

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Реферат

Тема: «Организация онкологической службы в России и зарубежом»

Проверил: руководитель ординаторы, к.м.н,
доцент Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Выполнила: клинический ординатор
1 года обучения по специальности
31.08.57 Онкология
Куприянова Анна Борисовна

Красноярск, 2021г.

Содержание:

1. Организация современной онкологической службы
2. Структура и задачи онкологической службы
3. Организация работы организационно-методического кабинета онкологического диспансера
4. Онкологический диспансер. Функции.
5. Смотровой кабинет
6. Виды онкологической помощи
7. Медицинская документация
8. Паллиативная помощь
9. Список литературы

Организация современной онкологической службы

Началом организации современной онкологической службы явилось Постановление Правительства СССР от 30.04.1945, которым предусмотрено создание в каждой области онкологического диспансера, в задачу которого входит лечение и учет онкологических больных. С 1953 года введен учет онкологических больных не только в онкодиспансерах, но и в лечебных учреждениях всех городских и сельских населенных пунктов.

Современная структура онкологической службы в России выглядит следующим образом. Первичной организацией онкологической сети является онкологическое отделение при больнице и онкологический кабинет при поликлинике. Врач онкологического кабинета в методическом отношении подчиняется онкологическому диспансеру, а в административном – главному врачу своего лечебного учреждения.

На онкологический кабинет возлагаются следующие важные задачи: Организация учета и регистрация онкологических больных, т.е. ведение онкологической документации в районе обслуживания поликлиники. Диспансерное наблюдение за онкологическими больными, состоящими на учете и диспансеризация больных с предраковыми заболеваниями. В соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения N 590 от 1986 г. большинство больных предраковыми заболеваниями должны выявляться, учитываться и лечиться у врачей-специалистов общей сети. Все факультативные предраки кожи находятся в ведении дерматолога, хронические анацидные гастриты, хронические пневмонии - терапевта, определенный круг больных - гинеколога, окулиста, отоларинголога и других специалистов.

Онкологический диспансер (республиканский, краевой, областной, городской) является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим население квалифицированной и специализированной стационарной и поликлинической онкологической помощью, осуществляет организационно-методическое руководство лечебно-профилактическими учреждениями по вопросам онкологии, обеспечивает специализацию и повышение квалификации врачей, среднего медицинского персонала в области диагностики и лечению больных злокачественными новообразованиями.

В структуре онкологического диспансера предусмотрены следующие функциональные подразделения: стационар, поликлиника, лаборатория, организационно-методический кабинет, пансионат.

В стационаре обязательно должны быть три отделения: хирургическое, гинекологическое, лучевой терапии (радиологическое).

В поликлинике имеются следующие кабинеты: терапевтический, гинекологический, хирургический, урологический.

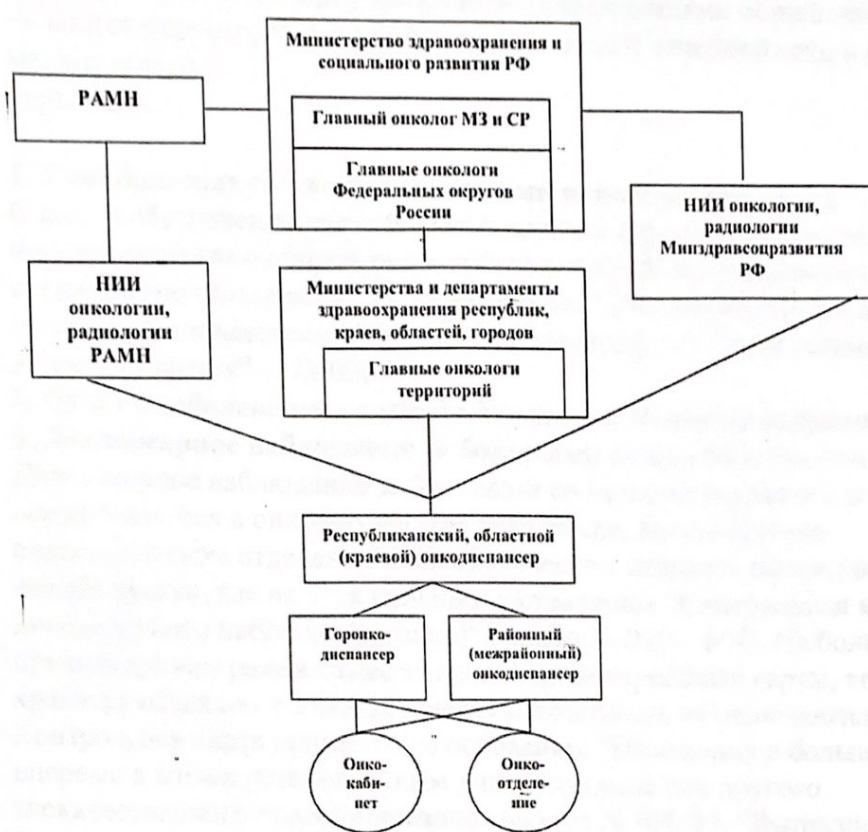
Функционируют такие лаборатории, как клиническая, биохимическая, цитологическая, бактериологическая, патогистологическая, радиоизотопная.

Научно-методическую, организационно-методическую и лечебно-профилактическую работу проводят онкологические институты и центры. Ведущими головными учреждениями по онкологии являются Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова Минздрава РФ, ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, а также филиалы Российского онкологического научного центра РАМН в федеральных округах России.

Задачи онкологической службы

- учет онкологических больных и заболеваний
- анализ заболеваемости и смертности от злокачественных заболеваний
- обеспечение высококвалифицированной специализированной (стационарной и поликлинической) медицинской помощью онкологических больных
- осуществление диспансерного наблюдения за онкологическими больными
- анализ эффективности деятельности онкоучреждений
- разработка территориальных программ противораковых мероприятий
- осуществление методического руководства по организации и проведению мероприятий по раннему выявлению злокачественных новообразований
- организация санитарно-просветительной работы по предупреждению злокачественных новообразований.

Структура онкологической службы



Организация работы организационно-методического кабинета

Организационно-методический кабинет является структурным подразделением

территориального онкологического диспансера и обеспечивает всю

организационно-

методическую работу в республике, крае, области, городе по вопросам

онкологической помощи

населению:

- полный учет онкологических больных;
- организация диспансерного наблюдения за больными III клинической группы;
- анализ заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них;
- методическое руководство профилактической работой;
- непосредственное и перспективное планирование всех видов онкологической помощи

населению;

- связь онкологических учреждений с учреждениями общей лечебной сети;
- подготовка кадров врачей-онкологов, общей лечебной сети и среднего медицинского персонала.

1. Учет больных со злокачественными новообразованиями

С целью обеспечения учета больных раком и другими злокачественными новообразованиями учреждения общей лечебной и специализированной сети осуществляют заполнение учетной формы: “Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования”— № 090/У

2. Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями

3. Диспансерное наблюдение за больными со качественными опухолями

Диспансерное наблюдение за больными со качественными опухолями осуществляется в онкологическом диспансере, диспансерном онкологическом отделении и онкологическом кабинете поликлиники общей лечебной сети, где на этих больных составляется “Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)” (форма № 030—6/У). На больных преинвазивным раком также заполняются контрольные карты, которые хранятся отдельно и в статистическую отчетность не включаются.

Контрольная карта заводится на основании: “Извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования” (форма № 090/У), “Выписки из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием” (форма № 027—1/У), “Протокола на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования” (форма № 027—2/У), “Медицинской карты амбулаторного больного” (форма № 025/У), “Медицинской карты стационарного больного” (форма № 003/У).

Все онкологические больные находятся под диспансерным наблюдением пожизненно.

4. “Отчет о больных со злокачественными новообразованиями”

составляется ежегодно ОМК онкологического диспансера на основании контрольных карт диспансерного наблюдения (форма № 030—6/У) и состоит из трех разделов (3-х таблиц):

1. Контингенты больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете онкологических учреждений.
2. Сведения о больных со злокачественными новообразованиями, умерших от них в районе деятельности онкологического учреждения.
3. Сведения о лечении больных со злокачественными новообразованиями, подлежащих специальному, радикальному и условно радикальному лечению.

Основные показатели оценки онкологической помощи

Заболеваемость населения злокачественными опухолями на 100000 населения. Показатель определяется на основании отчетной формы 61-ж по формуле:

R_z = общее число больных с впервые установленным диагнозом злокачественной опухоли
умножить на 100000 и разделить на среднегодовую численность населения (полусумма данных на начало и конец года).

Смертность населения от злокачественных опухолей определяется по формуле:

$R_{см}$ = Общее число умерших в отчетном году от злокачественных опухолей
умножить на
100000 и разделить на среднюю численность населения.

Онкологический диспансер – самостоятельная медицинская организация для обеспечения оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказания методической помощи медицинским организациям, оказывающим первичную специализированную медико-санитарную помощь, в проведении профилактики онкологических заболеваний, организации онкологического скрининга.

Функции онкологического диспансера:

1. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями;
2. Разработка и организационно-методическое обеспечение мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления онкологических и предопухолевых заболеваний;
3. Анализ состояния медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями на территории субъекта РФ, эффективности и качества профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за больными с онкологическими заболеваниями;
4. Изучение и внедрение в практику современных лечебно-диагностических технологий;
5. Участие в организации и проведении научно-практических мероприятий;
6. Организация работы по повышению настороженности врачей и других медицинских работников для выявления ЗНО;
7. Методическое руководство и консультативная помощь врачам-специалистам по вопросам проведения диспансеризации и

- профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями;
8. Методическое руководство и консультативная помощь по вопросам санитарно-гигиенического просвещения среди населения по профилактике онкологических заболеваний, соблюдению здорового образа жизни;
 9. Ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством, ведение Федерального ракового регистра;
 10. Иные функции в соответствии с законодательством

Смотровой кабинет

Основной задачей смотровых кабинетов является проведение профилактического осмотра мужчин возрастной группы от 30 лет, а женщин от 18 лет с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний визуальных локализаций (наружные половые органы, молочная железа, щитовидная железа, прямая кишка, губы, органы полости рта, кожные покровы, периферические лимфатические узлы).

Функции смотрового кабинета:

- доврачебный опрос (сбор анамнеза);
- осмотр всех женщин с 18 лет и мужчин с 30 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение;
- осмотр кожи, ротовой полости и наружных половых органов (у женщин - бимануальное влагалищное исследование, осмотр шейки матки в зеркалах, взятие мазков с шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование);
- пальпацию щитовидной и молочных желез, живота, периферических лимфатических узлов;
- трансректальное пальцевое исследование;
- направление на дообследование и санацию пациентов с выявленным заболеванием или с подозрением на заболевание к профильному врачу-специалисту;
- учет и регистрацию проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований;
- проведение санитарно-просветительной работы среди граждан, посещающих поликлинику.

Виды онкологической помощи:

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

Осуществляется в следующих условиях:

- амбулаторно;
- в дневном стационаре;
- стационарно.

Включает в себя:

- профилактику и диагностику онкологических заболеваний;
- лечение и реабилитацию больных с онкологическими заболеваниями с использованием современных специальных методов и сложных, в том числе уникальных, медицинских технологий, технологий высокотехнологичной медицинской помощи

У врача онкологического кабинета должны быть на диспансерном наблюдении все больные со злокачественными новообразованиями, доброкачественными новообразованиями молочных желез (фиброаденома, фиброаденоматоз), ворсинчатыми полипами желудочно-кишечного тракта.

Всех взятых под диспансерное наблюдение больных распределяют на **клинические группы:**

- группа Ia - больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование;
- группа Ib - больные с предопухолевыми заболеваниями;
- группа II - больные злокачественными новообразованиями, подлежащие специальному (радикальному) лечению;
- группа IIa - больные злокачественными новообразованиями, подлежащие радикальному лечению;
- группа III - практически здоровые лица (после проведенного радикального лечения злокачественной опухоли);
- группа IV - больные с распространенными формами злокачественных новообразований, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.

Больных группы Ia по мере установления окончательного диагноза снимают с учета или переводят в другие группы. Углубленное обследование больных Ia клинической группы должно быть организовано не позднее чем через 10 дней с момента взятия на диспансерный учет. Организация профилактических осмотров и инструктивно-методическая помощь при их проведении. Массовые онкологические профилактические осмотры проводятся бригадой врачей разных специальностей как среди организованного, так и среди неорганизованного населения. При этом

подразумевается и широкое использование флюорографического обследования.

Оказание квалифицированной консультативной помощи по онкологии.

Проведение санитарно-просветительной работы по онкологии.

Лечебная работа.

Медицинская документация

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 апреля 1999 г. № 135 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра»

- **Форма N 027-1/У** «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» заполняется лечащим врачом по окончании лечения каждого больного злокачественным новообразованием в стационаре.

Выписка заполняется как на больных с впервые в жизни в течение данной госпитализации установленным диагнозом злокачественного новообразования, в том числе с преинвазивным раком (carcinoma in situ), так и на больных с диагнозом, установленным ранее.

Заполнение выписки обязательно по окончании каждой госпитализации.

Форма должна быть заполнена в день выписки больного из стационара и выслана в онкологическое учреждение территориального (областного, республиканского, краевого) уровня по месту постоянного жительства больного в трехдневный срок с момента заполнения.

- **Форма N 030-6/У:** «Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием» - составляется и хранится в онкологическом учреждении, осуществляющем учет и диспансеризацию больных ЗНО (онкологический диспансер, диспансерное онкологическое отделение, онкологический кабинет). Контрольная карта является основным оперативным документом для осуществления контроля за состоянием здоровья и процессом специального лечения больного ЗНО.

- **Форма N 027-2/У:** «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» - составляется всеми лечебно - профилактическими учреждениями, где впервые установлен случай поздней диагностики ЗНО при жизни больного. Оформление Протокола и разбор причин запущенности следует проводить также в случае, если диагноз злокачественного образования был установлен посмертно.

Не составление Протокола запущенности должно рассматриваться каккрытие случаев несвоевременной диагностики рака.

- **Форма годовой отчетности Форма №7** «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями»

Включает сведения:

- о количестве выявленных ЗНО в отчетном году с указанием морфологического подтверждения и стадии процесса;

- о контингенте пациентов, стоящих на учете на конец отчетного года, в том числе 5 и более лет с момента установления диагноза;
- о количестве пациентов, умерших от ЗНО в отчетном году, в том числе в течение года с момента установления диагноза;
- о количестве пациентов со ЗНО получивших лечение
- о количестве и структуре заболеваемости ЗНО (пол, возраст, локализация и т.д.)

Паллиативная помощь больным с запущенными формами злокачественных новообразований. Хосписы.

Несмотря на очевидные достижения современной онкологии, изучение показателей онкологической заболеваемости в Российской Федерации свидетельствует о наличии большого контингента пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований. Количество больных с запущенными формами злокачественных новообразований формируется как из впервые выявленных, так и из поступающих повторно по поводу рецидива заболевания. Выполнение хирургических вмешательств у больных с распространенными формами онкологического процесса не позволяет добиться полного лечебного эффекта, и онкологи вынуждены назначать различные виды противоопухолевого лечения.

Однако лучевое воздействие, терапия радионуклидами и (или) химиотерапевтическими агентами позволяют лишь несколько увеличить продолжительность жизни больных, иногда ценой значительного ухудшения ее качества. Добиться полного излечения этого контингента больных в настоящее время не представляется возможным. В преобладающем большинстве случаев обнаружение признаков генерализации опухолевого процесса является убедительным свидетельством того, что ни одно из лечебных мероприятий не было способно предотвратить прогрессирование опухолевого процесса и наступление летального исхода. При таком течении заболевания летальному исходу, как правило, предшествует конечный период продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. Следует отметить, что именно в этом периоде жизни пациенты испытывают наибольшие страдания, поскольку спектр симптомов определяется как проявлениями, связанными с основным заболеванием, так и выраженностью клинической картины сопутствующих заболеваний, побочными эффектами терапии и психологическими переживаниями, связанными с осознанием безнадежности. Если нет способа остановить прогрессирование основного заболевания, нельзя говорить пациенту, что «больше ничего нельзя сделать». Это никогда не бывает абсолютной истиной и может выглядеть как отказ от оказания помощи. В такой ситуации больному можно оказывать психологическую поддержку и контролировать патологические симптомы, улучшая качество жизни, невзирая на ее предполагаемую небольшую продолжительность. Улучшение качества жизни пациентов с терминальной

стадией хронических прогрессирующих заболеваний является одной из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения, помочь решению которой призвана паллиативная медицина.

Основными целями паллиативной помощи являются поддержание у пациента стремления к жизни при одновременном восприятии смерти как естественного процесса, обеспечение уменьшения боли и смягчение других патологических симптомов, психологическая и духовная поддержка, обеспечение системы мер, поддерживающих у больного способность как можно дольше вести активную жизнь, вплоть до самой смерти, обеспечение мер оказания помощи семье больного во время его болезни, а также кончины. Паллиативная помощь складывается из двух компонентов - это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением) и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни.

Оказание паллиативной помощи онкологическим больным в Российской Федерации.

Основу организуемой системы составляют головные онкологические учреждения, ежедневно занимающиеся лечением больных со злокачественными новообразованиями. При их методической помощи в идеальном варианте создаются территориальные организационно-методические центры паллиативной помощи онкологическим больным или одно из подразделений системы паллиативной помощи: отделение паллиативной помощи, хоспис, кабинет противоболевой терапии, патронажная служба. Территориальные центры функционально и методологически подчиняются головным онкологическим учреждениям, органам здравоохранения регионов РФ и находятся в функциональном взаимодействии со службами амбулаторной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований, стационарной помощи и помощи на дому - выездные патронажные бригады.

Основу амбулаторной помощи онкологическим больным, страдающим хроническим болевым синдромом, составляют кабинеты противоболевой терапии, где больным с распространенными формами злокачественных новообразований оказывают квалифицированную медицинскую помощь. Основными направлениями деятельности кабинета противоболевой терапии являются: оказание лечебно-консультативной помощи онкологическим больным в амбулаторных условиях, в дневном стационаре и на дому; оказание психологической и моральной поддержки онкологическим больным и их родственникам; содействие в оказании пациентам социальной и духовной поддержки; внедрение новых методов лечения; ведение медицинской документации (амбулаторной карты или истории болезни, специальной документации по оценке эффективности лечения хронической боли); статистический учет больных с распространенными формами

злокачественных новообразований; учет и хранение лекарственных средств в соответствии с приказами; организационно-методическая работа с районными онкологами и участковыми терапевтами; обучение родственников больных основам оказания ухода, медицинской и психологической помощи; составление отчетов о результатах работы и ежегодное их представление в головное онкологическое учреждение региона.

Для оказания стационарной помощи нуждающимся в госпитализации больным с распространенными формами злокачественных опухолей предусмотрена организация отделений (центров) паллиативной помощи и хосписов.

Основными задачами отделения паллиативной помощи и хосписов являются создание оптимальных условий для больных с распространенными формами злокачественных новообразований, оказание им качественной паллиативной помощи. В соответствии с этим на отделение (центр) возлагаются следующие функции: оказание квалифицированной паллиативной помощи онкологическим больным; оказание амбулаторной помощи в лечебно-консультативном кабинете, дневном стационаре, стационаре и на дому; оказание консультативной помощи медицинским учреждениям по организации паллиативной помощи онкологическим больным; внедрение новых методов лечения; проведение паллиативных хирургических вмешательств (лапароцентез, торакоцентез, эпицистостомия), инвазивных методов обезболивания (регионарная анестезия, центральная электронейростимуляция, химическая денервация, радиочастотный нейролизис), фармакотерапии болевого синдрома, интракорпоральной детоксикации.

Список литературы:

1. [https://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=download&md=ffbf9889b3c79ed33347872091b58ee0&cid=11&oid=96131](https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=download&md=ffbf9889b3c79ed33347872091b58ee0&cid=11&oid=96131)
2. Онкология : учебник М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.