



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

г. Челябинск

от « 28 » 12 2024 г.

№ 957

О проведении в 2025 году скринингового обследования населения Челябинской области, направленного на выявление злокачественных новообразований толстой кишки

В целях организации раннего выявления злокачественных новообразований (далее именуются - ЗНО) толстой кишки путем проведения скринингового обследования - исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (качественным и количественным (иммунотурбидиметрическим) в рамках пилотного проекта) (далее именуется — скрининговое исследование кала на скрытую кровь)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:
 - 1) перечень категорий населения, подлежащего скрининговому исследованию кала на скрытую кровь в 2025 году (далее именуется – Перечень категорий населения);
 - 2) План на 2025 год скринингового исследования кала на скрытую кровь населения Челябинской области (далее именуется - План);
 - 3) Форму направления на исследование кала на скрытую кровь (далее именуется – Форма);
 - 4) Формы ежеквартального отчета медицинской организации о скрининговом исследовании кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным и количественным (иммунотурбидиметрическим) методами;
 - 5) Алгоритм маршрутизации пациентов в зависимости от результата исследования кала на скрытую кровь в Челябинской области (далее именуется – Алгоритм);
 - 6) Перечень медицинских организаций, расположенных на территории Челябинской области, проводящих лабораторные исследования кала на скрытую кровь количественным (иммунотурбидиметрическим) методом.

2. Руководителям государственных медицинских организаций, в отношении которых Министерство здравоохранения Челябинской области осуществляет функции и полномочия учредителя:

1) обеспечить широкое информирование и приглашение населения муниципальных образований Челябинской области для проведения скрининга злокачественных новообразований толстой кишки в 2025 году;

2) обеспечить формирование группы населения, подлежащего скрининговому исследованию кала на скрытую кровь в 2025 году (взрослое население в возрасте от 40 лет до 64 лет включительно 1 раз в 2 года; взрослое население в возрасте от 65 лет и старше включительно 1 раз в год) в соответствии с Перечнем категорий населения, утвержденным пунктом 1 настоящего приказа;

3) обеспечить проведение скринингового исследования кала на скрытую кровь согласно Плану, утвержденному пунктом 1 настоящего приказа;

4) обеспечить формирование электронного направления скринингового исследования кала на скрытую кровь в соответствии с Формой, утвержденной пунктом 1 настоящего приказа, обеспечить передачу результата лабораторного исследования, консультации врача-хирурга / врача-колопроктолога, протокола колоноскопии в медицинскую информационную систему «БАРС»;

5) организовать проведение дополнительного обследования пациентов при выявлении положительного результата исследования кала на скрытую кровь, а именно: осмотр (консультацию) врача-хирурга или врача-колопроктолога и проведение колоноскопии по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога в соответствии с Алгоритмом, утвержденным пунктом 1 настоящего приказа;

6) представлять в организационно-методический отдел Государственного автономного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» (далее именуется — ГАУЗ «ЧОКЦОиЯМ») ежеквартально, в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом), с нарастающим итогом отчет о скрининговом исследовании кала на скрытую кровь населения по формам, утвержденным пунктом 1 настоящего приказа, на адрес электронной почты: omo@chelonso.ru с последующим представлением на бумажном носителе;

7) обеспечить формирование профессиональных компетенций у медицинских работников (врачей-специалистов, среднего медицинского персонала), необходимых для ранней диагностики онкологических заболеваний толстой кишки.

3. Руководителям федеральных медицинских организаций и медицинских организаций частной формы собственности, расположенных на территории Челябинской области, рекомендовать обеспечить выполнение мероприятий, указанных в пункте 2 настоящего приказа.

4. Исполняющему обязанности главного врача ГАУЗ «ЧОКЦОиЯМ» Лукину А.А.:

1) обеспечить ежеквартальный сбор и анализ отчетов медицинских организаций о скрининговом исследовании кала на скрытую кровь населения Челябинской области;

2) представлять заместителю Министра здравоохранения Челябинской области Верзаковой Н.В. ежеквартально, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, аналитический отчет о скрининговом исследовании кала на скрытую кровь населения Челябинской области.

5. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно - аналитический центр» Староверову А.С. разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети «Интернет».

6. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Верзакову Н.В.

Министр

Т.П. Колчинская

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Челябинской области
от « 28 » 12 2024 г. № 957

Перечень категорий населения, подлежащего скрининговому исследованию
кала на скрытую кровь в 2025 году

Категориями взрослого населения Челябинской области, подлежащими скрининговому исследованию кала на скрытую кровь иммунохимическим методом, направленному на выявление злокачественного новообразования толстой кишки, являются:

1. взрослое население в возрасте от 40 лет до 64 лет включительно 1 раз в 2 года;
2. взрослое население в возрасте от 65 лет и старше 1 раз в год.

Направлению на скрининговое исследование кала на скрытую кровь не подлежат:

1. состоящие на учете у врача-хирурга, врача-колопроктолога с хроническими заболеваниями толстой кишки*;
2. состоящие на учете у врача-онколога с диагнозом злокачественного новообразования толстой кишки (МКБ-10; C18-C21)*;
3. имеющие жалобы, указывающие на заболевания толстой кишки*.

*Подлежат направлению на диагностическое / контрольное исследование.

План на 2025 год скринингового исследования кала на скрытую
кровь населения Челябинской области

№ п/п	Медицинская организация	Численность населения, подлежащего скрининговому исследованию кала на скрытую кровь в медицинской организации (чел.)	В том числе при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации определенных групп взрослого населения из гр. 3 (чел.)	В том числе количественным (иммунотурбидиметри- ческим) методом из гр. 3 (чел.)
1	2	3	4	5
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения (далее именуется – ГБУЗ) «Районная больница с. Агаповка»	7337	3834	0
2	ГБУЗ «Районная больница с. Аргаяш»	9031	4776	0
3	ГБУЗ «Районная больница г. Аша»	14482	6952	0
4	ГБУЗ «Районная больница п. Бреды»	5361	2705	0
5	ГБУЗ «Районная больница с. Варна»	6195	2959	0
6	ГБУЗ «Районная больница г. Верхнеуральск»	8415	4066	0
7	ГБУЗ «Городская больница г. Верхний Уфалей»	8372	3855	0

8	ГБУЗ «Районная больница г. Еманжелинск»	11727	5454	0
9	ГБУЗ «Районная больница с. Еткуль»	6064	2866	0
10	ГБУЗ «Городская больница г. Златоуст»	34076	15912	0
11	ГБУЗ «Городская больница г. Карабаш»	2877	1371	0
12	ГБУЗ «Участковая больница» рабочего поселка Локомотивный	985	508	0
13	ГБУЗ «Районная больница г. Каргалы»	6741	3403	0
14	ГБУЗ «Районная больница г. Касли»	8040	3728	0
15	ГБУЗ «Районная больница г. Катав-Ивановск»	7426	3416	0
16	ГБУЗ «Районная больница с. Кизильское»	5132	2471	0
17	ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск»	27962	14613	0
18	ГБУЗ «Городская больница № 3 г. Копейск»	8236	4151	0
19	ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Коркино»	9824	4782	0
20	ГБУЗ «Городская больница № 2 г. Коркино»	2762	1411	0
21	ГБУЗ «Городская больница № 3 г. Коркино»	2853	1413	0
22	ГБУЗ «Районная больница с. Миасское»	9393	4569	0
23	ГБУЗ «Районная больница с. Кунашак»	5991	2921	0
24	ГБУЗ «Районная больница г. Куса»	7175	3313	0
25	ГБУЗ «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым»	10054	4873	0
26	Автономная некоммерческая организация «Центральная клиническая медико-санитарная часть» г. Магнитогорск	17057	9260	17057

27	Государственное автономное учреждение здравоохранения (далее – ГАУЗ) «Городская больница № 1 им. Г. И. Дробышева» г. Магнитогорск	33685	18526	0
28	ГАУЗ «Городская больница № 2 г. Магнитогорск»	17207	8838	0
29	ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»	35208	17398	0
30	ГБУЗ «Городская больница № 1 им. Г.К. Маврицкого г. Миасс»	6402	3363	0
31	ГАУЗ «Городская больница № 2 г. Миасс»	34422	16450	16450
32	ГАУЗ «Городская больница № 3 г. Миасс»	3603	1873	0
33	ГБУЗ «Районная больница с. Фершампенуаз»	5094	2295	0
34	ГБУЗ «Районная больница г. Нязепетровск»	4383	1996	0
35	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения (далее – ФГБУЗ) «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства» (далее – ФМБА) г. Озерск	22253	10574	0
36	ГБУЗ «Районная больница с. Октябрьское»	4931	2136	0
37	ГБУЗ «Районная больница г. Пласт»	6133	3019	0
38	ГБУЗ «Областная больница г. Сатка»	18126	9136	0
39	ФГБУЗ «Медико-санитарная часть (далее – МСЧ) № 72 ФМБА» г. Трехгорный	7468	3765	0
40	ГБУЗ «Областная больница г. Троицк»	19187	9085	0
41	ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г. Снежинск	12800	6049	0
42	ГБУЗ «Районная больница с. Долгодеревенское»	16018	8862	0

43	ГБУЗ «Районная больница п. Увельский»	7461	3648	0
44	ГБУЗ «Районная больница с. Уйское»	5553	2425	0
45	ФГБУЗ «МСЧ № 162 ФМБА России» г. Усть-Катав	6253	3014	0
46	ГБУЗ «Районная больница г. Чебаркуль»	16127	7838	0
47	ГБУЗ «Районная больница с. Чесма»	3974	1841	0
48	ГБУЗ «Городская больница г. Южноуральск»	9743	4629	0
49	ГАУЗ «Областная клиническая больница № 3»	46510	23665	0
50	ГБУЗ «Областная клиническая больница № 2»	18927	9834	0
51	ГАУЗ Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница № 1 г. Челябинск»	35295	17485	0
52	ГАУЗ «Городская клиническая больница № 2»	10025	4929	0
53	ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск»	21210	11284	0
54	ГАУЗ «Городская клиническая больница № 6 г. Челябинск»	32769	16994	0
55	ГАУЗ Ордена Знак Почета «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск»	31289	16211	0
56	ГАУЗ «Городская клиническая больница № 9 г. Челябинск»	10261	5519	0
57	ГАУЗ «Городская клиническая больница № 11 г. Челябинск»	19067	9680	0
58	ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Челябинск»	29688	14426	0
59	Общество с ограниченной ответственностью «Полимедика Челябинск»	22577	13482	0
60	ГБУЗ «Городская клиническая поликлиника № 5 г. Челябинск»	27672	15037	0

61	ГАУЗ «Городская клиническая поликлиника № 8 г. Челябинск»	12761	7532	0
	Челябинская область	857650	432420	33507

* План скринингового исследования кала на скрытую кровь составлен на основе данных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области о численности населения, прикрепленного к медицинским организациям-фондодержателям, с учетом плана охвата периодическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией определенных групп взрослого населения.

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «28» 12 2024 г. № 954

Форма направления на исследование
кала на скрытую кровь

Форма
для скрининга

Штамп медицинской организации,
выдавшей направление

Направление
на исследование кала на скрытую кровь

Цель исследования (профилактическое (скрининговое) / диагностическое / контрольное)

В КДЛ _____ поликлиники № _____
(медицинская организация)

ФИО _____

Дата рождения _____ № страхового полиса _____

Адрес _____ № телефона _____

ФИО врача (фельдшера) _____

Специальность врача _____ № телефона _____

Подпись врача (акушерки) _____ Дата _____

Печать врача

Обратная сторона

Дата проведения исследования кала на скрытую кровь _____ 20 ____ года

Заключение по результатам исследования кала на скрытую кровь (нужное подчеркнуть):

Результат исследования кала на скрытую кровь	Результат, нг/мл
Отрицательный	0-99
Положительный	Более 100

Направлен к врачу-хирургу, врачу-колопроктологу, онкологу ЦАОП по месту жительства
(нужное подчеркнуть)

ФИО врача _____ № телефона _____

Подпись _____ / _____ Дата _____

Печать врача

Заключение врача-хирурга, врача-колопроктолога, онколога ЦАОП (нужное подчеркнуть и
вписать):

Уточненный диагноз: _____

ФИО врача _____ № телефона _____

Подпись _____ / _____ Дата _____

Печать врача

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «22» 12 2024 г. № 954

Форма ежеквартального отчета медицинской организации о скрининговом исследовании кала на скрытую кровь

Отчет
о скрининговом исследовании кала на скрытую кровь*

Наименование медицинской организации _____

за _____ квартал 2025 года

Метод иммунохимический качественный

№	Показатель	Количество
1.	Количество лиц, подлежащих скрининговому исследованию кала на скрытую кровь в медицинской организации (план)	
2.	Количество лиц, которым в отчетном периоде проведено исследование кала на скрытую кровь	
2.1	из них мужчин	
2.2	из них женщин	
2.3	в том числе количество лиц, которым исследование кала на скрытую кровь проведено в рамках профилактических осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения из п. 2	
2.3	выполнение плана (%)	
3.	Количество лиц с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь из п. 2	
4	Количество лиц с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, проконсультированных хирургом / колопроктологом из п. 3	
5.	Количество лиц с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, которым по назначению хирурга / колопроктолога проведена колоноскопия из п. 4	
6.	Установлен диагноз из числа лиц с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, направленных на дополнительное обследование (из п. 4), всего:	
6.1	геморрой, анальная трещина	
6.2	полипоз, поликистоз, дивертикулез толстой кишки	
6.3	неспецифический язвенный колит и болезнь Крона	
6.4	ЗНО толстой кишки (C18-21), всего:	
6.4.1	in situ	
6.4.2	I стадия	
6.4.3	II стадия	
6.4.4	III стадия	

6.4.5	IV стадия	
6.4.6	стадия не установлена / не применима	
6.5	диагноз не установлен	
6.5.1	причины (при наличии пациентов с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, которым по результатам дообследования диагноз не был установлен, необходимо указать причины в свободной форме)	

*Отчет составляется на основании данных персонализированного учета лиц по результатам проведения скринингового исследования кала на скрытую кровь

Подпись руководителя медицинской организации _____ / _____ Дата _____

М.П

Исполнитель: должность, ФИО, контактный телефон

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения
Челябинской области
от «28» 12 2024 г. № 957

Форма ежеквартального отчета медицинской организации о скрининговом исследовании кала на скрытую кровь

Отчет
о скрининговом исследовании кала на скрытую кровь*

Наименование медицинской организации _____
за _____ квартал 2025 года

Метод иммунохимический количественный (иммунотурбидиметрический)

№	Показатель	Количество
1.	Количество лиц, подлежащих скрининговому исследованию кала на скрытую кровь в медицинской организации (план)	
2.	Количество лиц, которым в отчетном периоде проведено исследование кала на скрытую кровь	
2.1	из них мужчин	
2.2	из них женщин	
2.3	в том числе количество лиц, которым исследование кала на скрытую кровь проведено в рамках профилактических осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения из п. 2	
2.3	выполнение плана (%)	
3.	Количество лиц с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь из п. 2	
4	Количество лиц с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, проконсультированных хирургом / колопроктологом из п. 3	
5.	Количество лиц с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, которым по назначению хирурга / колопроктолога проведена колоноскопия из п. 4	
6.	Установлен диагноз из числа лиц с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, направленных на дополнительное обследование (из п. 4), всего:	
6.1	геморрой, анальная трещина	
6.2	полипоз, поликистоз, дивертикулез толстой кишки	
6.3	неспецифический язвенный колит и болезнь Крона	
6.4	ЗНО толстой кишки (C18-21), всего:	
6.4.1	in situ	
6.4.2	I стадия	
6.4.3	II стадия	
6.4.4	III стадия	
6.4.5	IV стадия	
6.4.6	стадия не установлена / не применима	

6.5	диагноз не установлен	
6.5.1	причины (при наличии пациентов с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, которым по результатам дообследования диагноз не был установлен, необходимо указать причины в свободной форме)	

*Отчет составляется на основании данных персонализированного учета лиц по результатам проведения скринингового исследования кала на скрытую кровь

Подпись руководителя медицинской организации _____ / _____ Дата__

М.П

Исполнитель: должность, ФИО, контактный телефон

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Челябинской области
от « 28 » 12 2024 г. № 967

Алгоритм маршрутизации пациентов в зависимости от результата
исследования кала на скрытую кровь в Челябинской области

Результат исследования кала на скрытую кровь	Рекомендации	Перечень исследований
Отрицательный результат	Скрининговое исследование кала на скрытую кровь в возрасте 40-64 года 1 раз в 2 года, в возрасте 65 лет и старше – 1 раз в год	-
Положительный результат	Консультация врача-хирурга или врача-колопроктолога в медицинской организации по месту жительства с обязательным проведением тотальной колоноскопии в 100,0% случаев	- пальцевое ректальное исследование прямой кишки; - ректороманоскопия; - тотальная колоноскопия
	При отсутствии колоноскопа в медицинской организации по месту жительства – направление на колоноскопию в ЦАОП	
	При выявлении подозрения на ЗНО и / или ЗНО толстой кишки по результатам проведенных исследований - направление к онкологу ЦАОП по месту жительства	

УТВЕРЖДЕН
приказом
Министерства здравоохранения
Челябинской области
от «28» 12 2024 г. № 957

Перечень медицинских организаций, расположенных на территории
Челябинской области, проводящих лабораторные исследования кала на
скрытую кровь количественным (иммунотурбидиметрическим) методом

1. Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Городская больница № 2 г. Миасс».
2. Автономная некоммерческая организация «Центральная
клиническая медико-санитарная часть».