской области «Шаблыкинская ЦРБ» ПОК
7	Залегощенский район	БУЗ Орловской области «Залегощенская ЦРБ» ПОК
8	Верховский район	БУЗ Орловской области "Верховская ЦРБ" ПОК
9	Колпнянский район	БУЗ Орловской области «Колпнянская ЦРБ» ПОК
10	Орловский муниципальный округ Знаменский район	БУЗ Орловской области «Плещеевская ЦРБ» ПОК
11	Урицкий район	БУЗ Орловской области «Нарышкинская ЦРБ» ПОК
12	Советский район г. Орла	БУЗ Орловской области «Поликлиника № 2» ПОК
13	Северный район, Железнодорожный район г. Орла	ЦАОП при БУЗ Орловской области «ГБ им. С.П. Боткина»
14	Заводской район г. Орла	БУЗ Орловской области «Поликлиника № 3» ПОК
15	г. Орел (МКБ-10: С81 - С96)	БУЗ Орловской области «Поликлиника № 2» (врач-гематолог)
16	Районы Орловской области, Орловский муниципальный округ (МКБ-10: С81 - С96)	БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» (врач-гематолог)

Приложение № 3
к приказу Департамента
здравоохранения Орловской области
от_____2025 г. №_____

Маршрутизацию пациентов с подозрением
на онкологические заболевания и пациентов с онкологическими заболеваниями в Орловской области (Порядок маршрутизации, Порядок)

Общие положения

1. Порядок маршрутизации пациентов с подозрением на онкологические заболевания и пациентов с онкологическими заболеваниями в Орловской области применяется с целью организации маршрутизации пациентов при выявлении лиц со злокачественными новообразованиями или с подозрением на наличие злокачественных новообразований в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области и дальнейшего оказания медицинской помощи по профилю «онкология» таким пациентам.

2. Медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями оказывается в медицинский организациях, указанных в Перечне медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) Орловской области, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, согласно Таблицам № 15 и № 16).

3. При разработке Порядка маршрутизации учтены положения следующих документов:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ);
- постановление Правительства Российской Федерации от 30.12.2019 № 1940 «Об утверждении Правил предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения»;
- Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий реализации год;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю терапия»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 930н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю гематология»;
- приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»;
- приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»;
- Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

- Приказ Минздрав России от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;

- Приказ Минздрава России от 10.04.2025 180н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии»;

- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 185н «Об утверждении об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 186н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»;

- Приказ Минздрава России от 21.04.2022 № 276н «Об утверждении случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи медицинскими работниками МО, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации вне таких МО»;

- Приказ Минздрава России от 02.09.2025 № 519н «Об утверждении учетной формы «Направление для оказания медицинской помощи» и порядка ее ведения»;

- Приказ Минздрава России от 29.04.2025 № 261н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий»;

- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 207н «О правилах проведения патологоанатомических исследований»;

- Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;

- Приказ Минздрава России от 07.05.2025 № 169н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения»;

- Приказ Минздрава России № 208н, Минтруда России № 243н от 14.04.2025 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия МО, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;

- Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;

- Приказ Минздрава России от 08.06.2020 № 557н «Об утверждении правил проведения ультразвуковых исследований»;

- Приказ Минздрава России от 09.06.2020 № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований»;

- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 206н «Об утверждении правил проведения эндоскопических исследований»;

- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 205н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований»;

- Приказ Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении порядка направления застрахованных лиц в МО, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования»;

- Письмо Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», направляемое в субъекты Российской Федерации ежегодно;

- Региональная программа Орловской области «Борьба с онкологическими заболеваниями», утвержденная распоряжением Правительства Орловской области от 25.09.2025 № 523-р.

- иные региональные программы, сформированные в рамках Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

4. Используются следующие сокращения:

ЗНО – злокачественные новообразования;

ОО – Орловской область;

ДЗ ОО – Департамент здравоохранения Орловской области;

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации;

МО ОО – медицинские организации, подведомственные Департаменту здравоохранения Орловской области;

БУЗ ОО ООД – бюджетное учреждение здравоохранения «Орловский онкологический диспансер»;

БУЗ ОО ООКБ – бюджетное учреждение здравоохранения «Орловская областная клиническая больница»;

ЦАОП – центр амбулаторной онкологической помощи;

ПОК – первичный онкологический кабинет;

БУЗ ОО ГБ им С. П. Боткина – бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница им. С. П. Боткина»;

ЦРБ – Центральная районная больница

г. о. – городской округ

м. о. – муниципальный округ

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

ПГИ – патогистологическое исследование

ЦИ – цитологическое исследование

ИГХ – иммуногистохимическое исследование

МГИ – молекулярно-генетические исследования

РМИС ОО – региональная медицинская информационная система Орловской области

ТМК – телемедицинская консультация

СЭМД – структурированный электронный медицинский документ

МДРК - мультидисциплинарная реабилитационная команда

I. Диагностический этап, проводимый в рамках оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами за исключением врача-онколога и врача-гематолога.

Подозрение на наличие онкологического заболевания устанавливается на основании клинических, лабораторных и/или инструментальных данных. При подозрении онкологического заболевания и/или отсутствии возможности его исключить, соответствующих кодам МКБ 10: D37; D37.0; D37.1; D37.2; D37.3; D37.4; D37.5; D37.6; D37.7; D37.9; D38; D38.0; D38.1; D38.2; D38.3; D38.4; D38.5;

D38.6; D39; D39.0; D39.1; D39.2; D39.7; D39.9; D40; D40.0; D40.1; D40.7; D40.9; D41; D41.0; D41.1; D41.2; D41.3; D41.4; D41.7; D41.9; D42; D42.0; D42.1; D42.9; D43; D43.0; D43.1; D43.2; D43.3; D43.4; D43.7; D43.9; D44; D44.0; D44.1; D44.2; D44.3; D44.4; D44.5; D44.6; D44.7; D44.8; D44.9; D45; D46; D46.0; D46.1; D46.2; D46.3; D46.4; D46.5; D46.6; D46.7; D46.9; D47; D47.0; D47.1; D47.2; D47.3; D47.4; D47.5; D47.7; D47.9; D48; D48.0; D48.1; D48.2; D48.3; D48.4; D48.5; D48.6; D48.7; D48.9 медицинских организациях врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, средними медицинскими работниками (в сельской местности) в течение 3-х рабочих дней в амбулаторных условиях организуются консультации врачей-специалистов, проведение клинических, лабораторных и/или инструментальных исследований.

Для пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или при выявлении у пациента онкологического заболевания при проведении обследования применяется принцип «зеленого коридора». Срок проведения лабораторных и инструментальных диагностических исследований не должен превышать срока, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Орловской области – не более 7 дней. Результаты диагностических инструментальных и лабораторных исследований оформляются и вносятся в РМИС ОО в день окончания исследования.

Мониторинг сроков обследования пациентов осуществляется МО первого и второго уровней врачом, направившим пациента на обследование, контроль их соблюдения - заместителем главного врача по медицинской части, либо по поликлинике или заведующим поликлиникой 1 раз в месяц.

При выявлении злокачественных заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, которые предшествуют развитию злокачественных новообразований кодирование осуществляется с применением кодов МКБ 10 в соответствии с Клиническими рекомендациями (B18.0; B18.1; B18.2; B18.3; B20; B20.0; B20.1; B20.2; B20.3; B20.4; B20.5; B20.6; B20.7; B20.8; B20.9; B21; B21.0; B21.1; B21.2; B21.3; B21.7; B21.8; B21.9; B22; B22.0; B22.1; B22.2; B22.7; B23; B23.0; B23.1; B23.2; B23.8; B24; B27; B27.0; B27.1; B27.8; B27.9; D10; D10.0; D10.1; D10.2; D10.3; D10.4; D10.5; D10.6; D10.7; D10.9; D11; D11.0; D11.7; D11.9; D12; D12.0; D12.1; D12.2; D12.3; D12.4; D12.5; D12.6; D12.7; D12.8; D12.9; D13; D13.0; D13.1; D13.2; D13.3; D13.4; D13.5; D13.6; D13.7; D13.9; D14; D14.0; D14.1; D14.2; D14.3; D14.4; D15; D15.0; D15.1; D15.2; D15.7; D15.9; D16; D16.0; D16.1; D16.2; D16.3; D16.4; D16.5; D16.6; D16.7; D16.8; D16.9; D17; D17.0; D17.1; D17.2; D17.3; D17.4; D17.5; D17.6; D17.7; D17.9; D18; D18.0; D18.1; D19; D19.0; D19.1; D19.7; D19.9; D20; D20.0; D20.1; D21; D21.0; D21.1; D21.2; D21.3; D21.4; D21.5; D21.6; D21.9; D22; D22.0; D22.1; D22.2; D22.3; D22.4; D22.5; D22.6; D22.7; D22.9; D23; D23.0; D23.1; D23.2; D23.3; D23.4; D23.5; D23.6; D23.7; D23.9; D24; D25; D25.0; D25.1; D25.2; D25.9; D26; D26.0; D26.1; D26.7; D26.9; D27; D28; D28.0; D28.1; D28.2; D28.7; D28.9; D29; D29.0; D29.1; D29.2; D29.3; D29.4; D29.7; D29.9; D30; D30.0; D30.1; D30.2; D30.3; D30.4; D30.7; D30.9; D31; D31.0; D31.1; D31.2; D31.3; D31.4; D31.5; D31.6; D31.9; D32; D32.0; D32.1; D32.9; D33; D33.0; D33.1; D33.2; D33.3; D33.4; D33.7; D33.9; D34; D35; D35.0; D35.1; D35.2; D35.3; D35.4; D35.5; D35.6; D35.7; D35.8; D35.9; D36; D36.0; D36.1; D36.7; D36.9; D55; D55.0; D55.1; D55.2; D55.3; D55.8; D55.9; D56; D56.0; D56.1; D56.2; D56.3; D56.4; D56.8; D56.9; D57; D57.0; D57.1; D57.2; D57.3; D57.8; D58; D58.0; D58.1; D58.2; D58.8; D58.9; D59; D59.1; D59.2; D59.3; D59.4; D59.5; D59.6; D59.8; D59.9; D60; D60.0; D60.1; D60.8; D60.9; D61; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D61.9; D62; D63; D63.0;

D63.8; D64; D64.0; D64.1; D64.2; D64.3; D64.4; D64.8; D64.9; D70; D71; D72; D72.0; D72.1; D72.8; D72.9; D73; D73.0; D73.1; D73.2; D73.3; D73.4; D73.5; D73.8; D73.9; D74; D74.0; D74.8; D74.9; D75; D75.0; D75.1; D75.2; D75.8; D75.9; D76; D76.0; D76.1; D76.2; D76.3; D77; D80; D80.0; D80.1; D80.2; D80.3; D80.4; D80.5; D80.6; D80.7; D80.8; D80.9; D81; D81.0; D81.1; D81.2; D81.3; D81.4; D81.5; D81.6; D81.7; D81.8; D81.9; D82; D82.0; D82.1; D82.2; D82.3; D82.4; D82.8; D82.9; D83; D83.0; D83.1; D83.2; D83.8; D83.9; D84; D84.0; D84.1; D84.8; D84.9; D86; D86.0; D86.1; D86.2; D86.3; D86.8; D86.9; D89; D89.0; D89.1; D89.2; D89.3; D89.8; D89.9; E04.0; E04.1; E04.2; E04.8; E04.9; E05.0; E06.3; E22.0; E28.2; E34.5; E34.8; E70.3; G11.3; J31; J31.0; J31.1; J31.2; J33; J33.8; J33.9; J37; J37.0; J37.1; J38.1; K13.0; K13.2; K13.7; K22.0; K22.2; K22.7; K29.4; K29.5; K31.7; K50.0; K50.1; K50.8; K50.9; K51.0; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; K51.9; K74.3; K74.4; K74.5; K74.6; L57; L57.0; L57.1; L57.2; L57.3; L57.4; L57.5; L57.8; L57.9; L82; M85; M85.0; M85.1; M85.2; M85.3; M85.4; M85.5; M85.6; M85.8; M85.9; M86.3; M86.6; M86.8; M86.9; M88; M88.0; M88.8; M88.9; M96; M96.0; M96.1; M96.2; M96.3; M96.4; M96.5; M96.6; M96.8; M96.9; №48.0; №60; №60.0; №60.1; №60.2; №60.3; №60.4; №60.8; №60.9; №84; №84.0; №84.1; №84.2; №84.3; №84.8; №84.9; №85.0; №85.1; №87; №87.0; №87.1; №87.2; №87.9; №88.0; Q50; Q50.0; Q50.1; Q50.2; Q50.3; Q50.4; Q50.5; Q50.6; Q56; Q56.0; Q56.1; Q56.2; Q56.3; Q56.4; Q71.8; Q73.8; Q78.1; Q78.4; Q82.1; Q82.5; Q85.0; Q85.1; Q85.8; Q87.0; Q87.1; Q87.3; Q87.8; Q90; Q90.0; Q90.1; Q90.2; Q90.9; Q96; Q96.0; Q96.1; Q96.2; Q96.3; Q96.4; Q96.8; Q96.9; Q97; Q97.0; Q97.1; Q97.2; Q97.3; Q97.8; Q97.9; Q98; Q98.0; Q98.1; Q98.2; Q98.3; Q98.4; Q98.5; Q98.6; Q98.7; Q98.8; Q98.9; Q99; Q99.0; Q99.1; Q99.2; Q99.8; Q99.9; Z03.1; Z52.3; Z80.3; Z80.8; Z84.8; Z94; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8; Z94.9; M12.2).

Инструментом контроля за лицами с подозрением на онкологические заболевания является отдельный регистр в РМИС ОО, автоматически сформированный на основании установленного в случае лечения признака подозрения на ЗНО.

Для каждого пациента, включенного в регистр, формируется индивидуальный маршрут движения с контрольными точками, в соответствии с утвержденными порядками маршрутизации.

В случае несоблюдения сроков или порядка прохождения контрольных точек, администратор регистра получает соответствующие уведомления, на основании которых проводиться анализ ситуации и приниматься соответствующие меры оперативного реагирования.

При выявлении у пациента онкологического заболевания в медицинских организациях врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники (в сельской местности) направляют пациента для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в ЦАОП, ПОК в соответствии с установленной маршрутизаций. Консультация в ЦАОП, ПОК должна быть проведена в течение 3-х рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

При подозрении на ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей пациент направляется на консультацию к врачу-гематологу в соответствии с порядком маршрутизации пациентов по профилю «гематология» в течение 3-х рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

С целью учета информации о впервые выявленном случае онкологического заболевания направляется в течение 3 рабочих дней со дня его выявления врачом-онкологом медицинской организации, в которой установлен соответствующий диагноз, в организационно-методический отдел БУЗ ОО ООД исполняющий функцию регистрации пациентов с впервые выявленном злокачественным

новообразованием, а также в медицинскую организацию, осуществляющую диспансерное наблюдение пациента (ПОК, ЦАОП).

II. Этап оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачом-онкологом, врачом-гематологом.

2.1. Порядок маршрутизации пациента при подозрении на онкологическое заболевание, организация диспансерного наблюдения пациентов с онкологическими заболеваниями.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом по медицинским показаниям по направлению медицинских работников в плановой форме. Срок проведения консультации врача-онколога от даты выдачи направления не должен превышать срока, установленного в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации - не позднее 3 рабочих дней.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом в ЦАОП, а при его отсутствии ПОК.

Врач-онколог ЦАОП, при отсутствии указанного центра — врач-онколог ПОК, в течение одного дня с даты установления предварительного диагноза ЗНО организует взятие биологического материала для цитологического исследования и (или) биопсийного (операционного) материала.

В случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован ЦАОП (ПОК), биопсийного (операционного) материала пациенты направляются в БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер», кроме случаев подозрения или выявлении ЗНО головного мозга, глаза, костей и суставов, ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей – пациенты направляется в БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» по соответствующему профилю.

Диагностические исследования пациентам с подозрением или наличием онкологического заболевания, за исключением радионуклидных метолов диагностики, осуществляется в медицинских организациях, на базе которых расположены ЦАОП, ПОК в соответствии с Перечнем проведения диагностических и лабораторных исследований (в зависимости от локализации опухоли) согласно Таблицей № 16. При необходимости, в случае если медицинская организация не оснащена соответствующим оборудованием и/или отсутствуют необходимые врачи-специалисты осуществляется направление в соответствии с территориальным закреплением, медицинских организаций для проведения диагностических исследований пациентам с подозрением или наличием онкологического заболевания, согласно установленной маршрутизации.

С целью соблюдения сроков диагностических обследований пациентов с подозрением или наличием онкологического заболеваний в медицинских организациях первого и второго уровней доступность записи «зеленый коридор» реализована посредствам выделения отдельных слотов в электронном расписании диагностических кабинетов.

Пациенты, нуждающиеся (в соответствии с клиническими рекомендациями) в проведении ОФЭКТ, ОФЭКТ-КТ, сцинтиграфии, направляются онкологом поликлиники БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер» в отделение радионуклидной диагностики, являющееся его структурным подразделением.

Пациенты, которым показана ПЭТ/КТ с 18F-Фтордезоксиглюкозой с контрастированием (в соответствии с клиническими рекомендациями) по решению

врачебной комиссии БУЗ «Орловский онкологический диспансер» направляются в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в диагностический центр «ПЭТ-Технолоджи» (г. Брянск, проспект Станке Димитрова, д. 84Б*)* или в АО «Медицина», г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер., д. 10).

Для выполнения ПЭТ/КТ головного мозга с аминокислотами, ПЭТ/КТ головного мозга с фторэтилтирозином (позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с фторэтилтирозином) пациенты по решению врачебной комиссии БУЗ «Орловский онкологический диспансер» направляются в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в диагностический центр АО «Медицина», г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер., д. 10.

Для выполнения ПЭТ/КТ с 68 Ga DOTA-TATE и для выполнения ПЭТ/КТ с ПСМА пациенты по решению врачебной комиссии БУЗ «Орловский онкологический диспансер» направляются в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в диагностический центр АО «Медицина», г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер., д. 10, согласно Таблицы № 22).

Сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований, в случае подозрения на онкологические заболевания, не должны превышать сроки, установленные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи - 7 рабочих дней со дня назначения исследований. Направление на исследование оформляется в РМИС ОО.

Диагноз онкологического заболевания устанавливается врачом-онкологом в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (далее именуется – МКБ-10), входящих в рубрики С00 – С80), а при ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (С81 – С96), врачом-гематологом на основе результатов диагностических исследований, включающих, в том числе проведение цитологической и (или) гистологической верификации диагноза, за исключением случаев, когда взятие биопсийного и (или) пункционного материала не представляется возможным. Обязательным является выставление стадии Т№М на момент установления диагноза в соответствии с классификацией злокачественных опухолей.

При проведении полного обследования и подтверждении диагноза ЗНО в РМИС ОО заполняется и направляется врачу-онкологу в течение трех дней форма № 090/У «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО» в ПОК, ЦАОП или в Популяционный раковый регистр организационно-методического отдела БУЗ ОО ООД. Данное правило распространяется на все медицинские организации, где выявлено ЗНО, в том числе при вскрытии в бюро судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомических бюро. Все разделы формы 090/У должны быть заполнены. В случае отсутствия в медицинской организации врача-онколога заполнение формы № 090/У «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования», и направление ее в организационно-методический отдел БУЗ ОО ООД, осуществляет врач-специалист, ответственный за организацию медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

После проведения полного обследования и подтверждении диагноза ЗНО соответствующего кодам МКБ -10 С00-С96, D00-D09, пациент в течение 3 дней направляется в БУЗ ОО ООД для проведения консилиума врачей с целью определения тактики лечения. Консилиум врачей, включает врачей-онкологов, врача-радиотерапевта, врача-нейрохирурга (при опухолях нервной системы), врача гематолога (при злокачественных новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, входящих в рубрики МКБ-10 С81 - С96) медицинской

организации, в составе которой имеются отделения хирургических методов лечения злокачественных новообразований, противоопухолевой лекарственной терапии, радиотерапии (далее - онкологический консилиум), в том числе онкологическим консилиумом, проведенным с применением телемедицинских технологий, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

В случае наличия онкологического заболевания, при котором гистологическая верификация диагноза невозможна, и диагноз определен на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных, врач-онколог имеет право направить пациента на онкологический консилиум без патологоанатомического подтверждения диагноза.

При онкологических заболеваниях, входящих в рубрики (таблица № 1) врач-онколог БУЗ ООО ООД для определения лечебной тактики организует проведение консультации или консилиума врачей, в том числе с применением телемедицинских технологий, в федеральных медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь (далее - национальные медицинские исследовательские центры).

Таблица № 1

Перечень заболеваний, при которых в обязательном порядке организуется проведение консультации или консилиума врачей, в том числе с применением телемедицинских технологий, в федеральных медицинских организациях, подведомственных Минздраву России, оказывающих медицинскую помощь по профилю «онкология»

Код по МКБ-10 и МКБ-О	Расшифровка кода
C37	Злокачественное новообразование вилочковой железы
C38	Злокачественное новообразование сердца, средостения и плевры, исключая мезотелиому плевры
C40	Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей конечностей
C41	Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей других и неуточненных локализаций
C45	Мезотелиома
C46	Саркома Капоши
C47	Злокачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы
C48	Злокачественное новообразование забрюшинного пространства и брюшины
C49	Злокачественное новообразование других типов соединительной и мягких тканей
C58	Злокачественное новообразование плаценты
D39	Новообразования неопределенного или неизвестного характера женских половых органов
C62	Злокачественное новообразование яичка
C69	Злокачественное новообразование глаза и его придаточного аппарата
C70	Злокачественное новообразование мозговых оболочек
C72	Злокачественное новообразование спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы
C74	Злокачественное новообразование надпочечника
8936	Гастроинтестинальная стромальная опухоль
M906-M909	Герминогенные [зародышевоклеточные]
M9060/3	Дисгерминома
M9061/3	Семинома БДУ (C62.)

M9062/3	Семинома анапластическая (C62.)
M9063/3	Сперматоцитная семинома (C62.)
M9064/3	Герминома
M9070/3	Эмбриональный рак БДУ
M9071/3	Опухоль эндодермального синуса
M9072/3	Полиэмбриома
M9073/1	Гонадобластома
M9080/0	Тератома доброкачественная
M9080/1	Тератома БДУ
M9080/3	Тератома злокачественная БДУ
M9081/3	Тератокарцинома
M9082/3	Злокачественная тератома недифференцированная
M9083/3	Злокачественная тератома промежуточная
M9084/0	Дермоидная киста БДУ
M9084/3	Тератома со злокачественной трансформацией
M9085/3	Смешанная герминогенная опухоль
M9090/0	Струма яичника БДУ (D27)
M9090/3	Струма яичника злокачественная (C56)
M9091/1	Струмальный карциноид (D39.1)
M9060/3	Дисгерминома
8247/3	Рак из клеток Меркеля (C44.)
8013/3	Крупноклеточная нейроэндокринная карцинома легкого и комбинированная крупноклеточная нейроэндокринная карцинома легкого
8240/3	Карциноид червеобразного отростка БДУ
8244/3	Сложный карциноид
8246/3	Нейроэндокринный рак
8249/3	Нейроэндокринная опухоль (НЭО) №OS G2

Диагноз онкологического заболевания устанавливается врачом-онкологом, а при злокачественных новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, входящих в рубрики МКБ-10 С81 - С96 с участием врача-гематолога.

Контроль за соблюдением сроков и качества выполнения обязательного объема диагностических исследований и консультаций обеспечивает ответственный заместитель руководителя медицинской организации первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Порядок контроля за сроками обследования, консультирования и лечения пациентов с подозрением на ЗНО устанавливается приказом по медицинской организации (с назначением ответственного не ниже заместителя главного врача).

Специалисты БУЗ ОО ООД оказывают организационно-методическую и практическую помощь ЦАОП, ПОК и иным медицинским организациям по профильным вопросам, с применением телемедицинских технологий в соответствии с приказом Минздрава Российской Федерации от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

На каждого пациента с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО IV стадии, а также III стадии ЗНО при визуальной локализации в РМИС ОО в соответствии с инструкцией на портале эксплуатационной документации по «ТрастМед:МИС SaaS» вкладка «ЗНО» заполняется «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (ф. № 027-2/У) (далее – Протокол). Протокол заполняется врачами ЦАОП, ПОК, а также другими медицинскими организациями ОО всех форм собственности и подчиненности, выявившими новый случай ЗНО в запущенной форме, включая стационарных учреждений всех профилей. Информация о запущенном случае ЗНО переносится в раковый регистр БУЗ ОО ООД в программу «Канцер-регистр».

Организационным методическим отделом БУЗ ОО ООД осуществляется:

- ежегодный анализ региональной нормативно-правовой документации, регламентирующей маршрутизацию пациентов с онкологическими заболеваниями на соответствие нормам действующего законодательства, с учетом перераспределение потока пациентов;

- ежеквартальные углубленные (1 раз в квартал) и ежемесячные (1 раз в месяц) эпидемиологические мониторинги заболеваемости, смертности и распространенности от злокачественных новообразований на базе регионального онкологического регистра путем формирования таблиц по каждому показателю в разрезе медицинских организаций ОО, для актуализации возможностей планирования объемов оказания медицинской помощи, с предоставлением результатов мониторинга в медицинские организации, территориальный фонд обязательного медицинского страхования и Департамента здравоохранения;

- контроль за функционированием и внедрением во все медицинские организации, оказывающие помощь пациентам с онкологическими заболеваниями ОО, системы внутреннего контроля качества медицинской помощи согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

При выявлении отклонений от целевых значений на протяжении всего маршрута онкологических пациентов проводится обязательное видеоселекторное совещание со всеми медицинскими организациями Орловской области, оказывающими медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями по вопросам диагностики, лечения, диспансерного наблюдения пациентов с ЗНО с участием Департамента здравоохранения Орловской области с периодичностью 1 раз в квартал.

Диспансерное наблюдение врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием устанавливается и осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». Диспансерное наблюдение пациентов осуществляется врачом-онкологом в ПОК, ЦАОП по месту их проживания согласно приложению № 2.

Срок установления диспансерного наблюдения врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дней с момента постановки диагноза онкологического заболевания. Диспансерное наблюдение пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) осуществляется пожизненно за исключением базалиом: они подлежат снятию с учета после 5 лет наблюдения, если не было рецидивов заболевания либо не возникло другое ЗНО. В течение первого года после установления диагноза пациент наблюдается у онколога 1 раз в 3 месяца, второго – 1 раз в 6 месяцев, третьего и последующих лет – 1 раз в год. Контроль соблюдения сроков диспансерного наблюдения осуществляется Популяционным раковым регистром в ходе ежемесячных сверок сведений о пациентах с онкологами городских и муниципальных округов и путем обратной связи Популяционного ракового регистра с онкологом, онколога с пациентом.

Активное приглашение пациентов для диспансерного осмотра и обследования осуществляется онкологом путем телекоммуникационных технологий.

Проведение диспансерного наблюдения пациентов с онкологическими заболеваниями врачом-онкологом ПОК/ЦАОП на дому осуществляется в случаях нетранспортабельного состояния/наличия у пациента тяжелого конкурирующего заболевания. Врач – онколог ПОК/ЦАОП осуществляет диспансерное наблюдение

на основании клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи в объеме, возможном при текущем состоянии пациента, с учетом заключений специалистов, осуществляющих лечение по конкурирующему заболеванию, и принимается решение о проведении и сроках выполнения стандартов диспансерного обследования с учетом локализации ЗНО.

В случае выявления в процессе наблюдения рецидива либо прогрессирования заболевания врач-онколог ПОК или ЦАОП организует необходимое обследование и проведение повторного консилиума для определения тактики ведения пациента.

2. Особенности взятия биологического материала для цитологического исследования, биопсийного (операционного) материала для проведения гистологического, иммуногистохимического, молекулярно-генетического исследований

Врач-онколог ЦАОП (при отсутствии указанного центра — врач-онколог ПОК) в течение одного дня с даты установления предварительного диагноза ЗНО организует взятие биологического материала для цитологического и (или) гистологического исследования, либо организует направление пациента для выполнения диагностических исследований, в ходе которых производится забор биологического материала для гистологических, иммуногистохимических, молекулярно-генетических исследований.

Маршрутизация биологического материала проводится согласно приказу Минздрава России от 14.04.2025 № 207н «Об утверждении Правил проведения патолого-анатомических исследований и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении прижизненных патолого-анатомических исследований».

1. Правила подготовки цитологического материала:

1.1 Формирование направления.

Материал для цитологического исследования сопровождается бумажным направлением, изначально сформированным в электронной форме.

1.2. Подготовка предметного стекла.

Со стороны узкого края предметного стекла наносится маркировка (ФИО и год рождения пациента / номер карты или другая идентифицирующая пациента надпись), которая не должна занимать более 2 сантиметров от узкого края предметного стекла. Идентичная маркировка (ФИО, цифры и т.д.) указывается в направлении на цитологическое исследование.

1.2.1 Нанесение биоматериала на предметное стекло.

Полученный материал для традиционного цитологического исследования (соскобы, пунктаты и др.) наносится на стекло тонким слоем: отступ от узкого края предметного стекла 1,5-2 сантиметра (место маркировки). Мазок должен получиться тонким, по возможности непрерывным, как при мазке крови. (**N.B**.! Участки с толстым нанесением не пригодны для последующего цитологического исследования, так как не просматриваются при микроскопии, а особо толстые участки не фиксируются к стеклу).

При наличии большого объёма биоматериала его следует наносить на несколько стекол.

Если забор материала производится из участков разных локализаций, то это отмечается дополнительной маркировкой на предметном стекле (например, 1, 2 и т.д.) и отображается в направлении.

1.2.2 Упаковка предметных стекол.

Нанесённый на стекло биоматериал должен высохнуть полностью. Предметные стекла от одного пациента упаковываются в отдельную тару (целлофановый или

бумажный пакетик, пластиковый контейнер и др.). На упаковке указывается ФИО пациента.

1.3 Подготовка жидкости для цитологического исследования.

Для цитологического исследования жидкости в направлении обязательно указывается время и дата забора биоматериала.

Жидкость в лабораторию должна доставляться в первой половине дня: максимальный срок до 14 часов. Доставляется вся полученная при пункции жидкость. Жидкость собирают в сухую чистую. герметично закрывающуюся тару. Для предотвращения образования сгустка в ёмкость с жидкостью сразу после получения добавляется цитрат натрия (на 500 мл жидкости на кончике ножа) или гепарин (из расчета 10 МЕ на 1 мл пробы), после чего жидкость сразу доставляется в лабораторию для исследования!

В случае, если доставить сразу жидкость невозможно, то в неё добавляется цитрат или гепарин (см. выше) и её помещают для хранения в холодильник (максимальный срок хранения 24 часа).

Если полученный объём жидкости превышает 5 литров, то после добавления цитрата или гепарина (см. выше) жидкость отстаивают в течение 1-1,5 часа. Затем верхнюю часть жидкости сливают, а оставшуюся часть жидкости, объём которой должен составлять не менее ½ от полученной, доставляют в лабораторию.

Если нет практической возможности доставить жидкость в лабораторию в течение 24 часов, то необходимо добавить в жидкость цитрат или гепарин (см выше) и дать ей отстояться в течение 1-1,5 часов. После этого верхняя часть жидкости сливается, остаток перемешивается и разливается в несколько (2-4) пробирок. Пробирки с жидкостью необходимо отцентрифугировать 5-7 минут при 1500-2000 оборотах. Надосадочная жидкость сливается, осадок наносится на предметные стекла (от 2 до 4 стёкол на каждую пробирку) и далее обработка материала согласно п. 1.2.1

Все возникшие вопросы по преаналитическому этапу цитологического исследования можно уточнить по номеру телефона: (4862) 41-00-11.

2. Правила подготовки материала для гистологического (иммуногистохимического) исследования:

2.1 На гистологическое исследование направляется любая ткань, получаемая при диагностических (лечебных) манипуляциях (операциях), при этом должен быть направлен весь объём полученного материала, неделимо. Категорически запрещается делить операционный или биопсийный материал на части и отправлять в разные патогистологические лаборатории, так как изменения, характерные для данного патологического процесса могут оказаться только в одной части объекта, что ведет к разным результатам исследования.

2.2 При взятии материала следует минимизировать механические (сжатие, сдавление, порезы и т.д.), термические (тепловые и холодовые), химические и иные повреждения (например, высушивание). В связи с чем иссечение кусочков тканей из органов следует производить только острым инструментом, предупреждая деформацию материала, что приводит к возникновению артефактов. Не рекомендуется получать материал электроинструментами, так как в этом случае диагноз возможно выставить только в предположительной форме.

2.3 Иссеченный фрагмент ткани при его толщине более 1 см подлежит рассечению, что обеспечивает его равномерную фиксацию.

2.4 Материал в виде слизи, крови, экссудата или очень мелкий материал (менее 1 мм) не может расцениваться, как полноценный для гистологического описания.

2.5 Биопсийный (операционный) материал подлежит помещению в 10 % раствор забуференного формалина не позднее 1 часа после его взятия (в идеале - немедленно). Недопустимо использование иных (спирт и т.д.) фиксаторов.

2.6 Объём фиксирующей жидкости (формалина) должен не менее чем в 10 раз превышать объём помещённого в него материала.

2.7 Флакон с материалом должен плотно закрываться для предотвращения вытекания/испарения формалина и содержать наклейку с минимальной информацией: отделение, ФИО пациента, год рождения, номер (если препаратов для исследования берётся несколько).

2.8 Материал в патологоанатомическое отделение сопровождается направлением на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (учётная форма № 014/у).

2.9 Хранение материала, помещённого в раствор формалина, осуществляется исключительно при комнатной температуре, оптимальное время фиксации не должно превышать 24 часа (вышеописанные процедуры осуществляются с учётом приказа Минздрава России от 14.04.2025 № 207н «Об утверждении Правил проведения патолого-анатомических исследований и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении прижизненных патолого-анатомических исследований»).

Доставка биологического материала в патолого-анатомическое отделение медицинских организаций ОО, осуществляется согласно маршрутизации (таблица № 2) курьером медицинской организации не реже 1 раза в 3 дня в соответствии с правилами хранения и транспортировки биологического и биопсийного (операционного) материала.

Сроки получения результатов не должны превышать 10 календарных дней с момента направления биологического материала из медицинской организации в патолого-анатомическое отделение и 7 календарных дней - в клинико-диагностическую лабораторию.

Для биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных иммуногистохимических методов исследования с применением более 5 маркеров, до 15 рабочих дней.

Результат исследования записывается в «Протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала» (ф. 014/у), который формируется в медицинской РМИС ОО.

Таблица 2

Схема территориального закрепления медицинских организаций для проведения прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала

№ п/п	БУЗ ОО	Гистологическая лаборатория БУЗ ОО
1	ООКБ - консультативная поликлиника Болховская ЦРБ Верховская ЦРБ Должанская ЦРБ Малоархангельская ЦРБ Новодеревеньковская ЦРБ Покровская ЦРБ Свердловская ЦРБ Сосковская ЦРБ Троснянская ЦРБ Хотынецкая ЦРБ	ООКБ

2	НКМЦ им. З. И. Круглой Детская поликлиника № 1	НКМЦ им. З. И. Круглой
3	БУЗ ОО ООД БУЗ ОО ООСП Поликлиника № 1 Поликлиника № 2 Поликлиника № 3 Глазуновская ЦРБ Залегощенская ЦРБ Знаменская ЦРБ Колпнянская ЦРБ Кромская ЦРБ Мценская ЦРБ Новосильская ЦРБ Шаблыкинская ЦРБ Корсаковская ЦРБ	ООД
4	Поликлиника № 1 Поликлиника № 2 Поликлиника № 3	БСМП
5	ГБ им. С. П. Боткина Поликлиника № 1 Поликлиника № 2 Поликлиника № 3 Дмитровская ЦРБ Нарышкинская ЦРБ Плещеевская ЦРБ	ГБ им. С. П. Боткина
6	Ливенская ЦРБ Должанская ЦРБ Краснозоренская ЦРБ	Ливенская ЦРБ
7	Для проведения имунногистохимического исследования: БУЗ ОО ООД Поликлиника № 2 (гематология)	ООД
8	Для проведения молекулярно – генетических исследований: БУЗ ОО ООД БУЗ ОО ООКБ Поликлиника № 2 (гематология)	ООО «Инвитро» ООО «Гемотест»

3. Молекулярно-генетические исследования

Молекулярно-генетическое исследование назначаются онкологами БУЗ ОО ООД в соответствии с клиническими рекомендациями в лаборатории в рамках действующей территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Молекулярно-генетические исследования в Орловской области выполняются в рамках программы обязательного медицинского страхования в молекулярно-генетической лаборатории ООО «Виталаб» (г. Курск), ООО «Лаборатория Гемотест» (г. Москва), лаборатории молекулярной онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова», г. Санкт – Петербург.

Пациентом оформляется информированное согласие на проведение молекулярно-генетического исследования и отправку биологического материала (стекла, блоки, кровь) в сторонние организации; формируется пакет документов, который прилагается к биологическому материалу.

Срок направления материала и проведения исследования определяются условиями договора между медицинской организацией и организацией, осуществляющей исследование. Доставка материала обеспечивается курьерской службой, срок выполнения исследования - 10 рабочих дней. Результаты исследования помещаются в интегрированную медицинскую карту пациента.

Полученные результаты размещаются медицинской организацией, осуществляющей исследование в РМИС Орловской области.

Направление биоматериала для патоморфологических, иммуногистохимических, молекулярно-генетических, цитогенетических исследований в референс-центр учреждений федерального значения осуществляется в сложных диагностических случаях по назначению врачебной комиссии БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер» в рамках соглашения между БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер» и соответствующим федеральным центром о проведении патоморфологических, иммуногистохимических, молекулярно-генетических, цитогенетических исследований.

2.3. Особенности маршрутизации пациента на онкологический консилиум для определения тактики лечения

Тактика лечения устанавливается консилиумом врачей, включающим врачей-онкологов, врача-радиотерапевта БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер», в составе которого имеются отделения хирургических методов лечения злокачественных новообразований, противоопухолевой лекарственной терапии, радиотерапии (далее - онкологический консилиум), в том числе онкологическим консилиумом, проведенным с применением телемедицинских технологий, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов (таблица № 3).

Таблица 3

Территориальное закрепление медицинских организаций и врачей-специалистов, которые могут привлекаться к проведению онкологического консилиума

Медицинская организация	Врачи-специалисты
БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер» Адрес: 302020, Орловская область, город Орёл, пер. Ипподромный, д. 2	врач – онколог; врач – радиолог; врач- химиотерапевт
БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» Адрес: 302028, Орловская область, город Орёл, б-р Победы, д.10	нейрохирург (при опухолях нервной системы) ортопед (при выявлении опухолей костной системы) эндокринолог кардиолог невролог гематолог

Онкологический консилиум с диагнозами С00 – С96 проводится в БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер», поликлиника (г. Орёл, Ипподромный переулок, д. 2) в рабочие дни по графику (таблица № 4).

Таблица 4

График проведения онкологических консилиумов

БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер»

Направление онкологического консилиума	Дни недели	Время проведения
Опухоли молочной железы, кожи (меланома), мягких тканей (женщины)	Понедельник, среда	13.00 – 13.30
Торакальная онкология, опухоли щитовидной железы, кожи (меланома), мягких тканей (мужчины)	Понедельник, вторник, четверг	13.30 – 14.00
Абдоминальная хирургия, опухоли головного мозга	Вторник, четверг	13.00 – 13.15
Онкоурология	Понедельник, среда	14.00 – 14.15
Онкогинекология	Вторник, четверг	13.00 – 13.15
Опухоли головы и шеи (кроме щитовидной железы)	Понедельник, среда	13.00 – 14.00

Пациенты с прочими онкологическими заболеваниями направляются на онкологический консилиум в любой из дней, по согласованию с председателем онкологического консилиума.

Решение онкологического консилиума оформляется протоколом по форме в соответствии приложению № 1 к «Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 № 116н, на бумажном носителе в печатном виде и подписанном участниками консилиума, либо в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи участников консилиума, вносится в медицинскую документацию больного (медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного) и является обязательным для исполнения.

Электронный протокол консилиума из электронной амбулаторной карты пациента направляется в РМИС и далее в электронную амбулаторную карту в РМИС медицинской организации, осуществляющей диспансерное наблюдение пациента.

При наличии у пациента сопутствующей патологии, осложнений основного заболевания при проведении консилиума учитывается заключения врачей-специалистов соответствующего профиля, дата проведения которых не превышает 14 дней до проведения консилиума.

В случае отсутствия исследований, необходимых для определения тактики ведения пациента, или в случае, если показано проведение дополнительных диагностических исследований, их дальнейшее проведение должно быть организовано по месту проведения онкологического консилиума в течение 7 рабочих дней с даты проведения первичного онкологического консилиума.

После получения результатов дополнительных исследований проводится повторный онкологический консилиум не позднее 1 рабочего дня с даты выдачи заключения по исследованию.

В случае, если для участия в консилиуме в БУЗ ОО ООД требуется участие врачей-специалистов отдельных профилей (нейрохирурга, травматолога, гематолога, кардиолога, ангиолога и др.), их участие в проведении консилиума совместно с радиотерапевтом и врачом-онкологом противоопухолевой лекарственной терапии организуется в БУЗ ОО ООД с привлеченим специалистов БУЗ ОО ООКБ очно или дистанционно в формате ТМК в режиме он-лайн (ВКС).

В случае если пациент с онкологическим заболеванием проходит лечение в амбулаторных условиях или лечение в условиях дневного или круглосуточного стационаров медицинских организаций Орловской области, и находится в тяжелом состоянии, онкологический консилиум проводится с применением телемедицинских технологий в установленном порядке.

Для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии на дому, также возможно проведение предварительного консилиума в формате ТМК с выездом к нему врача-онколога ПОК /ЦАОП и дистанционного решения вопроса с другими врачами-специалистами консилиума (врачом-радиотерапевтом, врачом-онкологом противоопухолевой лекарственной терапии, врачом-онкологом паллиативной медицинской помощи) о дальнейшей лечебно-диагностической тактике.

Таблица 5

Перечень медицинских организаций, на базе которых проводятся консилиумы врачей для пациентов с онкологическими заболеваниями, Территориальное закрепление медицинских организаций для проведения консилиумов пациентам с онкологическими заболеваниями

№	Наименование медицинской организации, на базе которой проводится консилиум	Фактический адрес	Перечень специалистов, участвующих в консилиуме	Перечень прикрепленных медицинских организации, направляющих пациентов на консилиум	Возможность применения телемеди-цинских технологий
1	БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер»	302020, г. Орел, пер. Ипподромный д. 2	врач – онколог; врач – радиолог; врач-химиотрапевт.	Поликлиника № 1 Поликлиника № 3 Верховская ЦРБ Глазуновская ЦРБ Дмитровская ЦРБ Должанская ЦРБ Залегощенская ЦРБ Знаменская ЦРБ Колпнянская ЦРБ Корсаковская ЦРБ Кромская ЦРБ Краснозоренская ЦРБ Малоархангельская ЦРБ Новодеревеньковская ЦРБ Нарышкинская ЦРБ Новосильская ЦРБ Плещеевская ЦРБ Сосковская ЦРБ Свердловская ЦРБ Троснянская ЦРБ Хотынецкая ЦРБ Шаблыкинская ЦРБ	ТМК

III. Этап оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

1. **Порядок направления пациентов с онкологическими заболеваниям на специализированное лечение (хирургическое, лекарственное, лучевое), в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.**

По решению консилиума о необходимости специализированного лечения пациент в течение 3 дней направляется в медицинские организации региона второго или третьего уровня в соответствии с установленной маршрутизацией.

Сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать сроков, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи - 7 рабочих дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания (при невозможности предоперационной гистологической верификации).

В сложных клинических случаях для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания) в целях проведения оценки, интерпретации и описания результатов по решению онкологического консилиума врач-онколог МО III уровня организует направление в федеральные медицинские организации:

- цифровых изображений, полученных по результатам патоморфологических исследований, в патологоанатомическое бюро (отделение) четвертой группы (референс-центр) путем информационного взаимодействия медицинских работников между собой, в том числе с применением телемедицинских технологий;

- цифровых изображений, полученных по результатам лучевых методов исследований, в дистанционный консультативный центр лучевой диагностики, путем информационного взаимодействия медицинских работников между собой, в том числе с применением телемедицинских технологий;

- биопсийного (операционного) материала для повторного проведения патоморфологических, иммуногистохимических, и молекулярно-генетических исследований: в патологоанатомическое бюро (отделение) четвертой группы (референс-центр), а также в молекулярно-генетические лаборатории для проведения молекулярно-генетических исследований.

Направление в федеральные центры для проведения специализированного лечения (хирургическое, лекарственное, лучевое), в том числе высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в следующих случаях:

- при отсутствии в БУЗ ОО ООД условий для проведения хирургического/ лучевого/противоопухолевого лекарственного лечения;

- приглашение пациента на госпитализацию в федеральный центр по результатам предшествующей телемедицинской консультации;

Решение о направлении пациента на лечение в федеральные центры принимается на заседании врачебной комиссии БУЗ ОО ООД, по медицинским показаниям и отсутствии противопоказаний к транспортировке пациента.

В течение 3 рабочих дней формируется пакет документов: справки формы № 057/у «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию» и № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» установленного образца, протоколы необходимых клинических обследований, заключений патоморфологического исследования. Пациент информируется о необходимости приложить данные рентгенологических обследований на цифровых носителях, биоматериала. Пакет документов выдаётся лечащим врачом БУЗ ООД пациенту или его законному представителю.

При наличии у пациента с онкологическим заболеванием медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации, в том числе федеральных медицинских организациях, направление таких пациентов осуществляется в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздрава России от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной

медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

При направлении пациента на оказание специализированной, в т. ч. высокотехнологичной, медицинской помощи учитывается право выбора пациентом медицинской организации для получения медицинской помощи.

Направление пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется в Порядком формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств областного бюджета.

В случае необходимости (в соответствии с клиническими рекомендациями) медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, направляет пациента на радионуклидную терапию в МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ по адресу: Калужская область, г. Обнинск, улица Королёва, 4. Направление (форма № 057/у) выдает врач-онколог, врач-гематолог ЦАОП, онкологического диспансера (онкологической больницы) или иных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями по решению врачебной комиссии или онкологического консилиума.

Маршрутизация пациентов на противоопухолевое лекарственное лечение (ПЛТ) в стационарных условиях и условиях дневного стационара

Тактика противоопухолевой лекарственной терапии определяется на онкологическом консилиуме БУЗ ОО ООД с учетом общего состояния (ECOG), соматического статуса, коморбидности пациента, результатов патолого-анатомических исследований и молекулярно-генетических исследований.

В дневной стационар противоопухолевой лекарственной терапии, расположенный на базе поликлиники БУЗ ОО «ООД» (г. Орёл, Ипподромный пер., д. 2) для лечения направляются пациенты со злокачественными новообразованиями всех локализаций, являющихся жителями г. Орла (Советский, Заводской и Железнодорожный район (кроме Северного района)), Орловского м.о., всех районов Орловской области (кроме Ливенского района), которым показана парентеральная противоопухолевая лекарственная терапия в условиях дневного стационара.

Пациенты со злокачественными новообразованиями всех локализаций, жители Орловской области, подлежащие пероральной противоопухолевой лекарственной терапии в амбулаторных условиях по решению онкологического консилиума БУЗ ОО ООД, направляются по месту прикрепления для выписки таблетированных форм противоопухолевых лекарственных препаратов, получения их в аптеках районных поликлиник и контроля за процессом лечения со стороны районных онкологов.

В дневной стационар ЦАОП на базе БУЗ Орловской области «Городская больница им. С.П. Боткина» (Орловская область, г. Орел, ул. Металлургов, д. 80) для лечения направляются пациенты: со злокачественными новообразованиями всех локализаций, являющиеся жителями Северного района г. Орла, которым показана противоопухолевая лекарственная терапия в условиях дневного стационара как парентеральная, так и пероральная.

В дневной стационар ЦАОП на базе БУЗ ОО Ливенская ЦРБ (Орловская область, г. Ливны, ул. Капитана Филиппова, 64-а) для лечения направляются пациенты: со злокачественными новообразованиями всех локализаций, являющиеся жителями Ливенского района Орловской области, которым показана

противоопухолевая лекарственная терапия в условиях дневного стационара как парентеральная, так и пероральная.

Для проведения стационарного или амбулаторного этапа химиотерапевтического лечения пациентам на догоспитальном этапе необходимо иметь следующий объем лабораторных и инструментальных исследований:

Таблица 6

№ п/п	Наименование исследования	Срок действия
1	Клинический анализ крови	5 дней
2	Общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, мочевина, фибриноген, общий белок, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, креатинин), коагулограмма	10 дней
3	Группа крови и резус-фактор	90 дней
4	Анализ крови на маркеры вирусного гепатита «В» (HbsAg), вирусного гепатита «С» (анти-HCV IgG и РНК вируса гепатита «С»), ВИЧ-инфекцию, сифилис (RW)	90 дней
5	ЭКГ	10 дней
6	УЗИ органов брюшной полости , УЗИ почек, УЗИ регионарных очагу поражения лимфоузлов	90 дней
7	Эхо-кардиоскопия	90 дней
8	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей	180 дней
9	Справка врача-дерматовенеролога только для пациентов, ранее переболевших сифилисом, и/или имеющих положительные серологические реакции на сифилис, в том числе, впервые выявленные	90 дней или по показаниям
10	УЗИ щитовидной железы и анализ крови на ТТГ – только для пациентов, получающих иммунотерапию	90 дней
11	Справка врача-инфекциониста (с указанием эпидномера и диагноза) о возможности лечения в общесоматическом стационаре и об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению, химиотерапии, лучевой терапии — только для пациентов, больных (переболевших) острым и хроническим вирусными гепатитами В и С, ВИЧ-инфекцией, и/или являющихся «носителями» маркеров вирусных гепатитов, в том числе, впервые выявленные	180 дней
12	Заключение узких специалистов (кардиолог, нефролог, пульмонолог и др.) – только для пациентов с отягощенным коморбидным фоном	90 дней или по показаниям
13	Заключение терапевта об отсутствии противопоказаний для проведения химиотерапевтического и радиологического лечения	90 дней

Примечания:

* Забор крови на определение группы крови производит стационар.

** Лабораторные и инструментальные исследования, указанные в выписном эпикризе, не требуются к пересдаче, если их срок действия не истек.

При направлении в ЦАОП прилагается заключение онкологического консилиума с подробным указанием схемы противоопухолевой лекарственной терапии и кратности контрольного обследования.

После проведения рекомендуемой схемы противоопухолевой лекарственной терапии и проведения контрольного обследования согласно заключению МДК, пациент повторно направляется очно (или ТМК) на МДК в ООД для обсуждения дальнейшей тактики лечения.

Плановая оценка эффективности ХТ выполняется каждые 6-12 недель (в зависимости от вида опухоли и задач терапии).

Плановая оценка эффективности эндокринотерапии и иммунотерапии — каждые 8-16 недель.

Внеплановая оценка проводится по показаниям, в частности при подозрении на прогрессирование болезни.

Оценки эффекта лечения осуществляется согласно критериям RECIST (оценка ответа солидных опухолей на лечение) iRECIST (оценка ответа при использовании иммунотерапевтических препаратов).

Для оценки эффективности лечения допустимо применение методов ультразвуковой диагностики, планарной рентгенографии, эндоскопии. Диагностические обследования проводятся в медицинских организациях по месту прикрепления пациента. Сроки прохождения обследования указываются врачом-онкологом БУЗ ОО ООД.

IV. Особенности оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями с применением телемедицинских технологий

Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Орловской области от 21.12.2022 № 1142 «Об организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в медицинских организациях Орловской области», может оказываться: амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно. Условия оказания помощи определяются фактическим местонахождением пациента.

Телемедицинские консультации (ТМК) проводятся в следующих режимах: реального времени (в форме сеансов ВКС между запрашивающим врачом или пациентом (законным представителем) и врачом-консультантом, отложенных консультаций (в форме обмена между запрашивающим врачом или пациентом (законным представителем) и врачом-консультантом текстовыми сообщениями, медицинскими документами, аудио- и видеофайлами; - смешанного режима (режим, при котором в ходе отложенной консультации врач-консультант выявляет необходимость взаимодействия с запрашивающим врачом или пациентом (законным представителем) в режиме реального времени).

Консультация с применением телемедицинских технологий проводится в сложных клинических случаях для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания) в целях проведения оценки, интерпретации и описания результатов проведенных исследований, а также определения тактики лечения.

При онкологических заболеваниях, входящих в рубрики С37, С38, С40 - С41, С45-С49, С58, D39, С62, С69 - С70, С72, С74 МКБ-10, а также соответствующих кодам международной классификации болезней - онкология (МКБ-О), 3 издания 8936, 906-909, 8247/3, 8013/3, 8240/3, 8244/3, 8246/3, 8249/3, в БУЗ ОО ООД в обязательном порядке проводятся консультации с применением телемедицинских технологий с федеральными медицинскими организациями.

Заявка на проведение телемедицинской консультации с федеральными медицинскими организациями оформляется лечащим врачом БУЗ ОО ООД с

обязательным предоставлением выписки из карты стационарного/амбулаторного больного с указанием жалоб, анамнеза, результатов проводимых обследований, описанием общего и локального статусов, оценки по ECOG, цифровых изображений инструментальных методов диагностики, включая, при необходимости, сканы гистологических препаратов. Контроль за качеством и полной медицинской документации для проведения ТМК возложена на заведующих структурными подразделениями, инициировавших ТМК. Документы загружаются в Телемедицинскую систему дистанционных консультаций федерального и регионального уровней. Далее оператор системы БУЗ ОО ООД отслеживает статус заявки на ТМК и осуществляет мониторинг. Организация проведения ТМК с федеральными медицинскими организация возложена на заместителя главного врача по организационно-методической работе БУЗ ОО ООД.

Консультации с применением телемедицинских технологий в плановой форме осуществляются в сроки **до 10 рабочих дней** с момента поступления запроса на проведение консультации в консультирующую медицинскую организацию, в неотложной форме от 3 до 24 часов, в экстренной форме в сроки **от 30 минут до 2 часов** с момента поступления запроса на проведение консультации.

Итог проведения консультации прикрепляется к протоколу онкологического консилиума и вносится в медицинскую документацию пациента.

Документирование информации о проведении консультации с применением телемедицинских технологий, включая внесение сведений в медицинскую документацию, осуществляется с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

На региональном уровне медицинская помощь с применением телемедицинских технологий (при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой) может быть оказана в формате врач – врач, либо врач – консилиум врачей (участие врача, запросившего консультацию в консилиуме врачей, организованном на стороне консультанта). Консультации с применением телемедицинских технологий проводятся в целях проведения оценки, интерпретации и описания результатов проведенных исследований, уточнения диагноза, определения тактики лечения и в рамках диспансерного наблюдения. Врач- онколог ПОК/ЦАОП в рамках диспансерного наблюдения проводит обследование пациента в соответствии с клиническими рекомендациями по каждой нозологической группе и в случае наличия данных о прогрессировании ЗНО в течение 3 дней инициирует ТМК. Формат проведения ТМК для каждого случая определяет медицинская организация консультант.

При направлении медицинскими организациями области запроса на ТМК в БУЗ ОО ООД должен быть соблюден следующий порядок:

- оформление запроса на консультацию с применением телемедицинских технологий по форме, утвержденной приказом Департамента здравоохранения Орловской области от 21.12.2022 № 1142 «Об организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в медицинских организациях Орловской области»;
- подготовка комплекта медицинских документов и результатов диагностических исследований;
- оформление в РМИС направления на консультацию в БУЗ ОО ООД (код МО 5747517);
- запись пациента в сетку расписания центра телемедицины (БУЗ ОО ООД поликлиническое отделение – Оргметодотдел – Кабинет ТМК);

В случае подачи запроса на экстренную телемедицинскую консультацию, в целях соблюдения регламентных сроков получения ответа, инициатор одновременно

с отправкой запроса уведомляет оператора кабинета ТМК БУЗ ОО ООД об отправке такого запроса по телефону: 8 (4862) 41-00-11.

После получения запроса на ТМК оператор телемедицинского центра БУЗ ОО ООД организует проведение телемедицинской консультации и оформление результатов с учетом регламентных сроков для каждого вида консультаций:

- для экстренных телемедицинских консультаций – не позднее 2 часов с момента поступления заявки
- для неотложных телемедицинских консультаций – не позднее 24 часов с момента поступления заявки
- для плановых телемедицинских консультаций – не позднее 10 рабочих дней с момента поступления заявки.

Консилиумы с применением телемедицинских технологий также могут проводиться в экстренном, неотложном или плановом порядке.

В случае, когда в рамках ТМК существует необходимость в обсуждении пациента по средствам видеоконференцсвязи оператор телемедицинского центра БУЗ ОО ООД согласует время проведения сеанса ВКС с ответственным за организацию ТМК на стороне инициатора по контактному телефону ответственного лица, указанному в запросе на ТМК.

При необходимости получить дополнительную информацию по направленному запросу оператор телемедицинского центра также связывается с ответственным сотрудником инициатора по контактному телефону, указанному в запросе на ТМК. Инициатор обязуется обеспечить доступность связи по указанному номеру телефона.

По результату проведения ТМК консультантом в РМИС оформляется соответствующий ЭМД «Протокол телемедицинской консультации» или «Протокол консилиума врачей (онкологический)». Протокол подписывается ЭЦП консультанта и сохраняется в ИЭМК.

V. Требования к информационному обмену между медицинскими организациями сведениями о пациентах с подозрением на онкологические заболевания, а также пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания.

Информация о выявленном подозрении на онкологическое заболевание фиксируется в РМИС Орловской области в соответствии с инструкцией на портале эксплуатационной документации по «ТрастМед:МИС SaaS» вкладка «Подозрение на ЗНО», пациент направляется медицинским работником врачу-онкологу/врачу-гематологу медицинской организации в течение 1 рабочего дня, в которой пациент получает первичную медико-санитарную медицинскую помощь.

С целью учета информационного обмена между медицинскими организациями о впервые выявленном случае онкологического заболевания, сведения о впервые выявленном случае ЗНО оформляются в РМИС Орловской области в соответствии с инструкцией на портале эксплуатационной документации по «ТрастМед:МИС SaaS» вкладка «ЗНО». Информация направляется в течение 3 рабочих дней со дня его выявления врачом-онкологом медицинской организации Орловской области, в которой установлен соответствующий диагноз, в организационно-методический отдел БУЗ ОО ООД, исполняющего функцию регистрации пациентов с впервые выявленном злокачественным новообразованием, в том числе с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Орловской области, согласно порядку передачи информации о пациентах с подозрением на онкологические заболевания, а также для пациентов с

установленным диагнозом онкологического заболевания в соответствии с приказом Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».

Каждый случай онкологического заболевания, выявленный впервые в жизни, подлежит обязательной регистрации посредством заполнения формы «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф. № 090/У) (далее – Извещение). Извещение заполняется врачами ЦАОП, ПОК, а также другими медицинскими организациями Орловской области всех форм собственности и подчиненности, выявившими новый случай ЗНО, включая стационарные медицинские организации всех профилей, и вносится в раковый регистр БУЗ ОО ООД в течение 3 рабочих дней в электронном виде в программе «Канцер-регистр». Информация об уточненном диагнозе больного в течение 3 рабочих дней вносится в единую программу «Канцер-регистр» для последующего диспансерного наблюдения в ЦАОП, ПОК.

Популяционный учет пациентов с ЗНО осуществляется посредством информационно-аналитической системы «Канцер-регистр» в соответствии с приказом Минздрава России от 19.04.1999 № 135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра».

Медицинское свидетельство о смерти пациента с онкологическими заболеваниями оформляется в электронном виде в РМИС Орловской области, а также на бумажном носителе согласно приказу Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи».

В соответствии с требованиями приказа Минздрава России № 135 от 19.04.1999 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра» заполнение Выписки обязательно по окончании каждой госпитализации, вне зависимости от продолжительности, исхода и дальнейших планов лечения. Форма № 027-1/У должна быть сформирована в день выписки больного из стационара в электронной медицинской карте стационарного больного.

Ежеквартально осуществляется сверка данных регионального сегмента государственного ракового регистра Орловской области с данными ТФОМС Орловской области с целью уточнения сведений о диспансерной группе лиц с онкологическими заболеваниями. Обмен данными осуществляется по защищенным каналам связи, в случае расхождения сведений о наличии онкологического заболевания в ТФОМС ОО сведения направляются в медицинские организации по месту регистрации пациентов для актуализации данных (взятие под диспансерное наблюдение, снятие по причине смерти и т.д.).

VI. Особенности направления пациентов с онкологическими заболеваниями для проведения медицинской реабилитации (при наличии медицинских показаний для проведения медицинской реабилитации) и санаторно-курортного лечения (при наличии медицинских показаний к санаторно-курортному лечению и отсутствии противопоказаний)

Медицинская реабилитация осуществляется медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Орловской области в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н и приказом Департамента здравоохранения Орловской области от 11.03.2024 № 180 «Об организации медицинской реабилитации взрослому населению на территории Орловской области».

Медицинская реабилитация осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская реабилитация осуществляется в три этапа.

На всех этапах мероприятия по медицинской реабилитации обеспечивает мультидисциплинарная реабилитационная команда (далее – МДРК), созданная в медицинской организации на функциональной основе, состав которой формируется персонифицировано в соответствии с индивидуальным планом медицинской реабилитации пациента.

В состав МДРК могут входить: врач по физической и реабилитационной медицине, врач по медицинской реабилитации, врач-специалист по профилю оказываемой помощи, врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт, медицинский психолог, врач-психотерапевт, логопед, инструктор-методист по лечебной физкультуре, медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по медицинской реабилитации, медицинская сестра палатная, инструктор по лечебной физкультуре.

Маршрутизация пациентов, включая определение этапов медицинской реабилитации, осуществляется в соответствии со шкалой реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) согласно приложению 1 к Порядку организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденному приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

Мероприятия первого этапа медицинской реабилитации осуществляются МДРК в отделении ранней медицинской реабилитации в медицинских организациях Орловской области, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям: «анестезиология и реаниматология», «неврология», «травматология и ортопедия», «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология», «терапия», «онкология», «нейрохирургия», «пульмонология» в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

При переводе пациента из отделения реанимации и интенсивной терапии для продолжения лечения в профильное отделение лечащим врачом отделения реанимации и интенсивной терапии с учетом заключений членов МДРК оформляется переводной эпикриз, в котором указывается реабилитационный диагноз (перечень кодов по международной классификации функционирования), реабилитационный потенциал, перечень проведенных диагностических и реабилитационных мероприятий, их эффективность, показатель ШРМ, рекомендации о необходимости продолжения оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с указанием условий ее оказания и целей.

Реализация мероприятий по медицинской реабилитации на первом этапе в профильных отделениях осуществляется МДРК пациентам, нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, требующим круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии

подтвержденной МДРК перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

С целью формирования индивидуального плана медицинской реабилитации пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии (или в специализированном отделении) МДРК определяет наличие у пациента показаний, факторов, ограничивающих проведение медицинской реабилитации и противопоказаний для ее дальнейшего проведения, а также осуществляет оценку его реабилитационного потенциала. В течение 7 дней от даты начала оказания медицинской помощи (с коррекцией при необходимости в последующие дни пребывания в стационаре) лечащий врач информирует врачебную комиссию о наличии пациента, нуждающегося в проведении медицинской реабилитации на втором этапе.

Решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) медицинской организации о направлении больного на медицинскую реабилитацию оформляется заключением в медицинской карте стационарного больного и переводном (выписном) эпикризе. Решение врачебной комиссии оформляется в виде протокола, который содержит данные об оценке реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

Информацию о пациенте, нуждающемся в переводе для проведения второго этапа медицинской реабилитации лечащий врач (заведующий отделением) направляет в ПОК (ЦАОП) районной поликлиники не позднее трех дней до планируемой даты перевода в специализированное отделение медицинской реабилитации второго этапа.

Этапный эпикриз должен содержать результаты проведенного обследования и лечения, соматический, функциональный статус, информацию о нарушениях жизнедеятельности на момент формирования заключения, результаты инструментальных и лабораторных исследований, необходимые рекомендации по дальнейшему лечению с оценкой состояния по ШРМ, модифицированной шкале Рэнкин (mRS) и индексу мобильности Ривермид (для перенесших ОНМК), реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза в соответствии с заключением МДРК.

ПОК районной поликлиники или ЦАОП по месту прикрепления на основании предоставленного эпикриза в соответствии с профилем, целями и задачами медицинской реабилитации определяет принимающую пациента медицинскую организацию, согласовывает дату перевода пациента и в срок не позднее, чем за одни сутки до планируемого перевода (выписки) пациента, сообщает в направляющую пациента медицинскую организацию наименование принимающей медицинской организации и дату его перевода.

При выписке из медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом этапе, пациента, не нуждающегося в медицинской реабилитации в стационарных условиях (второй этап), для проведения мероприятий по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (третий этап) (при наличии медицинских показаний) пациент направляется в медицинские организации.

Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в стационарных условиях в структурных подразделениях, оказывающих, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, созданных в медицинских организациях Орловской области, согласно перечню МО . Второй этап медицинской реабилитации пациентов с постмастэктомическим синдромом в ОО проводится на базе ГУП ОО «Санаторий «Дубрава», расположенный по адресу: 302530, Орловская обл., Орловский муниципальный округ, Неполодское сельское поселение, территория Санаторий Дубрава, з/у 1 (таблица № 7, № 8, № 9).

Информацию о пациенте, нуждающемся в переводе для проведения второго этапа медицинской реабилитации по решению врачебной комиссии, лечащий врач (заведующий отделением) направляет в ПОК/ЦАОП по месту прикрепления.

Ограничением для проведения мероприятий медицинской реабилитации является отсутствие перспективы восстановления функций, подтвержденной результатами обследования (при отсутствии реабилитационного потенциала), неблагоприятный реабилитационный прогноз, наличие факторов, ограничивающих направление на медицинскую реабилитацию, обозначенных в приложении 1 Порядку организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденному приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

Пациентам, не имеющим перспективы восстановления функций, подтвержденной результатами обследования (при отсутствии реабилитационного потенциала), медицинская помощь оказывается в медицинских организациях паллиативной медицинской помощи Орловской области.

Направление граждан на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии клинико-функциональных данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами осуществляется в соответствии с действующими нормативными документами.

Медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю «медицинская реабилитация» второго этапа, обеспечивает:

- в срок не более двух рабочих дней после получения из ПОК/ЦАОП выписного эпикриза пациента, нуждающегося в медицинской реабилитации, вынесение решения о его переводе для проведения медицинской реабилитации или отказе в госпитализации (основанием для отказа следует считать: отсутствие реабилитационного потенциала, неблагоприятный реабилитационный прогноз, наличие противопоказаний;

- проведение второго этапа медицинской реабилитации пациентам с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и на основе стандартов медицинской помощи;

Критериями для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит ШРМ (для пациентов с нарушением функции центральной нервной системы – оценка состояния с использованием шкалы тяжести инсульта IHSS, модифицированная шкала Рэнкин (mRS), индекс мобильности Ривермид, у пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата шкала Лекена, гониометрические показатели, визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ), у пациентов с соматическими заболеваниями по тест шестиминутной ходьбы, ВАШ), а также факторы, ограничивающие проведение медицинской реабилитации (таблица № 7).

Выписной эпикриз пациента из медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на втором этапе (реабилитационный эпикриз), должен содержать: реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации (ИПМР) с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по ШРМ, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

Мероприятия третьего этапа медицинской реабилитации осуществляются в медицинских организациях Орловской области в амбулаторных отделениях медицинской реабилитации, в дневном стационаре медицинской реабилитации, организованных в соответствии с таблицей 8, в отделениях (кабинетах) лечебной физкультуры, кабинетах медицинского массажа, физиотерапевтических отделений (кабинетах) без образования отделения медицинской реабилитации, при соответствии таких структурных подразделений рекомендуемым штатным нормативам и стандартам оснащения. Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах, оформленного протоколом врачебной комиссии.

Таблица 7

Распределение медицинских организаций по группам, видам, условиям и формам оказания медицинской помощи взрослому населению по медицинской реабилитации

Наименование МО	Вид медицинской помощи при осуществлении медицинской реабилитации	Условия оказания медицинской помощи	Структурное подразделение	Специалист	Форма медицинской помощи	Группа медицинской организации
1 этап медицинской реабилитации (острейший (до 72 часов) и острый период течения заболевания)						
БУЗ ОО ООКБ	Специализированная медицинская помощь	Стационарно	Анестезиология и реаниматология, неврология, травматология и ортопедия, кардиология, сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, пульмонология	МДРК из числа работников отделения ранней медицинской реабилитации, лечащий врач по профилю и/или анестезиолог-реаниматолог, врач по физической и реабилитационной медицине/врач по медицинской реабилитации	Экстренная, неотложная, плановая	третья
БУЗ ОО Мценская ЦРБ			Анестезиология и реаниматология, неврология, кардиология, терапия			вторая
БУЗ ОО Ливенская ЦРБ			Анестезиология и реаниматология, неврология, кардиология, терапия			вторая
БУЗ ОО ООД			Анестезиология и реаниматология, онкология			вторая
БУЗ ОО БСМП им. Н.А. Семашко			Анестезиология и реаниматология, неврология, травматология и ортопедия, кардиология, нейрохирургия			третья
БУЗ ОО ГБ им. Н.А. Боткина			Анестезиология и реаниматология, травматология и ортопедия			вторая
2 этап медицинской реабилитации (острый и ранний восстановительный период заболевания или травмы, период остаточных явлений течения заболевания)						

БУЗ ОО ООКБ (3 - 6 баллов по ШРМ)	Специализированная медицинская помощь	Стационарно	Отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, с нарушением функции центральной нервной системы, для пациентов с соматическими заболеваниями (кардиореабилитация)	МДРК, сформированная из числа работников отделения медицинской реабилитации под руководством врача по физической и реабилитационной медицине/врача по медицинской реабилитации	плановая	третья
БУЗ ОО Ливенская ЦРБ (3 - 5 баллов по ШРМ)			Отделение медицинской реабилитации с нарушением функции центральной нервной системы			вторая
БУЗ ОО Мценская ЦРБ (3 - 5 баллов по ШРМ)			Отделение медицинской реабилитации с нарушением функции центральной нервной системы			вторая
ГУП ОО «Санаторий «Дубрава» (3 - 4 балла по ШРМ)			Отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, для пациентов с соматическими заболеваниями, в том числе кардиореабилитация, реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции, онкореабилитация пациентов с постмастэктомическим синдромом			вторая
БУЗ ОО ООД (3 - 5 баллов по ШРМ)			Отделение медицинской реабилитации для пациентов с соматическими заболеваниями (онкология)			вторая
БУЗ ОО БСМП им. Н.А. Семашко (3 - 6 баллов по ШРМ)			Отделения медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, для пациентов с соматическими заболеваниями, в том числе кардиореабилитация			третья

3 этап медицинской реабилитации (период остаточных явлений течения заболевания), 2 - 3 балла по ШРМ						
БУЗ ОО Ливенская ЦРБ	Первичная медико-санитарная помощь	Амбулаторно	Амбулаторное отделение медицинской реабилитации	МДРК, сформированная из числа работников отделения медицинской реабилитации под руководством врача по физической и реабилитационной медицине/врача по медицинской реабилитации	плановая	вторая
БУЗ ОО Мценская ЦРБ						вторая
БУЗ ОО Поликлиника 1						первая
БУЗ ОО Поликлиника № 2						первая
БУЗ ОО Поликлиника № 3						первая
БУЗ ОО ГБ им. С.П. Боткина						вторая
ООО «Санаторий-профилакторий «Лесной»						первая
БУЗ ОО ООД			Дневной стационар			вторая
БУЗ ОО ООКБ			Дневной стационар			третья

Таблица № 8

Маршрутизация пациентов в медицинские организации, осуществляющие 2-й и 3-й этап медицинской реабилитации

Маршрутизация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы в медицинские организации, осуществляющие 2-й этап медицинской реабилитации

№ п/п	Наименование медицинской организации	Медицинские организации зоны ответственности	Группа медицинской организации	Рекомендуемая длительность пребывания
1.	БУЗ ОО ООКБ	Медицинские организации г. Орла и области	3	16 дней
2.	БУЗ ОО Ливенская ЦРБ	БУЗ ОО Ливенская ЦРБ	2	14 дней
		БУЗ ОО Краснозоренская ЦРБ		
		БУЗ ОО Должанская ЦРБ		
		БУЗ ОО Колпнянская ЦРБ		
3.	БУЗ ОО Мценская ЦРБ	БУЗ ОО Мценская ЦРБ	2	14 дней
		БУЗ ОО Корсаковская ЦРБ		
		БУЗ ОО Новосильская ЦРБ		
4.	ГУП ОО «Санаторий «Дубрава»	Медицинские организации г. Орла и области	2	14 дней
5.	БУЗ ОО БСМП им. Н.А. Семашко	Медицинские организации г. Орла и области	3	16 дней
Маршрутизация пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы в медицинские организации, осуществляющие 2-й этап медицинской реабилитации				
1.	БУЗ ОО ООКБ, в т. ч. медицинская реабилитация с применением ботулинического токсина	Медицинские организации г. Орла и области	3	16 дней
2.	БУЗ ОО БСМП им. Н.А. Семашко	Медицинские организации г. Орла	3	16 дней
3.	ГУП ОО «Санаторий «Дубрава»	Медицинские организации г. Орла и области	2	12 дней
Маршрутизация пациентов с соматическими заболеваниями в медицинские организации, осуществляющие 2-й этап медицинской реабилитации				
1.	БУЗ ОО ООКБ (кардиореабилитация)	Медицинские организации г. Орла и области	3	14 дней
2.	ГУП ОО «Санаторий «Дубрава» (соматические заболевания)	Медицинские организации г. Орла и области	2	10 дней
	кардиореабилитация			14 дней

	после перенесенной коронавирусной инфекции - 3 балла по ШРМ			10 дней
	после перенесенной коронавирусной инфекции - 4 балла по ШРМ			12 дней
3.	БУЗ ОО ООД (постмастэктомический синдром, онкоортопедические операции)	Медицинские организации г. Орла и области	2	10 дней
4.	БУЗ ОО БСМП им. Н.А. Семашко (соматические заболевания)	Медицинские организации г. Орла и области	3	14 дней
Маршрутизация пациентов в медицинские организации, осуществляющие 3-й этап медицинской реабилитации				
1.	БУЗ ОО Ливенская ЦРБ (амбулаторно)	БУЗ ОО Ливенская ЦРБ	2	10 - 12 комплексных посещений
2.	БУЗ ОО Мценская ЦРБ (амбулаторно)	БУЗ ОО Мценская ЦРБ	2	
3.	БУЗ ОО Поликлиника № 1	БУЗ ОО Поликлиника № 1	1	
4.	БУЗ ОО Поликлиника № 2	БУЗ ОО Поликлиника № 2	1	
5.	БУЗ ОО Поликлиника № 3	БУЗ ОО Поликлиника № 3	1	
6.	БУЗ ОО ООД (амбулаторно)	Медицинские организации г. Орла и области	2	
7.	БУЗ ОО ГБ им. С.П. Боткина	БУЗ ОО ГБ им. С.П. Боткина	2	
8.	ООО «Санаторий-профилакторий «Лесной»	Медицинские организации г. Орла и области	1	

Таблица № 9

Зоны ответственности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослым пациентам по медицинской реабилитации, в стационарных и в амбулаторных условиях

№	Медицинская организация	Категории больных	Из каких районов города Орла и районов, муниципальных округов Орловской области доставляются больные
1	2	3	4
1	БУЗ ОО ООКБ	Медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы (4 - 6 баллов по ШРМ)	г. Орел и районы, Орловский муниципальный округ

		Медицинская реабилитация с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы (4 - 6 баллов по ШРМ)	Численность обслуживаемого населения - 529 тыс. человек
2.	ГУП Орловской области «Санаторий «Дубрава»	Медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы (3 - 4 балла по ШРМ) Медицинская реабилитация с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы (3 - 4 баллов по ШРМ)	
3.	БУЗ ОО БСМП им. Н.А. Семашко	Медицинская реабилитация с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы (4 - 6 баллов по ШРМ). Медицинская реабилитация с соматическими заболеваниями, включая кардиореабилитацию (4 - 6 баллов по ШРМ)	
4.	БУЗ ОО Ливенская ЦРБ (круглосуточный стационар)	Медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы (4 - 5 баллов по ШРМ)	Ливенский, Колпнянский, Краснозоренский, Верховский, Должанский районы. Численность обслуживаемого населения - 117 тыс. человек
5.	БУЗ ОО Ливенская ЦРБ (амбулаторно)	Медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы (2 - 3 балла по ШРМ). Медицинская реабилитация с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, соматическими заболеваниями, после перенесенной коронавирусной инфекции (2 - 3 балла по ШРМ)	
6.	БУЗ ОО Мценская ЦРБ (круглосуточный стационар)	Медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы (4 - 5 баллов по ШРМ)	Мценский, Корсаковский, Новодеревеньковский, Новосильский районы. Численность обслуживаемого

			населения - 99,4 тыс. человек
7.	БУЗ ОО Мценская ЦРБ (амбулаторно)	Медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы (2 - 3 балла по ШРМ). Медицинская реабилитация с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, соматическими заболеваниями, после перенесенной коронавирусной инфекции (2 - 3 балла по ШРМ)	
8.	БУЗ ОО ООКБ	Медицинская кардиореабилитация (4 - 6 баллов по ШРМ)	Город Орел и районы, Орловский муниципальный округ
9.	ГУП Орловской области «Санаторий «Дубрава»	Медицинская реабилитация с соматическими заболеваниями, в том числе кардиореабилитация, после перенесенной новой коронавирусной инфекции (3 - 4 балла по ШРМ), постмастэктомический синдром	Город Орел и районы, Орловский муниципальный округ
10.	БУЗ ОО ООКБ (дневной стационар в амбулаторных условиях)	Медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы (2 - 3 балла по ШРМ)	Город Орел, районы, Орловский муниципальный округ
11.	БУЗ ОО ООД (дневной и круглосуточный стационар)	Медицинская реабилитация пациентов с онкологическими заболеваниями (3 - 5 баллов по ШРМ)	Город Орел, районы, Орловский муниципальный округ
12.	БУЗ ОО: Поликлиника № 1 Поликлиника № 2 Поликлиника № 3 ГБ им. С.П. Боткина ООО «Санаторий-профилакторий «Лесной» (третий этап)	Медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы (2 - 3 балла по ШРМ). Медицинская реабилитация с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, соматическими заболеваниями, после перенесенной коронавирусной инфекции (2 - 3 балла по ШРМ)	Город Орел и районы, Орловский муниципальный округ (независимо от прикрепления, 10 - 12 комплексных посещений)

Таблица 10

Правила определения этапа медицинской реабилитации и группы медицинских организаций с применением шкалы реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ)

1 - 3 этапы медицинской реабилитации в БУЗ ОО:			
ШРМ 0 - 1 балл (после любого из этапов)	ШРМ 2 - 3 балла (после 1 - 2 этапов)	ШРМ 3 - 5 баллов (после 1 этапа)	ШРМ 4 - 6 баллов (после 1 этапа)
Не нуждаются в медицинской реабилитации	3 этап медицинской реабилитации медицинские организации 1 - 4 группы: - Поликлиника № 1 - Поликлиника № 2 - Поликлиника № 3 - ГБ им. С.П. Боткина - ООД - ООО «Санаторий-профилакторий «Лесной» - ООКБ (дневной стационар) - Мценская ЦРБ, поликлиника - Ливенская ЦРБ, поликлиника - федеральные медицинские центры	2 этап медицинской реабилитации медицинские организации 2 - 4 группы: - ГУП ОО «Санаторий «Дубрава» - Мценская ЦРБ, (круглосуточный стационар) - Ливенская ЦРБ, (круглосуточный стационар) - БСМП им. Н.А. Семашко - ООКБ - ООД - федеральные медицинские центры	2 этап медицинской реабилитации медицинские организации 3 - 4 группы (при отсутствии изменения состояния у пациента после медицинской реабилитации) - БСМП им. Н.А. Семашко - ООКБ - федеральные медицинские центры

Пациенты с онкологическими заболеваниями, при наличии медицинских показаний и в соответствии с приказом Минздрава России от 27.03.2024 № 143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2^1 Федерального закона от 23 февраля 1995 года № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов» могут быть направлены на санаторно-курортное лечение. Направление онкологических больных на санаторное лечение осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 07.04.2025 № 169н «Об утверждении порядка организации санаторно-курортного лечения».

Санаторно-курортное лечение показано:

- как один из этапов медицинской реабилитации санаторно-курортное лечение допустимо для больных со злокачественными опухолями III клинической группы диспансерного наблюдения независимо от сроков давности радикального лечения. К ним относятся онкологические больные, получившие радикальное противоопухолевое лечение, полностью его закончившие и не имеющие признаков рецидива или метастазов опухоли, что должно быть подтверждено результатами сделанного в установленные сроки и в установленном объеме обследования. Для

больных, которые наряду с основным противоопухолевым курсом получают профилактическую терапию, специальное лечение считается законченным по завершению его основного курса.

- показаниями к санаторно-курортному лечению больных III клинической группы диспансерного наблюдения являются осложнения и последствия радикального противоопухолевого лечения I - II степени выраженности. Степень выраженности осложнений оценивается по общепринятым классификациям.

Санаторно-курортное лечение противопоказано: .

- больным с подозрением на злокачественную опухоль до тех пор, пока это подозрение не будет полностью отвергнуто - больным I клинической группы диспансерного наблюдения;

- больным, подлежащим радикальному лечению или не закончившим его, - больным II клинической группы диспансерного наблюдения;

- больным с подозрением на рецидив или метастазы злокачественной опухоли;

- больным с распространенным опухолевым процессом, даже при общем удовлетворительном их состоянии - больным IV клинической группы диспансерного наблюдения;

- больным III клинической группы диспансерного наблюдения с тяжелыми (III - IV степени выраженности) осложнениями и последствиями радикальной терапии;

- больным III клинической группы диспансерного наблюдения с раневыми дефектами и язвами кожи и слизистых оболочек, с наличием различного рода свищей и стом, с недостаточностью анального сфинктера и сфинктера мочевого пузыря.

При направлении онкологических больных III клинической группы на санаторно-курортное лечение по поводу сопутствующих заболеваний учитываются общие показания и противопоказания для каждой патологии.

Решение вопроса о возможности санаторно-курортного лечения больного принимается при наличии заключения врача - онколога на учете которого находится больной, о клинической группе. Срок действия заключения не более 3 месяцев.

VII. Особенности направления пациентов с онкологическими заболеваниями для проведения паллиативной медицинской помощи

При наличии противопоказаний к проведению специального противоопухолевого лечения онкологический консилиум рекомендует тактику дальнейшего ведения пациента, включая направление пациента на оказание паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- в амбулаторных условиях, в том числе на дому при вызове медицинского работника и выездными патронажными бригадами для оказания паллиативной медицинской помощи;

- в условиях дневного стационара (ЦАОП);

- в стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Направление пациента с онкологическим заболеванием, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России и Минтруда России от 14.04.2025 № 208н/243н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» и

приказ Департамента здравоохранения Орловской области от 10.02.2023 № 80 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению на территории Орловской области.

Оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению осуществляется в медицинских организациях ОО по направлению врачей онкологов ПОК, ЦАОП, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики - семейных врачей. При необходимости оказания стационарной паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих стационарных отделений паллиативной помощи или сестринского ухода, она оказывается в стационарных отделениях медицинских организаций по профилю заболевания больного в соответствии с рекомендациями врачей по паллиативной помощи.

Медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым при различных формах злокачественных новообразований:

- наличие метастатических поражений при незначительном ответе на специализированную терапию или наличии противопоказаний к её проведению;
- наличие метастатических поражений центральной нервной системы, печени, легких;
- наличие боли и других тяжелых проявлений заболевания.

В каждой медицинской организации проводится учет пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Данные о пациентах, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, вносятся в Регистр паллиативных пациентов.

Паллиативная первичная доврачебная медицинская помощь оказывается фельдшерами при условии возложения на них функций лечащего врача и иными медицинскими работниками со средним медицинским фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, оказывающих первичную доврачебную медико-санитарную помощь.

Паллиативная первичная врачебная медицинская помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами терапевтами-участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную медицинскую помощь.

Медицинские работники в рамках оказания паллиативной первичной врачебной медицинской помощи осуществляют:

- выявление пациентов с хроническими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;
- активное динамическое наблюдение пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- проведение первичного осмотра в течение двух рабочих дней после обращения и (или) получения пациентом медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи;
- лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;
- назначение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты;
- выполнение или назначение мероприятий по уходу за пациентом;
- вынесение на рассмотрение врачебной комиссии медицинской организации вопроса о направлении пациента на медико-социальную экспертизу;
- направление пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную специализированную медицинскую помощь;

- направление пациентов при наличии медицинских показаний в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи, а также организация консультаций пациентов врачами-специалистами;

- информирование пациента (законного представителя, родственника, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом) о характере и особенностях течения заболевания с учетом этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения к пациенту, его родственникам и близким;

- обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

- организация и проведение консультаций и (или) участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи.

Паллиативная специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи и выездными патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи, созданными в медицинских организациях, на основе взаимодействия врачей по паллиативной медицинской помощи, врачей онкологов, врачей терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), иных врачей специалистов и средних медицинских работников.

При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, в соответствии с перечнем, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При направлении пациента в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, оформляется выписка из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или медицинской карты стационарного больного, с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендации по диагностике и лечению, иными медицинскими мероприятиями.

При выписке из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Пациенту даются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, а также организации и проведению ухода в амбулаторных условиях.

В отдельных случаях по решению руководителя медицинской организации при выписке из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, пациенту, получающему наркотические и психотропные лекарственные препараты и нуждающемуся в продолжении лечения в амбулаторных условиях, могут назначаться либо выдаваться одновременно с выпиской из истории болезни наркотические и психотропные лекарственные препараты списков II и III Перечня на срок приема пациентом до 5 дней.

В течение двух рабочих дней после выписки пациента медицинская организация, получившая информацию о пациенте, нуждающемся в оказании паллиативной медицинской помощи, организует первичный осмотр и дальнейшее наблюдение пациента.

При возникновении угрожающих жизни состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, выездная бригада скорой медицинской помощи доставляет пациента, имеющего показания к оказанию

паллиативной медицинской помощи, в медицинские организации, обеспечивающие круглосуточное наблюдение и лечение.

При оказании паллиативной помощи населению назначение и выписывание обезболивающих лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных лекарственных препаратов, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (далее – Перечень), осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».

Посещение пациентов, которым оказывается паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях, разрешается круглосуточно.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь пациентам, в том числе с онкологическими заболеваниями, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законными представителями пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями.

Наблюдение паллиативных пациентов с онкологическими заболеваниями в амбулаторных условиях осуществляется в кабинетах паллиативной медицинской помощи и врачами общей практики (семейными врачами), врачами – терапевтами участковыми, врачами педиатрами по месту прикрепления или фактического пребывания пациента.

БУЗ ОО ООД осуществляет координацию деятельности бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области, при оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология», в том числе для максимально эффективного оказания паллиативной медицинской помощи.

БУЗ ОО Плещеевская ЦРБ обеспечивает ежемесячное (в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным) представление обобщенных данных в отношении взрослого населения, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, заместителю руководителя Департамента здравоохранения Орловской области - начальнику управления здравоохранения.

Решение об условиях оказания паллиативной медицинской помощи (стационарно, амбулаторно в кабинете ПМП, выездной патронажной службой «Региональный фонд социальной поддержки населения - Хоспис Центр», тел. 7 915 500 34 34 и 77-92-95; e-mail:rfsp@mail.ru, г. Орёл, ул. Ливенская, д.18) принимается с учетом критериев маршрутизации пациентов, имеющих показания к паллиативной медицинской помощи.

Паллиативная помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах первичной паллиативной медицинской помощи на базе районных поликлиник Орловской области. Паллиативная помощь в стационарных условиях оказывается на базе созданных отделений ПМП в БУЗ ОО Плещеевская ЦРБ и БУЗ ОО Кромская ЦРБ.

Таблица 11

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями в стационарных условиях

№	Наименование БУЗ ОО, оказывающей паллиативную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями в стационарных условиях	Фактический адрес	Перечень БУЗ ОО, направляющих на пациентов с онкологическими заболеваниями для получения паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях
1	Плещеевская ЦРБ	Орловский район, с. Плещеево, Больничный переулок, 6	Поликлиника № 1 Поликлиника № 2 Поликлиника № 3 Городская больница им С. П. Боткина Верховская ЦРБ Залегощенская ЦРБ Знаменская ЦРБ Корсаковская ЦРБ Краснозоренская ЦРБ Новодеревеньковская ЦРБ Нарышкинская ЦРБ Новосильская ЦРБ Плещеевская ЦРБ Хотынецкая ЦРБ Сосковская ЦРБ
2	Кромская ЦРБ	пгт Кромы, ул. 30 лет Победы, 52а	Глазуновская ЦРБ Должанская ЦРБ Кромская ЦРБ Колпнянская ЦРБ Свердловская ЦРБ Троснянская ЦРБ Шаблыкинская ЦРБ Дмитровская ЦРБ МалоархангельскаяЦРБ Ливенская ЦРБ Покровская ЦРБ

Таблица 12

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями в амбулаторных условиях

№ п/п	Бюджетные учреждения здравоохранения Орловской области, осуществляющие паллиативную медицинскую помощь	Муниципальные образования, закрепленные за медицинскими организациями
1.	Городская больница им. Боткина	Северный район г. Орла
2.	Поликлиника № 1	Железнодорожный район г. Орла
3.	Поликлиника № 2	Советский район г. Орла
4.	Поликлиника № 3	Заводской район г. Орла
5.	Плещеевская ЦРБ	Орловский район

6.	Ливенская ЦРБ	Ливенский район Должанский район Колпнянский район Покровский район
7.	Мценская ЦРБ	Мценский район Залегощенский район Корсаковский район Новосильский район
8.	Новодеревеньковская ЦРБ	Новодеревеньковский район Краснозоренский район
9.	Болховская ЦРБ	Болховский район
10.	Верховская ЦРБ	Верховский район
11.	Кромская ЦРБ	Кромской район Троснянский район Дмитровский район
12.	Нарышкинская ЦРБ	Урицкий район Хотынецкий район Знаменкий район Шаблыкинский район Сосковский район
13.	Глазуновская ЦРБ	Малоархангельский район Свердловский район Глазуновский район

Таблица 13

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь пациентам на дому медицинскимперсоналом выездной патронажной службой

№ п/п	Бюджетные учреждения здравоохранения Орловской области, осуществляющие паллиативную медицинскую помощь	Муниципальные образования, закрепленные за медицинскими организациями
1.	Городская больница им. Боткина	Северный район г. Орла Железнодорожный район г. Орла
2.	Поликлиника № 2	Советский район г. Орла Заводской район г. Орла
3.	Плещеевская ЦРБ	Орловский район Урицкий район Шаблыкинский район Сосковский район Дмитровский район Троснянский район Кромской район Свердловский район Глазуновский район
4.	Ливенская ЦРБ	Ливенский район Должанский район Колпнянский район Покровский район Краснозоренский район Верховский район Новодеревеньковский район Малоархангельский район
5.	Мценская ЦРБ	Мценский район Залегощенский район Корсаковский район Новосильский район Болховский район Хотынецкий район Знаменкский район

VIII. Порядок маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями при возникновении неотложных состояний

Экстренная и неотложная медицинская помощь онкологическим больным осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». Для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи онкологический больной, либо пациент с подозрением на ЗНО, бригадой скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, направляется в стационар структурных подразделений медицинских организаций с учетом материально-технической базы и кадрового потенциала в соответствующие со схемой территориального закрепления медицинских организаций государственной системы здравоохранения ОО, оказывающих специализированную медицинскую помощь в условиях стационаров отделений хирургических методов лечения взрослому населению.

При хирургическом лечении неотложных состояний, возникших при осложненном течении онкологического заболевания, объем оперативного вмешательства, выполненного в медицинской организации, оказывающей скорую специализированную медицинскую помощь, должен быть направлен на устранение неотложного состояния (наложение колостомы, гастростомы, энтеростом, лапароцентез, торакоцентез, выполнение операций по остановке кровотечения, устранению обструкции). При технической возможности у первичных пациентов с подозрением на онкологическое заболевание в ходе оперативного вмешательства должна быть произведена биопсия с целью морфологической верификации опухоли.

После устранения неотложного состояния и получения результата патологоанатомического исследования в стационарах условиях лечащий врач организует проведение ТМК с БУЗ ОО ООД для определения тактики лечения пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО. По результатам ТМК (консультация онколога/онкологический консилиум) пациент маршрутизируется в ПОК/ЦАОП или в БУЗ ОО ООД для дообследования и лечения.

IX. Организация мониторинга за маршрутом пациентов с подозрением на онкологические заболевания или с установленным диагнозом онкологического заболевания

Контроль за соблюдением сроков и качества выполнения обязательного объема диагностических исследований и консультаций обеспечивает ответственный заместитель руководителя медицинской организации первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Порядок контроля за сроками обследования, консультирования и лечения пациентов с подозрением на ЗНО устанавливается приказом по медицинской организации (с назначением ответственного не ниже заместителя главного врача).

Специалисты БУЗ ОО ООД оказывают организационно-методическую и практическую помощь ЦАОП, ПОК и иным медицинским организациям по профильным вопросам, с применением телемедицинских технологий в соответствии с приказом Минздрава Российской Федерации от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

На каждого пациента с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО IV стадии, а также III стадии ЗНО при визуальной локализации в РМИС ОО в соответствии с инструкцией на портале эксплуатационной документации по «ТрастМед:МИС SaaS» вкладка «ЗНО» заполняется «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (ф. № 027-2/у) (далее – Протокол). Протокол заполняется врачами ЦАОП, ПОК, а также другими медицинскими организациями ОО всех форм собственности и подчиненности, выявившими новый случай ЗНО в запущенной форме, включая стационарных учреждений всех профилей. Информация о запущенном случае ЗНО переносится в раковый регистр БУЗ ОО ООД в программу «Канцер-регистр».

Организационным методическим отделом БУЗ ОО ООД осуществляется:

- ежегодный анализ региональной нормативно-правовой документации, регламентирующей маршрутизацию пациентов с онкологическими заболеваниями на соответствие нормам действующего законодательства, с учетом перераспределение потока пациентов;

- ежеквартальные углубленные (1 раз в квартал) и ежемесячные (1 раз в месяц) эпидемиологические мониторинги заболеваемости, смертности и распространенности от злокачественных новообразований на базе регионального онкологического регистра путем формирования таблиц по каждому показателю в разрезе медицинских организаций ОО, для актуализации возможностей планирования объемов оказания медицинской помощи, с предоставлением результатов мониторинга в медицинские организации, территориальный фонд обязательного медицинского страхования ОО и Департамент здравоохранения ОО;

- контроль за функционированием и внедрением во все медицинские организации, оказывающие помощь пациентам с онкологическими заболеваниями ОО, системы внутреннего контроля качества медицинской помощи согласно приказу Минздрава России от 14.04.2025 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

При выявлении отклонений от целевых значений на протяжении всего маршрута онкологических пациентов проводится обязательное видеоселекторное совещание со всеми медицинскими организациями ОО, оказывающими медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями по вопросам диагностики, лечения, диспансерного наблюдения пациентов с ЗНО с участием Департамента здравоохранения Орловской области с периодичностью 1 раз в квартал.

Рисунок 1

Схема взаимодействия медицинских организаций Орловской области, оказывающих медицинскую помощь пациентам с подозрением или наличием онкологического заболевания

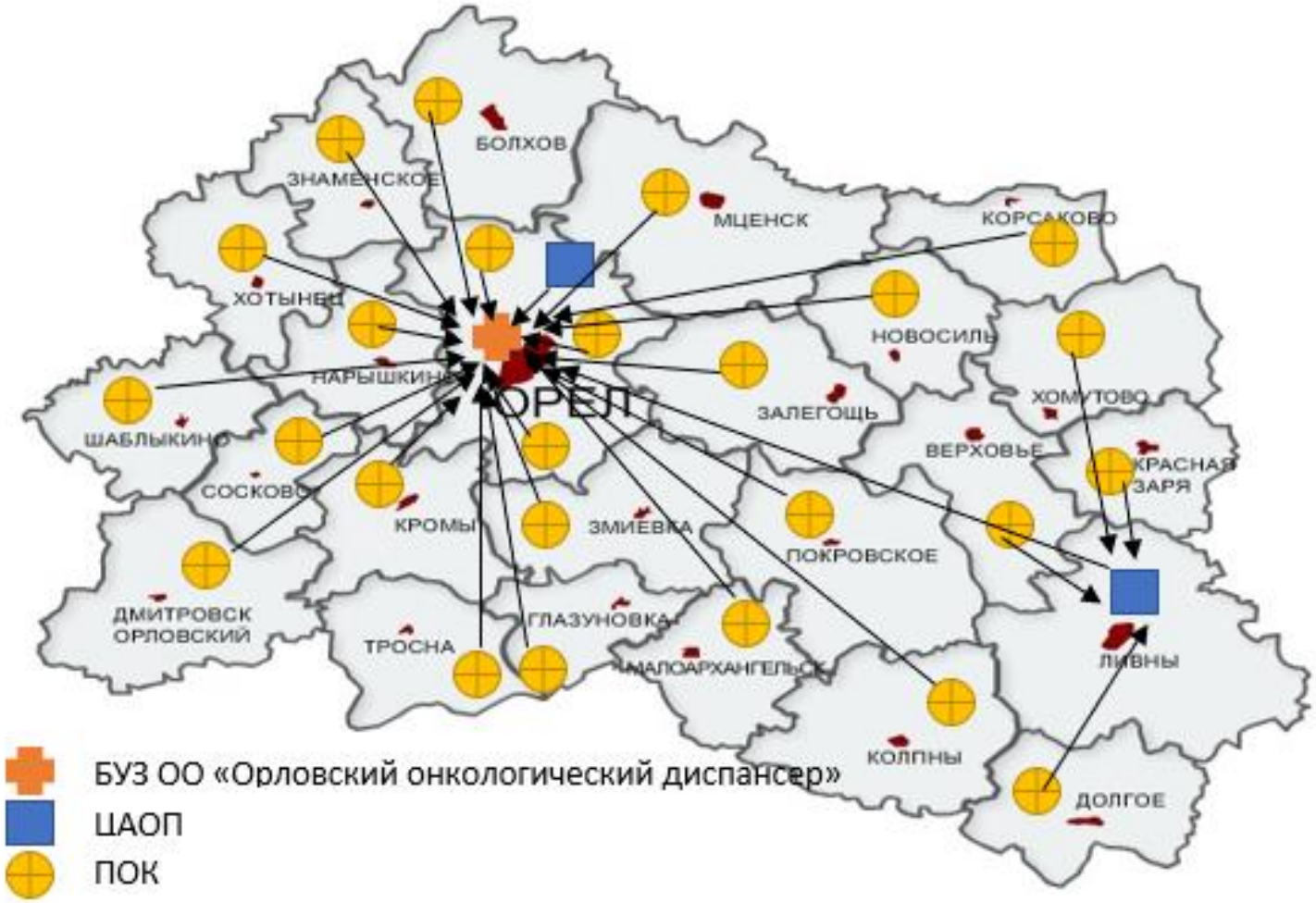

Таблица 14

Территориальное закрепление медицинских организаций Орловской области, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с подозрением или наличием онкологического заболевания

№	БУЗ ОО, оказывающая ПСМСП и наименование структурного подразделения*	Фактический адрес	Муниципальное образование, район, на территории которого проживает обслуживаемое население	Численность обслуживаемого населения/ численность прикрепленного контингента пациентов с онкологическими заболеваниями
1	Поликлиника № 1	302002, г. Орёл, ул. Московская, д. 27	г. Орёл, Железнодорожный район	48572/2082
2	Поликлиника № 2	302040, г. Орёл, ул. 8Марта, д. 2	г. Орёл, Советский район	68643/2952
3	Поликлиника № 3	302001, Орловская область, г. Орёл, ул. Комсомольская, д. 32	г. Орёл, Заводской район	86011/3698
4	ЦАОП на базе БУЗ ОО ГБ им. С.П. Боткина	302038, г. Орёл, ул. Металлургов, д. 80	г. Орёл, Северный район	61 474/2771
5	Краснозоренская ЦРБ	303650, Орловская область, Краснозоренский район, п. Красная Заря, ул. Ленина, 5.	Краснозоренский район	4225/191
6	Покровская ЦРБ	303170, Орловская область, Покровский район, пгт. Покровское,ул. Парковая, д. 1А	Покровский район	8978/392
7	Плещеевская ЦРБ	302531, Орловская область, Орловский район, Неполодское с/п, с. Плещеево, пер.Больничный, д. 6	Орловский район	62494/2711
8	Дмитровская ЦРБ	303240, Орловская область, Дмитровский район, г. Дмитровск, ул. Социалистическая, д. 26	Дмитровский район	8847/382
9	Сосковская ЦРБ	303980, Орловская область, Сосковский район, село Сосково, Школьный пер., д. 7	Сосковский район	3448/155
10	Новосильская ЦРБ	303500, Орловская область, Новосильский район, г. Новосиль, ул. Урицкого, д. 32	Новосильский район	5963/257
11	Хотынецкая ЦРБ	303930, Орловская область, пгт Хотынец, ул. С. Поматилова, д. 26	Хотынецкий район	7604/336
12	Нарышкинская ЦРБ	303900, Орловская область, Урицкий район, пгт. Нарышкино, ул. Горького, д. 1	Урицкий район	16026/698
13	Колпнянская ЦРБ	303410, Орловская область, пгт Колпна, ул Пионерская, д. 3.	Колпнянский район	10069/442
14	Должанская ЦРБ	303760, Орловская область, Должанский район, поселок городского типа Долгое,	Должанский район	6566/289

		Полевая ул., д.1а.		
15	Свердловская ЦРБ	303320, Орловская область, Свердловский район, поселок городского типа Змиёвка, ул. 8 Марта, д.2	Свердловский район	12079/531
16	Мценская ЦРБ	303030 Орловская область, г. Мценск, ул. 20 июля, д. 2	Мценский район	44201/1921
17	Верховская ЦРБ	303720, Орловская область, Верховский район, поселок городского типа Верховье, ул. Королева, д. 22	Верховский район	12974/567
18	ЦАОП на базе БУЗ ОО Ливенская ЦРБ	303850, Орловская область, г. Ливны, ул. Капитана Филиппова,д. 64 а	Ливенский район, Должанский район, Краснозоренский район, Новодеревеньковский район	72 100/3101
19	Залегощенская ЦРБ	303560, Орловская область, Залегощенский район, пгт. Залегощь, ул. Горького, д. 12	Залегощенский район	11284/491
20	Глазуновская ЦРБ	303340 Орловская область, Глазуновский район, пгт. Глазуновка, ул. Советская, д. 23.	Глазуновский район	11447/493
21	Малоархангельская ЦРБ	303370, Орловская область, Малоархангельский район, город Малоархангельск, ул. Ленина, д.142.	Малоархангельский район	7865/344
22	Кромская ЦРБ	303200, Орловская область, Кромской район, поселок городского типа Кромы, ул. 30 лет Победы, д. 52а	Кромской район	16454/708
23	Новодеревеньковская ЦРБ»	303620, Орловская область, Новодеревеньковский р-н, пгт Хомутово, Заводская ул, влд. 57	Новодеревеньковский район	7743/332
24	Знаменская ЦРБ	303100, Орловская область, Знаменский район, село Знаменское, Больничный пер, зд. 2	Знаменский район	3590/165
25	Болховская ЦРБ	303140, Орловская область, Болховский район, г. Болхов, ул.Тургенева, д. 167	Болховский район	11044/484
26	Троснянская ЦРБ	303450, Орловская область, Троснянский район, с. Тросна, ул. Московская, д. 14	Троснянский район	7296/317
27	Шаблыкинская ЦРБ	303260, Орловская область, Шаблыкинскийрайон, пгт. Шаблыкино, пер. Больничный, д. 2	Шаблыкинский район	5763/250
28	Корсаковская ЦРБ	303580, Орловская область, Корсаковский район, с. Корсаково, ул. Мира, зд. 25	Корсаковский район	2745/82

Таблица 15

Территориальное закрепление медицинских организаций Орловской области для проведения диагностических исследований пациентам с подозрением или наличием онкологического заболевания

№	БУЗ ОО	Фактический адрес	Муниципальное образование, на территории которого проживает обслуживаемое население	Численность обслуживаемого населения, чел	Срок проведения исследования с момента выдачи пациенту направления
Для проведения эндоскопических исследований					
1.	ГБ им. С.П. Боткина Колоноскопия ФГДС	302038, г. Орёл, ул. Металлурго, д. 80	г. Орёл, Северный район	61 474	7 дней
2.	Покровская ЦРБ Колоноскопия ФГДС	303170, Орловская область, Покровский район, пгт. Покровское, ул. Парковая, д. 1 А	Покровский район	8978	7 дней
3.	Мценская ЦРБ Колоноскопия ФГДС	303030 Орловская область, г. Мценск, ул. 20 июля, д. 2	Мценский район	44201	7 дней
4.	Ливенская ЦРБ Колоноскопия ФГДС	303850, Орловская область, г. Ливны, ул. Капитана Филиппова, д. 64 а	Ливенский район, Должанский район, Краснозоренский район, Новодере-веньковский район	72 100	7 дней
5.	Плещеевская ЦРБ Колоноскопия ФГДС	302531, Орловская область, Орловский район, Неполодское с/п, с. Плещеево, пер.Больничный, д. 6	Орловский район	62494	7 дней
6.	ООКБ Колоноскопия ФГДС, ФБС	302028, г. Орел, Бульвар Победы, д. 10	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
7.	БСМП им. Н. А. Семашко Колоноскопия ФГДС, ФБС	302027, г. Орёл, ул. Матвеева, д. 9	г. Орёл	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
8.	ООД Колоноскопия ФГДС, ФБС, ЭБУС	302020, г. Орел, пер. Ипподромный, д. 2	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
9.	Поликлиника № 1 Колоноскопия ФГДС	302002, г. Орёл, ул. Московская, д. 27	г. Орёл, Железнодорожный район	48572	7 дней
10	Поликлиника № 2 Колоноскопия ФГДС	302040, г. Орёл, ул. 8Марта, д. 2	г. Орёл, Советский район	68643	7 дней
11	Поликлиника № 3 Колоноскопия ФГДС	302001, г. Орёл, ул. Комсомольская, д. 32	г. Орёл, Заводской район	86011	7 дней
Для проведения компьютерной томографии					
1.	ГБ им. С.П. Боткина	302038, г. Орёл, ул. Металлургов, д. 80	г. Орёл, Северный район	61 474	7 дней

2.	Ливенская ЦРБ	303850, Орловская область, г. Ливны, ул. Капитана Филиппова, д. 64 а	Ливенский район, Должанский район, Краснозоренский район, Новодеревень-ковский район	72 100	7 дней
3.	ООКБ	302028, г. Орел,Бульвар Победы, д. 10	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
4.	БСМП им. Н. А. Семашко	302027, г. Орёл, ул. Матвеева, д. 9	г. Орёл	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
5.	ООД	302020, г. Орел, пер. Ипподромный, д. 2	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
6.	НКМЦ им. З.И. Круглой	302028, г. Орел, ул. Октябрьская, 4	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
7.	Орловский проти вотуберкулёзный диспансер	302027, г. Орёл, ул. Цветаева, д.15	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
8.	Орловская областная стоматологичес-кая поликлиника	302030, г. Орёл, ул. Герцена, д. 2	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
Для проведения магнитно-резонансной томографии					
1	ГБ им. С.П. Боткина	302038, г. Орёл, ул. Металлургов, д. 80	г. Орёл, Северный район	61 474	7 дней
2	Ливенская ЦРБ	303850, Орловская область, г. Ливны, ул. Капитана Филиппова, д. 64 а	Ливенский район, Должанский район, Краснозоренский район, Новодере-веньковский район	72 100	7 дней
3	ООКБ	302028, г. Орел, Бульвар Победы, д.10	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
4	БСМП им. Н. А. Семашко	302027, г. Орёл, ул. Матвеева, д. 9	г. Орёл	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
5	ООД	302020, г. Орел, пер. Ипподромный, д.2	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
6	НКМЦ им. З.И. Круглой	302028, г. Орел, ул. Октябрьская, 4.	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
Для проведения маммографии					
1	Поликлиника № 1	302002, г. Орёл, Московская улица, 27	г. Орёл, Железнодорожный район	48572	7 дней
2	Поликлиника № 2	302040, г. Орёл, ул. 8 Марта, д. 2	г. Орёл, Советский район	68643	7 дней
3	Поликлиника № 3	302001, г. Орёл,	г. Орёл,	86011	7 дней

		ул. Комсомольская, д. 32	Заводской район		
4	ГБ им. С.П. Боткина	302038, г. Орёл, ул. Металлургов, д. 80	г. Орёл, Северный район	61 474	7 дней
5	НКМЦ им. З.И. Круглой	302028, г. Орел, ул. Октябрьская, 4.	Орловская область, г. Орел	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
6	Покровская ЦРБ	303170, Орловская область, Покровский район, пгт. Покровское, ул. Парковая, д. 1 А	Покровский район	8978	7 дней
7	Плещеевская ЦРБ	302531, Орловская область, Орловский район, Неполодское с/п, с. Плещеево, пер.Больничный, д. 6	Орловский район	62494	7 дней
8	ООД	302020, г. Орел, пер. Ипподромный, д.2	Орловская область	Дублирующая организация Орловской области	7 дней
9	Колпнянская ЦРБ	303410, Орловская область, пгт Колпна, ул Пионерская, д. 3.	Колпнянский район	10069	7 дней
10	Должанская ЦРБ	303760, Орловская область, Должанский район, пгт. Долгое, Полевая ул., д.1а.	Должанский район	6566	7 дней
11	Свердловская ЦРБ	303320, Орловская область, Свердловский район, пгт. Змиёвка, ул. 8 Марта, д.2.	Свердловский район	12079	7 дней
12	Мценская ЦРБ	303030 Орловская область, г. Мценск, ул. 20 июля, д. 2	Мценский район	44201	7 дней
13	Верховская ЦРБ	303720, Орловская область, Верховский район, поселок городского типа Верховье, ул. Королева, д. 22.	Верховский район	12974	7 дней
14	Ливенская ЦРБ	303850, Орловская область, г. Ливны, ул. Капитана Филиппова,д. 64 а	Ливенский район, Должанский район, Краснозоренский район, Новодеревеньковский район	72 100	дней
15	Залегощенская ЦРБ	303560, Орловская область, Залегощенский район, пгт. Залегощь, ул. Горького, д. 12	Залегощенский район	11284	7 дней
16	Болховская ЦРБ	303140, Орловская область, Болховский район, г. Болхов, ул. Тургенева, д. 167	Болховский район	11044	7 дней
17	Малоархангельская ЦРБ	303370, Орловская область, Малоархангельский район, г. Малоархангельск, ул. Ленина, д.142	Малоархангельский район	7865	7 дней
18	Кромская ЦРБ	303200, Орловская область, Кромской район, пгт. Кромы, ул. 30 лет Победы, д. 52а	Кромской район	16454	7 дней
19	Новодеревеньковская ЦРБ	303620, Орловская область, Новодеревеньковский р-н, пгт Хомутово, Заводская ул, влд. 57	Новодеревеньковский район	7743	7 дней
Для проведения радионуклидных методов диагностики					
1	ООД	302020, г. Орел, пер. Ипподромный, д.2	Орловская область	Дублирующая организация Орловской	7 дней

				области	

*** Для проведения ультразвуковых исследований каждая поликлиника Орловской области укомплектована необходимым ультразвуковым оборудованием и проводит ультразвуковые исследования.

*** Для проведения рентгенологических исследований каждая поликлиника Орловской области укомплектована необходимым рентген-оборудованием и проводит рентгенологические исследования.

Таблица 16

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями (хирургическое лечение) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

№	БУЗ ОО	Фактический адрес	Перечень локализаций опухолей, по поводу которых проводится хирургическое лечение	Перечень медицинских организаций, направляющих пациентов с онкологическими заболеваниями для хирургического лечения
В стационарных условиях				
1.	ООД	302020, г. Орел, пер. Ипподромный, д. 2	опухоли головы и шеи (С00 - С14) опухоли гортани (С30-С32) опухоли бронхов, легких, средостенья (С33-С39) опухоли ЖКТ (С15 – С25); опухоли молочной железы, кожи, мягких тканей (С43, С44, С45-48, С50); опухоли женских половых органов (С51-58); опухоли мужских половых органов (С60-С63); опухоли мочеполовой системы (С64-С68); опухоли надпочечников (С74) опухоли щитовидной железы (С73)	Медицинские организации Орловской области, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению
2.	ООКБ	302028, г. Орел, Бульвар Победы, д. 10	опухоли костей (С40-С41) опухоли глаза (С69) опухоли центральной нервной системы (С71-72)	Медицинские организации Орловской области, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению
В амбулаторных условиях				
1.	ООД, поликлиническое отделение	302020, г. Орел, пер. Ипподромный, д. 2	«Малые» хирургические операции под местной анестезией (С44, С43,)	Медицинские организации Орловской области, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению

* по решению онкологического консилиума хирургическое лечение БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер»

* по решению администрации БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер» хирургический дневной стационар в 2019 г был перепрофилирован для больных, нуждающихся в проведении амбулаторной противоопухолевой лекарственной терапии

Таблица 17

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями (лучевое лечение) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

№	БУЗ ОО	Фактический адрес	Перечень медицинских организация, направляющих пациентов с онкологическими заболеваниями для лучевого лечения
В стационарных условиях			
1	ООД	302020, г. Орел, пер. Ипподромный, д. 2	Все районы Орловской области
В условиях дневного стационара			
2	ООД	302020 г. Орел, пер. Ипподромный, 2	Все районы Орловской области

Таблица 17.1

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями (лучевое лечение) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

№ п/п	БУЗ ОО	Наименование структурного подразделения	Обслуживаемые муниципальные образования	Обслуживаемое население (взрослые), чел	Плечо доезда, км
1	ООД	Отделение радиотерапии Дневной стационар	Все районы области	526 278	0-145

***Радиотерапевтическое лечение осуществляется для всех районов Орловской области и города Орла на базе БУЗ ОО ООД в условиях отделения радиотерапии и дневного стационара в рамках ОМС. Для оказания ВМП по данному виду пациенты направляются в федеральный центр МРНЦ им А. Ф. Цыба -филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» (по талонам ВМП).**

Таблица 18

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями (противоопухолевое лекарственное лечение) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

№ п/п	БУЗ ОО	Фактический адрес	Перечень локализаций опухолей, по поводу которых проводится противоопухолевое лекарственное лечение	Перечень МО, направляющих пациентов с онкологическими заболеваниями для противоопухолевого лекарственного лечения

В стационарных условиях				
1.	ООД	г. Орел, пер. Ипподромный, д. 2	Злокачественные новообразования (С00-С80)	Все МО Орловской области, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению
2.	ООКБ	г. Орел, Бульвар Победы, 10	Злокачественные новообразования лимфоидной и кроветворной и родственной им тканей (С81-С95) опухоли ЦНС (С70-С79.4)	Все МО Орловской области, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению
В условиях дневного стационара				
1.	ООД	г. Орел, пер. Ипподромный, д. 1	Злокачественные новообразования (С00-С80)	МО Орловской области, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению
2.	Ливенская ЦРБ	г. Ливны, ул. Максима Горького, 22	Злокачественные новообразования (С00-С80)	г. Ливны, Ливенский район, Должанский район (Должанская ЦРБ), Краснозоренский район (Краснозоренская ЦРБ), Новодеревеньковский район (Новодеревеньковская ЦРБ)
3.	ГБ им. С.П. Боткина	г. Орел, ул. Металлургов, дом 80	Злокачественные новообразования (С00-С80)	Северный район г. Орла Железнодорожный район г. Орла (поликлиника № 1)

Таблица 19

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями

№	Наименование БУЗ ОО, оказывающей ВМП	Фактический адрес	Перечень локализаций опухолей, по поводу которых проводится лечение	Перечень медицинских организаций, направляющих пациентов с онкологическими заболеваниями для получения высокотехнологичной медицинской помощи
1.	ООД	г. Орел, пер. Ипподромный, д. 1	опухоли ЖКТ (С15 – С25); опухоли молочной железы, кожи, (С43, С44, С50); опухоли женских половых органов (С54)	МО Орловской области, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению

Таблица 20

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (рекомендуемая форма)

№	БУЗ ОО	Фактический адрес	Перечень МО, направляющих пациентов с онкологическими заболеваниями для получения паллиативной медицинской помощи
В амбулаторных условиях*			
1.	ГБ им. С. П. Боткина	302038, г. Орёл, ул. Металлургов, д. 80	Северный район г. Орла
2.	Поликлиника № 1	302002, г. Орёл, Московская улица, 27	Железнодорожный район г. Орла
3.	Поликлиника № 2	302040, г. Орёл, ул. 8 Марта, д. 2	Советский район г. Орла
4.	Поликлиника № 3	302001, г. Орёл, ул. Комсомольская, д. 32	Заводской район г. Орла
5.	Плещеевская ЦРБ	302531, Орловская область, Орловский район, Неполодское с/п, с. Плещеево, пер.Больничный, д. 6	Орловский район
6.	Ливенская ЦРБ	303850, Орловская область, г. Ливны, ул. Капитана Филиппова,д. 64 а	Ливенский район, Должанский район, Краснозоренский район, Новодеревеньковский район
7.	Мценская ЦРБ	303030 Орловская область, г. Мценск, ул. 20 июля, д. 2	Мценский район, Залегощенский районКорсаковский район, Новосильский район
8.	Новодеревеньковская ЦРБ	303620, Орловская область, Новодеревеньковский р-н, пгт Хомутово, Заводская ул, влд. 57.	Новодеревеньковский район, Краснозоренский район
9.	Болховская ЦРБ	303140, Орловская область, Болховский район, г. Болхов, ул.Тургенева, д. 167	Болховский район
10.	Верховская ЦРБ	303720, Орловская область, Верховский район, поселок городского типа Верховье, ул. Королева, д. 22	Верховский район
11.	Кромская ЦРБ	303200, Орловская область, Кромской район, поселок городского типа Кромы, ул. 30 лет Победы, д. 52а.	Кромской район, Троснянский район, Дмитровский район
12.	Нарышкинская ЦРБ	303900, Орловская область, Урицкий район,пгт. Нарышкино, ул. Горького, д. 1	Урицкий район, Хотынецкий район, Знаменский район, Шаблыкинский район, Сосковский район
13.	Глазуновская ЦРБ	303340 Орловская область, Глазуновский район, пгт.	Малоархангельский район, Свердловский район,

		Глазуновка, ул. Советская, д. 23.	Глазуновский район
В стационарных условиях			
	Плещеевская ЦРБ	Орловский район, с. Плещеево, Больничный переулок, 6	Поликлиника № 1 Поликлиника № 2 Поликлиника № 3 ГБ им С. П. Боткина Верховская ЦРБ Залегощенская ЦРБ Знаменская ЦРБ Корсаковская ЦРБ Краснозоренская ЦРБ Новодеревеньковская ЦРБ Нарышкинская ЦРБ Новосильская ЦРБ Плещеевская ЦРБ Хотынецкая ЦРБ Сосковская ЦРБ
	Кромская ЦРБ	пгт Кромы, ул. 30 лет Победы, 52а	Глазуновская ЦРБ Должанская ЦРБ Кромская ЦРБ Колпнянская ЦРБ Свердловская ЦРБ Троснянская ЦРБ Шаблыкинская ЦРБ Дмитровская ЦРБ Малоархангельская ЦРБ Ливенская ЦРБ Покровская ЦРБ

*кабинеты паллиативной медицинской помощи, отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи

Таблица 21

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих скорую (в том числе специализированную) медицинскую помощь при возникновении неотложных состояний у пациентов с онкологическими заболеваниями

№	Наименование БУЗ ОО, оказывающей скорую медицинскую помощь	Фактический адрес	Группа онкологических заболеваний	Муниципальное образование, район, на территории которых произведен вызов к пациенту
1	ООКБ	302028, г. Орел, Бульвар Победы, д.10	С00 – С96	МО Орловской области, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению
2	БСМП им. Н. А. Семашко	302027, г. Орёл, ул. Матвеева, д. 9	С00-С80	г. Орёл
3	ГБ им. С.П. Боткина	302038, г. Орёл, ул. Металлургов, д. 80	С00-С80	г. Орёл, Северный район
4	Краснозоренская ЦРБ	303650, Орловская область, Краснозоренский район, п. Красная Заря,	С00-С80	Краснозоренский район

		ул. Ленина, 5.		
5	Покровская ЦРБ	303170, Орловская область, Покровский район, пгт. Покровское, ул. Парковая, д. 1 А	С00-С80	Покровский район
6	Плещеевская ЦРБ	302531, Орловская область, Орловский район, Неполодское с/п, с. Плещеево, пер.Больничный, д. 6	С00-С80	Орловский район
7	Дмитровская ЦРБ	303240, Орловская область, Дмитровский район, г. Дмитровск, Социалистическая ул., д.26.	С00-С80	Дмитровский район
8	Сосковская ЦРБ	303980, Орловская область, Сосковский район, село Сосково, Школьный пер., д.7	С00-С80	Сосковский район
9	Новосильская ЦРБ	303500, Орловская область, Новосильский район, г. Новосиль, ул. Урицкого, д. 32	С00-С80	Новосильский район
10	Хотынецкая ЦРБ	303930, Орловская область, пгт Хотынец, ул. С. Поматилова, д.26.	С00-С80	Хотынецкий район
11	Нарышкинская ЦРБ	303900, Орловская область, Урицкий район, пгт. Нарышкино, ул. Горького, д. 1	С00-С80	Урицкий район
12	Колпнянская ЦРБ	303410, Орловская область, пгт Колпна, ул Пионерская, д. 3.	С00-С80	Колпнянский район
13	Должанская ЦРБ	303760, Орловская область, Должанский район, пгт. Долгое, Полевая ул., д.1а.	С00-С80	Должанский район
14	Свердловская ЦРБ	303320, Орловская область, Свердловский район, пгт. Змиёвка, ул. 8 Марта, д.2	С00-С80	Свердловский район
15	Мценская ЦРБ	303030 Орловская область, г. Мценск, ул. 20 июля, д. 2	С00-С80	Мценский район
16	Верховская ЦРБ	303720, Орловская область, Верховский район, пгт. Верховье, ул. Королева, д. 22.	С00-С80	Верховский район
17	ЦАОП на базе БУЗ ОО Ливенской ЦРБ	303850, Орловская область, г. Ливны, ул. Капитана Филиппова,д. 64 а	С00-С80	Ливенский район, г. Ливны
18	Залегощенская ЦРБ	303560, Орловская область, Залегощенский район, пгт. Залегощь, ул. Горького, д. 12	С00-С80	Залегощенский район
19	Глазуновская ЦРБ	303340 Орловская область, Глазуновский район, пгт. Глазуновка, ул. Советская, д. 23.	С00-С80	Глазуновский район
20	Малоархангельская ЦРБ	303370, Орловская область, Малоархангельский район,	С00-С80	Малоархангельский район

		г. Малоархангельск, ул. Ленина, д.142.		
21	Кромская ЦРБ	303200, Орловская область, Кромской район, поселок городского типа Кромы, ул. 30 лет Победы, д. 52а.	С00-С80	Кромской район
22	Новодеревеньковская ЦРБ	303620, Орловская область, Новодеревеньковский р-н, пгт Хомутово, Заводская ул, влд. 57.	С00-С80	Новодеревеньковский район
23	Знаменская ЦРБ	303100, Орловская область, Знаменский район, с. Знаменское, Больничный пер, зд. 2	С00-С80	Знаменский район
24	Болховская ЦРБ	303140, Орловская область, Болховский район, г. Болхов, ул.Тургенева, д. 167	С00-С80	Болховский район
25	Троснянская ЦРБ	303450, Орловская область, Троснянский район, с. Тросна, ул. Московская, д. 14	С00-С80	Троснянский район
26	Шаблыкинская ЦРБ	303260, Орловская область, Шаблыкинский район, пгт. Шаблыкино, пер. Больничный, д. 2	С00-С80	Шаблыкинский район

Радиологическая служба ООД

Лаборатория радионуклидной диагностики (РНД) оснащена аппаратом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/ компьютерной томографии (ОФЭКТ/КТ) General Electric (вариант исполнения № M/CT 860), 2020 года выпуска с наличием необходимого вспомогательного оборудования для приготовления и введения радиофармпрепаратов и защиты персонала при работе с ними.

РНД в своей работе использует Изотоп Tc-99m, который применяется в качестве самостоятельного радиофармацевтического препарата и для изготовления радиофармацевтических препаратов с помощью специальных наборов реагентов (Резоскан, Сентискан, Технефит, Технетрил, Пентатех).

Осуществляется временное хранение отходов радионуклидных изотопов (генераторы, диагностические растворы и прочее) в соответствии с действующими нормативами безопасной эксплуатации радиационных источников и радиоактивных веществ.

Спектр медицинских услуг включает ЗНО всех локализаций, в том числе, радионуклидные исследования:

- сцинтиграфия скелета,
- сцинтиграфия почек,
- сцинтиграфия печени,
- сцинтиграфия молочных желез,
- сцинтиграфия щитовидной железы и паращитовидных желез,
- лимфосцинтиграфия (БСЛУ)

Таблица 22

Территориальное закрепление медицинских организаций для проведения радионуклидных методов диагностики пациентам с онкологическими заболеваниями

№ п/п	Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Перечень локализаций новообразований, для которых проводятся радиологические методы диагностики	Наименование исследования	Перечень МО, направляющих пациента для проведения радионуклидных методов диагностики	Срок проведения исследования с момента выдачи пациенту направления	Плечо доезда до БУЗ ОО ООД
1.	БУЗ ОО ООД	302020, г. Орел, пер. Ипподромный, 2	С00-С80	ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ, сцинтиграфия	БУЗ ОО ООД БУЗ ОО ГБ им. С.П. Боткина, ЦАОП БУЗ ОО Ливенская ЦРБ, ЦАОП	7 дней	0-145
2.	АО «Медицина»	125047, г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер, 10.	С00-С80	ПЭТ/КТ 18F-Фтордезоксиглюкозой		7 дней	0-370
			С91 (первичные опухоли головного мозга)	ПЭТ/КТ головного мозга с аминокислотами		7 дней	
			нейроэндокринные опухоли различных локализаций	ПЭТ/КТ с 68 Ga DOTA-TATE		7 дней	
			С61	ПЭТ/КТ с ПСМА		7 дней	
3.	ООО «ПЭТ-Технолоджи» (Брянский филиал)	241050, Брянская область, г. Брянск, проспект Станке Димитрова, д. 84Б	С00-С80	ПЭТ/КТ 18F-Фтордезоксиглюкозой		7 дней	0-120
4.	НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина	г. Москва, Каширское ш., 23	нейроэндокринные опухоли различных локализаций	ПЭТ/КТ с 68 Ga DOTA-TATE		7 дней	0-370

*** Все население (взрослое) Орловской области – 526 278 человек.**

Таблица 23

Территориальное закрепление медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями с применением методов радионуклидной терапии*

№ п/п	Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Перечень локализаций новообразований, для которых предусмотрена радионуклидная терапия	Наименование метода радионуклидной терапии	Перечень МО, направляющих пациента для проведения радионуклидной терапии	Срок проведения исследования с момента выдачи пациенту направления	Плечо доезда
1.	МРНЦ имени А.Ф. Цыба — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России	г. Обнинск, ул. Королева, 4	С 73	радионуклидная терапия I131	БУЗ ОО ООД	7 дней	0-292
2.	ФГБУ РНЦРР Минздрава России	г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 86, стр.1	С 73	радионуклидная терапия I131	БУЗ ОО ООД	7 дней	0-370
3.	МРНЦ имени А.Ф. Цыба — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России	г. Обнинск, ул. Королева, 4	костные метастазы ЗНО любых локализаций	радионуклидная терапия самарий-153-оксабифором	БУЗ ОО ООД	7 дней	0-292
4.	МРНЦ имени А.Ф. Цыба — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России	г. Обнинск, ул. Королева, 4	метастатические нейроэндокринные опухоли	радионуклидная терапия Lu-177- TOC/TATE	БУЗ ОО ООД	7 дней	0-292
5.	МРНЦ имени А.Ф. Цыба — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России	г. Обнинск, ул. Королева, 4	кастрационнорезистен-тный рак предстательной железы (С61)	радионуклидная терапия Lu-177 с ПСМА	БУЗ ОО ООД	7 дней	0-292
6.	МРНЦ имени А.Ф. Цыба — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России	г. Обнинск, ул. Королева, 4	первичный рак печени (С22), метастазы в печень	радионуклидная терапия (радиоэмболизация) радионуклидом Re-188.	БУЗ ОО ООД	7 дней	0-292
7.	МРНЦ имени А.Ф. Цыба — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России	г. Обнинск, ул. Королева, 4	кастрационнорезистен-тный рак предстательной железы (С61)	радионуклидная терапия **Ac-225** с ПСМА	БУЗ ОО ООД	7 дней	0-292

*** Все население (взрослое) Орловской области – 526 278 человек.**

Приложение № 4
к приказу Департамента
здравоохранения Орловской области
от_____2025 г. №_____

Обследование пациентов онкологического профиля в первичном звене здравоохранения с учетом клинических рекомендациях, утвержденных Минздравом России.

1. Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО головного мозга, мозговых оболочек и спинного мозга, в том числе при подозрении на вторичное поражение.
2. Злокачественные новообразования кожи. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО кожи.
3. Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО костей и суставов, в том числе при подозрении на вторичное поражение.
4. Канцероматоз плевры из невыявленного первичного очага с развитием специфического плеврита. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на вторичное ЗНО плевры с развитием специфического плеврита.
5. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на специфическое поражение периферических лимфатических узлов.
6. GIST ЖКТ. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на GIST ЖКТ.
7. Рак желудка. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО желудка.
8. ЗНО печени, желчного пузыря, внутри и внепеченочных протоков. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО печени.
9. ЗНО селезенки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО селезенки.
10. ЗНО анального канала. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО анального канала.
11. ЗНО забрюшинного пространства. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО забрюшинного пространства.
12. МТС в печень из НПО. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на МТС в печень из НПО.
13. Рак ободочной кишки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО ободочной кишки.
14. Рак поджелудочной железы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО поджелудочной железы.
15. Рак прямой кишки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО прямой кишки.
16. Рак щитовидной железы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО ЩЖ.
17. Саркомы мягких тканей. Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО мягких тканей.
18. Канцероматоз лёгкого из невыявленного первичного очага. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на вторичное ЗНО паренхимы лёгкого.
19. Подозрение на метастазы в периферические лимфоузлы. Стандарты обследований и

маршрутизация пациентов при подозрении на специфическое поражение периферических лимфатических узлов.

20. Рак предстательной железы.

Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО простаты.

21. Рак почки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО почки.

22. Рак надпочечников. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО надпочечников.

23. Маршрутизация для экстренных ситуация в онкоурологии.

24. Рак мочевого пузыря. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО мочевого пузыря.

25. Рак полового члена. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО полового члена.

26. Рак лоханки, рак мочеточника. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО лоханки, мочеточника.

27. Рак яичка. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО яичка.

28. Центральный рак лёгкого. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО бронхов.

29. Периферический рак лёгкого. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО паренхимы лёгкого.

30. Рак пищевода и кардио-эзофагеального перехода.

31. Рак молочной железы у женщин и рак грудной железы у мужчин. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО МЖ.

32. Рак шейки матки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на рак шейки матки.

33. Рак яичников, маточных труб, первичный рак брюшины. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на рак яичников, маточных труб и первичный рак брюшины.

34. Рак вульвы (промежности). Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО вульвы (промежности).

35. Рак тела матки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО тела матки.

36. Специфический опухолевый асцит. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО.

37. Экстренные ситуации в онкогинекологии. Стандарты маршрутизации.

38. Злокачественные новообразования глотки,

39. Злокачественные новообразования гортани. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО гортани.

40. Злокачественные новообразования полости рта и губы.

41. Подозрение на специфическую лимфаденопатию шеи. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО с поражением лимфоузлов шеи (подозрение на метастазы опухолей головы и шеи, метастазы в л/у шеи из Н.П.О или других органов, лимфомы).

42. Злокачественные новообразования глаза, глазницы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО глаза, глазницы.

43. Злокачественные новообразования полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух.

44. Злокачественные новообразования слюнных желез.

45. Ранние постлучевые осложнения. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ранние постлучевые осложнения.

46. Поздние постлучевые осложнения. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на поздние постлучевые осложнения.

Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО головного мозга, мозговых оболочек и спинного мозга, в том числе при подозрении на вторичное поражение.

Первый уровень, соответствует 1 этапу диагностического поиска, зона ответственности специалистов первого контакта (неврологи, терапевты):

Инструментальные методы исследования:

1. МРТ головного мозга (или спинного мозга) с внутривенным контрастированием.

Иные методы диагностики и консультации в зависимости от клинической ситуации: по показаниям.

При выявлении любых опухолеподобных образований в головном, спинном мозге и мозговых оболочках пациент маршрутизируется к нейрохирургу ООКБ (на предмет возможности морфологической верификации диагноза или хирургического лечения опухоли с последующим консультированием пациента в нейрохирургическом федеральном центре, в т.ч. с использованием ТМК).

Второй уровень.

При морфологическом подтверждении ЗНО головного или спинного мозга, а также мозговых оболочек, проводится онкологический консилиум с участием нейрохирурга, онколога, радиолога и химиотерапевта, на котором составляется план лечения пациента. Хирургический этап лечения пациентов с ЗНО головного, спинного мозга, мозговых оболочек проводится нейрохирургом на базе ООКБ. При невозможности хирургического лечения пациента в нейрохирургическом лечении ООКБ пациент направляется нейрохирургом в профильный нейрохирургический федеральный центр. При множественном характере поражения, или подозрение на солитарный метастаз параллельно с морфологической верификацией диагноза необходимо начать онкопоиск первичного опухолевого очага (зона ответственности районного онколога или ЦАОП):

Лабораторные методы исследования:

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови: сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевина

Общий анализ мочи

Анализы на онкомаркеры: Са-125 и НЕ-4 (для женщин), альфа-фетопротеин (АФП), хорионический гонадотропин (ХГЧ), раково-эмбриональный антиген (РЭА), СА 19.9, №СЕ, ПСА (для мужчин)

Инструментальные методы исследования:

ФБС; ФГДС; ФКС

МСКТ органов грудной клетки (ОГК) без контрастирования, МРТ органов брюшной полости (ОБП) и МРТ органов малого таза (ОМТ) с в/в контрастированием

УЗИ щитовидной железы

УЗИ лимфоузлов: шейных, подмышечных, паховых

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

ПЭТ-КТ всего тела с ФДГ

Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин,

Консультация терапевта

Консультация других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

Для проведения послеоперационных этапов лечения (лучевого, химио-лучевого, противоопухолевого лекарственного лечения) пациент маршрутизируется в ООД.

Злокачественные новообразования кожи.
Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО кожи.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных хирургов и онкологов.

При выявлении на коже подозрительного на ЗНО новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, кровь на ЛДГ при подозрении на меланому кожи).
2. Инструментальные методы исследования: УЗИ регионарных очагу поражения зон лимфооттока (при подозрении на плоскоклеточную карциному кожи, меланому кожи, рак кожи Меркеля).
3. При наличии показаний: МРТ мягких тканей области поражения.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

При подозрении на базальноклеточный рак кожи дополнительные обследования до проведения морфологической верификации диагноза не требуются.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с подозрением на ЗНО кожи маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (общий онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Соскоб (отпечаток) с поверхности опухоли кожи для цитологического исследования. Цитологическое исследование (далее ЦИ) материала проводится в специализированной цитологической лаборатории.
2. Хирургическая биопсия (инцизионная или эксцизионная) подозрительного на ЗНО поражения кожи – при необходимости.
3. Толстоигольная трепанбиопсия подозрительного на ЗНО поражения кожи – при необходимости.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина,ЛДГ

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12. МРТ головного мозга с контрастом (при наличии меланомы кожи II и более стадии)

13. ПЭТ – КТ всего тела с ФДГ (при наличии меланомы кожи II и более стадии)

Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО костей и суставов, в том числе при подозрении на вторичное поражение.

Первый уровень, соответствует 1 этапу диагностического поиска, зона ответственности специалистов первого контакта (неврологи, ортопеды-травматологи терапевты):

1. Общий анализ крови
2. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевина
3. Кровь на гепатиты: HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW
4. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
5. Рентгенография органов грудной клетки
6. УЗИ мягких тканей и кортикального слоя кости в зоне очага поражения (либо УЗИ области пораженного сустава)
7. СКТ пораженной области с контрастом (либо МРТ с контрастом пораженного сустава)

Второй уровень (зона ответственности районного онколога или ЦАОП).

При множественном характере поражения необходимо на первом этапе исключить миелоидную болезнь и провести дообследование пациента:

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевина, М-градиент

3. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток), а в случае протеинурии определение белка Бенс Джонса в моче

4. Рентгенография органов грудной клетки

5.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

6.Консультация гематолога с результатами обследований

При исключении гемобластоза показана морфологическая верификация диагноза.

С целью решения вопроса о возможности морфологической верификации необходима консультация нейрохирурга (при поражении позвоночного столба, костей

мозгового черепа), челюстно-лицевого хирурга при поражении костей лицевого черепа, торакального хирурга ООКБ (при локализации патологического очага в ребрах или грудине), консультация ортопеда-травматолога ООКБ при поражении костей скелета и суставов.

При морфологическом подтверждении диагноза для подготовки к планированию спец лечения, показан диагностический поиск 2 этапа:

1.Общий анализ крови

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевина

4.Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор

6. Общий анализ мочи

7. СКТ органов грудной клетки без внутривенного контрастирования.

8. ЭКГ с описанием

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин,

10. Консультация терапевта (кардиолога) - для всех, и других врачей-специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12. СКТ опухоли кости с внутривенным контрастированием.

13. ПЭТ-КТ всего тела с ФДГ

Третий уровень: при выявлении ЗНО костей пациент маршрутизируется к онкологу ООД или в профильный федеральный центр.

На третьем этапе проводится осмотр пациента онкологическим консилиумом и планирование специального лечения.

Канцероматоз плевры из невыявленного первичного очага с развитием специфического плеврита. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на вторичное ЗНО плевры с развитием специфического плеврита.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных пульмонологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в висцеральной и/или париетальной плевре изменений подозрительных на канцероматоз и/или появление плеврита неясной этиологии требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. КТ-ОГК+ОБП с в/в контр (на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОБП+почек и R-ОГК в двух проекциях)
2. УЗИ л/у шейно-надключичных, подмышечных зон
3. Цифровая маммография (для женщин)
4. МРТ-ОМТ с в/в контр (на практике при невозможности своевременного выполнения МРТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОМТ)
5. Гинекологический осмотр (в кресле) для женщин на предмет исключения

первичного ЗНО наружных гинекологических органов.

6. Пальцевое ректальное исследование

7. Анализ крови на онкомаркеры (β-ХГЧ, АФП, ПСА (у мужчин), СА-125(у женщин), СА-19.9, РЭА)

8. КТ/МРТ-ГМ с в/в контр при подозрении на канцероматоз головного мозга (при наличии о/образований, отёка головного мозга — консультация нейрохирурга).

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с плевритом неясной этиологии маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. Проведение плевральной пункции после УЗ-разметки с забором плеврального выпота и направлением его на онкоцитологическое исследование (в случае отрицательного результата показан повторный забор т.к. ввиду невысокой чувствительности метода возможен ложноотрицательный результат).

2. ФБС (при наличии данных за субателектаз лёгкого обтурационного характера).

При отсутствии атипичных клеток ЗНО в плевральном выпоте вкупе с рецидивирующим плевритом показано проведение консультации со смежными специалистами (нефролог, кардиолог, ревматолог, гастроэнтеролог, фтизиатр) для исключения наличия специфического плеврита неопухолевой этиологии.

При выявлении атипичных клеток ЗНО в плевральном выпоте и/или исключения неопухолевой природы плеврита показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Учитывая труднодоступность патологических очагов висцеральной и париетальной плевры, относительно невысокую чувствительность онкоцитологического исследования далеко не всегда удаётся получить морфологическое подтверждение ЗНО на догоспитальном этапе. В большинстве случаев перед составлением плана лечения требуется выполнение инвазивной диагностики на базе торакального отделения ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией и онкологическим консилиумом в ООД):

-Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 (при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),

-Группа крови+ резус фактор,

-Клинический анализ крови, общий анализ мочи,

-Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевина, креатинин,

-Коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген),

-Ранее выполненное на 1 этапе КТ-ОГК+ОБП с в/в контр,

-Ранее выполненное на 1 этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,

-ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога,

-ЭХО-КГ (узи сердца),

-ЭКГ с описанием; Спирография,

-Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,

-УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),

-Ранее выполненная на 1 этапе консультация гинекологом (для женщин),

-При наличии хронических (в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т. д.

- Ранее проведённая на 1 этапе консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгкого (при отсутствии морфологической верификации диагноза).

Пациентам с рецидивирующим плевритом опухолевой этиологии, не получающим специальное лекарственное противоопухолевое лечение показано выполнение плевральных пункций с паллиативной целью лечащим врачом в поликлинике по м/ж.

При наличии рецидивирующего одностороннего спец.плеврита опухолевой этиологии с нарастанием дыхательной недостаточности у сохранных больных(отсутствие декомпенсированной сопутствующей патологии, выраженной опухолевой интоксикации, признаков начальной печёночной недостаточности, мтс-поражения печени) возможно рассмотрение вопроса о проведении химического плевродеза на базе ООД.

Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на специфическое поражение периферических лимфатических узлов.

Первый уровень, зона ответственности врачей специалистов первичного контакта.

1. общий осмотр
2. Общий анализ крови
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевина
4. Кровь на гепатиты: HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW
5. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
6. Рентгенография органов грудной клетки
7. УЗИ периферических лимфатических узлов (шейные, надключичные, подключичные, аксиллярные и паховые)

При остром характере процесса, сопровождающемся болью, локальной или общей гипертермией, имеется больше данных за неспецифический процесс. В таком случае показано лечение по стандартам лечения острого лимфаденита. Оценка эффекта лечения через 1 месяц с контрольным обследованием. При отсутствии положительной динамики пациент маршрутизируется к районному онкологу в ПОК, ЦАОП, а при их недоступности, к онкологу ООД.

Второй уровень, соответствует 1 этапу диагностического поиска, зона ответственности районных онкологов и ЦАОП:

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗК с последующим цитологическим исследованием
2. Трепан биопсия измененного лимфоузла под УЗ контролем с последующим гистологическим исследованием и иммуногистохимическим исследованием (при выявленнии ЗНО) .
3. Проведение хирургической биопсии периферического лимфоузла с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием (при выявленнии ЗНО).

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО лимфоузла показано

обследование по системам органов, что соответствует 2 этапу диагностического поиска:

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевина

4.Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток)

7. СКТ органов грудной клетки без внутривенного контрастирования

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца)

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога) всем пациентам и других врачей-специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Третий уровень: при выявлении метастазов солидных опухолей в периферический лимфоузел пациент маршрутизируется к онкологу ООД.

При выявлении лимфопролиферативного заболевания пациенты, проживающие вне областного центра, маршрутизируется к гематологу ОООКБ. Пациенты, проживающие в городе Орле, маршрутизируются к гематологу поликлиники №2 .

На третьем этапе проводится осмотр пациента онкологическим консилиумом и планирование специального лечения.

GIST ЖКТ. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на GIST ЖКТ.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

Эндоскопические методы исследований всем пациентам для верификации диагноза: эзофагогастродуоденоскопию при локализации опухоли в желудке и двенадцатиперстной кишке и тотальную колоноскопию (при ГИСО ободочной кишки).

Выполнит УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза.

Магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием при локализации опухоли в малом тазу или подозрении на ГИСО прямой кишки. МРТ используется как уточняющий метод у пациентов с опухолевым поражением желудка или прямой кишки, а также для определения объема поражения печени.

При выявлении GIST ЖКТ необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, когулограмма + мно)

2. Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости и малого таза + УЗИ лимфатических узлов забрюшинного пространства.

3. Фиброгастродуоденоскопия.

4. Фиброколоноскопия.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II

этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12. Компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости и малого тазас внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.

13. Фиброгастродуоденоскопия.

14. Фиброколоноскопия

15. мутации генов C-KIT, PDGFRA.

Рак желудка. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО желудка.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных г/энтерологов, онкологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении подозрении на рак желудка требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования общий анализ крови, биохимический анализ крови (общетерапевтический), коагулограмма, общий анализ мочи

2. Инструментальные методы исследования: ФГДС. УЗИ органов брюшной полости, малого таза, л/узлов шеи

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (общий онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. ФГДС со взятием биопсии из 6-7 точек
2. КТ грудной клетки, брюшной полости и органов малого таза с контрастом.
3. Толстоигольная трепанбиопсия подозрительного на метастатическое поражение лимфатического узла шеи – при необходимости.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога или КТ огранов грудной клетки.

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога, эндокринолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.КТ органов брюшной полости и малого таза с контрастом.

12. Рентгеноскопия желудка.

13. УЗИ лимфатических узлов шеи.
14. УЗИ сердца.
15. УЗИ вен нижних конечностей.

ЗНО печени, желчного пузыря, внутри и внепеченочных протоков. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО печени.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I

этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При подозрении на выявлении ЗНО печени, желчного пузыря, внутри и внепеченочных протоков требуется провести дообследование у участкового терапевта с целью оценки текущей клинической ситуации и выявления опухолевой патологии биллиарного тракта рекомендуется выполнить компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием с магнитно-резонансной холангиографией .

При выявлении в печени подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, когулограмма + мно)

2. Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости + УЗИ лимфатических узлов забрюшинного пространства..

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с очаговым образованием печени маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия (далее ТАБ) под ультразвуковым контролем (УЗ-ТАБ) для забора материала на цитологическое исследование. Цитологическое исследование (далее ЦИ) пунктатов очаговых образований печени проводится в специализированной цитологической лаборатории.

2. Трепанбиопсия очаговых образований печени под контролем УЗИ. Рекомендовано патолого-анатомическое исследование биопсийоного материала с применением иммуногистохимических методов

При выявлении морфологического подтвержденного ЗНО печени показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12. Опухолевые маркеры: исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови;

13. Компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием с магнитно-резонансной холангиографией .

14. Фиброгастродуоденоскопия.

15. Фиброколоноскопия.

16. УЗИ сердца и вен нижних конечностей.

ЗНО селезенки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО селезенки.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении при УЗИ опухолевой патологии селезенки рекомендуется

выполнить компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием.

При выявлении в селезенки подозрительного на рак новообразования необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, когулограмма + мно)

2. Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости + УЗИ лимфатических узлов забрюшинного пространства.

3. Фиброгастродуоденоскопия.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с очаговым образованием селезенки маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12. Опухолевые маркеры: исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови;

13. Компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием.

14. Фиброгастродуоденоскопия.

15. Фиброколоноскопия

ЗНО анального канала.

Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО анального канала.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности гастроэнтерологов, проктологов, терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При выявлении в анальном канале подозрительного новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза, физикальный осмотр пациента, включающий осмотр перианальной кожи: наличие опухолевых разрастаний, свищевых отверстий, мацераций, изъязвлений, пальпацию паховых лимфатических узлов (определение наличия увеличенных узлов, их консистенции и подвижности по отношению к подлежащим структурам и коже); гинекологический осмотр для женщин для оценки распространенности опухоли на заднюю стенку влагалища и скрининга рака шейки матки (должно выполняться цитологическое исследование мазка из цервикального канала); пальцевое исследование прямой кишки для уточнения размеров новообразования.

2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, коагулограмма).

3. Инструментальные методы обследования:

- колоноскопия или аноскопия со взятием биопсийного материала (для получения достаточного количества материала требуется выполнить забор нескольких (3–5) образцов тканей стандартными эндоскопическими щипцами), при невозможности выполнения тотальной колоноскопии рекомендуется с целью исключения синхронных опухолей провести ирригоскопию или КТ-колонографию;
- МРТ органов малого таза, при наличии противопоказаний КТ органов малого таза;
- МСКТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием для исключения метастатического поражения органов брюшной полости;
- КТ органов грудной клетки;
- МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием при подозрении на метастатическое поражение головного мозга с целью его исключения

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза при невозможности ее выполнения на I этапе пациент с новообразованием анального канала маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Лабораторные и молекулярно-генетические методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. Определение уровня РЭА в крови.
2. Проведение исследования уровня антигена плоскоклеточной карциномы (SCC) в крови для оценки прогноза и последующего мониторинга эффективности лечения.

Инструментальные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. ПЭТ/КТ всего тела с туморотропным РФП для оценки распространненности опухолевого процесса при подозрении на мтс по данным КТ или /и МРТ.
2. Проведение колоноскоппии или аноскопии с биопсией с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного материала тем пациентам, кому не удалось получить морфологическое подтверждение на I этапе.
3. Цитопункция лимфатических узлов, биопсия подозрительных в отношении метастатических очагов под контролем УЗИ или КТ, если их верификация принципиально меняет тактику лечения.
4. Остеосцинтиграфия при подозрении на метастатическое поражение костей скелета.
5. Лапароскопия при подозрении на диссеминацию опухоли по брюшине, если ее выявление влияет на тактику лечения, для уточнения стадии заболевания.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО анального канала показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).

3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина.

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW.

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).

7. КТ органов грудной клетки.

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО – КГ.

12. Пациентам, страдающим раком анального канала и ВИЧ-инфекцией, с целью выбора режима химиотерапии на фоне лучевой терапии перед началом лечения выполнить исследование CD4+ лимфоцитов и получить консультацию врача-инфекциониста для решения вопроса о проведении антиретровирусной терапии.

13. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

ЗНО забрюшинного пространства. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО забрюшинного пространства.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При подозрении на ЗНО забрюшинного пространства необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза, физикальный осмотр пациента (в большинстве случаев ЗНО на ранних стадиях не имеют специфических симптомов и достигают больших размеров, что позволяет в некоторых случаях пальпировать образование. При подозрении на тазовую локализацию рекомендовано выполнить вагинальное и ректальное исследование).

2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови с определением содержания белка, билирубина, мочевины, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, фосфатазы, №a+, K+, Ca+, Cl−, коагулограмма).

3. Инструментальные методы обследования:

- КТ органов брюшной полости и органов малого таза с контрастом.
- Магнитно-резонансная томография органов малого таза или брюшной полости в сложных случаях (при подозрении на вовлечение в опухолевый процесс паренхиматозных органов, мягких тканей).
- КТ органов грудной клетки.
- Выполнение ангиографии при сдавлении крупных сосудов и подозрении на инвазию в них опухолей.
- Тотальная колоноскопия, при невозможности выполнения тотальной колоноскопии рекомендуется провести ирригоскопию или КТ-колонографию.
- ЭФГДС

4. Консультация гинекологом, урологом.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Лабораторные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. Определение уровня РЭА, Са 19.9, Са 72.4, Са 125 в крови.
2. В случае проведения дифференциальной диагностики и необходимости исключения метастазов герминогенных опухолей или лимфомы с поражением забрюшинных лимфатических узлов рекомендуется определить уровень лактатдегидрогеназы, альфа-фетопротеина и хорионического гонадотропина.

Биопсия ЗНО забрюшинного пространства показана при технической возможности, когда планируется предоперационная химиотерапия либо ЛТ, если эта предоперационная терапия может изменить объем операции (в случае уменьшения размеров опухоли возможно сохранение сосудов, паренхиматозных органов), а также в случае метастатического процесса. Биопсия может выполняться под ультразвуковым контролем либо под контролем КТ. При сложной локализации следует использовать видеоэндоскопию либо прибегнуть к открытой биопсии.

Для проведения, морфологической верификации пациент с ЗНО забрюшинного пространства маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

На II этапе диагностического поиска при планировании предоперационного или самостоятельного лекарственного противоопухолевого или лучевого лечения показано:

1. Core –биопсия забрюшинного объемного образования под контролем УЗИ или КТ.
2. Цитопункция внеогарганного забрюшинного образования под контролем УЗИ при невозможности core-биопсии.

При выявлении ЗНО забрюшинного пространства показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина.
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW.
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).
7. КТ органов грудной клетки.
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО – КГ.

12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

МТС в печень из НПО. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на МТС в печень из НПО.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При подозрении на МТС в печень из НПО провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза, физикальный осмотр пациента

2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, билирубин, креатинин, мочевина, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), кальций, калий, натрий), С-реактивный протеин); коагулограмма; определение АФП, β - ХГЧ, ЛДГ; PSA в крови.

3. Инструментальные методы обследования:

- КТ либо МРТ органов брюшной полости и МРТ органов малого таза с контрастом.
- КТ органов грудной клетки.
- Тотальная колоноскопия, при невозможности выполнения тотальной колоноскопии рекомендуется провести ирригоскопию или КТ-колонографию.
- ЭФГДС.
- УЗИ органов мошонки при повышении уровня бета-субъединицы хорионического гонадотропина (β-ХГЧ) или альфа-фетопротеина (АФП).
- Маммография.
- МРТ органов шеи.

4. Консультация гинекологом, урологом.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики соответствует II этапу диагностического поиска (морфологической верификации), зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Лабораторные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. Определение уровня РЭА, Са 19.9, Са 72.4, Са 125.
2. Цитологическое исследование асцитической жидкости при наличии последней.

Инструментальные методы обследования на II этапе диагностичекого поиска:

1. ПЭТ-КТ всего тела для выявления первичной опухоли и степени распространения болезни (применение ПЭТ-КТ при множественных метастазах иногда не дает желаемого результата, так как трудно отличить первичную опухоль от метастазов).

2. Сцинтиграфия с туморотропными РФП в режиме "все тело" с последующей рентгенографией очагов накопления радиофармацевтического лекарственного препарата (РФП).

3. Цистоскопия при подозрении на локализацию первичного очага в мочевом пузыре;

Для проведения морфологической верификации пациент с МТС в печень из НПО маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в

поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

На II этапе диагностического поиска показано проведение (при отсутствии данных о первичном опухолевом очаге) Core –биопсии объемного образования печени под УЗИ или КТ навигацией.

При морфологической верификации опухолевого поражении показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина.

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW.

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).

7. КТ органов грудной клетки.

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО –КГ.

12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых специальных лабораторных и инструментальных обследований.

Рак ободочной кишки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО ободочной кишки

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При выявлении в ободочной кишке подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза +семейный анамнез и проанализировать его на соответствие критериям Amsterdam II и рекомендациям Bethesda у всех пациентов с раком ободочной кишки, физикальный осмотр пациента, включающий пальцевое ректальное исследование.

2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, коагулограмма).

3. Инструментальные методы обследования:

- колоноскопия с биопсией, при невозможности выполнения тотальной колоноскопии рекомендуется с целью исключения синхронных опухолей провести ирригоскопию или КТ-колонографию (для получения достаточного количества материала требуется выполнить забор нескольких (3–5) образцов тканей стандартными эндоскопическими щипцами);

- МСКТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием для оценки местной распространенности опухоли и исключения метастатического поражения органов брюшной полости;

- КТ органов грудной клетки; при раке ректосигмоидного отдела толстой кишки до начала лечения выполнять МРТ либо КТ малого таза с внутривенным контрастированием с целью оценки распространения опухоли.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза при невозможности ее выполнения на I этапе пациент с новообразованием ободочной кишки маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Лабораторные и молекулярно-генетические методы исследования на II этапе диагностического поиска:

- определение уровня РЭА в крови;

- выявление мутаций в генах KRAS, №RAS, BRAF и микросателлитных повторов ДНК в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР или иммуногистохимическое исследование для выявления дефицита белков системы репарации неспаренных оснований, если обнаружены отдаленные метастазы, что может повлиять на выбор таргетного агента для лечения метастатического процесса;

Инструментальные методы исследования на II этапе диагностического поиска:

1. ПЭТ/КТ всего тела с туморотропным РФП для оценки распространненности опухолевого процесса при подозрении на мтс по данным КТ или /и МРТ.

2. Проведение колоноскоппии с биопсией с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного материала тем пациентам, кому не удалось получить морфологическое подтверждение на I этапе.

3. Эндоскопическое ультразвуковое исследование (УЗИ) при планировании местного иссечения раннего рака и ворсинчатых опухолей ободочной кишки (Стадирование по Kikuchi и Haggitt мальгнизированных полипов).

4. Цитопункция лимфатических узлов, биопсия подозрительных в отношении метастатических очагов под контролем УЗИ или КТ, если их верификация принципиально меняет тактику лечения

5. Остеосцинтиграфия при подозрении на метастатическое поражение костей скелета.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО ободочной кишки показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу

диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина.

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW.

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).

7. КТ органов грудной клетки.

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО –КГ.

12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

Рак поджелудочной железы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО поджелудочной железы.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При выявлении в поджелудочной железе подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза, физикальный осмотр пациента.

2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, коагулограмма).

3. Инструментальные методы обследования:

- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза (предпочтительно выполнение МСКТ либо МРТ органов брюшной полости +ОМТ с контрастом при наличии возможности,

-ЭФГДС (обязательно),

- прицельная рентгенография ОГК (предпочтительнее МСКТ ОГК),

-при наличие механической желтухи, требующей дренирования, выполнить ЭРХПГ.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с новообразованием поджелудочной железы маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Лабораторные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

- определение уровня РЭА, антигена аденогенных раков Са 19-9 в крови;

- определение хромагранина А в крови тем пациентам, которым необходимо дифференцировать аденокарциному и нейроэндокринный рак;

- всем пациентам с раком поджелудочной железы рекомендуется молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах BRCA1, BRCA2 и PALB2 в крови или опухолевой ткани.

Инструментальные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

- ПЭТ/КТ всего тела с туморотропным РФП для оценки распространенности опухолевого процесса при неэффективности других методов.

Проведение биопсии с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала поджелудочной железы тем пациентам, которым планируется начало лечения с консервативного этапа. Хирургическое лечение в ряде случаев возможно без морфологической верификации.

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. ЭФГДС +эндосонография панкреатобилиарной зоны с оценкой инвазии опухоли и выполнением core –биопсии.

2. Чрескожная биопсия объемного образования поджелудочной железы (при технической возможности).

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО поджелудочной железы (Bethesda V) или подозрения на ЗНО поджелудочной железы показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина.

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW.

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).

7. КТ органов грудной клетки.

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО –КГ.

12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

Для радикального оперативного лечения показано направление пациентов в федеральные онкологические центры.

Рак прямой кишки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО прямой кишки.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных проктологов, гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При выявлении подозрительного на рак новообразования прямой кишки требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза +семейный анамнез и проанализировать его на соответствие критериям Amsterdam II и рекомендациям Bethesda у всех пациентов с раком ободочной кишки, физикальный осмотр пациента (включающий пальцевое ректальное исследование).
2. Лабораторные методы исследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, коагулограмма).
3. Инструментальные методы исследования:

- колоноскопия с биопсией (для получения достаточного количества материала требуется выполнить забор нескольких (3–5) образцов тканей стандартными эндоскопическими щипцами), при невозможности выполнения тотальной колоноскопии рекомендуется с целью исключения синхронных опухолей провести ирригоскопию или КТ-колонографию;
- МСКТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием для исключения метастатического поражения органов брюшной полости;
- КТ органов грудной клетки;
- при раке ректосигмоидного отдела толстой кишки до начала лечения выполнять МРТ малого таза с внутривенным контрастированием с целью оценки распространения опухоли.
- ректороманоскопия с определением локализации опухоли в прямой кишке и измерением расстояния от анокутанной линии только ригидным ректоскопом для дальнейшего определения оптимальной тактики диагностики и лечения заболевания.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза при невозможности ее выполнения на I этапе пациент с новообразованием ободочной кишки маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Лабораторные и молекулярно-генетические методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. Определение уровня РЭА в крови.
2. Выявление мутаций в генах KRAS, №RAS, BRAF и микросателлитных повторов ДНК в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР или иммуногистохимическое исследование для выявления дефицита белков системы репарации неспаренных оснований, если обнаружены отдаленные метастазы, что может повлиять на выбор таргетного агента

для лечения метастатического процесса.

Инструментальные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. ПЭТ/КТ всего тела с туморотропным РФП для оценки распространённости опухолевого процесса при подозрении на мтс по данным КТ или /и МРТ.

2. Проведение колоноскоппии с биопсией с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного тем пациентам, которым не удалось получить морфологическое подтверждение на I этапе.

3. Пациентам, которым планируется местное иссечение по поводу раннего рака прямой кишки, выполнить эндоректальное ультразвуковое исследование (стадирование по Kikuchi и Haggitt малигнизированных полипов).

4. Цитопункция лимфатических узлов, биопсия подозрительных в отношении метастатических очагов под контролем УЗИ или КТ, если их верификация принципиально меняет тактику лечения

5. Остеосцинтиграфия при подозрении на метастатическое поражение костей скелета.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО ободочной кишки показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина.

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW.

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).

7. КТ органов грудной клетки.

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО –КГ.

12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

Рак щитовидной железы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО ЩЖ.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных эндокринологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в щитовидной железе подозрительного на рак новообразования

требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (кровь на ТТГ + кальцитонин +/- ат-ТПО (только при подозрении/наличие хронического аутоиммунного тиреоидита).

2. Инструментальные методы исследования: УЗИ щитовидной железы с классификацией патологических очагов по EU-TIRADS + УЗИ лимфатических узлов шеи.

3. При наличии дисфагии: ФГДС. При наличии дисфонии: осмотр ЛОР – врача + ларингоскопия.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с узловым образованием щитовидной железы маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (общий онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности) [1]:

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия (далее ТАБ) под ультразвуковым контролем (УЗ-ТАБ) для забора материала на цитологическое исследование. Цитологическое исследование (далее ЦИ) пунктатов узлов щитовидной железы проводится в специализированной цитологической лаборатории. При формировании цитологических заключений необходимо использовать систему Bethesda .

При выявлении цитологически подтвержденного ЗНО щитовидной железы (Bethesda V) или подозрения на ЗНО щитовидной железы (Bethesda IV) показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

2. Хирургическая биопсия подозрительного на метастатическое поражение лимфатического узла шеи – при необходимости.

3. Толстоигольная трепанбиопсия подозрительного на метастатическое поражение лимфатического узла шеи – при необходимости.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

[1] Согласно клиническим рекомендациям по лечению рака ЩЖ: ТАБ может выполнять врач любой специальности, владеющий методикой ее проведения (эндокринолог, эндокринный хирург, онколог, врач лучевой диагностики).

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12. Ларингоскопия и осмотр ЛОР – врача (вне зависимости от наличия клинической симптоматики).

13. Ранее выполненные на I этапе лабораторные методы исследования (кровь на ТТГ + кальцитонин +/- ат-ТПО (только при подозрении/наличие хронического аутоиммунного тиреоидита).

14. Ранее выполненное на I этапе УЗИ щитовидной железы с классификацией патологических очагов по EU-TIRADS

15. Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи.

16. Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии - ФГДС, при наличии дисфонии - осмотр ЛОР – врача и ларингоскопия.

Саркомы мягких тканей. Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО мягких тканей.

Первый уровень, зона ответственности врачей специалистов первичного контакта.

1. УЗИ опухоли мягких тканей пораженной области
2. МРТ с контрастом мягких тканей пораженной области
3. Консультация районного онколога или онколога ЦАОП

Второй уровень, соответствует 1 этапу диагностического поиска, зона ответственности районных онкологов и ЦАОП:

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗ-контролем с последующим цитологическим исследованием

2. Трепан биопсия опухоли под УЗ контролем с последующим гистологическим исследованием и иммуногистохимическим исследованием (при выявленнии ЗНО)

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО мягких тканей показано обследование по системам и органам, что соответствует 2 этапу диагностического поиска:

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевина

4.Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток)

7. СКТ органов грудной клетки без внутривенного контрастирования

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца)

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога) всем пациентам и других врачей-специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

10.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

11. Результат проведенного на первом этапе МРТ опухоли мягких тканей с внутривенным контрастированием

Третий уровень (общий онколог ООД): осмотр онкологическим консилиумом в ООД. Планирование и проведение специального лечения.

Канцероматоз лёгкого из невыявленного первичного очага.
Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на вторичное ЗНО паренхимы лёгкого.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных пульмонологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в паренхиме лёгкого(-их) изменений подозрительных на канцероматоз требуется морфологическая верификация диагноза. Ввиду крайне плохой доступности периферических участков паренхимы лёгкого для биопсии, необходимо выявить наиболее подходящий очаг для забора материала (в идеале — биопсия из первичной опухоли, допустимо - метастаз в поверхностно расположенном органе, мягких тканях или полых органах доступных для эндоскопической биопсии). Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. КТ-ОГК+ОБП с в/в контр (на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОБП+почек и R-ОГК в двух проекциях)
2. УЗИ л/у шейно-надключичных, подмышечных зон
3. Цифровая маммография (для женщин)
4. МРТ-ОМТ с в/в контр (на практике при невозможности своевременного выполнения МРТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОМТ)
5. Консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгких
6. Консультация пульмонолога на предмет исключения саркоидоза лёгких
7. Осмотр уролога (в т.ч. пальпация яичек у мужчин)
8. Гинекологический осмотр (в кресле) для женщин на предмет исключения первичного ЗНО наружных гинекологических органов.
9. ЛОР-обследование
10. Пальцевое ректальное исследование
11. Анализ крови на онкомаркеры (β-ХГЧ, АФП, ПСА (у мужчин), СА-125(у женщин), СА-19.9, РЭА)
12. УЗИ мошонки (при высоком уровне β-ХГЧ, АФП)
13. КТ/МРТ-ГМ с в/в контр при подозрении на канцероматоз головного мозга (при наличии о/образований, отёка головного мозга — консультация нейрохирурга).

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с многоочаговым поражением паренхимы лёгкого(-их) маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. ФБС с забором биопсийного материала для онкоцитологического исследования из бронха, вентилирующего патологически изменённый сегмент лёгкого (исследование проводиться после КТ-ОГК).

2. ЭГДС с забором биопсийного материала для гистологического исследования из изменённых участков слизистой верхних отделов ЖКТ.

3. ВКС с забором биопсийного материала для гистологического исследования из изменённых участков слизистой толстой кишки.

4. Биопсия подозрительных новообразований кожи и мягких тканей (предпочтительна трепан-биопсия выявленных очагов с направлением на гистологическое и иммуногистохимическое исследование).

5. Биопсия патологически изменённых периферических л/у (при наличии увеличенных патологически изменённых л/у по данным УЗИ (>9мм по к/о) тонкоигольная биопсия с направлением на онкоцитологию).

6. Плевральная пункция (при наличии плеврального выпота) с направлением на онкоцитологическое исследование.

7. Лапароцентез (при наличии свободной асцитической жидкости) с направлением на онкоцитологическое исследование.

8. Цитологическое исследование мочи (при наличии асцита или забрюшинной опухоли)

При морфологическом подтверждении распространённого ЗНО с канцероматозом лёгкого(-их) или подозрения на вторичное ЗНО паренхимы лёгкого(-их) показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Учитывая труднодоступность периферических очагов паренхимы лёгкого далеко не всегда удаётся получить морфологическое подтверждение ЗНО на догоспитальном этапе. В большинстве случаев перед составлением плана лечения требуется выполнение инвазивной диагностики на базе торакального отделения ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией и онкологическим консилиумом в ООД):

-Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 (при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),

-Группа крови+ резус фактор,

-Клинический анализ крови, общий анализ мочи,

-Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевина, креатинин,

-Коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген),

-Ранее выполненное на 1 этапе КТ-ОГК+ОБП с в/в контр,

-Ранее выполненное на 1 этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,

-Ранее выполненное на 1 этапе ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога,

-ЭХО-КГ (узи сердца),

-ЭКГ с описанием; Спирография,

-Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,

-УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),

-Ранее выполненная на 1 этапе консультация гинекологом (для женщин),

-При наличии хронических (в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т. д.

- Ранее проведённая на 1 этапе консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгкого (при отсутствии морфологической верификации диагноза).

Подозрение на метастазы в периферические лимфоузлы.

Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на специфическое поражение периферических лимфатических узлов.

Первый уровень, зона ответственности врачей специалистов первичного контакта (терапевты, хирурги)

1. общий осмотр

2. УЗИ периферических лимфоузлов (шейные, надключичные, подключичные, аксиллярные и паховые)

При остром характере процесса сопровождающиеся болью, локальной или общей гипертермией – больше данных за неспецифический процесс. Показано лечение по стандартам острого лимфаденита контроль узи через 1 месяц.

Второй уровень, соответствует 1 этапу диагностического поиска, зона ответственности районных онкологов, ЦАОП.

Для уточнения характера поражения периферического лимфоузла требуется морфологическая верификация.

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗК, для забора материала на цитологическое исследование.

2. Тотальная хирургическая биопсия л/у с последующим гистологическим исследованием.

При подозрении на лимфопролиферативное заболевание, обязательна консультация гематолога.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО - обследование по соответствующим стандартам в зависимости от результатов морфологии и локализации пораженных лимфатических узлов, соответствует 2 этапу диагностического поиска:

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевина

4.Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток)

7. СКТ ОГК без в в контрастирования.

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца)

9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин, терапевта (кардиолога) - для всех, и других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

Третий уровень (общий онколог ООД):

Требуется проведение ИГХ ткани лимфоузла в ООД.

Осмотр онкологическим консилиумом в ООД. Планирование и проведение специального лечения.

Рак предстательной железы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО простаты.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных терапевтов в районной поликлинике.

Спиннинг для мужчин старше 50 лет. - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (кровь на ПСА + свободная фракция).

2. Инструментальные методы исследования: ТРУЗИ простаты + мочевого пузыря, остаточная моча

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-хирургов, урологов, онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онкоуролога ООД.

При выявлении ПСА более 4 нг/мл, и соотношение фракций менее 20 %, выявление подозрений на рак простаты по данным ТРУЗИ - проведение МРТ органов малого таза и морфологическая верификация опухолевого процесса. Для морфологической верификации диагноза пациента с подозрением на рак предстательной железы маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог-уролог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности): мультифокальная трансректальная биопсия простаты под УЗ – наведением.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9.УЗИ сердца + УЗИ сосудов нижних конечностей

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Рак почки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО почки.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в почке подозрительного на рак новообразования требуется выполнение дообследования

1.Лабораторные методы исследования (бак: креатинин, мочевина, оак, оам)

2. УЗИ органов брюшной полости + забрюшинного пространства + УЗИ мочевого пузыря

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-хирургов, урологов, онкологов ПОК, ЦАОП,

1. Лабораторные методы исследования (бак: креатинин, мочевина, оак, оам)

2. МСКТ обп + забрюшинное пространство (+ запись на двд-диск)

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9.УЗИ сердца + нижних конечностей

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

Рак надпочечников. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО надпочечников.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении рака надпочечников подозрительного на рак новообразования по данным требуется выполнение дообследования:

1.Лабораторные методы исследования (бак : креатинин , мочевина , оак , оам)

2. УЗИ обп + забрюшинного пространства + узи мочевого пузыря

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-хиругов, урологов, онкологов ПОК, ЦАОП,

1.Лабораторные методы исследования (кортизол альдостерон ренин метанефрин метанефрин)

2. МСКТ обп + забрюшинное пространство + отсроченная фаза (+ запись на двд-диск)

3. Консультация эндокринологом

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9.УЗИ сердца + нижних конечностей

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

Маршрутизация для экстренных ситуация в онкоурологии.

Экстренная и неотложная помощь пациентам с урологическими осложнениями: уретрогидронефроз, острая задержка мочи, макрогематурия, круглосуточно выполняется в больнице скорой медицинской помощи им. Н.А. Семашко (далее также – БСМП).

Рак мочевого пузыря. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО мочевого пузыря.

I уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) — 1 этап диагностического поиска — уровень районных урологов, хирургов

Лабораторные методы исследования — общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, калий, креатинин, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза). При возможности — анализ мочи на атипические клетки.

Инструментальные методы диагностики — УЗИ почек, мочевого пузыря у женщин, УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы у мужчин с определением уровня остаточной мочи. При наличии ретенционных изменений верхних мочевых путей (пиелоэктазия, гидронефроз) — выполнение обзорной + внутривенной экскреторной урографии на 7.15.30 минутах для исключения/подтверждения блока почек.

При размерах опухоли мочевого пузыря более 2.0 см в наибольшем измерении, выявлении увеличенных лимфатических узлов таза — выполнение МРТ органов малого таза с в/венным контрастированием для оценки глубины инвазии опухоли в мышечный слой мочевого пузыря (определение категории Т).

При выявлении увеличенных забрюшинных лимфатических узлов — выполение СКТ / МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием.

При наличии цистоскопа и навыках уролога первичного звена в цистоскопии — выполнение цистоскопии с забором материала на цитологическое / гистологическое исследование

В случае развития макрогематурии со сгустками, вторичной анамии, гемотампонады мочевого пузыря, лихорадки свыше 38.5 Гр, резких болях в поясничной области — срочная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ или доставка пациента в экстренный приемный покой ООКБ города Орла (житель села) или БСМП (житель города)

II уровень диагностики (морфологическая верификация опухоли) — 2 этап диагностического поиска — уровень врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при их отсутствии / недоступности — врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Морфологическая верификация опухоли мочевого пузыря осуществляется:
цистоскопией с забором материала на цитологическое / гистологическое исследование взятием мочи на атипические клетки взятием аспирата из полости мочевого пузыря на цитологическое исследование
при выявлении цитологически/морфологически подтвержденного ЗНО мочевого пузыря пациент направляется к врачу-онкологу-урологу БУЗ ООД для определения стадирования диагноза, проведения онкологического консилиума и составления плана лечения

III уровень диагностики (стадирование диагноза, проведение онкологического консилиума и составление плана лечения) — соответствует 2 этапу диагностического поиска — уровень врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Для решения вопроса о специализированном лечении требуется обсуждение пациента на онкологическом консилиуме в БУЗ ООД.

Для этого необходимо выполнить необходимое дообследование в поликлинике по месту жительства, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией в БУЗ ООД и перед онкологическим консилиумом ООД).

Рак полового члена. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО полового члена.

I уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) — 1 этап диагностического поиска — уровень районных урологов, хирургов

Лабораторные методы исследования — общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, калий, креатинин, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза).

Инструментальные методы диагностики — УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов, УЗИ паховых, бедренных, подвздошных лимфатических узлов с 2 сторон. При наличии ретенционных изменений верхних мочевых путей (пиелоэктазия, гидронефроз) — выполнение обзорной + внутривенной экскреторной урографии на 7.15.30 минутах для исключения/подтверждения блока почек.

При больших размерах опухоли, выявлении увеличенных паховых лимфатических узлов — выполнение МРТ органов малого таза с в/венным контрастированием и МРТ органов мошонки с в/венным контрастированием для оценки глубины инвазии опухоли и характера поражения лимфоузлов (определение категории Т и №)

При выявлении увеличенных забрюшинных лимфатических узлов — выполение СКТ / МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием.

При наличии возможности — выполнение инцизионной биопсии опухоли полового члена или взятие соскоба с опухоли на атипические клетки, пункция паховых лимфоузлов с забором материала на цитологическое исследование.

В случае развития/наличия кровотечения из распадающейся опухоли полового члена / распдающихся МТС в паховые лимфоузлы— срочная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ или доставка пациента в экстренный приемный покой ООКБ города Орла (житель села) или БСМП (житель города)

II уровень диагностики (морфологическая верификация опухоли) — 2 этап диагностического поиска — уровень врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при их отсутствии/недоступности — врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Морфологическая верификация опухоли полового члена осуществляется:

1) выполнение инцизионной биопсии опухоли полового члена

2) взятие соскоба с опухоли на атипические клетки

3) пункция паховых лимфоузлов с забором материала на цитологическое исследование.

при выявлении цитологически / морфологически подтвержденного ЗНО полового члена пациент направляется к врачу-онкологу-урологу БУЗ ООД для стадирования диагноза, проведения онклогического консилиума и составления плана лечения

III уровень диагностики (стадирование диагноза, проведение онклогического консилиума и составление плана лечения) — соответствует 2 этапу диагностического поиска — уровень врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Для решения вопроса о специализированном лечении требуется обсуждение пациента на онкологическом консилиуме в БУЗ ООД.

Для этого необходимо выполнить необходимое дообследование в поликлинике по месту жительства, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией в БУЗ ООД и перед онкологическим консилиумом ООД).

Рак лоханки, рак мочеточника. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО лоханки, мочеточника.

I уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) — 1 этап диагностического поиска — уровень районных урологов, хирургов

Лабораторные методы исследования — общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, калий, креатинин, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза). При возможности — анализ мочи на атипические клетки.

Инструментальные методы диагностики — УЗИ почек, мочевого пузыря у женщин, УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы у мужчин с определением уровня остаточной мочи. При наличии ретенционных изменений верхних мочевых путей (пиелоэктазия, гидронефроз) — выполнение обзорной + внутривенной экскреторной урографии на 7.15.30 минутах для исключения/подтверждения блока почек.

Выполнение МРТ органов малого таза и МРТ / СКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием для оценки размеров опухоли и ее распространенности (определение категории Т, №, М).

При выявлении увеличенных забрюшинных лимфатических узлов — выполнение СКТ / МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием.

При наличии цистоскопа, наличии объемных образований в полости мочевого пузыря и навыках уролога первичного звена в цистоскопии — выполнение цистоскопии с забором материала на цитологическое / гистологическое исследование

В случае развития макрогематурии со сгустками, вторичной анемии, гемотампонады мочевого пузыря, лихорадки свыше 38.5 Гр, резких болях в поясничной области — срочная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ или доставка пациента в экстренный приемный покой ООКБ города Орла (житель села) или БСМП (житель города)

В случае наличия уретерогидронефроза и повышенных уровней мочевины, креатинина, калия — срочное направление в экстренный приемный покой ООКБ города Орла (житель села) или БСМП (житель города) для постановки чрескожной пункционной нефростомы.

II уровень диагностики (морфологическая верификация опухоли) — 2 этап диагностического поиска — уровень врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при их отсутствии / недоступности — врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Морфологическая верификация опухоли лоханки и мочеточника осуществляется: цистоскопией с забором материала на цитологическое/гистологическое исследование взятием мочи на атипические клетки взятием аспирата из полости мочевого пузыря на цитологическое исследование

уретеропиелоскопией с забором материала на цитологическое/гистологическое исследование — в БУЗ ООД нет технической возможности, пациенты направляются в приемный покой ООКБ города Орла (житель села) или БСМП (житель города) при выявлении цитологически / морфологически подтвержденного ЗНО лоханки или мочеточника пациент направляется к врачу-онкологу-урологу БУЗ ООД для стадирования диагноза, проведения онклогического консилиума и составления плана лечения

III уровень диагностики (стадирование диагноза, проведение онклогического консилиума и составление плана лечения) — соответствует 2 этапу диагностического поиска — уровень врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Для решения вопроса о специализированном лечении требуется обсуждение пациента на онкологическом консилиуме в БУЗ ООД.

Для этого необходимо выполнить необходимое дообследование в поликлинике по месту жительства, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией в БУЗ ООД и перед онкологическим консилиумом ООД).

Рак яичка. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО яичка.

I уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) — 1 этап диагностического поиска — уровень районных урологов, хирургов

Лабораторные методы исследования — общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, калий, креатинин, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза). При возможности — взятие крови на онкомаркеры яичка — альфа-фетопротеин (АФП), бета-субъединица хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

Инструментальные методы диагностики — УЗИ органов мошонки с цифровым допплеровским картированием, УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы у мужчин с определением уровня остаточной мочи, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов, рентген органов грудной клетки

Выполнение МРТ органов мошонки с внутривенным контрастированием и МРТ / СКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием, СКТ органов грудной клетки для оценки размеров опухоли и ее распространенности (определение категории Т, №, М).

При выявлении уровня ХГЧ более 50000 МЕ/мл или АФП более 1000 МЕ/л — выполнение СКТ / МРТ головного мозга с в/венным контрастированием.

При наличии навыков уролога / хирурга первичного звена, при наличии пальпируемого образования в яичке — выполнение пункции опухоли яичка с забором материала на цитологическое исследование

При наличии клиники острого орхоэпидидимита - срочная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ или доставка пациента в экстренный приемный покой ООКБ города Орла (житель села) или БСМП (житель города)

II уровень диагностики (морфологическая верификация опухоли) — 2 этап диагностического поиска — уровень врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при их отсутствии / недоступности — врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Морфологическая верификация опухоли яичка осуществляется: пункцией образования яичка с забором материала на цитологическое исследование пункцией образования яичка с забором материала на цитологическое исследование под контролем УЗИ при непальпируемой опухоли яичка орхэктомией / орхфуникулэктомией с забором материала на плановое гистологическое исследование при выявлении цитологически / морфологически подтвержденного ЗНО яичка пациент направляется к врачу-онкологу-урологу БУЗ ООД для стадирования диагноза, проведения онклогического консилиума и составления плана лечения

III уровень диагностики (стадирование диагноза, проведение онклогического консилиума и составление плана лечения) — соответствует 2 этапу диагностического поиска — уровень врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Для решения вопроса о специализированном лечении требуется обсуждение пациента на онкологическом консилиуме в БУЗ ООД.

Для этого необходимо выполнить необходимое дообследование в поликлинике по месту жительства, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией в БУЗ ООД и перед онкологическим консилиумом ООД).

Центральный рак лёгкого. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО бронхов.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных пульмонологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в корне лёгкого подозрительного на рак объёмного образования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. КТ-ОГК с в/в контрастом (на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на R-ОГК в двух проекциях)
2. УЗИ л/у шейно-надключичных зон
3. УЗИ-ОБП+почек+забрюшинных л/у
4. При осиплости голоса консультация ЛОР-врача

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с объёмным образованием корня лёгкого маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. ФБС с забором биопсийного материала экзофитного образования или изменённой стенки бронха для гистологического и цитологического исследований,
2. Тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенных патологически изменённых л/у шейно-надключичных зон (>9мм по к/о) с направлением на онкоцитологическое исследование.

При выявлении цитологически или гистологически подтверждённого ЗНО бронха или метастазов в л/у шейно-надключичной области или подозрения на ЗНО бронха показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

-Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 (при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),

-Группа крови+ резус фактор,

-Клинический анализ крови, общий анализ мочи,

-Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевина, креатинин,

-Коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген),

-Ранее выполненное на 1 этапе УЗИ Органов брюшной полости+почек+ забрюшинных л.у,

-Ранее выполненное на 1 этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,

-При наличии пареза голосовой складки при ранее выполненном ФБС и/или осиплости голоса — консультация ЛОР-врача,

-Ранее выполненное на 1 этапе КТ-ОГК с в/в контр,

-КТ/МРТ ГМ с в/в контр (при наличии о/образований, отёка головного мозга — консультация нейрохирурга),

-ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога,

-ЭХО КГ(узи сердца),

-ЭКГ с описанием; Спирография,

-Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,

-УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),

-Консультация гинекологом (для женщин),

-При наличии хронических (в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т.д.

Периферический рак лёгкого. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО паренхимы лёгкого.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных пульмонологов и терапевтов в районной поликлинике.

До верификации диагноза (периферическое о/образование лёгкого):

При выявлении в паренхиме лёгкого подозрительного на рак объёмного образования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. КТ-ОГК с в/в контр (на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на R-ОГК в двух проекциях)
2. УЗИ л/у шейно-надключичных зон
3. УЗИ-ОБП+почек+забрюшинных л/у
4. Консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгкого

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с объёмным образованием паренхимы лёгкого маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. ФБС с забором материала на онкоцитологическое исследование из бронха, вентилирующего патологически изменённый сегмент лёгкого (исследование проводиться после КТ-ОГК),
2. Тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенных патологически изменённых л/у шейно-надключичных зон (>9мм по к/о) с направлением на онкоцитологическое исследование
3. Тонкоигольная аспирационная биопсия плеврального выпота с направлением на онкоцитологическое исследование (в случае если он выявлен при КТ-ОГК, желательно выполнение торакоцентеза по УЗ-разметке).

При выявлении атипичных клеток ЗНО в бронхо-альвеолярном лаваже, пунктате л/у шейно-надключичной области, плевральном выпоте или подозрения на ЗНО паренхимы лёгкого показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Учитывая труднодоступность периферических очагов паренхимы лёгкого далеко не

всегда удаётся получить морфологическое подтверждение ЗНО на догоспитальном этапе. В большинстве случаев перед составлением плана лечения требуется выполнение инвазивной диагностики на базе торакального отделения ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией и онкологическим консилиумом в ООД):

-Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 (при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),

-Группа крови+ резус фактор,

-Клинический анализ крови, общий анализ мочи,

-Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевина, креатинин,

-Коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген),

-Ранее выполненное на 1 этапе УЗИ Органов брюшной полости+почек+ забрюшинных л.у,

-Ранее выполненное на 1 этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,

-При наличии пареза голосовой складки при ранее выполненном ФБС и/или осиплости голоса — консультация ЛОР-врача,

-Ранее выполненное на 1 этапе КТ-ОГК с в/в контр,

-КТ/МРТ ГМ с в/в контр (при наличии о/образований, отёка головного мозга — консультация нейрохирурга),

-ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога,

-ЭХО-КГ (узи сердца),

-ЭКГ с описанием; Спирография,

-Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,

-УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),

-Консультация гинекологом (для женщин),

-При наличии хронических (в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т. д.

- Ранее проведённая на 1 этапе консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгкого (при отсутствии морфологической верификации диагноза).

Рак пищевода и кардио-эзофагеального перехода. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО пищевода.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При наличии у пациента дисфагии, одинофагии, выявлении в пищеводе или кардио-эзофагеальном переходе признаков объёмного образования или сужения просвета с нарушением эвакуации пищевого комка в желудок требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. КТ-ОГК+ОБП с в/в контр (на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОБП+почек и R-ОГК в двух проекциях)
2. УЗИ л/у шейно-надключичных зон
3. R-скопия пищевода с Ba

4. Оценка нутритивного статуса пациента по шкале №RS 2002.
5. При наличии осиплости голоса — консультация ЛОР-врача.

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с дисфагией, одинофагией, выявлении в пищеводе или кардио-эзофагеальном переходе признаков объёмного образования или сужения просвета с нарушением эвакуации пищевого комка в желудок маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. ФГС с забором биопсийного материала экзофитного образования или изменённой стенки пищевода или кардио-эзофагеального перехода для гистологического исследования,
2. Тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенных патологически изменённых л/у шейно-надключичных зон (>9мм по к/о) с направлением на онкоцитологическое исследование.

При выявлении цитологически или гистологически подтверждённого ЗНО пищевода или КЭР или метастазов в л/у шейно-надключичной области или подозрения на ЗНО пищевода или КЭР показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска(обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

-Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 (при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),

-Группа крови+ резус фактор,

-Клинический анализ крови, общий анализ мочи,

-Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевина, креатинин,

-Коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген),

-Ранее выполненное на 1 этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,

-Ранее выполненное на 1 этапе КТ-ОГК+ОБП с в/в контр,

-Ранее выполненное на 1 этапе R-скопия пищевода с Ba

-Ранее выполненное на 1 этапе ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога,

-ФБС (при наличии пареза голосовой складки — консультация ЛОР-врача),

-ЭХО КГ (узи сердца),

-ЭКГ с описанием;

-Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,

-УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),

-Консультация гинекологом (для женщин),

-При наличии хронических (в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в

анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т. д.

При наличии дисфагии 1-2ст, среднем нарушении нутритивного статуса (наличии умеренного риска питательной недостаточности), отсутствии отклонений показателей БХ крови (гипопротеинемия, гиперкалиемия) показана консультация в ООД на предмет реканализации и/или стентирования опухолевого стеноза.

При наличии дисфагии 3-4ст, тяжёлом нарушении нутритивного статуса (наличии высокого риска питательной недостаточности), отклонении показателей БХ крови (гипопротеинемия, гиперкалиемия) показано наложение питающей гастростомы в хирургическом отделении ЦРБ.

Рак молочной железы у женщин и рак грудной железы у мужчин. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО МЖ.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гинекологов, гинекологов-маммологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в молочной железе (грудной железе) подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий (клинический) анализ крови развернутый и анализ крови биохимический (глюкоза, мочевина, креатинин, билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), кальций), общий (клинический) анализ мочи для оценки функции внутренних органов).

2. Инструментальные методы исследования: билатеральная маммография с предоставлением снимков исследования, оценкой по шкале BIRADS, УЗИ молочных желез с классификацией BIRADS + УЗИ лимфатических подмышечных, над- и подключичных лимфоузлов, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗИ малого таза, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с образованием молочной железы маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (маммолог - онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

Пункционная биопсия новообразования молочной железы, регионарных лимфоузлов (желательно под навигационным контролем рентгенографическим или ультразвуковуковым):

- Трепанобиопсия с использованием автоматической или полуавтоматической системы с диаметром иглы 14-18 G либо вакуум-ассистированной системой с диаметром иглы 8-12 G. Должно быть получено не менее трех столбиков ткани для гистологического и иммуногистохимического исследования биопсийного материала с обязательным определением экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону, исследование белка к рецепторам HER2, индекса пролиферативной активности экспрессии Ki-67; при

необходимости выполняется определение амплификации гена HER2 методом флюоресцентной (FISH) или хромогенной (CISH) гибридизации i№ situ, уровень экспрессии PD-L1 с помощью теста SP142).

- Тонкоигольная аспирационная биопсия под навигационным контролем для забора материала на цитологическое исследование при подозрении на ЗНО МЖ только при невозможности выполнения трепанбиопсии.

- В случаях подозрения на рак Педжета рекомендуется выполнять соскоб изменений в области соска и сосково-ареолярного комплекса с последующим цитологическим исследованием.

- Тонкоигольная аспирационная биопсия под навигационным контролем регионарных лимфоузлов при наличии клинических подозрений на их метастатическое поражение.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО МЖ или при подозрении на ЗНО МЖ показана консультация онколога ООД для проведения дополнительного обследования и лечения в ООД (третий уровень).

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

При отсутствии технической возможности для морфологической верификации в условиях ЦАОП и районных поликлиник – морфологическая верификация выполняется онкологом в ООД.

Пункционная биопсия метастатических очагов органов и тканей (желательно под навигационным контролем КТ или ультразвуковуковым), при подозрении на метастатический характер, в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения.

При наличии показаний, пациентам назначается дополнительное обследование:

- лабораторные методы: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и общий эстрадиол в сыворотке крови для оценки функции яичников, определение мутаций в генах BRCA1, BRCA2, PIK3CA и др.

- инструментальные методы: ЭХО-КГ, ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сосудов (артерий и вен) нижних конечностей, магниторезонансная томография (МРТ) молочных желез, компьютерная томография (КТ) или МРТ органов брюшной полости с внутривенным (в/в) контрастированием, КТ органов грудной клетки, КТ или МРТ головного мозга с в/в контрастированеим, сцинтиграфия костей скелета, ПЭТ-КТ;

- консультации врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-невролога, врача-нейрохирурга и врачей других специальностей по показаниям.

После прохождения необходимого обследования составляется план лечения на онкологическом консилиуме в ООД.

Необходимые обследования перед плановой госпитализацией для спецлечения в условиях ООД:

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).

3.Биохимический анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации): глюкоза, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина.

4. Кровь на маркеры гепатитов: HBsAg (срок годности 3 месяца до госпитализации), ат к HCV (классов M и G) (срок годности 1 месяц до госпитализации), ат к ВИЧ 1 и 2 типа

(классов M и G) (срок годности 3 месяца до госпитализации), RW или RPR тест (срок годности 3 месяца до госпитализации).

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 1 месяц до госпитализации).

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).

7. Рентгенография органов грудной клетки – снимок с описанием рентгенолога/СКТ-ОГК (срок годности 3 месяца до госпитализации).

8. ЭКГ с описанием, ЭХО-КГ (срок годности 1 месяц до госпитализации).

9. УЗИ малого таза, консультация гинеколога (срок годности 1 месяц до госпитализации).

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии (срок годности 1 месяц до госпитализации).

11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства/СКТ или МРТ ОБП с в/в контрастирвоаneим (срок годности 1 месяц до госпитализации).

12. Билатеральная маммография – снимки с описанием рентгенолога, УЗИ молочных желез с регионарными лимфоузлами (над- и подключичные, подмышечные) – выполненные на 1-ом этапе обследования.

13. Ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сосудов (артерий и вен) нижних конечностей (срок годности 1 месяц до госпитализации).

Рак шейки матки.
Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на рак шейки матки.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли - I этап диагностического поиска) и второй уровень диагностики (морфологическая верификация – II этап диагностического поиска), проводится в женских консультациях г. Орла и Орловской области - зона ответственности районных гинекологов.

При подозрении на рак шейки матки требуется провести:

1. Дообследование у участкового гинеколога: выполнить расширенную кольпоскопию с целью оценки текущей клинической ситуации и выявления наиболее информативного паталогически-измененного участка для бипосии шейки матки, в зависимости от обнаруживаемых изменений проводится инцизионная биопсия шейки матки или соскоб из цервикального канала (при изолированном поражении эндоцервикса).

При морфологическом выявлении злокачественного поражения шейки матки пациент маршрутизируется в ООД для планирования лечения – третий уровень диагностического поиска. При гистологическом подтверждении тяжелых предраковых поражений эпителия шейки матки – CIN№ 3, HSIL пациент маршрутизируется в ООД для лечения – зона ответственности онколога - гинеколога.

Цитологического исследования микропрепаратов шейки матки не достаточно для верификации диагноза РШМ!

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога.

8. ЭКГ с описанием, ЭХО-КГ (срок годности 1 месяц до госпитализации).

9. УЗИ органов малого таза (срок годности 1 месяц до госпитализации).

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии (срок годности 1 месяц до госпитализации).

11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства или СКТ или МРТ ОБП с в/в контрастирвоаneим (срок годности 1 месяц до госпитализации).

12. Билатеральная маммография – снимки с описанием рентгенолога, УЗИ молочных желез с регионарными лимфоузлами (над- и подключичные, подмышечные).

13. УЗИ пахово-бедренных, забрюшинных лимфоузлов (подвздошных и парааортальных), надключичных ЛУ в целях определения распространенности опухолевого процесса,

14. МРТ органов малого таза с контрастом

Рак яичников, маточных труб, первичный рак брюшины.
Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на рак яичников, маточных труб и первичный рак брюшины.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гинекологов.

Перед проведением биопсии на первом этапе диагностики требуется дообследование: физикальное обследование, осмотр гинеколога, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ органов малого таза, кровь на онкомаркеры СА125+He4/индекс ROMA, при подозрении на муцинозную аденокарциному Са19-9, РЭА; ФГДС, фиброколоноскопия, СКТ органов грудной клетки без контраста (возможна рентгенография) и СКТ брюшной полости с контрастом, МРТ малого таза с контрастом. Пациент с подозрением на рак яичников, маточных труб, первичный рак брюшины маршрутизируется в ООД с данными обследования.

Ввиду специфики локализации и течения рака яичников, маточных труб и первичного рака брюшины, получение морфологического подтверждения диагноза не всегда возможно до госпитализации в ООД и до проведения лапароскопии.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД. Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога.

8. ЭКГ с описанием, ЭХО-КГ (срок годности 1 месяц до госпитализации).

9. УЗИ органов малого таза (срок годности 1 месяц до госпитализации).

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии (срок годности 1 месяц до госпитализации).

11. Ранее проведенные на первом этапе УЗИ органов брюшной полости, УЗИ органов малого таза, кровь на онкомаркеры СА125+He4/индекс ROMA, при подозрении на муцинозную аденокарциному Са19-9, РЭА; ФГДС, фиброколоноскопия, СКТ органов грудной клетки без контраста (возможна рентгенография) и СКТ брюшной полости с контрастом, МРТ малого таза с контрастом.

После проведения дообследования пациент госпитализируется в ООД для проведения диагностической лапароскопии или лапаротомии в ООД.

Рак вульвы (промежности). Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО вульвы (промежности).

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гинекологов. + Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гинекологов, врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога - гинеколога поликлинического отделения ООД.

При выявлении на вульве (промежности) подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента.

1. УЗИ органов малого таза
2. ВПЧ-диагностика, SCC
3. Взятие цитологического мазка с образования вульвы (промежности)
4. Биопсия образования вульвы (промежности)

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

10. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

11. УЗИ пахово-бедренных, забрюшинных (подвздошных и парааортальных), надключичных лимфатических узлов.

12. Цистоскопия и ректороманоскопия всем пациенткам с распространенными стадиями с целью выявления инвазии опухоли в мочевой пузырь и прямую кишку.

13. МРТ и/или КТ мягких тканей промежности, органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства, регионарных лимфатических узлов с внутривенным контрастированием.

14. УЗИ сосудов нижних конечностей, УЗИ сердца.

Рак тела матки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО тела матки.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных эндокринологов и терапевтов в районной поликлинике. + Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

При наличии жалоб на межменструальные кровянистые выделения из половых путей (у женщин в репродуктивном периоде) или кровянистые выделения из половых путей у женщин в менопаузе, или подозрение на рак тела матки по данным УЗИ органов малого таза требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента.

1. УЗИ органов малого таза.
2. Цитологический мазок с шейки матки и цервикального канала
3. Аспират из полости матки или раздельное диагностическое выскабливание.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

10. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

11. СА 125

12. МРТ и/или КТ органов малого таза с внутривенным контрастированием.

13. УЗИ сосудов нижних конечностей, УЗИ сердца.

Специфический опухолевый асцит. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных эндокринологов и терапевтов в районной поликлинике. + Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

При наличии жалоб на увеличение в объеме живота, необходимо провести минимальное обследование пациента.

1. УЗИ органов малого таза.
2. УЗИ органов брюшной полости.
3. R-графия органов грудной клетки
4. Цитологическое исследование жидкости из брюшной полости.
5. Опухолевые маркеры: СА125, НЕ4, РЭА, СА19-9, СА72

При выявлении АК рака, повышении уровня опухолевых маркер, наличии изменений по данным УЗИ направить пациента в ООД!

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога (выполненный ранее)

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

10. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (выполненные ранее)

11. МРТ и/или КТ органов малого таза с внутривенным контрастированием.

12. УЗИ сосудов нижних конечностей, УЗИ сердца.

13. ФГДС

14. ФКС

15.УЗИ молочных желез/маммография

Экстренные ситуации в онкогинекологии.
Стандарты маршрутизации.

К экстренным ситуациям относят:

1. Кровоточение из половых путей
2. Острая кишечная непроходимость
3. Острая задержка мочи

Экстренная помощь оказывается в лечебных учреждениях второго и третьего уровня, оказывающих экстренную помощь населению, согласно маршрутизации хирургических заболеваний.

Злокачественные новообразования глотки.
Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО глотки (носоглотки, ротоглотки (основания языка, язычной миндалины, мягкого неба, язычка, миндаликовой ямки, дужки небной миндалины, небной миндалины, ямки надгортанника, передней поверхности надгортанника, боковой стенки ротоглотки, задней стенки ротоглотки, жаберных елей), гортаноглотки (грушевидного синуса, заперстневидной области, черпалонадгортанной складки нижнего отдела глотки, задней стенки нижней части глотки)).

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных ЛОР врачей, стоматологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в глотке подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнестических данных, а именно, наличие новообразования, не поддающегося консервативному лечению в течение 2–3 нед, болей, нарушения носового дыхания, кровянистых выделений из носа, горла, чувства заложенности в ушах, охриплость и осиплость голоса, кашель, дисфагия.

2. Физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных ЛУ:

-изменение контуров шеи;

-увеличение регионарных ЛУ;

-изменение подвижности, ширины остова гортани, симптома крепитации гортани

3.Лабораторные методы (носоглотка): определение дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstei№-Barr virus (EBV)) методом ПЦР в периферической крови, количественное исследование (предпочтительно) или определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейн-Барра (EBV) в крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с целью верификации опухоли.

4. Инструментальные методы исследования: передняя и задняя риноскопия (носоглотка), фиброназофарингоскопия, непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия, УЗИ гортани и мягких тканей шеи, УЗИ лимфатических узлов шеи (с описанием всех групп(зон);

5. При наличии дисфагии, язвенной болезни в анамнезе: ФГДС.

6. При наличии субкомпенсированного или декомпенсированного стеноза — выполнение экстренной трахеостомии (предпочтительно нижней трахеостомии), при наличии кровотечения из распадающейся опухоли гортани и гортаноглотки или распадающейся метастатической опухоли шеи — симптоматическая терапия, остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи (ЦБР по м/жительства, БСМП или ООКБ).

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении в полости рта и на губах подозрительного на рак новообразования маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухолей головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Всем пациентам с подозрением на рак носоглотки назофарингоскопия с взятием биоптатов и мазков отпечатков с поверхности эрозий, изъязвлений, пунктатов уплотнений без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ для цитологического и патолого-анатомического исследования биопсийного материала с целью подтверждения или опровержения диагноза.

2. Всем пациентам с подозрением на рак ротоглотки проведение фиброларингоскопии, эзофагогастроскопии-с взятием биопсии и мазков отпечатков с поверхности эрозий, изъязвлений, пунктатов уплотнений без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ для цитологического и патолого-анатомического исследования биопсийного материала с целью верификации типа опухоли и исключения вторых опухолей.

3. Всем пациентам с подозрением на рак гортаноглотки проведение фиброларингоскопии, эзофагогастроскопии со взятием биопсии и мазков отпечатков с поверхности эрозий, изъязвлений, пунктатов уплотнений без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ для цитологического и патолого-анатомического исследования биопсийного материала с целью верификации типа опухоли.

Взятие биоптата в гортаноглотке может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой ларингоскопии, при прямой ларингоскопии врачом-оториноларингологом или врачом-эндоскопистом (либо врачом-онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками).

При сомнительном или отрицательном (при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

4. Всем пациентам с раком гортани выполнить УЗИ ЛУ шеи с пункцией подозрительных ЛУ с целью уточнения распространенности заболевания.

5. При наличии субкомпенсированного или декомпенсированного стеноза — выполнение экстренной трахеостомии (предпочтительно нижней трахеостомии), при наличии кровотечения из распадающейся опухоли гортани и гортаноглотки или распадающейся метастатической опухоли шеи —симптоматическая терапия, остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи (ЦБР по м/жительства, БСМП или ООКБ).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО глотки или подозрения показано проведение специального дообследования и лечения в ООД— третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12.УЗИ сердца

13 УЗИ БЦА, артерий и вен н/конечностей

14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)

15.УЗИ гортани и мягких тканей шеи

16.Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии, язвенной болезни в анамнезе - ФГДС.

17.Ранее выполненные на 1 этапе результаты лабораторных обследований на вирус Эпштейн - Барра (носоглотка); инструментальных исследований: риноскопии, ларингоскопии

18. Молекулярно-биологическое исследование биопсийного материала на вирус папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска (16тип) методами полимеразной цепной реакции (ПЦР), иммуногистохимическим (ИГХ) и/или гибридизации i№ situ (ротоглотка)

19. СКТ органов грудной клетки с внутривенным (в/в) контрастированием или без него при распространенном раке с поражением регионарных ЛУ в целях выявления отдаленных метастазов

20. СКТ/ МРТ костей лицевого отдела черепа и шеи с внутривенным контрастированием с целью оценки распространенности опухоли и при подозрении на распространение на хрящи гортани, основание черепа, и магистральные сосуды шеи

Злокачественные новообразования гортани. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО гортани.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных ЛОР врачей и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в гортани подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. сбор анамнестических данных, а именно наличия новообразования:

-стойкое нарушение голосовой функции в виде осиплости, охриплости, редко кашель. Если процесс перекрывает просвет гортани, могут присоединиться явления затруднения дыхания;

-постоянный кашель, боль в горле, не проходящая на фоне антибактериального, противовоспалительного лечения;

-увеличение шейных ЛУ

2. физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных ЛУ:

-изменение контуров шеи;

-увеличение регионарных ЛУ;

-изменение подвижности, ширины остова гортани

3. Инструментальные методы исследования: непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия, УЗИ гортани и мягких тканей шеи, УЗИ лимфатических узлов шеи (с описанием всех групп(зон);

4.При наличии дисфагии,язвенной болезни в анамнезе : ФГДС.

5.При наличии субкомпенсированного или декомпенсированного стеноза — выполнение экстренной трахеостомии (предпочтительно нижней трахеостомии), при наличии кровотечения из распадающейся опухоли гортани или распадающейся метастатической опухоли шеи —симптоматическая терапия, остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи (ЦБР по м/жительства, БСМП или ООКБ).

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей, а при их недоступности – онколога ОГШ поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении в полости рта и на губах подозрительного на рак новообразования маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухолей головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Всем пациентам с подозрением на рак гортани проведение фиброларингоскопии с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала, цитологическим исследованием отпечатков, мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей с целью определения распространенности и верификации опухоли.

Взятие биоптата в гортани может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой ларингоскопии, при прямой ларингоскопии врачом-оториноларингологом или врачом-эндоскопистом (либо врачом-онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками. При сомнительном или отрицательном (при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

2. Всем пациентам с раком гортани выполнить УЗИ ЛУ шеи с пункцией подозрительных ЛУ с целью уточнения распространенности заболевания.

3. При наличии субкомпенсированного или декомпенсированного стеноза — выполнение экстренной трахеостомии(предпочтительно нижней трахеостомии), при наличии кровотечения из распадающейся опухоли гортани или распадающейся метастатической опухоли шеи —симптоматическая терапия,остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи (ЦБР по м/жительства , БСМП г. Орла или ООКБ).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО гортани или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12.УЗИ сердца

13 УЗИ БЦА,артерий и вен н/конечностей

14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)

15.УЗИ гортани и мягких тканей шеи, щитовидной железы

16.Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии,язвенной болезни в анамнезе - ФГДС.

17. СКТ органов грудной клетки с внутривенным (в/в) контрастированием или без него при распространенном раке гортани с поражением регионарных ЛУ в целях выявления отдаленных метастазов

18. СКТ или МРТ области головы и шеи с в/в контрастирование в случае подозрения распространения опухоли на хрящи гортани, основание черепа, и магистральные сосуды шеи

Злокачественные новообразования полости рта и губы

Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО полости рта (преддверия рта, языка, дна полости рта, десны, твердого неба, слизистой щеки и ретромолярной области) и губы (верхней, нижней, спайки губ).

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных стоматологов, хирургов, ЛОР врачей и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в полости рта и на губах подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнестических данных, а именно наличие новообразования, не поддающегося консервативному лечению в течение 2–3 нед.

2. Физикальное обследование, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных лимфатических узлов (ЛУ);

3. Инструментальные методы исследования: методы раннего скрининга: аутофлуоресцентная стоматоскопия, диагностические наборы на выявление новообразований полости рта, УЗИ тканей дна рта, УЗИ лимфатических узлов шеи (с описанием всех групп (зон);

4. При наличии дисфагии, язвенной болезни в анамнезе: ФГДС. При наличии дисфонии: осмотр ЛОР – врача + ларингоскопия.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

5. При наличии кровотечения из распадающейся опухоли губы или полости рта, или распадающейся метастатической опухоли шеи —симптоматическая терапия, остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи (ЦБР по м/жительства, БСМП или ООКБ)

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении в полости рта и на губах подозрительного на рак новообразования маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухолей головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Мазки-отпечатки, соскобы или биопсии с поверхности эрозий, изъязвлений, трещин, аспирация содержимого при тонкоигольной аспирационной биопсии уплотнений мягких тканей полости рта и губы без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ под контролем УЗИ в целях верификации процесса. При неясности цитологического исследования необходима биопсия для патологоанатомического исследования (в том числе иммуногистохимического) для подтверждения диагноза. При сомнительном или отрицательном (при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

При наличии кровотечения из распадающейся опухоли губы или полости рта или распадающейся метастатической опухоли шеи —симптоматическая терапия, остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи (ЦБР по м/жительства, БСМП или ООКБ)

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО полости рта и губы или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12.УЗИ сердца

13 УЗИ БЦА артерий и вен н/конечностей

14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)

15.УЗИ тканей дна полости рта

16.Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии, язвенной болезни в анамнезе - ФГДС, при наличии дисфонии - осмотр ЛОР – врача

17.СКТ и/или МРТ пораженной области, шеи с внутривенным контрастированием для оценки первичной распространенности глубины инвазии опухолевого процесса, наличия костной инвазии на нижнюю/верхнюю челюсть, основание черепа, в окружающие мягкие ткани, а также поражения регионарных л/узлов

18. СКТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием или без него при распространенном раке полости рта с поражением регионарных ЛУ в целях выявления отдаленных метастазов.

Подозрение на специфическую лимфаденопатию шеи.
Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО с поражением лимфоузлов шеи (подозрение на метастазы опухолей головы и шеи, метастазы в л/у шеи из Н.П.О или других органов, лимфомы).

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных хирургов, ЛОР врачей, стоматологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении увеличенных лимфатических узлов на шее подозрительного на ЗНО требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнестических данных, а именно наличия новообразования:

-бессимптомное увеличение периферических лимфоузлов;

-симптомы интоксикации (В-симптомы – лихорадка выше 38°С не менее трех дней подряд без признаков воспаления; ночные профузные поты; похудание на 10% массы тела за последние 6 месяцев);

-интермиттирующая лихорадка;

-кожный зуд до расчесов;

-у пациентов с массивным поражением средостения – боль в груди, кашель, одышка, симптомы сдавления верхней полой вены;

-увеличения шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, паховых, бедренных, забрюшинных лимфатических узлов;

-наличие жалоб, связанных с поражением органов головы и шеи или других органов организма

2. Физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию лимфатических узлов шеи, периферических лимфатических узлов, доступных пальпации, прилежащих тканей и осмотр органов головы и шеи, регионарных ЛУ для органов головы и шеи, пальпацию печени и селезенки

3. Лабораторные методы исследования:

- Общий анализ крови
- Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген
- Биохимический анализ крови: сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина
- Кровь на гепатиты: HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW
- Группа крови и Rh-фактор
- Общий анализ мочи
- молекулярно-биологического исследования крови на вирусы Эпштейн-Барр, цитомегаловирус и вирус простого герпеса.

4. инструментальные методы обследования:

– Стоматоскопия, фарингоскопия, риноскопия, непрямая ларингоскопия

– УЗИ дна полости рта, гортани и мягких тканей шеи,

– УЗИ щитовидной железы,

–УЗИ лимфатических узлов шеи (с описанием всех групп(зон);

– УЗИ периферических лимфатических узлов, ОБП, ОМТ

– Эндоскопия верхних дыхательно-пищеварительных путей

5. Тонкоигольная биопсия (пункции) подозрительного или пораженного лимфатического узла под визуальным контролем или УЗИ навигацией (в том числе и для дифференциальной диагностики с гнойными процессами) для цитологического или гистологического исследования.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении увеличенных лимфатических узлов на шее подозрительного на ЗНО маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухолей головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности) :1)Тонкоигольная биопсия(пункция) подозрительного или пораженного лимфатического узла под визуальным контролем или УЗИ навигацией для цитологического или гистологического исследования, 2)выполнить биопсию (взятие биопсийного материала, трепанбиопсия/экстирпация лимфатического узла) лимфатического узла под визуальным контролем или (при необходимости) УЗИ навигацией, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов для верификации диагноза

Комментарии: выбор ткани и объем биопсии должны быть адекватны поставленной диагностической задаче.

- Тонкоигольные биопсии лимфоидной ткани могут быть диагностически значимыми, но не всегда
- Краевые биопсии лимфоидной ткани мало информативны.
- Фрагментация материала крайне затрудняет его оценку.
- Материал для гистологического исследования должен быть помещён в фиксирующую среду как можно быстрее. Нельзя допускать высыхания материала.
- Соотношение объёма фиксирующей среды к объёму фиксируемого объекта не менее чем 10:1
- Время фиксации не должно быть менее 12 и более 48 часов.

Неадекватная (слабая или чрезмерная) фиксация приводит к изменению морфологических свойств ткани и артефициальным результатам ИГХ.

Гистологический материал должен сопровождаться направлением, содержащим информацию о пациенте, длительности и характере заболевания, локализации очага поражения, описании биопсии

При сомнительном или отрицательном (при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО лимфатических узлов шеи или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, органов малого таза

12.УЗИ сердца

13 УЗИ БЦА,артерий и вен н/конечностей

14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)

15.УЗИ гортани и мягких тканей шеи, щитовидной железы

16.Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии, язвенной болезни в анамнезе - ФГДС.

17. СКТ органов грудной клетки с внутривенным (в/в) контрастированием или без него в целях выявления отдаленных метастазов

18. СКТ и/или МРТ области головы и шеи с в/в контрастированием,

19.СКТ/МРТ ГМ, СКТ /МРТ ОБП и СКТ/МРТ ОМТ с в/в контр в зависимости от клинической ситуации

20. Пациентам с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией выполнение дополнительных лабораторных исследований по следующим показаниям для подтверждения диагноза и выбора алгоритма дальнейшего обследования

- исследование уровня хорионического гонадотропина (бета-субъединица) (β-ХГЧ), альфа-фетопротеина (АФП) в сыворотке крови у лиц до 50 лет при наличии увеличенных медиастинальных лимфатических узлов и до 65 лет – при наличии увеличенных забрюшинных лимфатических узлов;
- Хорионический гонадотропин человека (бета-ХГЧ) у женщин репродуктивного возраста, имевших хотя бы одну беременность в анамнезе, независимо от ее исхода и давности;
- Исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (АФП)– при поражении печени;
- Исследование уровня простатспецифического антигена свободного в крови (ПСА) – у мужчин старше 40 лет;
- Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови (СА125) – у женщин при поражении органов грудной клетки, наличии плеврита или асцита, забрюшинной опухоли, поражении паховых лимфатических узлов;
- Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови (СА-19.9) – при подозрении на первичную опухоль поджелудочной железы или желчевыводящих путей;
- Исследование уровня антигена аденогенных раков РЭА (РЭА) – при подозрении на первичную опухоль колоректальной локализации;
- Цитологическое исследование – при наличии асцита или забрюшинной опухоли.

Злокачественные новообразования глаза, глазницы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО глаза, глазницы.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных офтальмологов, терапевтов и нейрохирургов, неврологов в районной поликлинике.

При выявлении ЗНО глаза и глазницы, подозрительного на рак, требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнестических данных, а именно наличия новообразования; (ухудшение зрения; искажение предметов; метаморфопси)
2. Физикального обследования органа зрения.Врачу-офтальмологу всем пациентам с подозрением на внутриглазную опухоль провести внешний осмотр органа зрения, оценить

состояние периорбитальных тканей, наличие гиперемии и отека слизистой глаза, положение глаза в орбите.

3. Всем пациентам при подозрении на метастатическое поражение печени при первичной локализации ЗНО в глазнице или глазном яблоке проводить физикальное обследование, включая пальпацию живота и печени, с целью выявления возможного увеличения печени (гепатомегалии).

4. Выполнять лабораторные тесты: анализ крови биохимический общетерапевтический с включением таких параметров, как ЩФ, ГГТ, АСТ, АЛТ, ЛДГ, общий билирубин для раннего выявления повышения этих параметров и принятия решения о необходимости выполнения инструментальных диагностических исследований с целью раннего выявления метастатического поражения печени.

5. Выполнить комплекс стандартных офтальмологических методов обследования: биомикроскопию глаза, гониоскопию, офтальмоскопию с максимальным мидриазом.

6. Проведение компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) орбит при подозрении на прорастание внутриглазной опухоли за пределы глаза для уточнения степени инвазии новообразования в орбиту.

7. МРТ органов брюшной полости с в/в контрастирование для более раннего выявление метастатического поражения печени (что может повлиять на выбор дальнейшей тактики лечения), КТ органов грудной клетки для выявления метастатического поражения легких.

8. Выполнение МРТ головного мозга с в/в контрастирование всем пациентам при отсутствии жалоб со стороны ЦНС с целью подтверждения или исключения метастатического поражения головного мозга

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП и офтальмологов. Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении ЗНО глаза, глазницы маршрутизируется к офтальмологу в медицинское учреждение 3-го звена (офтальмологическое отделение ОООКБ).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Рекомендуется расширить зрачок и провести офтальмоскопию для выявления основных клинических признаков.

2. Рекомендуется начинать УЗИ глаза и орбиты с обзорной двумерной серошкальной эхографией (В – режим) для выявления проминенции, диаметра основания опухоли, исключения экстрабульбарного роста.

3. Рекомендуется проводить ЦДК опухоли для определения наличия собственной неоваскулярной сети.

4. Выполнять ультразвуковую биомикроскопию при поражении переднего отдела глаза.

5. Проводить ФАГ глазного дна для диагностики УМ и выявления собственных сосудов опухоли, пятнистого окрашивания, сливной флюоресценции в позднюю венозную фазу, длительной поздней флюоресценции, опухоль-ассоциированной флюоресценции, обусловленной опухоль-ассоциированной эпителиопатии, и ангиопатии сетчатки. ФАГ глазного дна позволяет уточнить истинные границы УМ, визуализировать зоны скрытого роста опухоли

6. Проведение оптической когерентной томографии (ОКТ) заднего отдела глаза для диагностики морфометрических признаков УМ (дугообразного изменения хориоидального

профиля, утолщения сетчатки, вызванной скоплением интра- и субретинальной жидкости, проявляющейся диффузным, кистовидным отеком, отслойки нейроэпителия, дезорганизации пигмента в ретинальном пигментном эпителии с формированием пигментных фокусов и окончатых дефектов, компрессии хориокапилляров с эффектом «тени», отслойки нейроэпителия в сопредельной с опухолью зоне)

7. Рекомендуется тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли в трудных для клинической диагностики случаях внутриглазных опухолей, когда комплексное клинико-инструментальное обследование не позволяет установить точный диагноз. ТИАБ опухоли проводят только в офтальмологических отделениях, специализирующихся на лечении онкологических заболеваний глаз, с одномоментной брахитерапией или энуклеацией

При сомнительном или отрицательном (при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД и офтальмологов специализированных офтальмологических клиник.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме с участием офтальмолога, онколога, радиотерапевта и химиотерапевта. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12.УЗИ сердца

13 УЗИ БЦА,артерий и вен н/конечностей

14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)

15 Выполнить комплекс стандартных офтальмологических методов обследования: биомикроскопию глаза, гониоскопию, офтальмоскопию с максимальным мидриазом

16 Проведение компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) орбит при подозрении на прорастание внутриглазной опухоли за пределы глаза для уточнения степени инвазии новообразования в орбиту

17 МРТ органов брюшной полости с в/в контрастированием для более раннего выявление метастатического поражения печени (что может повлиять на выбор дальнейшей тактики лечения), КТ органов грудной клетки для выявления метастатического поражения легких

18 выполнение МРТ головного мозга с в/в контрастированием всем пациентам при отсутствии жалоб со стороны ЦНС с целью подтверждения или исключения метастатического поражения головного мозга

Злокачественные новообразования полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух (новообразование верхнечелюстной пазухи, решетчатой пазухи, лобной пазухи, клиновидной пазухи).

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных ЛОР врачей, офтальмологов, чел/лицевых хирургов, нейрохирургов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении ЗНО полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух (новообразование верхнечелюстной пазухи, решетчатой пазухи, лобной пазухи, клиновидной пазухи) подозрительного на рак требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1) Сбор анамнестических данных, а именно данных о наличии новообразования.

2) Проведение физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных ЛУ.

3) Рекомендуется всем пациентам с раком полости и придаточных пазух носа с подозрением на поражение регионарных лимфоколлекторов выполнить ультразвуковое исследование ЛУ шеи (оценка всех групп л/узлов).

4) Рекомендуется пациентам с раком полости и придаточных пазух носа при наличии поражения регионарных лимфатических узлов выполнить КТ грудной клетки с целью исключения отдаленных метастазов.

5) Рекомендуется пациентам с раком полости и придаточных пазух носа выполнить КТ/МРТ костей лицевого отдела черепа (при подозрении на интракраниальное распространение) с внутривенным контрастированием.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей, офтальмологов, челюстно-лицевых хирургов, нейрохирургов.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении ЗНО полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух (новообразование верхнечелюстной пазухи, решетчатой пазухи, лобной пазухи, клиновидной пазухи) маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в

поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухоли головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Операционная биопсия (инцизионная, эксцизионная) с последующим проведением патолого-анатомическое исследование операционного материала.

2. выполнить ультразвуковое исследование ЛУ шеи с тонкоигольной аспирационной биопсией с целью оценки распространенности заболевания

При сомнительном или отрицательном (при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух (новообразование верхнечелюстной пазухи, решетчатой пазухи, лобной пазухи, клиновидной пазухи) или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12.УЗИ сердца

13 УЗИ БЦА,артерий и вен н/конечностей

14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)

15 Выполнить КТ/МРТ костей лицевого отдела черепа и шеи с внутривенным контрастированием для оценки первичной распространенности глубины инвазии опухолевого процесса, наличия (интракраниальное распространение), в окружающие мягкие ткани,а также поражения регионарных л/узлов

16. Выполнить КТ грудной клетки с целью исключения отдаленных метастазов

Злокачественные новообразования слюнных желез.
Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО околоушной, поднижнечелюстной, подъязычной железы.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных ЛОР врачей, чел/лицевых хирургов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении ЗНО слюнных желез подозрительного на рак требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1) анамнестических данных, а именно наличия новообразования;

2) физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных ЛУ;

3)выполнить УЗИ мягких тканей, ЛУ шеи и подозрительных ЛУ с целью верификация заболевания и определения распространенности (оценка всех групп л/узлов)

4) выполнить КТ грудной клетки с целью исключения отдаленных метастазов

5)выполнить КТ или МРТ лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на нижнюю/верхнюю челюсти, основание черепа, с целью исключения вовлечения указанных структур.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей, чел/лицевых хирургов, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении ЗНО слюнных желез маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухоли головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. цитологического исследования биопсийного материала (первичной опухоли, увеличенных или подозрительных ЛУ);

2. выполнить ультразвуковое исследование ЛУ шеи с тонкоигольной аспирационной биопсией с целью оценки распространенности заболевания

При сомнительном или отрицательном (при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО слюнных желез или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпиталицации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12.УЗИ сердца

13 УЗИ БЦА,артерий и вен н/конечностей

14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)

15 выполнить КТ или МРТ лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на нижнюю/верхнюю челюсти, основание черепа, с целью исключения вовлечения указанных структур

15. Выполнить КТ грудной клетки с целью исключения отдаленных метастазов.

Ранние постлучевые осложнения. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ранние постлучевые осложнения

К ранним местным относят лучевые повреждения, развивающиеся в процессе лучевой терапии или в ближайшие 3 мес (100 дней) –это крайний срок восстановления сублетально поврежденных клеток.

К ранним лучевым повреждениям кожи относятся эритема, небольшая отечность и болезненность, радиодерматит.

Лучевые повреждении мочевого пузыря могут возникнуть при различных методах лучевой терапии опухолей мочевого пузыря, рака шейки матки и реже – рака прямой кишки. Ранние лучевые повреждения мочевого пузыря делят на катаральные, эрозивно-десквамативные и язвенные.

Лучевые изменения кишечника. В зависимости от локализации лучевого

повреждения различают ректиты, ректосигмоидиты и энтероколиты. По характеру патологического процесса они подразделяются на катаральные, эрозивно-десквамативные, инфильтративно-язвенные и некроз стенки. Наиболее тяжелыми являются некрозы и инфильтративно-язвенные процессы.

Лучевые изменения сердца проявляются в виде дистрофии миокарда, слипчивого перикардита.

Лучевые изменения в легочной ткани начинаются с функциональных нарушений. В основе их лежит нарушение проницаемости сосудов с последующим отеком, кровоизлияниями, стазом, экссудацией. Ранние лучевые повреждения легких чаще протекают как острая лучевая пневмония, лучевой пневмонит.

Первый уровень диагностики зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП,при необходимости привлечение районных урологов, пульмонологов, проктологов, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

При наличии жалоб и проведение лучевой терапии в анамнезе, необходимо выполнить лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи),в зависимости от локализации лучевых повреждений(КТ/МРТ органов грудной клетки, органов брюшной полости органов малого таза),эндоскопические исследования(при повреждении кишечника, мочевого пузыря).

Второй уровень зона ответственности врачей-радиотерапевтов ООД (симптоматическое лечение лучевых осложнений). После проведенного симптоматического лечения контрольное обследование в районной поликлинике и повторная консультация врача радиотерапевта ООД.

Третий уровень (при неэффективности консервативных методов лечения или необходимости проведения хирургического лечения постлучевых повреждений), направляем в отделение реабилитации онкологических пациентов, прошедших лучевую терапию в МНИОИ им. П.А. Герцена, отделение хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений с группой реконструктивно-пластической хирургии МРНЦ им А. Ф. Цыба-филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии». Лечение лучевых повреждений выполняется по ОМС по талонам ВМП.

Поздние постлучевые осложнения Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на поздние постлучевые осложнения

К поздним относят лучевые повреждения, развивающиеся в срок после проведения лучевой терапии через 90-100 дней, как правило в течение 6 месяцев до года.

К поздним лучевым повреждениям кожи относится атрофия эпидермиса, стойкая или частичная эпиляция волос, могут возникнуть и некрозы, постлучевые язвы.

К поздним лучевым повреждениям мочевого пузыря, являющимся чаще исходом ранних повреждений, относят атрофический лучевой цистит, позднюю лучевую язву пузыря с длительным, нередко рецидивирующим течением, фиброз со сморщиванием мочевого пузыря, некроз с образованием свища, реже псевдорака.

К поздним лучевым повреждениям кишечника относится хронический ректит.

К поздним лучевые изменениям легочной ткани относится локальный фиброз, который развивается через 1-2 года после лучевой терапии.

Первый уровень диагностики зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при необходимости привлечение районных урологов, пульмонологов, проктологов, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

При наличии жалоб и проведение лучевой терапии в анамнезе, необходимо выполнить лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи), в зависимости от локализации лучевых повреждений (КТ/МРТ органов грудной клетки, органов брюшной полости. органов малого таза), эндоскопические исследования (при повреждении кишечника, мочевого пузыря).

Второй уровень зона ответственности врачей-радиотерапевтов ООД (симптоматическое лечение лучевых осложнений). После проведенного симптоматического лечения контрольное обследование в районной поликлинике и повторная консультация врача радиотерапевта ООД.

Третий уровень (при неэффективности консервативных методов лечения или необходимости проведения хирургического лечения постлучевых повреждений), направляем в отделение реабилитации онкологических пациентов, прошедших лучевую терапию в МНИОИ им. П. А. Герцена, отделение хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений с группой реконструктивно-пластической хирургии МРНЦ им А. Ф. Цыба -филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии». Лечение лучевых повреждений выполняется в рамках ОМС, по талонам ВМП.