

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от 19 сентября 2020г.

№ 1080

**Об оказании медицинской помощи
по профилю "онкология" взрослому
населению в медицинских организациях
государственной системы здравоохранения
Калужской области**

В целях совершенствования организации оказания медицинской помощи по профилю "онкология" в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Калужской области, в соответствии с частью 5 статьи 16 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", от 04 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по оказанию медицинской помощи взрослому населению Калужской области по профилю "онкология" (Приложение №1).

1.2. Трехуровневую модель оказания медицинской помощи взрослому населению Калужской области по профилю «онкология» (Приложение №2).

1.3. Маршрутизацию пациентов в медицинские организации государственной системы здравоохранения Калужской области, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "онкология" (Приложение №3).

1.4. Маршрутизацию пациентов в медицинские организации государственной системы здравоохранения Калужской области, оказывающие специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю "онкология" I и II порядка (Приложение №4).

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Калужской области обеспечить оказание медицинской помощи по профилю "онкология" в соответствии с Инструкцией.

3. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Калужской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь:

3.1. Назначить приказом по медицинской организации ответственного сотрудника за соблюдение сроков и качества оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на злокачественное новообразование в должности не ниже заместителя руководителя.

3.2. Обеспечить выполнение в полном объеме перечня обязательных исследований и консультаций пациентам с подозрением на онкологическое заболевание в сроки согласно Инструкции.

4. Главному врачу ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер»:

4.1. Организовать работу вверенной медицинской организации согласно установленному Порядку и в соответствии с Инструкцией.

4.2. Обеспечить проведение регулярных, не менее одного раза в квартал, совещаний с ответственными должностными лицами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и первичную специализированную медицинскую помощь по вопросам соблюдения сроков и качества оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на злокачественное новообразование согласно территориальному прикреплению.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Калужской области от 07 сентября 2018 г. №878 «Об оказании онкологической помощи взрослому населению и маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественное новообразование в Калужской области».

6. Настоящий приказ вступает в силу с момента подписания.

И. о. министра

А.Ю. Цкаев



**Инструкция по оказанию медицинской помощи взрослому населению
Калужской области по профилю "онкология"**

1. Оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями осуществляется в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области, имеющих в лицензии на осуществление медицинской деятельности соответствующие виды работ и услуг, согласно маршрутизации, с обязательным соблюдением сроков, установленных данным Алгоритмом:

а) в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее - МО ПМП);

б) в медицинских организациях, оказывающих первичную специализированную медицинскую помощь (далее - МО ПСМП) в первичных онкологических кабинетах (далее - ПОК), центрах амбулаторной онкологической помощи (далее - ЦАОП) (приложение №3 к приказу);

в) в медицинских организациях, оказывающих специализированную, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю "онкология" I порядка (далее - МО СП I порядка) (приложение №4 к приказу);

г) в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю "онкология" II порядка (далее - МО СП II порядка) (приложение №4 к приказу).

2. При обращении пациента в МО ПМП с характерными жалобами или признаками онкологического заболевания врач общей практики (семейный врач) (далее - ВОП)/врач-терапевт/врач-терапевт участковый или врач-специалист в рамках "онконастороженности" организует проведение обязательных исследований и консультаций в срок не более 3 рабочих дней, согласно приложению №1 к Алгоритму. При наличии медицинских показаний возможно проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, а также консультации профильных специалистов.

3. Результатами первичного обследования могут быть либо подтверждение, либо опровержение предварительного диагноза рубрики "N, D", согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее - МКБ-10).

4. Контроль за соблюдением сроков и качества выполнения обязательного объема диагностических исследований и консультаций обеспечивает ответственный заместитель руководителя МО ПМП.

5. В случае подтверждения предварительного диагноза злокачественного новообразования ВОП/участковый врач/семейный врач/специалист направляет пациента на консультацию к врачу-онкологу в МО ПСМП, согласно маршрутизации.

6. Направление на консультацию в МО ПСМП оформляется в электронном виде с использованием возможностей МИС, используемой в Калужской области (далее - МИС). ВОП/врач-терапевт/семейный врач организует запись пациента непосредственно на консультацию к врачу-онкологу. В случае отсутствия технической возможности оформления направления в электронном виде с использованием МИС, направительные документы оформляются на бумажных носителях:

- Направление на консультацию по форме N 057/у-04 "Направление на госпитализацию, обследование, консультацию";

- Выписка из медицинской карты пациента с результатами диагностических исследований по форме N 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного".

7. Консультация врача-онколога в МО ПСМП должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты направления на консультацию.

8. В МО ПСМП, при наличии медицинских показаний, врач-онколог в течение одного рабочего дня организует взятие биопсийного материала и его направление в патолого-анатомическое отделение МО СП I порядка, согласно маршрутизации, а также организует проведение иных диагностических исследований, в том числе цитологических, необходимых для оценки распространенности, определения стадии онкологического заболевания и функционального состояния пациента. При этом срок проведения инструментальных и лабораторных исследований не должен превышать 10 рабочих дней (срок проведения каждого исследования не более 7 рабочих дней) со дня назначения.

8.1. В случае отсутствия технической возможности или медицинских показаний для проведения биопсии в условиях МО ПСМП и/или диагностических исследований, необходимых для оценки распространенности и определения стадии онкологического заболевания, пациент в установленном порядке направляется врачом-онкологом в МО СП I порядка. Направление на консультацию в МО СП I порядка оформляется в электронном виде с использованием возможностей МИС. В случае отсутствия технической возможности оформления направления в электронном виде с использованием МИС, направительные документы оформляются на бумажных носителях:

- Направление на консультацию по форме N 057/у-04 "Направление на госпитализацию, обследование, консультацию";

- Выписка из медицинской карты пациента с результатами диагностических исследований по форме N 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного".

9. Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование в МО СП I порядка оформляется в электронном виде с использованием возможностей МИС. В случае отсутствия технической возможности оформления направления в электронном виде с использованием

возможностей МИС, направляемые документы оформляются на бумажных носителях:

- Направление по форме N 014/у "Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала";
- Выписка из медицинской карты пациента с результатами диагностических исследований по форме N 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного".

10. Срок выполнения прижизненного патолого-анатомического исследования с целью морфологического подтверждения диагноза злокачественного новообразования определяются сложностью проводимого исследования в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2016 г. N 179н "О правилах проведения патолого-анатомических исследований", но не должен превышать 10 рабочих дней с момента приема биологического материала. Доставку биопсийного материала организует медицинская организация, направляющая биологический материал на исследование.

10.1. В случае морфологического подтверждения диагноза злокачественного новообразования по результатам патолого-анатомических исследований, врач-онколог МО ПСМП направляет пациента на онкологический консилиум в МО СП в установленном порядке с предоставлением медицинской документации, содержащей информацию о результатах проведенных лабораторных, инструментальных, прижизненных патолого-анатомических исследований, включая материалы лучевых методов исследования на цифровых носителях.

10.2. На всех больных, диагноз данного злокачественного новообразования которым был установлен впервые, врачами МО ПМП / МО ПСМП, в которых больному впервые был установлен диагноз злокачественного новообразования, вне зависимости от ведомственной подчиненности указанных медицинских учреждений, заполняется форма N 090/у: "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования". При наличии у больного первично-множественных злокачественных новообразований Извещение заполняется на каждое злокачественное новообразование с указанием порядкового номера данной опухоли у данного больного.

Извещение должно быть заполнено в день установления указанного диагноза. Извещение должно быть выслано в организационно-методический отдел ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер» в течение 3 рабочих дней с момента заполнения.

10.3. На всех больных, в случае поздней диагностики злокачественных новообразований (III и IV стадий для визуальных локализаций и IV стадии всех остальных локализаций), врачами МО ПМП / МО ПСМП, в которых впервые установлен случай поздней диагностики злокачественной опухоли при жизни больного, или в случае, если больной, не получивший никакого специального лечения, умер от злокачественной опухоли в течение 3 месяцев с момента установления диагноза злокачественного новообразования, а также в случае, если диагноз злокачественного образования был установлен посмертно, вне зависимости от ведомственной подчиненности указанных

медицинских учреждений, заполняется форма N 027-2/У "Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного образования".

Протокол составляется одновременно с составлением формы N 027.1/У "Выписка из медицинской карты больного злокачественным новообразованием". В случае диагностирования запущенности опухолевого процесса в поликлинических условиях Протокол заполняется в день установления диагноза.

На каждый случай запущенной злокачественной опухоли Протокол составляется в 2 экземплярах: один из них прилагается к Медицинской карте стационарного больного (форма N 003/У) или Медицинской карте амбулаторного больного (форма N 025/У), другой направляется в ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер» не позднее 3 рабочих дней после его составления.

Ответственность за изучение причин поздней диагностики злокачественных опухолей возлагается на руководителя лечебного учреждения, в котором была допущена диагностическая или тактическая ошибка.

11. Тактика специализированного противоопухолевого лечения, а также определение показаний к проведению углубленного обследования пациента, включая применение уникальных или ресурсоемких медицинских технологий, устанавливается решением онкологического консилиума.

11.1. Онкологический консилиум проводится в срок, не превышающий 2 рабочих дня с даты направления пациента на консилиум. Состав онкологического консилиума должен включать врача-онколога специалиста по хирургическим методам лечения, онколога специалиста по лекарственным методам лечения и врача-радиотерапевта с привлечением при необходимости врачей других специальностей.

11.2. Решение онкологического консилиума оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

11.3. В случае наличия онкологического заболевания, при котором гистологическая верификация диагноза не возможна, и диагноз определен на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных, врач-онколог имеет право направить на онкологический консилиум без патолого-анатомического подтверждения диагноза.

11.4. 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. При отсутствии возможности для проведения дополнительного исследования, пациент направляется в иную медицинскую организацию, принимающую участие в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеющую необходимые соответствующие технические возможности, в установленном порядке в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Калужской области.

11.5. После получения результатов дополнительных исследований, проводится повторный онкологический консилиум не позднее 2 рабочих дней с даты выдачи заключения по последнему исследованию.

12. Срок ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи для пациентов с онкологическими заболеваниями не должен превышать 5 рабочих дней с даты проведения онкологического консилиума, но не более 7 рабочих дней с даты гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания (состояния).

13. При наличии противопоказаний к проведению специализированного противоопухолевого лечения, онкологический консилиум рекомендует тактику дальнейшего ведения пациента, включая направление пациента на оказание паллиативной медицинской помощи.

14. В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь не онкологического профиля в стационарных условиях, при подозрении и (или) выявлении онкологического заболевания у пациента, после оказания экстренной медицинской помощи, лечащий врач организует консультацию врача-онколога из МО СП I порядка и, при наличии медицинских показаний, перевод пациента в МО СП I порядка с дальнейшим проведением онкологического консилиума, для определения тактики лечения, учитывая профиль заболевания. При этом в ходе лечения в рамках данного случая госпитализации проводится комплекс исследований, направленных на определение диагноза, стадии и распространенности новообразования.

15. Срок постановки на диспансерный учет пациента с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дня с момента постановки диагноза онкологического заболевания.

16. Пациенты с онкологическими заболеваниями подлежат диспансерному наблюдению врачом-онкологом в МО ПСМП в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

17. В случае выявления в процессе диспансерного наблюдения рецидива или прогрессирования заболевания пациент подлежит направлению в МО СП I порядка для проведения повторного онкологического консилиума с целью определения дальнейшей тактики ведения пациента.

**Перечень
обязательных исследований и консультаций при подозрении на
злокачественное новообразование**

В случае планирования госпитализации по поводу лечения новообразования обязательно проведение следующих исследований на догоспитальном этапе:

| N п/п | Назначение | Обязательно сть | Дополнительно е условие |
|----------|---|--------------------|---|
| 1. | Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови | да | нет |
| 2. | Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование | да | нет |
| 3. | Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови | да | нет |
| 4. | Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови и определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови | да | нет |
| 5. | Лабораторное исследования биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) на наличие COVID-19 методом амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) | да | не ранее 7 календарных дней до госпитализации |

Таблица № 1. Перечень общих жалоб/скрытых признаков злокачественного новообразования

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|---|
| 1. | Субфебрильная или фебрильная температура тела без других симптомов более 1 месяца |
| 2. | Необъяснимая потеря веса на 10 и более процентов от общего веса за последние 3 месяца |
| 3. | Увеличение регионарных лимфоузлов, не связанное с ОРВИ, более 1 месяца |
| 4. | Кашель, не проходящий на фоне антибиотикотерапии, не связанный с ОРВИ, более 8 недель |
| 5. | Слабость более 1 месяца |
| 6. | Потеря аппетита более 1 месяца |
| 7. | Бледность кожных покровов более 1 месяца |
| 8. | Тошнота более 1 месяца |
| 9. | Повышенная утомляемость, астения более 1 месяца |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 9 таблицы № 1 обязательно проведение следующих исследований:

| N п/п | Назначение | Обязательно сть | Дополнительное условие |
|----------|---|--|---------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Определение активности аланинаминотрансферазы в крови | да | нет |
| 3. | Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови | да | нет |
| 4. | Исследование уровня общего белка в крови | да | нет |
| 5. | Определение билирубина общего | да | нет |

| | | | |
|-----|---|---|--|
| 6. | Определение глюкозы | да | нет |
| 7. | Исследование уровня мочевины в крови | да | нет |
| 8. | Исследование уровня креатинина в крови | да | нет |
| 9. | Исследование уровня железа в сыворотке крови | да | нет |
| 10. | Исследование кала на скрытую кровь | да | иммуногистохимический метод |
| 11. | Эзофагогастродуоденоскопия и колоноилеоскопия | да, если не проводилось за последние 6 месяцев | нет |
| 12. | Исследование уровня простатспецифического общего антигена в крови | да, если не проводилось за последние 12 месяцев | для мужчин старше 45 лет |
| 13. | Консультация врача-акушера-гинеколога | да, если не проводилось за последние 12 месяцев | для женщин старше 18 лет |
| 14. | Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и цервикального канала | да, если не проводилось за последние 12 месяцев | для женщин старше 18 лет, жидкостной метод |
| 15. | Обзорная Rg-графия молочной железы в двух проекциях | да | для женщин после 39 лет, цифровой метод |
| 16. | Ультразвуковое исследование молочных желез | да | для женщин от 18 до 39 лет включительно |
| 17. | Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (с контрастированием)) | да, если не проводилось за последние 6 месяцев | 2 проекции, цифровой метод |
| 18. | Ультразвуковое исследование брюшной полости | да | нет |
| 19. | Консультация врача общей | да | с результатами |

| | | |
|--|--|--------------|
| практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового | | исследований |
|--|--|--------------|

Таблица № 2. Перечень возможных жалоб/скрытых признаков злокачественного новообразования верхних дыхательных путей/ротовой полости

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|---|
| 1. | Заложенность носа более 1 месяца |
| 2. | Кровянистые выделения из носа более 1 месяца |
| 3. | Иррадиация боли в ухо более 1 месяца |
| 4. | Ощущение "кома" в горле более 1 месяца |
| 5. | Трудности с глотанием более 1 месяца |
| 6. | Боль при глотании более 1 месяца |
| 7. | Осиплость голоса более 1 месяца |
| 8. | Наличие объемного образования в области шеи |
| 9. | Болезненное уплотнение или язва губы, щеки, внутренней части щеки, твердого неба, мягкого неба, языка, ротоглотки более 14 дней |
| 10. | Затруднение дыхания более 1 месяца |
| 11. | Чувство тяжести и давления в области шеи |
| 12. | Затруднение прохождения пищи |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 12 таблицы № 2 обязательно проведение следующих исследований:

| N п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|----------|--|--|------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны) - надключичные, подключичные, | да | нет |

| | | | |
|----|--|--|-----------------------------|
| | подбородочные, поднижнечелюстные лимфоузлы | | |
| 3. | Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез | да | нет |
| 4. | Рентгенография органов грудной клетки в 2 проекциях (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (с контрастированием)) | да, если не проводилось за последние 6 месяцев | 2 проекции, цифровой метод |
| 5. | Эзофагогастродуоденоскопия | да, если не проводилось за последние 6 месяцев | нет |
| 6. | Консультация врача-оториноларинголога | да | при наличии показаний |
| 7. | Консультация врача-стоматолога | да | при наличии показаний |
| 8. | Консультация врача-эндокринолога | да | при наличии показаний |
| 9. | Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового | да | с результатами исследований |

Таблица № 3. Перечень возможных жалоб/скрытых признаков злокачественного новообразования мочевой системы

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|--|
| 1. | Боль при мочеиспускании в конце акта мочеиспускания более 1 месяца |
| 2. | Кровь в моче |
| 3. | Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря более 1 месяца |
| 4. | Учащенное мочеиспускание более 1 месяца |
| 5. | Боли в поясничной области постоянного характера более 1 месяца |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 5 таблицы № 3 обязательно проведение следующих исследований:

| N п/п | Назначение | Обязательно сть | Дополнительное условие |
|----------|---|--|-----------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Общий (клинический) анализ мочи | да | нет |
| 3. | Исследование креатинина | да | нет |
| 4. | Исследование мочевины | да | нет |
| 5. | Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови | да | для мужчин |
| 6. | Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны) | да | Трансабдоминально |
| 7. | Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны) | да | Трансабдоминально |
| 8. | Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства | да | нет |
| 9. | Консультация врача-уролога | да | с результатами исследований |
| 10. | Консультация врача-акушера-гинеколога | да | для женщин |
| 11. | Консультация врача-невролога | да | при наличии показаний |
| 12. | Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового | да | с результатами исследований |

**Таблица № 4. Перечень жалоб/признаков
злокачественного новообразования
половой системы у мужчин**

| N | Жалоба/данные объективного осмотра |
|---|------------------------------------|
|---|------------------------------------|

| | |
|------------|--|
| п/п | |
| 1. | Кровь в моче |
| 2. | Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря более 1 месяца |
| 3. | Учащенное мочеиспускание более 1 месяца |
| 4. | Образование головки полового члена |
| 5. | Образование на крайней плоти полового члена |
| 6. | Образование тела полового члена |
| 7. | Образование яичка |
| 8. | Изменение формы и размера мошонки |

Вышеуказанные симптомы определяются только у мужчин.

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 8 таблицы № 4 обязательно проведение следующих исследований:

| № п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|--------------|---|--|-------------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Исследование креатинина | да | нет |
| 3. | Исследование мочевины | да | нет |
| 4. | Общий (клинический) анализ мочи | да | нет |
| 5. | Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови | да | нет |
| 6. | Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства | да | нет |
| 7. | Ультразвуковое исследование органов малого таза у мужчин (одной анатомической зоны) | да | Трансабдоминально |
| 8. | Ультразвуковое исследование наружных половых органов у мужчин | да | нет |

| | | | |
|----|----------------------------|----|-----------------------------|
| | (одной анатомической зоны) | | |
| 9. | Консультация врача-уролога | да | с результатами исследований |

Таблица № 5. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования наружных женских половых органов

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|---|
| 1. | Патологические выделения из половых путей любого цвета |
| 2. | Дискомфорт при ходьбе в области промежности |
| 3. | Зуд в области половых губ более 1 месяца |
| 4. | Объемное образование в области половых губ более 1 месяца |
| 5. | Кровянистые выделения из половых путей после полового контакта более 1 месяца |

Вышеуказанные симптомы определяются только у женщин.

При наличии любой жалобы из пунктов 1 - 5 таблицы № 5 обязательно проведение следующих исследований:

| N п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|----------|---------------------------------------|----------------|------------------------|
| 1. | Консультация врача-акушера-гинеколога | да | нет |

Таблица № 6. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования внутренних женских половых органов

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|--|
| 1. | Тянущие боли внизу живота у женщин более 1 месяца |
| 2. | Увеличение живота в объеме, не связанное с увеличением подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки (признаки асцита), за последнюю неделю |

Вышеуказанные симптомы определяются только у женщин.

При наличии любой жалобы из пунктов 1 и 2 таблицы № 6 обязательно проведение следующих исследований:

| N п/п | Назначение | Обязательно сть | Дополнительное условие |
|----------|---|--|--|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Определение активности аланинаминотрансферазы в крови | да | нет |
| 3. | Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови | да | нет |
| 4. | Исследование уровня общего белка в крови | да | нет |
| 5. | Определение билирубина общего | да | нет |
| 6. | Определение глюкозы | да | нет |
| 7. | Исследование уровня мочевины в крови | да | нет |
| 8. | Исследование уровня креатинина в крови | да | нет |
| 9. | Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (с контрастированием)) | да, если не проводилось за последние 6 месяцев | 2 проекции, цифровой метод |
| 10. | Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови | да | нет |
| 11. | Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови | да | для женщин с 18 до 55 лет при задержке менструаций |
| 12. | Ультразвуковое исследование брюшной полости | да | нет |
| 13. | Ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин (одной анатомической зоны) | да | трансвагинально |

| | | | | |
|-----|----------------------------|----------------|----|--------------------------------|
| 14. | Консультация гинеколога | врача-акушера- | да | с результатами исследований |
|-----|----------------------------|----------------|----|--------------------------------|

**Таблица № 7. Перечень жалоб/признаков
злокачественного новообразования
центральной и периферической нервной системы**

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|--|
| 1. | Головная боль приступообразного характера, в основном в ночное время или утром, более 1 месяца |
| 2. | Эпилептические припадки |
| 3. | Потеря сознания |
| 4. | Ощущения покалывания или ползания мурашек более 3 месяцев |
| 5. | Выраженный болевой синдром в проекции нерва более 14 дней |
| 6. | Парез (снижение силы мышц) более 14 дней |
| 7. | Гипестезия (снижение чувствительности) более 14 дней |
| 8. | Трофические изменения кожи в проекции нерва более 3 месяцев |
| 9. | Резкое и сильное изменение качества зрения более 1 месяца |
| 10. | Постепенное появление косоглазия более 1 месяца |
| 11. | Головокружение более 14 дней |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 11 таблицы № 7 обязательно проведение следующих исследований:

| N п/п | Назначение | Обязательно сть | Дополнительное условие |
|----------|--|--|---------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Консультация врача-офтальмолога | да | нет |
| 3. | Консультация врача-невролога | да | нет |

Таблица № 8. Перечень жалоб/признаков

злокачественного новообразования глаза

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|--|
| 1. | Резкое и сильное изменение качества зрения более 1 месяца |
| 2. | Перед глазами вспышки, пятна более 1 месяца |
| 3. | Появление темного пятна на склере или радужке более 1 месяца |
| 4. | Припухлость глаза более 1 месяца |
| 5. | Ощущение инородного тела более 1 месяца |
| 6. | Гиперемия в области глаза более 1 месяца |
| 7. | Чувство жжения в глазу более 1 месяца |
| 8. | Периодическая или постоянная боль в области глаза более 1 месяца |
| 9. | Побелевший зрачок |
| 10. | Постепенное появление косоглазия более 1 месяца |
| 11. | Отсутствие бинокулярного зрения более 1 месяца |
| 12. | Экзофтальм |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 12 таблицы № 8 обязательно проведение следующих исследований:

| N п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|----------|--|--|------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Консультация врача-офтальмолога | да | нет |
| 3. | Консультация врача-невролога | да | нет |

**Таблица № 9. Перечень жалоб/признаков
злокачественного новообразования пищевода**

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|------------------------------------|
|----------|------------------------------------|

| | |
|----|---|
| 1. | Затруднение прохождения пищи более 1 месяца |
| 2. | Боли при глотании в проекции грудины более 1 месяца |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 и 2 таблицы № 9 обязательно проведение следующих исследований:

| № п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|-------|---|--|-----------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (с контрастированием)) | да, если не проводилось за последние 6 месяцев | 2 проекции |
| 3. | Эзофагогастродуоденоскопия | да | нет |
| 4. | Консультация врача-оториноларинголога | да | нет |
| 5. | Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового | да | с результатами исследований |

Таблица № 10. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования органов грудной клетки

| № п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|-------|--|
| 1. | Боли за грудиной при дыхании, не связанные с физической нагрузкой или изменениями АД, более 1 месяца |
| 2. | Одышка, не связанная с физической нагрузкой, более 1 месяца |
| 3. | Тахикардия, не связанная с физической нагрузкой, более 1 месяца |
| 4. | Синюшность кожных покровов более 1 месяца |
| 5. | Кровохарканье |
| 6. | Вздутие вен шеи более 1 месяца |

| | |
|----|---|
| 7. | Одутловатость лица без нарушения мочеиспускания более 1 месяца |
| 8. | Отечность рук более 1 месяца |
| 9. | Признаки миастении (опущение верхнего века, двоение в глазах, нарастающая мышечная слабость) более 1 месяца |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 9 таблицы № 10 обязательно проведение следующих исследований:

| № п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|--------------|--|--|-------------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | ЭКГ в 12 отведениях | да | нет |
| 3. | Rg-графия органов грудной клетки (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (с контрастированием) | да, если не проводилось за последние 6 месяцев | 2 проекции, цифровой метод |
| 4. | Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез | да | нет |
| 5. | Ультразвуковое исследование мягких тканей (одной анатомической зоны) | да | надключичные, подключичные |
| 6. | Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового | да | с результатами исследований |
| 7. | Консультация врача-невролога | да | нет |

Таблица № 11. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования печени, поджелудочной железы

| № п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|--------------|---|
| 1. | Желтушность кожных покровов, изменение цвета стула и мочи |
| 2. | Расчесы на коже более 1 месяца |

| | |
|----|--|
| 3. | Потемнение мочи более 1 месяца |
| 4. | Тупая, ноющая, опоясывающая боль в животе более 1 месяца |
| 5. | Выбухание в правом подреберье более 1 месяца |
| 6. | Нарушение обычного характера стула |
| 7. | Рвота |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 7 таблицы № 11 обязательно проведение следующих исследований:

| № п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|-------|---|--|------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Определение активности аланинаминотрансферазы в крови | да | нет |
| 3. | Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови | да | нет |
| 4. | Исследование уровня общего белка в крови | да | нет |
| 5. | Определение билирубина общего | да | нет |
| 6. | Определение глюкозы | да | нет |
| 7. | Исследование уровня мочевины в крови | да | нет |
| 8. | Исследование уровня креатинина в крови | да | нет |
| 9. | Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови | да | нет |
| 10. | Ультразвуковое исследование органов брюшной полости | да | нет |
| 11. | Эзофагогастродуоденоскопия | да | нет |
| 12. | Ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства | да | нет |

| | | | |
|-----|---|----|-----------------------------|
| 13. | Консультация врача-хирурга | да | с результатами исследований |
| 14. | Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового | да | с результатами исследований |

Таблица № 12. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования абдоминальной области и забрюшинного пространства

| № п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|--------------|---|
| 1. | Вздутие живота, задержка газов, не связанные с нарушением питания, более 1 месяца |
| 2. | Изжога, не связанная с перееданием пищи, более 1 месяца |
| 3. | Боли в верхних отделах живота натошак или ночью более 1 месяца |
| 4. | Чувство переполнения желудка, не связанное с перееданием пищи, более 1 месяца |
| 5. | Отрыжка "тухлыми яйцами", не связанная с перееданием пищи, более 1 месяца |
| 6. | Рвота с кровью (с любым количеством крови) |
| 7. | Черный стул, не связанный с приемом препаратов железа, более 1 месяца |
| 8. | Объемное образование брюшной полости |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 8 таблицы № 12 обязательно проведение следующих исследований:

| № п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|--------------|--|--|-------------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Скрытая кровь в кале | да | иммуногистохимический метод |
| 2. | Rg-графия органов грудной клетки | да, если не | 2 проекции |

| | | | |
|----|---|------------------------------------|-----------------------------|
| | (компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (без контрастирования)) | проводилось за последние 6 месяцев | |
| 3. | Эзофагогастродуоденоскопия | да | нет |
| 4. | Ультразвуковое исследование брюшной полости | да | нет |
| 5. | Консультация врача-гастроэнтеролога | да | с результатами исследований |
| 6. | Консультация врача-хирурга | да | с результатами исследований |

Таблица № 13. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования толстой кишки и анального канала

| № п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|--------------|---|
| 1. | Нарушение обычного характера стула более 1 месяца |
| 2. | Вздутие в животе или боли в животе более 1 месяца |
| 3. | Боли при акте дефекации |
| 4. | Кровь или слизь в кале |
| 5. | Объемное пальпируемое образование брюшной полости |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 5 таблицы № 13 обязательно проведение следующих исследований:

| № п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|--------------|--|--|-------------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Скрытая кровь в кале | да | иммуногистохимический метод |
| 3. | Ультразвуковое исследование брюшной полости | да | нет |

| | | | |
|----|-----------------------------------|----|-----------------------------|
| 4. | Колоноилеоскопия | да | нет |
| 5. | Консультация врача-колопроктолога | да | с результатами исследований |

**Таблица № 14. Перечень жалоб/признаков
злокачественного новообразования
молочной железы**

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|--|
| 1. | Объемное образование молочной железы |
| 2. | Кровянистые выделения из соска |
| 3. | Деформация кожи молочной железы |
| 4. | Втяжение кожи молочной железы (симптом "умбиликации") |
| 5. | Утолщение и отек кожи молочной железы с резким выступанием на ней потовых желез (симптом "лимонной корки") |
| 6. | Выраженное утолщение соска и складки ареолы (симптом Краузе) |
| 7. | Изъязвление кожи над опухолью |
| 8. | Втяжение соска |
| 9. | Гиперемия кожи над молочной железой |
| 10. | Увеличение в размерах подмышечных, подключичных, надключичных лимфоузлов |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 10 таблицы № 14 обязательно проведение следующих исследований:

| N п/п | Назначение | Обязательно сть | Дополнительное условие |
|----------|--|--|---------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Исследование уровня мочевины в крови | да | нет |
| 3. | Исследование уровня креатинина в | да | нет |

| | | | |
|----|---|----|--|
| | крови | | |
| 4. | Ультразвуковое исследование молочных желез | да | для женщин от 18 до 39 лет; для мужчин; правой и левой молочных желез |
| 5. | Обзорная Rg-графия молочной железы в двух проекциях | да | для женщин старше 40 лет (включительно); правой и левой молочных желез, цифровой метод |
| 6. | Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового | да | с результатами исследований |
| 7. | Консультация врача-онколога | да | с результатами исследований |

Таблица № 15. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования кожи/меланомы кожи

| N п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|----------|--|
| 1. | Пигментное образование, характеризующееся быстрым ростом |
| 2. | Пигментное образование, характеризующееся изменением конфигурации границ |
| 3. | Пигментное образование с появлением в пределах образования разных цветовых оттенков |
| 4. | Зуд в области пигментного образования |
| 5. | Чувство жжения в области пигментного образования |
| 6. | Длительно не заживающая язва кожи |
| 7. | Болезненные и кровоточащие язвы, уплотнения, корки на поверхности кожи (особенно кожи головы, шеи) |
| 8. | Уплотнение участка кожи |
| 9. | Красная кайма вокруг любого объемного образования |

При наличии любой жалобы из пунктов 1 - 9 таблицы № 15 обязательно

проведение следующих исследований:

| № п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|--------------|--|--|-------------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Консультация врача-онколога | да | нет |

Таблица № 16. Перечень жалоб/признаков злокачественного новообразования костей и суставных хрящей

| № п/п | Жалоба/данные объективного осмотра |
|--------------|---|
| 1. | Подкожное образование конечностей тела (кроме области суставов) более 1 месяца |
| 2. | Боли в костях, преимущественно в ночное время, плохо купируемые анальгетиками, более 1 месяца |
| 3. | Боль в области крупных суставов (тазобедренном, коленном, плечевом, локтевом) более 1 месяца |

При наличии одной или нескольких жалоб из пунктов 1 - 3 таблицы № 16 обязательно проведение следующих исследований:

| № п/п | Назначение | Обязательность | Дополнительное условие |
|--------------|--|--|-------------------------------|
| 1. | Общий (клинический) анализ крови развернутый | да, если не проводилось за последние 14 рабочих дней | нет |
| 2. | Определение белков острой фазы С-реактивный белок | да | нет |
| 3. | Определение содержания ревматоидного фактора в крови | да | нет |
| 4. | Ультразвуковое исследование мягких тканей | да | соответствующей локализации |

| | | | |
|-----|--|---|-----------------------------|
| 5. | Рентгенография костей | да, если не назначена остеосцинтиграфия | соответствующей локализации |
| 6. | Компьютерная томография одной анатомической области у взрослых (с контрастированием) | да | соответствующей локализации |
| 7. | Rg-графия мелких суставов, Rg-графия крупного сустава | да | соответствующей локализации |
| 8. | Консультация врача-хирурга | да | с результатами исследований |
| 9. | Консультация врача-травматолога | да | с результатами исследований |
| 10. | Консультация врача общей практики/врача-терапевта/врача-терапевта участкового | да | с результатами исследований |
| 11. | Консультация врача-ревматолога | да | с результатами исследований |

Трехуровневая модель оказания медицинской помощи взрослому населению Калужской области по профилю «онкология»



**Маршрутизация пациентов в медицинские организации
 государственной системы здравоохранения Калужской области,
 оказывающие первичную специализированную медико-санитарную
 помощь по профилю "онкология"**

| № п/п | Наименование медицинской организации | Зона обслуживания |
|----------|--|---|
| ПОК | | |
| 1. | г. Калуга, ГБУЗ КО «КГКБ №4 им Хлюстина А. С.» | г. Калуга, прикрепленное население, Ферзиковский район |
| 2. | г. Калуга, ГБУЗ КО «КГБ №5» | г. Калуга, прикрепленное население, Перемышльский район |
| 3. | г. Калуга, ГБУЗ КО «Городская поликлиника» | г. Калуга, прикрепленное население |
| 4. | г. Калуга, ГБУЗ КО «КОКБ» | г. Калуга, прикрепленное население |
| 5. | г. Бабынино, ГБУЗ КО «ЦРБ Бабынинского района» | Бабынинский район |
| 6. | г. Боровск, ГБУЗ КО «ЦРБ Боровского района» | Боровский район, Малоярославецкий район |
| 7. | г. Жуков, ГБУЗ КО «ЦРБ Жуковского района» | Жуковский район |
| 8. | г. Таруса, ГБУЗ КО «ЦРБ Тарусского района» | Тарусский район |
| 9. | г. Хвастовичи, ГБУЗ КО «ЦРБ Хвастовиского района» | Хвастовичский район |
| 10. | г. Киров, ГБУЗ КО «ЦМБ №1» | Кировский район, Брятинский район Куйбышевский район, Спас-Деменский район |
| 11. | г. Людиново, ГБУЗ КО «ЦМБ №2» | Людиновский район, Жиздринский район |
| 12. | г. Козельск, ГБУЗ КО «ЦМБ №3» | Козельский район, Ульяновский район |
| 13. | г. Юхнов, ГБУЗ КО «ЦМБ №4» | Юхновский район, Мосальский район, Износковский район |
| 14. | г. Сухиничи, ГБУЗ КО «ЦМБ №5» | Сухиничский район, Думиничский район, Мещовский район |

| | | |
|------|--|--|
| 15. | г. Кондрово, ГБУЗ КО «ЦМБ №6» | Дзержинский район, Медынский район |
| 16. | г. Обнинск, ФГБУЗ «КБ №8» ФМБА России | г. Обнинск |
| ЦАОП | | |
| 1. | г. Калуга, ГБУЗ КО «КГКБ №4 им. Хлюстина А. С.» | г. Калуга, прирепленное население ГБУЗ КО «КГКБ №4 им. Хлюстина А. С.», Ферзиковский район |
| 2. | г. Калуга, ГБУЗ КО «КОКБСМП им. К. Н. Шевченко» | г. Калуга, прикрепленное население, ГБУЗ КО «КГБ №5», ГБУЗ КО «Городская поликлиника», Перемышльский район |

**Маршрутизация пациентов в медицинские организации
государственной системы здравоохранения Калужской области,
оказывающие специализированную медицинскую помощь в
стационарных условиях по профилю "онкология" I и II порядка**

| № п/п | Наименование медицинской организации | Профиль помощи |
|------------------------------------|---|--|
| Медицинские организации I порядка | | |
| 1. | г. Калуга, ГБУЗ КО «КОКОД» | Уточняющая диагностика опухолевых заболеваний. Лечение злокачественных новообразований, гемобластозов, опухолевых заболеваний центральной или периферической нервной системы, за исключением органа зрения. |
| Медицинские организации II порядка | | |
| 1. | г. Калуга, ГБУЗ КО «КОКБ» | Лечение гемобластозов, опухолевых заболеваний центральной или периферической нервной системы, органа зрения. Экстренная медицинская помощь больным с опухолевыми заболеваниями. |
| 2. | г. Калуга, ГБУЗ КО «КОКБСМП им. К. Н. Шевченко» | Экстренная медицинская помощь больным с опухолевыми заболеваниями. |
| 3. | г. Обнинск, ФГБУЗ «КБ №8» ФМБА России | Лечение злокачественных новообразований пациентам г. Обнинск. |
| НМИЦ | | |
| 1. | г. Обнинск, МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России | Диагностика и лечение злокачественных новообразований |