



**Министерство
здравоохранения Нижегородской области**

П Р И К А З

23.07.2024 315-626/24П/од

№ _____

г. Нижний Новгород

**О совершенствовании онкологического
скрининга в рамках диспансеризации
определенных групп взрослого населения и
профилактических медицинских осмотров**

Во исполнение приказа министерства здравоохранения Нижегородской области от 08 февраля 2024 г. №315-117/24П/од «О совершенствовании онкологического компонента диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического медицинского осмотра», в целях повышения выявляемости онкологических заболеваний при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического медицинского осмотра,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1 Критерии качества эффективности проведения онкологического компонента диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического медицинского осмотра (Приложение 1).

1.2 Методические рекомендации по проведению онкологического скрининга при прохождении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение 2).

1.3 Алгоритм маршрутизации в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения в зависимости от результатов цитологического и маммографического исследований (Приложение 3).

1.4 Табель оснащения смотрового кабинета (Приложение 4).

1.5 Макеты визуальных материалов (Приложение 5).

2. Главным врачам медицинских организаций Нижегородской области,

участвующих в проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров:

2.1 Обеспечить выполнение критериев качества эффективности проведения онкологического компонента диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического медицинского осмотра (Приложение 1).

2.2 Организовать проведение онкологического скрининга при прохождении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического медицинского осмотра в соответствии с методическими рекомендациями (Приложение 2).

2.3 Обеспечить соблюдение алгоритма маршрутизации в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения в зависимости от результатов цитологического и маммографического исследований (Приложение 3).

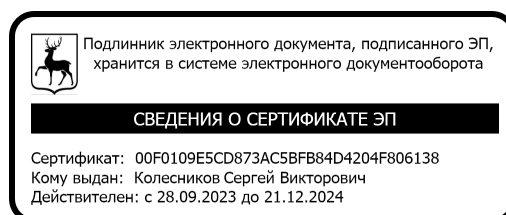
2.4 При наличии в структуре подведомственной медицинской организации смотровых кабинетов обеспечить их оснащение в соответствии с Приложением 4.

2.5 Оформить смотровые кабинеты и кабинеты (отделения) медицинской профилактики визуальными материалами в соответствии с Приложением 5.

3. Считать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 30 декабря 2022 г. №315-1179/22П/од «Об утверждении стандартной операционной процедуры по раннему выявлению онкологических заболеваний».

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра Коваленко Т.Н.

И.о. министра



С.В. Колесников

Приложение 1
Утверждены приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области

от _____ № _____
23.07.2024 315-626/24П/од

**Критерии качества эффективности проведения онкологического
компонента диспансеризации определенных групп взрослого населения и
профилактического медицинского осмотра**

Колоректальный рак			
№ п/п	Наименование критерия	Ед. изм.	Показатель
1.	Охват проведения теста на скрытую кровь (I этап скрининга колоректального рака) от подлежащего исследованию контингента	%	Не менее 90
2.	Доля положительных результатов исследований кала на скрытую кровь	%	Не менее 7
3.	Доля пациентов с положительным тестом на скрытую кровь, прошедших эндоскопическое исследование (колоноскопия)	%	Не менее 70 (от пункта №2)
4.	Частота выявления аденом	%	Не менее 25 (от пункта №3)
5.	Доля верифицированных диагнозов (Колиты, проктиты, полипы, злокачественные новообразования и др.) после проведенных эндоскопических исследований	%	100
6.	Доля пациентов, кому проведено эндоскопическое удаление полипа, из числа кому выставлен диагноз полипоз	%	Не менее 80
7.	Частота выявления колоректального рака у пациентов, охваченных скринингом	На 1000 обследуемых	Не менее 3,0
8.	Ежегодное увеличение доли пациентов с диагнозом рак прямой и ободочной кишки, выявленных активно в сравнении с предыдущим годом	%	Не менее 5
9.	Ежегодное увеличение доли пациентов с диагнозом рак прямой и ободочной кишки, выявленных на ранних стадиях (I-II	%	Не менее 5

	стадии) в сравнении с предыдущим годом (учитываются ЗНО, подтвержденные морфологически и поставленные на диспансерный учет)		
Пример расчета: $53\,891$ (кол-во исследований кала на скрытую кровь)*7% (доля патологических отклонений) = 3772 *70% (Целевой охват колоноскопией) = 2640 исследований*7% (доля выявленных КРР по результатам колоноскопий) = 185 случаев КРР. Частота выявления = $(185/53891)*1000=3,4$ или 0,34%.			
Рак шейки матки			
№ п/п	Наименование критерия	Ед. изм.	Показатель
1.	Количество взятых мазков с шейки матки на онкоцитологию от подлежащего исследованию контингента	%	Не менее 90
2.	Доля патологических отклонений по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки	%	4,0 – 5,5
2.1	В т.ч. LSIL (CIN 1-2)	%	3,0 – 4,0
2.2	В т.ч. HSIL (CIN3)	%	1,0 – 1,5
2.3	Случаи рака шейки матки	%	0,1
3.	Применена окраска мазков по Папаниколау	%	100
4.	Заключения цитологического исследования оформлены со стадированием по системе Betesda	%	100
5.	Доля лиц, имеющих отклонения по результатам цитологического исследования, направленных на консультацию врача-гинеколога, в рамках 2 этапа ДОГВН	%	100
6.	Частота выявления РШМ у пациентов, охваченных скринингом	На 1000 обследуемых	Не менее 1,0
7.	Доля подтвержденных диагнозов (учитываются ЗНО, подтвержденные морфологически и поставленные на диспансерный учет)	%	100
Пример расчета 1: 53891 (кол-во цитологических исследований мазка с шейки матки)*0,1% = (доля случаев инвазивного РШМ) = 53 случаев РШМ. Частота			

выявления $= (53/53891) * 1000 = 1,0$ или $0,1\%$.			
Рак молочной железы			
№ п/п	Наименование критерия	Ед. изм.	Показатель
1.	Количество женщин, прошедших маммографию, от подлежащего исследованию контингента	%	Не менее 90
2.	Доля патологических отклонений по результатам маммографического исследования	%	1,5 – 3,0
2.1	В т.ч. BI-RADS 4	%	0,36
2.2	В т.ч. BI-RADS 5	%	0,12
3.	Двойное прочтение рентгенограмм	%	100
4.	Заключения маммографического исследования оформлены со стадированием по системе BI-RADS	%	100
5.	Доля лиц, имеющих отклонения по результатам маммографического исследования, направленных на консультацию в рамках 2 этапа ДОГВН при BI-RADS 4, 5.	%	100
6.	Частота выявления рака молочной железы у пациентов, охваченных скринингом	На 1000 обследуемых	Не менее 2,2
7.	Доля подтвержденных диагнозов (учитываются ЗНО, подтвержденные морфологически и поставленные на диспансерный учет)	%	100
Пример расчета 1: 53891 (кол-во маммографий) $* 0,22\%$ (доля выявленных РМЖ) = 119 случаев РМЖ. Частота выявления $= (119/53891) * 1000 = 2,2$ или $0,22\%$.			
Рак предстательной железы			
№ п/п	Наименование критерия	Ед. изм.	Показатель
1.	Охват проведения анализа крови на простатспецифический антиген (ПСА) от подлежащего исследованию контингента	%	Не менее 90
2.	Доля патологических отклонений по результатам анализа крови на ПСА	%	3,0 – 3,5

3.	Доля лиц, имеющих отклонения по анализу на ПСА, направленных на консультацию врача-уролога/врача-хирурга, в рамках 2 этапа ДОГВН	%	100
4.	Частота выявления рака предстательной железы у пациентов, охваченных скринингом	На 1000 обследуемых	Не менее 2,3
5.	Доля подтвержденных диагнозов (учитываются ЗНО, подтвержденные морфологически и поставленные на диспансерный учет)	%	100
Пример расчета 1: $3022472 \text{ (кол-во ПСА)} \times 0,23\% \text{ (доля выявленных РПЖ)} = 133 \text{ случаев РПЖ}$. Частота выявления = $(6952/3022472) \times 1000 = 2,3$ или 0,23%.			

Приложение 2
Утверждены приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области
от 23.07.2024 № 315-626/24П/од

**Методические рекомендации по организации и проведению
онкологического скрининга при прохождении профилактического
медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого
населения.**

1. Область применения.

Методические рекомендации предназначены для организации работы медицинских учреждений (фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, смотровых кабинетов, центров здоровья), медицинских специалистов со средним медицинским образованием (фельдшеров, акушеров, медсестер), медицинских специалистов с высшим медицинским образованием (врачей-акушеров-гинекологов, врачей-терапевтов, врачей общей практики), обеспечивающих проведение онкологического скрининга.

2. Нормативные ссылки.

Настоящие методические рекомендации разработаны с учетом положений следующих нормативных правовых актов:

2.1 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

2.2 Приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации:

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

– Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 №543 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 апреля 2003 г. №174 «Об утверждении учетных форм для цитологических исследований»;

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. №1051н «Об утверждении порядка дачи информированного

добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства.

2.3 Письма Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.09.2018 N 28-2/1944 «О направлении методических рекомендаций по профилактике рака шейки матки и методических рекомендаций по профилактике рака молочной железы»;

- Письмо Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 2 ноября 2017 г. № 15-4/10/2-7676 «О направлении клинических рекомендаций (протокола лечения) «Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака»;

2.4 Государственные стандарты (ГОСТ):

- Диагностика в онкологии. ГОСТ Р 57003-2016 Утвержден и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 1 июля 2016 г. N 794-ст;

- Скрининг. Рак шейки матки. ГОСТ р 57005-2016. Утвержден и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 1 июля 2016 г. N 796-ст;

- Методические рекомендации «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации 22.10.2019;

- Клинические рекомендации (2020) «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки»;

2.5 Профессиональные стандарты:

- Профессиональный стандарт «Фельдшер», утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 470н.;

- Профессиональный стандарт «Акушерка (Акушер)», утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 января 2021 г. №6н.

- Методические рекомендации «Осмотр пациентки акушеркой (фельдшером), включающий получение биологического материала с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и из цервикального канала для цитологического исследования в рамках первого этапа

диспансеризации» утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2023 г.

– Методические рекомендации «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2023 г.

3 . Термины и определения:

– традиционное цитологическое исследование – метод приготовления цитологического препарата, при котором клеточный материал с шейки матки переносится на предметное стекло, распределяется по нему и фиксируется;

– экзоцервикс «ЭК»– слизистая оболочка влагалищной поверхности шейки матки;

– эндоцервикс «ЦК» – слизистая оболочка цервикального канала;

– переходная зона (зона трансформации) – гистологический термин, обозначающий участок слизистой оболочки шейки матки в месте, где многослойный плоский эпителий, характерный для влагалищной части шейки матки, переходит в цилиндрический эпителий, характерный для канала шейки матки, именно в зоне трансформации, чаще всего развивается неоплазия;

– РШМ – рак шейки матки;

– МО – медицинская организация;

– ДОГВН – диспансеризация определенных групп взрослого населения.

4. Алгоритмы проведения онкологического скрининга.

4.1 Алгоритм проведения гинекологического осмотра пациентки с получением биологического материала для цитологического исследования

Цель внедрения.

Раннее выявление злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний шейки матки.

Материально-техническое обеспечение процесса.

Медицинские инструменты для получения клеточного материала.

Наиболее важным условием получения информативного биоматериала с достаточным содержанием клеток для цитологического исследования является использование специализированных инструментов – современных цитощеток, регламентированных клиническими рекомендациями и нормативно-правовыми актами:

– щетки, предназначенные для получения клеточного материала с экзоцервикса. Пример: зонд урогенитальный тип F1 (рис. 1).

- щётки, предназначенные для получения клеточного материала из эндоцервикса. Пример: А - Зонд урогенитальный тип D1. Б - Зонд урогенитальный тип D2 (рис. 2).

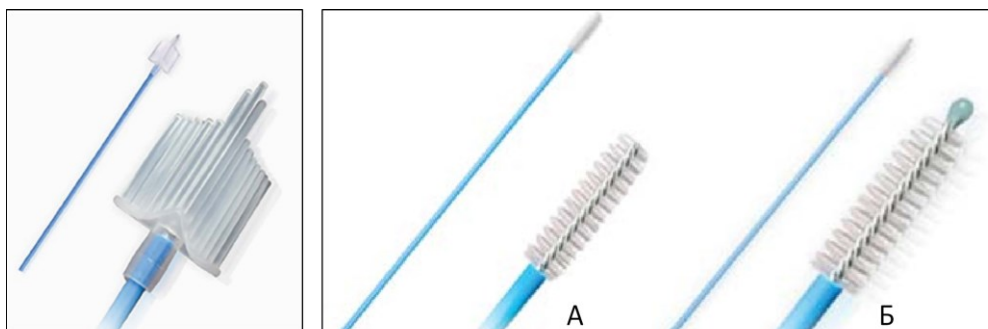


Рис.1 Зонд F1

Рис. 2 Зонд D1,D2

Перечень необходимого медицинского оборудования:

- гинекологическое кресло
- передвижной осветитель на шарнирах
- гинекологические зеркала Куско разного размера
- пинцеты
- контейнер для сбора отходов класса А
- контейнер для сбора отходов класса Б
- простой карандаш/маркер для предметных стекол
- контейнер для предметных стекол
- папка для направлений на исследования.

Перечень расходных материалов (из расчета на одну пациентку):

- одноразовая медицинская простыня 1 шт;
- смотровые перчатки 2 пары;
- ватные шарики 2 шт.;
- зонд урогенитальный тип D 1 шт. и зонд урогенитальный тип F1 1 шт., предметные стекла 2шт., аэрозольный флакон с фиксирующим раствором для мазков 1 шт.

Подготовительный этап.

- Необходимо удостовериться в том, что сведения, указанные в медицинской документации, совпадают с данными пациентки.

- Необходимо разъяснить пациентке суть предстоящего обследования, после чего попросить пациентку подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, убедиться, что оно верно заполнено и подписано.

Исключить противопоказания к забору материала для цитологического исследования с шейки матки и факторы, отрицательно влияющие на качество клеточного материала:

- период ранее 48 часов после: полового контакта; расширенной кольпоскопии с обработкой 3-5% растворами уксусной кислоты или Люголя; использования лубрикантов, тампонов или спермицидов, дезинфицирующих средств; бимануального влагалищного исследования или спринцевания;
- лечение генитальных инфекций;
- предыдущий забор цитологического материала с шейки матки (в течение 3-х недель до настоящего забора клеточного материала);
- оперативное вмешательство на шейке матки (в течение 3 месяцев до забора клеточного материала);
- в период прохождения лучевой терапии;
- во время менструации.

Проверить наличие необходимых инструментов и расходных материалов для осмотра и забора клеточного материала: одноразовых перчаток, одноразовых влагалищных зеркал разного размера, предметных стекол для цитологического исследования, цитощеток (цитощетка тип D1 или D2, зонд урогенитальный тип F1) стерильных ватных шариков, простого карандаша/ маркера для стекол. Постелить одноразовую медицинскую простыню/ пеленку на гинекологическое кресло.

Попросить пациентку подготовиться к осмотру: раздеться и прилечь на гинекологическое кресло.

Обработать руки гигиеническим способом.

Надеть смотровые перчатки.

Инструменты, используемые при осмотре и заборе материала (одноразовые зеркала, урогенитальные зонды) распечатать и достать из упаковок в присутствии пациентки.

Промаркировать предметные стекла (указать фамилию пациентки, дату, локализацию забора: **ЦК**- материал с эндоцервикса; **ЭК**- материал с экзоцервикса и регистрационный номер исследования). Предметные стекла с матовым напылением маркируются простым карандашом, предметные стекла

без напыления – маркером для стекла. Для маркировки могут использоваться этикетки со штрих кодом или QR-кодом, при этом должны быть продублированы минимально необходимые сведения о пациентке (фамилию пациентки, локализацию забора: **ЦК**- материал с эндоцервикса; **ЭК**- материал с экзоцервикса и регистрационный номер исследования).

Стекло и направление должны быть идентифицированы под одним номером.

Осмотр наружных половых органов.

Оценить: наличие или отсутствие патологий развития наружных половых органов; тип оволосения; состояние кожи и слизистых оболочек; состояние области вульварного кольца: малых, больших половых губ, клитора и задней спайки влагалища; состояние преддверия влагалища, бартолиновых желез, наружного отверстия мочеиспускательного канала; состояние перианальной области; отсутствие или наличие выделений, их характер (при наличии); отсутствие или наличие патологических процессов (воспаления, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы в области промежности, варикозные узлы, трещины).

Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах.

- Зеркало взять в правую руку так, чтобы его створки располагались между указательным и средним пальцем. Раздвинуть малые половые губы большим и указательным пальцами левой руки.

- Ввести двустворчатое зеркало Куско во влагалище в сомкнутом состоянии. При введении зеркала плоскость смыкания створок должна быть параллельна половой щели.

- Продвигать зеркало, постепенно поворачивая его на 90°, таким образом, чтобы рукоятка зеркала оказалась направлена вниз.

- Зеркало раскрыть и, таким образом, обнажить шейку матки.

- Зафиксировать зеркало в раскрытом виде замком.

- Осмотреть влагалище и шейку матки, оценивая состояние стенок и слизистой оболочки влагалища, размеры и форму шейки матки, состояние наружного зева, характер выделений, наличие патологических изменений (деформаций, рубцов, изъязвлений, опухолей).

Получение экскориативного материала с экзо- и эндоцервикса для традиционного цитологического исследования с окраской по Папаниколау с использованием двух предметных стекол.

- Пинцетом взять стерильный ватный тампон. Осторожно удалить слизь с влагалищной поверхности шейки матки.

- Тампон утилизировать в контейнер для отходов класса Б.

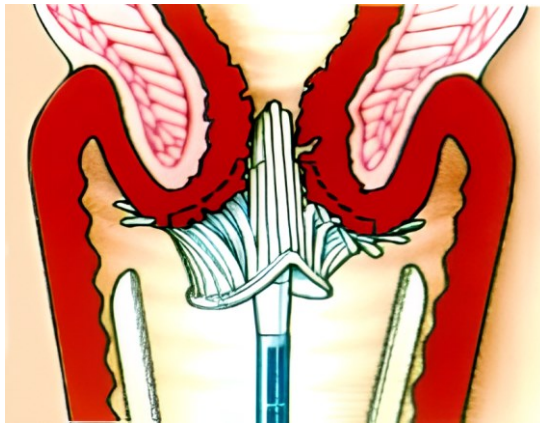


Рис.3 Зоны забора материала на онкоцитологию

Получение материала с экзоцервикса.

- Цитощетку (зонд урогенитальный тип F1 Cervix Brush) расположить на экзоцервиксе (рис. 3), ротировать 5 раз на 360° по часовой стрелке, таким образом, получив эксориативный материал с экзоцервикса и переходной зоны
- Крайне важно при получении материала для цитологического исследования захватывать переходную зону (зону трансформации), так как именно в этой зоне развивается наибольшее количество неоплазий!
- Приготовление мазка эксориативного материала с экзоцервикса. Нанести эксориативный материал, полученный с экзоцервикса, на предметное стекло (рис. 4), с предварительно нанесенной отметкой «ЭК». Мазок нанести путем проведения урогенитальным зондом тип F1 в одном направлении, движением вдоль стекла до его середины. Мазок наносится один раз. Затем урогенитальный зонд тип F1 перевернуть на 180° и нанести материал на вторую половину предметного стекла.

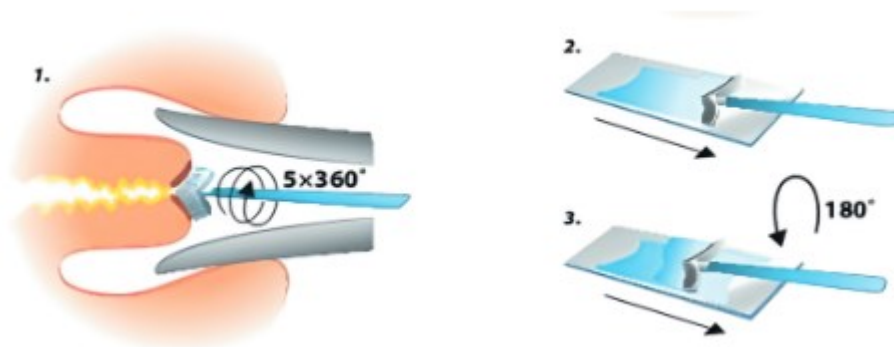


Рис.4 Взятие материала с ЭК и нанесение на предметное стекло.

- Утилизировать зонд урогенитальный тип F1 Cervix Brush в контейнер для отходов класса Б.

Получение материала с эндоцервикса.

- Ввести уrogenитальный зонд тип D Rambrush (эндоцервикальную цитощетку) в цервикальный канал (рис. 5) так, чтобы небольшое количество щетинок оставалось визуально различимым, ротировать цитощетку на 360° против часовой стрелки 3 раза, до получения первых капель «кровоавой росы».
- Полученный эксориативный материал нанести на предметное стекло, с предварительно нанесенной надписью «ЦК» цервикальной цитощеткой тип D. Нанесение материала производится вращательными движениями вокруг своей оси вдоль стекла в одном направлении.

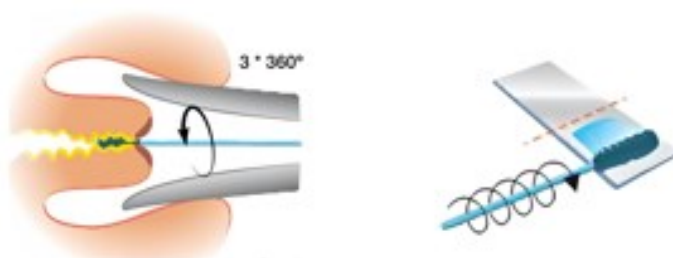


Рис.5 Взятие материала с ЦК и нанесение на предметное стекло.

- Утилизировать зонд уrogenитальный тип D Rambrush в контейнер с отходами класса Б.
- Зафиксировать нанесенный на два стекла эксориативный материал из эндо- и экзоцервикса: нанести аэрозольный фиксатор с расстояния 20 см от стекла, покрывая полностью область мазка, оставить сушиться в течение 10 минут.
- Извлечь зеркало Куско, утилизировать его в контейнер для отходов класса Б.
- Снять использованные перчатки, поместить их в контейнер для сбора медицинских отходов класса Б.

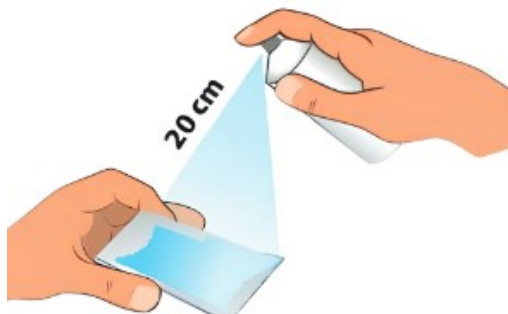


Рис.6 Фиксация эксориативного материала.

Бимануальное влагалищное исследование

- Надеть новую пару смотровых перчаток.
- Левоу рукой развести малые половые губы.

– Кисть правой руки расположена следующим образом: мизинец и безымянный палец согнуты, указательный и средний пальцы прямые, большой палец разогнут, перпендикулярен ладони.

– Ввести во влагалище средний палец правой руки до средней фаланги, затем ввести указательный палец, разгибая его скользя по среднему пальцу, продвигая пальцы во влагалище, повернуть руку ладонной поверхностью кверху.

– Оценить следующие параметры: объем, складчатость, растяжимость, наличие патологических процессов (опухоли, рубцы, сужения), болезненность/ безболезненность сводов.

– Поместить левую руку на передней брюшной стенке над лобком так, чтобы подушечки пальцев находились на середине промежутка между пупком и лоном.

– Сближая пальцы обеих рук, провести пальпацию матки.

– Оценить полученные данные: положение, наличие/отсутствие латерального отклонения, форма, консистенция, размеры, поверхность, подвижность, подвижность шейки относительно тела матки, болезненность.

– Указательный и средний пальцы правой руки перевести в левый свод влагалища, левую руку сместить по передней брюшной стенке в область проекции левых придатков и произвести их бимануальное исследование.

– Указательный и средний пальцы правой руки перевести в правый свод влагалища, левую руку сместить по передней брюшной стенке в область проекции правых придатков и произвести их бимануальное исследование.

– Оценить следующие параметры придатков матки: размеры, подвижность, болезненность.

– Пропальпировать влагалищные своды: правый, левый, задний и передний.

– Оценить параметры влагалищных сводов: глубина, сглаженность, выбухание, болезненность.

– Пальцы извлечь из влагалища, оценить выделения: цвет, количество, характер.

– Перчатки снять и утилизировать в контейнер для отходов класса Б.

– Обработать руки гигиеническим способом.

Завершающий этап.

– Сообщить пациентке, что осмотр окончен и она может встать, одеться и присесть на стул.

- Распечатать направление на цитологическое исследование из Единой цифровой платформы, проставить номер соответствующий номеру стекла, написать сведения о дате последней менструации или менопаузе, проводимом лечении.

- В контейнер для транспортировки (рис. 7) в лабораторию помещаются только сухие препараты для микроскопического исследования в четкой последовательности соответственно направлениям. Направления транспортируются в отдельной папке.



Рис.7 Контейнер для транспортировки

- Сообщить пациентке результаты обследования, дальнейшую маршрутизацию в рамках диспансеризации.

В случае выполнения цитологического скрининга услугами аутсорсинга:

- порядок отправки материала из МО должен быть четко согласован с лабораторией, выполняющей данный вид исследования;
- материал из МО должен отправляться в лабораторию не реже одного раза в неделю, за исключением особых ситуаций, оговариваемых отдельно;
- порядок доставки и приема также необходимо заранее согласовать между МО и лабораторией, что должно быть оформлено документально.

Требования к препаратам.

При традиционном методе приготовления препарата, мазок должен быть монослойным – без перекрытия клеток друг другом и содержать достаточное для исследования количество клеток. Согласно требованиям терминологической системы Бетесда, при традиционном цитологическом исследовании количество сохранных клеток плоского, цилиндрического или метапластического эпителия из зоны трансформации в препарате должно составлять не менее 8000 шт.

Если >75% клеток многослойного плоского эпителия покрыты эритроцитами или лейкоцитами, при количестве клеток менее 5000 и при отсутствии клеток зоны трансформации, мазок считается неадекватным.

При проведении цитологического скрининга РШМ регламентирована окраска мазков только по методу Папаниколау. Другие способы окраски препаратов не допускаются.

Требования к заключению цитологического исследования.

Заключение цитологического исследования при проведении скрининга злокачественных новообразований шейки матки должно формулироваться согласно терминологической системе Бетесда (Приложение 3) и содержать информацию об адекватности и информативности образца, данные о выявленных изменениях, наличии/отсутствии интраэпителиального поражения.

Тактика при обнаружении патологии.

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

4.2 Алгоритм осмотра и пальпации молочных желез

Цель внедрения.

Раннее выявление злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний молочных желёз;

Обследованию подлежат: женщины с 18 лет.

Кратность обследования: один раз в год.

Оснащение: медицинские одноразовые перчатки.

Осмотр молочной железы.

1. Перед осмотром пациентка должна раздеться до пояса. Каждую железу осматривают отдельно.

2. Положение пациента «стоя с опущенными вниз руками»: оценить наличие следующих признаков при осмотре:

- асимметрия или деформация контуров молочных желез
- отек или гиперемия кожи
- деформации ареолы
- изменение положения соска

3. Оценить локальные признаки патологии при медленном поднимании пациентом рук выше головы.

4. Положение пациента «стоя, руки за головой»: оценить указанные признаки и перейти к пальпации.

Положение пациента стоя «руки за головой»:

- начинать пальпацию с области соединения ключицы и грудины, используя подушечки указательного, среднего и безымянного пальцев ведущей руки, другая рука используется для фиксации (иммобилизации) объема молочной железы;

- ткань молочной железы прижимают к грудной клетке небольшими циркулярными движениями. Легкое давление используется для оценки поверхностного слоя, умеренные усилия для пальпации среднего слоя и более ощутимое давление при попытке пальпации глубоко расположенной ткани железы;

- сначала проводят поверхностную пальпацию, затем глубокую;
- пальпируют железу методично, в вертикальном направлении, так чтобы границы осматриваемых фрагментов накладывались друг на друга. Продолжайте пальпацию до тех пор, пока не будет осмотрена вся железа, включая подмышечный отросток;

- проводится пальпация ареолы и под сосковой области;
- осторожно сдавливаются сосок между указательным и большим пальцами, проводится оценка выделений;

- осмотр по аналогичной схеме с другой стороны

2. «Руки на поясе, плечевой пояс расслаблен»:

- пальпируют подмышечную впадину (последовательно с двух сторон). Лимфатические узлы располагаются в щели между большой грудной мышцей и широчайшей мышцей спины;

- проводят пальпацию надключичных и подключичных ямок в положении «лицом к лицу» с пациентом;

- проводят пальпацию надключичных ямок в положении пациента «спиной к врачу/акушерке»;

3. Положение пациента «лежа, руки за головой»:

- методика осмотра аналогична используемой для осмотра в положении «стоя»;

- осмотр в положении «лежа» на кушетке позволят провести дифференциальную диагностику узловой и диффузных форм фиброзно-кистозной болезни, имеет большую информативность для пациенток с большими размерами молочных желез.

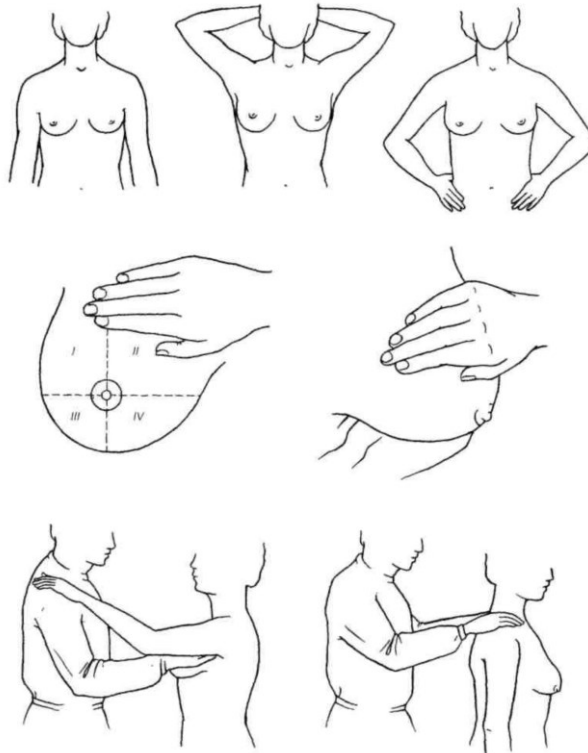


Рис.8 Осмотр молочной железы.

NB! Категорически запрещено проведение пальпации в положении «лежа» на гинекологическом кресле.

Признаки злокачественного новообразования:

- кровянистые выделения из соска;
- наличие плотного образования в молочной железе, не исчезающего в положении лежа;
- наличие плотной, малоподвижной опухоли, часто спаянной с кожей и подлежащими тканями;
- изъязвление кожи, соска;
- втяжение и/или отек ареолярно – сосковой зоны;
- втяжение и/или выбухание кожи над опухолью;
- локальный над уплотнением или тотальный отек кожи молочной железы в виде «лимонной корки»;
- наличие мелких диссеминатов на коже;
- отечность надключичной области и отек верхней конечности;
- наличие увеличенных лимфатических узлов в подмышечной, надключичной или шейной областях;

— диффузное уплотнение ткани молочной железы, деформация молочной железы.



Рис.9 Признаки злокачественного новообразования

Тактика при обнаружении патологии.

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

4.3 Алгоритм осмотра и пальпации живота.

Цель внедрения.

Совершенствование профилактической работы по выявлению предраковых заболеваний и злокачественных новообразований органов брюшной полости на ранних стадиях;

Обследованию подлежат: мужчины и женщины с 18 лет.

Кратность обследования: 1 раз в год.

Оснащение: кушетка, медицинские одноразовые перчатки, одноразовые простыни.

Требования к проведению осмотра живота:

1. Осмотр проводится в положении пациента стоя и лёжа.
2. Следует обращать внимание на
 - величину и форму живота;
 - наличие ассиметрии;
 - изменение сосудистого рисунка кожи;
 - состояние пупка;
 - участие живота в акте дыхания.
3. Пальпацию живота лучше проводить натощак или после опорожнения кишечника.
4. Придать пациенту положение лежа на спине, с согнутыми и несколько приведёнными к животу ногами, опущенными вдоль тела руками и при полном расслаблении передней брюшной стенки.



Рис. 10 Осмотр и пальпация живота

5. Кушетка должна быть ровной, умеренно мягкой с невысоким изголовьем. Лицо пациента, живот должны быть хорошо освещены и доступны визуальному наблюдению.

6. Руки должны быть теплыми.

Техника проведения пальпации:

1. Пальпация живота может выполняться одной или двумя руками.
2. Правая (левая) кисть с сомкнутыми и вытянутыми пальцами укладывается на исследуемый участок брюшной стенки. Ладонь и пальцы плотно прижимаются к брюшной стенке до ощущения сопротивления (погружать ладонь и пальцы в брюшную полость не следует).
3. Далее делается плавное, осторожное сгибание пальцев во вторых межфаланговых сочленениях с небольшим погружением пальцев в брюшную

стенку и скольжением их вместе с кожей по поверхности мышц (резкие движения пальцев, сильное их погружение провоцируют мышечную защиту, напряжение брюшной стенки, что затрудняет исследование)

4. Особое внимание необходимо обратить на движения кисти при пальпации, они должны быть мягкими, плавными, спокойными, без рывков, кисть должна быть расслабленной, гибкой, особенно в лучезапястном суставе.

5. Начинают пальпацию с левой паховой области, постепенно продвигаясь по расположению толстой кишки до правой паховой области. Затем пальпацию продолжают по средней линии живота от лона вверх, пальпируют области пупка, эпигастрия до мечевидного отростка. Далее пальпируют правое и левое подреберья (печень и селезёнку).

Характеристика проявлений опухоли брюшной полости:

При пальпации обращают внимание на:

- наличие плотных образований, узлов;
- увеличение живота, распластанная форма его могут быть признаками асцита;
- опухолевые образования в верхних и нижних отделах живота и области пупка.

Тактика при обнаружении патологии:

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

4.4. Алгоритм осмотра кожных покровов

Цель внедрения:

Совершенствование профилактической работы по выявлению предраковых заболеваний и злокачественных новообразований кожи на ранних стадиях;

Обследованию подлежат: мужчины и женщины с 18 лет.

Кратность обследования: 1 раз в год.

Оснащение: медицинские одноразовые перчатки, лампа направленного света. Смартфон с установленным мобильным приложением ПроРодинки

Требования к проведению:

1. Осмотр кожных покровов должен проводиться при достаточном освещении.
2. Температура в помещении должна быть не менее 20 °С.
3. Осмотру подлежит весь кожный покров, включая участки с волосяным покровом.

Техника проведения осмотра кожных покровов:

1. Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений.
2. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемизированных участков кожи с шероховатой поверхностью и склонностью к изъязвлению, которые располагаются в области тела подвергающихся воздействию раздражающих факторов.

Тактика при обнаружении патологии:

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

4.5. Алгоритм осмотра полости рта

Цель внедрения:

Совершенствование профилактической работы по выявлению предраковых заболеваний и злокачественных новообразований полости рта на ранних стадиях;

Обследованию подлежат: женщины и мужчины с 18 лет.

Кратность обследования: 1 раз в год.

Оснащение: фонарик для осмотра полости рта, одноразовый шпатель, стерильные салфетки, медицинские одноразовые перчатки, маска.

Требования к проведению:

1. Осмотр полости рта должен проводиться при достаточном освещении.
2. Объяснить пациенту методику осмотра, получить его согласие.
3. Попросить пациента удалить из полости рта посторонние предметы (зубные протезы и пр.)
4. Придать пациенту правильное положение.
5. Надеть маску. Провести гигиеническую дезинфекцию рук, надеть перчатки.

Техника проведения осмотра полости рта:

1. Визуальный осмотр. При помощи одноразового шпателя осматриваются красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, слизистая оболочка твердого неба, подъязычная область, миндалины, зев.
2. Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу.
3. Пальпация дна полости рта.

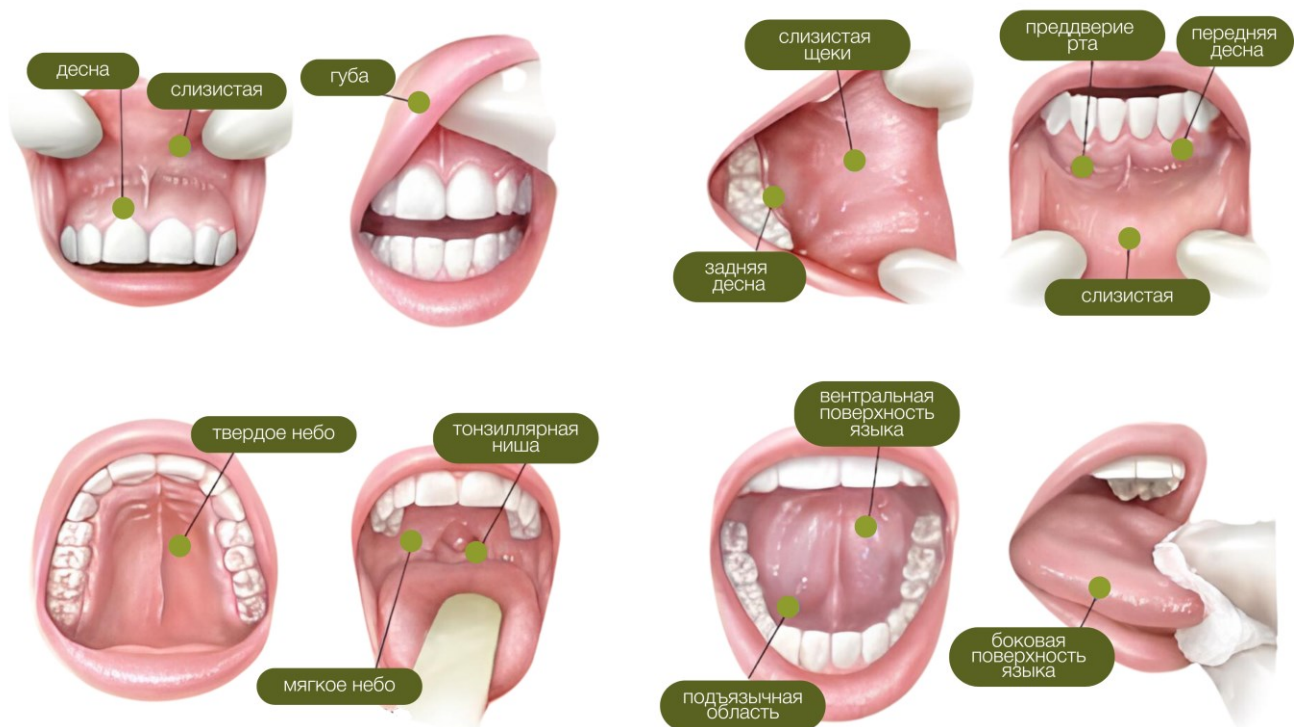


Рис.11 Осмотр полости рта

Цель проведения осмотра полости рта:

обнаружение лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой и других патологических процессов.

Тактика при обнаружении патологии:

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

4.5. Алгоритм обследования щитовидной железы

Цель внедрения:

Совершенствование профилактической работы по выявлению предраковых заболеваний и злокачественных новообразований щитовидной железы на ранних стадиях;

Обследованию подлежат: мужчины и женщины с 18 лет.

Кратность обследования: 1 раз в год.

Оснащение: медицинские одноразовые перчатки.

Требования к проведению:

1. Объяснить пациенту методику осмотра, получить его согласие.
2. Освободить область шеи для пальпации.

Техника проведения пальпации щитовидной железы:

1. Грамотная пальпация должна быть бережной, аккуратной, осуществляться только подушечками пальцев.



Рис. 12 Пальпация щитовидной железы

2. Пальпация щитовидной железы проводится поэтапно – сначала поверхностная, затем глубокая (специальная).

3. Пальпация щитовидной железы в положении медицинского работника перед пациентом.

4. Исследование проводится в положении пациента стоя в покое слегка наклонив голову вниз (пациента просят: «Проглотите, пожалуйста, слюну»), и во время глотания, когда щитовидная железа, поднимаясь вместе с гортанью, скользит под пальцами медицинского работника, что позволяет оценить величину железы, ее долей, плотность органа.

5. Большие пальцы рук находятся на области щитовидной железы, а другие расположены вокруг шеи, от середины щитовидного хряща вниз, и скользящим движением ощупываем переднюю поверхность шеи до яремной вырезки, что позволяет определить болезненность железы, наличие крупных узлов.

Цель проведения пальпации щитовидной железы:

поверхностное ощупывание позволяет определить ориентировочную величину железы, ее долей, плотность органа, наличие крупных узлов, болезненность железы.

Тактика действий при обнаружении или подозрении на предраковую патологию:

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

4.6. Алгоритм пальпации периферических лимфатических узлов

Цель внедрения:

Совершенствование профилактической работы по выявлению предраковых заболеваний и злокачественных новообразований;

Обследованию подлежат: мужчины и женщины с 18 лет.

Кратность обследования: один раз в год.

Оснащение: медицинские одноразовые перчатки.

Техника выполнения пальпации периферических лимфатических узлов:

1. Пальпация периферических лимфоузлов осуществляется последовательно, пальпируя шейные, надключичные, подмышечные и паховые лимфоузлы.

2. Пальпация периферических лимфатических узлов осуществляется в положении пациента стоя или сидя.

3. Медицинский работник становится позади обследуемого, пальпацию проводят двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследуют шейную и над ключичные области, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи.

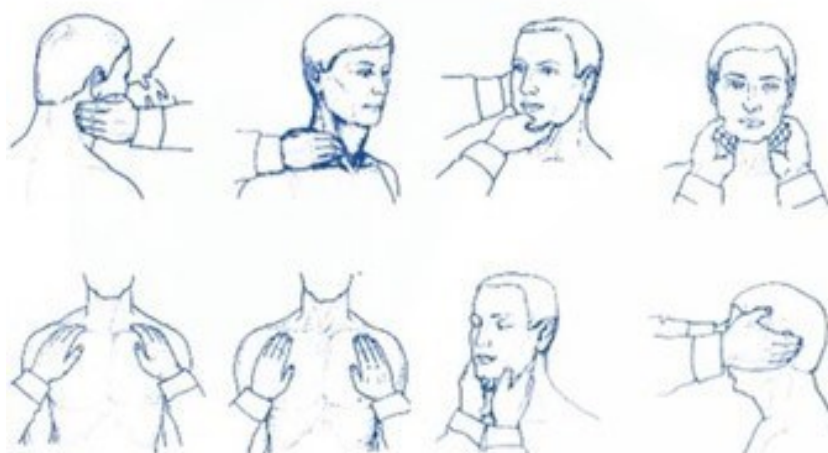


Рис.13 Пальпация лимфатических узлов

4. Пальпация подмышечных лимфатических узлов производится отдельно с каждой стороны. Медицинский работник стоит спереди от пациента, положив его руку на свое плечо со стороны осмотра.

5. Паховые лимфатические узлы пальпируют в положении пациента «лежа на кушетке».

Характеристика осмотра:

При пальпации оценивают:

- величину;
- форму;
- консистенцию лимфоузлов;
- болезненность;
- подвижность;

- спаянность с кожей или между собой.

В норме пальпируются только подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы. Размер лимфоузла не превышает 1 см в диаметре, эластичные, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающей тканью.

Тактика при обнаружении патологии:

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

4.7. Алгоритм пальцевого исследования прямой кишки у женщин

Цель внедрения:

Совершенствование профилактической работы по выявлению предраковых заболеваний и злокачественных новообразований прямой кишки на ранних стадиях;

Цель проведения: диагностика заболеваний прямой кишки.

Обследованию подлежат: женщины с 18 лет.

Кратность обследования: один раз в год.

Противопоказания: кровотечение из прямой кишки, анальные трещины.

Оснащение: маска, медицинские одноразовые перчатки, хирургическая смазка (стерильный вазелин), источник света, салфетки одноразового использования.

Необходимые условия:

1. Осмотр и пальпация ануса у женщин производится в гинекологическом кресле.

2. Желательно проводить процедуру, после опорожнения кишечника.

Осмотр области анального отверстия:

пальцевому ректальному исследованию всегда должен предшествовать тщательный осмотр — кожные покровы области крестца и копчика, межъягодичной складки, промежности, области заднего прохода.

Патология:

- мацерация кожи;
- рубцы, деформации;
- инфильтраты;
- наружные отверстия гнойных свищей;
- перианальные бахромки;
- остроконечные кондиломы;
- наружные геморроидальные узлы.

Осмотр анального канала:

1. Слегка раздвинуть края анального канала и попросить обследуемого слегка натужиться.

2. Указательный палец руки, которой будут проводить исследование обильно смазывают смазкой.

3. Палец осторожно вводят в прямую кишку, пациенту рекомендуют «потужиться», как при дефекации, и во время исследования максимально расслабиться, ногтевая фаланга введенного в кишку пальца ладонной поверхностью при мягком надавливании на стенку кишки скользит по слизистой оболочке и обследуют её стенки по ходу часовой стрелки.

4. Этапное последовательное ощупывание стенок кишки.

Внимание! Имеет важное значение для обнаружения новообразований, особенно небольших размеров.

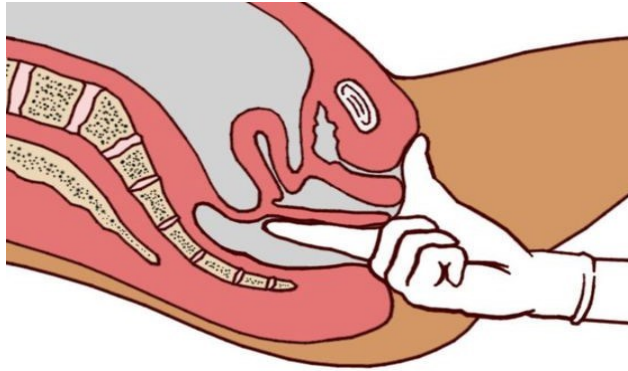


Рис. 14 Пальцевое исследование прямой кишки

Патология:

1. Внутренние геморроидальные узлы:

- располагаются соответственно 3, 7, 11 часам воображаемого циферблата
- определяются в виде подвижных (легко смещаемых), мягких, умеренно болезненных или безболезненных образований, иногда кровоточащих при обследовании.

2. Анальные полипы:

- определяется в виде плотного легко смещаемого без болезненного образования на длинной ножке
- крупные анальные полипы могут выпадать из прямой кишки и ущемляться в анусе, вызывая боли

3. Ворсинчатые опухоли и злокачественные новообразования:

- определяются как узлы различной плотности и размеров на слизистой оболочке, или как уплотнения в виде инфильтрата стенки кишки.

4. Уплотнения в параректальной клетчатке.

5. Снижение тонуса сфинктера обычно сопровождается недержанием газов и кала.

6. При удалении пальца из прямой кишки и наличие патологических выделений на перчатке (следы гноя, крови, слизи) могут свидетельствовать о наличии в вышележащих отделах кишки злокачественного новообразования или ворсинчатой опухоли.

Тактика при обнаружении патологии:

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

4.8. Алгоритм пальцевого исследования прямой кишки у мужчин

Цель внедрения:

Совершенствование профилактической работы по выявлению предраковых заболеваний и злокачественных новообразований прямой кишки, предстательной железы на ранних стадиях;

Показания: диагностика заболеваний прямой кишки, предстательной железы.

Обследованию подлежат: мужчины с 18 лет.

Кратность обследования: один раз в год.

Противопоказания: кровотечение из прямой кишки, анальные трещины.

Оснащение:

1. Средства индивидуальной защиты персонала (маска, перчатки) и хирургическая смазка (стерильный вазелин).
2. Оборудование (источник света).
3. Чистые салфетки одноразового использования.

Необходимые условия:

1. Осмотр и пальпация ануса у мужчин производится в положении обследуемого на спине или на боку с согнутыми в коленях ногами, или в коленно-локтевом положении.

2. Желательно проводить процедуру, после опорожнения кишечника.

Осмотр области анального отверстия:

пальцевому ректальному исследованию всегда должен предшествовать тщательный осмотр: кожные покровы области крестца и копчика, межягодичной складки, промежности, области заднего прохода.

Патология:

- мацерация кожи;
- рубцы, деформации;
- инфильтраты;
- наружные отверстия гнойных свищей;
- перианальные бахромки;
- остроконечные кондиломы;
- наружные геморроидальные узлы.

Осмотр анального канала:

слегка раздвинуть края анального канала и попросить обследуемого слегка натужиться.

Патология:

1. Анальные трещины.

-представляет собой резко болезненный продольный дефект задней или передней стенки анального канала.

Внимание! Пациентам с анальной трещиной из-за резкой болезненности пальцевое исследование не выполнять, направить к проктологу.

2. Выпадающие крупные анальные (фиброзные) полипы.

-имеют вид гладкого сигарообразного образования сероватого цвета, плотноватого на ощупь и легко вправляемого в прямую кишку.

3. Нижние полюса внутренних геморроидальных узлов, особенно при их склонности к выпадению.

Пальпация:

1. Указательный палец руки, которой будут проводить исследование обильно смазывают смазкой.

2. Палец осторожно вводят в прямую кишку, пациенту рекомендуют «потужиться», как при дефекации, и во время исследования максимально расслабиться, ногтевая фаланга введенного в кишку пальца ладонной поверхностью при мягком надавливании на стенку кишки скользит по слизистой оболочке и обследуют её стенки по ходу часовой стрелки.

3. Этапное последовательное ощупывание стенок кишки.

Внимание! Имеет важное значение для обнаружения новообразований, особенно небольших размеров.

4. Внутренние геморроидальные узлы:

- располагаются соответственно 3, 7, 11 часам воображаемого циферблата;
- определяются в виде подвижных (легко смещаемых), мягких, умеренно болезненных или безболезненных образований, иногда кровоточащих при обследовании.

5. Анальные полипы:

- определяется в виде плотного легко смещаемого безболезненного образования на длинной ножке;

- крупные анальные полипы могут выпадать из прямой кишки и ущемляться в анусе, вызывая боли.

6. Ворсинчатые опухоли из злокачественные новообразования:

- определяются как узлы различной плотности и размеров на слизистой оболочке, или как уплотнения в виде инфильтрата стенки кишки.

7. Патология предстательной железы:

- при диффузном увеличении железы междолевая бороздка становится глубокой и четко выраженной;

- иногда предстательная железа значительно увеличена в размерах и выбухает в просвет прямой кишки;

- в начальных стадиях рака в предстательной железе прощупывается одно или несколько уплотнений, иногда хрящевидной консистенции, железа при этом может быть не увеличена.

8. Снижение тонуса сфинктера - обычно сопровождается недержанием газов и кала.

9. При удалении пальца из прямой кишки и наличие патологических выделений на перчатке (следы гноя, крови, слизи) могут свидетельствовать о наличии в вышележащих отделах кишки злокачественного новообразования или ворсинчатой опухоли.

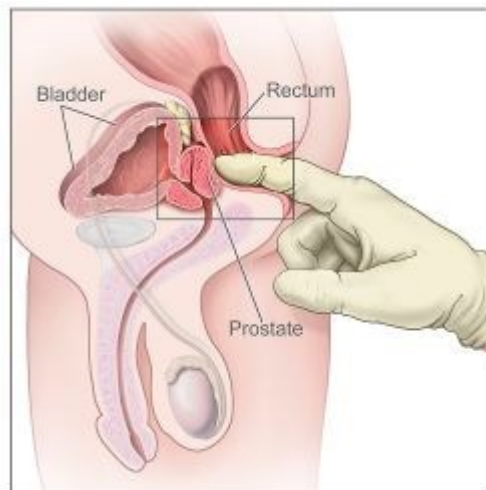


Рис.15 Пальцевое исследование прямой кишки

Тактика при обнаружении патологии:

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

4.9. Алгоритм исследования органов мошонки и полового члена

Цель внедрения:

Стандартизация методики по исследования органов мошонки и полового члена.

Обследованию подлежат: мужчины с 18 лет.

Кратность обследования: 1 раз в год.

Цель проведения:

— диагностика раннего выявления хронических, пред опухолевых и опухолевых заболеваний видимых локализаций;

— профилактика заболеваний и их осложнений, направление пациентов с риском развития заболеваний и осложнений на обследование к врачам специалистам.

Оснащение: медицинские одноразовые перчатки.

Техника проведения исследования органов мошонки и полового члена:

1. Провести визуальный осмотр органов мошонки и полового члена При визуальном осмотре обращают внимание на состояние кожных покровов половых органов, наличие ссадин, и трещин, мацераций,

гиперемированных участков на коже головки полового члена, величину и форму яичек.

2. Провести пальпацию органов мошонки и полового члена.

— При пальпации органов мошонки отмечаются размеры яичек, придатков, семенного канатика, их консистенция, наличие уплотнений и узелковых образований. В ранней стадии рака яичка прощупывается небольшой плотный безболезненный узелок, в последующем яичко становится плотным, бугристым.

— В норме доступная пальпации часть уретры на всем протяжении нечувствительна, упруго-мягкой консистенции. Болезненность при пальпации, наличие уплотнений в виде равномерного шнура или отдельных узелков указывают на патологические изменения в стенке уретры.

Патология:

1. Не опущение яичка. Остроконечные кондиломы. Лейкоплакия полового члена:

- определяется в виде различного количества белых пятен небольшого размера на слизистой оболочке полового члена

(чаще в области головки и ладьевидной ямки)

- пятна чаще немного приподняты над поверхностью слизистой оболочки (плоская форма), но могут достигать и значительной толщины (бородавчатая форма)

- возможна форма роста в виде «кожного рога».

2. Рак полового члена:

- чаще всего выглядит участком уплотнения (узелок или бородавка) на слизистой полового члена, безболезненный при пальпации

- возможно проявление в виде язвочки, эрозии, бляшки.

Тактика при обнаружении патологии:

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза. Консультация должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию.

5. Журнал учета выявленной патологии в рамках онкологического скрининга при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического медицинского осмотра.

№	ФИО	Дата рождения	Мазок на онкоцитологию		
1	2	3	4	5	6
			выполнено да/нет или галочка	результат	дата записи к онкологу

ПСА			Кал на скрытую кровь		
7	8	9	10	11	12
выполнено да/нет или галочка	результат	дата записи к онкологу	выполнено да/нет или галочка	результат	дата записи к онкологу

Маммография			Осмотр молочной железы		
13	14	15	16	17	18
выполнено да/нет или галочка	результат	дата записи к онкологу	выполнено да/нет или галочка	Патология обнаружена/не обнаружена	дата записи к онкологу

Осмотр кожных покровов			Осмотр лимфатических узлов		
19	20	21	22	23	24
выполнено да/нет или галочка	Патология обнаружена/не обнаружена	дата записи к онкологу	выполнено да/нет или галочка	Патология обнаружена/не обнаружена	дата записи к онкологу

Осмотр ротовой полости			Осмотр прямой кишки		
25	26	27	28	29	30
выполнено да/нет или галочка	Патология обнаружена/не обнаружена	дата записи к онкологу	выполнено да/нет или галочка	Патология обнаружена/не обнаружена	дата записи к онкологу

Осмотр щитовидной железы			Осмотр мошонки и полового члена		
31	32	33	34	35	36
выполнено да/нет или галочка	Патология обнаружена/не обнаружена	дата записи к онкологу	выполнено да/нет или галочка	Патология обнаружена/не обнаружена	дата записи к онкологу

Приложение 3
Утверждена приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

Терминологическая система Бетесда (The Bethesda system, TBS)

Стадия развития патологического процесса	Полное наименование и аббревиатура на английском языке
Интраэпителиальные изменения или злокачественные опухоли отсутствуют	Negative for intraepithelial lesion or malignancy (NILM)
Атипичные клетки плоского эпителия	Atypical squamous cells (ASC)
Атипичные клетки плоского эпителия неясного значения	Atypical squamous cells for undertermined significance (ASC-US)
Атипичные клетки плоского эпителия не позволяющие исключить высокую степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H)
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия I, II, III степени	Cervical intraepithelial neoplasia grade I, II, III (CIN I, II, III)
Карцинома <i>in situ</i>	Carcinoma <i>in situ</i> (CIS)
Плоскоклеточное интраэпителиальное поражение	Squamous intraepithelial lesion (SIL)
Высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения	High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)
Низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения	Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)
Атипичные железистые клетки	Atypical glandular cells (AGC)
Атипичные железистые клетки, похожие на неопластичные	Atypical glandular cells, favor neoplastic (AGC, favor neoplastic)
Атипичные железистые клетки неясного значения	Atypical glandular cells for undertermined significance not otherwise specified (AGUS-NOS)
Аденокарцинома <i>in situ</i>	Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)

Алгоритм маршрутизации в рамках ДОГВН в зависимости от результатов цитологического исследования

Терминологическая система Бетесда	Система Папаниколау	Маршрутизация
NILM	Класс 1 (норма)	Плановое обследование при диспансеризации в установленные сроки
Реактивные изменения клеток ASC:	Класс 2 (метаплазия эпителия, воспалительный тип)	Второй этап диспансеризации
ASCUS		Осмотр врачом-акушером-гинекологом: ВПЧ-тестирование, при положительном результате — кольпоскопия (вне рамок диспансеризации)
ASC — H		Второй этап диспансеризации. Осмотр врачом-акушером-гинекологом: ВПЧ-тестирование, кольпоскопия (вне рамок диспансеризации) + запись к онкологу по результатам проведенного обследования в случае выявления атипии по результатам биопсии
LSIL	Класс 3 ("дискариоз")	Осмотр врачом-акушером-гинекологом: ВПЧ-тестирование, кольпоскопия (вне рамок диспансеризации) + запись к онкологу по результатам проведенного обследования в случае выявления атипии по результатам биопсии
HSIL		Второй этап диспансеризации. Осмотр врачом-акушером-гинекологом: кольпоскопия (вне рамок диспансеризации) + запись к онкологу по результатам проведенного обследования в случае выявления атипии по результатам биопсии
AGS AIS		Второй этап диспансеризации. Осмотр врачом-акушером-гинекологом: Кольпоскопия (вне рамок диспансеризации) + запись к онкологу по результатам проведенного обследования
Карцинома	Класс 4 (клетки, подозрительные на рак или карцинома in situ)	Второй этап диспансеризации. Осмотр врачом-акушером-гинекологом: кольпоскопия. Направление к врачу-онкологу (вне рамок диспансеризации).
	Класс 5 (рак)	Второй этап диспансеризации. Осмотр врачом-акушером-гинекологом: кольпоскопия. Направление к врачу-онкологу (вне рамок диспансеризации).

Алгоритм ведения в зависимости от результатов маммографического исследования

Классификационная категория	Вероятность РМЖ	Тактика ведения в зависимости от проведенного исследования
BI-RADS0: результат неполный – необходимо дополнительное исследование (и/или сравнение с предыдущими маммограммами в случае маммографического скрининга)	Не применимо	Повторный вызов для дополнительного исследования, сравнение с предыдущим результатом или то и другое
BI-RADS1: результат отрицательный	Вероятность малигнизации практически 0%	Плановое обследование при диспансеризации в установленные сроки
BI-RADS2: доброкачественные изменения	Вероятность малигнизации практически 0%	Плановое обследование при диспансеризации в установленные сроки
BI-RADS3: вероятно доброкачественные изменения	Вероятность малигнизации $>0\%$, но $\leq 2\%$	Второй этап диспансеризации. Осмотр врачом-акушером-гинекологом. Наблюдение с кратковременными (6 мес.) интервалами с динамической маммографией
BI-RADS4: подозрение на малигнизацию	Вероятность малигнизации $>2\%$, но $<95\%$	Второй этап диспансеризации. Направление к врачу онкологу. Маммография, УЗИ, возможно МРТ с контрастированием для оценки распространенности процесса.
BI-RADS5: высокая вероятность малигнизации	Вероятность малигнизации $>95\%$	Диагноз ставится на основании результатов биопсии.
BI-RADS6: малигнизация, подтвержденная морфологически с помощью биопсии	Не применимо	Второй этап диспансеризации. Направление к врачу онкологу. Хирургическое лечение, если клинически оправдано.

Приложение 4
Утвержден приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

Табель оснащения смотрового кабинета

Оборудование.

1. Кушетка для осмотра в положении лежа.
2. Гинекологическое кресло.
3. Осветитель на шарнирах.
4. Ширма для выделения места подготовки к осмотру.
5. Письменный стол.
6. 3 – 4 стула.
7. Шкаф и тумбочка для хранения документов, инвентаря и медикаментов.
8. Ящики для картотеки.
9. Хирургический столик для инструментария.
10. Принтер.
11. Ростомер.
12. Медицинские весы.
13. Тонометр с фонендоскопом.
14. Персональный компьютер с подключением к «ЕЦП» и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет".
15. Смартфон с установленным приложением ПроРодинки.
16. Педальное ведро для мусора.

Инструментарий.

1. Деревянные одноразовые шпатели для осмотра полости рта
2. Щетки, предназначенные для получения клеточного материала с экзоцервикса. зонд уrogenитальный тип F1
3. Щётки, предназначенные для получения клеточного материала из эндоцервикса - зонд уrogenитальный тип D1 или зонд уrogenитальный тип D2.
3. Предметные стекла.
4. Гинекологические к зеркала.
5. Марлевые салфетки.
6. Ватные шарики.
7. Несколько разных пинцетов.
8. Контейнеры для хранения и транспортировки цитологических препаратов – по числу препаратов.

9. Одноразовые перчатки.
10. Напальчники.
11. Вазелин для пальцевого исследования прямой кишки.
12. Вата.
13. Дезинфицирующие растворы и емкости для их разведения.
14. 2 дозатора для кожных антисептиков и жидкого мыла.

Необходимое белье.

1. Одноразовые пеленки для кушетки и гинекологического кресла.
2. Салфетки на столик с инструментами и тумбочку.
3. Полотенце для вытирания рук.

Приложение 5
Утверждены приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

Макеты визуальных материалов

АЛГОРИТМ ОСМОТРА ПОЛОСТИ РТА

Цель скрининга : выявление предраковых заболеваний и рака полости рта на ранних стадиях.

мужчины и женщины
с 18 лет

НЕОБХОДИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ

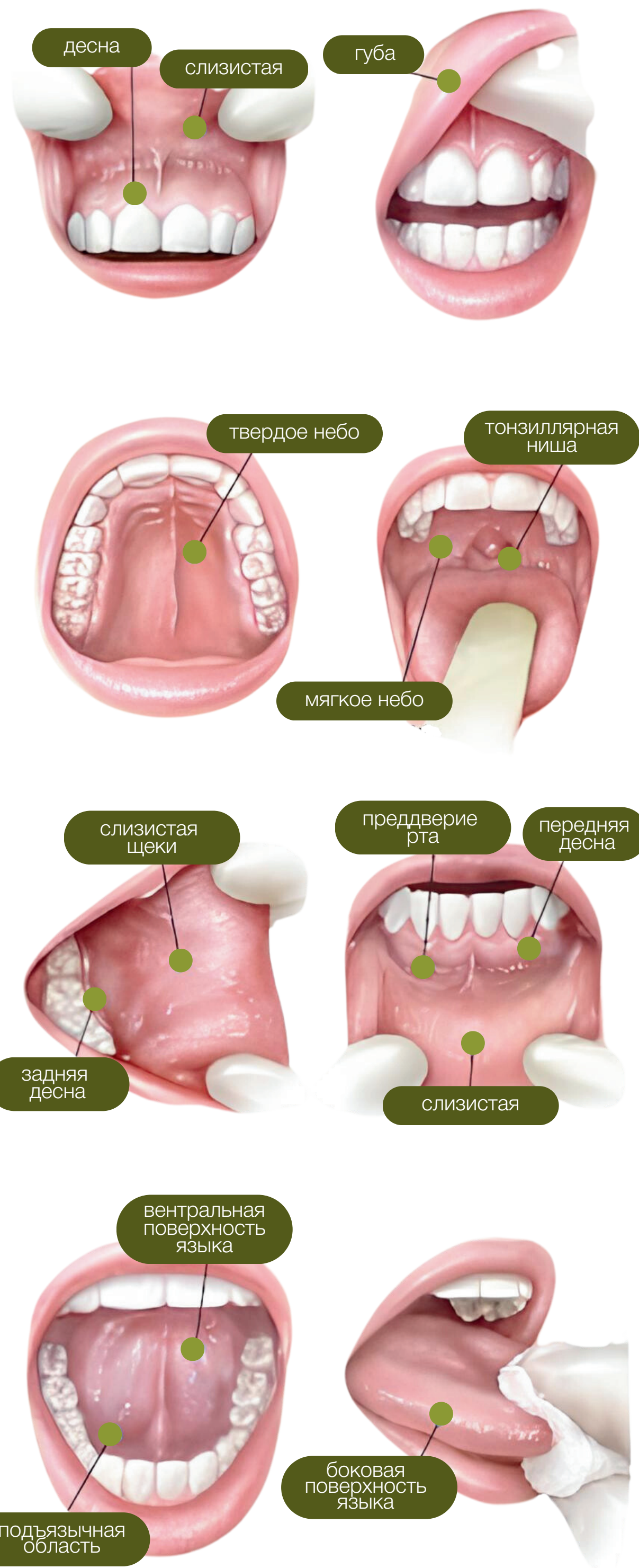
- Фонарик.
- Одноразовый шпатель.
- Стерильные салфетки.
- Медицинские одноразовые перчатки.
- Маска.

При помощи одноразового шпателя осмотреть красную кайму губ, слизистую оболочку полости рта, слизистую оболочку твердого неба, подъязычную область, миндалины, зев.

Для осмотра языка его кончик взять марлевой салфеткой и подтянуть наружу.

Пальпация дна полости рта.

При обнаружении лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой и других патологических процессов — направить к онкологу.

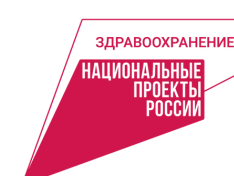


ГАУЗ НО «НИИКО «НОКОД»

www.nnood.ru



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИЖЕГОРОДСКАЯ
ОБЛАСТЬ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ
БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

АЛГОРИТМ ЗАБОРА МАЗКА ДЛЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель скрининга : раннее выявление рака шейки матки.

женщины с 18 лет
один раз в год



НЕОБХОДИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Одноразовые перчатки одноразовые влагищные зеркала.
- Предметные стекла цитощетки (цитощетка тип D1 или D2, зонд урогенитальный тип F1).
- Стерильные ватные шарики.
- Простой карандаш/маркер для стекол.

1

Ввести зеркало.
Пинцетом со стерильным ватным тампоном удалить слизь с влагищной поверхности шейки матки.

2

Цитощетку расположить на экзоцервиксе, повернуть 5 раз на 360° по часовой стрелке.
Важно захватить ЗОНУ ТРАНСФОРМАЦИИ (переходную зону).

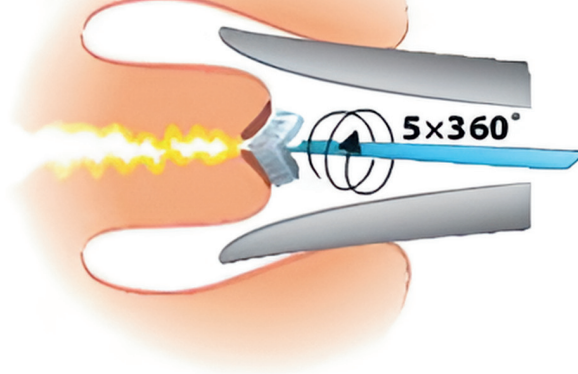
3

На предметное стекло с пометкой **ЭК** нанести мазок одним движением вдоль стекла до его середины. Перевернуть щетку на 180° и нанести материал на вторую половину стекла.

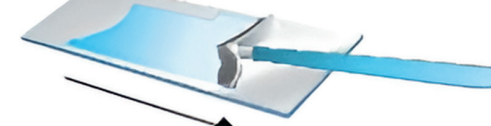
зонд урогенитальный тип F1 Cervix Brush
экзоцервикальная цитощетка



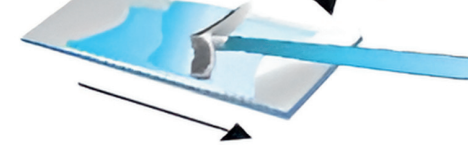
1.



2.



3.



4

Ввести эндоцервикальную цитощетку в цервикальный канал, немного щетинок остается визуальным различимым.
Повернуть цитощетку на 360° против часовой стрелки 3 раза, до получения первых капель «кровавой росы».

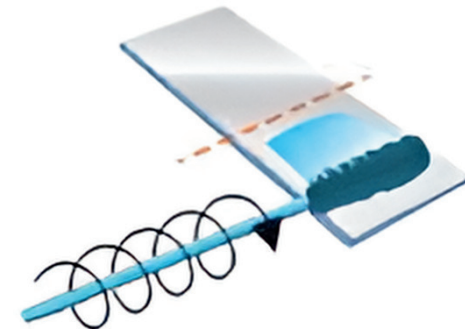
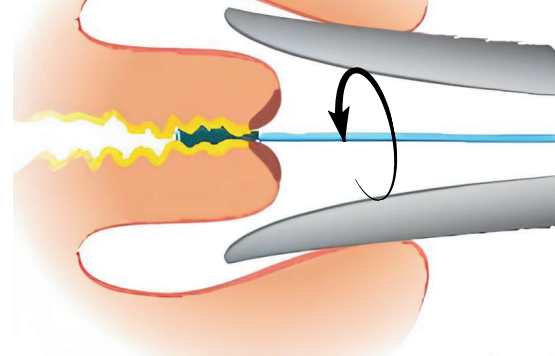
5

На предметное стекло с пометкой **ЦК** нанести мазок вращательными движениями вокруг своей оси вдоль стекла в одном направлении.

урогенитальный зонд тип D
эндоцервикальная цитощетка

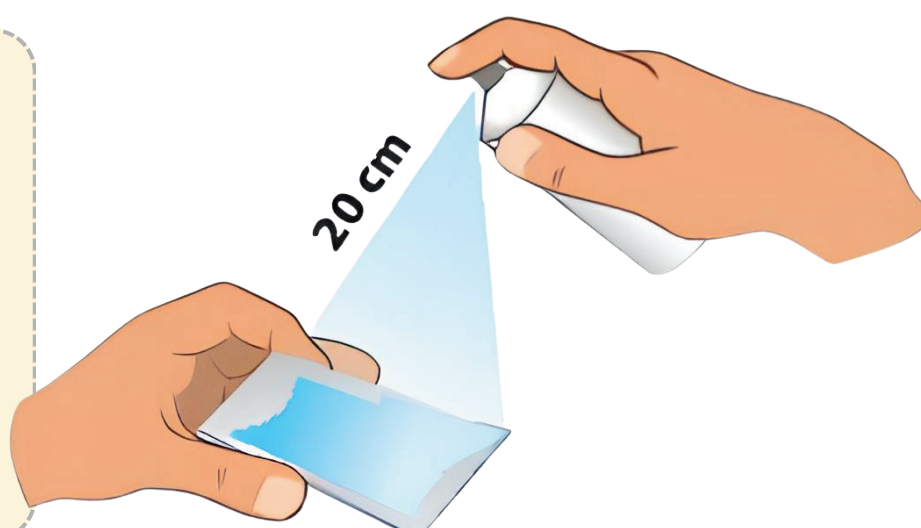


3 * 360°



6

Зафиксировать нанесенный на ДВА стекла материал ЭК и ЦК:
нанести аэрозольный фиксатор с расстояния 20 см от стекла, покрывая полностью мазок, сушить в течение 10 минут.



7

Распечатать направление из ЕЦП, проставить номер, соответствующий номеру стекла, написать о дате последней менструации/менопаузе, проводимом лечении.

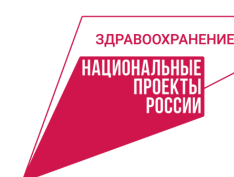


ГАУЗ НО «НИИКО «НОКОД»

www.nnood.ru



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИЖЕГОРОДСКАЯ
ОБЛАСТЬ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ
БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

АЛГОРИТМ ОСМОТРА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

Цель скрининга : выявление предраковых заболеваний
и злокачественных новообразований кожи на ранних стадиях.

мужчины и женщины
с 18 лет 

НЕОБХОДИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Медицинские одноразовые перчатки.
- Лампа направленного света.
- Смартфон с установленным мобильным приложением ПроРодинки.

- Осмотр проводится при достаточном освещении.
- Осмотру подлежит весь кожный покров, включая участки с волосатым покровом.

Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений.

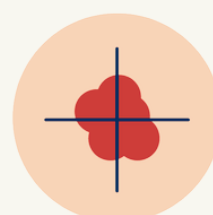
ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ на длительно существующие гиперемизированные участки кожи с шероховатой поверхностью, склонностью к изъязвлению, которые располагаются в области тела, подвергающейся воздействию раздражающих факторов.



Сделайте фото образования и проверьте его
через приложение ПроРодинки.

При обнаружении подозрительных образований — направить к онкологу.

СИМПТОМЫ ABCDE



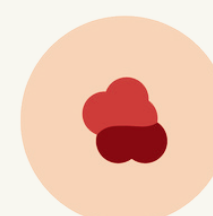
Asymmetry (асимметрия)

Ищите родинки неправильной формы, например, две совершенно разные половинки.



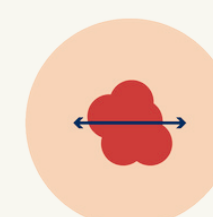
Border (границы)

Внимание на диспластические невусы с неровными, нечеткими краями. «Географические» очертания весьма характерны для меланом.



Color (цвет)

Неравномерно покрашенная, неоднородная по цвету или изменившая свой цвет родинка. По цвету меланомы может быть от иссиня-чёрной до беспигментной, но преобладают коричневые оттенки.



Diameter (диаметр)

Быстрый неограниченный рост, размер 6 мм и более.



Evolving (эволюция)

Образование растёт, меняет очертания, цвет, зудит или кровоточит.

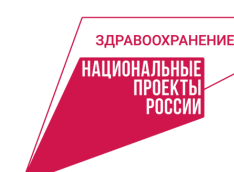


ГАУЗ НО «НИИКО «НОКОД»

www.nnood.ru



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИЖЕГОРОДСКАЯ
ОБЛАСТЬ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ
БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

АЛГОРИТМ ПАЛЬЦЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Цель скрининга : диагностика заболеваний прямой кишки, предстательной железы.

мужчины и женщины
с 18 лет 

НЕОБХОДИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Маска.
- Медицинские одноразовые перчатки.
- Хирургическая смазка (стерильный вазелин).
- Источник света.
- Салфетки одноразовые.

Противопоказания: кровотечение из прямой кишки, анальные трещины.

ОСМОТР ОБЛАСТИ АНАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ

Тщательный осмотр кожных покровов в области крестца и копчика, межягодичной складки, промежности, области заднего прохода.

ОСМОТР АНАЛЬНОГО КАНАЛА

1. Слегка раздвинуть края анального канала и попросить слегка натужиться.
2. Указательный палец руки обильно смазать смазкой.
3. Палец осторожно ввести в прямую кишку, пациенту рекомендуют «потужиться» и максимально расслабиться, ногтевая фаланга введенного в кишку пальца ладонной поверхностью при мягком надавливании на стенку кишки скользит по слизистой оболочке и обследуют её стенки по ходу часовой стрелки.
4. Этапное последовательное ощупывание стенок кишки.

Внутренние геморроидальные узлы

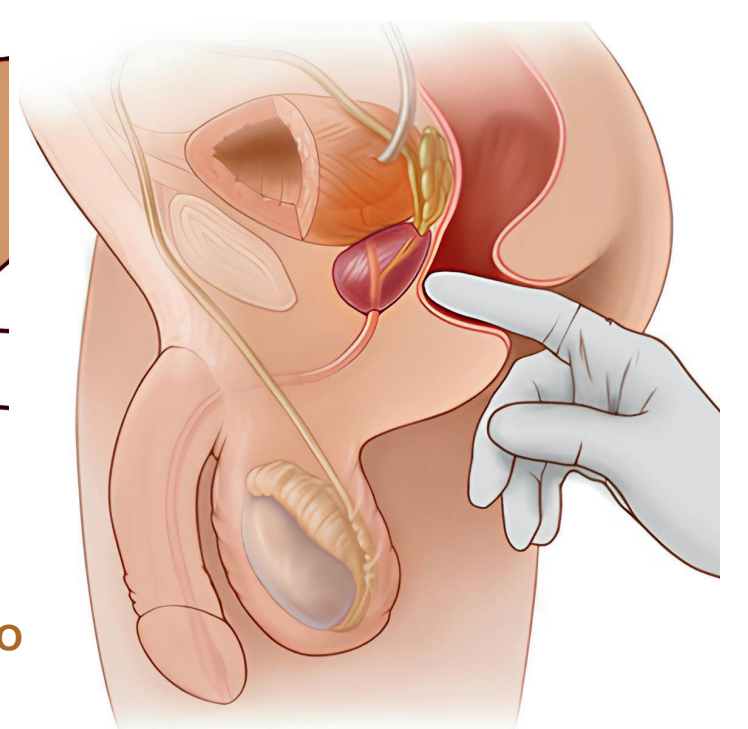
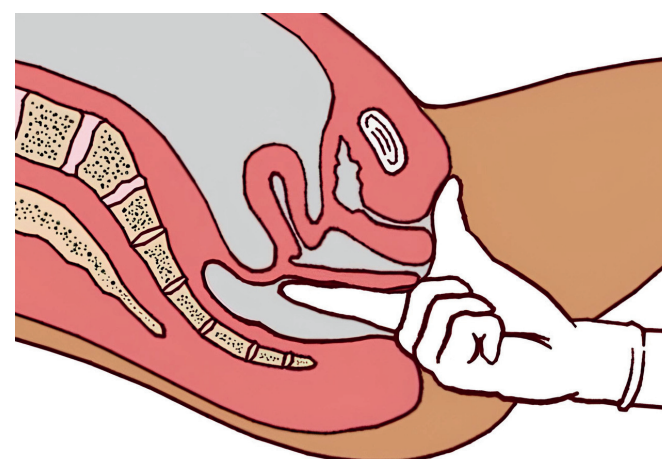
- располагаются соответственно 3, 7, 11 часам воображаемого циферблата
- в виде подвижных легко смещаемых, мягких, умеренно болезненных/безболезненных образований, иногда кровоточащих

НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ

- Желательно проводить процедуру после опорожнения кишечника.
- У женщин проводится в гинекологическом кресле.
- У мужчин в положении на спине или на боку с согнутыми в коленях ногами или в коленно-локтевом положении.

Патология

- мацерация кожи, рубцы, деформации
- инфильтраты
- наружные отверстия гнойных свищей
- перианальные бахромки
- остроконечные кондиломы
- наружные геморроидальные узлы
- анальные трещины



Осмотр имеет важное значение для обнаружения новообразований, особенно небольших размеров!

Анальные полипы

- плотное легко смещаемое безболезненное образование на длинной ножке
- могут выпадать из прямой кишки и ущемляться в анусе, вызывая боли

Ворсинчатые и злокачественные опухоли

- узлы различной плотности и размеров на слизистой оболочке или как уплотнения в виде инфильтрата стенки кишки

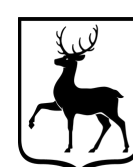
Патология предстательной железы

- глубокая и четко выраженная междолевая бороздка
- увеличение размеров, уплотнение



ГАУЗ НО «НИИКО «НОКОД»

www.nnood.ru



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИЖЕГОРОДСКАЯ
ОБЛАСТЬ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ
БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

АЛГОРИТМ ОСМОТРА И ПАЛЬПАЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Цель скрининга : выявление злокачественных опухолей
и предопухолевых заболеваний молочных желёз.

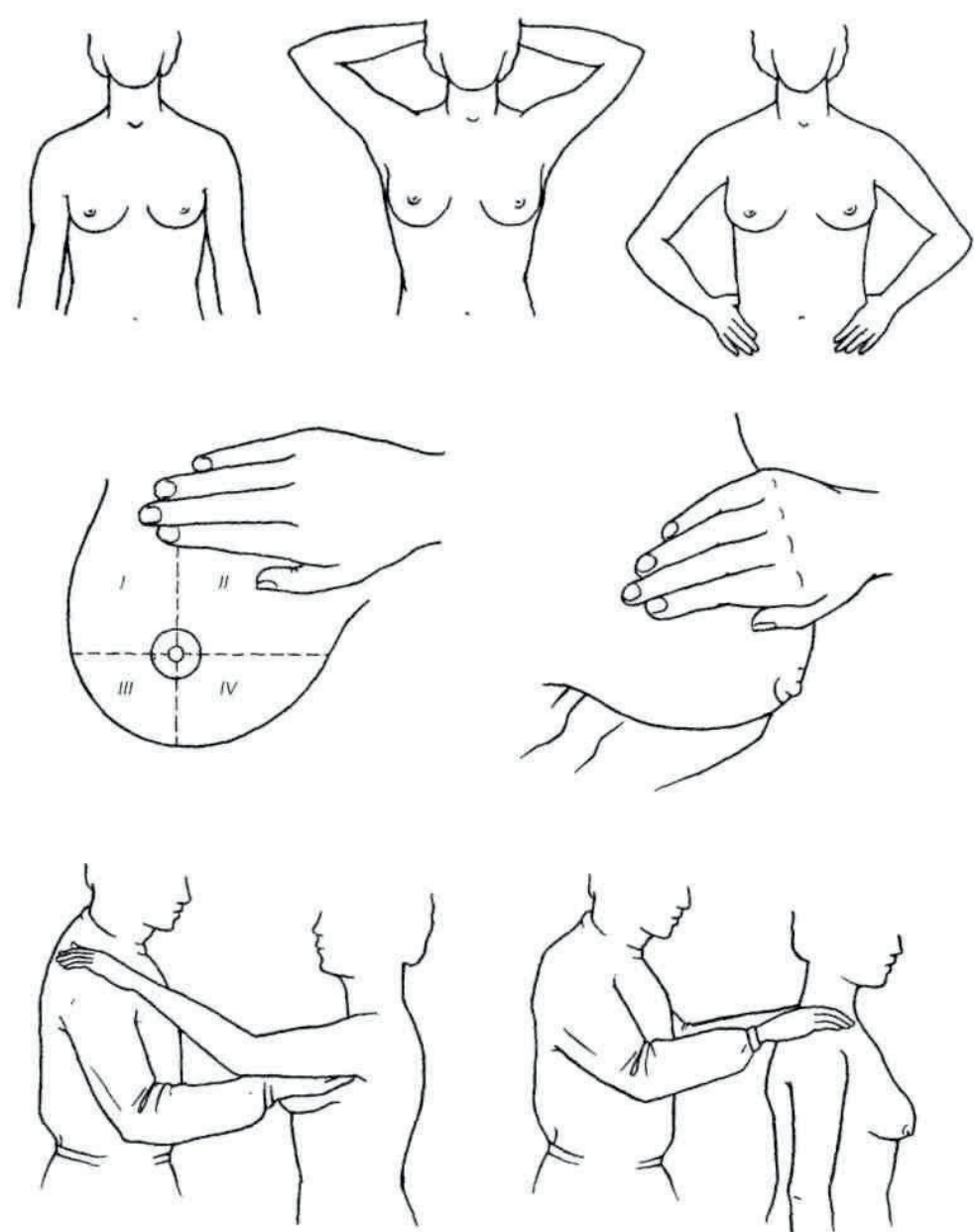
женщины с 18 лет
один раз в год 

НЕОБХОДИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Медицинские одноразовые перчатки.
- Кушетка.

Женщина раздевается до пояса.
Каждую железу осматривают отдельно.

Запрещено проведение пальпации
в положении «лежа» на гинекологическом
кресле.



1. Оценить в положении «стоя с опущенными вниз руками»:

- асимметрию или деформацию контуров молочных желез
- отек или гиперемию кожи
- деформации ареолы
- изменения положения соска

2. В положении «стоя, руки за головой» провести:

- поверхностную и глубокую пальпацию
- пальпацию ареолы и подсосковой области
- осторожно сдавить сосок между указательным и большим пальцами, оценить выделения

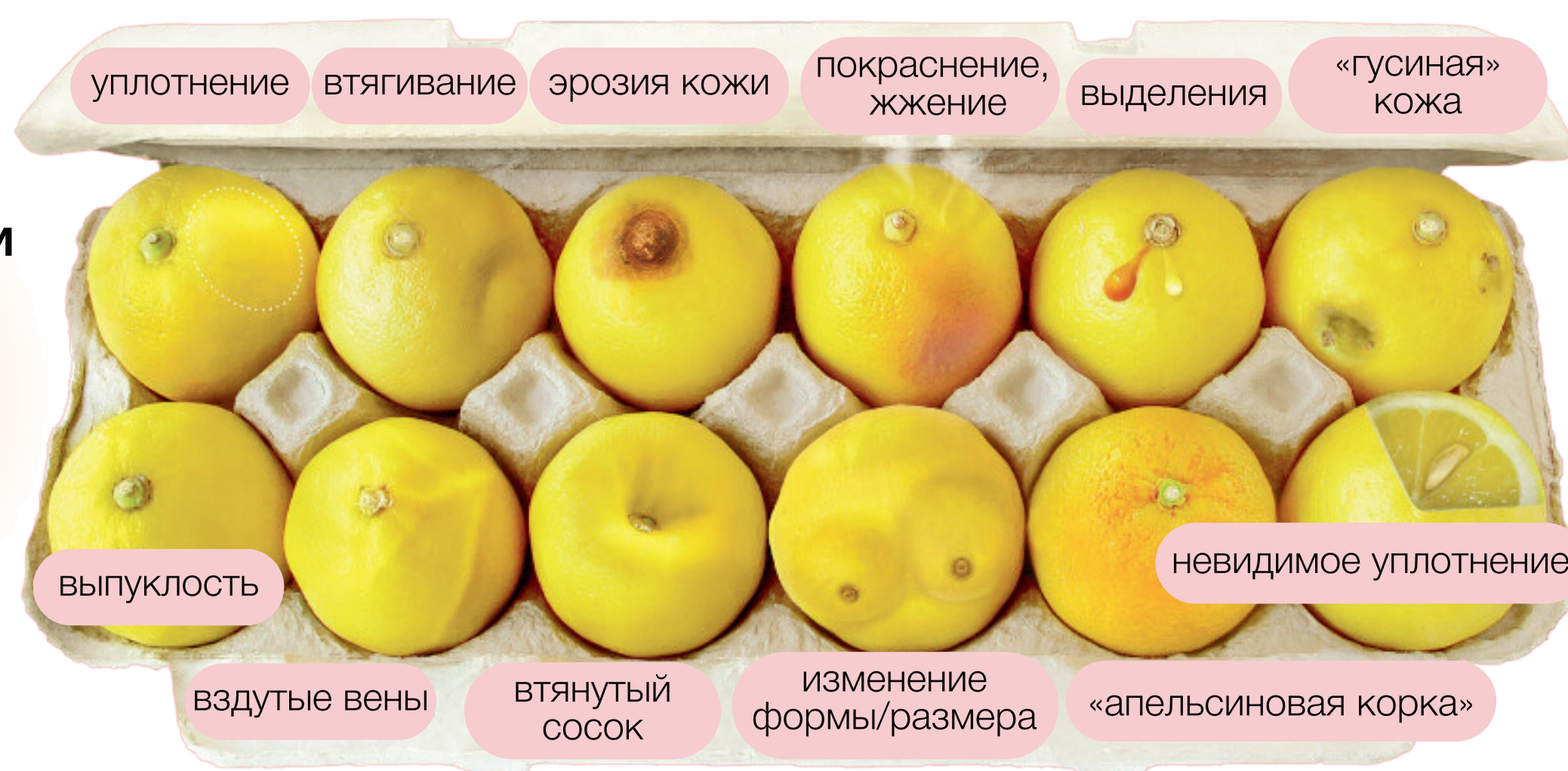
3. В положении «руки на поясе, плечевой пояс расслаблен» провести пальпацию:

- подмышечных впадин
- подключичных ямок и надключичных ямок

4. В положении «лежа, руки за головой»:

- методика осмотра аналогична осмотру в положении «стоя»

При обнаружении
подозрительных
образований —
направить к
онкологу.

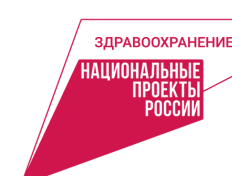


ГАУЗ НО «НИИКО «НОКОД»

www.nnood.ru



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИЖЕГОРОДСКАЯ
ОБЛАСТЬ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ
БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ