



ЦЕНТРАЛЬНАЯ
ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА № 24

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ



ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

РАК ГУБЫ – злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителия красной каймы нижней или верхней губы. Поражение кожи и слизистой оболочки обусловлено дальнейшим распространением опухолевого процесса.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью своевременного начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей головы и шеи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу рака губы

- в первый год физикальный осмотр и сбор жалоб проводить каждые 1 - 3 мес, 2-й год - 2 - 6 мес, на сроке 3 - 5 лет - 1 раз в 4 - 8 мес. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

Объем обследования:

- анамнез и физикальное обследование;
 - УЗИ ЛУ шеи с двух сторон, органов брюшной полости и малого таза;
 - КТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру;
 - рентгенография/КТ органов грудной клетки каждые 12 мес;
 - определение уровня тиреотропного гормона каждые 6 - 12 мес, если проводилось облучение шеи с целью оценки функции щитовидной железы
- наблюдение у стоматолога до, во время и после специализированного лечения. Проблемные зубы должны быть удалены не менее чем за 2 нед до начала специализированного лечения

Пациентам с целью оценки состояния полости рта, риска развития кариеса и пародонтоза, удаления проблемных зубов, профилактики радиоиндуцированного остеонекроза, устранения потенциальных источников инфекции, мотивации пациента к поддержанию гигиены полости рта

Пациентам после окончания лучевой терапии с целью профилактики кариеса

- ежедневно длительно местные средства с фтором - 0,4% гель с фторидом олова или 1,1% гель с фторидом натрия (NaF) (эффективность ниже фторида олова), или комбинацию - 0,4% гель с фторидом олова, 0,32% зубной порошок с NaF и препараты - заменители слюны с фосфатом кальция

Источник:

Клинические рекомендации «Злокачественные новообразования губы»

Кодирование по МКБ 10: C00

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 553

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК РОТОГЛОТКИ – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия ротоглотки.

Задача наблюдения — раннее выявление прогрессирования заболевания в целях раннего начала ХТ или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей головы и шеи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу ЗНО полости рта для профилактики рецидива заболевания	– в 1-й год обследование рекомендуется проводить каждые 1 - 3 мес., во 2-й год - 2 - 6 мес., на сроке 3 - 5 лет - 1 раз в 4 - 8 мес. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования включает:	– сбор анамнеза и физикальное обследование; – УЗИ ЛУ шеи с 2 сторон, органов брюшной полости и малого таза; – КТ/МРТ области головы и шеи; – фиброларингоскопия; – рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес.; – КТ/МРТ органов грудной клетки, органов брюшной полости по показаниям; – позитронная эмиссионная томография, совмещенная с КТ, по показаниям; – исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови каждые 6 - 12 мес., если проводилось облучение шеи в целях оценки функции щитовидной железы

Источник:

Клинические рекомендации «Рак ротоглотки»

Кодирование по МКБ 10: C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09, C10

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 4

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия слизистой оболочки щек, неба, десен, дна ротовой полости, языка.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания в целях раннего начала ХТ или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также обнаружение метастатических опухолей головы и шеи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу злокачественных образований полости рта (ЗНО) для профилактики рецидива заболевания	– в 1-й год физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 1 - 3 мес., во 2-й год - 2 - 6 мес., на сроке 3 - 5 лет - 1 раз в 4 - 8 мес. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования	– анамнез и физикальное обследование; – УЗИ ЛУ шеи с 2 сторон, органов брюшной полости; – КТ/МРТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру; – рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес.; – исследование уровня тиреотропного гормона каждые 6 - 12 мес., если проводилось облучение шеи в целях оценки функции щитовидной железы; – ПЭТ/КТ не ранее чем через 1 год после окончания ЛТ
Пациентам с ЗНО полости рта для оценки состояния полости рта, риска развития кариеса и пародонтоза, удаления "проблемных" зубов, профилактики радиоиндуцированного остеонекроза, устранения потенциальных источников инфекции, мотивации пациента к поддержанию гигиены полости рта	– наблюдение у врача-стоматолога до, в период и после специализированного лечения – "проблемные" зубы должны быть удалены не менее чем за 2 нед до начала специализированного лечения
Пациентам с ЗНО полости рта в целях профилактики кариеса	– местные средства с фтором применять длительно после окончания лучевой терапии: ежедневно 1,1% гель с фторидом натрия или гель с фторидом олова, ежедневно 1,1% зубной порошок с фторидом натрия, искусственную слюну с фосфатом кальция

Источник: Клинические рекомендации «Злокачественные новообразования полости рта»
Кодирование по МКБ 10: C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.8, C02.9, C03, C04, C05.0, C06
Год утверждения (частота пересмотра): 2020. Год окончания действия: 2022
Возрастная категория: Взрослые. ID: 164
Разработчик клинической рекомендации:
- Ассоциация онкологов России
- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ - злокачественные новообразования слюнных желез, различающиеся по своему морфологическому строению.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей головы и шеи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения в целях своевременного выявления и предупреждения осложнений и обострений заболевания	- в первые 1 - 2 года обследование пациента с рекомендуется проводить каждые 3 - 6 месяца, на сроке 3 - 5 лет – 1 раз в 6 - 12 месяцев, после 5 лет с момента операции обследование проводится ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен. - Обследование: • сбор анамнеза и физикальное обследование; • УЗИ области первичной опухоли, ЛУ шеи с 2-х сторон, • КТ/МРТ области головы и шеи при выявлении признаков рецидива по результатам УЗИ и физикального осмотра, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру; • КТ органов грудной клетки каждые 12 месяцев; • 5. определение уровня тиреотропного гормона каждые 6 - 12 месяцев, если проводилось облучение шеи с целью оценки функции щитовидной железы
Пациентам до, во время и после лучевой терапии с целью оценки состояния полости рта, риска развития кариеса и пародонтоза, удаления "проблемных" зубов, профилактики радиоиндуцированного остеонекроза, устранения потенциальных источников инфекции, мотивации пациента к поддержанию гигиены полости рта	- наблюдение у врача-стоматолога; - проблемные зубы должны быть удалены не менее чем за 2 недели до начала специализированного лечения
Пациентам после окончания лучевой терапии с целью профилактики кариеса	- применять ежедневно длительно местные средства с фтором - 0,4% гель с фторидом олова или 1,1% гель с фторидом натрия (NaF) (эффективность ниже фторида олова), или комбинацию - 0,4% гель с фторидом олова, 0,32% зубной порошок с NaF и препараты - заменители слюны с фосфатом кальция

Источник:

Клинические рекомендации «Злокачественные опухоли слюнных желез»

Кодирование по МКБ 10: C07, C08

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 116

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК НОСОГЛОТКИ - злокачественная опухоль, развивающаяся из неороговеваяющего эпителия носоглотки.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу рака носоглотки	– в первый год физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 1 - 3 месяца, 2-й год - 2 - 6 месяцев, на сроке 3 - 5 лет - 1 раз в 4 - 8 месяцев – после 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб; – у пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования	– анамнез и физикальное обследование; – КТ/МРТ области головы и шеи; – фиброскопия носоглотки и верхних дыхательных путей; – КТ органов грудной клетки каждые 12 мес.; – ПЭТ/КТ не ранее чем через 1 год после окончания ЛТ; – определение уровня тиреотропного гормона каждые 6 - 12 мес., если проводилось облучение шеи с целью оценки функции щитовидной железы

Источник:

Клинические рекомендации «Рак носоглотки»

Кодирование по МКБ 10: C11

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 535

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ГОРТАНОГЛОТКИ – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия гортаноглотки

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей головы и шеи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу рака гортаноглотки	– наблюдение у врача-онколога; – в 1-й год физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 1 - 3 месяца, 2-й год - 2 - 6 месяцев, на сроке 3 - 5 лет - 1 раз в 4 - 8 месяцев. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования	– анамнез и физикальное обследование; – УЗИ ЛУ шеи с 2 сторон, органов брюшной полости и малого таза; – КТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру; – фиброларингоскопия; – рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес.; – КТ/МРТ грудной клетки, органов брюшной полости по показаниям – позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), совмещенной с КТ по показаниям; – определение уровня тиреотропного гормона каждые 6 - 12 мес., если проводилось облучение шеи с целью оценки функции щитовидной железы

Источник:

Клинические рекомендации «Рак гортаноглотки»

Кодирование по МКБ 10: C12, C13

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 27

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ (НЭО) – гетерогенная группа новообразований, происходящих из нейроэндокринных клеток эмбриональной кишки, обладающих биологически активными свойствами. Нейроэндокринные клетки имеют определенные секреторные характеристики, обуславливающие развитие синдромов гиперпродукции регуляторных пептидов, что, в свою очередь, может приводить к развитию соответствующих клинических синдромов. НЭО встречаются во всех органах, имеющих нейроэндокринные клетки.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания в целях раннего начала лекарственной терапии или хирургического лечения в случае хирургически операбельных клинических ситуаций. Объем обследования определяется с учетом локализации, типа и статуса опухоли.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с НЭО после завершения лечения с учетом локализации, типа и статуса опухоли (в течение всей жизни)

– пожизненное диспансерное наблюдение с соблюдением следующей частоты обследований пациента:

- в 1-ый и 2-ой годы - 1 раз в 3 мес.;
- в 3 - 5-й годы - 1 раз в 6 мес.;
- после 5 лет - 1 раз в год

После оперативного лечения ФХЦ/ПГ при отрицательном послеоперационном уровне метанефринов в целях диагностики возможного местного рецидива, метастатического поражения, появления новой опухоли

– ежегодное определение уровня метанефринов и проведение топоческой диагностики один раз в 2 - 3 года

Источник:

Клинические рекомендации «Нейроэндокринные опухоли»

Кодирование по МКБ 10: C15, C16, C17, C18, C19.9, C20.9, C21, C23, C24, C25, C26, C34, C37.9, C73.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 610

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Российская ассоциация эндокринологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ (ГИСО) –

злокачественная мезенхимальная опухоль, исходящая, предположительно, из клеток Кахала.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала таргетной терапии и хирургического лечения резектабельных метастатических очагов на фоне эффективного лекарственного лечения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам для профилактики рецидивов	– консультация врача-онколога с проведением комплекса исследований каждые 3 - 6 месяцев в первые 1 - 2 года, на сроке 3 - 5 лет - 1 раз в 6 - 12 месяцев для профилактики рецидивов; – после 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб; – у пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования	– анамнез и физикальное обследование; – ФГДС или колоноскопия при ГИСО желудка и двенадцатиперстной кишки или ободочной и прямой кишки каждые 3 - 6 мес в зависимости от риска прогрессирования; – УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3 - 6 мес в зависимости от риска прогрессирования; – рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес.; – КТ органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием каждые 6 - 12 мес в зависимости от риска прогрессирования

Источник:

Клинические рекомендации «Гастроинтестинальные стромальные опухоли»

Кодирование по МКБ 10: C15 - C20, C48

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 551

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ПИЩЕВОДА — злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки пищевода.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

С целью профилактики развития рака пищевода	– диета с исключением термического и механического повреждения слизистой пищевода, отказ от курения и алкоголя, своевременное лечение фоновых и предопухолевых заболеваний, в том числе с применением внутриспросветных эндоскопических вмешательств
Пациентам с пищеводом Барретта	– постоянная терапия препаратами группы ингибиторов протонного насоса
При выявлении слабой дисплазии эпителия пищевода Барретта	– повторное эндоскопическое исследование через 0,5 года
При подтверждении диагноза слабой дисплазии	– радиочастотная абляция сегмента метаплазии
После завершения лечения по поводу рака пищевода с целью раннего выявления прогрессирования заболевания, с целью раннего начала химиотерапии, повторной операции при рецидиве опухоли, а также выявления метастатических опухолей	– пациентов после радикального лечения (хирургия или химиолучевая терапия) – каждые 3 - 6 месяцев в первые 2 года, далее каждые 6 - 12 месяцев в последующие 3 - 5 лет, затем – ежегодно; – пациентов с ранним раком, которые подверглись эндоскопической резекции слизистой оболочки или подслизистой диссекции – ЭГДС каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев на второй и третий годы, далее – ежегодно
Соблюдать следующую периодичность контрольных обследований	
Объем обследования	– анамнез и физикальное обследование; – ЭГДС через 3 месяца после резекции первичной опухоли, в дальнейшем 2 раза в год в течение 3 лет, далее 1 раз в год до 5 лет; – УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3 - 6 месяцев в зависимости от риска прогрессирования; – рентгенография органов грудной клетки каждые 6 месяцев; – КТ органов грудной и брюшной полости с в/в контрастированием однократно через 6 - 12 месяцев после операции (в зависимости от риска прогрессирования)

Источник:

Клинические рекомендации «Рак пищевода и кардии»

Кодирование по МКБ 10: C15, C16.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 237

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкопатологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ЖЕЛУДКА (РЖ) – гетерогенная группа злокачественных эпителиальных опухолей, исходящих из клеток слизистой оболочки желудка.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с целью профилактики РЖ	– диета с исключением термического и механического повреждения слизистой оболочки желудка, отказ от курения и алкоголя, своевременное лечение фоновых и предопухолевых заболеваний, в том числе с применением внутрисветных эндоскопических вмешательств
При наследственном раке с мутацией в гене CDH1	– активное наблюдение с обследованием каждые 6 - 12 месяцев; – профилактическая гастрэктомия без D2 лимфодиссекции в возрасте 18 - 40 лет
После завершения лечения по поводу РЖ для раннего выявления прогрессирования заболевания с целью раннего начала лекарственной терапии, повторной операции при рецидиве опухоли, а также выявления метастатических опухолей соблюдать следующую периодичность контрольных обследований	– после выполнения радикальных операций – в первые 1 - 2 года физикальное обследование пациентов и сбор жалоб проводятся каждые 3 - 6 месяцев, на сроке 3 - 5 лет - 1 раз в 6 - 12 месяцев. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен; – после эндоскопической резекции слизистой оболочки или подслизистой диссекции - выполняют ЭГДС каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев на второй и третий годы, далее - ежегодно
Объем обследования при визитах:	– сбор анамнеза и физикальное обследование; – общий (клинический) анализ крови развернутый и анализ крови биохимический общетерапевтический (по клиническим показаниям); – ЭГДС (по плану); – УЗИ или КТ органов брюшной полости (по клиническим показаниям); – рентгенография органов грудной клетки (по клиническим показаниям); – контроль нутритивного статуса, рекомендации по лечению нутритивной недостаточности

Источник:

Клинические рекомендации «Рак желудка»

Кодирование по МКБ 10: C16

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 574

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА –

злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки толстой кишки.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метакронных опухолей ободочной кишки

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу рака толстой кишки	– в первые 1 - 2 года физикальный осмотр и сбор жалоб – каждые 3 - 6 мес., через 3 - 5 лет с момента операции – 1 раз в 6 - 12 мес. Через 5 лет и более с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб
Объем обследования	Анамнез и физикальное обследование. Исследование уровня РЭА в крови каждые 3 мес. в первые 2 года и далее каждые 6 мес. в последующие 3 года (если РЭА был исходно повышен). Колоноскопия через 1 и 3 года после резекции первичной опухоли, далее каждые 5 лет для выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки. При выявлении полипов колоноскопия выполняется ежегодно (В). В случае если до начала лечения колоноскопия не была выполнена по причине стенозирующей опухоли, ее производят в течение 3 - 6 мес. после резекции. УЗИ органов брюшной полости и малого таза (комплексное) каждые 3 - 6 мес. в зависимости от риска прогрессирования. Рентгенография легких или прицельная рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес. – КТ органов грудной и брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием однократно через 12 - 18 мес. после операции

Источник:

Клинические рекомендации «Злокачественные новообразования ободочной кишки и ректосигмоидного отдела»

Кодирование по МКБ 10: C18, C19

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 396

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Российское общество специалистов по колоректальному раку

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ – злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток эпителия прямой кишки и локализуемая в пределах 15 см от ануса при измерении ригидным ректоскопом.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метакронных опухолей прямой кишки

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу рака прямой кишки с целью своевременной диагностики прогрессирования заболевания при его развитии	– в первые 1 - 2 года обследование рекомендуется проводить каждые 3 - 6 месяцев, на сроке 3 - 5 лет - 1 раз в 6 - 12 мес.; – после 5 лет с момента операции обследования проводятся ежегодно или при появлении жалоб; – у пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
Обследование пациента	1. анамнез и физикальное обследование (пальцевое исследование прямой кишки). 2. исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови, (если был повышен исходно) каждые 3 месяца первые 2 года и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года. 3. колоноскопия через 1 и 3 года после резекции первичной опухоли, далее каждые 5 лет с целью выявления метакронной опухоли или удаления обнаруженных полипов толстой кишки. При выявлении полипов колоноскопия выполняется ежегодно (В). В случае если до начала лечения колоноскопия не была выполнена по причине стенозирующей опухоли, она производится через 3 - 6 месяцев после ее резекции. 4. УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3 - 6 месяцев в зависимости от риска прогрессирования. 5. рентгенография органов грудной клетки каждые 12 месяцев. – 6. КТ органов грудной и брюшной полости с внутривенным контрастированием - однократно в сроки 12 - 18 месяцев после операции

Источник:

Клинические рекомендации «Рак прямой кишки»

Кодирование по МКБ 10: C20

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 554

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Российское общество специалистов по колоректальному раку

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА – новообразование, возникающее в области, проксимальной границей которой является верхний край аноректальной линии, а дистальной – место соединения анодермы с перианальной кожей.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу рака анального канала с целью раннего выявления прогрессирования заболевания при его развитии	– в первые 2 года физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 3 месяца, на сроке 3 - 5 лет – 1 раз в 6 - 12 месяцев; – после 5 лет с момента лечения визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб; – у пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования	– Обязательное обследование: • пальцевое исследование прямой кишки; • аноскопия; • пальпация паховых областей; • МРТ малого таза в первые 2 года после завершения лечения; • консультация врача-акушера-гинеколога (гинекологический осмотр) для женщин; • УЗИ брюшной полости, малого таза, паховых лимфоузлов; • рентгенография органов грудной клетки. – Дополнительное обследование: • МРТ или КТ исследование брюшной полости и малого таза при необходимости мониторинга пациентов с опухолями Т3-4 или при исходном поражении паховых лимфоузлов/подвздошных лимфоузлов; • КТ малого таза с внутривенным контрастированием при невозможности выполнения МРТ малого таза; • эндоректальное УЗИ в дополнение или при невозможности выполнения МРТ малого таза; • взятие биопсийного материала выполняется только при наличии пальпируемой остаточной опухоли; • исследование уровня антигена плоскоклеточной карциномы (SCC) в крови, при наличии исходного повышения до начала лечения

Источник:

Клинические рекомендации «Плоскоклеточный рак анального канала, анального края, перианальной кожи»

Кодирование по МКБ 10: C21, C44.5

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 555

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Российское общество специалистов по колоректальному раку

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ РАК (ГЦР) (ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА, ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК)

– наиболее частая (около 85% случаев) злокачественная опухоль печени, исходящая из гепатоцитов. Реже встречается холангиоцеллюлярный рак (холангиокарцинома) – злокачественная опухоль, исходящая из эпителия внутрипеченочных желчных протоков, а также смешанные гепатохолангиокарциномы, фиброламеллярная карцинома, которая формально классифицируется как вариант печеночно-клеточного рака.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания после завершения лечения с целью раннего проведения хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, абляции и/или химиоэмболизации рецидивных опухолей, своевременного начала лекарственного противоопухолевого лечения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения радикального лечения по поводу ГЦР для раннего выявления прогрессирования заболевания	– методы наблюдения: • сбор анамнеза и физикальное обследование – каждые 3 - 6 мес., далее 1 раз в 6 - 12 мес; • определение уровня АФП (если исходно он был повышен) – каждые 3 - 4 мес. в первые 2 года, далее 1 раз в 6 - 12 мес.; • УЗИ органов брюшной полости – каждые 3 - 4 мес.; • КТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием – каждые 3 - 6 мес.; • рентгенография органов грудной клетки – каждые 12 мес.
Пациентами, проходящими противоопухолевое лечение по поводу ГЦР для раннего выявления прогрессирования заболевания	– методы наблюдения: • сбор анамнеза заболевания и лечения, включая данные о сопутствующей патологии, и физикальное обследование; • развернутый клинический анализ крови (лейкоцитарная формула, число тромбоцитов); • биохимический анализ крови (определение уровня мочевины, креатинина, альбумина, глюкозы, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы); • коагулограмма (международное нормализованное отношение); • определение уровня АФП – каждые 3 - 4 мес.; • УЗИ органов брюшной полости – каждые 2 - 3 мес.; • эзофагогастродуоденоскопия – каждые 6 мес.; • мультифазная КТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием – каждые 3 - 4 мес.; • рентгенография органов грудной клетки – каждые 6 мес.; • сцинтиграфия костей всего тела – по показаниям

Источник:

Клинические рекомендации «Рак печени (гепатоцеллюлярный)»

Кодирование по МКБ 10: C22

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 1

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация содействия развитию лучевой диагностики и терапии "Российское общество рентгенологов и радиологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК БИЛИАРНОГО ТРАКТА – группа опухолей, развивающихся из эпителия желчного пузыря и желчных протоков. Среди пациентов с билиарным раком треть случаев составляют опухоли желчных протоков (холангиокарциномы), две трети – опухоли желчного пузыря.

РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (РЖП) – злокачественная опухоль, исходящая из эпителия желчного пузыря; является наиболее распространенным из всех видов рака желчных путей. РЖП характеризуется местной и сосудистой инвазией, обширным регионарным лимфогенным и гематогенным метастазированием.

РАК ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА) – злокачественная опухоль, происходящая из эпителия желчных протоков.

задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания после завершения лечения с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения хирургического лечения по поводу ХЦ	– обследование в первые 2 года рекомендуется проводить каждые 3 - 6 месяцев; – далее - ежегодно до 5 лет
Объем обследования	– осмотр врача-онколога и физикальное обследование; – онкомаркеры РЭА, СА-19.9, АФП (если были повышены исходно); – УЗИ органов брюшной полости; – КТ или МРТ органов брюшной полости с в/в контрастированием; – рентгенография органов грудной клетки; – холангиография (при наличии дренажей)

Источник:

Клинические рекомендации «Рак желчевыводящей системы»

Кодирование по МКБ 10: C22.1, C23, C24.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 495

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с раком поджелудочной железы после окончания лечения с целью своевременного выявления прогрессирования заболевания	– динамическое наблюдение, подразумевающее визиты пациента каждые 12 - 16 недель в течение первых двух лет, каждые 6 месяцев в последующем
Объем обследования	– УЗИ брюшной полости или КТ/МРТ брюшной полости с в/в контрастированием; – УЗИ малого таза для женщин; – рентгенография органов грудной клетки; – анализ крови на онкомаркеры (СА19-9, РЭА) в случае их повышенных уровней на долечебном этапе, а также общий и биохимический анализы крови для оценки функции печени и почек

Источник:

Клинические рекомендации «Рак поджелудочной железы»

Кодирование по МКБ 10: C25

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 355

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

- Общероссийская общественная организация содействия развитию лучевой диагностики и терапии

"Российское общество рентгенологов и радиологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей головы и шеи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с раком полости и придаточных пазух носа, перенесшим радикальное лечение с целью раннего выявления рецидива заболевания или коррекции отсроченных нежелательных явлений	– в 1-й год физикальный осмотр, сбор жалоб и инструментальные обследования по показаниям рекомендуется проводить каждые 1 - 3 мес.; – во 2-й год - с интервалом в 2 - 6 мес.; – на сроке 3 - 5 лет – 1 раз в 4 - 8 мес.; – после 5 лет с момента операции визиты проводятся 1 раз в год или при появлении жалоб; – у пациентов с высоким риском рецидива или появлением жалоб перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования	– анамнез и физикальное обследование; – КТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру; – фиброларингоскопия; – КТ/МРТ грудной клетки, органов брюшной полости по показаниям; – ПЭТ/КТ по показаниям; – определение уровня ТТГ каждые 6 - 12 мес., если проводилось облучение шеи с целью оценки функции щитовидной железы

Источник:

Клинические рекомендации «Рак полости носа и придаточных пазух»

Кодирование по МКБ 10: С30, С31

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 3

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ГОРТАНИ – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия гортани

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения	– в 1-й год физикальный осмотр, сбор жалоб и инструментальные обследования по показаниям рекомендуется проводить каждые 1 - 3 мес.; – во 2-й год – с интервалом в 2 - 6 мес.; – на сроке 3 - 5 лет – 1 раз в 4 - 8 мес.; – после 5 лет с момента операции визиты проводятся 1 раз в год или при появлении жалоб; – у пациентов с высоким риском рецидива или появлением жалоб перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования	– анамнез и физикальное обследование; – УЗИ ЛУ шеи с 2 сторон, органов брюшной полости и малого таза; – КТ/МРТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру; – фиброларингоскопия; – рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес.; – КТ/МРТ грудной клетки, органов брюшной полости по показаниям; – ПЭТ/КТ по показаниям; – определение уровня тиреотропного гормона каждые 6 - 12 мес, если проводилось облучение шеи в целях оценки функции щитовидной железы

Источник:

Клинические рекомендации «Рак гортани»

Кодирование по МКБ 10: C32

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 475

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ТРАХЕИ – это общее название, объединяющее группу редких злокачественных эпителиальных опухолей, источником развития которых является слизистая оболочка трахеи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу рака трахеи с целью раннего выявления прогрессирования заболевания с целью раннего начала лучевой/химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей	– в первые 1 - 2 года физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 3 - 6 мес.; – на сроке 3 - 5 лет – 1 раз в 6 - 12 мес.; – после 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб; – у пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования	– анамнез и физикальное обследование; – онкомаркеры, раково-эмбриональный антиген (если были повышены исходно) каждые 3 мес первые 2 года и далее – каждые 6 мес в последующие 3 года; – трахеобронхоскопия впервые выполняется через 3 мес после резекции первичной опухоли, затем каждые 3 мес в течение 1 года, далее каждые 6 мес. в течение 2-ого года наблюдения, затем 1 раз в год или при появлении жалоб; – УЗИ шейно-надключичных зон органов брюшной полости каждые 3 - 6 мес в зависимости от риска прогрессирования; – КТ органов грудной полости с в/в контрастированием выполняется через 3 мес после резекции первичной опухоли, затем каждые 3 мес в течение 1-го года, далее каждые 6 мес в течение 2-го года наблюдения, затем 1 раз в год или при появлении жалоб

Источник:

Клинические рекомендации «Рак трахеи»

Кодирование по МКБ 10: C33

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 330

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ЛЕГКОГО (РЛ) – собирательное понятие, объединяющее различные по происхождению, гистологической структуре, клиническому течению и результатам лечения злокачественные эпителиальные опухоли. Развиваются они из покровного эпителия слизистой оболочки бронхов, бронхиальных слизистых желез бронхиол и легочных альвеол.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала ХТ или хирургического удаления резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с целью профилактики возникновения РЛ	– отказ от курения, как от активного, так и от пассивного; – своевременное лечение заболеваний легких; – использовать современные средства защиты лицам, контактирующим с веществами, обладающими канцерогенным действием: асбестом, хромом, никелем, кадмием, мышьяком, дизельным топливом и прочими с целью первичной профилактики
Пациентам в удовлетворительном состоянии после радикального лечения РЛ	– наблюдения врачом-онкологом каждые 3 мес. в течение первых 3 лет и каждые 6 мес. в течение 4-го и 5-го годов; – применяются методы наблюдения: • физикальный осмотр; • ультразвуковое исследование; • рентгенография грудной клетки или КТ; • МРТ головного мозга; • остеосцинтиграфия проводятся 1 раз в год; – через 5 лет после операции обследование проходят раз в год
Пациентам с МРЛ, которым не было выполнено профилактическое облучение головного мозга	– проведение МРТ головного мозга каждые 3 - 4 мес. в течение первых 2 лет

Источник:

Клинические рекомендации «Злокачественное новообразование бронхов и легкого»

Кодирование по МКБ 10: C34

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 30

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ – группа доброкачественных и злокачественных опухолей, различной структуры, находящихся в анатомических пределах средостения и имеющих неорганное происхождение.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения по поводу рака трахеи с целью раннего выявления прогрессирования заболевания, с целью раннего начала лучевой/химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей	– обследование в первые 1 - 2 года проводить каждые 3 - 6 мес; – на сроке 3 - 5 лет – 1 раз в 6 - 12 мес.; – после 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб; – у пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
Объем обследования	– анамнез и физикальное обследование⁴ – АФП, ХГЧ, ЛДГ (если были повышены исходно) каждые 3 мес первые 2 года и далее каждые 6 мес в последующие 3 года; – трахеобронхоскопия впервые выполняется через 1 и 3 года после резекции первичной опухоли, далее каждые 5 лет; – УЗИ органов брюшной полости, шеи, периферических лимфоузлов каждые 3 - 6 мес, в зависимости от риска прогрессирования; – КТ органов грудной полости с в/в контрастированием выполняется через 3 мес после резекции первичной опухоли, затем каждые 3 мес в течение 1 года, далее каждые 6 мес в течение 2-го года наблюдения, затем 1 раз в год или при появлении жалоб

Источник:

Клинические рекомендации «Опухоли средостения»

Кодирование по МКБ 10: С37.9, С38.1, С38.2, С38.3

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 502

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ – группа злокачественных опухолей, исходящих из герминативных клеток.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Учитывая высокую курябельность герминогенных опухолей и длительную ожидаемую продолжительность жизни пациентов	– рекомендуется профилактика и ранняя диагностика поздних осложнений химиотерапии (сердечно-сосудистых заболеваний, метаболического синдрома, гипогонадизма, infertility, легочной токсичности и др.) с привлечением соответствующих профильных специалистов
Наблюдение за пациентами при I стадии несеминомы с динамическим наблюдением (химиотерапия не проводилась)	– физикальное обследование; – определение опухолевых маркеров (уровней АФП, ХГЧ, ЛДГ в крови) – ежемесячно в 1-й год, каждые 2 мес. во 2-й год, каждые 3 мес. в 3-й год, каждые 4 мес. в 4-й год, каждые 6 мес. в 5-й год, далее ежегодно; – УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и пахово-подвздошных областей – каждые 2 мес. в 1-й год, каждые 3 мес. – во 2-й год, каждые 4 мес. – в 3-й и 4-й годы, далее ежегодно; – рентгенография органов грудной клетки выполняется каждый 2-й визит
Наблюдение за пациентами после проведенной химиотерапии, а также при семиноме I стадии	– физикальное обследование; – определение опухолевых маркеров (уровней АФП, ХГЧ, ЛДГ в крови); – УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и пахово-подвздошных областей – каждые 2 - 3 мес. в 1-й год, каждые 3 мес. во 2-й год, затем каждые 4 мес. в 3-й и 4-й годы, 1 раз в 6 мес. в 5-й год и далее ежегодно; рентгенография органов грудной клетки – каждый 2-й визит

Источник:

Клинические рекомендации «Герминогенные опухоли у мужчин»

Кодирование по МКБ 10: С38.1, С38.2, С38.3, С38.8, С48.0, С48.8, С62

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 584

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкопатологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

САРКОМА КОСТИ - опухоль неэпителиального происхождения. Развивается из клеток производных мезодермы, в частности мезенхимы (первичной соединительной ткани).

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, профилактика ортопедических осложнений, выявление нестабильности эндопротеза в ранних сроках.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам, закончившим этап комбинированного лечения	– динамическое наблюдение с обследованием каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, далее раз в 6 месяцев до 5 лет; – минимальным объемом обследования является КТ грудной клетки
Пациентам с остеосаркомой	– дополнительно рекомендуется рентгенография зоны костного поражения

Источник:

Клинические рекомендации «Саркомы костей»

Кодирование по МКБ 10: C40, C41

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 532

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Автономная некоммерческая организация "Восточно-Европейская группа по изучению сарком"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

МЕЛАНОМА КОЖИ – злокачественная опухоль нейроэктодермального происхождения, исходящая из меланоцитов (пигментных клеток) кожи. В некоторых случаях при наличии отдаленных метастазов первичный очаг на коже (или в других органах) не может быть обнаружен (например, вследствие так называемой спонтанной регрессии первичной опухоли или удаления очага во время медицинской или косметологической манипуляции без морфологического исследования) – такую болезнь следует называть метастазами меланомы без выявленного первичного очага. С учетом того, что меланоциты в норме представлены в различных органах (включая слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, половых путей, мозговые оболочки, сосудистую оболочку глаза и др.), первичная опухоль (меланома) может возникнуть в любом из этих органов. В этом случае опухоль следует называть меланомой соответствующего органа, например, меланомой слизистой оболочки подвздошной кишки или меланомой сосудистой оболочки глаза.

Целями наблюдения за пациентами следует считать раннее выявление рецидива заболевания (в особенности отдаленных метастазов), раннее выявление 2-х опухолей (в частности новых меланом), а также психосоциальную поддержку пациентов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам в целях снижения риска возникновения как первичной меланомы, так и с целью профилактики возникновения новых меланом или иных злокачественных новообразований кожи	–	рекомендуется избегать солнечных ожогов или действия искусственного ультрафиолета
Пациентам с ранее установленным диагнозом "меланома кожи"	–	проводить регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов;
Пациентам с очень низким риском прогрессирования заболевания (стадия 0 - IA)	–	своевременно обращаться к врачу при выявлении каких-либо отклонений
Пациентам с низким риском прогрессирования (IB - IIB стадии)	–	физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения;
	–	проведение инструментального обследования рекомендуется только по показаниям
	–	физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение 5 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения;
	–	УЗИ регионарных лимфатических узлов в течение 3 лет
Пациентам с высоким риском прогрессирования заболевания (IIC - III стадии и IV стадия после удаления солитарных метастазов)	–	физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем каждые 6 месяцев до 10 лет наблюдения;
	–	УЗИ регионарных лимфатических узлов каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем каждые 6 месяцев до 10 лет наблюдения;
	–	лучевая диагностика (КТ органов грудной клетки, КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием или ПЭТ/КТ в режиме всего тела с фтордезоксиглюкозой) каждые 6 месяцев до 5 лет наблюдения
У пациентов с впервые выявленными отдаленными метастазами	–	выполнение МРТ головного мозга с в/в контрастированием для исключения метастатического поражения головного мозга

Рекомендуемый график обследований пациентов с меланомой кожи в рамках диспансерного наблюдения

Стадия заболевания (или эквивалент)	Физикальный осмотр			УЗИ лимфатических узлов			Лучевая диагностика в полном объеме		
	Годы наблюдения			Годы наблюдения			Годы наблюдения		
	1 - 3	4 - 5	6 - 10	1 - 3	4 - 5	6 - 10	1 - 3	4 - 5	6 - 10
0 - IA	Каждые 6 мес	Каждые 12 мес	Каждые 12 мес	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям
IB - IIB	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	Каждые 12 мес	Каждые 6 мес	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям
IIC - IV	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	Каждые 6 мес	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	По показаниям	Каждые 6 мес	Каждые 6 мес	По показаниям

Источник:

Клинические рекомендации «Меланома кожи и слизистых оболочек»

Кодирование по МКБ 10: C43, C51, C60.9, C63.2, C69.0, C00 - C26, C30 - C32, C52, C53, C77, C78, C79, D03.0 - D03.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 546

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Ассоциация специалистов по проблемам меланомы

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

КАРЦИНОМА МЕРКЕЛЯ (КМ) – редкая первичная злокачественная опухоль кожи с эпителиальной и нейроэндокринной дифференцировкой (в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения).

Целями наблюдения за больными следует считать раннее выявление рецидива заболевания и отдаленных метастазов, а также психосоциальную поддержку пациентов.

Задачей наблюдения является наиболее раннее выявление прогрессирования заболевания в целях раннего начала ХТ или ЛТ, или хирургического лечения в зависимости от выявленной ситуации.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения лечения – в течение первых 3 лет не реже 1 раза в 3 мес., затем каждые 6 мес. в по поводу КМ в целях наиболее раннего выявления рецидива или прогрессирования заболевания – течение 2 лет, затем ежегодно; у пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен

Рекомендуемый график обследования пациентов с КМ в рамках диспансерного наблюдения

Стадия заболевания (или эквивалент)	Год наблюдения								
	1 - 3	4 - 5	6 - 10	1 - 3	4 - 5	6 - 10	1 - 3	4 - 5	6 - 10
	Физикальный осмотр			УЗИ лимфатических узлов			Лучевая диагностика в полном объеме		
I - II	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	Каждые 12 мес	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	По показаниям	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	По показаниям
III - IV	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	Каждые 6 мес	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	По показаниям	Каждые 6 мес	Каждые 6 мес	По показаниям

Источник:

Клинические рекомендации «Карцинома Меркеля»

Кодирование по МКБ 10: C44

Год утверждения (частота пересмотра): 2019

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2021

ID: 297

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Ассоциация специалистов по проблемам меланомы

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ (ДАЛЕЕ БКРК) (самая частая немеланомная опухоль кожи) – злокачественная опухоль кожи, происходящая из эпителиальных клеток – базальных клеток (кератиноцитов) эпидермиса кожи и/или эпидермиса волосяных фолликулов. БКРК может иметь разнообразное морфологическое строение, однако он всегда содержит островки или гнезда базалоидных клеток с гиперхромными ядрами и скудной цитоплазмой. Синонимом БКРК является термин "базальноклеточная карцинома".

Целями наблюдения за пациентами с БКРК следует считать раннее выявление рецидива заболевания, ранее выявление 2-х опухолей (в частности, нового БКРК, а также ПКР и меланомы кожи), а также психосоциальную поддержку пациентов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам в целях снижения риска возникновения как первичной меланомы и НМК (в том числе БКРК), так и с целью профилактики возникновения новых меланом или иных злокачественных новообразований кожи	– рекомендуется избегать солнечных ожогов или действия искусственного ультрафиолета
Пациентам с ранее установленным диагнозом "базальноклеточный рак кожи"	– проводить регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов; – своевременно обращаться к врачу при выявлении каких-либо отклонений
Пациентам с I - II стадий заболевания после завершения лечения	– физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения; – проведение инструментального обследования рекомендуется только по показаниям
Пациентам с III - IV стадий заболевания после завершения лечения	– физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения; – проведение инструментального обследования рекомендуется в первые 3 года с интервалом 1 раз в 6 мес. (или чаще, если требуется по показаниям)
Пациентам с ПКР кожи века, включая спайку век	– пожизненное наблюдение у врача-офтальмолога каждые 3 месяца после лечения в течение 1 года, затем каждые 6 месяцев на протяжении последующих трех лет, далее 1 раз в год пожизненно

Рекомендуемый график обследований пациентов с установленным диагнозом БКРК в рамках диспансерного наблюдения

Стадия заболевания (или эквивалент)	Физикальный осмотр			УЗИ лимфатических узлов			Лучевая диагностика в полном объеме		
	Годы наблюдения			Годы наблюдения			Годы наблюдения		
	1 - 3	4 - 5	6 - 10	1 - 3	4 - 5	6 - 10	1 - 3	4 - 5	6 - 10
I - II	Каждые 6 мес	Каждые 12 мес	Каждые 12 мес	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям
III - IV	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	Каждые 12 мес	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	По показаниям	Каждые 6 мес	По показаниям	По показаниям

Источник:

Клинические рекомендации «Базальноклеточный рак кожи»

Кодирование по МКБ 10: C44

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 467

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Ассоциация специалистов по проблемам меланомы

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ (ДАЛЕЕ ПКРК) – злокачественная опухоль кожи, происходящая из эпителиальных клеток (кератиноцитов) эпидермиса кожи и/или эпидермиса волосяных фолликулов. Плоскоклеточный рак кожи второй по частоте встречаемости после базальноклеточного рака среди всех немеланомных опухолей кожи.

Целями наблюдения за пациентами следует считать раннее выявление рецидива заболевания, ранее выявление 2-х опухолей (в частности нового ПКРК, а также ПКРК и меланомы кожи), а также психосоциальную поддержку пациентов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам в целях снижения риска возникновения меланомы кожи, так и НМК (в том числе ПКРК), так и с целью профилактики возникновения новых меланом или иных злокачественных новообразований кожи	– рекомендуется избегать солнечных ожогов или действия искусственного ультрафиолета
Пациентам с ранее установленным диагнозом "плоскоклеточный рак кожи"	– проводить регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов; – своевременно обращаться к врачу при выявлении каких-либо отклонений
Пациентам с I - II стадий заболевания после завершения лечения	– физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения; – проведение инструментального обследования рекомендуется только по показаниям
Пациентам с 0 - I стадий заболевания и низким риском рецидива после завершения лечения	– физикальное обследование с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения; – проведение инструментального обследования рекомендуется только по показаниям
Пациентам с I - II стадий заболевания и высоким риском рецидива после завершения лечения	– физикальное обследование с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 3 месяца в течение первых 3 лет, затем каждые 6 мес. до 5 лет наблюдения, затем ежегодно 10 лет наблюдения; – проведение инструментального обследования рекомендуется только по показаниям
Пациентам с III - IV стадий заболевания после завершения лечения	– физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 3 месяца в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения; – проведение инструментального обследования рекомендуется в первые 3 года с интервалом 1 раз в 6 мес. (или чаще, если требуется по показаниям)
Пациентам с ПКРК кожи века, включая спайку века, обследование пациентов данной группы	– пожизненное наблюдение врачом-офтальмологом; – рекомендуется проводить каждые 3 месяца после завершения лечения в течение 1 года, затем каждые 6 месяцев на протяжении последующих трех лет, далее 1 раз в год пожизненно

Рекомендуемый график обследований пациентов с ПКРК в рамках диспансерного наблюдения

Стадия заболевания (или эквивалент)	Физикальный осмотр			УЗИ лимфатических узлов			Лучевая диагностика в полном объеме		
	Годы наблюдения			Годы наблюдения			Годы наблюдения		
	1 - 3	4 - 5	6 - 10	1 - 3	4 - 5	6 - 10	1 - 3	4 - 5	6 - 10
0 - I (низкий риск <1>)	Каждые 6 мес.	Каждые 12 мес.	Каждые 12 мес.	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям
I - II (высокий риск <2>)	Каждые 3 мес.	Каждые 6 мес.	Каждые 12 мес.	Каждые 3 мес.	Каждые 6 мес.	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям
III - IV	Каждые 6 мес.	Каждые 12 мес.	Каждые 12 мес.	Каждые 3 мес.	Каждые 6 мес.	По показаниям	Каждые 6 мес.	По показаниям	По показаниям

Источник:

Клинические рекомендации «Плоскоклеточный рак кожи»

Кодирование по МКБ 10: C44, D04

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 476

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Ассоциация специалистов по проблемам меланомы

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

МЕЗОТЕЛИОМА – эпителиальная злокачественная опухоль, развивающаяся из мезотелиальных клеток, выстилающих естественные полости организма и характеризующаяся поражением париетальной, висцеральной плевры, брюшины, перикарда и оболочек яичка.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после проведенного лечения согласно общим принципам проведения онкологического компонента диспансеризации	– рекомендуется проходить активное динамическое наблюдение с целью выявления ранних признаков прогрессирования заболевания/рецидива: – 1-й год – каждые 3 мес; – 2-й год – каждые 6 мес с проведением инструментальных исследований
Диагностические исследования	– клинический и биохимический анализы крови; – КТ органов грудной клетки/брюшной полости/малого таза (в зависимости от локализации первичной опухоли и метастазов); – ультразвуковое исследование регионарных лимфоузлов и органов брюшной полости, забрюшинного пространства; – электрокардиограмма + эхокардиография при поражении перикарда

Источник:

Клинические рекомендации «Мезотелиома плевры, брюшины и других локализаций»

Кодирование по МКБ 10: [C45.0](#), [C45.1](#), [C45.2](#), [C45.7](#), [C45.9](#)

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 497

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ЗАБРЮШИННЫЕ НЕОРГАННЫЕ САРКОМЫ (ЗНС) – редкие виды злокачественных опухолей, развивающиеся из разных типов соединительной ткани и располагающиеся забрюшинно. Наиболее частыми формами являются липосаркомы, лейомиосаркомы, шванномы.

Целями наблюдения следует считать раннее выявление рецидива заболевания, а также психосоциальную поддержку пациентов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с ЗНС	– КТ органов брюшной полости и малого таза каждые 3 - 6 мес. в течение 2 - 3 лет, затем каждые 6 мес. до 5 лет; – дальнейшая частота обследования определяется индивидуально
-----------------	---

Источник:

Клинические рекомендации «Забрюшинные неорганные саркомы»

Кодирование по МКБ 10: C48.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 618

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ЯИЧНИКОВ, МАТОЧНОЙ ТРУБЫ И ПЕРВИЧНЫЙ РАК БРЮШИНЫ – группа злокачественных опухолей, исходящая из эпителия соответствующих органов. Клиническое течение и методы лечения первичного рака брюшины и маточных труб практически аналогичны раку яичников, поэтому нозологии рассматриваются в данных рекомендациях вместе. Далее по тексту будет использоваться термин "рак яичников" (РЯ).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после окончания лечения	– динамическое наблюдение, подразумевающее обследование пациента каждые 12 - 16 недель в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в последующем
Пациентам, которым ранее была выполнена оптимальная циторедуктивная операция и длительность бесплатинового интервала после окончания химиотерапии составила > 6 мес	– алгоритм наблюдения за пациентами: • исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови; • осмотр врача-гинеколога; • УЗИ брюшной полости и малого таза 1 раз в 3 мес в течение первых 2 лет, 1 раз в 4 мес в течение 3-го года, далее - каждые 6 мес; • углубленное обследование (КТ или МРТ брюшной полости и малого таза; • рентгенография/КТ грудной клетки) при повышении СА-125, появлении жалоб или выявлении патологии при гинекологическом осмотре или УЗИ

Источник:

Клинические рекомендации «Рак яичников/рак маточной трубы/первичный рак брюшины»

Кодирование по МКБ 10: C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 547

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (СМТ) – это опухоли соединительной ткани. Опухоли связок, сухожилий, мышц и жировой ткани, происходящие из примитивной мезодермы. В эту группу также включены опухоли из клеток примитивной эктодермы (шваннома) и эндотелиальных клеток, выстилающих сосуды. Эта разнородная группа опухолей объединена вместе из-за схожести морфологической картины, механизмов возникновения и клинических проявлений. Саркомы висцеральных органов встречаются крайне редко, в почках, предстательной железе, легких и сердце. Отдельно рассматриваются саркомы молочной железы. В диагностике, классификации и выборе тактики лечения определяющую роль играют микроскопическая картина, степень злокачественности и, в некоторых случаях, органная принадлежность тоже. Но следует понимать, что если речь идет о лейомиосаркоме, то вероятнее всего опухоль возникла из гладкой мускулатуры, в то время как синовиальная саркома обычно не возникает из капсулы суставов.

Целями наблюдения за пациентами следует считать раннее выявление рецидива заболевания (в особенности отдаленных метастазов), раннее выявление 2-х опухолей, а также психосоциальную поддержку пациентов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с ранее установленным диагнозом СМТ	– рекомендуется проводить регулярное самообследование зоны хирургического вмешательства и периферических лимфатических узлов; – своевременно обращаться к врачу при выявлении каких-либо отклонений
Динамический контроль – осмотры и обследования пациента с СМТ	– 1-ый и 3-ий месяцы наблюдения после завершения терапии: • консультация врача-онколога; • УЗИ зоны операции, брюшной полости, забрюшинного пространства, периферических лимфатических узлов – 6-ой месяц наблюдения после завершения терапии: • консультация врача-онколога; • УЗИ зоны операции, брюшной полости, забрюшинного пространства, периферических лимфатических узлов • МРТ зоны операции; • КТ органов грудной клетки – 9-ый месяцы наблюдения после завершения терапии – как на 1-ый и 3-ий месяц; – 12-ый месяц наблюдения после завершения терапии – как на 6-ой месяц наблюдения после завершения терапии; – далее в течение 4 лет в середине года обследование как на 1-ый и 3-ий месяцы, в конце года – как на 12-ый месяц наблюдения; – далее 1 раз в год: • консультация врача-онколога; • УЗИ зоны операции, брюшной полости, забрюшинного пространства, периферических лимфатических узлов

Источник:

Клинические рекомендации «Саркомы мягких тканей»

Кодирование по МКБ 10: C49

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 515

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Автономная некоммерческая организация "Восточно-Европейская группа по изучению сарком"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ) — злокачественная опухоль, исходящая из эпителия ткани молочной железы.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с РМЖ с целью профилактики развития рака контралатеральной молочной железы и рака яичников при выявлении с помощью ПЦР клинически значимых патогенных мутаций BRCA1 и BRCA2 обсуждение рисков развития вторых опухолей и возможности выполнения профилактических и скрининговых мероприятий	— тщательный динамический контроль; — хирургическая профилактика (профилактическая мастэктомия с одномоментной реконструкцией и профилактическая тубовариэктомия. Решение вопроса о выполнении профилактической мастэктомии и тубовариэктомии осуществляется на консилиуме с участием врача медицинского генетика, врача-хирурга/пластического хирурга, врача онколога и медицинского психолога; проведение процедур хирургической профилактики наследственного РМЖ и яичников осуществляется в специализированном онкологическом учреждении, имеющего опыт проведения подобных вмешательств). При отказе пациентки от реконструкции после консультации медицинского психолога возможно проведение простой мастэктомии.
Пациентам с целью максимально раннего выявления местных рецидивов и рака контралатеральной молочной железы и их радикального лечения	— диспансерное наблюдение пациентов: • осмотр от 1 до 4 раз в год (в зависимости от конкретной клинической ситуации) в течение первых 5 лет, далее - ежегодно; • ежегодное выполнение двухсторонней (в случае органосохраняющей операции) или контралатеральной маммографии (врачами-радиологами) в сочетании с УЗИ регионарных зон и области послеоперационного рубца (врачами ультразвуковой диагностики)
Пациентам при отсутствии жалоб и симптомов, подозрительных в отношении прогрессирования болезни	— не рекомендуется, рутинное лабораторное и/или инструментальное обследование (рентгенологическое, УЗИ, радиоизотопное, в т.ч. КТ, МРТ, ПЭТ-КТ, а также определение опухолевых маркеров СА 15.3, СА 125, РЭА)
Пациентам с не удаленной маткой, получающих адъювантно тамоксифен, с целью выявления рака эндометрия	— ежегодно проводить осмотр женщин врачом-гинекологом
Пациентам, длительно получающим ингибиторы ароматазы, а также достигшим ранней менопаузы в результате противоопухолевой терапии либо при проведении овариальной супрессии для выявления нежелательных эффектов, в частности остеопороз	— ежегодное выполнение денситометрии и профилактическое назначение препаратов кальция (1200 - 1500 мг/сутки) и витамина D (400 - 800 мг/сутки), а также препаратов, влияющих на структуру и минерализацию костей (бисфосфонаты, деносумаб), по показаниям
Всем пациентам	— информировать о пользе здорового образа жизни, включающего рациональную диету, достижение и поддержание идеальной массы тела, ведение активного образа жизни

Источник:

Клинические рекомендации «Рак молочной железы»

Кодирование по МКБ 10: D05, C50

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 379

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкомаммологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ВУЛЬВЫ (РВ) – злокачественное новообразование, возникающее из покровного плоского эпителия наружных половых органов женщины.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала хирургического и/или химиолучевого лечения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после завершения
лечения по поводу
плоскоклеточного РВ

- периодичность наблюдения:
 - каждые 3 месяца в течение первых 2 лет;
 - каждые 6 мес. с 3-го по 5-й год после завершения лечения;
 - каждые 12 мес. начиная с 6-го года после завершения лечения
 - или при появлении жалоб;
 - у пациентов с высоким риском прогрессирования заболевания перерыв между обследованиями может быть сокращен
- методы обследования:
 - сбор анамнеза и физикальное обследование;
 - УЗИ органов брюшной полости, малого таза, регионарных лимфатических узлов;
 - КТ/МРТ малого таза и брюшной полости;
 - рентгенографию или КТ органов грудной клетки;
 - ПЭТ-КТ при неинформативности КТ/МРТ

Источник:

Клинические рекомендации «Рак вульвы»

Кодирование по МКБ 10: C51

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 501

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ВЛАГАЛИЩА (ЗНО) – ЗНО стенки влагалища. Плоскоклеточный рак влагалища (РВл) – ЗНО, возникающие из покровного плоского эпителия влагалища женщины.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала хирургического и/или химиолучевого лечения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с РВл после завершения лечения

- соблюдать периодичность и методы наблюдения у врача-онколога:
 - последующие консультации каждые 3 месяца в течение первых 2 лет;
 - каждые 6 месяцев до 5 лет после лечения;
 - каждый год после 5 лет или при появлении жалоб;
 - у пациентов с высоким риском прогрессирования заболевания перерыв между обследованиями может быть сокращен
- рекомендован объем обследований при каждом посещении:
 - физикальное обследование, сбор жалоб, изучение анамнеза пациентки;
 - УЗИ органов брюшной полости, малого таза, регионарных лимфатических узлов;
 - КТ/МРТ-исследование малого таза и брюшной полости проводится при недостаточной информативности УЗИ или при подозрении на рецидив заболевания;
 - КТ или рентгенография органов грудной клетки каждые 6 - 12 месяцев. При недостаточной информативности рентгенографии органов грудной клетки или при подозрении на рецидив заболевания проводится КТ/МРТ органов грудной клетки с/без внутривенного контрастирования.
 - ПЭТ/КТ проводится при недостаточной информативности проведенных обследований или при подозрении на рецидив заболевания

Источник:

Клинические рекомендации «Злокачественные новообразования влагалища»

Кодирование по МКБ 10: C52

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 344

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (РШМ) – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки шейки матки (эктоцервикса или эндоцервикса).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с РШМ

- физикальное обследование, в том числе гинекологический осмотр, каждые 3 мес. в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем – ежегодно;
- цитологическое исследование мазков со слизистой оболочки культи влагалища каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем – ежегодно. В случае подозрения на рецидив рекомендована биопсия с гистологическим исследованием;
- УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства и определение уровня SCC при плоскоклеточном раке каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем - ежегодно;
- рентгенография органов грудной клетки ежегодно;
- КТ/МРТ по показаниям

Источник:

Клинические рекомендации «Рак шейки матки»

Кодирование по МКБ 10: C53

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 537

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ТЕЛА МАТКИ (РТМ) – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки тела матки (эндометрия).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с РТМ

- физикальное обследование, в том числе гинекологический осмотр, каждые 3 мес в течение 3 лет, затем каждые 6 мес в течение еще 2 лет;
- цитологическое исследование микропрепаратов соскобов с тканей (культи) влагалища у необлученных пациенток каждые 3 мес в течение 2 лет, затем каждые 6 мес в течение еще 3 лет; 1 раз в 12 мес или при подозрении на рецидив;
- рентгенография органов грудной клетки 1 раз в год;
- УЗИ органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства каждые 3 мес в течение 2 лет, затем каждые 6 мес в течение еще 3 лет;
- у пациенток с серозным РТМ, РТМ поздних стадий, а также при исходно повышенном уровне СА-125 в сыворотке крови исследование уровня СА-125 в крови перед каждым посещением врача;
- МРТ и КТ органов малого таза по показаниям

Источник:

Клинические рекомендации «Рак тела матки и саркомы матки»

Кодирование по МКБ 10: C54

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 460

Разработчик клинической рекомендации

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПОГРАНИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (ПОЯ), ИЛИ АТИПИЧЕСКИ ПРОЛИФЕРИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ, – новообразования с атипичной пролиферацией эпителия без деструктивной стромальной инвазии. ПОЯ в большинстве случаев характеризуются благоприятным прогнозом.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с ПОЯ после окончания лечения	– динамическое наблюдение, подразумевающее визиты каждые 3 - 6 месяцев в течение первых 5 лет и каждый год в последующем
Пациенткам с ПОЯ, которым были выполнены органосохраняющие операции	– наблюдение онкогинеколога: • сбор анамнеза и жалоб; • определение уровня СА-125; • УЗИ брюшной полости и органов малого таза – 1 раз в 3 - 4 месяца в течение первых 5 лет, далее 1 раз в 6 - 8 месяцев последующие 5 лет, и далее 1 раз в 12 месяцев в течение 15 лет; • КТ, МРТ органов малого таза и брюшной полости – по показаниям. – беременность можно рекомендовать через 3 месяца после операции;
Пациенткам, которым был выполнен радикальный объем хирургического вмешательства (экстирпация матки с придатками)	– не противопоказано применение оральных контрацептивов, заместительной гормонотерапии (при условии отсутствия остаточной опухоли и наличия рецидива заболевания);
Пациенткам, при несерозном гистологическом типе ПОЯ	– вопросы гормонотерапии, возможности экстракорпорального оплодотворения следует обсуждать с онкогинекологами экспертных научных центров – наблюдение онкогинеколога: • сбор анамнеза и жалоб; • определение уровня СА-125; • УЗИ брюшной полости и органов малого таза – 1 раз в 6 месяцев в течение первых 5 лет, далее 1 раз в 8 - 12 месяцев последующие 5 лет и далее 1 раз в 12 месяцев в течение 15 лет. • КТ, МРТ органов малого таза и брюшной полости – по показаниям
	– наблюдение онкогинеколога: • сбор анамнеза и жалоб; • УЗИ брюшной полости и органов малого таза 1 раз в 6 месяцев в первые 5 лет; • далее рекомендован ежегодный профилактический осмотр

Источник:

Клинические рекомендации «Пограничные опухоли яичников»

Кодирование по МКБ 10: C56

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 346

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (НОЯ) – гетерогенная группа злокачественных опухолей яичников, исходящих не из покровного эпителия яичников.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Учитывая высокую курябельность герминогенных опухолей и длительную ожидаемую продолжительность жизни пациентов, необходима профилактика и ранняя диагностика поздних осложнений химиотерапии (сердечно-сосудистых заболеваний, метаболический синдром, гипогонадизм, инфертильность, легочная токсичность и др.) с привлечением соответствующих профильных специалистов

Пациентам с I стадией недисгерминомы с динамическим наблюдением (химиотерапия не проводилась)	– физикальный осмотр; – опухолевые маркеры – ежемесячно в первый год, каждые 2 месяца во второй год, каждые 3 месяца в третий год, каждые 4 месяца в четвертый год, каждые 6 месяцев в пятый год, далее - ежегодно; – УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и паховоподвздошных областей – каждые 2 месяца в первый год, каждые 3 месяца – во второй год, каждые 4 месяца – в третий и четвертый годы, далее ежегодно; – рентгенография органов грудной клетки выполняется каждый второй визит
Пациентам после проведенной химиотерапии, а также для герминомы I стадии	– физикальный осмотр; – опухолевые маркеры; – УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и пахово-подвздошных областей - каждые 2 - 3 месяца в первый год, каждые 3 месяца во второй год, затем каждые 4 месяца в третий и четвертый годы, раз в полгода в пятый год и далее ежегодно; – рентгенография органов грудной клетки выполняется каждый второй визит
Пациентам с опухолями стромы и полового тяжа с ранними стадиями низкого риска	– физикальный осмотр; – определение уровня опухолевых маркеров (ингибин, антимюллеров гормон, эстрадиол, тестостерон – в зависимости от гистологической формы опухоли); – УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и пахово-подвздошных областей – каждые 6 - 12 месяцев в течение 10 и более лет
Пациентам с опухолями стромы и полового тяжа с ранними стадиями высокого риска и распространенными стадиями	– физикальный осмотр; – определение уровня опухолевых маркеров (ингибин, антимюллеров гормон, эстрадиол, тестостерон – в зависимости от гистологической формы опухоли); – УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и пахово-подвздошных областей – каждые 4 - 6 месяцев 10 и более лет; – рентгенография органов грудной клетки – 1 раз в год; – КГ органов брюшной полости и/или грудной клетки с в/в контрастированием – по показаниям

Источник:

Клинические рекомендации «Неэпителиальные опухоли яичников»

Кодирование по МКБ 10: C56

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 541

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ (ДАЛЕЕ - ТБ) (синонимы: трофобластические опухоли (далее – ТО), трофобластические неоплазии (далее – ТН)) включает связанные между собой формы патологического состояния трофобласта: простой пузырный занос, инвазивный пузырный занос (далее – ИПЗ), хориокарциному, опухоль плацентарного ложа и эпителиоидную трофобластическую опухоль. ТО составляют 1% всех онкогинекологических опухолей и поражают женщин преимущественно репродуктивного возраста. ТО характеризуются высокой злокачественностью, быстрым отдаленным метастазированием и при этом высокой частотой излечения только с помощью химиотерапии даже при наличии отдаленных метастазов. После излечения сохраняется репродуктивная функция у абсолютного большинства молодых женщин.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациенткам после удаления пузырного заноса (ПЗ)	– диспансерное наблюдение врачом-онкологом: • еженедельное исследование сывороточного уровня ХГЧ до получения 3 последовательных отрицательных результатов, затем 2 раза в месяц первые 3 мес. далее - ежемесячно до 1 года, второй год – 1 раз в 2 мес. третий год – 1 раз в 3 - 4 мес. для профилактики рецидивов
При возникновении плато, или увеличении уровня ХГЧ после ПЗ, или персистенции сывороточного ХГЧ более 16 недель	– консультация врача-онколога/врача-акушера-гинеколога для определения тактики дальнейшего ведения пациентки
Пациенткам, ранее перенесшим злокачественные трофобластические опухоли (ЗТО), в дальнейшем после родов	– необходимо исследовать сывороточный ХГЧ через 2, 4 и 6 недель
Пациенткам после эвакуации ПЗ	– рекомендуется выполнять УЗИ органов малого таза через 2 недели, далее – в зависимости от динамики уровня ХГЧ для профилактики рецидивов; – рентгенографию легких через 2 недели после эвакуации ПЗ, далее - в зависимости от динамики ХГЧ для определения тактики дальнейшего ведения пациентки
Пациенткам после нормализации уровня ХГЧ и восстановления менструального цикла для предотвращения беременности	– контрацепция в течение 1 года, предпочтительнее гормональные контрацептивы для системного (перорального) применения
Пациенткам после окончания лечения для предотвращения беременности	– обязательная контрацепция для пациенток с I - III стадией – не менее 1 года, с IV стадией – не менее 2-х лет
Пациенткам, перенесших ЗТО, после окончания лечения для профилактики рецидивов	– ведение менограммы не менее 3 лет

Источник:

Клинические рекомендации «Трофобластические опухоли»

Кодирование по МКБ 10: C58

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 80

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА (ДАЛЕЕ - РПЧ) – онкологическое заболевание, связанное с развитием злокачественного новообразования в тканях полового члена.

Основной целью наблюдения является максимально раннее выявление местных рецидивов и прогрессирования РПЧ, так как это обеспечивает возможность эффективного лечения

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после первичного лечения

- наблюдаться у врача-онколога от 1 до 4 раз в год, в зависимости от конкретной клинической ситуации, в течение первых 5 лет, далее - ежегодно
- физикальное обследование;
- сбор жалоб и анамнеза;
- инструментальные диагностические исследования
- алгоритм обследования определяется лечащим врачом в зависимости от клинической ситуации

Источник:

Клинические рекомендации «Рак полового члена»

Кодирование по МКБ 10: C60

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 51

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкопатологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РПЖ) – это злокачественное новообразование, возникающее из эпителия желез предстательной железы.

Диспансерное наблюдение направлено на своевременное выявление рецидива заболевания, в связи с чем при возникновении симптомов рецидива, метастазирования заболевания проводится диагностика в объеме, необходимом для достижения целей диспансерного наблюдения.

Стратегия динамического наблюдения может быть изменена индивидуально для каждого пациента в зависимости от распространенности опухолевого процесса и клинических проявлений болезни.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с РПЖ	– Минимальный объем обследования включает: ПРИ, контроль уровня простатоспецифического антигена (ПСА), гемоглобина, креатинина, щелочной фосфатазы, а также тестостерона.
Пациентам после радикальной простатэктомии	– определение уровня ПСА каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2 и 3 года, далее ежегодно
Пациентам при отсутствии данных о наличии биохимического рецидива	– не рекомендуется рутинно использовать лучевые методы диагностики (компьютерная томография (КТ), сцинтиграфия костей скелета)
Пациентам при планировании второй линии радикального лечения	– биопсия рецидивной опухоли под контролем трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ)
Пациентам с РПЖ с отдаленными метастазами	– рекомендовано выполнять контрольное обследование каждые 3 - 6 месяцев; – минимальный объем обследования включает: ПРИ, контроль уровня ПСА, гемоглобина, креатинина, щелочной фосфатазы, а также тестостерона; – при необходимости рекомендовано выполнять КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, сцинтиграфию костей скелета, позитронную эмиссионную томографию, совмещенную с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ)

Источник:

Клинические рекомендации «Рак предстательной железы»

Кодирование по МКБ 10: C61

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 12

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ (ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК, ПКР) – группа злокачественных новообразований почки, развивающихся из эпителия проксимальных канальцев или собирательных трубочек.

Цель наблюдения за пациентами с ПКР, подвергнутыми хирургическому лечению – выявление рецидивов заболевания (местный рецидив, отдаленные метастазы) и осложнений проведенного лечения (включая поздние хирургические осложнения и прогрессирование хронической болезни почек).

Цель наблюдения за пациентами с рецидивом ПКР или неоперабельной опухолью, получающими системную противоопухолевую терапию, заключаются в оценке эффекта лечения, выявлении прогрессирования, своевременной диагностике нежелательных явлений, развившихся во время терапии.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с ПКР	– регулярное проведение комплексного обследования: • визуализация области операции и зон типичного метастазирования ПКР; • оценка почечной функции (биохимический анализ крови)
Пациентам после аблативного лечения ПКР cT1aN0M0 в целях своевременного выявления и предупреждения осложнений и обострений заболевания	– периодичность обследований: • сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование через 3, 6 и 12 мес после аблации, далее – ежегодно; • выполнение общего и биохимического анализов крови через 3, 6 и 12 мес после аблации, далее – ежегодно; • КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием (при отсутствии противопоказаний) через 3, 6 и 12 мес после аблации, далее – ежегодно; • рентгенография или КТ грудной полости ежегодно – наблюдение проводится в течение 5 лет, при наличии показаний - более длительное время. – при подозрении на рецидив обследование может проводиться чаще и включать биопсию опухоли
Пациентам после хирургического лечения ПКР I стадии в целях своевременного выявления и предупреждения осложнений и обострений заболевания	– периодичность обследований: • сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование через 3, 6 и 12 мес после РП или РН, далее – ежегодно; • выполнение общего и биохимического анализов крови через 3, 6 и 12 мес после РП или РН, далее – ежегодно; • предпочтительно выполнение КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием (при отсутствии противопоказаний) или – менее желательно – УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства через 3, 6 и 12 мес после РП или РН, далее – ежегодно; • рентгенография или КТ грудной полости ежегодно
- при саркоматоидном компоненте в первичной опухоли, степени анаплазии ПКР G3-G4 или выявлении опухолевых клеток по краю резекции	– частота исследований выше (каждые 3 мес в течение 1 года, каждые 6 мес в течение 2-го и 3-го года наблюдения, далее - ежегодно); – наблюдение проводится более длительное время – более 5 лет
- после хирургического лечения ПКР II - IV стадий в целях своевременного выявления и предупреждения осложнений и обострений заболевания	– наблюдение каждые 3 мес в течение 1 года, каждые 6 мес в течение 2-го и 3-го года наблюдения, далее – ежегодно; – наблюдение проводится в течение 5 лет и может быть пролонгировано по решению лечащего врача; – методы обследования: • опрос и физикальное обследование; • развернутый общий клинический и общетерапевтический биохимический анализы крови; • КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием при отсутствии противопоказаний (предпочтительно) или УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; • рентгенографию или КТ грудной полости; • при появлении общемозговых и/или очаговых неврологических симптомов – МРТ головного мозга с контрастированием; • при появлении боли в костях – сцинтиграфию костей всего тела

Пациентам при рецидиве или неоперабельном ПКР в целях своевременного выявления и предупреждения осложнений и обострений заболевания	(остеосцинтиграфию) – график и объем обследования определяется с учетом соматического статуса пациента, распространенности опухолевого процесса, ожидаемых сроков развития эффекта/прогрессирования, а также ожидаемых сроков развития и видов прогнозируемой токсичности; – обследование пациента: • опрос и физикальный осмотр каждые 4 нед в течение 1 цикла лечения, далее при отсутствии отклонений, требующих пристального контроля, – по решению лечащего врача, после каждых 3 - 6 циклов лечения; • выполнение рутинных лабораторных тестов, включающих общий клинический анализ крови, биохимический общетерапевтический анализ крови, общий анализ мочи до начала и в процессе лечения. Частота выполнения лабораторных тестов определяется индивидуальными требованиями, предъявляемыми к пациентам, получающим конкретные режимы терапии; • определение уровня тиреотропного гормона в крови до начала терапии ТК1 и ингибиторами PD-1, далее при отсутствии лабораторных и клинических отклонений, требующих более пристального контроля, – после каждых 3 - 6 циклов лечения; • радиологическое исследование органов грудной, брюшной полостей, забрюшинного пространства и таза до начала и в процессе лекарственной терапии. Методы выбора для визуализации данных областей – КТ или МРТ с контрастированием. Частота контрольных исследований – каждые 6 - 16 нед – определяется лечащим врачом индивидуально; • МРТ головного мозга с контрастированием пациентам с впервые возникшими в процессе терапии неврологическими симптомами и пациентам с метастазами в головной мозг, получающими лечение. Частота контрольных исследований – каждые 6 - 16 нед – определяется лечащим врачом индивидуально; • скintiграфия костей всего тела (остеосцинтиграфию) пациентам с впервые возникшими в процессе терапии симптомами костного поражения и пациентам с метастазами в кости, получающими лечение. Частота контрольных исследований – каждые 6 - 16 нед, определяется лечащим врачом индивидуально; • рентгенография, КТ или МРТ костей при сомнительных результатах скintiграфии костей скелета или наличии клинических показаний к коррекции костных осложнений для планирования лучевой терапии или хирургического вмешательства; • ЭхоКГ пациентам группы высокого риска кардиоваскулярных осложнений антиангиогенной терапии до начала лечения и каждые 12 - 24 нед в процессе лечения или при развитии/прогрессировании клинических симптомов сердечной недостаточности
--	--

Источник:

Клинические рекомендации «Рак паренхимы почки»

Кодирование по МКБ 10: C64

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 10

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

УРОТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Уротелиальный рак занимает 4-е место по распространенности злокачественных опухолей после рака предстательной железы, молочных желез, легкого и колоректального рака. Данный вид опухоли может возникать как в нижних мочевыводящих путях (мочевой пузырь или уретра), так и в верхних (чашечно-лоханочная система почки или мочеточник).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с уротелиальным раком верхних мочевыводящих путей (УРВМП) после хирургического лечения , поскольку это позволяет выявить метакхронные опухоли мочевого пузыря (во всех случаях), местный рецидив и отдаленные метастазы (в случае инвазивных опухолей)	– строгое наблюдение; – оценка состояния мочевого пузыря при каждом контрольном обследовании; – режим наблюдения включает цистоскопию и цитологическое исследование мочи в течение 5 лет
Пациентам после радикальной нефруретерэктомии (РНУ)	– мультиспиральная компьютерная томографическая урография (МСКТУ) и КТ грудной клетки рекомендуется каждые 6 мес. в течение 2 лет, а затем ежегодно
– при опухолях низкого риска	– цистоскопия через 3 мес.; – при отрицательном результате выполнить последующую цистоскопию через 9 мес., а затем ежегодно в течение 5 лет
– при опухолях высокого риска рекомендуется	– цистоскопия и цитологическое исследование мочи через 3 мес.; – при отрицательном результате повторно выполнять цистоскопию и цитологическое исследование мочи каждые 3 мес. в течение 2 лет, а затем каждые 6 мес. до 5 лет, а затем ежегодно
Пациентам с УРВМП после выполнения органосохраняющего лечения ввиду высокого риска развития рецидива	– тщательный мониторинг состояния ипсилатеральных мочевыводящих путей; – строгое динамическое наблюдение для выявления метакхронных опухолей мочевого пузыря, локальных рецидивов и отдаленных метастазов
– при опухолях низкого риска	– цистоскопия и МСКТУ через 3 и 6 мес., а затем ежегодно в течение 5 лет; – уретероскопия через 3 мес.
– при опухолях высокого риска	– цистоскопия, цитологическое исследование мочи, МСКТУ и КТ грудной клетки через 3 и 6 мес., а затем ежегодно; – уретероскопия и цитологическое исследование мочи – через 3 и 6 мес.

Источник:

Клинические рекомендации «Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей»

Кодирование по МКБ 10: C65, C66

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 526

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (РМП) – тяжелое, в ряде случаев инвалидизирующее заболевание, для которого не разработано системы активного выявления, требующее тщательной дифференциальной диагностики, имеющее большую склонность к рецидивированию и прогрессированию.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (НМИ РМП) при органосохраняющем лечении	– цистоскопия и микроскопическое исследование осадка мочи раз в 3 мес. в течение 2 лет, далее каждые 6 мес.; – УЗИ малого таза, брюшной полости (опционально); – КТ грудной и брюшной полостей 1 раз в 6 мес., через 1 год – каждые 12 мес.; – МРТ малого таза 1 раз в 12 мес.
Пациентам после радикальной цистэктомии (ЦЭ)	– УЗИ малого таза, брюшной полости (опционально); – КТ грудной и брюшной полостей 1 раз в 6 мес., через 1 год – каждые 12 мес.; – МРТ малого таза 1 раз в 12 мес. (опционально)
Пациентам с TaT1 опухолями на основании	– регулярное проведение цитологического исследования мочи; – цистоскопия через 3 мес. пациентам с опухолями TaT1. Если результат отрицательный, последующую цистоскопию рекомендуется проводить через 9 мес., а затем – ежегодно в течение 5 лет
Пациентам с РМП с высоким риском развития рецидива	– цистоскопия, микроскопическое исследование осадка мочи, исследование функции печени и почек через 3 мес. Если результат отрицательный, последующие цистоскопию и цитологию необходимо повторять каждые 3 мес. на протяжении 2 лет и далее каждые 6 мес. до 5 лет, а затем – 1 раз в год. – ежегодное (регулярное) обследование верхних мочевыводящих путей с помощью КТ с контрастированием

Источник:

Клинические рекомендации «Рак мочевого пузыря»

Кодирование по МКБ 10: C67

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 11

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК УРЕТРЫ – редкое онкологическое заболевание, связанное с развитием злокачественного новообразования в тканях стенки мочеиспускательного канала.

Основной целью наблюдения является максимально раннее выявление местных рецидивов и прогрессирования рака уретры, так как это обеспечивает возможность эффективного лечения.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с раком уретры после первичного лечения

- алгоритм обследования определяется лечащим врачом в зависимости от клинической ситуации
- физикальное обследование;
- сбор жалоб;
- инструментальные диагностические исследования от 1 до 4 раз в год (в зависимости от конкретной клинической ситуации) в течение первых 5 лет, далее – ежегодно

Источник:

Клинические рекомендации «Рак уретры»

Кодирование по МКБ 10: C68.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 450

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество онкоурологов"

- Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

УВЕАЛЬНАЯ МЕЛАНОМА (УМ) – это опухоль нейроэктодермального происхождения, развивающаяся из меланоцитов увеального тракта (хориоидеи, цилиарного тела, радужки).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Всем пациентам, работающим с производственными и промышленными канцерогенными факторами	– соблюдение мер профилактики; – регулярные профессиональные осмотры 1 раз в год
Пациентам при выявлении проминирующего образования, похожего на УМ	– к врачу-офтальмологу в офтальмологические отделения, специализирующихся на лечении онкологических заболеваний глаз и проводящих локальное лечение первичной интраокулярной меланомы
Пациентам, получившим лечение по поводу УМ для более раннего выявления рецидива или прогрессирования заболевания	– регулярное динамическое пожизненное наблюдение врачом-офтальмологом и врачом-онкологом
Пациентам после лучевой, лазерной терапии и локальной эксцизии опухоли пациентов с интраокулярной увеальной меланомой	– осматривать врачом-офтальмологом каждые 3 месяца в течение первого года, далее 1 раз в 6 месяцев в течение последующих 2 лет, далее 1 раз в год – в последующие годы при безрецидивном течении заболевания пожизненно
Пациентам при выявлении поздних осложнений после лучевого лечения (лучевая катаракта, вторичная глаукома (в том числе неоваскулярная) гемофтальма, нейроретинопатия (вплоть до атрофии зрительного нерва), постлучевые изменения склеры (некроз), субатрофия глаза)	– вопрос о лечении индивидуально решает врач-офтальмолог, специализирующийся на лечении онкологических заболеваний глаз
Пациентам при выявлении ранних осложнений после лучевого лечения (вторичная гипертензия, ограничение подвижности глаза, кровоизлияние в полость глаза, отек и гиперемия слизистой глаза и периорбитальных тканей)	– врач-офтальмолог поликлиники в ранние сроки выявляет осложнения и осуществляет их коррекцию
Пациентам с УМ и высоким риском прогрессирования	– рентгенография легких; – МРТ (при невозможности МРТ – КТ с в/в контрастом) органов брюшной полости; – осмотр у онколога для исключения метастатической болезни 1 - 2 раза в год в зависимости от рисков прогрессирования заболевания

Рекомендуемый график обследований пациентов с УМ в рамках диспансерного наблюдения

Риск рецидива/прогрессирования	Осмотр офтальмолога (+ необходимая локальная диагностика)			Осмотр онколога		МРТ брюшной полости с в/в контрастом		КТ органов грудной клетки	
Интервалы после окончания локального лечения	1 год	2 - 3 год	4 - 10 год	1 - 3 год	4 - 10 год	1 - 3 год	4 - 10 год	1 - 3 год	4 - 10 год
Низкий риск	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 12 мес. или по показаниям	1 раз в 12 мес. или по показаниям
Средний риск	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 12 мес.
Высокий или очень высокий риск	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 3 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 12 мес.	1 раз в 6 мес.	1 раз в 12 мес.

Источник:

Клинические рекомендации «Увеальная меланома»

Кодирование по МКБ 10: C69.3, C69.4, C69.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 100

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

- Ассоциация специалистов по проблемам меланомы

- Общероссийская общественная организация "Общество офтальмологов России"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Термин **ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЦНС** объединяет различные по гистологическому строению, злокачественности и клиническому течению опухоли, общим для которых является происхождение из тканей, составляющих ЦНС и ее оболочки. Под термином "глиомы" подразумевают часть первичных опухолей ЦНС, включающую опухоли астроцитарного, олигодендроглиального, смешанного происхождения, ганглиоглиомы.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с опухолями головного мозга	– регулярное выполнение МРТ головного мозга с контрастированием (в 3 проекциях в стандартных режимах – T1, T2, FLAIR, T1 + контраст). Для отдельных патологий – также и МРТ всех отделов спинного мозга; – оценка МР-данных, в соответствии с критериями эффективности лечения
Пациентам с глиомами Grade I - II МРТ	– выполнять каждые 3 - 6 мес., Grade III - IV – каждые 2 - 3 мес., при первичной лимфоме ЦНС – каждые 2 - 4 мес.
Пациентам с первичной негерминогенной герминативно-клеточной опухолью, эпендимоме, медуллобластоме, пинеобластоме	– выполняется МРТ головного мозга с контрастированием и МРТ всех отделов спинного мозга с контрастированием каждые 2 - 3 мес. в течение первых 2 лет наблюдения, затем – каждые 4 - 6 мес. в течение 3-го и 4-го годов наблюдения, затем – 1 раз в год или при выявлении неврологической симптоматики; – контроль опухолевых маркеров
Пациентам с первичной негерминогенной герминативно-клеточной опухолью ЦНС после завершения лечения	– проведение контрольного МРТ головного и спинного мозга проводить каждые 3 мес. (+ контроль опухолевых маркеров) в течение первых 2 лет наблюдения, затем – каждые 6 мес. в течение последующих 3 - 4 лет наблюдения, затем – 1 раз в год или при выявлении неврологической симптоматики
Пациентам с первичной (чистой) герминомой ЦНС после завершения лечения	– проведение контрольного МРТ головного и спинного мозга каждые 3 мес. в течение 1-го года наблюдения, затем – каждые 6 мес. в течение последующих 2 - 3 лет наблюдения, затем – 1 раз в год или при выявлении неврологической симптоматики
Пациентам с глиомой высокой степени злокачественности (Grade III - IV) после окончания курса ЛТ	– проведение контрольного МРТ со следующей периодичностью: на 4 - 6-й неделе, затем – каждые 3 мес. в течение 1-го года, далее – 1 раз в 3 - 6 мес. в течение 2 - 3 лет или при выявлении неврологической симптоматики
Пациентам с эпендимомой после завершения лечения	– проведение контрольных обследований (МРТ головного и спинного мозга с контрастированием и клиническое обследование) не реже 1 раза в 3 мес. на протяжении 1-го года наблюдения, затем при отсутствии данных о прогрессировании – не реже 1 раза в 6 мес. или при выявлении неврологической симптоматики; – в случае прогрессирования в виде солитарного очага рассматривается вопрос о повторном облучении или хирургическом лечении
Пациентам с диагнозом первичной лимфомы ЦНС после проведения противоопухолевой лекарственной в случае достижения полной ремиссии у пациентов терапии	– наблюдение врачом-онкологом или врачом-гематологом
Пациентам, в случае выполнения максимальной резекции эпендимомы	– наблюдение пациента (при отсутствии признаков метастазирования в виде наличия клеток опухоли в ликворе или спинальных метастазов по данным МРТ спинного мозга с контрастированием)
Пациентам при рецидивах лимфомы ЦНС	– решение о методе лечения принимается исходя из времени с момента первичной верификации, продолжительности ремиссии, общего состояния пациента, распространенности опухоли на момент рецидива

Источник:

Клинические рекомендации «Первичные опухоли центральной нервной системы»

Кодирование по МКБ 10: C70, C71, C72

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 578

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Ассоциация нейрохирургов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (МРЩЖ) – опухоль из секретирующих кальцитонин парафолликулярных С-клеток щитовидной железы (ЩЖ), которые происходят из нейроэктодермы, т.е. эмбриональной закладки, отличающейся от мезодермального происхождения А- и В-клеток ЩЖ.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после операции с целью исключения прогрессирования болезни	– уровень опухолевых маркеров – кальцитонина и РЭА – рекомендовано впервые исследовать через 2 - 3 мес., затем один раз в 6 - 12 месяцев
Пациентам с отсутствием послеоперационной биохимической ремиссии и уровнем кальцитонина < 150 пг/мл с целью выявления структурного рецидива	– выполнение УЗИ шеи
Пациентам при послеоперационном уровне кальцитонина > 150 пг/мл с целью выявления структурного прогрессирования заболевания	– выполнение УЗИ шеи, КТ органов грудной клетки с контрастированием, МРТ печени с контрастным усилением или ПЭТ всего тела

Источник:

Клинические рекомендации «Медуллярный рак щитовидной железы»

Кодирование по МКБ 10: C73

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 332

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Ассоциация эндокринных хирургов

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

- Российская ассоциация эндокринологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РАК КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКА (СИН.: АДРЕНОКОРТИКАЛЬНЫЙ РАК; АКР) – редкая злокачественная опухоль коры надпочечников, характеризующая, как правило, поздним сроком выявления, агрессивностью клинического течения и неблагоприятным лечебным прогнозом

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с АКР с целью раннего выявления рецидива/прогрессирования заболевания	– визуализирующие исследования органов брюшной полости, малого таза, грудной клетки;
– в течение первых 2-х лет от момента постановки диагноза после радикального хирургического лечения	– лабораторные исследования гормональной опухолевой секреции
– после 5-ти лет безрецидивного течения АКР	– обследование проводят не реже 1 раза в 2 - 3 месяца, далее – не реже 1 раза в 3 - 6 месяцев в течение последующих 3-х лет
– в случае распространенного/прогрессирующего АКР	– интервалы могут быть увеличены до 6 - 12 месяцев
Пациентам с АКР, получающим терапию митотаном	– решение об оптимальной периодичности обследования принимается индивидуально, как правило, не реже 1 раза в 2 - 3 месяца
	– регулярное определение концентрации митотана в крови;
	– регулярное обследование на предмет нежелательных явлений и своевременное их лечение

Источник:

Клинические рекомендации «Рак коры надпочечника (Адренокортикальный рак)»

Кодирование по МКБ 10: C74

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 341

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Российская ассоциация эндокринологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОПУХОЛИ НЕВЫЯВЛЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ (ОНПЛ) – заболевание, проявляющееся метастатическими опухолями, в то время как первичный очаг невозможно установить ни на основании анамнеза, ни по данным обследований

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам в первые 1 - 2 года после завершения лечения	– рекомендуется обследования пациента проводить каждые 1 - 3 месяца
- Пациентам после завершения лечения в рамках диспансерного наблюдения	– объем обследования: • анамнез и физикальное обследование; • развернутый клинический и биохимический анализ крови (по клиническим показаниям); • КТ органов грудной клетки, брюшной полости с в/в контрастированием; • МРТ органов малого таза с в/в контрастированием; • УЗИ брюшной полости, малого таза, шейно-надключичных и аксиллярных зон

Источник:

Клинические рекомендации «Опухоли невыявленной первичной локализации»

Кодирование по МКБ 10: C76 - C80

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 504

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

- Региональная общественная организация "Общество Специалистов Поддерживающей Терапии в Онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА – это гетерогенная группа интракраниальных новообразований, объединяющих различные по происхождению, гистологической структуре, клиническому течению и результатам лечения новообразования, являющихся следствием гематогенного метастазирования экстракраниальных злокачественных опухолей.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала лучевого, лекарственного или хирургического лечения интракраниальных рецидивов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после проведения лечения по поводу метастатического поражения головного мозга с целью своевременного выявления рецидива заболевания	– обследование с проведением МРТ головного мозга с контрастированием со следующей периодичностью: в первые 2 года – каждые 3 месяца, в дальнейшем – 1 раз в 6 месяцев при отсутствии признаков экстра- и интракраниальной прогрессии;
Пациентам при возникновении неврологической симптоматики	– у пациентов с высоким риском интракраниального рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен
	– в случае наблюдения в центре амбулаторной онкологической помощи (либо в первичном онкологическом кабинете, онкологическом отделении или поликлиническом отделении онкологического диспансера) необходимо проведение консультации невролога (нейрохирурга) и офтальмолога (при наличии показаний)

Источник:

Клинические рекомендации «Вторичное злокачественное новообразование головного мозга и мозговых оболочек»

Кодирование по МКБ 10: C79.3

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 534

Разработчик клинической рекомендации:

Ассоциация онкологов России

- Ассоциация нейрохирургов России

- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ЛИМФОМА ХОДЖКИНА (ЛХ) – это В-клеточное злокачественное лимфопролиферативное заболевание.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с ЛХ на протяжении всей жизни пациента – как в период лечения, так и вне лечения	– соблюдать предписания врача-гематолога по лечению; – избегать провоцирующих заболевание факторов; – изменить виды и условия труда на невредные и облегченные; – ограничить инсоляции и физиотерапевтические методы лечения; – женщинам детородного возраста в полной ремиссии заболевания придерживаться тактики планирования беременности
Пациентам, завершившим лечение по поводу ЛХ с достижением ПР	– диспансерное наблюдение у врача-онколога или врача-гематолога в течение первого года после завершения терапии каждые 3 месяца, 2-го года – каждые 6 месяцев, в дальнейшем – ежегодно, после 5 лет – каждые 2 года
Диспансерное наблюдение включает	– тщательный сбор жалоб; – клинический осмотр пациента; – рентгенологический контроль органов грудной клетки; – УЗИ брюшной полости и периферических лимфатических коллекторов
Пациентам, получающим антрациклины и блеомицин в сочетании с облучением средостения	– исследование функции сердца и легких

Источник:

Клинические рекомендации «Лимфома Ходжкина»

Кодирование по МКБ 10: C81

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 139

Разработчик клинической рекомендации:

- Национальное общество детских гематологов, онкологов

- Ассоциация онкологов России

- Российское профессиональное общество онкогематологов

- Некоммерческое партнерство содействия развитию гематологии и трансплантологии костного мозга "Национальное гематологическое общество"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ ЛИМФОМА (ФЛ) – опухоль, происходящая из В-клеток центра фолликула (герминального центра), представленная центроцитами и центробластами (крупными трансформированными лимфоидными клетками), которая в подавляющем большинстве случаев имеет, по крайней мере частично, фолликулярный тип роста.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам, завершившим лечение по поводу ФЛ с достижением ПР	– рекомендуется диспансерное наблюдение у онколога или гематолога в течение первого года после завершения терапии каждые 3 месяца, 2-го года – каждые 6 месяцев, в дальнейшем – ежегодно, после 5 лет – каждые 2 года
Диспансерное наблюдение включает	– тщательный сбор жалоб; – клинический осмотр пациента; – рентгенологический контроль органов грудной клетки; – УЗИ брюшной полости и периферических лимфатических коллекторов

Источник:

Клинические рекомендации «Фолликулярная лимфома»

Кодирование по МКБ 10: C82

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 151

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское профессиональное общество онкогематологов

- Некоммерческое партнерство содействия развитию гематологии и трансплантологии костного мозга "Национальное гематологическое общество"

- Национальное общество детских гематологов, онкологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОСТРЫЕ ЛИМФОБЛАСТНЫЕ ЛЕЙКОЗЫ (ДАЛЕЕ – ОЛЛ) / ОСТРЫЕ ЛИМФОБЛАСТНЫЕ ЛИМФОМЫ (ЛБЛ) – это гетерогенная группа злокачественных

клональных заболеваний системы крови, происходящих из клеток-предшественниц гемопоэза преимущественно лимфоидной направленности дифференцировки и характеризующиеся чаще всего исходным поражением костного мозга (далее – КМ), вытеснением нормального кроветворения и вовлечением в процесс различных органов и систем организма (центральная нервная система (далее – ЦНС), яички, лимфатическая ткань любой локализации), а также возможностью исходного поражения органов лимфатической ткани без вовлечения КМ.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам после окончания программы терапии ОЛЛ с целью раннего выявления рецидива заболевания	– общий (клинический) анализ крови (ОАК) каждый месяц в течение первых 2 лет и затем 1 раз в 2 - 3 месяца до 5 лет от начала лечения
Пациентам после окончания программы терапии ОЛЛ в течение первого года с целью динамического наблюдения	– пункции КМ 1 раз в 3 мес., далее - 1 раз в 6 мес. в течение 2-го года, далее - 1 раз в год до 5 лет наблюдения
Пациентам при выявлении любых изменений гемограммы	– исследование костного мозга

Источник:

Клинические рекомендации «Острые лимфобластные лейкозы»

Кодирование по МКБ 10: C91.0, C91.5, C91.7, C91.8, C91.9, C83.5, C83.7

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 496

Разработчик клинической рекомендации:

- Ассоциация онкологов России

- Некоммерческое партнерство содействия развитию гематологии и трансплантологии костного мозга

"Национальное гематологическое общество"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ