

Онконастороженность в работе врача первичного звена. ДН пациентов с ЗНО на участке.

Паллиативная помощь на врачебном участке:
основные направления.

Филиппов Е.В.

Смертность от всех причин на 100 тыс. населения январь - ноябрь 2019¹⁾ г.

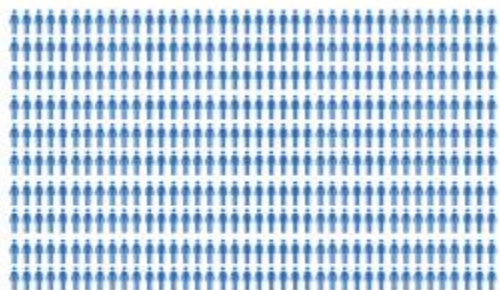
рейтинг	область	2019 г.	рейтинг	область	2019 г/ 2018 г, %
Российская Федерация		1230,8	Российская Федерация		98,4
Центральный федеральный округ		1267,2	Центральный федеральный округ		97,4
1	г. Москва	956,5	1	Тверская область	95,8
2	Московская область	1203,8	2	Воронежская область	95,9
3	Белгородская область	1351,0	3	Брянская область	96,5
4	Воронежская область	1418,2	4	Тамбовская область	96,8
5	Липецкая область	1429,7	5	Курская область	96,9
6	Калужская область	1464,3	6	Смоленская область	97,0
7	Брянская область	1474,1	7	Калужская область	97,1
8	Костромская область	1475,6	8	Московская область	97,3
9	Ярославская область	1476,9	9	Орловская область	97,4
10	Курская область	1509,1	10	Владимирская область	97,5
11	Тамбовская область	1511,1	11	Ивановская область	97,8
12	Смоленская область	1516,8	12	Тульская область	97,9
13	Рязанская область	1535,1	13	г. Москва	98,1
14	Орловская область	1547,1	14	Липецкая область	98,2
15	Владимирская область	1562,7	15	Ярославская область	98,3
16	Ивановская область	1573,3	16	Костромская область	99,1
17	Тульская область	1593,1	17	Рязанская область	99,5
18	Тверская область	1627,0	18	Белгородская область	99,6

Смертность от БСК на 100 тыс. населения январь – ноябрь¹⁾ 2019 г.

рейтинг	область	2019 г.	рейтинг	область	2019г/ 2018 г, %
Российская Федерация		575,7	Российская Федерация		99,1
Центральный федеральный округ		580,2	Центральный федеральный округ		96,9
1	Московская область	473,0	1	г. Москва	90,4
2	г. Москва	486,0	2	Белгородская область	91,8
3	Липецкая область	565,4	3	Липецкая область	92,3
4	Тамбовская область	594,9	4	Брянская область	95,3
5	Воронежская область	601,1	5	Тамбовская область	95,4
6	Рязанская область	609,1	6	Воронежская область	96,4
7	Ярославская область	616,6	7	Владимирская область	96,5
8	Ивановская область	629,8	8	Орловская область	97,0
9	Белгородская область	686,7	9	Курская область	98,7
10	Курская область	697,3	10	Московская область	98,7
11	Брянская область	715,0	11	Тверская область	101,9
12	Тульская область	720,1	12	Рязанская область	102,5
13	Калужская область	734,4	13	Костромская область	103,9
14	Смоленская область	735,0	14	Калужская область	105,4
15	Тверская область	760,4	15	Ярославская область	106,7
16	Костромская область	787,1	16	Смоленская область	107,9
17	Владимирская область	787,9	17	Тульская область	108,9
18	Орловская область	884,8	18	Ивановская область	112,8

Смертность от злокачественных новообразований на 100 тыс. населения январь – ноябрь¹⁾ 2019 г.

рейтинг	область	2019 г.	рейтинг	область	2019г/ 2018 г, %
Российская Федерация		199,1	Российская Федерация		101,0
Центральный федеральный округ		207,8	Центральный федеральный округ		98,9
1	Московская область	176,7	1	Белгородская область	91,9
2	Воронежская область	178,0	2	Тульская область	93,6
3	Белгородская область	180,3	3	Рязанская область	96,2
4	Тамбовская область	182,2	4	Орловская область	96,6
5	Липецкая область	185,3	5	Тверская область	97,7
6	Рязанская область	196,5	6	г. Москва	97,7
7	г. Москва	211,2	7	Брянская область	97,9
8	Смоленская область	215,3	8	Тамбовская область	99,0
9	Ярославская область	223,0	9	Ярославская область	99,6
10	Ивановская область	231,2	10	Воронежская область	99,8
11	Калужская область	232,5	11	Костромская область	99,8
12	Курская область	237,7	12	Смоленская область	99,9
13	Брянская область	244,0	13	Владимирская область	100,4
14	Тульская область	245,1	14	Липецкая область	101,2
15	Владимирская область	246,5	15	Московская область	101,3
16	Тверская область	246,5	16	Курская область	103,3
17	Костромская область	248,8	17	Калужская область	104,2
18	Орловская область	256,5	18	Ивановская область	106,6



3,5 млн

ЖИВУЩИХ С РАКОМ



ВОЛГОГРАД
КРАСНОДАР
НОВОСИБИРСК
суммарное население
3,499 млн.
человек (2017)



600 000

ЗАБОЛЕВШИХ РАКОМ ЗА ГОД



МАХАЧКАЛА
население 592 976
человек (2017)



300 000

УМЕРШИХ ОТ РАКА ЗА ГОД



ЯКУТСК
население 307 911
человек (2017)

СМЕРТНОСТЬ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА



*с учетом возрастно-полового состава страны

Распространённость ЗН

- Кожных покровов – 14,1%;
- Молочной железы – 11,3%;
- Трахеи, бронхов и лёгких – 10,6%;
- Желудка – 7,1%;
- Простаты – 5,5%;
- Прямой кишки и ануса – 5,0%;
- Системы кроветворения – 4,6%;
- Матки - 4,1%;
- Почек – 3,7%;
- Поджелудочной железы – 2,9%;
- Мочевого пузыря – 2,7%;
- Яичников – 2,5%.

Распространённость ЗН у мужчин

- Трахея, бронхи, лёгкие – 18,6%
- Предстательная железа – 12,2%
- Кожные покровы – 11,3%
- Желудок – 8,6%
- Ободочная кишки – 6,1%.

Распространённость ЗН у женщин

- Молочные железы – 20,8%
- Кожные покровы – 16,3%
- Матка – 7,6%
- Ободочная кишка – 7,2%
- Шейка матки – 5,6%
- Яичники – 4,7%.

Выявляемость

- На ранних стадиях – 50,4%

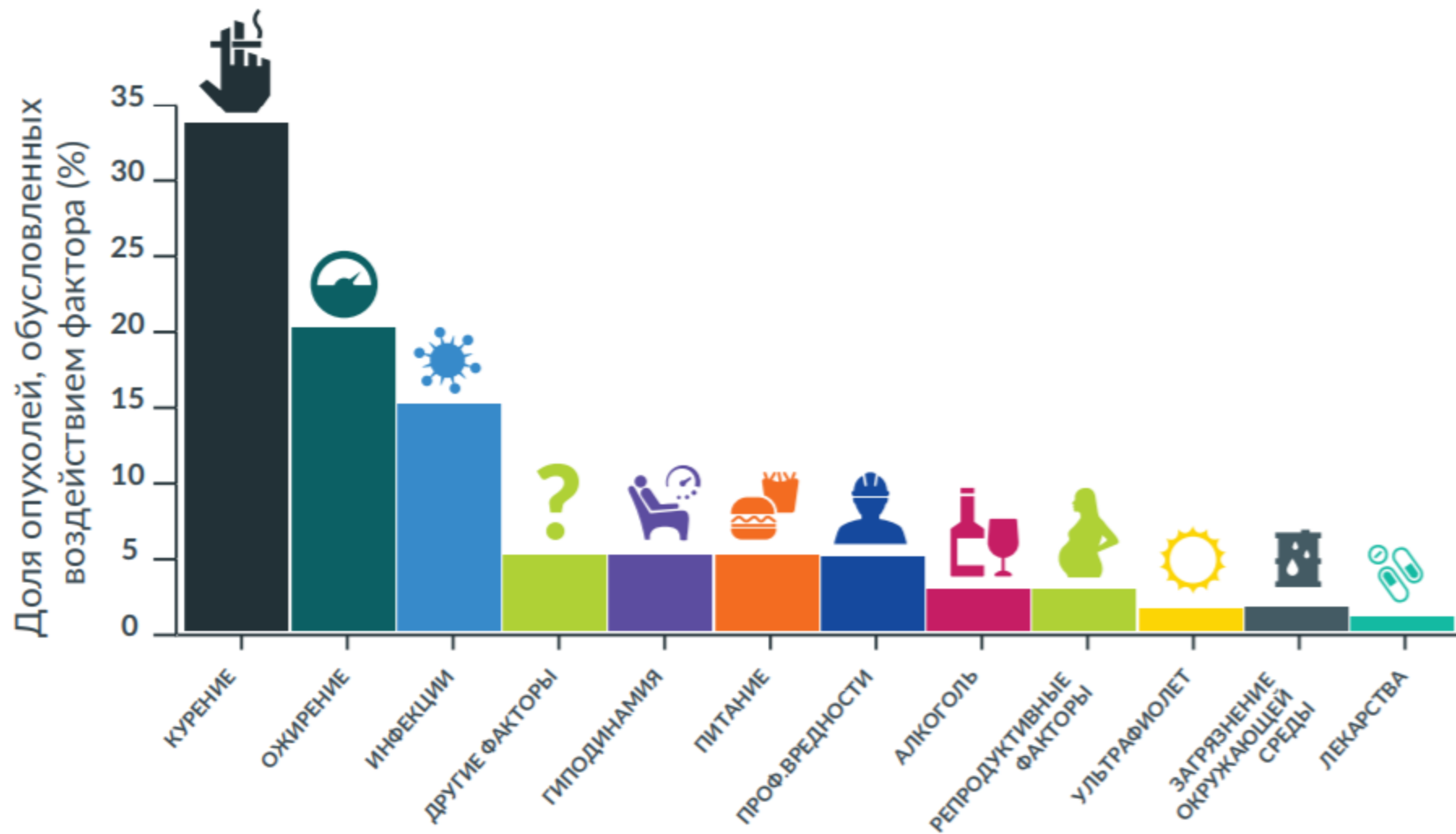
Динамика положительна:

- 2002 г. – 23,9%
- 2010 г. – 48%
- 2/3 онкобольных к моменту лечения имеют генерализованную опухоль

Выживаемость

- В среднем по России – 40%
- 1 стадия – 92%
- 2 стадия – 76%
- 3 стадия – 56%
- 4 стадия – 12%.

КАНЦЕРОГЕННЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ



Фазы канцерогенеза

- Инициация: малигнизация клетки и начало развития опухоли
- Промоция (доклиническая): занимает 2/3 длительности роста ЗН; жалоб и клиники нет; продолжительность 5-10 лет; выявление возможно при регулярном профилактическом обследовании (особенно групп риска)
- Симптоматическая: местные и общие симптомы злокачественного новообразования

Признаки злокачественной опухоли

- Атипия – низкая цитоморфологическая дифференцировка
- Полиморфизм – различный уровень дифференцировки клеток
- Инфильтрирующий и деструирующий рост
- Относительно быстрый рост
- Метастазирует
- Рецидивирует
- Резистентность к химио-лучевой терапии: первичная и вторичная

«Раковая» семья

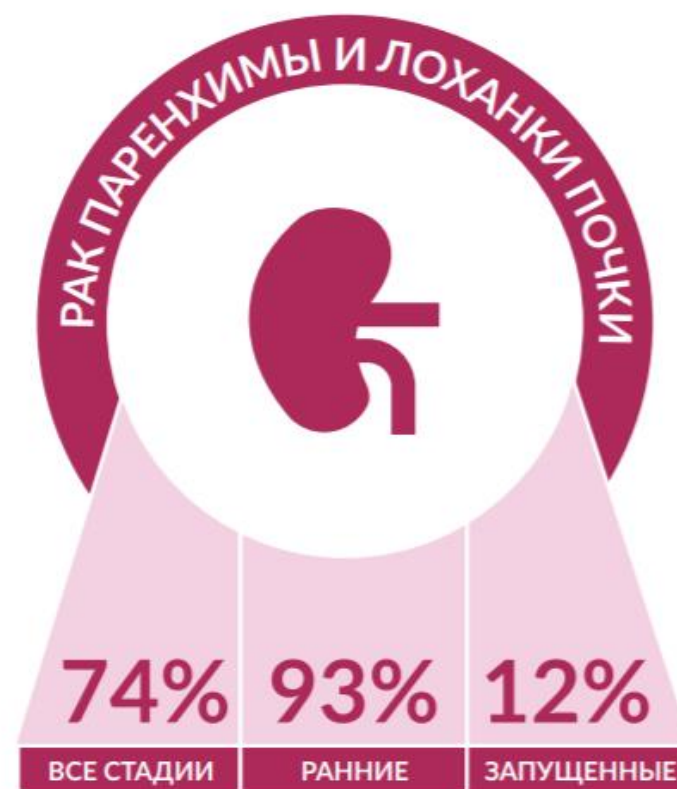
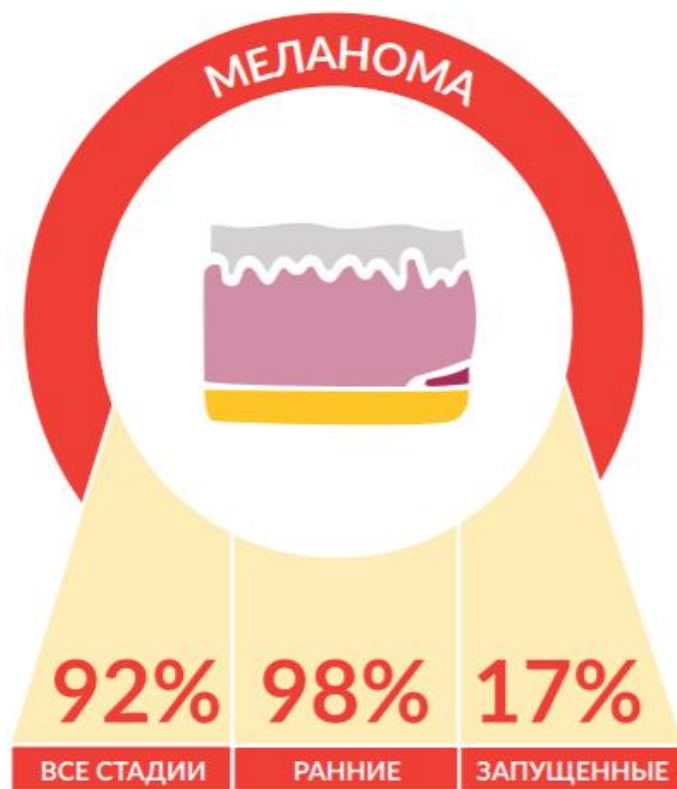
- 2 и более злокачественных новообразования
- Опухоли в молодом возрасте
- Поражают парные органы
- Наблюдаются первично-множественные ЗН
- Есть наследственные предраковые заболевания
- Родственники перенесли химиолучевое лечение по поводу излечивающихся ЗН

Онкологическая настороженность

- Знание предбластоматозных заболеваний;
- Знание симптомов ЗН на ранних этапах;
- Тщательное всестороннее обследование пациента с целью выявления ЗН;
- Установление диагноза в максимально короткий срок с привлечением компетентных специалистов;
- Быстрое направление больного с подозрением на ЗН в онкологическое учреждение;
- Предвидение возможного атипичного или осложнённого течения онкозаболевания.

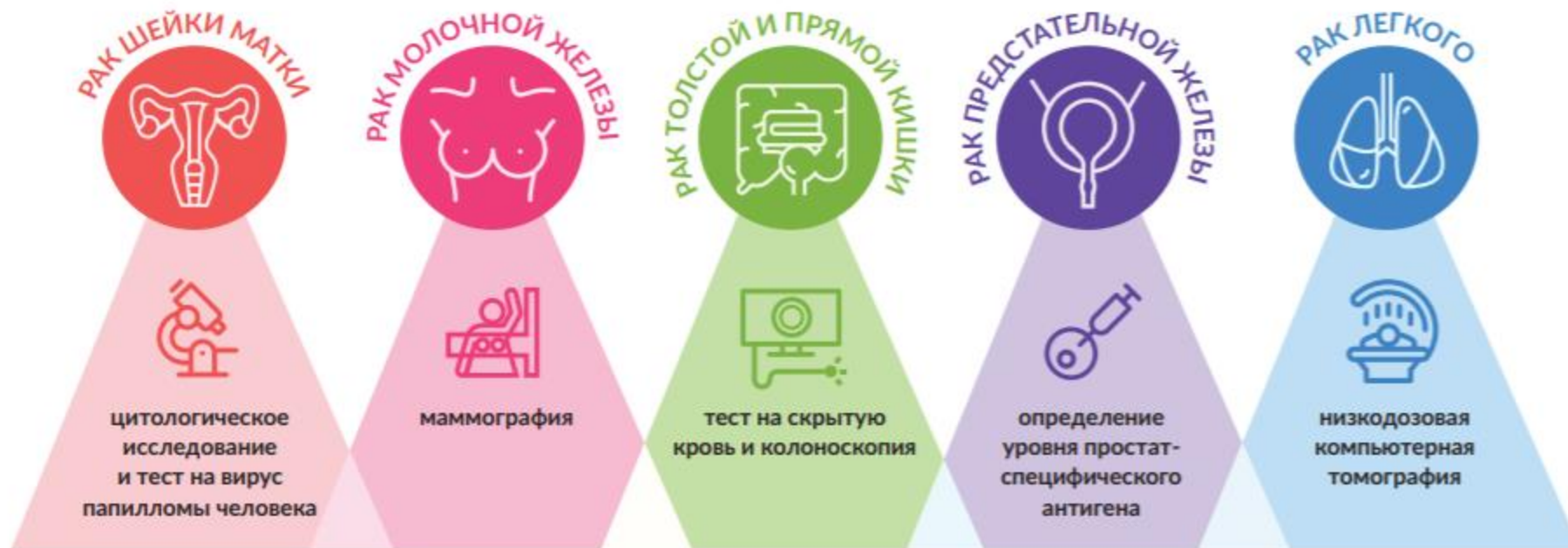
Онкоскрининг и онконастороженность

5-ЛЕТНЯЯ ОБЩАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ



Важен обоснованный научно и
экономически скрининг!

ЭФФЕКТИВНЫЙ СКРИНИНГ



Снижению риска смерти от рака:

80–90%

0–20%

35–60%

0–30%

20%

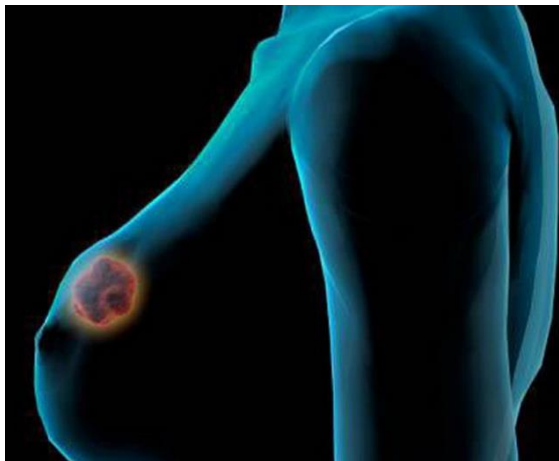
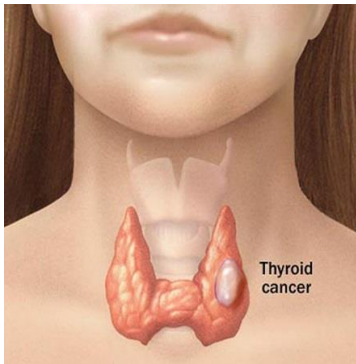
исследования
продолжаются

исследования
продолжаются

Изменение общего самочувствия

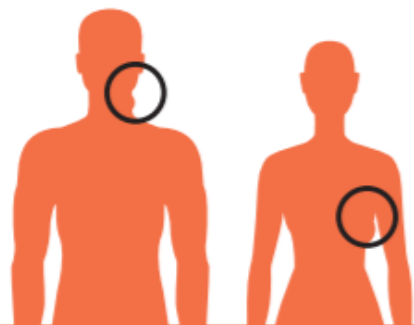
- ✓ Снижение массы тела
- ✓ Потеря аппетита
- ✓ Рецидивирующая лихорадка без признаков инфекции
- ✓ Немотивированная слабость
- ✓ Длительные боли в животе
- ✓ Дисфагия (нарушение прохождения пищи «застревание»)
- ✓ Отвращение к мясу
- ✓ Нарушение стула (запоры или диарея),
- ✓ Примесь крови или слизи в кале
- ✓ Длительный кашель
- ✓ Кровохарканье
- ✓ Осиплость голоса

Изменение вида и формы



ОБНАРУЖИТЬ ОПУХОЛЬ РАНО И СПАСТИ ЖИЗНЬ

БЕСПРИЧИННОЕ



Появление припухлости, узлов, деформации на любых участках тела

ДЛИТЕЛЬНОЕ

Обратитесь к врачу, если эти симптомы сохраняются более 3 недель, особенно если Вы курите или курили ранее



Сохранение кашля, осиплости и изменения голоса, одышки

НЕОБЫЧНОЕ

Если у Вас появились запоры или понос, затруднения при мочеиспускании, сохраняющиеся несколько недель, обратитесь к врачу



Изменение «поведения» вашего кишечника или мочевого пузыря



Появление крови в стуле, в моче, в интервале между месячными или после их прекращения с возрастом



Обратитесь к врачу, если дефекты кожи и слизистых сохраняются более 3 недель, даже если они безболезненны

Ранки и повреждения, которые не заживают



ЦВЕТ ФОРМА РАЗМЕР

Возьмите за правило осматривать свою кожу каждые несколько месяцев. Обратитесь к врачу, если родинки вдруг изменили цвет, размер или форму

Новые родинки или изменение ранее существовавших

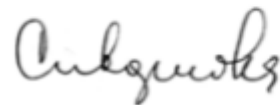
Симптоматика

- Длительная изжога
- Дисфагия
- Рвота
- Дискомфорт в желудке или боль после приёма пищи
- Чувство заполненности и вздутие живота
- Кишечные расстройства (запоры, поносы, чередование запоров с поносами, урчание и вздутие живота)
- Учащенное мочеиспускание, частые ночные мочеиспускания, вялая струя мочи, мочеиспускание малыми порциями, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, боль при мочеиспускании, появление крови в моче
- Изменение формы молочных желез.
- Наличие опухолевидного образования в молочной железе.
- Отек молочной железы
- Периодические выделения из соска.
- Изменение формы соска, в том числе втяжение.
- Изменение кожного покрова молочной железы («лимонная корочка»)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

«УТВЕРЖДАЮ»

**Заместитель министра
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации**



В.И. Скворцова

«22» октября 2009 г.

**АЛГОРИТМЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Методические рекомендации
для организаторов здравоохранения, врачей первичного звена,
врачей-специалистов**

Таблица №5

СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА

Симптомы опухолевой пато- логии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Ощущение прохо- ждения пищи по пищеводу Затруднения при глотании. К другим часто наблюдаемым сим- птомам относятся снижение массы тела, боль за гру- диной, Ухудшение общего самочувствия, сла- бость.	Клинический осмотр * и пальпация Рентгенологическое ис- следование пищевода, желудка, легких, средо- стения. Эзофагогастроскопия Гистологическое и цитологическое исследо- вания биоптата Консультация онколога (уточняющая диагности- ка, при возможности КТ.)	Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Лучевая терапия Реконструктивно- пластические операции Малоинвазивные видеоэндоскопические операции Фотодинамическая терапия (ФДТ) при I стадии заболе- вания и противопоказаниях к операции Лечение в специализиро- ванном онкологическом стационаре

Таблица №6

**СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА РАКА
ТРАХЕИ, БРОНХОВ ЛЕГКОГО**

Симптомы опухолевой пато- логии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Длительный кашель, сухой или с мокротой, кровохарканье, Изменение характера кашля у курильщиков. Одышка. Боль в грудной клетке. Слабость. Беспричинное повышение температуры тела. Общая слабость, похудание.	Клинический осмотр* Рентгенологические методы с цифровой обработкой получаемых данных Трахеобронхоскопия с биопсией Трансторакальная биопсия опухоли Цитологическое и гистологическое исследования Консультация онколога (уточняющая диагностика, при возможности КТ.)	Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Фотодинамическая терапия (ФДТ) Малоинвазивные видеозендоскопические операции Фотодинамическая терапия (ФДТ) при I стадии заболевания и противопоказаниях к операции Лечение в специализированном онкологическом стационаре

Паранеопластический синдром (ПНС)

Симптомокомплекс, патогенетически связанный со злокачественным новообразованием, но прямо не зависящий от объёма опухоли или её стадии, от объёма или распространённости метастазов.

Критерии паранеопластических процессов

- Сосуществование ПНС и онкологических заболеваний и их параллельное развитие;
- Склонность к рецидивированию;
- Неспецифичность клинико-лабораторных изменений;
- Отсутствие параллелизма с местными симптомами опухоли;
- Резистентность к терапии;
- Ослабление или исчезновение ПНС после радикального излечения опухоли;
- Возобновление или появление ПНС при рецидиве ЗН или метастазировании

Варианты ПНС

- Общие, кожные, костно-суставные, мышечные, кардиологические, офтальмологические, нефрологические, эндокринологические, желудочно-кишечные, неврологические, гематологические, метаболические.

Рак простаты

Рекомен- дации	American Cancer Society	American College of Physician	American Urological Associa- tion	Canadian Urological Associa- tion	European Associa- tion of Urology	Sociedade Brasileira de Urologia	National Comprehen- sive Cancer Network
Год	2010	2013	2013	2011	2014	2011	2015
Популя- ционный скрининг (массо- вый)	Не рекомендуется (эксперты против)						
Методы скрининга	ПСА или ПСА + ЦРИ	ПСА с или без ЦРИ	ПСА	ПСА и ЦРИ	ПСА и ЦРИ	ПСА и ЦРИ	ПСА с или без ЦРИ
Возраст, начало скрининга (в общей популя- ции)	≥50 лет	50–69 лет	55–69 лет	≥50 лет	≥50 лет	≥50 лет	45 лет
Возраст при уве- личенном риске	Высокий риск ≥45 лет Очень вы- сокий риск ≥40 лет	–	Повы- шенный риск: 40– 54 лет	Повы- шенный риск ≥40 лет	Повы- шенный риск ≥45 лет	Повы- шенный риск ≥45 лет	–
Интервал	Ежегодно, если ПСА ≥2,5 нг/мл 1 раз в 2 года, если ПСА <2,5 нг/мл	Ежегодно, если ПСА ≥2,5 нг/дл	1 раз в 2 года	Ежегод- но	2–8 лет	Не ука- зано	1–2 года, если ПСА ≥1 нг/мл 2–4 года, если ПСА <1 нг/дл
Возраст, в котором не реко- мендуется продол- жать скрининг		ОПЖ менее 10– 15 лет, возраст >70 лет	ОПЖ менее 10– 15 лет, возраст >70 лет		ОПЖ менее 15 лет	ОПЖ менее 10 лет	ОПЖ менее 10 лет или возраст >75 лет*

Примечания:

ПСА – простатспецифический антиген; ЦРИ – цифровое ректальное исследование; ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни.

* – пациенты старше 75 лет с отличным здоровьем, без сопутствующих заболеваний могут продолжать скрининг.

Скрининг на рак предстательной железы не рекомендуют STFRHC, ESMO, INCA и USPSTF, поэтому они не представлены в таблице.

Рекомендации по химиопрофилактике для женщин с умеренным риском рака молочной железы

Рекомендуется предложить прием:

- тамоксифена в течение 5 лет в пременопаузе, если нет высокого риска тромбозов или рака эндометрия;
- анастрозола в течение 5 лет в постменопаузе, если нет тяжелого остеопороза. Если остеопороз есть или женщина не хочет принимать анастрозол можно рассмотреть, как альтернативу;
- тамоксифен в течение 5 лет, если нет в анамнезе и/или высокого риска тромбозов или рака эндометрия, или
- ралоксифен в течение 5 лет, если не было операции по удалению матки и/или если у них нет в анамнезе и/или нет высокого риска тромботических осложнений или они не хотят принимать тамоксифен.

Рекомендации для женщин, принимающих химиопрофилактику

Не рекомендуется продолжать химиопрофилактику более 5 лет.

Рекомендуется прекратить прием тамоксифена, по крайней мере: за 2 мес до попытки забеременеть и/или за 6 нед до плановой операции.

Рекомендации по обследованию женщин, у которых в анамнезе не было рака молочной железы

Возраст	Средний риск	Высокий риск				
		высокий риск (30% или ниже мутации <i>BRCA</i> или <i>TP53</i>)	не проходили тестирование, но вероятность <i>BRCA</i> 30%	мутация <i>BRCA1</i> or <i>BRCA2</i>	не проходили тестирование, но вероятность носительства <i>TP53</i> >30% 4	мутация <i>TP53</i>
20–29	Маммография не рекомендуется	Маммография не рекомендуется	Маммография не рекомендуется	Маммография не рекомендуется	Маммография не рекомендуется	Маммография не рекомендуется
	МРТ не рекомендуется	МРТ не рекомендуется	МРТ не рекомендуется	МРТ не рекомендуется	Рекомендуется ежегодная МРТ	Рекомендуется ежегодная МРТ
30–39	Маммография не рекомендуется	Рекомендуется ежегодная маммография	Рекомендуется ежегодная МРТ и возможно ежегодная маммография	Рекомендуется ежегодная МРТ и возможно ежегодная маммография	Маммография не рекомендуется	Маммография не рекомендуется
	МРТ не рекомендуется	МРТ не рекомендуется			Рекомендуется ежегодная МРТ	Рекомендуется ежегодная МРТ

Возраст	Средний риск	Высокий риск				
		высокий риск (30% или ниже мутации <i>BRCA</i> или <i>TP53</i>)	не проходили тестирование, но вероятность <i>BRCA</i> 30%	мутация <i>BRCA1</i> or <i>BRCA2</i>	не проходили тестирование, но вероятность носительства <i>TP53</i> >30% 4	мутация <i>TP53</i>
40–49	Рекомендуется ежегодная маммография	Рекомендуется ежегодная маммография	Рекомендуется ежегодная маммография или ежегодная МРТ	Рекомендуется ежегодная маммография и ежегодная МРТ	Маммография не рекомендуется	Маммография не рекомендуется
	МРТ не рекомендуется	МРТ не рекомендуется			Рекомендуется ежегодная МРТ	Рекомендуется ежегодная МРТ
50–59	Рекомендуется ежегодная маммография	Рекомендуется ежегодная маммография	Рекомендуется ежегодная маммография	Рекомендуется ежегодная маммография	Маммография как часть популяционного скрининга	Маммография не рекомендуется
	МРТ не рекомендуется	МРТ не рекомендуется	МРТ не рекомендуется если только нет изменения плотности молочной железы	МРТ не рекомендуется если только нет изменения плотности молочной железы	МРТ не рекомендуется если только нет изменения плотности молочной железы	Рекомендуется ежегодная МРТ
60–69	Маммография как часть популяционного скрининга	Маммография как часть популяционного скрининга	Маммография как часть популяционного скрининга	Рекомендуется ежегодная маммография	Маммография как часть популяционного скрининга	Маммография не рекомендуется
	МРТ не рекомендуется	МРТ не рекомендуется	МРТ не рекомендуется если только нет изменения плотности молочной железы	МРТ не рекомендуется если только нет изменения плотности молочной железы	МРТ не рекомендуется если только нет изменения плотности молочной железы	Рекомендуется ежегодная МРТ
70+	Маммография как часть популяционного скрининга	Маммография как часть популяционного скрининга	Маммография как часть популяционного скрининга	Маммография как часть популяционного скрининга	Маммография как часть популяционного скрининга	Маммография не рекомендуется

Американская академия семейных врачей, 2017

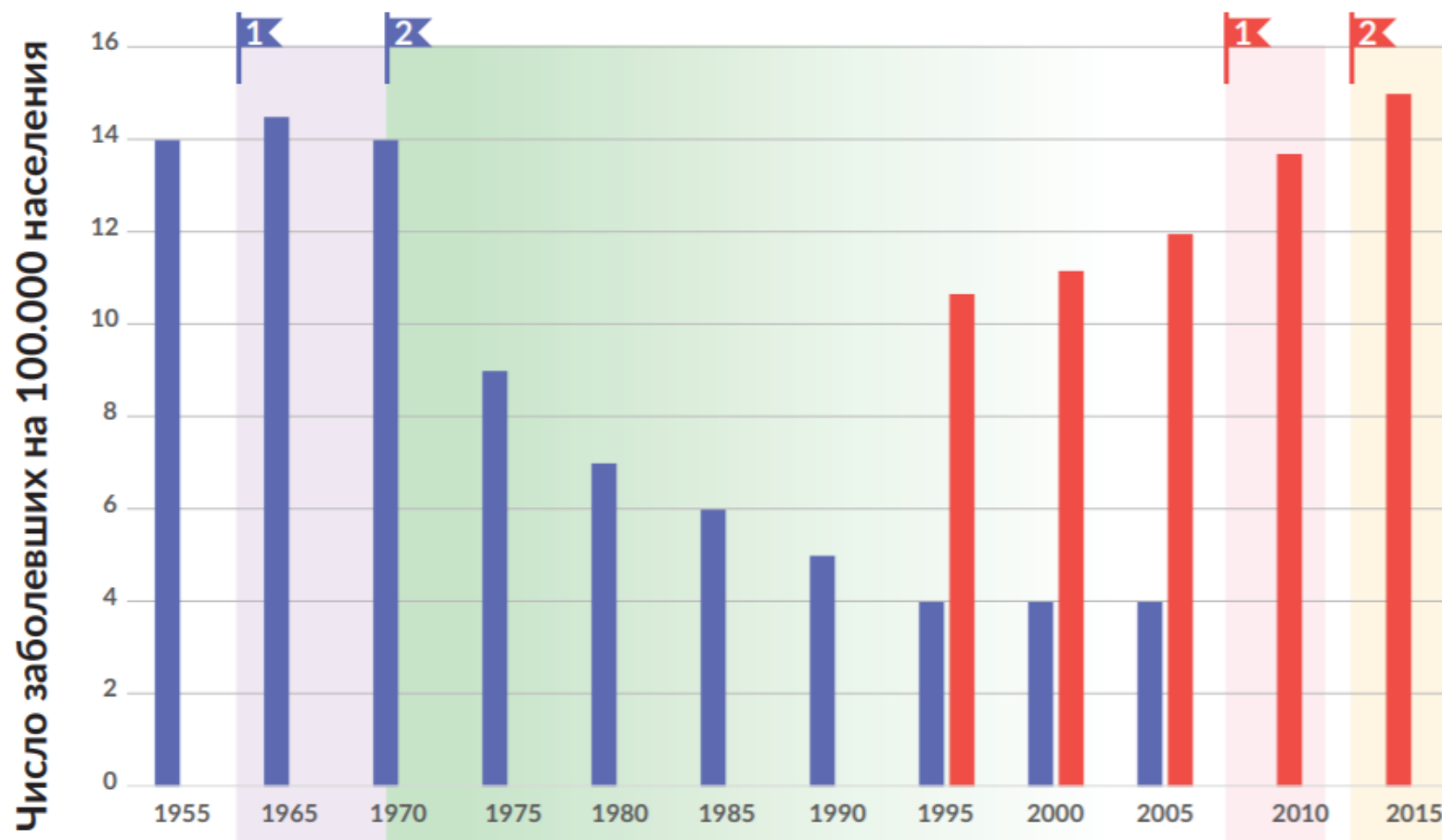
В настоящее время недостаточно данных, чтобы рекомендовать:

- скрининг с целью улучшения прогноза среди бессимптомных взрослых, без наличия в анамнезе данных указывающих на возможность ИБС та-ких исследований, как высокочувствительный С-реактивный белок, лодыжечно-плечевой индекс, количество лейкоцитов, уровень глюкозы в крови натощак, пародонтоз, толщина интимы—медии сонных артерий, кальцификация коронарных артерий по данным электронно-лучевой компьютерной томография, уровень гомоцистеина и липопротеина;
- скрининг на ИБС у взрослых с умеренным риском развития коронарных событий;
- скрининг на выявление хронического заболевания почек (креатинин, скорость клубочковой фильтрации и анализ мочи на альбумин) у бессимптомных взрослых;
- скрининг подростков, взрослых и беременных женщин на употребление наркотиков (без медицинских показаний);
- скрининг на выявление железодефицитной анемии и рутинного применения препаратов железа у беременных женщин с целью предотвращения неблагоприятных последствий;
- скрининг на рак легкого с использованием низкодозной компьютерной томографии для лиц с высоким риском развития рака легких в зависимости от возраста и курения;
- скрининг на рак молочной железы с помощью пальпаторного обследования от 40 лет и старше;
- скрининг на обструктивное апноэ во время сна у бессимптомных взрослых;
- скрининг на дисфункцию щитовидной железы у небеременных и бессимптомных взрослых;
- скрининг на рак ротовой полости у бессимптомных взрослых;
- скрининг на рак кожи у взрослых;
- скрининг на риск самоубийства у людей;
- скрининг на нарушение остроты зрения у пожилых людей;
- скрининг на дефицит витамина D;
- назначение поливитаминов или биодобавок для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний или рака;
- назначение витамина D и биодобавок с кальцием для первичной профилактики переломов у женщин в пременопаузе или у мужчин.

Американская академия семейных врачей выступает против:

- геномной оценки риска развития сердечно-сосудистых болезней (нет доказательств, что это приводит к снижению риска неблагоприятных событий);

- рутинного серологического скрининга на генитальный вирус простого герпеса бессимптомных подростков и взрослых;
- рутинного скрининга общей популяции бессимптомных взрослых на хронический вирусный гепатит В;
- скрининга на стеноз сонной артерии у бессимптомных взрослых в общей популяции;
- скрининга на рак яичников у женщин;
- скрининга на рака яичка у бессимптомных мужчин;
- скрининга на рак простаты с помощью простатспецифического антигена;
- скрининга на рак поджелудочной железы у бессимптомных взрослых с использованием пальпации живота, ультразвукового исследования, или серологических маркеров;
- скрининга на выявление хронической обструктивной болезни легких у бессимптомных взрослых с использованием спирометрии;
- скрининга на рак щитовидной железы у бессимптомных лиц с помощью ультразвукового исследования;
- скрининга на ИБС у бессимптомных взрослых с низким риском коронарных событий с использованием ЭКГ в покое или с нагрузкой;
- скрининга на бессимптомную бактериурию с определением микрофлоры мочи у мужчин и небеременных женщин;
- использования иммунного маркера в качестве метода скрининга для инсулинозависимый сахарный диабет у бессимптомных лиц;
- использования β-каротина или E-витаминовых добавок для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний или рака;
- использования комбинации эстрогена и прогестина у женщин в постменопаузе для профилактики хронических постменопаузальных нарушений и применения эстрогена для профилактики хронических заболеваний в постменопаузе у женщин, перенесших гистерэктомию.



■ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РШМ
В ФИНЛЯНДИИ И НИДЕРЛАНДАХ

■ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РШМ
В РФ

1 Начало скрининговой
программы

1 ФЦП* «Предупреждение
и борьба с социально значимыми
заболеваниями»

2 Охват скринингом
>80% населения

2 Старт программы
диспансеризации в рамках ОМС

*ФЦП – федеральная целевая программа, включала раздел «Онкология»

Мероприятия, направленные на раннюю диагностику онкологических заболеваний



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 13 марта 2019 г. N 124н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА
И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Приложение N 2
к порядку проведения профилактического
медицинского осмотра и диспансеризации
определенных групп взрослого населения,
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 13.03.2019 N 124н

ПЕРЕЧЕНЬ
МЕРОПРИЯТИЙ СКРИНИНГА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ
НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводятся:

а) скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (у женщин):

в возрасте 18 лет и старше - осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом 1 раз в год;

в возрасте от 18 до 64 лет включительно - взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года <17>;

б) скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (у женщин):

в возрасте от 40 до 75 лет включительно - маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм <18> 1 раз в 2 года;

в) скрининг на выявление злокачественных новообразований предстательной железы (у мужчин):

в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет - определение простат-специфического антигена в крови;

г) скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:

в возрасте от 40 до 64 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом <19> раз в 2 года;

в возрасте от 65 до 75 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом <20> 1 раз в год;

д) осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;

е) скрининг на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:

в возрасте 45 лет - эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).

2 этап диспансеризации

- а) исследования на выявление злокачественных новообразований легкого:
 - рентгенография легких или компьютерная томография легких;
- б) исследования на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:
 - эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара);
- в) исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:
 - ректороманоскопия;
 - колоноскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).

ДН ЗНО

- Больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.
- Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются: в течение первого года - один раз в три месяца, в течение второго года - один раз в шесть месяцев, в дальнейшем - один раз в год.

Сроки диагностики и ДН

Наименование клинической группы	Определение понятий	Необходимая документация	Тактика по отношению к больным	Сроки диспансеризации	Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу
Ia	Больные с заболеваниями, с подозрением на злокачественные	Амб. карта N 025/y, контр. карта N 030/y	Диагноз должен быть уточнен в течение 10 дней	Если больной направлен на лечение в др. ЛПУ, то леч. врач обязан проверить через 10 дней уехал ли больной на лечение	При подтверждении диагноза заполняется инф.карта N 30-6-PP. Больной учитывается по II кл.группе
Iб	Больные с предраковыми заболеваниями	N 030/y	Лечение амбулаторно или в стационаре	Излеченные находятся под ДН до 1 года. Осматриваются 1 раз в 3 месяца	При полном выздоровлении и отсутствии рецидива в течение года больные снимаются с учета
II	Больные со злокачественными опухолями, подлежащие радикальному лечению	Информационная карта N 30-6-PP, выписка N 027/ly или выписной эпикриз	Подлежат лечению, которое следует начать не позже 7 - 10 дней после установления диагноза	Врач, направляющий больного на лечение, обязан через 7-10 дней выяснить, находится ли больной на лечении	После излечения больные переводятся в III клиническую группу. Если больной не излечен, то он остается во II кл. гр., при появлении отдаленных MTS переводится в IV клиническую группу.

III	Больные, излеченные от злокачественного заболевания	Новая документация не заводится, за исключением случаев, когда больные ранее не состояли на учете	Подлежат ДН на протяжении всей жизни	Осматриваются: 1 год - после излечения - 1 раз в 3 мес. 2 год - 1 раз в 6 мес. свыше 2-х лет - 1 раз в год	С учета не снимаются. При возникновении рецидива или MTS переводится во II или IV клиническую группу
IV	Больные с запущенными опухолями	Если запущенная ст. диагностирована при первом обращении, заполняются : 1) инф. карта 30-б-РР, 2) выписка 027/1у (выписной эпикриз), 3) протокол запущенности 027/2у	Проводится симптоматическое лечение по месту жительства участковым терапевтом	Вызову на контрольные осмотры не подлежат. Наблюдаются участковым терапевтом. План лечения согласовывается с онкологом.	С учета снимаются после смерти.

Алгоритм «Онконастороженность» – участковый терапевт

Пациент –
подозрение на
ЗНО

Осмотр,
выявление
симптомов
«тревоги»

Общеклиническое
обследование +
прицельное
обследование в
течение 10-14 дней
(не более 14 дней) –
алгоритм в
соответствии с типом
рака –
регламентировано
документами

В амбулаторной карте
выставляются все
НИЗ, затем с-г под
вопросом, либо
«онкопоиск»

Возможно
направление
пациента к
онкологу
поликлиники для
онокопоиска или
уточнения
диагноза

Направление всех
пациентов в ОКОД
для установления
диагноза (без
TNM)

В поликлинику из ОКОД отправляется
извещение, возможно направление пациента
на дообследование после ВК ОКОД для
уточнения степени риска смерти (напр. тест с
ФН, спирометрия и т.д.)

Верификация
диагноза и оценка
риска операции и
ПХТ

Алгоритм «Онконастороженность» – участковый терапевт

Операция или ПХТ
или лучевая
терапия и др.

Обследование у
терапевта, ДН у
онколога

При выявлении
онкотоксичности –
обследование,
коррекция, контакт с
химиотерапевтом,
направление на ВК в
ОКОД

При наличии
заключения ВК
ОКОД на выписку
лекарственных
препаратов – ВК
ПК и отправление
протокола в МЗ РО

Выдача препарата,
ДН у онколога,
контроль
токсичности
участковым
терапевтом

Заранее
обсуждение
посмертного
диагноза с
начмедом ПК

Направление пациента к онкологу

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российское научное медицинское общество терапевтов

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства»

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно- исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена» Министерства здравоохранения Российской Федерации

НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Рекомендации

МОСКВА 2013 г

Нозологическая форма	Периодичность осмотров у онколога
Наблюдаются у врача-терапевта	
Хронический бронхит (в том числе курильщика) с частыми обострениями	по показаниям
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	по показаниям
Язвенная болезнь желудка: частые рецидивы, осложнения	по показаниям
Атрофический гастрит	по показаниям
Семейный полипоз толстой кишки, синдром Партнера, синдром Пейца- Егерса, синдром Турко	по показаниям
Полипы желудка, полипоз желудка, полипоз кишечника	по показаниям
Хронический колит с частыми обострениями	по показаниям
Состояние после резекции желудка (более 10 лет после операции)	по показаниям
Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки	по показаниям
Ахалазия, лейкоплакия пищевода. Рубцовая стриктура пищевода	по показаниям
Наблюдаются у врача-пульмонолога	
Идиопатический фиброзирующий альвеолит Лёгочные фиброзы разной этиологии	1 раз в год 1 раз в год
Наблюдаются у врача-эндокринолога	
Диффузный токсический зоб. Аутоиммунный тиреоидит	по показаниям
Узловой эутиреоидный зоб	по показаниям
Гиполютеиновая дисфункция яичников	по показаниям
Состояние после операции по поводу феохромоцитомы в стадии ремиссии	по показаниям
Синдром Стейна-Левенталя	по показаниям
Вирилизующие опухоли яичников (после операции)	по показаниям
Множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭА-I, синдром Вернера)	1 раз в год
Множественный эндокринный аденоматоз, тип II (МЭА-II, синдром Сипла) и тип III (МЭА-III, синдром невром слизистых оболочек)	1 раз в год

Синдром Тернера, синдром тестикулярной феминизации	1 раз в год
Дисгенезия гонад	1 раз в год
Псевдогермафродитизм	1 раз в год
Наблюдаются у врача-гематолога	
Острые лейкозы	по показаниям
Хронический миелолейкоз	по показаниям
Хронический лимфолейкоз	по показаниям
Миеломная болезнь	по показаниям
Лимфоаденопатия	по показаниям
Остеомиелосклероз	1 раз в год
Гипопластическая анемия	1 раз в год
Наблюдаются у врача-невропатолога	
Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы: радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) после выраженного приступа заболевания с временной утратой трудоспособности; декомпенсация заболевания (затянувшееся обострение, частые обострения)	по показаниям
Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)	по показаниям
Туберкулезный склероз	по показаниям
Телеангиэктатическая атаксия (синдром Луи-Бар)	по показаниям

Наблюдаются у врача-хирурга	
Полипоз толстой кишки после оперативного лечения: диффузный ворсинчатые опухоли множественные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы единичные тубулярные аденомы	1 раз в год
Множественные и единичные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы (после операции)	1 раз в год
Одиночные полипы толстой кишки, не подлежащие операции (размер менее 0,4 см)	1 раз в год
Наблюдаются у врача-хирурга/врача-маммолога	
Мастопатия фиброзно-кистозная (фиброаденоматоз или дисгормональные гиперплазии)	1 раз в год, по показаниям чаще
Узловая мастопатия	1 раз в год, по показаниям чаще
Фиброаденома молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще
Папилломатоз молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще

Наблюдаются у врача-уролога	
Аденома предстательной железы	1-2 раза в год
Хронический простатит	1-2 раза в год
Папилломы, полипы мочевого пузыря и уретры	1-2 раза в год
Лейкоплакия, лейкокератоз, остроконечные кондиломы (папилломы) полового члена	1-2 раза в год
Наблюдаются у врача-травматолога-ортопеда	
Состояния после оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате в связи с опухолевым и системным поражением	ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год

Наблюдаются у врача-офтальмолога	
Опухоли век, конъюнктивы, Злокачественные новообразования органа зрения (после проведенного специального лечения (хирургического, лучевого))	по показаниям
Наблюдаются у врача-оториноларинголога	
Хронический ларингит, хронический хордит, контактные язвы, папилломатоз, фиброматоз, пахидермия	по показаниям
Наблюдаются у врача-стоматолога	
Лейкоплакия	2 раза в год
Красный плоский лишай	по показаниям
Абразивный хейлит Манганотти	по показаниям
Кератоакантома или кожный рог	по показаниям
Папилломатоз полости рта	по показаниям
Состояние после операции по поводу доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области: костей (кисты, амелобластомы, эпулисы и т.д.) мягких тканей (смешанная, сосудистая, папилломы, фибромы, миомы и др.)	по показаниям
Лучевые поражения костных и мягких тканей челюстно-лицевой области	2 раза в год

Наблюдаются у врача-дерматолога	
Дерматомиозит	по показаниям
Баланопостит, крауроз	по показаниям
Невусы (сосудистые, пигментные)	по показаниям
Синдром базально-клеточного невуса	ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год
Синдром линейного сального невуса	
Пигментная ксеродерма	
Множественный родинковый синдром	
Наблюдаются у врача-гинеколога	
Эрозия шейки матки	по показаниям
Эктропион	по показаниям
Полипы шейки матки и эндометрия	по показаниям
Эндометриоз	по показаниям
Кодиломы шейки матки	по показаниям
Дискератозы шейки матки (лейкоплакия, крауроз)	по показаниям
Гиперплазия эндометрия (железистая и атипическая)	по показаниям
Аденоматоз	по показаниям
Дисплазия эпителия шейки матки II-III степени	не реже 1 раза в год

ЛЕЧЕНИЕ РАКА

The infographic is shaped like a classical building with a triangular pediment. The pediment contains the title 'ЛЕЧЕНИЕ РАКА'. Below it are five colorful columns, each representing a different cancer treatment. Each column has a vertical label and a base indicating its historical timeline. The columns are: 1. Red, labeled 'ХИРУРГИЯ', base 'с античных времен — до наших дней'. 2. Pink, labeled 'ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ', base 'с 1890-х до наших дней'. 3. Green, labeled 'ХИМИОТЕРАПИЯ', base 'с 1940-х до наших дней'. 4. Purple, labeled 'ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ', base 'с 1990-х до наших дней'. 5. Blue, labeled 'ИММУНОТЕРАПИЯ', base 'с 1990-х до наших дней'.

ХИРУРГИЯ

с античных времен —
до наших дней

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

с 1890-х
до наших дней

ХИМИОТЕРАПИЯ

с 1940-х
до наших дней

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ

с 1990-х
до наших дней

ИММУНОТЕРАПИЯ

с 1990-х
до наших дней

Паллиативная ПОМОЩЬ

Нормативные документы

- **Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ**
(ред. от 13.07.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015)
"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. N 187н
"Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению"

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ
(ред. от 13.07.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с
24.07.2015)

"Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации»

- Статья 36. Паллиативная
медицинская помощь

1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Определение

- ВОЗ (2002 г.) определяет паллиативную помощь как «активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития».

Определение

- Вид медицинской помощи, направленной на улучшение качества жизни граждан, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, которые, как правило, приводят к преждевременной смерти, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

- Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми хроническими прогрессирующими заболеваниями и состояниями, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения и медицинской реабилитации

Основные группы пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи

- пациенты с различными формами злокачественных новообразований;
- пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;

Основные группы пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи

- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания;
- пациенты с социально значимыми инфекционными заболеваниями в терминальной стадии развития, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи.

Паллиативная помощь направлена:

- на облегчение страданий больного;
- удовлетворение духовных потребностей больного и его близкого окружения;
- формирование отношения к смерти как к нормальному этапу жизненного пути человека;
- решение юридических и социальных вопросов;
- оказание психологической поддержки семье и близким больного.

Учреждения, которые должны оказывать паллиативную медицинскую помощь:

- центры паллиативной помощи;
- кабинеты паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- отделения паллиативной помощи в структуре многопрофильных стационаров;
- хосписы (хоспис-стационар, хоспис на дому, патронажная помощь);
- клиники боли, кабинеты противоболевой терапии;
- отделения сестринского ухода, отделения милосердия, медико-социальной помощи;
- некоторые гериатрические центры;
- учреждения социальной защиты населения;
- благотворительные организации, фонды и общественные движения, оказывающие помощь инакурабельным больным и их родственникам.

Показаниями к госпитализации в хоспис или отделение паллиативной помощи

- Медицинские
- Социально-бытовые: отсутствие условий для обеспечения надлежащего ухода и лечения на дому, психологический дискомфорт и др.

Медицинские показания

- выраженный болевой синдром;
- нарастание симптоматики,отягощающей состояние пациента и отсутствие адекватной терапии в домашних условиях (асцит, выраженная кахексия, анорексия, паранеопластические синдромы, кровотечение и др.);
- необходимость подбора или коррекции схемы терапии для продолжения лечения на дому;
- отсутствие возможности для симптоматического лечения в домашних условиях.

Функции хосписа

- оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе и на дому, и в стационарных условиях;
- назначение и выписывание психотропных и наркотических препаратов по показаниям;
- организация и осуществление ухода за пациентами (профилактика и лечение пролежней, уход за дренажными системами, кормление, включая и зондовое);
- взаимодействие с органами системы социального обслуживания.

Принципы деятельности хосписа или отделения паллиативной помощи

- общедоступность и равнодоступность помощи в стационаре и на дому;
- гуманность к страданиям пациентов и их родственников;
- открытость диагноза при условии готовности пациента принять его;
- не приближать наступление смерти, но и не мешать естественному уходу пациента из жизни;
- не давать пациентам и их родственникам невыполнимых обещаний;
- по возможности, полное удовлетворение физических, психологических, духовных и религиозных запросов пациентов;
- максимально приблизить условия пребывания пациентов в стационаре к домашним;
- оптимизировать работу команды: заведующий отделением, лечащий врач, психолог, медсестра, санитарка, социальный работник,
- волонтер, пациент и его родные.

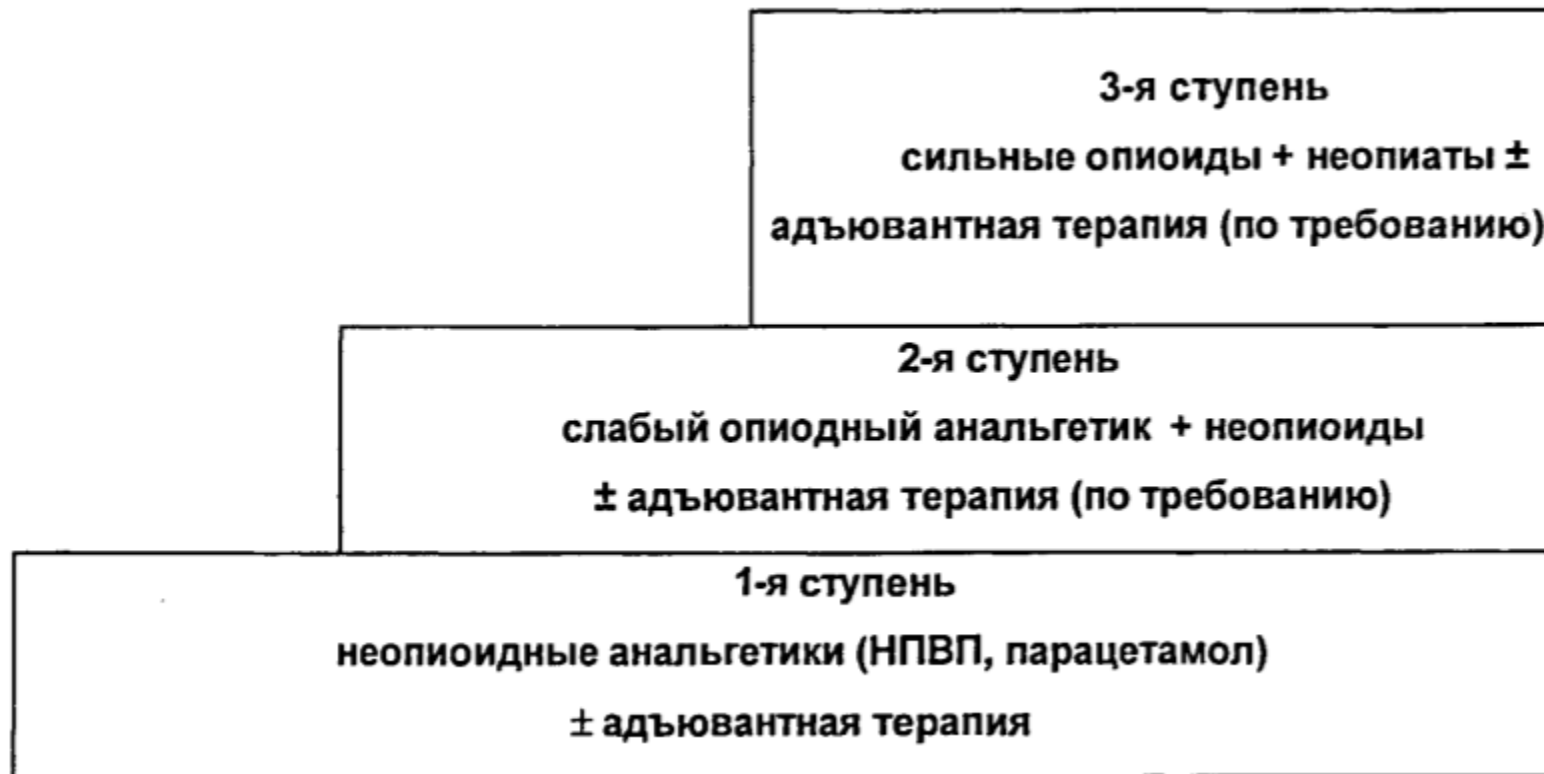
Критерии интенсивности боли

Интенсивность болевого синдрома	ВАШ	Проявление боли, симптомы
Боли нет	0	Жалоб нет
1 степень слабая боль	до 40%	Больной спокойно сообщает о своей боли, которая хорошо купируется на 4–6 часов парацетамолом, анальгином или средними дозами НПВП, ночной сон не нарушен из-за боли
2 степень умеренная боль	40–70%	Парацетамол, анальгин или средние дозы НПВП малоэффективны (не более 1–3 часов), ночной сон нарушен приступами боли
3 степень сильная боль	более 70%	Трамадол в комбинации с парацетамолом или анальгином или НПВП – малоэффективен, боль вызывает страдание у пациента при воспоминании о ней, нарушает его ночной сон
3 степень нестерпимая боль	100%	Больной на момент осмотра мечется, стонет, страдает от сильнейшей боли, принимает вынужденное положение НЕОБХОДИМА НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

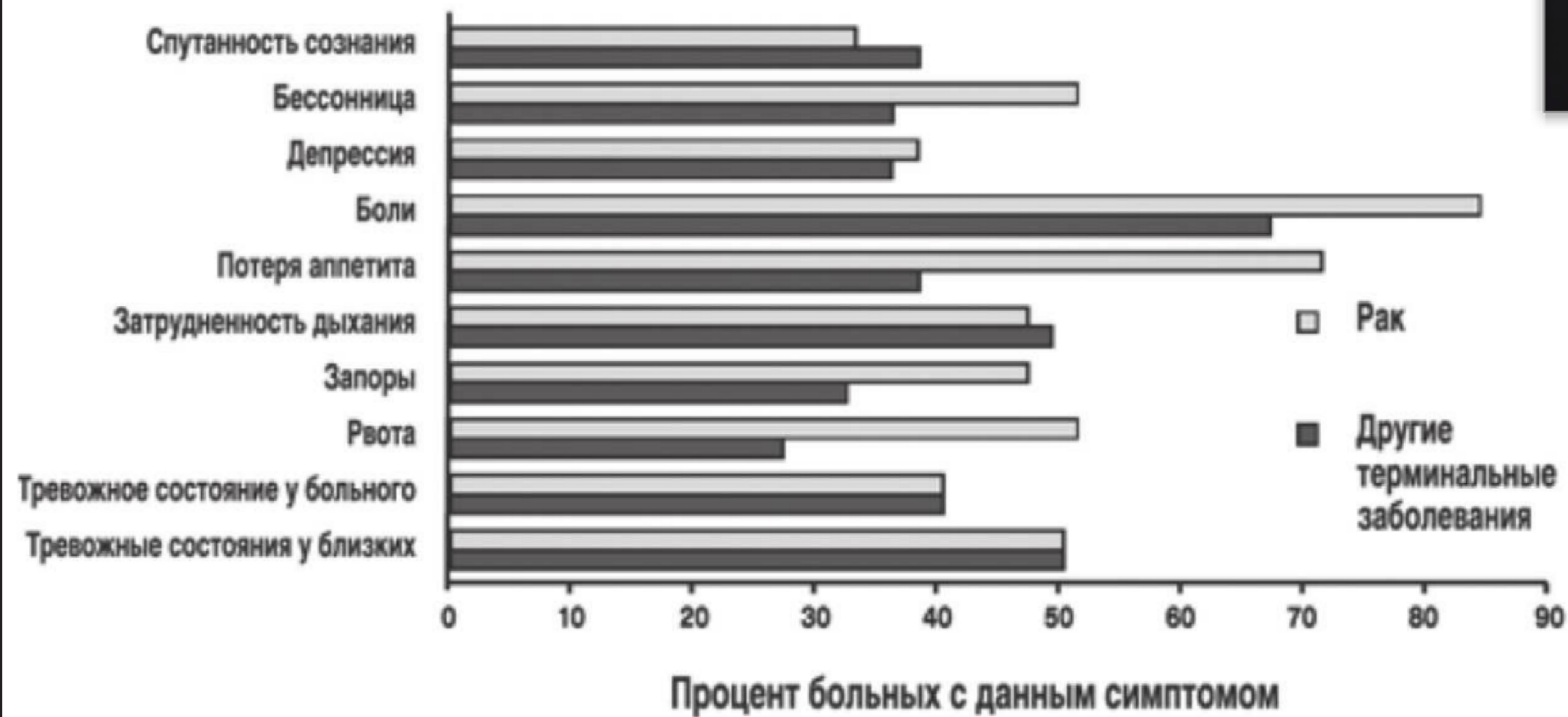
Принципы обезболивания ВОЗ

1. «через рот» – означает, что следует исключить все инъекционные формы анальгетиков, проводить терапию с использованием неинвазивных лекарственных форм (таблетки, капсулы, сиропы, трансдермальные терапевтические системы, ректальные формы препаратов и проч.);
2. «по часам» – анальгетики следует назначать регулярно по схеме, в соответствии с длительностью эффекта препарата, не дожидаясь развития сильной боли, исключая возможность «прорывов» боли;
3. «по восходящей» – подбор препаратов для обезболивания осуществляется от неопиоидных анальгетиков при слабой боли, «мягкими опиоидами» при умеренной боли и сильными опиоидными анальгетиками при сильной боли, по мере нарастания интенсивности боли, в соответствии с «лестницей обезболивания ВОЗ» (рис. 2);
4. «индивидуальный подход» – предполагает необходимость «индивидуального» подбора анальгетика и основан на селективном выборе наиболее эффективного анальгетика в нужной дозе с наименьшими побочными эффектами для каждого конкретного пациента с учетом особенностей его физического состояния;

Лестница обезболивания ВОЗ



Группы препаратов	Перечень препаратов, рекомендуемых ВОЗ
Неопиоидные аналгетики (I ступень)	парацетамол, индометацин, ибупрофен, диклофенак, кетопрофен
Слабые опиоиды (II ступень)	кодеин, дигидрокодеин, декстропропоксифен, трамадол
Сильные опиоиды (III ступень)	морфин, гидроморфон, оксикодон, бупренорфин, петидин, леворфанол, метадон, пентазоцин



Тошнота и рвота

Классификация тошноты и рвоты

Степень тяжести	Тошнота	Рвота
0-я	Отсутствует	Отсутствует
1-я	Незначительное снижение возможности приема пищи	1 эпизод рвоты на протяжении суток
2-я	Значительное снижение возможности приема пищи	2–5 эпизодов рвоты на протяжении суток
3-я	Прием пищи невозможен	6 и более эпизодов рвоты на протяжении суток или необходимость в/в гидратации
4-я	-	Необходимость парентерального питания или наличие осложнений, требующих интенсивной терапии; коллапс

Основные противорвотные препараты

Препарат	Антагонизм в отношении рецепторов					
	D2-дофаминовые	H1-гистаминовые	M-ацетилхолиновые	5-HT2-серотониновые	5-HT3-серотониновые	NK-нейрокининовые
Метоклопрамид	++	-	-	-	+	-
Домперидон	++	-	-	-	-	-
Ондансетрон	-	-	-	-	+++	-
Димедрол	-	++	+	-	-	-
Гиосцин	-	-	+++	-	-	-
Галоперидол	+++	-	-	-	-	-
Левопроммазин	++	+++	-	+++	-	-
Апрепитант	-	-	-	-	-	++

ТЕРАПИЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ (BREAKTHROUGH) ТОШНОТЫ И РВОТЫ

При возникновении неконтролируемой тошноты и рвоты, несмотря на плановое назначение стандартной для эметогенности данного режима химиотерапии анти-эметической схемы, необходимо:

1. исключить причины, не связанные с непосредственным назначением цитостатиков:

- обструкция или парез (винкристин) кишечника;
- метастазы в головной мозг;
- гиперкальциемия, гипонатриемия, гипергликемия;
- уремия;
- назначение опиатов;
- психофизиологические (рвота ожидания);

в случае их исключения перевести пациента на схему профилактики для более высокоэметогенного потенциала: с низкоэметогенного на среднеэметогенный и со среднеэметогенного на высокоэметогенный;

2. при возникновении неконтролируемой тошноты и рвоты на фоне стандартных противорвотных схем (без использования апрепитанта или фосапрепитанта) необходимо при последующих курсах ввести в противорвотный режим апрепитант или фосапрепитант.

3. при возникновении неконтролируемой тошноты и рвоты на фоне 3-компонентной противорвотной схемы стандартного подхода нет.

Можно:

- а. добавить к назначенному режиму один из препаратов иного класса из резервного списка:
 - бензодиазепины (лоразепам по 0,5-2 мг каждые 4-6 ч.);
 - D2-блокаторы (метоклопрамид по 20 мг каждые 6 ч.);
 - фенотиазины (аминазин 25 мг x 4 раза в сутки);
 - бутирофеноны (галоперидол 1-2 мг каждые 4-6 ч.);

ХСН

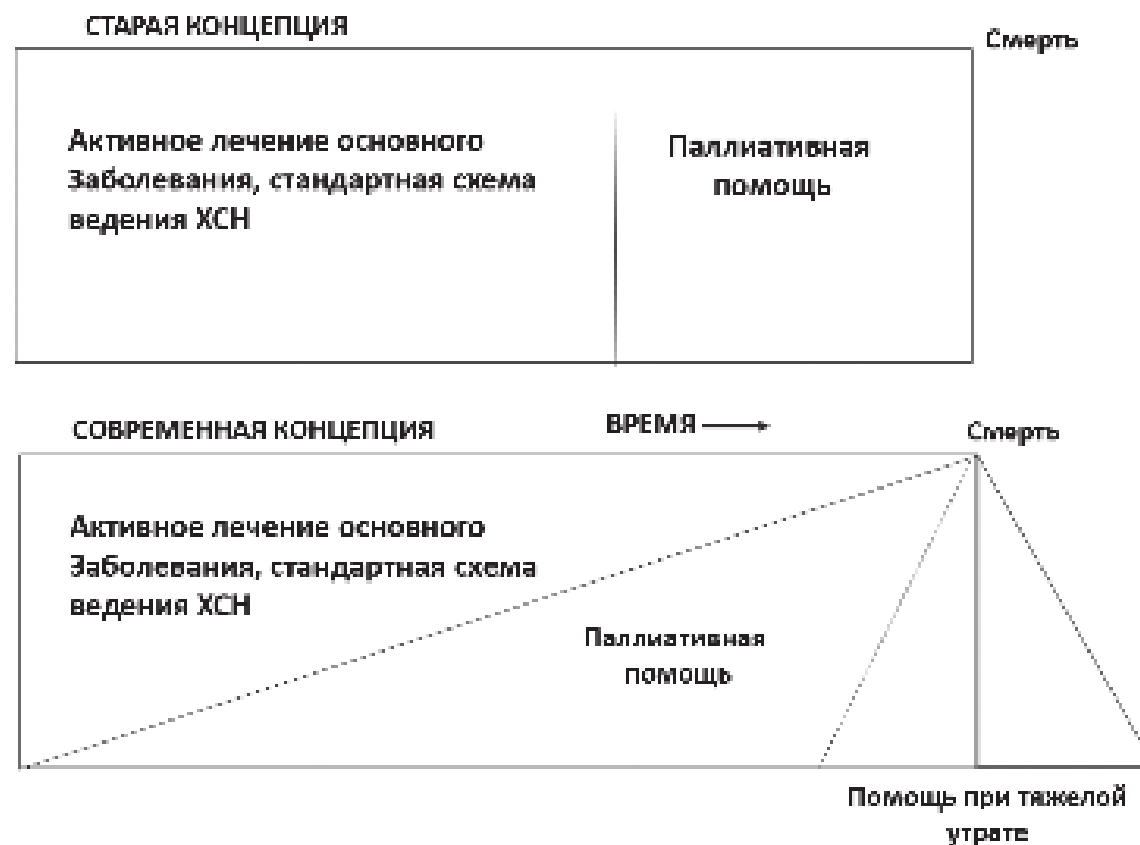


Рис. 1. Модели паллиативной помощи при ХСН (Адаптировано из Murray S.A., Kendall M., Boyd K., Sheikh A. illness trajectories and palliative care B. Med J. 2005; 330: 1007-1011)

Характеристика трех стадий прогрессирующей сердечной недостаточности

Стадия 1: Фаза ведения хронического заболевания (NYHA I–III)

Цели оказываемой помощи включают активное наблюдение, эффективную терапию для продления жизни, контроля симптомов, обучение пациентов и лиц, обеспечивающих за ними уход

Пациентам даются четкие объяснения по поводу их заболевания, в том числе его название, этиология, лечение и прогноз

Регулярный мониторинг и надлежащая оценка в соответствии с национальными руководствами и местными протоколами

Стадия 2: Фаза поддерживающей и паллиативной помощи (NYHA III–IV)

Поступления в стационар могут предвещать эту фазу

Терапевт или врач общей врачебной практики координирует помощь и поддерживает связь со специалистом по сердечной недостаточности, паллиативной помощи и другими службами

Цель оказания помощи сдвигается в сторону оптимального контроля симптомов и качества жизни

Проходит комплексная мультидисциплинарная оценка нужд пациентов и лиц, обеспечивающих за ними уход

Обсуждение специалистами паллиативной медицинской помощи с пациентом и его родственниками прогноза, вероятного течения заболевания, возможных осложнений, плана мероприятий по уходу.

Стадия 3: Фаза ухода за умирающим пациентом

Клинические показатели включают, несмотря на оптимальное лечение, нарушение функции почек, гипотензию, персистирующие отеки, недомогание, анорексию

Лечение сердечной недостаточности для контроля симптомов продолжается, и план реанимационных мероприятий согласовывается, отражается в документах и сообщается всем лицам, обеспечивающим уход за этими пациентами

Обеспечивается усиленная практическая и эмоциональная поддержка лиц, осуществляющих уход за пациентами, переходящая в поддержку при утрате близкого

ХОБЛ

Кислородотерапия

Гипоксемия представляет реальную угрозу для жизни больного, поэтому кислородотерапия является приоритетным направлением терапии острой дыхательной недостаточности (ОДН) на фоне ХОБЛ (В, 2++). Целью кислородотерапии является достижение PaO_2 в пределах 55–65 мм рт.ст. и SaO_2 88–92%. При ОДН у больных ХОБЛ для доставки O_2 чаще всего используются носовые канюли или маска Вентури. При назначении O_2 через канюли большинству больных достаточно потока O_2 1–2 л/мин (D, 3). Маска Вентури является более предпочтительным способом доставки O_2 , т.к. позволяет обеспечивать довольно точные значения фракции кислорода во вдыхаемой смеси (FiO_2), не зависящего от минутной вентиляции и инспираторного потока больного. В среднем кислородотерапия с FiO_2 24% повышает PaO_2 на 10 мм рт.ст., а с FiO_2 28% — на 20 мм рт.ст. После инициации или изменения режима кислородотерапии в течение ближайших 30–60 минут рекомендовано проведение газового анализа артериальной крови для контроля показателей PaCO_2 и pH (D, 3).

Неинвазивная вентиляция легких

Развитие нового направления респираторной поддержки — неинвазивной вентиляции легких (НВЛ), т.е. проведения вентиляционного пособия без постановки искусственных дыхательных путей, — позволяет безопасно и эффективно разгрузить дыхательную мускулатуру, восстановить газообмен и уменьшить диспноэ у больных с ОДН. Во время НВЛ взаимосвязь пациент-респиратор осуществляется при помощи носовых или лицевых масок (реже — шлемов и загубников), больной находится в сознании и, как правило, не требуется применения седативных и миорелаксирующих препаратов. Еще одним важным до-

стоинством НВЛ является возможность ее быстрого прекращения, а также немедленного возобновления, если есть необходимость. Показания и противопоказания для проведения НВЛ приводятся ниже.

Критериями включения для проведения неинвазивной вентиляции легких при ОДН на фоне ХОБЛ служат:

А. Симптомы и признаки ОДН:

а. Выраженная одышка в покое.

б. ЧДД >24, участие в дыхании вспомогательной дыхательной мускулатуры, абдоминальный парадокс.

В. Признаки нарушения газообмена:

а. $\text{PaCO}_2 > 45$ мм рт.ст., pH <7,35

б. $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 200$ мм рт.ст.

Критериями исключения для проведения неинвазивной вентиляции легких при ОДН служат:

А. Остановка дыхания.

В. Нестабильная гемодинамика (гипотония, неконтролируемые аритмии или ишемия миокарда).

С. Невозможность обеспечить защиту дыхательных путей (нарушения кашля и глотания).

Д. Избыточная бронхиальная секреция.

Е. Признаки нарушения сознания (ажитация или угнетение), неспособность пациента к сотрудничеству с медицинским персоналом.

Неподходящими кандидатами для данного метода респираторной поддержки считаются больные ОДН, нуждающиеся в проведении экстренной интубации трахеи и инвазивной респираторной поддержки (С, 2+). НВЛ является единственно доказанным методом терапии, способным снизить летальность у больных ХОБЛ с ОДН (А, 1++).

Инвазивная респираторная поддержка

ИВЛ показана пациентам ХОБЛ с ОДН, у которых медикаментозная или другая консервативная терапия (НВЛ) не приводит к дальнейшему улучшению состояния больных

ОПАСНАЯ СЕМЕРКА



- 1 Изменения в работе кишечника или мочевого пузыря.**
В том числе: частые позывы сходить в туалет либо, наоборот, стул реже трех раз в неделю.
- 2 Незаживающая рана.**
Известно, что чем старше становится человек, тем медленнее происходит регенерация, включая заживление ран. Но если вы замечаете, что повреждение не проходит слишком долго – более трех недель, это повод поскорее обратиться к врачу.
- 3 Необычное кровотечение или выделения.**
Это могут быть кровотечения между менструациями у женщин (возможный симптом рака шейки матки), выделения из сосков (подозрения на рак молочной железы), кровь в содержимом кишечника (подозрение на колоректальный рак), а также другие выделения, с которыми вы не сталкивались прежде.
- 4 Утолщение (припухлость) либо комочек (узел) в районе груди или другой части тела.**
- 5 Нарушения пищеварения или трудности при глотании.**
- 6 Новые родинки или изменения старых (потемнение, деформация, рост).**
- 7 Долго не проходящий кашель, хрипота, а также одышка.**
Если эти симптомы длятся больше трех недель, то могут быть признаками рака легкого.

Дизайн: РЕГИОН

МЫ МОЖЕМ. Я МОГУ.



*Вдохновляйте
действие.
Действуйте*



**ВСЕМИРНЫЙ
ДЕНЬ БОРЬБЫ
ПРОТИВ РАКА
4 ФЕВРАЛЯ**



Высказывайся



*Делай
здоровый
выбор*

ПРИСОЕДИНЯЙСЯ К НАМ В 2017 ГОДУ
worldcancerday.org

