

НОО “ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАУКА”

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПИЩЕВОДА НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Учебно-практическое пособие

Кенесбаев Е.М.,
Баймуратова М.А.,
Лактионова М.В.,
Мыркалыкова Г.Б.,
Еркебай Р.А.,
Қалел Ж.С.,
Абзалбек Е.Ш.

www.scipro.ru



Казахстанский Медицинский Университет
"Высшая школа общественного здравоохранения"

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПИЩЕВОДА НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Кенесбаев Е.М., Баймуратова М.А.,
Лактионова М.В., Мыркалыкова Г.Б., Еркебай Р.А.,
Ұалел Ж.С., Абзалбек Е.Ш.

Учебно-практическое пособие

Нижний Новгород
2026

УДК 616.33-006.6-08-039.57

ББК 55.6

P18

Главный редактор: Краснова Наталья Александровна – кандидат экономических наук, доцент, руководитель НОО «Профессиональная наука»

Технический редактор: Гусева Ю.О.

Авторы:

*Кенесбаев Е.М., Баймуратова М.А., Лактионова М.В., Мыркалыкова Г.Б.,
Еркебай Р.А., Қалел Ж.С., Абзалбек Е.Ш.*

Рецензент:

*Успанова Гульжан Нуртазаевна — кандидат медицинских наук, врач-хирург высшей категории
Национального госпиталя МЦ УДП РК.*

Раннее выявление пациентов с раком пищевода на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи [Электронный ресурс]: Учебно-практическое пособие – Эл. изд. - Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf: 60 с.). – Кенесбаев Е.М., Баймуратова М.А., Лактионова М.В., Мыркалыкова Г.Б., Еркебай Р.А., Қалел Ж.С., Абзалбек Е.Ш. 2026. – Режим доступа: http://scipro.ru/conf/esophageal_cancer04_26.pdf. Сист. требования: Adobe Reader; экран 10".

ISBN 978-5-908003-27-8

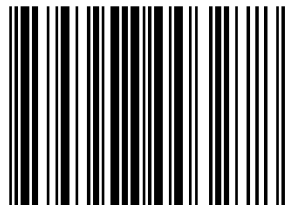
Учебно-методическое пособие посвящено организационно-управленческим аспектам раннего выявления и маршрутизации пациентов с раком пищевода на уровне первичной медико-санитарной помощи. В работе рак пищевода рассматривается как социально значимая патология, исходы которой в значительной степени определяются качеством первичного звена, уровнем онконастороженности медицинских работников и эффективностью межуровневого взаимодействия.

В пособии систематизированы ключевые элементы организации ранней диагностики, представлены клиничко-организационные акценты для врачей ПМСП, медицинских сестер и сестер расширенной практики с учетом современных образовательных и профессиональных трансформаций сестринского дела. Особое внимание уделено вопросам маршрутизации пациентов, предотвращения диагностических задержек и «потери пациента» между уровнями медицинской помощи, а также обеспечению преемственности после специализированного лечения, включая элементы ERAS и реабилитации.

Практическая часть пособия включает алгоритмы ведения пациентов с подозрением на рак пищевода, чек-листы для различных этапов медицинской помощи, памятки по раннему выявлению рецидивов, а также тестовые вопросы и ситуационные задачи для оценки знаний медицинского персонала.

Материалы предназначены для врачей первичной медико-санитарной помощи, медицинских сестер и сестер расширенной практики, обучающихся и слушателей программ последипломного образования (интернов, резидентов, магистрантов), а также могут быть использованы в образовательном процессе и при разработке организационно-методических решений в системе здравоохранения.

ISBN 978-5-908003-27-8



9 785908 003278 >

© Кенесбаев Е.М., Баймуратова М.А., Лактионова М.В., Мыркалыкова Г.Б.,
Еркебай Р.А., Қалел Ж.С., Абзалбек Е.Ш. 2026

© Оформление: издательство НОО Профессиональная наука. 2026

Содержание

Введение	5
Раздел 1. Организация раннего выявления и маршрутизации пациентов с раком пищевода: обоснование и ключевые элементы.....	7
Раздел 2. Клинико-организационные акценты для ПМСП по улучшению онкохирургической помощи при раке пищевода.....	13
Раздел 3. Оценка уровня онконастороженности врачей и информированности пациентов как факторов своевременной диагностики и маршрутизации	29
Заключение	32
Список литературы	34
Приложение	38
Приложение А. Чек-лист для врача ПМСП. Раннее выявление и первичная маршрутизация пациента с подозрением на рак пищевода (МКБ-10: С15)	38
Приложение Б. Чек-лист и алгоритм действий ПМСП при подозрении на рак пищевода (МКБ-10: С15)	41
Приложение В. Чек-лист при подозрении и/или подтверждении опухоли пищевода	43
Приложение Г. Чек-лист “контроль маршрута”: предотвращение “потери пациента”	44
Приложение Д. Чек-лист наблюдения после специализированного лечения: ERAS/реабилитация и раннее выявление осложнений	45
Контрольно-оценочные материалы.....	46
Тестовые задания (для врачей и медсестер ПМСП, уровень повышения онконастороженности).....	46
Тестовые задания для медицинских сестёр ПМСП (раннее выявление и маршрутизация пациентов с подозрением на рак пищевода)	50
Ситуационные задачи	53
Сведения об авторах	58

Введение

Рак пищевода (МКБ-10: C15) относится к числу социально значимых злокачественных новообразований с неблагоприятным прогнозом и высокой летальностью, что в значительной степени обусловлено поздними сроками выявления и диагностическими задержками на этапах первичного контакта пациента с системой здравоохранения (GLOBOCAN, 2022; Liu et al., 2023). По данным Международного агентства по изучению рака и Всемирной организации здравоохранения, рак пищевода стабильно входит в число ведущих причин смертности от онкологических заболеваний в мире, при этом соотношение смертности к заболеваемости остаётся одним из наиболее высоких среди солидных опухолей (WHO, 2024; Bray et al., 2024).

Современные достижения в онкохирургии, химиолучевой и иммунотерапии позволяют существенно улучшать отдалённые результаты лечения, однако их эффективность напрямую зависит от стадии заболевания на момент начала специализированной помощи (Obermannová et al., 2022; Еуск et al., 2021). В этой связи ключевым фактором снижения смертности при раке пищевода является не только совершенствование лечебных технологий, но и организация раннего выявления и рациональной маршрутизации пациентов, прежде всего на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (Есауленко и соавт., 2024; WHO, 2025).

С позиций общественного здравоохранения рак пищевода следует рассматривать как медико-организационную проблему, при которой неблагоприятные исходы во многом формируются вследствие системных факторов: низкой онконастороженности на первичном уровне, отсутствия стандартизированных алгоритмов направления, фрагментарности межуровневого взаимодействия и «потери пациента» между поликлиникой и специализированным стационаром (Толбин, 2024; Есауленко и соавт., 2023). Указанные обстоятельства приобретают особую значимость в условиях старения населения, роста коморбидности и ограниченных ресурсов специализированной онкологической помощи.

В международных стратегических документах последних лет подчёркивается, что повышение эффективности онкологической помощи невозможно без усиления роли ПМСП как «входных ворот» системы здравоохранения, ответственных за раннее выявление симптомов, навигацию пациента и обеспечение преемственности между уровнями оказания помощи (WHO, 2020; WHO, 2022; WHO, 2024). Аналогичный подход отражён в современных исследованиях, демонстрирующих, что именно организационные решения — сокращение времени до диагностики, чёткая маршрутизация, междисциплинарное взаимодействие — оказывают сопоставимое с клиническими вмешательствами влияние на выживаемость пациентов (Burton et al., 2021; Bray et al., 2024).

Отдельного внимания в системе раннего выявления и сопровождения пациентов с раком пищевода заслуживает роль медицинских сестер и сестер расширенной практики, значение которой существенно возросло в условиях реформирования сестринского дела и внедрения прикладного бакалавриата. Современные модели здравоохранения рассматривают сестринский персонал не только как исполнителей врачебных назначений, но и как активных участников процессов скрининга, мониторинга симптомов, повышения приверженности лечению и предотвращения потери пациента на этапах маршрута (WHO, 2023; European Observatory on Health Systems and Policies, 2022). В онкологии, где критично соблюдение сроков и непрерывность наблюдения, участие сестер расширенной практики приобретает особое организационное значение.

Настоящее учебно-методическое пособие разработано с учётом указанных вызовов и ориентировано на формирование у медицинских работников системного понимания раннего выявления рака пищевода (МКБ-10: C15) как управляемого процесса в системе общественного здравоохранения. В пособии рассматриваются медико-организационные основы маршрутизации пациента, клиничко-организационные акценты для ПМСП, вопросы онконастороженности медицинских работников и информированности пациентов, а также практические инструменты обеспечения преемственности между амбулаторным и стационарным этапами оказания помощи.

Особое внимание уделено прикладным аспектам: алгоритмам действий врачей ПМСП, чек-листам для медицинских сестер и сестер расширенной практики, механизмам контроля маршрута и предотвращения диагностических задержек, а также элементам послеоперационного наблюдения и реабилитации в контексте протоколов ускоренного восстановления (ERAS). Такой подход соответствует современным международным рекомендациям и отражает приоритеты общественного здравоохранения, направленные на повышение доступности, своевременности и результативности онкологической помощи (WHO, 2024; WHO, 2025).

Пособие предназначено для врачей первичного звена, медицинских сестер и сестер расширенной практики, обучающихся и практикующих специалистов, а также может быть использовано в системе последипломного образования и при подготовке кадров в области общественного здравоохранения.

Раздел 1. Организация раннего выявления и маршрутизации пациентов с раком пищевода: обоснование и ключевые элементы

Рак пищевода относится к числу социально значимых злокачественных новообразований с высокой летальностью и выраженной зависимостью исходов от своевременности диагностики и маршрутизации пациента. По данным глобальной онкологической статистики, ежегодно в мире регистрируется более 600 тыс. новых случаев рака пищевода, при этом число летальных исходов превышает 540 тыс. в год, что выводит данную локализацию на одно из ведущих мест среди причин смертности от онкологических заболеваний [1] (GLOBOCAN, 2022). По данным Всемирная организация здравоохранения и Международного агентства по изучению рака, рак пищевода занимает 7-е место по заболеваемости и 6-е место по смертности среди всех злокачественных новообразований в мире [1] (GLOBOCAN, 2022).

На национальном уровне бремя заболевания также остаётся значительным. В Российской Федерации ежегодно выявляется около 8 тыс. новых случаев рака пищевода, что соответствует 15-му месту в структуре онкологической заболеваемости и уровню 5,4 случая на 100 000 населения [2] (Каприн и соавт., 2023). Высокая смертность и преобладание поздних стадий выявления указывают на системные ограничения в ранней диагностике и подчёркивают необходимость совершенствования маршрутизации пациентов, прежде всего на этапах первичного контакта и межуровневого взаимодействия.

Современная организация медицинской помощи при раке пищевода базируется на точном стадировании заболевания и междисциплинарном подходе. Для определения стадии используется классификация TNM (UICC/AJCC, 8-е издание), при этом диагностический маршрут должен включать эндоскопические, лучевые, морфологические и молекулярно-генетические методы [7] (Трякин и соавт., 2021). Эзофагогастродуоденоскопия с мультифокальной биопсией является ключевым этапом первичной диагностики, позволяя не только морфологически подтвердить диагноз, но и оценить протяжённость первичной опухоли; применение хромоэндоскопии и узкоспектральной визуализации повышает диагностическую чувствительность метода [7] (Трякин и соавт., 2021).

Для оценки распространённости опухолевого процесса и выбора тактики лечения обязательным элементом маршрута пациента является компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости с внутривенным контрастированием, а также эндоскопическое ультразвуковое исследование. Эндо-УЗИ обладает наибольшей чувствительностью при оценке глубины инвазии опухоли и состояния регионарных лимфатических узлов, что имеет принципиальное значение для выбора хирургической и комбинированной тактики лечения [7] (Трякин и соавт., 2021). ПЭТ/КТ

с 18F-ФДГ рекомендуется преимущественно для выявления отдалённых метастазов при отсутствии таковых по данным КТ, позволяя снизить риск необоснованных радикальных вмешательств [7] (Трякин и соавт., 2021).

Развитие персонализированной онкологической помощи обусловило необходимость включения молекулярного тестирования в стандартный диагностический маршрут. Определение экспрессии PD-L1, статуса MSI и HER2 имеет ключевое значение для выбора лекарственной терапии как в неoadъювантном, так и в паллиативном лечении [3,4] (Ассоциация онкологов России, 2021; Федянин и соавт., 2023). Результаты клинических исследований и метаанализов подтверждают, что добавление анти-PD-1 антител к химиотерапии первой линии при нерезектабельном плоскоклеточном раке пищевода достоверно улучшает показатели общей и безрецидивной выживаемости [4] (Федянин и соавт., 2023), что подчёркивает критическую роль раннего и корректного стадирования заболевания.

С организационной точки зрения особое значение имеет своевременная маршрутизация пациентов с дисфагией — наиболее частым и клинически значимым симптомом рака пищевода. Коррекция дисфагии может потребоваться на различных этапах лечения и достигается эндоскопическими, лучевыми и хирургическими методами. Выбор вмешательства должен учитывать прогноз заболевания, предполагаемую эффективность противоопухолевой терапии и риск осложнений [7] (Трякин и соавт., 2021). В паллиативных ситуациях приоритет отдается методам, обеспечивающим контроль симптомов и качество жизни пациента, включая стентирование пищевода и брахитерапию, что требует чёткого междисциплинарного взаимодействия между онкологами, эндоскопистами и хирургами [6,7] (Resolution Expert Council, 2024; Трякин и соавт., 2021).

Наблюдение пациентов после завершения лечения является неотъемлемым компонентом системы онкологической помощи и направлено на раннее выявление рецидивов и определение показаний к повторным вмешательствам. Регламентированная периодичность эндоскопических и лучевых исследований в зависимости от стадии заболевания и проведённого лечения позволяет повысить эффективность последующих хирургических и комбинированных подходов при одновременном снижении диагностической избыточности [7] (Трякин и соавт., 2021).

Таблица 1

Преемственность между поликлиникой и стационаром в ведении пациентов
с раком пищевода

Этап	Поликлиника	Госпиталь (Стационар)	Задачи и ключевые действия
1. Начальный этап – Обращение пациента с симптомами	Первичный осмотр пациента, выявление симптомов, таких как дисфагия, боль при глотании, потеря массы тела.	-	Проведение первичной диагностики и направлений на обследование.
2. Диагностика и стадирование заболевания	Направление на эндоскопическое обследование (ЭГДС), биопсию. Направление на исследования для уточнения диагноза.	Эндоскопия, мультифокальная биопсия, хромозендоскопия, УЗИ, КТ, ПЭТ-КТ.	Проведение расширенных диагностических исследований для определения стадии и локализации опухоли.
3. Оценка распространенности заболевания и выбор тактики лечения	-	Компьютерная томография, эндо- УЗИ, молекулярное тестирование (PD-L1, MSI, HER2).	Определение метастазирования, выбор дальнейшей тактики (операция, химиотерапия, лучевая терапия).
4. Назначение лечения (неoadъювантное, хирургическое, комбинированное)	-	Хирургия, комбинированные подходы (химиотерапия + лучевая терапия), паллиативное лечение.	Проведение радикальных или паллиативных вмешательств в зависимости от стадии заболевания.
5. Паллиативная помощь (если операция невозможна)	-	Паллиативные методы: стентирование, брахитерапия, обезболивание.	Обеспечение качества жизни пациента, минимизация симптомов (дисфагия).
6. Постоперационное наблюдение (если применялась операция)	-	Регулярное наблюдение, эндоскопия, лучевые исследования для контроля рецидивов.	Применение схем наблюдения, периодичность эндоскопических и рентгенологических исследований.
7. Контроль рецидивов и длительное наблюдение	Проведение регулярных осмотров, при необходимости — направления на диагностику.	В случае выявления рецидива — оперативное вмешательство или изменение схемы лечения.	Периодическое обследование для своевременного выявления рецидивов и метастазов.
8. Психосоциальная поддержка	Оказание первичной психологической помощи, направления на специализированные службы.	Поддержка пациента в процессе лечения, работа с психологами и социальными службами.	Совместная работа с психологами для минимизации стресса, поддержка семьи пациента.

Как показано в табл.1, поликлиника выполняет начальный осмотр и направляет пациента на более сложные диагностические исследования. В случае подозрения на рак пищевода пациент перенаправляется в госпиталь для дальнейшего обследования и лечения.

Госпиталь (Стационар) занимается более углубленной диагностикой, в том числе с применением высокотехнологичных методов (ПЭТ-КТ, эндо-УЗИ), а также решает вопрос о подходах к лечению в зависимости от стадии рака. Ключевые задачи на каждом этапе включают координацию действий между первичным звеном (поликлиника) и специализированной медицинской помощью (госпиталь), проведение своевременной диагностики и лечения, а также наблюдение за пациентом в постоперационный период и в процессе реабилитации. Наша таблица с инновационными аспектами предоставляет чёткую картину взаимодействия поликлиники и стационара на всех этапах лечения пациента с раком пищевода, а также подчёркивает важность внедрения новых технологий, мультидисциплинарного подхода и комплексной психосоциальной поддержки для улучшения исходов лечения.

Допустимо сделать следующие выводы:

1. Технологические инновации в диагностике наблюдаются через внедрение хромозендоскопии, ПЭТ-КТ и молекулярного тестирования, таких как определение экспрессии PD-L1 и статуса MSI, что существенно улучшает диагностику и стадиирование рака пищевода. Указанные методы позволяют более точно определять опухолевую нагрузку и метастазирование, что, в свою очередь, помогает в выборе оптимальной тактики лечения.

2. Мультидисциплинарный подход предусматривает переход от традиционной терапии к персонализированным методам лечения, включая комбинированные подходы (химиотерапия + иммунотерапия), что требует тесного взаимодействия между врачами различных специальностей. Причем, это особенно важно на стадии выбора тактики лечения, так как рак пищевода требует комплексного подхода, охватывающего хирургию, химиотерапию, лучевую терапию и паллиативное вмешательство.

3. Раннее выявление рецидивов через организацию регулярного наблюдения, после завершения лечения критично, для обеспечения долгосрочной выживаемости пациентов. Периодические эндоскопические и лучевые исследования на постоперационном этапе способны снизить вероятность поздних рецидивов и улучшают качество жизни пациентов.

4. Психологическая поддержка предусматривает использование современных подходов к лечению, которые должны включать поддержку психоэмоционального состояния пациента, так как стресс и депрессия обуславливают оказание негативного влияния на результат лечения. Это также требует активного вовлечения социальных работников и психологов в команду лечения.

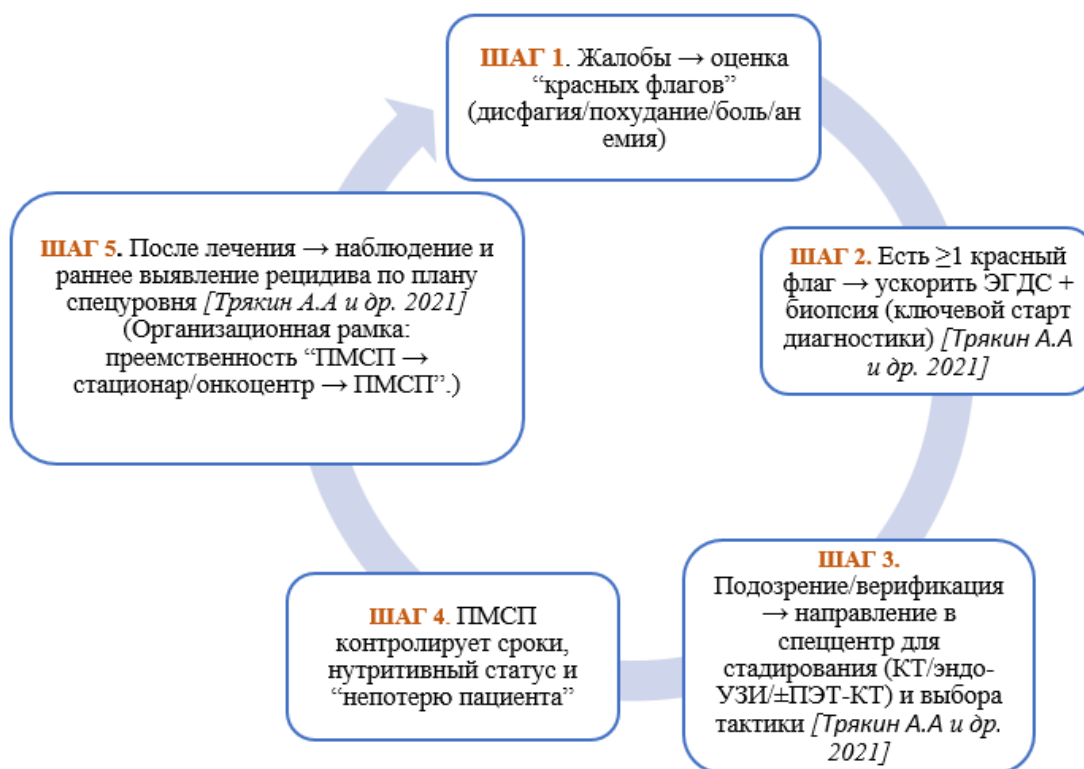


Рисунок 1. Алгоритм действий (блок-схема)

Представленный алгоритм блок-схемы (рисунок 1) показал организационно-управленческую модель раннего выявления, маршрутизации и последующего наблюдения пациентов с подозрением на рак пищевода, которая ориентирована на сокращение диагностических задержек и обеспечение преемственности между уровнями оказания медицинской помощи.

Алгоритм начинается с этапа первичного контакта пациента с системой здравоохранения, на котором врач ПМСП должен осуществлять оценку ключевых симптомов и “красных флагов”, в частности: дисфагии, немотивированного снижения массы тела, болевого синдрома и признаков анемии. Этот этап рассматривается как критическая “точка входа”, определяющая дальнейший маршрут пациента. При выявлении хотя бы одного клинически значимого “красного флага” алгоритм предусматривает ускоренное направление на эзофагогастродуоденоскопию с мультифокальной биопсией, которая рассматривается как ключевой стартовый этап диагностики и морфологической верификации заболевания. В итоге минимизируется риск отсроченного подтверждения диагноза, характерный для реальной практики.

На следующем этапе, при подозрении или подтверждении злокачественного процесса, пациент направляется на специализированный уровень для проведения стадирования (КТ, эндо-УЗИ, ПЭТ-КТ) и выбора тактики лечения в рамках междисциплинарного подхода. В алгоритме подчеркнута роль ПМСП не как пассивного “направляющего звена”, а как активного координатора маршрута, контролирующего сроки обследований, нутритивный статус пациента и предотвращающего “потерю” пациента между этапами помощи.

Завершающий блок нашего адаптированного алгоритма отражает этап постлечебного наблюдения и раннего выявления рецидива, осуществляемого по плану специализированного уровня, но с участием ПМСП. Тем самым алгоритм замыкается в управляемый цикл, реализующий принцип преемственности «ПМСП → стационар/онкоцентр → ПМСП».

Как видно на рисунке 1, в целом блок-схема иллюстрирует переход от фрагментарного ведения пациента к структурированному пациент-ориентированному маршруту, где ключевыми элементами выступают своевременность диагностики, межуровневое взаимодействие и управляемость потоков пациентов.

Итак, согласно проанализированных нами источников специальной литературы, совершенствование системы раннего выявления и маршрутизации пациентов с раком пищевода может и должно рассматриваться как комплексная организационная задача, включающая стандартизацию диагностических алгоритмов, интеграцию современных методов стадирования и молекулярного тестирования, а также чёткое межуровневое взаимодействие между первичным звеном, онкологическими центрами и хирургическими стационарами. При этом, реализация данных подходов является ключевым условием повышения эффективности онкохирургической помощи и снижения смертности от рака пищевода (GLOBOCAN, 2022; Каприн и соавт., 2023; Трякин и соавт., 2021).

Раздел 2. Клинико-организационные акценты для ПМСП по улучшению онкохирургической помощи при раке пищевода

Рак пищевода характеризуется высокой злокачественностью и неблагоприятным прогнозом, что связано с ранней лимфогенной диссеминацией и быстрым местным распространением опухоли (Сигуа и соавт., 2024) [1]. По глобальным оценкам в 2020 году зарегистрировано около 604 тыс. новых случаев, а прогнозируемая динамика указывает на сохранение высокой нагрузки заболевания в ближайшие десятилетия (Liu et al., 2023) [2]. Низкие показатели 5-летней выживаемости в разных странах (порядка 10–25%) во многом обусловлены поздней диагностикой и выявлением местно-распространённых форм, при которых радикальная операция невозможна либо сопровождается высокими рисками рецидивов (Гладилина и соавт., 2020; Pennathur et al., 2013) [3, 4].

Почему «окно возможностей» зависит от ПМСП.

Анатомические особенности пищевода, включая отсутствие серозной оболочки, способствуют раннему вовлечению структур средостения, а развитая лимфодренажная сеть — быстрому распространению даже на ранних стадиях; клинические симптомы нередко проявляются поздно, уже при прорастании мышечного слоя (Wong et al., 2023) [5]. Следовательно, ключевой организационный ресурс — сокращение диагностических задержек на уровне первичного контакта. В практическом контуре ПМСП это означает приоритизацию «красных флагов» (прогрессирующая дисфагия, потеря массы тела, признаки нутритивной недостаточности) и минимизацию «маршрутных потерь» при направлении на эндоскопическую и морфологическую верификацию.

К вопросу клинической маршрутизации и мультидисциплинарности как условие операбельности

Современные клинические руководства подчёркивают необходимость мультидисциплинарного подхода с обязательной морфологической верификацией, стадированием, оценкой соматического статуса и коррекцией нутритивной недостаточности (Obermannová et al., 2022) [6]. Для ПМСП организационно важно закрепить: единый маршрут «подозрение → эндоскопия/биопсия → стадирование → консилиум»; параллельность процессов: оценка сопутствующей патологии и нутритивного статуса должна начинаться до направления в специализированный центр, чтобы не терять время до начала лечения (Obermannová et al., 2022) [6].

При II–III стадиях общепринятым стандартом является комбинированное лечение; тактика определяется стадией и операбельностью, а также профилем пациента и рисками лечения (Thakur et al., 2021) [7]. В этой связи роль ПМСП — не «назначать лечение», а обеспечить своевременное включение пациента в специализированный контур и подготовить его к этапу высокорисковой терапии (нутритивная поддержка, контроль коморбидности, профилактика осложнений).

Неoadьювантная терапия и вопрос необходимости операции: организационные выводы для ПМСП

Данные рандомизированного исследования CROSS демонстрируют длительный (10-летний) выигрыш выживаемости у пациентов, получивших неoadьювантную химиолучевую терапию с последующей операцией (Eusek et al., 2021) [8]. При этом для ряда клинических ситуаций обсуждается целесообразность хирургического вмешательства при полном ответе на предоперационную терапию: в ESOPRESSO не показано существенных различий выживаемости между хирургическими и нехирургическими группами у «полных ответчиков» (Park S.R. et al., 2019) [9]. Систематический обзор и мета-анализ также указывают, что стратегия «омиссии операции» у пациентов с полным ответом может демонстрировать благоприятные результаты, однако вопрос требует строгой селекции и надёжного контроля (Park J. et al., 2021) [10]. Вместе с тем ряд работ показывает меньшую частоту локорегиональных рецидивов при включении хирургического этапа после полного патоморфологического ответа (Barbetta et al., 2019) [11]. В связи с сказанным, допустимо сделать линико-организационный вывод для ПМСП: пациент после неoadьювантного лечения требует управляемого наблюдения и «безразрывной» связи с онкокомандой.

На уровне ПМСП критично обеспечить приверженность контрольным визитам, документировать симптомы дисфагии/похудания/астении и быстро инициировать повторное направление при подозрении на рецидив, особенно если выбрана стратегия без операции (Park J. et al., 2021; Barbetta et al., 2019) [10, 11].

Разнородность хирургических стратегий и значение стандартизации маршрута

Доступные к изучению обзоры подчёркивают отсутствие единой глобальной хирургической стратегии и вариабельность подходов (доступ, лимфодиссекция, зона анастомоза), что отражает неоднородность практики и различия в центрах (Дворецкий, 2016) [12]. На этом фоне для ПМСП ключевым становится направление пациента в центр с отработанным протоколом стадирования, консилиума и периоперационного ведения, поскольку именно организационная зрелость центра (командность, опыт, стандарты) существенно влияет на осложнения и исходы.

Минимально инвазивная эзофагэктомия: влияние на осложнения и организационные требования

Анализ современных российских данных и обзоров указывают, что минимально инвазивные и гибридные эзофагэктомии способны снижать частоту респираторных осложнений и сокращать длительность госпитализации, при этом требуются опыт и соблюдение онкологических принципов (Дмитриев, Михайлова, 2015; Марийко, Кузнецов, 2016) [13, 14]. Показано, что внедрение минимально инвазивных технологий возможно в региональном онкоцентре при контроле кривой обучения и сопоставимости ключевых показателей (время операции, осложнения, летальность) с международными данными (Круглов и соавт., 2019) [15]. Роль ПМСП в этом направлении прикладная: обеспечить раннее выявление и маршрутизацию в центр, где минимально инвазивная методика выполняется в рамках стандартизированного

протокола; после выписки — обеспечить контроль осложнений и реабилитации, не допуская «потери пациента».

ERAS / Fast-Track как компонент качества онкохирургии и задача преемственности

Протоколы ускоренного восстановления (ERAS) после эзофагэктомии рассматриваются как безопасный и эффективный подход, позволяющий сокращать госпитализацию при стандартизации периоперационного ведения (Тарасова и соавт., 2017; Дворецкий и соавт., 2023) [16, 17]. В смежных клинических контекстах показано, что мультимодальные алгоритмы ведения, согласованные между специалистами, способны сокращать послеоперационный период, при этом эффективность зависит от строгой междисциплинарной координации (Анипченко, Аллахвердян, 2019) [18].

Для ПМСП практический вывод: ERAS требует «сквозной» преемственности — контроль боли, дыхательной функции, нутритивного статуса, ранней мобилизации, профилактики осложнений и быстрой коммуникации с хирургическим центром при тревожных симптомах.

Нутритивная поддержка и раннее питание: управляемые решения после эзофагэктомии

Важно отметить, что данные проспективных исследований показывают, что раннее пероральное питание после эзофагэктомии при соблюдении критериев безопасности может быть эффективным и не увеличивать частоту осложнений, ускоряя восстановление моторики кишечника и потенциально сокращая госпитализацию (Раевская и соавт., 2021; Ковалерова, Ручкин, 2022) [19, 20]. Одновременно подчёркивается необходимость алгоритмизации выбора нутритивной поддержки и учёта нутритивного статуса (Ковалерова, Ручкин, 2022) [20]. Поэтому организационная роль ПМСП включает: мониторинг нутритивного статуса (масса тела, аппетит, переносимость питания), раннее выявление признаков осложнений (лихорадка, тахикардия, боли, нарастающая слабость, дисфагия), а также обеспечение приверженности реабилитационному плану после выписки.

Практическая «матрица действий» для врачей ПМСП

- Сократить диагностические задержки, то есть фиксировать дисфагию как «симптом высокой значимости» и минимизировать время до эндоскопии/биопсии (Wong et al., 2023) [5].
- Гарантировать включение в МДТ-контур через направление пациента в центр с консилиумом и протоколом стадирования/лечения (Obermannová et al., 2022) [6].
- Оптимизировать пациента до лечения, основываясь на: коморбидность + нутритивная поддержка как параллельный трек маршрута (Obermannová et al., 2022) [6].
- Обеспечить преемственность ERAS/реабилитации путем организации наблюдения после выписки и раннее выявление осложнений (Тарасова и соавт., 2017; Дворецкий и соавт., 2023) [16, 17].

- Снижение потерь при наблюдении - это обязательный контроль визитов и быстрый возврат в специализированный контур при подозрении на рецидив (Park J. et al., 2021; Barbetta et al., 2019) [10, 11].

Рак пищевода (МКБ-10: C15) представляет собой заболевание, характеризующееся высокой агрессивностью и быстрым прогрессированием. Это одно из самых серьезных и социально значимых онкологических заболеваний, характеризующееся высокой летальностью и трудностью ранней диагностики. В контексте общественного здравоохранения особое внимание следует уделить своевременности выявления заболевания и оптимизации процессов его диагностики, лечения и реабилитации. Для повышения настороженности среди медицинского персонала и углубленного понимания проблемы со стороны пациентов, важно создать структурированные информационные материалы. Таблицы 2, отражающие ключевые моменты на разных этапах медицинской помощи, помогут врачам, медицинским сестрам и сестрам расширенной практики улучшить взаимодействие на всех уровнях — от первичного контакта до реабилитации. В результате повысится осведомленность пациентов о значении ранней диагностики, коррекции факторов риска и контроле заболевания, что в свою очередь способствует увеличению выживаемости и улучшению качества жизни.

Таблица 2

Раннее выявление и диагностика рака пищевода (для ПМСП)

Этап	Основные моменты важные для врачей	Ключевые моменты для медсестер и сестер расширенной практики	Подходы для пациентов (важно)
Начальные симптомы (красные флаги)	- Обращение на прогрессирующую дисфагию, потерю массы тела, признаки нутритивной недостаточности. - Запись симптомов в медицинскую карту.	- Оценка состояния пациента на первых этапах (потеря веса, дисфагия). - Подготовка к направлению пациента на эндоскопическое исследование (информирование о необходимости обследования).	Регулярно сообщать врачу о любых изменениях в глотании пищи, потере веса или других симптомах. Быстрое обращение помогает начать лечение на ранних стадиях.
Диагностика (эндоскопия, биопсия)	- Направление на эндоскопию с биопсией для подтверждения диагноза. - Раннее направление на морфологическую верификацию.	- Подготовка пациента к процедуре (информирование о процессе эндоскопии). - Поддержка в процессе ожидания диагностики.	Понимать необходимость биопсии для точной диагностики и обсуждения дальнейших шагов лечения.
Стадирование и дополнительные исследования (КТ, ПЭТ-КТ)	- Организация стадирования заболевания с помощью КТ и ПЭТ-КТ. - Контроль сопутствующих заболеваний.	- Поддержка пациента в процессе направлений на дополнительные исследования. - Сбор информации о состоянии здоровья пациента.	Осознавать значимость стадирования заболевания для выбора подходящей терапии. Поддержка и понимание на этом этапе важны для успешного лечения.

В связи с контентом таблицы 2 ключевым аспектом в диагностике рака пищевода и лечении является обеспечение эффективной преемственности между различными уровнями медицинской помощи — первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и специализированными учреждениями (стационар). Раннее выявление, организация диагностики и стадирования рака пищевода требуют высокой координации действий врачей и медсестёр в различных звеньях медицинской системы. Особое внимание должно быть уделено обеспечению непрерывности лечебного процесса между поликлиникой и стационаром, что напрямую влияет на успешность лечения и качество жизни пациента. 1. Начальные симптомы (красные флаги). На стадии первичной диагностики важным аспектом считается своевременное обращение пациента на стадии появления «красных флагов» — таких симптомов, как прогрессирующая дисфагия, потеря массы тела и признаки нутритивной недостаточности. На этом этапе требуется активное вовлечение врачей первичного звена, включая участковых терапевтов и гастроэнтерологов, которые должны не только своевременно направить пациента к специализированным учреждениям, но и зафиксировать все симптомы в медицинской карте для последующего анализа в стационаре.

Отдельно хотелось бы остановиться на роли медсестер расширенной практики. Почему? На этом этапе медсестры и сёстры расширенной практики играют ключевую роль в мониторинге состояния пациента, выявлении признаков ухудшения состояния и оперативном информировании лечащего врача о наблюдаемых симптомах. Они призваны обеспечивать информирование пациента о значимости этих симптомов и необходимости своевременного обращения в стационар для дальнейшего обследования.

Значение преемственности между поликлиникой и стационаром — это также важный принцип на этом этапе и он крайне важна. Врачи первичного звена должны не только диагностировать симптомы, но и оперативно направлять пациента в специализированный центр для более глубокого обследования и ранней диагностики. В итоге, высоки шансы минимизировать риск запоздалой диагностики, что особенно критично для пациентов с раком пищевода.

После выявления подозрения на рак пищевода необходимо провести эндоскопию с биопсией для подтверждения диагноза. Этот этап включает в себя комплексную диагностику, требующую не только высококвалифицированных специалистов, но и организации эффективной логистики между поликлиническим и стационарным этапами. Врачи должны направить пациента в соответствующее учреждение для выполнения процедур, а медсестры — обеспечить информационную поддержку и психологическую помощь пациенту на этом этапе.

Вновь следует выделить роль медсестер расширенной практики (МСРП). Поскольку они, сестры расширенной практики играют важную роль в подготовке пациента к эндоскопическим процедурам. МСРП должны обеспечить пациента необходимой информацией, разъяснить процесс проведения исследования и

обсудить возможные побочные эффекты. Настоящий «фронт» работы способствует снижению тревожности и повышению доверия пациента к лечению.

Итак, преемственность между этапами диагностики в поликлинике и стационаре должна обеспечиваться на всех уровнях. Важно, чтобы все результаты диагностических процедур были своевременно переданы в поликлиническую организацию для дальнейшего наблюдения за пациентом, а также для планирования лечения. Это позволит избежать потери времени на переходах между учреждениями и улучшит координацию работы врачей.

Далее нами представлена Памятка 1, которая, на наш взгляд, является практически ориентированным и клинико-организационно значимым инструментом для врачей ПМСП, ведь ее смысл заключен в переводе абстрактного понятия «онконастороженность» в чёткие, наблюдаемые клинические и поведенческие маркеры, требующие немедленного управленческого решения. Кроме того, эта Памятка нацелена улучшить на практике раннее выявление осложнений и рецидивов. Блок «Тревожные признаки» корректно фокусирует внимание врача ПМСП не на редких или сложных симптомах, а на частых клинических сигналах ухудшения, которые именно в амбулаторной практике выявляются первыми.

Перечисленные признаки (нарастающая дисфагия, похудание, лихорадка, признаки аспирации, болевой синдром) отражают клинические ситуации высокого риска, при которых тактика «наблюдать в динамике» является потенциально опасной.

Памятка 1

“Тревожные признаки” → немедленная связь с хирургическим/онкологическим центром:

- ☐ лихорадка, нарастающая слабость/тахикардия;
- ☐ нарастающая дисфагия, невозможность питания/питья;
- ☐ выраженная боль в грудной клетке/животе;
- ☐ признаки аспирации/дыхательной недостаточности;
- ☐ прогрессирующее похудание/дегидратация.

Основы раннего выявления рецидива и возврата в специальный контур

- ☐ Соблюдение плана наблюдения специализированного уровня (визиты/исследования).
- ☐ Каждый контакт ПМСП: оценка дисфагии, веса, астении, боли.
- ☐ При подозрении на рецидив → ускоренное повторное направление в специализированный центр (без “ожидания” длительного наблюдения на месте).
- ☐ Контроль приверженности: напоминания, сопровождение МСРП/медсестрой.

Немаловажно, что Памятка однозначно задаёт управленческую реакцию:
не уточнять диагноз на уровне ПМСП, а немедленно восстанавливать связь со специализированным контуром.

Следовательно, Памятка формирует снижение вероятности диагностических задержек и субъективных решений, связанных с перегрузкой первичного звена, и должна восприниматься как инструмент обеспечения преемственности. Второй блок логично смещает акцент с «реакции на симптомы», то есть к управлению маршрутом пациента после лечения, что является одной из наиболее уязвимых точек системы онкологической помощи.

Формулировка «каждый контакт ПМСП» подчёркивает то, что:

- даже плановый визит по иному поводу должен рассматриваться как возможность скрининга симптомов рецидива;
- контроль веса, дисфагии, астении и боли становится рутинным элементом качества амбулаторного наблюдения, а не дополнительной нагрузкой.

Не менее важно, что Памятка:

- нормализует ускоренный возврат в спецконтур как стандартное действие,
- снимает психологический барьер у врача ПМСП, связанный с опасением «избыточных направлений».

Хотелось бы отметить и роль Памятки в формировании приверженности пациента. Ведь, отдельным методическим достоинством является включение блока контроля приверженности, что редко встречается в традиционных клинических алгоритмах. Кроме того, регистрация на практике таких действий, как:

- a) напоминания,
- b) сопровождение со стороны медсестры или МСРП,
- c) активный контакт с пациентом, что в идеале подчёркивает именно приверженность как управляемый организационный процесс, а не личная характеристика пациента.

В этой связи для ПМСП это особенно важно, поскольку именно на амбулаторном этапе чаще всего возникают «потери пациента» между уровнями помощи.

Уместно напомнить методическое значение Памятки в системе ПМСП, в частности:

1. усиливает роль ПМСП как координатора маршрута, а не пассивного наблюдателя (МСРП, врача и медсестры);
2. способствует стандартизации решений при клинической неопределённости;
3. повышает безопасность пациента за счёт снижения времени до повторного специализированного вмешательства;
4. может использоваться как чек-лист при визите, элемент внутреннего аудита качества или обучающий материал для молодых специалистов.

Далее нами предлагается как видно на рисунке № 2, обратить внимание на пошаговый вектор ведения пациента, а именно:

1. Выявить “красные флаги” (дисфагия/похудание/анемия/боль при глотании и др.). Если ≥ 1 флаг → направить на ЭГДС + биопсию как ключевой старт диагностики.

2. При подозрении/подтверждении опухоли → направление в онкоцентр для стадирования (КТ/эндо-УЗИ/ПЭТ-КТ по показаниям) и МДТ-решения.

3. Параллельно в ПМСП: контроль коморбидности + нутритивная поддержка, фиксация веса и динамики симптомов.

Контроль маршрута: сроки, явка, отсутствие “потерь” пациента между уровнями.

4. После лечения: преемственность ERAS/реабилитации + мониторинг осложнений.

Наблюдение и рецидив: контроль симптомов и приверженности; при подозрении — быстрый возврат в спецконтур



Рисунок 2. Алгоритм для ведения пациентов с подозрением на рак пищевода

Стадирование и дополнительные исследования (КТ, ПЭТ-КТ)

На этом этапе врачу необходимо организовать дополнительные исследования для уточнения стадии заболевания, таких как КТ и ПЭТ-КТ, что критически важно для выбора стратегии лечения. Медсестры, в свою очередь, должны поддерживать пациента, помогая ему в организации дополнительного обследования и обеспечивая информацию о предстоящих исследованиях.

Отдельно подчеркнем роль медсестер расширенной практики. МСРП и медсестры обеспечивают поддержку пациента на всех этапах обследования, помогая организовать дополнительные исследования и собрав информацию о текущем состоянии пациента. Они также играют важную роль в психологической поддержке пациента, помогая ему адаптироваться к процессу стадирования заболевания.

Далее вновь привлечем ваше внимание на преемственность между поликлиникой и стационаром на этапе стадирования заболевания, где она крайне важна. Врачам первичного звена следует активно координировать этапы диагностического обследования, направлять пациента в специализированные учреждения, а при необходимости, организовывать лечение в рамках стационара. Настоящий вызов позволяет не только ускорить процесс диагностики, но и

своевременно назначить соответствующую терапию, что значительно повышает вероятность успешного исхода заболевания.

Таким образом, преемственность между поликлиникой и стационаром, несомненно, является важнейшим элементом в организации помощи пациентам с раком пищевода. Особенно в контексте раннего выявления и диагностики заболевания эта преемственность помогает избежать задержек в установлении диагноза и назначении лечения. Роль медсестер и сестер расширенной практики в этом процессе не ограничивается только наблюдением за состоянием пациента — их активное участие в подготовке и сопровождении пациентов на разных этапах диагностики, а также их координирующая роль между первичной и специализированной медицинской помощью, способствует более эффективному лечению и повышению качества жизни пациентов. Международный опыт показывает, что в странах с высокоразвитыми системами здравоохранения эффективная преемственность между поликлиниками и стационарами существенно улучшает качество оказания медицинской помощи, снижает количество ошибок в диагностике и повышает уровень выживаемости пациентов с раком пищевода. Важность координации и обмена информацией между различными уровнями медицинского обслуживания неоспорима, и в контексте лечения рака пищевода она играет ключевую роль в обеспечении оптимальных исходов для пациента.

Таблица 3

Мультидисциплинарный подход и организационные задачи ПМСП

Этап	Ключевые моменты для врачей	Ключевые моменты для медсестер и сестер расширенной практики	Подходы для пациентов
Мультидисциплинарный консилиум	- Участие в мультидисциплинарных консилиумах для обсуждения планов лечения. - Направление пациента в специализированный центр.	- Обеспечение коммуникации с другими специалистами для планирования лечения. - Информирование пациента о ходе консультаций и возможности выбора стратегии лечения.	Пациентам важно: Понимать, что принятие решения о лечении проводится совместно несколькими специалистами для выбора наиболее эффективного подхода.
Оценка нутритивного статуса	- Оценка питания пациента до назначения лечения. - Направление на консультацию диетолога.	- Оценка питания пациента (например, потеря массы тела, проблемы с аппетитом). - Подготовка к консультациям с диетологами и другой поддерживающей помощи.	Пациентам важно: Следить за питанием и своевременно сообщать о проблемах с аппетитом или потерей массы тела. Питание важно на всех этапах лечения, включая дооперационную и послеоперационную подготовку.
Неoadъювантная терапия	- Назначение неoadъювантной химиолучевой терапии, если это показано. - прогнозирование ответа пациента на терапию.	-Поддержка пациента во время химиотерапии и радиотерапии (мониторинг побочных эффектов, поддержка психологического состояния).	Пациентам важно: Разумно подходить к вопросам лечения, следовать назначению врача и понимать значимость предоперационной терапии для успешной операции и более высокой выживаемости.

Мультидисциплинарный подход и организационные задачи первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) при лечении рака пищевода представлены в таблице 3. Прежде всего хотелось привлечь внимание на ее практической ценности. Рак пищевода, обозначаемый в МКБ-10 как C15, является одной из наиболее агрессивных и трудноизлечимых опухолей, требующих комплексного подхода в диагностике, лечении и поддерживающей терапии. Прогноз заболевания, как достаточно важная составляющая, во многом зависит от своевременной диагностики, правильно выбранной схемы лечения, а также от мультидисциплинарного подхода, который и предусматривает взаимодействие различных специалистов в рамках принятия клинических решений. В контексте оказания медицинской помощи пациентам с раком пищевода данная таблица 3 описывает ключевые этапы процесса лечения, выделяя задачи для врачей, медсестёр и сестер расширенной практики, а также акцентируя внимание на важности вовлеченности пациента. Первый этап - мультидисциплинарный консилиум. Соответственно, мультидисциплинарный подход является основой эффективного лечения рака пищевода, что подтверждается множеством научных исследований. В этой связи обсуждение лечения на мультидисциплинарном консилиуме позволяет и дает возможность врачу-онкологу, хирургу, радиологу, диетологу и паллиативному специалисту совместно разработать индивидуализированную терапевтическую стратегию, которая ориентирована на оптимизацию исходов. Принятие решения о лечении рака пищевода, как правило, требует комплексной оценки и согласования множественных факторов, таких как:

- стадия заболевания,
- возраст пациента,
- наличие сопутствующих заболеваний и т. д.

Не секрет, что мультидисциплинарный консилиум способствует интеграции знаний и опыта разных специалистов, что повышает вероятность выбора наилучшей лечебной тактики. Поэтому практическая ценность этой стадии процесса заключается в необходимости активного взаимодействия с пациентом. Пациент должен быть осведомлен о том, что решение о его лечении принимается коллегиально, что увеличивает доверие к медицинскому процессу и уменьшает уровень стресса, связанного с неопределенностью.

Второй этап – это оценка нутритивного статуса пациента, которая считается одним из важнейших аспектов в лечении пациентов с раком пищевода, предусматривая правильную оценку их нутритивного статуса. Следует напомнить, что раковые заболевания часто приводят к значительным изменениям в питательном статусе, включая потерю массы тела, нарушение аппетита и усвоения пищи. Именно эти проблемы могут ухудшать общее состояние пациента, снижать эффективность лечения и увеличивать риск осложнений.

Оценка нутритивного статуса на ранних стадиях лечения позволяет вовремя выявить дефицит питательных веществ и назначить необходимые терапевтические

мероприятия, включая консультацию с диетологом и назначение специальных диетических препаратов. В этой связи практическая ценность второго этапа заключается в предотвращении катаболических процессов и улучшении качества жизни пациента, что в свою очередь способствует успешному проведению неоадьювантной терапии и повышению выживаемости.

Раннее вмешательство в вопросах питания, регулярный мониторинг и индивидуальная диетологическая поддержка являются неотъемлемыми элементами мультидисциплинарного подхода.

Третий этап - неоадьювантная терапия (НТ). Неоадьювантная терапия, состоящая из химиотерапевтического и лучевого лечения, используется для уменьшения объема опухоли перед хирургическим вмешательством, а это позволяет повысить шансы на успешную операцию и улучшить прогноз для пациента. Важность правильной предоперационной подготовки неоадьювантной терапией невозможно переоценить, так как она играет решающую роль в увеличении продолжительности жизни и улучшении качества жизни пациентов с раком пищевода. Соответственно, практическая ценность данного этапа заключается в том, что неоадьювантная терапия улучшает результаты хирургического вмешательства, снижает риск рецидивов и способствует более высокой выживаемости. Кроме того, этот этап терапии должен и сопровождается важными организационными задачами, такими как мониторинг побочных эффектов, поддержка психологического состояния пациента и профилактика возможных осложнений. На этом этапе роль медсестёр и сестер расширенной практики заключается в активном наблюдении за состоянием пациента, обеспечении его психологической поддержки и управлении побочными эффектами лечения. Предложенная нами табличная версия является ценным инструментом для организации и координации работы различных специалистов в процессе лечения пациентов с раком пищевода. Она акцентирует внимание на важности междисциплинарного взаимодействия и последовательного подхода на каждом этапе лечения. Практическая ценность ее заключается в структурированном изложении ключевых моментов для различных категорий медицинских работников, что, собственно, позволяет повысить качество оказания медицинской помощи и улучшить исходы лечения. Плюс в клинической практике, в силах медперсонала создать эффективную систему поддержки пациента, включающую, наряду с медицинской и психологическую помощь, ведь интеграция влияет на успешность лечения и качество жизни больных раком пищевода.

Таблица 4.

Паллиативное и послеоперационное ведение пациентов с раком пищевода

Этап	Ключевые моменты для врачей	Ключевые моменты для медсестер и сестер расширенной практики	Подходы для пациентов
1.Паллиативная помощь	- Внедрение стентирования пищевода и брахитерапии при прогрессирующей дисфагии. - Обеспечение контроля болевого синдрома и улучшение качества жизни.	Мониторинг симптомов у пациента, помощь в организации процедур стентирования и брахитерапии. - Оказание психологической и социальной поддержки.	Пациентам важно: Понимать, что паллиативное лечение ориентировано на облегчение симптомов и улучшение качества жизни. Поддержка на всех этапах необходима для комфортного существования.
2.Послеоперационный уход (ERAS, реабилитация)	- - Применение протоколов ускоренного восстановления (ERAS) после эзофагэктомии. - Постоянная связь с пациентом для раннего выявления осложнений.	- Помощь в соблюдении рекомендаций ERAS (ранняя мобилизация, мониторинг болевого синдрома, контроль за нутритивным статусом). - Оказание психологической поддержки.	Пациентам важно: Следовать всем рекомендациям по восстановлению, соблюдать диету, проводить необходимые физические упражнения и вовремя сообщать о любых отклонениях в состоянии.
3.Контроль рецидивов и повторное обследование	Организация регулярных контрольных осмотров и исследований. - Быстрое реагирование на появление новых симптомов.	- Напоминание пациенту о важности визитов и проведения исследований. - Обеспечение своевременного возвращения пациента в специализированный центр при подозрении на рецидив.	Пациентам важно: Не пропускать контрольные визиты и повторные обследования, так как раннее выявление рецидивов повышает шансы на успешное лечение.

Контент таблицы 4 показывает важность паллиативного и послеоперационного ухода за пациентами с раком пищевода трудно переоценить, поскольку именно на этих этапах лечения во многом определяется качество жизни пациента и эффективность восстановления после хирургических вмешательств. Организация полноценного ухода с вовлечением различных специалистов, включая врачей ВОП и медсестер с расширенной практикой, следует воспринимать как необходимое условие для оптимизации медицинской помощи онкологическим пациентам, в том числе. Таблица 4, акцентирует внимание на ключевых моментах ведения пациентов на разных этапах, выделяя важность взаимодействия специалистов в условиях многозадачности и индивидуализированного подхода к каждому пациенту. В частности, 1. Паллиативная помощь. Для врачей, на этом этапе важнейшим является внедрение методик, таких как стентирование пищевода и брахитерапия, направленных на облегчение симптомов дисфагии, а также активное управление болевым синдромом. Вместе с тем, паллиативная помощь не должна ограничиваться только медикаментозным лечением, но должна охватывать все аспекты улучшения качества жизни пациента, включая физическое, психологическое и социальное

благополучие. Важно обеспечить регулярную оценку боли и применение адекватных методов обезболивания, чтобы минимизировать страдания пациента.

Для медсестер и сестер расширенной практики на данном этапе крайне важно, так как они обеспечивают постоянный мониторинг симптомов пациента, помогать в организации процедур стентирования и брахитерапии, а также оказывать психологическую и социальную поддержку. Паллиативный уход требует от медсестер высокой эмпатии и навыков коммуникации, а также способности оперативно реагировать на изменения в состоянии пациента и обеспечивать необходимую помощь. Медсестры и сёстры расширенной практики являются связующим звеном между пациентом и врачами, что позволяет значительно повысить качество оказания паллиативной помощи. В этой связи, применение технологий стентирования и брахитерапии требует от медсестер не только знания процедур, но и способности поддержать пациента в ходе этих манипуляций, минимизируя беспокойство и стресс. Итак, на данном этапе важна поддержка пациенту в плане психологического комфорта, ведь улучшение качества жизни является главной задачей паллиативного лечения.

Для пациента проставлен акцент на том, что он должен взаимодействовать через понимание, что паллиативное лечение ориентировано не на излечение, а на облегчение симптомов и улучшение качества жизни. Важно, чтобы пациент ощущал поддержку на всех этапах лечения, что будет способствовать его комфортному существованию, даже в условиях прогрессирования заболевания.

2. Послеоперационный уход (ERAS, реабилитация) для врачей предусматривает послеоперационный уход при раке пищевода, особенно после эзофагэктомии, требуя применения протоколов ускоренного восстановления (ERAS), направленных на максимально быстрое восстановление пациента. Протокол ERAS включает в себя раннюю мобилизацию пациента, контроль за болевым синдромом, а также мониторинг нутритивного статуса пациента. Важно поддерживать постоянную связь с пациентом для раннего выявления возможных осложнений, таких как инфекционные процессы или проблемы с заживлением. Для медсестер и сестер расширенной практики необходимо понимание их роли в реализации протоколов ERAS. Ведь их деятельность направлена адресно помогать пациенту соблюдать рекомендации по ранней мобилизации, следить за его физическим состоянием, контролируя болевой синдром и обеспечивать правильный нутритивный статус. К тому же на этом этапе важно оказывать психологическую поддержку, помогая пациенту справляться с последствиями операции и адаптироваться к изменениям в своем теле. Медсестры с расширенной практикой призваны существенно повысить эффективность восстановления пациента, контролируя выполнение рекомендаций, таких как ранняя мобилизация, соблюдение диеты и наблюдение за нутритивным статусом. Их внимание к мелким, но важным аспектам, таким как боли и психологическое состояние пациента, способствует более успешному восстановлению и снижению риска осложнений. Реабилитация после эзофагэктомии требует комплексного

подхода, и роль медсестер в этой работе становится неоценимой. Для пациента важно следовать всем рекомендациям по восстановлению, соблюдать диету, проводить необходимые физические упражнения и своевременно сообщать о любых отклонениях в состоянии. Это поможет ускорить восстановление и уменьшить вероятность осложнений, а также повысит качество жизни пациента в послеоперационный период.

3. Контроль рецидивов и повторное обследование. Для врачей предусмотрено осуществлять организацию регулярных контрольных осмотров и исследований (КТ, эндоскопия, биопсия), которые является основой раннего выявления рецидивов заболевания. Важно, чтобы врачи оперативно реагировали на появление новых симптомов и корректировали лечение в зависимости от результатов обследований. Контроль за состоянием пациента должен осуществляться регулярно, чтобы снизить риск поздней диагностики рецидивов. Для медсестер и сестер расширенной практики функциональная роль, предусматривает напоминание пациентам о: необходимости регулярных визитов и прохождении контрольных исследований. Медсестры и МСРП должны поддерживать связь с пациентом, обеспечивать его информацией о важности этих обследований и помогать вовремя возвращать пациента в специализированный центр при появлении признаков рецидива. Их роль в мониторинге состояния пациента и своевременном реагировании на изменения критически важна для успешного контроля заболевания. Итак, медсестры и сестры расширенной практики могут существенно улучшить adherence (соблюдение рекомендаций) пациента относительно контрольных визитов и обследований. Априори они могут быть важным звеном в системе раннего выявления рецидивов, так как помогают пациенту не только не пропускать визиты, но и оперативно информируют лечащего врача о появлении новых симптомов. Их вовлеченность способствует раннему диагностированию рецидивов и назначению эффективного лечения на ранних стадиях. Тем более, что для пациента важно понимать, что регулярные контрольные осмотры и повторные обследования играют ключевую роль в раннем выявлении рецидивов, что повышает шансы на успешное лечение и долгосрочную ремиссию. Несоблюдение этих рекомендаций может привести к поздней диагностике рецидива и снижению шансов на успешное лечение.

Суммируя анализ контента таблицы 4, мы сочли возможным подчеркнуть целесообразность комплексного подхода в паллиативном и послеоперационном уходе за пациентами с раком пищевода, где центральным элементом является приверженность врачей первичного звена и медсестер с расширенной практикой. Приверженность этих специалистов к соблюдению протоколов, мониторингу состояния пациента, психологической поддержке и организации контроля рецидивов существенно повышает качество жизни пациентов и ускоряет их восстановление. Практическая ценность этой модели состоит в том, что слаженная работа врачей и медсестер позволяет эффективно организовать уход за пациентами на каждом из этапов их лечения и реабилитации, от паллиативной помощи до контроля рецидивов.

Такой подход способствует улучшению клинических исходов и повышению удовлетворенности пациентов, что, в свою очередь, улучшает общие показатели здравоохранения.

Нутритивная поддержка пациентов с раком пищевода является неотъемлемой частью комплексного лечения и реабилитации. Раковые заболевания пищевода (МКБ-10: C15) и рядом стоящие патологии, такие как рак желудка (C16) и рак глотки (C10), часто приводят к значительным изменениям в питательном статусе пациента, что негативно сказывается на их способности справляться с лечением и восстановлением после хирургического вмешательства. Ранняя и своевременная нутритивная поддержка в таких случаях является ключом к успешной терапии и восстановлению. Таблица 5 подчеркивает важность участия врачей и медперсонала в оценке, поддержке и корректировке питания пациентов на всех этапах заболевания.

Таблица 5.

Нутритивная поддержка и роль ПМСП в реабилитации

Этап	Ключевые моменты для врачей	Ключевые моменты для медсестер и сестер расширенной практики	Подходы для пациентов
Нутритивная поддержка до операции	- Оценка нутритивного статуса пациента, назначение диеты и нутритивных добавок. - Подготовка к хирургическому вмешательству.	- Оценка потери массы тела, симптомов недостаточности питания. - Поддержка пациента в соблюдении диеты и питательных добавок.	Пациентам важно: Соблюдать рекомендации по питанию и обсуждать с врачом любые сложности с приемом пищи.
Раннее питание после операции	- Внедрение раннего перорального питания после эзофагэктомии. - Оценка состояния пациента и корректировка питания по необходимости.	- Помощь в поддержке пациента в процессе введения раннего питания. - Мониторинг симптомов и поддержка при возникновении осложнений (например, боли, лихорадки).	Пациентам важно: Следовать указаниям по питанию, чтобы ускорить восстановление и избежать осложнений.
Реабилитация после операции (ERAS)	Контроль за этапами реабилитации, включая мобилизацию, лечение боли и поддержание питания.	Оказание помощи пациенту в процессе ранней мобилизации, контроле болевого синдрома и наблюдения за нутритивным состоянием.	Пациентам важно: Активно участвовать в реабилитации и соблюдать все этапы восстановления для ускорения выздоровления.

Нутритивная поддержка при раке пищевода: Роль ПМСП в реабилитации

Нутритивная поддержка пациентов с раком пищевода (МКБ-10: C15) играет решающую роль в успешности лечения и восстановления после хирургического вмешательства. Патогенез рака пищевода сопровождается не только прогрессирующей дисфагией и нарушением питания, но и выраженными метаболическими изменениями — потерей массы тела, нарушением обмена веществ

и усиленной катаболической активностью. Эти процессы усугубляются наличием коморбидности (например, заболеваний сердца, диабета или хронической болезни почек), что требует особого внимания к состоянию пациента на каждом этапе лечения. В этой связи мы далее предлагаем подразделить лечебный процесс до операции; раннее питание после операции; и процесс реабилитации и протоколы ERAS

1. Нутритивная поддержка до операции

На передоперационном этапе врачи должны оценить нутритивный статус пациента, назначив диету и нутритивные добавки, чтобы минимизировать потери массы тела и подготовить пациента к операции. Медсестры, включая сестер расширенной практики (МСРП), играют ключевую роль в мониторинге потери массы тела и соблюдении диетических рекомендаций, что способствует нормализации питания до вмешательства.

2. Раннее питание после операции

После эзофагэктомии восстановление нормального питания — ключ к успешному выздоровлению. Врачи должны внедрить раннее пероральное питание, следя за состоянием пациента и корректируя его рацион в зависимости от клинической картины. МСРП и обычные медсестры поддерживают пациента в соблюдении этих рекомендаций, отслеживая возможные осложнения, такие как боль или воспаление, что помогает предотвратить нутритивные дефициты.

3. Реабилитация и протоколы ERAS

В процессе реабилитации после операции важным элементом является поддержание питания пациента с учётом его коморбидности и общего состояния. Врачи контролируют все этапы реабилитации, включая мобилизацию, контроль болевого синдрома и нутритивное состояние. Медсестры, в свою очередь, помогают в поддержке питания, следят за выполнением рекомендаций ERAS (ускоренное восстановление), а также за психологической и физической реабилитацией пациента.

Нутритивная поддержка пациентов с раком пищевода и связанными заболеваниями является важнейшим элементом лечения и реабилитации. Слаженная работа врачей, медсестер и сестер расширенной практики направлена на достижение общей цели — поддержание оптимального питания пациента и улучшение его общего состояния. Активное участие каждого специалиста в этой команде способствует успешному восстановлению и повышению качества жизни пациента, снижая риски осложнений и ускоряя процесс реабилитации.

Раздел 3. Оценка уровня онконастороженности врачей и информированности пациентов как факторов своевременной диагностики и маршрутизации

Бремя онкологических заболеваний и приоритет профилактики

Онкологические заболевания остаются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения, формируя значительное медико-социальное и экономическое бремя для систем здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения и Международного агентства по изучению рака, в последние годы отмечается устойчивый рост как абсолютного числа новых случаев, так и смертности от злокачественных новообразований, особенно в странах со средним уровнем дохода (WHO, 2024; IARC, 2024; Bray et al., 2024).

Современные оценки подчёркивают, что значительная доля онкологических заболеваний связана с модифицируемыми факторами риска, а раннее выявление остаётся одним из наиболее эффективных инструментов снижения одногодичной летальности и повышения показателей выживаемости (WHO, 2025; Bray et al., 2024). В этой связи первичная и вторичная профилактика, реализуемые преимущественно на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), приобретают ключевое значение. В то же время данные национальных и региональных исследований свидетельствуют о том, что фактическая результативность программ раннего выявления нередко не соответствует диагностическому потенциалу современной медицины. Это проявляется в высокой доле запущенных стадий, диагностических задержках и значительных межрегиональных различиях показателей (Есауленко и соавт., 2023; Есауленко и соавт., 2024; Сураева и соавт., 2024). Пандемия COVID-19 дополнительно выявила уязвимость скрининговых программ и профилактических осмотров, что сопровождалось снижением выявляемости онкологических заболеваний и смещением стадийной структуры в сторону более поздних стадий, потенциально ухудшающих прогноз и увеличивающих смертность в последующие годы (Валькова и соавт., 2022; Стилиди и соавт., 2022; WHO, 2024).

2. Организационные детерминанты раннего выявления онкологических заболеваний в системе ПМСП

Ключевыми организационными факторами, влияющими на своевременность диагностики онкологических заболеваний, являются уровень онконастороженности врачей первичного звена, информированность и мотивация пациентов, а также выстроенность маршрутизации и преемственности между уровнями оказания медицинской помощи.

Результаты ряда исследований показывают, что повышение онконастороженности врачей ПМСП — как способности своевременно заподозрить онкологическую патологию, назначить адекватное дообследование и обеспечить корректную маршрутизацию пациента — является одним из наиболее управляемых и

эффективных организационных инструментов (Есауленко и соавт., 2024; Есауленко и соавт., 2023). При этом недостаточная стандартизация диагностических алгоритмов, фрагментация информационных потоков и высокая нагрузка на первичное звено нередко приводят к задержкам на доклиническом этапе (Толбин, 2024).

Важную роль играет и фактор пациента: низкая информированность о симптомах онкологических заболеваний, страх диагноза, социальные и территориальные барьеры, а также ограниченная доступность обследований снижают участие населения в профилактических осмотрах и скрининге (Сураева и соавт., 2024). Анализ диспансеризации определённых групп взрослого населения показывает, что даже при наличии регламентированных программ эффективность выявления злокачественных новообразований во многом определяется качеством организационных процессов и активной позицией медицинских работников ПМСП (Сураева и соавт., 2024).

Дополнительным ограничивающим фактором остаются ресурсные и кадровые диспропорции. Несмотря на рост коечного фонда и численности специалистов в отдельных регионах, сохраняется необходимость смещения акцентов в сторону амбулаторных технологий, профилактической ориентации и усиления роли первичного звена здравоохранения (Мурашко, 2021; Алексеенко, Мурашко, 2021). Региональный опыт, включая организацию онкологической помощи в условиях пандемии, подтверждает, что целенаправленные организационные меры — развитие смотровых кабинетов, внедрение стандартов обследования, повышение квалификации врачей ПМСП — способны частично компенсировать внешние ограничения и повысить выявляемость онкологических заболеваний (Голубев и соавт., 2021; Гордиенко, Вахненко, 2021).

3. Цифровые решения и показатели эффективности раннего выявления

В условиях усложнения организационных контуров оказания медицинской помощи и роста нагрузки на ПМСП особую значимость приобретают цифровые решения, направленные на поддержку онконастороженности и повышение управляемости процессов раннего выявления. Использование медицинских информационных систем, электронных направлений, автоматизированного мониторинга сроков обследования, регистров пациентов и аналитических панелей позволяет повысить прозрачность маршрута пациента и снизить вероятность диагностических задержек (Есауленко и соавт., 2023; Толбин, 2024).

Цифровизация способствует не только контролю процессов, но и формированию культуры оценки эффективности профилактических мероприятий. Для этого в методических рекомендациях целесообразно использовать ограниченный, но стандартизированный набор индикаторов.

Рекомендуемые индикаторы эффективности (для ПМСП):

Индикаторы охвата и активности:

- доля населения, охваченного профилактическими осмотрами и скринингом, %;
- доля пациентов из групп повышенного онкологического риска, прошедших целевое обследование, %.

Индикаторы своевременности:

- средний срок от первого обращения пациента в ПМСП до направления на специализированное обследование, дни;
- доля пациентов, прошедших диагностический маршрут в нормативные сроки, %.

Индикаторы качества выявления:

- доля злокачественных новообразований, выявленных на I–II стадиях, %;
- доля активно выявленных случаев (в ходе профилактических осмотров и диспансеризации), %.

Индикаторы исходов:

- одногодичная летальность среди впервые выявленных пациентов, %;
- доля пациентов, состоящих на диспансерном учёте ≥ 5 лет, %.

Индикаторы организационной устойчивости:

- доля завершённых диагностических маршрутов без разрыва преемственности между ПМСП и специализированным звеном, %;
- доля врачей ПМСП, прошедших обучение по вопросам онконастороженности, %.

Использование указанных индикаторов в сочетании с цифровыми инструментами мониторинга позволяет рассматривать онконастороженность не как абстрактную профессиональную характеристику, а как управляемый элемент качества медицинской помощи, поддающийся планированию, оценке и корректировке (Есауленко и соавт., 2023; Толбин, 2024).

Обобщая выше сказанное, следует отметить, что повышение онконастороженности врачей и информированности пациентов должно рассматриваться как системная организационная задача ПМСП, интегрированная с профилактическими программами, цифровыми решениями и механизмами оценки эффективности. Представленный подход обеспечивает методическую основу для планирования, мониторинга и улучшения процессов раннего выявления онкологических заболеваний в условиях первичного звена здравоохранения.

Заключение

Проведённый анализ эпидемиологических, клинических и организационно-управленческих источников показывает, что рак пищевода остаётся одной из наиболее неблагоприятных по прогнозу онкологических локализаций, характеризующейся высокой летальностью и выраженной зависимостью исходов от сроков диагностики и начала специализированного лечения (GLOBOCAN, 2022; Bray et al., 2024; Liu et al., 2023). Несмотря на развитие хирургических, лекарственных и комбинированных методов лечения, включая неoadъювантные и иммунотерапевтические подходы, ключевым ограничивающим фактором остаётся позднее выявление заболевания, во многом обусловленное организационными барьерами на уровне первичного контакта пациента с системой здравоохранения (Pennathur et al., 2013; Wong et al., 2023).

Анализ современных клинических рекомендаций и результатов многоцентровых исследований подтверждает, что эффективность лечения рака пищевода определяется не только выбором терапевтической тактики, но и своевременным включением пациента в специализированный контур, корректным стадированием и обеспечением междисциплинарного взаимодействия (Obermannová et al., 2022; Thakur et al., 2021; Eysck et al., 2021). При этом организационные задержки на этапе ПМСП приводят к утрате «окна возможностей» для радикального лечения и ухудшению показателей выживаемости, что подчёркивает значимость управляемых решений именно на амбулаторном уровне.

Результаты отечественных и зарубежных исследований в области общественного здравоохранения указывают, что повышение онконастороженности врачей первичного звена, стандартизация алгоритмов направления и внедрение инструментов контроля маршрута пациента позволяют сократить сроки диагностики и повысить долю ранних стадий выявления злокачественных новообразований (Есауленко и соавт., 2023; Есауленко и соавт., 2024; Сураева и соавт., 2024). Особое значение приобретает организационная роль медицинских сестер и сестер расширенной практики, участвующих в мониторинге симптомов, сопровождении пациента и обеспечении приверженности диагностическому и лечебному маршруту, что соответствует современным тенденциям развития сестринского дела и межпрофессионального взаимодействия.

Систематизация клинико-организационных данных, представленных в пособии, подтверждает, что ПМСП является ключевым звеном в системе раннего выявления рака пищевода. Именно на этом уровне формируется первичная оценка симптомов высокой онкологической значимости (дисфагия, потеря массы тела, нутритивная недостаточность), принимаются решения о срочности направления и обеспечивается контроль возврата пациента после специализированных этапов помощи (Гладилина и соавт., 2020; Obermannová et al., 2022). Отсутствие формализованных алгоритмов и

чек-листов приводит к вариабельности решений, диагностическим задержкам и «потере пациента» между уровнями медицинской помощи.

Включение в пособие практико-ориентированных инструментов — алгоритмов, чек-листов, памяток, а также тестовых вопросов и ситуационных задач — соответствует международным подходам к трансляции клинических рекомендаций в реальную практику и повышению управляемости процессов оказания медицинской помощи (WHO, 2024; IARC, 2024). Представленные материалы ориентированы не на дублирование клинических протоколов, а на организационную поддержку принятия решений на уровне ПМСП, что является принципиально важным для специальности «Общественное здравоохранение».

Таким образом, разработанное учебно-методическое пособие обоснованно позиционируется как инструмент совершенствования системы раннего выявления и маршрутизации пациентов с раком пищевода в контуре первичной медико-санитарной помощи. Его содержание отражает современные представления о роли ПМСП в онкологической помощи, учитывает актуальные клинические и организационные данные последних лет и отвечает задачам повышения доступности, своевременности и преемственности медицинской помощи. Использование данного пособия в образовательном процессе и практической деятельности может способствовать снижению диагностических задержек, повышению эффективности межуровневого взаимодействия и, в конечном итоге, улучшению исходов лечения и качества жизни пациентов с раком пищевода.

Список литературы

1. Global Cancer Observatory (GLOBOCAN). Oesophageal cancer factsheet. IARC/WHO; 2022. Available at: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/6-oesophagus-fact-sheet.pdf> (accessed 22.08.2024).
2. Злокачественные новообразования в России в 2022 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой, И.В. Лисичниковой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2023. 275 с.
3. Рак пищевода и кардии. Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России. 2021. Доступно по: https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2021/04/kr_rak-pishhevoda-i-kardii_aor_30.03.2021.pdf
 - а. (дата обращения: 15.10.2024).
4. Федянин М.Ю., Трякин А.А., Райс А.Б. и соавт. Мета-анализ эффективности добавления анти-PD-1 антител к химиотерапии первой линии при распространённом раке пищевода // Злокачественные опухоли. 2023. Т. 13, № 2. С. 29–55. DOI: 10.18027/2224-5057-2023-13-2-3.
5. Gao T.T., Shan J.H., Yang Y.X., et al. Comparative efficacy and safety of immunotherapy for advanced or metastatic esophageal squamous cell carcinoma: a systematic review and network meta-analysis // BMC Cancer. 2022. Vol. 22. 992. DOI: 10.1186/s12885-022-10086-5.
6. Resolution on the results of the expert council on the topic “Modern approaches to the treatment of esophageal cancer” // Zlokachestvennie opuholi (Malignant Tumors). 2024. Vol. 14, No. 4. P. 91–94. DOI: 10.18027/2224-5057-2024-031.
7. Трякин А.А., Бесова Н.С., Волков Н.М. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода // Злокачественные опухоли. Практические рекомендации RUSSCO. 2021. Т. 11. № 3s2.
8. Sigua B.V., Kurkov A.A., Belyaeva A.V., Bryantseva Zh.V., Arseniev A.I., Latariya E.L., Tcelykovskaia O.B., Mavidi I.P., Arutyunyan K.V., Vinnichuk S.A., Zemlyanoy V.P. Surgical tactics for esophageal cancer with complete tumor pathomorphosis after chemoradiation therapy // Grekov's Bulletin of Surgery. 2024. Vol. 183, № 1. P. 42–46. DOI: 10.24884/0042-4625-2024-183-1-42-46.
9. Liu C.Q., Ma Y.L., Qin Q., et al. Epidemiology of esophageal cancer in 2020 and projections to 2030 and 2040 // Thorac Cancer. 2023. Vol. 14, № 1. P. 3–11. DOI: 10.1111/1759-7714.14745. PMID: 36482832. PMCID: PMC9807450.
10. Гладилина И.А., Трякин А.А., Захидова Ф.О. и др. Рак пищевода: эпидемиология, факторы риска и методы диагностики // Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. 2020. Т. 3, № 1. С. 69–76. DOI: 10.37174/2587-7593-2020-3-1-69-76.
11. Pennathur A., Gibson M.K., Jobe B.A., et al. Oesophageal carcinoma // Lancet. 2013. Vol. 381. P. 400–412.

12. Wong L.Y., Elliott I.A., Liou D.Z., et al. The impact of refusing esophagectomy for treatment of locally advanced esophageal adenocarcinoma // JTCVS Open. 2023. Vol. 16. P. 987–995. DOI: 10.1016/j.xjon.2023.09.006. PMID: 38204633. PMCID: PMC10775062.
13. Obermannová R., Alsina M., Cervantes A., et al. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up // Annals of Oncology. 2022. Vol. 33, № 10. P. 992–1004. DOI: 10.1016/j.annonc.2022.07.003. PMID: 35914638.
14. Thakur B., Devkota M., Chaudhary M. Management of locally advanced esophageal cancer // JNMA J Nepal Med Assoc. 2021. Vol. 59, № 236. P. 409–416. DOI: 10.31729/jnma.4299. PMID: 34508544. PMCID: PMC8369604.
15. Eyck B.M., van Lanschot J.J.B., Hulshof M.C.C.M., et al. Ten-year outcome of neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery for esophageal cancer: the randomized controlled CROSS trial // Journal of Clinical Oncology. 2021. Vol. 39, № 18. P. 1995–2004. DOI: 10.1200/JCO.20.03614. PMID: 33891478.
16. Ando N., Kato H., Igaki H., et al. A randomized trial comparing postoperative adjuvant chemotherapy with cisplatin and 5-fluorouracil versus preoperative chemotherapy for localized advanced squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus (JCOG9907) // Annals of Surgical Oncology. 2012. Vol. 19, № 1. P. 68–74.
17. Park S.R., Yoon D.H., Kim J.H., et al. A randomized Phase III trial on the role of esophagectomy in complete responders to preoperative chemoradiotherapy for Esophageal Squamous Cell Carcinoma (ESOPRESSO) // Anticancer Research. 2019. Vol. 39, № 9. P. 5123–5133. DOI: 10.21873/anticancer.13707. PMID: 31519624.
18. Park J., Yea J.W., Oh S.A., et al. Omitting surgery in esophageal cancer patients with complete response after neoadjuvant chemoradiotherapy: a systematic review and meta-analysis // Radiation Oncology. 2021. Vol. 16, № 1. P. 219. DOI: 10.1186/s13014-021-01947-7.
19. Barbetta A., Sihag S., Nobel T., et al. Patterns and risk of recurrence in patients with esophageal cancer with a pathologic complete response after chemoradiotherapy followed by surgery // Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2019. Vol. 157. P. 1249–1259.e5.
20. Дмитриев Е.Г., Михайлова Н.В. Современное лечение рака пищевода // Поволжский онкологический вестник. 2015. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-lechenie-raka-pischevoda>(дата обращения: 04.02.2026).
21. Круглов Е.А., Побединцева Ю.А., Кудлачев В.А., Филимонов Е.В., Ильин А.И., Измайлова Е.В., Унгуриян В.М. Внедрение минимально инвазивных технологий в хирургию рака пищевода на примере регионального онкологического центра // Поволжский онкологический вестник. 2019. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vnedrenie-minimalno-invazivnyh-tehnologiy-v-hirurgiyu-raka-pischevoda-na-primere-regionalnogo-onkologicheskogo-tsentra> (дата обращения: 04.02.2026).
22. Марийко В.А., Кузнецов П.В. Современные тенденции видеоторакоскопической хирургии рака пищевода (обзор литературы) // ВНМТ. 2016. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-tendentsii->

videotorakoskopicheskoy-hirurgii-raka-pischevoda-obzor-literatury(дата обращения: 04.02.2026).

23. Дворецкий С.Ю. Современная стратегия лечения рака пищевода // Вестник хирургии. 2016. Т. 175, № 4. С. 102–107.

24. Тарасова И.А., Цховребов А.Т., Никода В.В., Шестаков А.Л. Протокол ускорения восстановления у пациентов после эзофагэктомии (аналитический обзор) // Клиническая и экспериментальная хирургия. 2017. № 2 (16). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/protokol-uskorennogo-vosstanovleniya-u-patsientov-posle-ezofagektomii-analitichesky-obzor>(дата обращения: 04.02.2026).

25. Дворецкий С.Ю., Капшук Я.Ю., Акопов А.Л. Программа ускоренного восстановления больных раком пищевода после хирургического лечения (обзор литературы) // Вестник хирургии. 2023. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/programma-uskorennogo-vosstanovleniya-bolnyh-rakom-pischevoda-posle-hirurgicheskogo-lecheniya-obzor-literatury>(дата обращения: 04.02.2026).

26. Раевская М.Б., Ковалерова Н.Б., Ручкин Д.В., Ян М.Н., Плотников Г.П. Раннее пероральное питание как компонент программы ускоренного восстановления после субтотальной эзофагэктомии с одномоментной пластикой пищевода: проспективное рандомизированное исследование // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. 2021. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ranee-peroralnoe-pitanie-kak-komponent-programmy-uskorennogo-vosstanovleniya-posle-subtotalnoy-ezofagektomii-s-odnomomentnoy> (дата обращения: 04.02.2026).

27. Ковалерова Н.Б., Ручкин Д.В. Алгоритм выбора варианта послеоперационной нутритивной поддержки пациентов после субтотальной эзофагэктомии с одномоментной пластикой желудочной трубкой // Клиническая и экспериментальная хирургия. 2022. № 1 (35). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/algoritm-vybora-varianta-posleoperatsionnoy-nutritivnoy-podderzhki-patsientov-posle-subtotalnoy-ezofagektomii-s-odnomomentnoy>(дата обращения: 04.02.2026).

28. World Health Organization. Cancer: Fact sheet. 2025. URL: (см. источник на сайте WHO) (дата обращения: 04.02.2026).

29. International Agency for Research on Cancer (IARC). New report on global cancer burden in 2022 by world region and human development level. 2024. URL: (см. источник на сайте IARC) (дата обращения: 04.02.2026).

30. Bray F., et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024. Vol. 74(3). P. 229–263. DOI: 10.3322/caac.21834 (дата обращения: 04.02.2026).

31. IARC. GLOBOCAN 2022 – World fact sheet (PDF). 2024. URL: (см. factsheet GCO/IARC) (дата обращения: 04.02.2026).

32. Есауленко И.Э., Толбин А.А., Петрова Т.Н., Татаркова Ю.В. Повышение онконастороженности врачей как инструмент сокращения сроков и повышения качества диагностики злокачественных новообразований // Современные проблемы

здравоохранения и медицинской статистики. 2024. № 1. URL: (см. CyberLeninka) (дата обращения: 04.02.2026).

33. Есауленко И.Э., Попов В.И., Петрова Т.Н., Толбин А.А. Пути повышения эффективности первичной профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний с использованием информационных технологий // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. № 4. URL: (см. CyberLeninka) (дата обращения: 04.02.2026).

34. Толбин А.А. The Need for Primary Care Physicians to Implement Digital... (статья по цифровым технологиям ранней диагностики на уровне первичного звена) // (журнал/платформа по публикации). 2024. URL: (см. источник) (дата обращения: 04.02.2026).

35. Сураева Н.А., Шикина И.Б., Алтунин Д.В. Выявление злокачественных новообразований при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024. № 1. URL: (см. CyberLeninka) (дата обращения: 04.02.2026).

36. Валькова Л.Е., Дяченко А.А., Мерабишвили В.М. и др. Влияние пандемии COVID-19 на показатели заболеваемости злокачественными опухолями, подлежащими скринингу в рамках диспансеризации (популяционное исследование) // Сибирский онкологический журнал. 2022. № 6. URL: (см. CyberLeninka/сайт журнала) (дата обращения: 04.02.2026).

37. Стилиди И.С., Заридзе Д.Г., Максимович Д.М., Дзитиев Д.М. Снижение заболеваемости злокачественными опухолями — еще одно последствие эпидемии COVID-19 // (журнал/площадка публикации). 2022. № 1. URL: (см. CyberLeninka) (дата обращения: 04.02.2026).

38. World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. 2024. URL: (см. новость WHO) (дата обращения: 04.02.2026).

39. Мурашко Р.А. Коечный фонд онкологической сети Краснодарского края // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021. № 2. URL: (см. CyberLeninka) (дата обращения: 04.02.2026).

40. Алексеенко С.Н., Мурашко Р.А. Анализ кадрового состава в городской и сельской местности онкологической сети Краснодарского края (численность, квалификация, укомплектованность штатная и физическими лицами) // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021. № 2. URL: (см. CyberLeninka) (дата обращения: 04.02.2026).

41. Голубев С.В., Старцев В.Ю., Самсонов Ю.В. Организация онкологической службы Магаданской области по улучшению выявляемости злокачественных новообразований в период пандемии COVID-19 // Research'n Practical Medicine Journal. 2021. № 2. URL: (см. сайт журнала/CyberLeninka) (дата обращения: 04.02.2026).

42. Гордиенко В.П., Вахненко А.А. Эпидемиология рака пищевода в Восточных регионах России // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2021. Т. 67. № 2. URL: (см. vestnik.mednet.ru / CyberLeninka) (дата обращения: 04.02.2026).

Приложение

Приложение А. Чек-лист для врача ПМСП. Раннее выявление и первичная маршрутизация пациента с подозрением на рак пищевода (МКБ-10: С15)

Цель применения чек-листа: распознать на раннем этапе, пациента высокого риска, минимизировать задержку до ЭГДС с биопсией и обеспечить “безразрывную” маршрутизацию в специализированный контур. [7]

1) Первичная идентификация (на приёме)

Отметьте наличие симптомов (≥ 1 — повод к приоритетной маршрутизации):

А. “Красные флаги”

- ☐ Прогрессирующая дисфагия (сначала твёрдая пища → затем мягкая/жидкая)
- ☐ Одинофагия (боль при глотании)
- ☐ Немотивированная потеря массы тела / снижение аппетита
- ☐ Регургитация, рвота, аспирация/кашель при приёме пищи
- ☐ Железодефицитная анемия/слабость без ясной причины
- ☐ Устойчивые/нарастающие боли за грудиной
- ☐ “Симптомы осложнений”: выраженная дегидратация, невозможность принимать пищу/воду

Б. Факторы риска (отметить для усиления настороженности)

- ☐ Возраст старше 45–50 лет
- ☐ Длительный стаж курения/алкоголь
- ☐ Хроническая ГЭРБ/пищевод Барретта (если известно)
- ☐ Перенесённые ожоги/стриктуры пищевода, ахалазия (если известно)

Решение:

Если отмечено ≥ 1 “красный флаг” → срочная маршрутизация на ЭГДС с биопсией (раздел 2). [7]

При отсутствии “красных флагов”, но наличии настораживающих факторов риска + стойких жалоб → ускоренная маршрутизация на плановую ЭГДС с контролем сроков (раздел 4).

2) Немедленные действия врача ПМСП (в день обращения / максимум 24–72 часа)

- ☐ Зафиксировать жалобы и динамику дисфагии в медицинской документации (когда началась, чем провоцируется, что ухудшает)
- ☐ Оценить нутритивный статус: вес, ИМТ/потеря массы за 1–3 месяца, признаки обезвоживания
- ☐ Определить степень срочности направления:
- ☐ Экстренно/неотложно (не может глотать воду, выраженная дегидратация/аспирация/кровотечение) → направление в стационар/СМП
- ☐ Срочно (прогрессирующая дисфагия + похудание/анемия/боли) → ЭГДС с биопсией в приоритетном порядке
- ☐ Выдать направление на ЭГДС с мультифокальной биопсией (как ключевой стартовый этап подтверждения диагноза). [7]
- ☐ Объяснить пациенту смысл срочности и необходимость биопсии (раздел 6 — коммуникация)

3) Контур “подозрение подтверждено/высокая вероятность”: что делает ПМСП после ЭГДС

Если по результатам ЭГДС/заключения есть подозрение/верификация опухоли:

- ☐ Обеспечить маршрутизацию в онкологический/хирургический центр (для стадирования и выбора тактики)
- ☐ Передать/вложить в направление результаты ЭГДС, биопсии, выписки/заключения
- ☐ Отметить необходимость стадирования: КТ грудной клетки и брюшной полости с контрастом, при показаниях — эндо-УЗИ и ПЭТ/КТ (организуется на спецуровне, но ПМСП должна “не потерять” пациента по срокам). [7]
- ☐ Зафиксировать дату направления и план контрольного контакта (раздел 5)

Примечание для текста рекомендаций: стадирование и молекулярные маркеры (PD-L1, MSI, HER2) относятся к специализированному уровню, но ПМСП обеспечивает своевременное включение пациента в этот контур и контроль прохождения маршрута. [3,4,7]

4) Диагностические задержки: минимизация “маршрутных потерь”

- ☐ Назначить контрольный контакт (телефон/визит) в течение 7–10 дней для проверки: выполнена ли ЭГДС, получены ли результаты биопсии, назначена ли консультация онколога
- ☐ Если обследование не выполнено в срок → повторная маршрутизация/организационное сопровождение (запись, уточнение доступности, альтернативное учреждение)
- ☐ При ухудшении питания/дегидратации → рассмотреть неотложное направление в стационар

5) Координация после специализированного лечения и наблюдение

После лечения в стационаре/онкоцентре ПМСП обеспечивает:

- ☐ Контроль выполнения рекомендаций и приверженности наблюдению
- ☐ Мониторинг нутритивного статуса и симптомов рецидива (возврат дисфагии, похудание, боли)
- ☐ Своевременное повторное направление при подозрении на рецидив (по плану наблюдения специализированного уровня). [7]

6) Минимальный стандарт коммуникации с пациентом

- ☐ Объяснить, что при дисфагии решающим является скорость диагностики
- ☐ Дать памятку: какие симптомы требуют немедленного обращения (невозможность пить/кровотечение/аспирация/резкое ухудшение)
- ☐ Зафиксировать согласие пациента и контакт для обратной связи (телефон)

Источники использованные в чек-листе

Global Cancer Observatory (GLOBOCAN). Oesophageal cancer factsheet. IARC/WHO; 2022.
Злокачественные новообразования в России в 2022 году... / Под ред. А.Д. Каприна и соавт. М., 2023.

Рак пищевода и кардии. Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России. 2021.
Федянин М.Ю., Трякин А.А., Райс А.Б. и соавт. Мета-анализ... // Злокачественные опухоли. 2023.

Gao T.T., Shan J.H., Yang Y.X., et al. // BMC Cancer. 2022.

Resolution on the results of the expert council... // Zlokachestvennie opuholi. 2024.

Трякин А.А., Бесова Н.С., Волков Н.М. и соавт. Практические рекомендации RUSSCO. 2021.

Приложение Б. Чек-лист и алгоритм действий ПМСП при подозрении на рак пищевода (МКБ-10: C15)

Назначение: снизить диагностические задержки, обеспечить маршрут «подозрение → ЭГДС/биопсия → стадирование → МДТ/лечение → наблюдение», предотвратить «потерю пациента» и поддержать ERAS/реабилитацию после специализированного этапа.

1) Чек-лист первичного контакта (ПМСП): “красные флаги” и решение о срочности
Отметьте наличие (да/нет):

- ☐ Прогрессирующая дисфагия (твёрдая пища → жидкость)
- ☐ Одинофагия (боль при глотании)
- ☐ Немотивированная потеря массы тела / снижение аппетита
- ☐ Признаки нутритивной недостаточности (слабость, саркопения, низкий ИМТ/быстрое похудание)
- ☐ Анемия / подозрение на хроническое кровотечение (бледность, слабость, лабораторно)
- ☐ Рвота, регургитация, аспирационные эпизоды/кашель при еде
- ☐ Боль за грудиной/в эпигастрии «неясного генеза»
- ☐ Возраст ≥ 45 –50 лет (как фактор повышения настороженности)
- ☐ Отягощённый анамнез (перенесённые ожоги/стриктуры пищевода, длительный рефлюкс и др. — если есть)

Правило маршрута: Если ≥ 1 “красный флаг” → запустить ускоренный диагностический маршрут (см. раздел 2–3).

Если “красные флаги” отсутствуют → наблюдение по клинике, но при сохраняющихся жалобах/динамике симптомов — повторная оценка и запуск маршрута.

2) Чек-лист “ускоренного старта диагностики”: ЭГДС + биопсия — ключевая точка

Действия врача ПМСП:

- ☐ Направить на ЭГДС с биопсией (морфологическая верификация как старт диагностического маршрута).
- ☐ Указать срочность (по внутренним регламентам/маршруту) и клинические основания: дисфагия/похудание/анемия и т.д.
- ☐ Обеспечить документирование: жалобы, длительность, динамика, вес (за 3–6 мес), результаты осмотра.
- ☐ Назначить/выполнить базовый минимум до направления (по доступности):
- ☐ ОАК (анемия),
- ☐ Биохимия (белок/альбумин при подозрении на нутритивный дефицит),
- ☐ Оценка коморбидности и переносимости вмешательств (АД, ЧСС, сатурация и т.п.).

Сестринские действия / МСРП:

- ☐ Инструктаж пациента по подготовке к ЭГДС.
- ☐ Контактный телефон и напоминание о дате/времени исследования.
- ☐ Краткая оценка нутритивного статуса: вес, ИМТ, снижение веса, переносимость питания.

Приложение В. Чек-лист при подозрении и/или подтверждении опухоли пищевода

Чек-лист при подозрении/подтверждении опухоли: “стадирование → МДТ → выбор тактики”

Если по ЭГДС/биопсии подозрение/подтверждение злокачественного процесса:

Врач ПМСП обязан:

- ☐ Направить в специализированный центр/онкоцентр для стадирования и выбора тактики (КТ с контрастом, эндо-УЗИ, при показаниях ПЭТ-КТ).
- ☐ Передать пакет документов/данных:
 - ☐ результаты ЭГДС/биопсии,
 - ☐ краткое резюме коморбидности и текущих препаратов,
 - ☐ нутритивный статус (вес/потеря веса),
 - ☐ риски (анемия, декомпенсации хронических болезней).
- ☐ Запустить параллельный трек подготовки пациента (не ждать решения онкоцентра):
 - ☐ коррекция коморбидности,
 - ☐ нутритивная поддержка (рекомендации по калоражу/белку, при необходимости консультация диетолога),
 - ☐ профилактика осложнений у хрупких пациентов (контроль гидратации, электролитов по показаниям).

Роль ПМСП (ключевой акцент): ПМСП не назначает противоопухолевое лечение, но обеспечивает включение пациента в МДТ-контур и готовность к высокорисковой терапии.

Приложение Г. Чек-лист “контроль маршрута”: предотвращение “потери пациента”

Чек-лист “контроль маршрута”: предотвращение “потери пациента”

☐ Зафиксировать контрольные даты:

ЭГДС/биопсия выполнены (дата)

консультация онкоцентра/МДТ назначена (дата)

стадирование начато/завершено (даты, если известны)

☐ Контроль явки (телефонный контакт/визит/МСРП).

☐ Если пациент не прошёл этап вовремя → активный вызов/повторное направление.

☐ Обязательная оценка нутритивного статуса при каждом контакте: вес, аппетит, переносимость питания, признаки обезвоживания.

☐ Документировать динамику симптомов: дисфагия/боли/слабость/похудание.

Приложение Д. Чек-лист наблюдения после специализированного лечения: ERAS/реабилитация и раннее выявление осложнений

ПМСП после выписки/завершения этапа лечения обеспечивает “сквозную” преемственность:

Контроль состояния (на каждом визите/контакте):

- ☐ Боль, температура, ЧСС/АД, признаки инфекции.
- ☐ Дыхательная функция (одышка, кашель, сатурация по возможности).
- ☐ Питание: переносимость, объём, признаки дисфагии/аспирации, масса тела.
- ☐ Реабилитация/мобилизация: уровень активности, слабость, риски падений.
- ☐ Психоземotionalное состояние: тревога/депрессия, потребность в поддержке.

Контрольно-оценочные материалы

Тестовые задания (для врачей и медсестер ПМСП, уровень повышения онконастороженности)

1. Основная роль ПМСП в системе оказания помощи при раке пищевода заключается в:
 - а) проведении хирургического лечения
 - б) назначении химиотерапии
 - в) раннем выявлении, первичной маршрутизации и направлении пациента
 - г) динамическом наблюдении после радикальной операции
2. Какой симптом у пациента старше 50 лет должен рассматриваться в ПМСП как «красный флаг» рака пищевода?
 - а) изжога после погрешностей в диете
 - б) периодическая тошнота
 - в) прогрессирующая дисфагия
 - г) боли в правом подреберье
3. Какой вариант дисфагии наиболее характерен для опухолевого поражения пищевода?
 - а) внезапная дисфагия только для жидкой пищи
 - б) прогрессирующая дисфагия от твёрдой к жидкой пище
 - в) дисфагия, исчезающая после приёма спазмолитиков
 - г) дисфагия, связанная только с приёмом горячей пищи
4. Какое действие врача ПМСП при подозрении на рак пищевода является ПРИОРИТЕТНЫМ?
 - а) назначение ингибиторов протонной помпы
 - б) динамическое наблюдение в течение 1 месяца
 - в) срочное направление на ЭГДС с биопсией
 - г) назначение диеты и контроль через 2 недели
5. Какой метод является «золотым стандартом» первичной верификации рака пищевода?
 - а) рентгенография пищевода
 - б) КТ органов грудной клетки
 - в) ЭГДС с мультифокальной биопсией
 - г) ПЭТ/КТ

6. Какой из факторов риска должен быть обязательно отражён в медицинской документации ПМСП при первичном осмотре?

- а) индекс массы тела
- б) курение и употребление алкоголя
- в) артериальное давление
- г) уровень глюкозы крови

7. Какой принцип маршрутизации пациента с подозрением на рак пищевода является правильным?

- а) наблюдение в ПМСП до получения результатов лечения
- б) направление сразу в хирургический стационар
- в) направление в онкологический центр после морфологической верификации
- г) лечение симптомов без направления

8. Какова роль медицинской сестры ПМСП в раннем выявлении рака пищевода?

- а) выполнение эндоскопических исследований
- б) оценка онкорисков и выявление жалоб при опросе
- в) назначение диагностических исследований
- г) интерпретация гистологических заключений

9. Какой диагностический подход является ошибочным на уровне ПМСП при дисфагии?

- а) немедленное направление на ЭГДС
- б) назначение симптоматической терапии без уточнения причины
- в) сбор анамнеза факторов риска
- г) фиксация динамики симптомов

10. Что является ключевым управленческим показателем эффективности раннего выявления рака пищевода в ПМСП?

- а) количество назначенных препаратов
- б) число профилактических осмотров
- в) доля пациентов, направленных на ЭГДС при дисфагии
- г) средняя длительность госпитализации

11. Какой временной интервал от выявления симптомов до направления пациента является допустимым?

- а) до 3 месяцев
- б) до 1 месяца
- в) не более 7–10 дней
- г) определяется индивидуально

12. Какой принцип лежит в основе дифференциальной диагностики дисфагии в ПМСП?

- а) возраст пациента
- б) эффективность пробного лечения
- в) исключение злокачественной патологии в первую очередь
- г) длительность симптомов

13. Какое утверждение наиболее точно отражает роль ПМСП в онкологической помощи?

- а) ПМСП не участвует в онкологическом процессе
- б) ПМСП обеспечивает раннее выявление и вход пациента в систему
- в) ПМСП отвечает за лечение опухоли
- г) ПМСП осуществляет только диспансерное наблюдение

14. Какой документ ПМСП имеет ключевое значение для онкологической маршрутизации?

- а) дневник самонаблюдения пациента
- б) амбулаторная карта с фиксацией симптомов и сроков
- в) выписка из стационара
- г) лист назначения

15. Какое действие способствует снижению доли поздних стадий рака пищевода?

- а) увеличение числа госпитализаций
- б) усиление симптоматического лечения
- в) повышение онконастороженности персонала ПМСП
- г) расширение хирургической помощи

16. Какой из следующих факторов является основным риском для развития рака пищевода?

- a. Употребление большого количества овощей
- b. Регулярное употребление алкоголя и табака
- c. Умеренное потребление мяса
- d. Недостаток физической активности

17. Какие изменения в пищеводе являются предраковыми состояниями для рака пищевода?

- a. Болезнь Баррета
- b. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)
- c. Пищевод Эшераха
- d. Все вышеперечисленные

18. Какие симптомы могут указывать на рак пищевода на ранних стадиях?

- a. сильная боль в животе
- b. проблемы с глотанием пищи
- c. Ухудшение слуха
- d. постоянная головная боль

b) Ответ: В

19. Какой метод диагностики является первым при подозрении на рак пищевода?

- a. Рентгенографическое исследование
- b. Эзофагоскопия с биопсией
- c. Ультразвуковое исследование
- d. КТ грудной клетки

Ответ: В

20. Какой из следующих методов лечения является основным при раке пищевода?

- a. Хирургическое вмешательство
- b. Лечение антибиотиками
- c. Терапия с использованием стероидов
- d. Лечение народными средствами

Эталоны ответов на тестовые вопросы

1 - в	11 - в
2 - в	12 - в
3 - б	13 - б
4 - в	14 - б
5 - в	15 - в
6 - б	16 - в
7 - в	17 - д
8 - б	18 - в
9 - б	19 - в
10 - в	20 - а

Тестовые задания для медицинских сестёр ПМСП (раннее выявление и маршрутизация пациентов с подозрением на рак пищевода)

Выберите один правильный ответ.

1. Основная роль медицинской сестры ПМСП при раннем выявлении рака пищевода заключается в:
 - а) интерпретации результатов КТ
 - б) назначении эндоскопического исследования
 - в) выявлении тревожных симптомов при опросе пациента
 - г) контроле проведения химиотерапии
2. Какой симптом, выявленный медсестрой при опросе, требует немедленного информирования врача?
 - а) изжога после приёма острой пищи
 - б) периодическая отрыжка
 - в) прогрессирующее затруднение глотания
 - г) нестабильный стул
3. Какой вариант жалоб наиболее характерен для ранних проявлений опухоли пищевода?
 - а) внезапная острая боль в животе
 - б) постепенное затруднение приёма твёрдой пищи
 - в) выраженная изжога, купируемая антацидами
 - г) диарея
4. Какое действие медицинской сестры является правильным при выявлении «красных флагов»?
 - а) наблюдать пациента в динамике
 - б) рекомендовать диету
 - в) зафиксировать симптомы и сообщить врачу
 - г) направить пациента к гастроэнтерологу самостоятельно
5. Какой фактор риска должен быть обязательно уточнён медсестрой при опросе пациента?
 - а) частота простудных заболеваний
 - б) курение и употребление алкоголя
 - в) наличие артериальной гипертензии
 - г) режим сна

6. Какое сочетание симптомов наиболее настораживает в отношении рака пищевода?

- а) изжога + метеоризм
- б) дисфагия + потеря массы тела
- в) тошнота + диарея
- г) боли в правом подреберье

7. В каком возрасте медсестра должна быть особенно насторожена в отношении жалоб на глотание?

- а) до 30 лет
- б) 30–40 лет
- в) старше 50 лет
- г) возраст значения не имеет

8. Какой принцип коммуникации с пациентом является правильным при подозрении на онкопатологию?

- а) избегать обсуждения возможных диагнозов
- б) запугивать пациента серьёзностью ситуации
- в) спокойно объяснить необходимость дообследования
- г) настаивать на срочной госпитализации без объяснений

9. Какую информацию медицинская сестра должна обязательно внести в медицинскую документацию?

- а) личное мнение о диагнозе
- б) только паспортные данные
- в) выявленные симптомы и дату их появления
- г) предполагаемую стадию заболевания

10. Какое действие медицинской сестры способствует сокращению времени до постановки диагноза?

- а) повторные беседы без фиксации
- б) своевременное информирование врача о симптомах
- в) ожидание планового осмотра
- г) направление пациента в аптеку

11. Что является ошибкой в работе медицинской сестры при жалобах на дисфагию?

- а) уточнение характера жалоб
- б) фиксация симптомов в карте
- в) самостоятельное успокоение пациента без обращения к врачу
- г) информирование врача ПМСП

12. Какова роль медицинской сестры в маршрутизации пациента?

- а) самостоятельное направление на КТ
- б) контроль соблюдения пациентом рекомендаций врача
- в) постановка диагноза
- г) определение стадии заболевания

13. Какой показатель может использоваться для оценки работы медицинской сестры ПМСП?

- а) число назначенных лекарств
- б) количество выявленных факторов риска
- в) доля пациентов с «красными флагами», доведённых до врача
- г) длительность консультации

14. Какое утверждение верно?

- а) медицинская сестра не участвует в онкологической помощи
- б) роль медсестры ограничивается выполнением назначений
- в) медсестра является ключевым звеном раннего выявления
- г) онконастороженность — задача только врача

15. Что повышает эффективность командной работы ПМСП?

- а) работа каждого специалиста изолированно
- б) чёткое распределение ролей врача и медсестры
- в) отсутствие фиксации симптомов
- г) ориентация только на жалобы пациента

Эталоны ответов на тестовые вопросы для медсестер

1 - в	6 - б	11 - в
2 - в	7 - в	12 - б
3 - б	8 - в	13 - в
4 - в	9 - в	14 - в
5 - б	10 - б	15 - б

Ситуационные задачи

Ситуационные задачи (30 задач)

Условия для выполнения и обсуждения на вебинаре

Задача 1:

Пациент 58 лет, диагностирован рак пищевода, стадия III. На протяжении месяца пациент жалуется на прогрессирующие трудности при глотании пищи, а также на слабость и потерю аппетита. Какую первую рекомендацию вы дадите этому пациенту для улучшения его состояния?

Задача 2:

Пациентка 65 лет, после удаления опухоли пищевода, нуждается в последующем уходе. Медсестра расширенной практики организует постоперационный уход. Какие основные моменты следует учесть при планировании ухода за пациентом в первые дни после операции?

Задача 3:

Медсестра расширенной практики встречает пациента с диагнозом рак пищевода на стадии I, который не имеет опыта по уходу за собой в домашних условиях. Каковы основные задачи медсестры на этапе преемственности ухода из стационара в амбулаторное лечение?

Задача 4:

Пациент 70 лет после операции по удалению опухоли пищевода проходит реабилитацию. На втором месяце реабилитации у пациента возникают проблемы с аппетитом и частые рвоты. Какую рекомендацию вы дадите в данной ситуации?

Задача 5:

Медсестра расширенной практики работает с пациентом, который только что прошел курс химиотерапии для лечения рака пищевода. Какую информацию следует предоставить пациенту о возможных побочных эффектах химиотерапии и способах их контроля?

Задача 6:

Пациент после радикальной операции по удалению опухоли пищевода испытывает трудности при глотании. Медсестра расширенной практики решает помочь пациенту в решении этой проблемы. Какую рекомендацию следует дать пациенту для облегчения процесса приема пищи?

Задача 7:

Пациентка 62 лет после операции по удалению опухоли пищевода проходит реабилитацию. Какую роль медсестра расширенной практики играет в обеспечении преемственности ухода на этапе реабилитации?

Задача 8:

Медсестра расширенной практики консультирует пациента с диагнозом рак пищевода, находящегося на стадии ремиссии после химиотерапии. Какие рекомендации по питанию она должна предоставить пациенту?

Задача 9:

Пациент 60 лет с раком пищевода после курса химиотерапии жалуется на хроническую усталость и слабость. Как медсестра расширенной практики может помочь улучшить его физическое состояние?

Задача 10:

Пациент с раком пищевода на поздней стадии (IV стадия) начинает получать паллиативное лечение. Как медсестра расширенной практики может поддержать пациента в этом процессе?

Задача 11:

Пациент 55 лет после радикальной операции по удалению опухоли пищевода сообщает, что его тело не справляется с приемом пищи. Медсестра расширенной практики предлагает пациенту начать курс реабилитации. Какие ключевые аспекты следует включить в программу реабилитации этого пациента?

Задача 12:

Пациентка 72 лет, после хирургического вмешательства на пищеводе, находится на стадии восстановления. Во время осмотра медсестра замечает, что пациентка теряет аппетит и плохо ест. Каковы основные подходы для решения этой проблемы?

Задача 13:

Пациент, прошедший курс лечения по поводу рака пищевода, жалуется на трудности при проглатывании пищи, которая застревает в пищеводе. Как медсестра расширенной практики может помочь пациенту?

Задача 14:

Медсестра расширенной практики проводит консультацию для пациента с раком пищевода, который недавно завершил курс химиотерапии. Он выражает сомнения в необходимости продолжения лечения. Каковы действия медсестры?

Задача 15:

Пациент 48 лет после химиотерапии жалуется на тошноту и потерю аппетита. Какую рекомендацию по питанию следует дать медсестре расширенной практики для улучшения состояния пациента?

Задача 16:

Медсестра расширенной практики проводит обучение пациента, недавно пережившего операцию на пищеводе, по вопросам профилактики осложнений. Какие ключевые моменты должны быть включены в это обучение?

Задача 17:

Пациент 56 лет после удаления опухоли пищевода жалуется на затруднение в дыхании и постоянную усталость. Каковы возможные причины этих симптомов, и что может предпринять медсестра расширенной практики?

Задача 18:

Медсестра расширенной практики работает с пациентом, который испытывает затруднения при глотании после хирургического вмешательства на пищеводе. Какие методы реабилитации можно рекомендовать для улучшения состояния пациента?

Задача 19:

Пациент 64 лет после курса химиотерапии жалуется на тошноту и слабость. Как медсестра расширенной практики может помочь в минимизации этих симптомов?

Задача 20:

Пациент с диагнозом рак пищевода на 4 стадии нуждается в паллиативной помощи. Как медсестра расширенной практики может улучшить качество жизни пациента в этой ситуации?

Эталоны ответов на ситуационные задачи

1 - Ответ: Рекомендуется назначить питательные смеси через зонд для поддержания питания, обеспечить пациента консультацией с диетологом для выбора подходящей диеты и начать терапию с целью контроля симптомов (например, анальгезия для облегчения боли при глотании).
2 - Ответ: Следует организовать мониторинг за состоянием дыхательной и сердечно-сосудистой систем, контролировать уровень боли, обеспечить адекватное питание через парентеральное или энтеральное введение, а также отслеживать возможные осложнения (например, инфекции или кровотечения).
3 - Ответ: Основные задачи включают обучение пациента и его семьи основам ухода за собой, включая правильное питание, соблюдение рекомендаций по поддерживающей терапии, контроль симптомов и регулярные визиты к врачу для наблюдения за состоянием пациента.

4 - Ответ: Пациенту следует провести оценку его питания, возможно, назначить дополнительные нутритивные смеси или изменить диету в соответствии с возможностями пищеварения пациента (например, использовать жидкую или полужидкую пищу). Также необходимо проконсультировать его с гастроэнтерологом и диетологом.
5 - Ответ: Пациенту следует объяснить, что возможны такие побочные эффекты, как тошнота, рвота, потеря аппетита, усталость и снижение иммунитета. Необходимо обучить пациента методам минимизации этих эффектов (например, прием пищи малыми порциями, прием антиэметиков и поддержка гидратации).
6 - Ответ: Рекомендуется принимать пищу в виде мягкой и жидкой пищи, дробить прием пищи на несколько небольших приемов в день, избегать острых и твердых продуктов, а также обеспечивать пациента поддерживающими жидкостями и нутритивными добавками.
7 - Ответ: Медсестра расширенной практики должна следить за физическим состоянием пациента, помогать в адаптации к изменениям в образе жизни, проводить психологическую поддержку, а также обеспечить регулярные осмотры и диагностику для выявления возможных осложнений.
8 - Ответ: Пациенту следует рекомендовать диету, богатую белками и калориями, но низкокислотными продуктами, чтобы предотвратить раздражение слизистой оболочки пищевода. Рекомендуются мягкие и легкоусвояемые продукты, а также дробное питание.
9 - Ответ: Медсестра должна провести оценку уровня физической активности пациента, рекомендовать упражнения для поддержания двигательной активности, а также помочь в планировании режима дня с учетом отдыха и сна для снижения усталости.
10 - Ответ: Медсестра должна уделить внимание контролю болевого синдрома, проводить психологическую поддержку пациенту и его семье, а также помочь в организации ухода и улучшении качества жизни пациента, обеспечив удобство и комфорт в последние месяцы жизни.
11 - Ответ: Программа реабилитации должна включать обучение пациента правильным техникам питания, использование нутритивных добавок и пищевых смесей, а также укрепление физических и психологических ресурсов пациента с помощью консультаций с диетологом и психологом.
12 - Ответ: Основные подходы включают организацию частых и малых приемов пищи, подбор легких и вкусных для пациентки продуктов, использование добавок для улучшения аппетита и консистенции пищи, а также привлечение диетолога для разработки подходящей диеты.
13 - Ответ: Медсестра может рекомендовать пациенту изменять режим питания (разделять прием пищи на более мелкие порции), избегать твердых и острых продуктов, а также использовать питьевые добавки или препараты, улучшающие моторную функцию пищевода.
14 - Ответ: Медсестра должна предоставить пациенту полную информацию о лечении, объяснить важность продолжения терапии для предотвращения рецидивов и поддержания здоровья, а также предложить психологическую поддержку в процессе принятия решения о продолжении лечения.

15 - Ответ: Рекомендуется принимать пищу малыми порциями 5-6 раз в день, избегать тяжелых, жирных и сильно пряных продуктов, пить много жидкости для предотвращения обезвоживания и использовать легкие, легкоусвояемые продукты, богатые белками и витаминами.
16 - Ответ: Обучение должно включать информацию о профилактике инфекций, правильном уходе за раной, необходимости избегать тяжелой физической нагрузки, соблюдении рекомендаций по питанию и регулярным визитам к врачу.
17 - Ответ: Возможные причины могут включать осложнения после операции, такие как асфиксия или пневмония. Медсестра должна провести мониторинг дыхательных функций пациента, при необходимости организовать консультацию с врачом для проведения дополнительных исследований.
18 - Ответ: Рекомендуются методики тренировки глотания, разработанные логопедом, использование мягкой и жидкой пищи, а также лечение с помощью медикаментов для улучшения моторной функции пищевода.
19 - Ответ: Медсестра должна назначить антиэметики для контроля тошноты, рекомендовать прием пищи маленькими порциями, а также предложить пациенту способы уменьшения усталости, такие как регулярные короткие прогулки и отдых.
20 - Ответ: Медсестра должна обеспечить комфорт пациента через управление болевыми синдромами, психологическую поддержку, организацию улучшенной питания и жидкости через зонд, а также помощь в решении эмоциональных и духовных проблем пациента.

Сведения об авторах

Кенесбаев Ержан Маулитбекович

магистрант Казахстанского медицинского университета «Высшая школа общественного здравоохранения» по специальности «Общественное здравоохранение»

Баймуратова Майраш Аушатовна

к.м.н., ассоциированный профессор, профессор кафедры общественного здоровья и социальных наук Казахстанского медицинского университета «Высшая школа общественного здравоохранения»

Лактионова Мария Владимировна

Врач акушер – гинеколог, MD, PhD, преподаватель кафедры общественного здоровья и социальных наук Казахстанского медицинского университета «Высшая школа общественного здравоохранения»

Мыркалыкова Гулнара Бакытжанова

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, ассистент кафедры патологической физиологии им. проф. А.Н. Нурмухаметова

Еркебай Райхан Аманкелдіқызы

к.м.н., доцент кафедры стоматологии КазНУ имени Аль-Фараби

Қалел Жан Серікұлы

м.м.н., преподаватель кафедры КОУ КМШМ «Общественное здравоохранение с курсом общеобразовательных дисциплин»

Абзалбек Естай Шайхибекұлы

к.м.н., заведующий 1-хирургического отделения Национального госпиталя УДП РК

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПИЩЕВОДА НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Кенесбаев Е.М., Баймуратова М.А.,
Лактионова М.В., Мыркалыкова Г.Б., Еркебай Р.А.,
Қалел Ж.С., Абзалбек Е.Ш.

Учебно-практическое пособие

Главный редактор: Краснова Наталья Александровна – кандидат экономических наук, доцент, руководитель НОО «Профессиональная наука»

Технический редактор: Гусева Ю.О.



ISBN 978-5-908003-27-8



9 785908 003278 >

Усл. печ. л 2,8
Объем издания 5,8 МВ
Оформление электронного издания:
НОО Профессиональная наука, mail@scipro.ru
Дата размещения: 20.04.2026 г.
URL: http://scipro.ru/conf/esophageal_cancer04_26.pdf