



## ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

### П Р И К А З

21.06.2023

№ 409

г. Орёл

Об организации маршрутизации взрослого населения по профилю "онкология" при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области"

Во исполнение приказа Минздрава России от 19.02.2021 N 116н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях" и в целях определения маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями на территории Орловской области в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Схему распределения медицинских организаций по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи взрослому населению Орловской области по профилю «Онкология» согласно приложению № 1.

1.2. Схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и осуществляющих диспансерное наблюдение пациентов с онкологическими (за исключением отдельных видов) заболеваниями на территории Орловской области и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи согласно приложения № 2.

1.3. Маршрутизация взрослого населения по профилю «онкология» при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту

здравоохранения Орловской области согласно приложению № 3.

2. Главным врачам БУЗ Орловской области "Орловский онкологический диспансер" и БУЗ Орловской области "Орловская областная клиническая больница" обеспечить:

2.1. Проведение первого и второго этапов медицинской реабилитации пациентам с онкологическими заболеваниями.

2.2. Предоставление в адрес Департамента здравоохранения Орловской области нормативно-правового документа об организации медицинской реабилитации и назначении ответственного лица.

3. Главным врачам медицинских организаций Орловской области организовать:

3.1. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "онкология" в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 года № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020 года № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», и в соответствии с Стандартами обследований и маршрутизации пациентов по профилю «Онкология» согласно приложения № 4.

3.2. Проведение медицинской реабилитации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

3.3. Оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению Орловской области с онкологическими заболеваниями в соответствии с требованиями приказа Минздрава России и Минтруда России от 31.05.2019 года № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» и приказа Департамента здравоохранения Орловской области от 10.02.2023 № 80 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению Орловской области».

4. Считать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения Орловской области от 04 апреля 2022 года № 268 «Об организации маршрутизации пациентов по профилю «онкология» при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области».

5. Приказ вступает в силу с момента его подписания.

6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя руководителя

Департамента – начальника управления здравоохранения Департамента  
здравоохранения Орловской области.

Член Правительства  
Орловской области –  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
Орловской области

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
Сертификат 00B983E2BEAEC575DC161915A9BA42245B  
Владелец **Петчин Игорь Васильевич**  
Действителен с 12.01.2023 по 06.04.2024

И. В. Петчин

Приложение № 1  
к приказу Департамента  
здравоохранения Орловской области  
от \_\_\_\_\_ 2023 г. № \_\_\_\_\_

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ВИДАМ, УСЛОВИЯМ И ФОРМАМ ОКАЗАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРОФИЛЮ  
"ОНКОЛОГИЯ"**

| Вид медицинской помощи   |                    | Условия медицинской помощи            | Структурное подразделение   | Специалист   | Форма медицинской помощи |
|--|--------------------|---------------------------------------|---|--|--------------------------|
| Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь |                    | Вне медицинской организации           |   | Медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи   | экстренная, неотложная   |
| Первичная медико-санитарная                                      | доврачебная        | амбулаторно                           | ФП, ФАП   | Фельдшер, медицинская сестра   | плановая, неотложная     |
|  | врачебная          | амбулаторно                           | Врачебные амбулатории, поликлиники  | Врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач общей практики, врачи-специалисты                                    | плановая, неотложная     |
|  | специализированная | амбулаторно                           | Центр амбулаторной онкологической помощи, первичный онкологический кабинет или поликлиническое отделение онкологического диспансера | Врач-онколог   | плановая                 |
| Специализированная, в том числе высокотехнологичная              |                    | круглосуточный стационар              | Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению по профилю "онкология"                                  | Врач-онколог, врач-радиотерапевт, врач-химиотерапевт с привлечением при необходимости врачей других специальностей | плановая                 |
| Паллиативная   |                    | амбулаторно, круглосуточный стационар | Центр амбулаторной онкологической помощи, кабинет паллиативной медицинской помощи, отделения паллиативной медицинской помощи        | Медицинский работник, прошедший обучение по паллиативной медицинской помощи  | плановая                 |

**СХЕМА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЗАКРЕПЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,  
ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ  
ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДИСПАНСЕРНОЕ  
НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОТДЕЛЬНЫХ  
ВИДОВ) ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ И УЧАСТВУЮЩИХ  
В РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ  
БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

| N<br>п/п | Административный район Орловской области   | Медицинская организация   |
|----------|--|---|
| 1        | Ливенский район<br>Краснозоренский район<br>Должанский район<br>Верховский район<br>Колпнянский район<br>Покровский район<br>Новодеревеньковский район | ЦАОП при БУЗ Орловской области<br>"Ливенская ЦРБ"                                       |
| 2        | Покровский район<br>Свердловский район<br>Малоархангельский район  | БУЗ Орловской области "Покровская<br>ЦРБ" ПОК   |
| 3        | Троснянский район<br>Кромской район<br>Дмитровский район<br>Глазуновский район   | БУЗ Орловской области<br>"Троснянская ЦРБ" ПОК  |
| 4        | Болховский район<br>Мценский район<br>Знаменский район   | БУЗ Орловской области "Болховская<br>ЦРБ" ПОК   |
| 5        | Новосильский район<br>Корсаковский район   | БУЗ Орловской области<br>"Новосильская ЦРБ" ПОК   |
| 6        | Шаблыкинский район<br>Сосковский район<br>Хотынецкий район   | БУЗ Орловской области<br>"Шаблыкинская ЦРБ" ПОК   |
| 7        | Залегощенский район  | БУЗ Орловской области<br>"Залегощенская ЦРБ" ПОК  |
| 8        | Орловский муниципальный округ<br>Урицкий район   | БУЗ Орловской области<br>"Плещеевская ЦРБ" ПОК  |
| 9        | г. Орёл<br>Орловский муниципальный округ   | ЦАОП при БУЗ Орловской области<br>"ГБ им. С.П. Боткина"                                 |
| 10       | Заводской район г. Орла  | БУЗ Орловской области<br>"Поликлиника N 3" ПОК  |
| 11       | г. Орел (МКБ-10: С81 - С96)  | БУЗ Орловской области<br>"Поликлиника N 2" (врач-гематолог)                             |
| 12       | Районы Орловской области, Орловский<br>муниципальный округ (МКБ-10: С81 - С96)   | БУЗ Орловской области "Орловская<br>областная клиническая больница"<br>(врач-гематолог) |

Маршрутизация взрослого населения по профилю «онкология» при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области

Маршрутизация пациентов по профилю «онкология» при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

**Первичная медико-санитарная помощь** включает мероприятия по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний, а также медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

**Первичная доврачебная медико-санитарная помощь** оказывается фельдшером (акушеркой), другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием и включает мероприятия по профилактике, диагностике онкологических заболеваний, а также проведение мероприятий скрининга.

**Первичная врачебная медико-санитарная помощь** оказывается врачами-терапевтами (участковыми), врачами общей практики (семейными врачами) в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики для взрослых, терапевтических кабинетах, кабинетах врача общей практики (семейного врача).

**Первичная специализированная медико-санитарная помощь** оказывается врачом-онкологом по медицинским показаниям по направлению медицинских работников в плановой форме.

При подозрении (наличии клинических, лабораторных и/или инструментальных данных, которые позволяют предположить наличие онкологического заболевания и/или не позволяют его исключить) или выявлении

у пациента онкологического заболевания (имеется морфологическое подтверждение) врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники направляют пациента для оказания первичной специализированной медицинской помощи в **центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП)**, в случае его отсутствия - в **первичный онкологический кабинет (ПОК)** медицинской организации, а в случае его отсутствия - в поликлиническое отделение онкологического диспансера (онкологической больницы).

Информация о выявленном подозрении на онкологическое заболевание направляется медицинским работником врачу-онкологу медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную медицинскую помощь.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом в ЦАОП, а при его отсутствии в ПОК или поликлиническом отделении онкологического диспансера (онкологической больницы) и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению онкологических заболеваний и медицинской реабилитации.

Врач-онколог ЦАОП, а при отсутствии указанного центра - врач-онколог ПОК или поликлинического отделения онкологического диспансера (онкологической больницы), в течение **одних суток** с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (ЗНО) организует взятие биологического материала для цитологического и (или) гистологического исследования и направление в цитологическое или патологоанатомическое бюро (отделение, лаборатория) в соответствии с правилами проведения патологоанатомических (цитологических) исследований, а также организует выполнение иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, включая определение распространенности онкологического процесса и стадию заболевания.

Срок выполнения цитологических исследований (включая и жидкостную цитологию) – 3 рабочих суток с даты поступления цитологического материала в цитологическую лабораторию.

Срок выполнения патологоанатомических исследований (включая дополнительное проведение иммуногистохимических исследований), необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования, не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патологоанатомическое бюро (отделение).

Срок выполнения молекулярно-генетических исследований, необходимых для определения генетических особенностей конкретной опухоли, не должен превышать 15 рабочих дней с даты отправки биопсийного (операционного) материала в специализированную молекулярно-генетическую лабораторию.

В случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован ЦАОП/ПОК, биопсийного/цитологического материала, или проведения иных диагностических исследований пациент направляется врачом-онкологом в онкологический диспансер (онкологическую больницу), медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь пациентам

с онкологическими заболеваниями.

В случае невозможности взятия биопсийного/цитологического материала или невозможности проведения иных диагностических исследований в онкологическом диспансере (онкологической больнице), медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, пациент направляется врачом-онкологом в медицинское онкологическое учреждение, подведомственное федеральному органу исполнительной власти (далее - федеральная медицинская организация), для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания), определения тактики лечения, а также в случае наличия медицинских показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

При онкологических заболеваниях, входящих в нижеперечисленные рубрики, а также соответствующие нижеперечисленным кодам (см. схему) международной классификации болезней - онкология (МКБ-О, 3 издания рубрики), врач-онколог онкологического диспансера (онкологической больницы) или иной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с ЗНО, для определения лечебной тактики организует проведение консультации или консилиума врачей, в том числе с применением телемедицинских технологий, в федеральных медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь больным онкологического профиля (далее - национальные медицинские исследовательские центры).

**Перечень  
заболеваний, при которых в обязательном порядке организуется проведение  
консультации или консилиума врачей, в том числе с применением телемедицинских  
технологий, в  
федеральных медицинских организациях, подведомственных  
Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих  
медицинскую помощь по профилю «онкология».**

| Код по МКБ-10 и МКБ-О | Расшифровка кода   |
|-----------------------|--|
| C37                   | Злокачественное новообразование вилочковой железы  |
| C38                   | <u>Злокачественное новообразование сердца, средостения и плевры, исключая мезотелиому плевры</u>   |
| C40                   | <u>Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей конечностей</u>                       |
| C41                   | <u>Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей других и неуточненных локализаций</u> |
| C45                   | <u>Мезотелиома</u>   |
| C46                   | <u>Саркома Капоши</u>  |
| C47                   | <u>Злокачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы</u>        |
| C48                   | <u>Злокачественное новообразование брюшинного пространства и брюшины</u>                           |
| C49                   | <u>Злокачественное новообразование других типов соединительной и мягких тканей</u>                 |
| C58                   | Злокачественное новообразование плаценты   |



|           |   |
|-----------|---|
| D39       | <u>Новообразования неопределенного или неизвестного характера женских половых органов</u>                               |
| C62       | <u>Злокачественное новообразование яичка</u>  |
| C69       | <u>Злокачественное новообразование глаза и его придаточного аппарата</u>  |
| C70       | <u>Злокачественное новообразование мозговых оболочек</u>  |
| C72       | <u>Злокачественное новообразование спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы</u>     |
| C74       | <u>Злокачественное новообразование надпочечника</u>   |
| 8936      | Гастроинтестинальная стромальная опухоль  |
| M906-M909 | <b>Герминогенные [зародышевоклеточные]</b>  |
| M9060/3   | Дисгерминома  |
| M9061/3   | Семинома БДУ (C62.)   |
| M9062/3   | Семинома анапластическая (C62.)   |
| M9063/3   | Сперматоцитная семинома (C62.)  |
| M9064/3   | Герминома   |
| M9070/3   | Эмбриональный рак БДУ   |
| M9071/3   | Опухоль эндодермального синуса  |
| M9072/3   | Полиэмбриома  |
| M9073/1   | Гонадобластома  |
| M9080/0   | Тератома доброкачественная  |
| M9080/1   | Тератома БДУ  |
| M9080/3   | Тератома злокачественная БДУ  |
| M9081/3   | Тератокарцинома   |
| M9082/3   | Злокачественная тератома недифференцированная   |
| M9083/3   | Злокачественная тератома промежуточная  |
| M9084/0   | Дермоидная киста БДУ  |
| M9084/3   | Тератома со злокачественной трансформацией  |
| M9085/3   | Смешанная герминогенная опухоль   |
| M9090/0   | Струма яичника БДУ (D27)  |
| M9090/3   | Струма яичника злокачественная (C56)  |
| M9091/1   | Струмальный карциноид (D39.1)   |
| M9060/3   | Дисгерминома  |
| 8247/3    | Рак из клеток Меркеля (C44.)  |
| 8013/3    | Крупноклеточная нейроэндокринная карцинома легкого и комбинированная крупноклеточная нейроэндокринная карцинома легкого |
| 8240/3    | Карциноид червеобразного отростка БДУ   |
| 8244/3    | Сложный карциноид   |
| 8246/3    | Нейроэндокринный рак  |
| 8249/3    | Нейроэндокринная опухоль (НЭО) NOS G2   |

В сложных клинических случаях для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания), в целях проведения оценки, интерпретации и описания результатов врач-онколог организует направление:

цифровых изображений, полученных по результатам патоморфологических исследований, в патологоанатомическое бюро (отделение) четвертой группы (референс-центр) путем информационного взаимодействия, в том числе с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой;

цифровых изображений, полученных по результатам лучевых методов исследований, в дистанционный консультативный центр лучевой диагностики, путем информационного взаимодействия, в том числе с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских

работников между собой;

биопсийного (операционного) материала для повторного проведения патоморфологических, иммуногистохимических, и молекулярно-генетических исследований: в патологоанатомическое бюро (отделение) четвертой группы (референс-центр), а также в молекулярно-генетические лаборатории для проведения молекулярно-генетических исследований.

Диагноз онкологического заболевания устанавливается врачом-онкологом, а при злокачественных новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, входящих в рубрики МКБ-10 C81 - C96, врачом-гематологом.

Тактика лечения каждого конкретного больного ЗНО устанавливается консилиумом врачей, включающим врача-онколога, врача-химиотерапевта, врача-радиотерапевта, врача-нейрохирурга (при опухолях нервной системы) медицинской организации, в составе которой имеются отделения хирургических методов лечения злокачественных новообразований, противоопухолевой лекарственной терапии, радиотерапии (далее - онкологический консилиум), в том числе онкологическим консилиумом, проведенным с применением телемедицинских технологий, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

В процессе лечения ЗНО при изменении метода лечения проведение повторного онкологического консилиума строго обязательно.

Решение онкологического консилиума оформляется протоколом на бумажном носителе, заполненном разборчиво от руки или в печатном виде и подписанном участниками консилиума, либо в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи участников консилиума.

Протокол решения онкологического консилиума вносится в медицинскую документацию пациента: и в историю болезни, и в амбулаторную карту.

Диспансерное наблюдение врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием устанавливается и осуществляется в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями на основе Приказа Минздрава России № 548н от 4 июня 2020 года «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

С целью учета данных информация о впервые выявленном случае ЗНО направляется в течение 3 рабочих дней со дня его выявления врачом медицинской организации, в которой установлен соответствующий диагноз, в онкологический диспансер или организацию субъекта Российской Федерации, исполняющую функцию регистрации пациентов с впервые выявленном ЗНО, в том числе с применением единой государственной информационной системы (ЕГИС) в сфере здравоохранения.

В случае подтверждения у пациента наличия ЗНО информация об уточненном диагнозе направляется из онкологического диспансера или организации субъекта Российской Федерации, исполняющей функции регистрации пациентов с впервые выявленном ЗНО, в медицинскую организацию, осуществляющую диспансерное наблюдение пациента.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская

помощь в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению при онкологических заболеваниях, оказывается по медицинским показаниям, предусмотренным положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Специализированная, за исключением высокотехнологичной, медицинская помощь в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, оказывается по медицинским показаниям, предусмотренным порядком направления пациентов в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, предусмотренного в приложении к положению об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также в соответствии с порядком направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.

Сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать сроков, установленных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

При наличии у пациента с онкологическим заболеванием медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

При наличии у пациента с онкологическим заболеванием медицинских показаний для проведения медицинской реабилитации врач-онколог совместно с врачом-реабилитологом организуют ее проведение в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых.

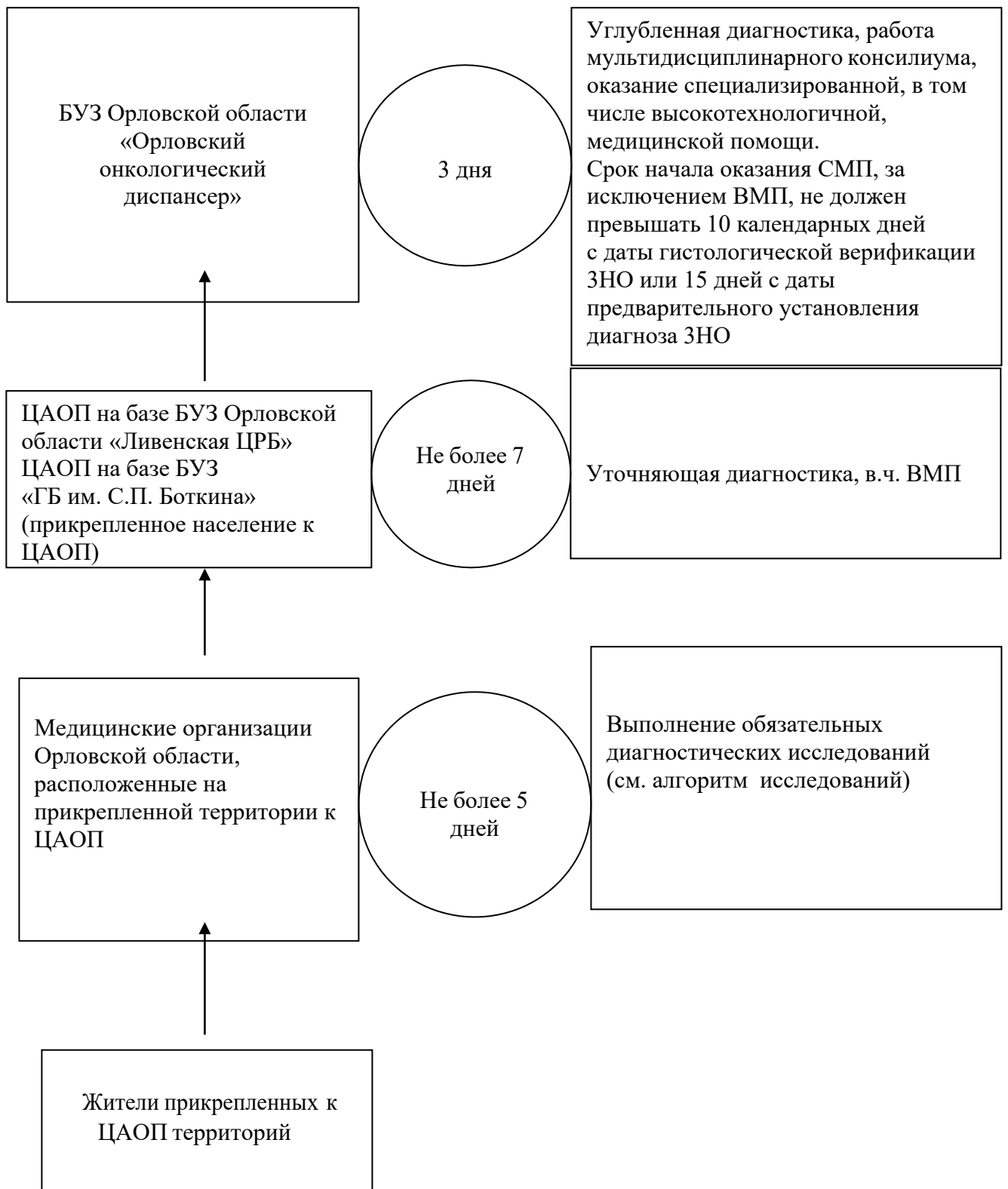
Паллиативная медицинская помощь пациенту с онкологическими заболеваниями оказывается в соответствии с положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Медицинская помощь пациентам может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой.

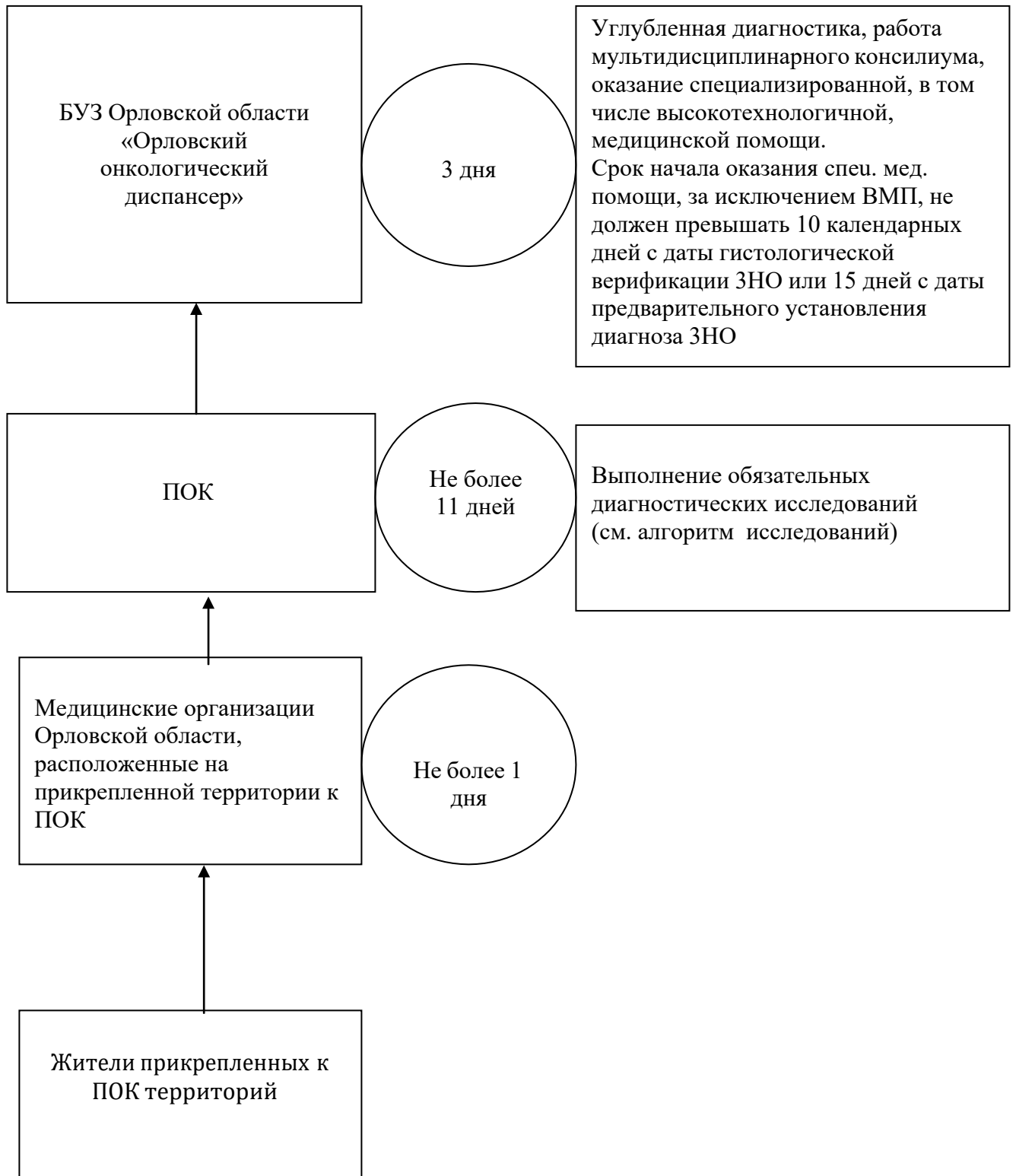
Медицинские организации вносят информацию об оказанной медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологические заболевания, а также пациентам с установленным диагнозом онкологического заболевания

в медицинскую информационную систему медицинской организации для последующей передачи сведений в государственную информационную систему в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации либо непосредственно в государственную информационную систему в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации в случае, если она выполняет функции медицинской информационной системы медицинской организации, в том числе, для последующей передачи в подсистему ведения вертикально-интегрированной медицинской информационной системы по профилю "онкология", единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения.

#### Схема маршрутизации прикрепленных к ЦАОП пациентов с подозрением на новообразование



### Схема маршрутизации прикрепленных к ПОК пациентов с подозрением на новообразование



**Перечень  
медицинских организаций, на базе которых проводятся консилиумы врачей для  
пациентов с онкологическими заболеваниями,  
Территориальное закрепление медицинских организаций для проведения консилиумов  
пациентам с онкологическими заболеваниями**

| № | Наименование медицинской организации, на базе которой проводится консилиум | Фактический адрес                      | Перечень специалистов, участвующих в консилиуме                                  | Перечень прикрепленных медицинских организаций, направляющих пациентов на консилиум   | Возможность применения телемедицинских технологий |
|---|--|--|--|---|---|
|   | БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер»                 | 302020, г. Орел. пер. Ипподромный д. 2 | врач – онколог;<br>врач – радиолог;<br>врач- химиотерапевт<br>врач – нейрохирург | БУЗ Орловской области «Поликлиника № 1» БУЗ Орловской области «Поликлиника № 3» БУЗ Орловской области «Верховская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Глазуновская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Дмитровская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Должанская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Залегощенская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Знаменская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Колпнянская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Корсаковская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Кромская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Краснозоренская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Малоархангельская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Новодеревеньковская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Нарышкинская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Плещеевская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Сосковская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Свердловская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Троснянская ЦРБ» БУЗ Орловской области «Хотынецкая ЦРБ» БУЗ Орловской области «Шаблыкинская ЦРБ» | ТМК   |

## Стандарты обследований и маршрутизация пациентов по профилю «Онкология»

### Содержание:

1. Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО головного мозга, мозговых оболочек и спинного мозга, в том числе при подозрении на вторичное поражение.
2. Злокачественные новообразования кожи. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО кожи.
3. Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО костей и суставов, в том числе при подозрении на вторичное поражение.
4. Канцероматоз плевры из невыявленного первичного очага с развитием специфического плеврита. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на вторичное ЗНО плевры с развитием специфического плеврита.
5. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на специфическое поражение периферических лимфатических узлов.
6. GIST ЖКТ. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на GIST ЖКТ.
7. Рак желудка. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО желудка.
8. ЗНО печени, желчного пузыря, внутри и внепеченочных протоков. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО печени.
9. ЗНО селезенки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО селезенки.
10. ЗНО анального канала. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО анального канала.
11. ЗНО забрюшинного пространства. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО забрюшинного пространства.
12. МТС в печень из НПО. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на МТС в печень из НПО.
13. Рак ободочной кишки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО ободочной кишки.
14. Рак поджелудочной железы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО поджелудочной железы.
15. Рак прямой кишки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО прямой кишки.
16. Рак щитовидной железы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО ЩЖ.
17. Саркомы мягких тканей. Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО мягких тканей.
18. Канцероматоз лёгкого из невыявленного первичного очага. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на вторичное ЗНО паренхимы лёгкого.

19. Подозрение на метастазы в периферические лимфоузлы. Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на специфическое поражение периферических лимфатических узлов.
20. Рак предстательной железы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО простаты.
21. Рак почки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО почки.
22. Рак надпочечников. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО надпочечников.
23. Маршрутизация для экстренных ситуаций в онкоурологии.
24. Рак мочевого пузыря. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО мочевого пузыря.
25. Рак полового члена. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО полового члена.
26. Рак лоханки, рак мочеоточника. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО лоханки, мочеоточника.
27. Рак яичка. Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО яичка.
28. Центральный рак лёгкого. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО бронхов.
29. Периферический рак лёгкого. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО паренхимы лёгкого.
30. Рак пищевода и кардио-эзофагеального перехода.
31. Рак молочной железы у женщин и рак грудной железы у мужчин. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО МЖ.
32. Рак шейки матки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на рак шейки матки.
33. Рак яичников, маточных труб, первичный рак брюшины. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на рак яичников, маточных труб и первичный рак брюшины.
34. Рак вульвы (промежности). Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО вульвы (промежности).
35. Рак тела матки. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО тела матки.
36. Специфический опухолевый асцит. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО.
37. Экстренные ситуации в онкогинекологии. Стандарты маршрутизации.
38. Злокачественные новообразования глотки,
39. Злокачественные новообразования гортани. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО гортани.
40. Злокачественные новообразования полости рта и губы.
41. Подозрение на специфическую лимфаденопатию шеи. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО с поражением лимфоузлов шеи(подозрение на метастазы опухолей головы и шеи, метастазы в л/у шеи из Н.П.О или других органов, лимфомы).
42. Злокачественные новообразования глаза, глазницы. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО глаза, глазницы.
43. Злокачественные новообразования полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух.
44. Злокачественные новообразования слюнных желез.
45. Ранние постлучевые осложнения. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ранние постлучевые осложнения.



46. Поздние постлучевые осложнения. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на поздние постлучевые осложнения.

**Стандарты обследований и маршрутизация  
пациентов при подозрении на ЗНО головного мозга, мозговых оболочек и спинного  
мозга, в том числе при подозрении на вторичное поражение.**

Первый уровень, соответствует 1 этапу диагностического поиска, зона ответственности специалистов первого контакта (неврологи, терапевты) :

Инструментальные методы исследования:

1. МРТ головного мозга (или спинного мозга) с внутривенным контрастированием.

Иные методы диагностики и консультации в зависимости от клинической ситуации: по показаниям.

При выявлении любых опухолеподобных образований в головном, спинном мозге и мозговых оболочках пациент маршрутизируется к нейрохирургу ООКБ (на предмет возможности морфологической верификации диагноза или хирургического лечения опухоли с последующим консультированием пациента в нейрохирургическом федеральном центре, в т.ч. с использованием ТМК).

Второй уровень.

При морфологическом подтверждении ЗНО головного или спинного мозга, а также мозговых оболочек, проводится онкологический консилиум с участием нейрохирурга, онколога, радиолога и химиотерапевта, на котором составляется план лечения пациента. Хирургический этап лечения пациентов с ЗНО головного, спинного мозга, мозговых оболочек проводится нейрохирургом на базе ООКБ. При невозможности хирургического лечения пациента в нейрохирургическом лечении ООКБ пациент направляется нейрохирургом в профильный нейрохирургический федеральный центр. При множественном характере поражения, или подозрение на солитарный метастаз параллельно с морфологической верификацией диагноза необходимо начать онкопоиск первичного опухолевого очага (зона ответственности районного онколога или ЦАОП):

Лабораторные методы исследования:

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови: сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевины

Общий анализ мочи

Анализ на онкомаркеры: Са-125 и НЕ-4 (для женщин), альфа-фетопротеин (АФП), хорионический гонадотропин (ХГЧ), раково-эмбриональный антиген (РЭА), СА 19.9, NSE, ПСА (для мужчин)

Инструментальные методы исследования:

ФБС; ФГДС; ФКС

МСКТ органов грудной клетки (ОГК) без контрастирования, МРТ органов брюшной полости (ОБП) и МРТ органов малого таза (ОМТ) с в/в контрастированием

УЗИ щитовидной железы

УЗИ лимфоузлов: шейных, подмышечных, паховых

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

ПЭТ-КТ всего тела с ФДГ  
Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин,  
Консультация терапевта  
Консультация других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

Для проведения послеоперационных этапов лечения (лучевого, химио-лучевого, противоопухолевого лекарственного лечения) пациент маршрутизируется в ООД.

### **Злокачественные новообразования кожи. Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО кожи.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных хирургов и онкологов.

При выявлении на коже подозрительного на ЗНО новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, кровь на ЛДГ при подозрении на меланому кожи ).

2. Инструментальные методы исследования: УЗИ регионарных очагу поражения зон лимфооттока (при подозрении на плоскоклеточную карциному кожи, меланому кожи, рак кожи Меркеля).

3. При наличии показаний: МРТ мягких тканей области поражения.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

При подозрении на базальноклеточный рак кожи дополнительные обследования до проведения морфологической верификации диагноза не требуются.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с подозрением на ЗНО кожи маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (общий онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. Соскоб (отпечаток) с поверхности опухоли кожи для цитологического исследования. Цитологическое исследование (далее ЦИ) материала проводится в специализированной цитологической лаборатории.

2. Хирургическая биопсия (инцизионная или эксцизионная) подозрительного на ЗНО поражения кожи – при необходимости.

3. Толстоигольная трепанбиопсия подозрительного на ЗНО поражения кожи – при необходимости.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу

диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевиная,ЛДГ
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
- 9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
- 11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
12. МРТ головного мозга с контрастом (при наличии меланомы кожи II и более стадии)
13. ПЭТ – КТ всего тела с ФДГ (при наличии меланомы кожи II и более стадии)

**Стандарты обследований и маршрутизация  
пациентов при подозрении на ЗНО костей и суставов, в том числе при подозрении на  
вторичное поражение.**

Первый уровень, соответствует 1 этапу диагностического поиска, зона ответственности специалистов первого контакта (неврологи, ортопеды-травматологи терапевты) :

1. Общий анализ крови
2. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевиная
3. Кровь на гепатиты : HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
4. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
5. Рентгенография органов грудной клетки
6. УЗИ мягких тканей и кортикального слоя кости в зоне очага поражения (либо УЗИ области пораженного сустава)
7. СКТ пораженной области с контрастом (либо МРТ с контрастом пораженного сустава)

Второй уровень (зона ответственности районного онколога или ЦАОП ).

При множественном характере поражения необходимо на первом этапе исключить миелоидную болезнь и провести дообследование пациента:

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
  - 2.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевиная, М-градиент
  3. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток), а в случае протеинурии определение белка Бенс Джонса в моче
  4. Рентгенография органов грудной клетки
  - 5.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
  - 6.Консультация гематолога с результатами обследований
- При исключении гемобластоза показана морфологическая верификация диагноза.

С целью решения вопроса о возможности морфологической верификации необходима консультация нейрохирурга (при поражении позвоночного столба, костей мозгового черепа), челюстно-лицевого хирурга при поражении костей лицевого черепа, торакального хирурга ООКБ (при локализации патологического очага в ребрах или грудине), консультация ортопеда-травматолога ООКБ при поражении костей скелета и суставов.

При морфологическом подтверждении диагноза для подготовки к планированию спец лечения, показан диагностический поиск 2 этапа:

- 1.Общий анализ крови
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевины
- 4.Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор
6. Общий анализ мочи
7. СКТ органов грудной клетки без внутривенного контрастирования.
8. ЭКГ с описанием
- 9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин,
10. Консультация терапевта (кардиолога) - для всех, и других врачей-специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.
- 11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
12. СКТ опухоли кости с внутривенным контрастированием.
13. ПЭТ-КТ всего тела с ФДГ

Третий уровень .

При выявлении ЗНО костей пациент маршрутизируется к онкологу ООД или в профильный федеральный центр.

На третьем этапе проводится осмотр пациента онкологическим консилиумом и планирование специального лечения.

### **Канцероматоз плевры из невыявленного первичного очага с развитием специфического плеврита.**

Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на вторичное ЗНО плевры с развитием специфического плеврита.

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных пульмонологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в висцеральной и/или париетальной плевре изменений подозрительных на канцероматоз и/или появление плеврита неясной этиологии требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска(районная поликлиника):

1. КТ-ОГК+ОБП с в/в контр (на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОБП+почек и R-ОГК в двух проекциях)
2. УЗИ л/у шейно-надключичных, подмышечных зон
3. Цифровая маммография(для женщин)
4. МРТ-ОМТ с в/в контр(на практике при невозможности своевременного выполнения МРТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОМТ)
5. Гинекологический осмотр(в кресле) для женщин на предмет исключения первичного ЗНО наружных гинекологических органов.

6. Пальцевое ректальное исследование

7. Анализ крови на онкомаркеры( $\beta$ -ХГЧ, АФП, ПСА(у мужчин), СА-125(у женщин), СА-19.9, РЭА)

8. КТ/МРТ-ГМ с в/в контр при подозрении на канцероматоз головного мозга(при наличии о/образований, отёка головного мозга — консультация нейрохирурга).

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с плевритом неясной этиологии маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера(торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса(при наличии технической возможности):

1. Проведение плевральной пункции после УЗ-разметки с забором плеврального выпота и направлением его на онкоцитологическое исследование(в случае отрицательного результата показан повторный забор т.к. ввиду невысокой чувствительности метода возможен ложноотрицательный результат).

2. ФБС(при наличии данных за субателектаз лёгкого обтурационного характера).

При отсутствии атипичных клеток ЗНО в плевральном выпоте вкупе с рецидивирующим плевритом показано проведение консультации со смежными специалистами (нефролог, кардиолог, ревматолог, гастроэнтеролог, фтизиатр) для исключения наличия специфического плеврита неопухолевой этиологии.

При выявлении атипичных клеток ЗНО в плевральном выпоте и/или исключения неопухолевой природы плеврита показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Учитывая труднодоступность патологических очагов висцеральной и париетальной плевры, относительно невысокую чувствительность онкоцитологического исследования далеко не всегда удаётся получить морфологическое подтверждение ЗНО на догоспитальном этапе. В большинстве случаев перед составлением плана лечения требуется выполнение инвазивной диагностики на базе торакального отделения ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска(обследование перед госпитализацией и онкологическим консилиумом в ООД):

-Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 ( при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),

-Группа крови+ резус фактор,

-Клинический анализ крови, общий анализ мочи,

-Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевины, креатинин,

-Коагулограмма ( МНО, АЧТВ, фибриноген),

-Ранее выполненное на I этапе КТ-ОГК+ОБП с в/в контр,

-Ранее выполненное на I этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,

-ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога,

-ЭХО-КГ(узи сердца),

-ЭКГ с описанием; Спирография,

-Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,  
-УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),

-Ранее выполненная на 1 этапе консультация гинекологом(для женщин),

-При наличии хронических(в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т. д.

- Ранее проведённая на 1 этапе консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгкого(при отсутствии морфологической верификации диагноза).

Пациентам с рецидивирующим плевритом опухолевой этиологии, не получающим специальное лекарственное противоопухолевое лечение показано выполнение плевральных пункций с паллиативной целью лечащим врачом в поликлинике по м/ж.

При наличии рецидивирующего одностороннего спец.плеврита опухолевой этиологии с нарастанием дыхательной недостаточности у сохранных больных(отсутствие декомпенсированной сопутствующей патологии, выраженной опухолевой интоксикации, признаков начальной печёночной недостаточности, мтс-поражения печени) возможно рассмотрение вопроса о проведении химического плевродеза на базе ООД.

### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на специфическое поражение периферических лимфатических узлов.**

Первый уровень, зона ответственности врачей специалистов первичного контакта.

1. общий осмотр
2. Общий анализ крови
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты : HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
6. Рентгенография органов грудной клетки
7. УЗИ периферических лимфатических узлов (шейные, надключичные, подключичные, аксиллярные и паховые)

При остром характере процесса, сопровождающемся болью, локальной или общей гипертермией, имеется больше данных за неспецифический процесс. В таком случае показано лечение по стандартам лечения острого лимфаденита. Оценка эффекта лечения через 1 месяц с контрольным обследованием. При отсутствии положительной динамики пациент маршрутизируется к районному онкологу в ПОК, ЦАОП, а при их недоступности, к онкологу ООД.

Второй уровень, соответствует 1 этапу диагностического поиска, зона ответственности районных онкологов и ЦАОП:

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗК с последующим цитологическим исследованием
2. Трепан биопсия измененного лимфоузла под УЗ контролем с последующим гистологическим исследованием и иммуногистохимическим исследованием (при выявлении ЗНО) .
3. Проведение хирургической биопсии периферического лимфоузла с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием (при выявлении ЗНО).

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО лимфоузла показано обследование по системам органов, что соответствует 2 этапу диагностического поиска:

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевины
- 4.Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток)
7. СКТ органов грудной клетки без внутривенного контрастирования
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца)
- 9.Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
10. Консультация терапевта (кардиолога) всем пациентам и других врачей-специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
- 11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Третий уровень .

При выявлении метастазов солидных опухолей в периферический лимфоузел пациент маршрутизируется к онкологу ООД.

При выявлении лимфопролиферативного заболевания пациенты, проживающие вне областного центра, маршрутизируется к гематологу ООКБ. Пациенты, проживающие в городе Орле, маршрутизируются к гематологу поликлиники №2 .

На третьем этапе проводится осмотр пациента онкологическим консилиумом и планирование специального лечения.

## **GIST ЖКТ.**

### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на GIST ЖКТ.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

Эндоскопические методы исследований всем пациентам для верификации диагноза: эзофагогастродуоденоскопию при локализации опухоли в желудке и двенадцатиперстной кишке и тотальную колоноскопию (при ГИСО ободочной кишки).

Выполнит УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза.

Магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием при локализации опухоли в малом тазу или подозрении на ГИСО прямой кишки. МРТ используется как уточняющий метод у пациентов с опухолевым поражением желудка или прямой кишки, а также для определения объема поражения печени.

При выявлении GIST ЖКТ необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма + мно)
2. Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости и малого таза + УЗИ лимфатических узлов забрюшинного пространства.
3. Фиброгастродуоденоскопия.
4. Фиброколоноскопия.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
12. Компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.
13. Фиброгастродуоденоскопия.
14. Фиброколоноскопия
15. Мутации генов C-KIT, PDGFRA.

### **Рак желудка.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО желудка.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных г/энтерологов, онкологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении подозрения на рак желудка требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования общий анализ крови, биохимический анализ крови (общетерапевтический), коагулограмма, общий анализ мочи
2. Инструментальные методы исследования: ФГДС. УЗИ органов брюшной полости, малого таза, л/узлов шеи

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.



Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (общий онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. ФГДС со взятием биопсии из 6-7 точек .
2. КТ грудной клетки, брюшной полости и органов малого таза с контрастом.
3. Толстоигольная трепанбиопсия подозрительного на метастатическое поражение лимфатического узла шеи – при необходимости.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога или КТ органов грудной клетки.
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
10. Консультация терапевта (кардиолога, эндокринолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
11. КТ органов брюшной полости и малого таза с контрастом.
12. Рентгеноскопия желудка.
13. УЗИ лимфатических узлов шеи.
14. УЗИ сердца.
15. УЗИ вен нижних конечностей.

### **ЗНО печени, желчного пузыря, внутри и внепеченочных протоков.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО печени.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При подозрении на выявлении ЗНО печени, желчного пузыря, внутри и внепеченочных протоков требуется провести дообследование у участкового терапевта с целью оценки текущей клинической ситуации и выявления опухолевой патологии билиарного тракта рекомендуется выполнить компьютерную томографию (КТ) органов

брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием с магнитно-резонансной холангиографией.

При выявлении в печени подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма + мно)

2. Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости + УЗИ лимфатических узлов забрюшинного пространства..

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с очаговым образованием печени маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия (далее ТАБ) под ультразвуковым контролем (УЗ-ТАБ) для забора материала на цитологическое исследование. Цитологическое исследование (далее ЦИ) пунктатов очаговых образований печени проводится в специализированной цитологической лаборатории.

2. Трепанбиопсия очаговых образований печени под контролем УЗИ. Рекомендовано патолого-анатомическое исследование биопсийного материала с применением иммуногистохимических методов

При выявлении морфологического подтвержденного ЗНО печени показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
12. Опухолевые маркеры: исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови;
13. Компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием с магнитно-резонансной холангиографией .
14. Фиброгастродуоденоскопия.
15. Фиброколоноскопия.
16. УЗИ сердца и вен н/конечностей.

### **ЗНО селезенки.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО селезенки.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении при УЗИ опухолевой патологии селезенки рекомендуется выполнить компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием.

При выявлении в селезенки подозрительного на рак новообразования необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма + мно)
2. Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости + УЗИ лимфатических узлов забрюшинного пространства.
3. Фиброгастродуоденоскопия.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с очаговым образованием селезенки маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
12. Опухолевые маркеры: исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови;
13. Компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием.
14. Фиброгастродуоденоскопия.
15. Фиброколоноскопия

### **ЗНО анального канала.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО анального канала.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности гастроэнтерологов, проктологов, терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При выявлении в анальном канале подозрительного новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза, физикальный осмотр пациента, включающий осмотр перианальной кожи: наличие опухолевых разрастаний, свищевых отверстий, мацераций, изъязвлений, пальпацию паховых лимфатических узлов (определение наличия увеличенных узлов, их консистенции и подвижности по отношению к подлежащим структурам и коже); гинекологический осмотр для женщин для оценки распространенности опухоли на заднюю стенку влагалища и скрининга рака шейки матки (должно выполняться цитологическое исследование мазка из цервикального канала); пальцевое исследование прямой кишки для уточнения размеров новообразования.

2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, коагулограмма).

3. Инструментальные методы обследования:

- колоноскопия или аноскопия со взятием биопсийного материала (для получения достаточного количества материала требуется выполнить забор нескольких (3–5) образцов тканей стандартными эндоскопическими щипцами), при невозможности выполнения тотальной колоноскопии рекомендуется с целью исключения синхронных опухолей провести ирригоскопию или КТ-колонографию;

- МРТ органов малого таза, при наличии противопоказаний КТ органов малого таза;

- МСКТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием для исключения метастатического поражения органов брюшной полости;

- КТ органов грудной клетки;

- МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием при подозрении на метастатическое поражение головного мозга с целью его исключения

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза при невозможности ее выполнения на I этапе пациент с новообразованием анального канала маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Лабораторные и молекулярно-генетические методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. Определение уровня РЭА в крови.

2. Проведение исследования уровня антигена плоскоклеточной карциномы (SCC) в крови для оценки прогноза и последующего мониторинга эффективности лечения.

Инструментальные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. ПЭТ/КТ всего тела с туморотропным РФП для оценки распространенности опухолевого процесса при подозрении на мтс по данным КТ или /и МРТ.

2. Проведение колоноскопии или аноскопии с биопсией с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного материала тем пациентам, кому не удалось получить морфологическое подтверждение на I этапе.

3. Цитопункция лимфатических узлов, биопсия подозрительных в отношении метастатических очагов под контролем УЗИ или КТ, если их верификация принципиально меняет тактику лечения.

4. Остеосцинтиграфия при подозрении на метастатическое поражение костей скелета.

5. Лапароскопия при подозрении на диссеминацию опухоли по брюшине, если ее выявление влияет на тактику лечения, для уточнения стадии заболевания.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО анального канала показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).

3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины.

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW.

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).

7. КТ органов грудной клетки.

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО – КГ.

12. Пациентам, страдающим раком анального канала и ВИЧ-инфекцией, с целью выбора режима химиотерапии на фоне лучевой терапии перед началом лечения выполнить исследование CD4+ лимфоцитов и получить консультацию врача-инфекциониста для решения вопроса о проведении антиретровирусной терапии.

13. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

### **ЗНО забрюшинного пространства.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО забрюшинного пространства.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При подозрении на ЗНО забрюшинного пространства необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза, физикальный осмотр пациента (в большинстве случаев ЗНО на ранних стадиях не имеют специфических симптомов и достигают больших размеров, что позволяет в некоторых случаях пальпировать образование. При подозрении на тазовую локализацию рекомендовано выполнить вагинальное и ректальное исследование).

2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови с определением содержания белка, билирубина, мочевины, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, фосфатазы, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, коагулограмма).

3. Инструментальные методы обследования:

- КТ органов брюшной полости и органов малого таза с контрастом.
- Магнитно-резонансная томография органов малого таза или брюшной полости в сложных случаях (при подозрении на вовлечение в опухолевый процесс паренхиматозных органов, мягких тканей).

- КТ органов грудной клетки.

- Выполнение ангиографии при сдавлении крупных сосудов и подозрении на инвазию в них опухолей.

- Тотальная колоноскопия, при невозможности выполнения тотальной колоноскопии рекомендуется провести ирригоскопию или КТ-колонографию.

- ЭФГДС

4. Консультация гинекологом, урологом.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Лабораторные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. Определение уровня РЭА, Ca 19.9, Ca 72.4, Ca 125 в крови.

2. В случае проведения дифференциальной диагностики и необходимости исключения метастазов герминогенных опухолей или лимфомы с поражением забрюшинных лимфатических узлов рекомендуется определить уровень лактатдегидрогеназы, альфа-фетопротеина и хорионического гонадотропина.

Биопсия ЗНО забрюшинного пространства показана при технической возможности, когда планируется предоперационная химиотерапия либо ЛТ, если эта предоперационная

терапия может изменить объем операции (в случае уменьшения размеров опухоли возможно сохранение сосудов, паренхиматозных органов), а также в случае метастатического процесса. Биопсия может выполняться под ультразвуковым контролем либо под контролем КТ. При сложной локализации следует использовать видеоэндоскопию либо прибегнуть к открытой биопсии.

Для проведения, морфологической верификации пациент с ЗНО забрюшинного пространства маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

На II этапе диагностического поиска при планировании предоперационного или самостоятельного лекарственного противоопухолевого или лучевого лечения показано:

1. Core –биопсия забрюшинного объемного образования под контролем УЗИ или КТ.

2. Цитопункция внеорганного забрюшинного образования под контролем УЗИ при невозможности core-биопсии.

При выявлении ЗНО забрюшинного пространства показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины.
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW.
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).
7. КТ органов грудной клетки.
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.
11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО – КГ.
12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

### **МТС в печень из НПО.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на МТС в печень из НПО.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При подозрении на МТС в печень из НПО провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза, физикальный осмотр пациента

2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, билирубин, креатинин, мочеви́на, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), кальций, калий, натрий), С-реактивный протеин); коагулограмма; определение АФП,  $\beta$ -ХГЧ, ЛДГ; PSA в крови.

3. Инструментальные методы обследования:

- КТ либо МРТ органов брюшной полости и МРТ органов малого таза с контрастом.
  - КТ органов грудной клетки.
  - Тотальная колоноскопия, при невозможности выполнения тотальной колоноскопии рекомендуется провести ирригоскопию или КТ-колонографию.
  - ЭФГДС.
  - УЗИ органов мошонки при повышении уровня бета-субъединицы хорионического гонадотропина ( $\beta$ -ХГЧ) или альфа-фетопротеина (АФП).
  - Маммография.
  - МРТ органов шеи.
4. Консультация гинекологом, урологом.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики соответствует II этапу диагностического поиска (морфологической верификации), зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Лабораторные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. Определение уровня РЭА, Са 19.9, Са 72.4, Са 125.
2. Цитологическое исследование асцитической жидкости при наличии последней.

Инструментальные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. ПЭТ-КТ всего тела для выявления первичной опухоли и степени распространения болезни (применение ПЭТ-КТ при множественных метастазах иногда не дает желаемого результата, так как трудно отличить первичную опухоль от метастазов).
2. Сцинтиграфия с опухоротропными РФП в режиме "все тело" с последующей рентгенографией очагов накопления радиофармацевтического лекарственного препарата (РФП).
3. Цистоскопия при подозрении на локализацию первичного очага в мочевом пузыре;

Для проведения морфологической верификации пациент с МТС в печень из НПО маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

На II этапе диагностического поиска показано проведение (при отсутствии данных о первичном опухолевом очаге) Core –биопсии объемного образования печени под УЗИ или КТ навигацией.

При морфологической верификации опухолевого поражения показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).



2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины.
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW.
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).
7. КТ органов грудной клетки.
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.
11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО –КГ.
12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых специальных лабораторных и инструментальных обследований.

### **Рак ободочной кишки.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО ободочной кишки**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При выявлении в ободочной кишке подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза + семейный анамнез и проанализировать его на соответствие критериям Amsterdam II и рекомендациям Bethesda у всех пациентов с раком ободочной кишки, физикальный осмотр пациента, включающий пальцевое ректальное исследование.

2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, коагулограмма).

3. Инструментальные методы обследования:

- колоноскопия с биопсией, при невозможности выполнения тотальной колоноскопии рекомендуется с целью исключения синхронных опухолей провести ирригоскопию или КТ-колонографию (для получения достаточного количества материала требуется выполнить забор нескольких (3–5) образцов тканей стандартными эндоскопическими щипцами);

- МСКТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием для оценки местной распространенности опухоли и исключения метастатического поражения органов брюшной полости;

- КТ органов грудной клетки; при раке ректосигмоидного отдела толстой кишки до начала лечения выполнять МРТ либо КТ малого таза с внутривенным контрастированием с целью оценки распространения опухоли.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза при невозможности ее выполнения на I этапе пациент с новообразованием ободочной кишки маршрутизируется

в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Лабораторные и молекулярно-генетические методы исследования на II этапе диагностического поиска:

- определение уровня РЭА в крови;

- выявление мутаций в генах KRAS, NRAS, BRAF и микросателлитных повторов ДНК в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР или иммуногистохимическое исследование для выявления дефицита белков системы репарации неспаренных оснований, если обнаружены отдаленные метастазы, что может повлиять на выбор таргетного агента для лечения метастатического процесса;

Инструментальные методы исследования на II этапе диагностического поиска:

1. ПЭТ/КТ всего тела с туморотропным РФП для оценки распространенности опухолевого процесса при подозрении на мтс по данным КТ или /и МРТ.

2. Проведение колоноскопии с биопсией с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного материала тем пациентам, кому не удалось получить морфологическое подтверждение на I этапе.

3. Эндоскопическое ультразвуковое исследование (УЗИ) при планировании местного иссечения раннего рака и ворсинчатых опухолей ободочной кишки (Стадирование по Kikuchi и Haggitt мальгнизированных полипов).

4. Цитопункция лимфатических узлов, биопсия подозрительных в отношении метастатических очагов под контролем УЗИ или КТ, если их верификация принципиально меняет тактику лечения

5. Остеосцинтиграфия при подозрении на метастатическое поражение костей скелета.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО ободочной кишки показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).

3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины.

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW.

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).

7. КТ органов грудной клетки.

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО –КГ.

12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

## **Рак поджелудочной железы.**

### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО поджелудочной железы.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При выявлении в поджелудочной железе подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза, физикальный осмотр пациента.
2. Лабораторные методы обследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, коагулограмма).
3. Инструментальные методы обследования:
  - УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза (предпочтительно выполнение МСКТ либо МРТ органов брюшной полости +ОМТ с контрастом при наличии возможности,
  - ЭФГДС (обязательно),
  - прицельная рентгенография ОГК (предпочтительнее МСКТ ОГК),
  - при наличие механической желтухи, требующей дренирования, выполнить ЭРХПГ.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с новообразованием поджелудочной железы маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Лабораторные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

- определение уровня РЭА, антигена аденогенных раков Са 19-9 в крови;
- определение хромагранина А в крови тем пациентам, которым необходимо дифференцировать аденокарциному и нейроэндокринный рак;
- всем пациентам с раком поджелудочной железы рекомендуется молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах BRCA1, BRCA2 и PALB2 в крови или опухолевой ткани.

Инструментальные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

- ПЭТ/КТ всего тела с туморотропным РФП для оценки распространенности опухолевого процесса при неэффективности других методов.

Проведение биопсии с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала поджелудочной железы тем пациентам, которым планируется начало лечения с консервативного этапа. Хирургическое лечение в ряде случаев возможно без морфологической верификации.

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. ЭФГДС +эндосонография панкреатобилиарной зоны с оценкой инвазии опухоли и выполнением core –биопсии.
2. Чрескожная биопсия объемного образования поджелудочной железы (при технической возможности).

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО поджелудочной железы (Bethesda V) или подозрения на ЗНО поджелудочной железы показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины.
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW.
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).
7. КТ органов грудной клетки.
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.
11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО –КГ.
12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

Для радикального оперативного лечения показано направление пациентов в федеральные онкологические центры.

### **Рак прямой кишки.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО прямой кишки.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных проктологов, гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов в районной поликлинике.

При выявлении подозрительного на рак новообразования прямой кишки требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнеза + семейный анамнез и проанализировать его на соответствие критериям Amsterdam II и рекомендациям Bethesda у всех пациентов с раком ободочной кишки, физикальный осмотр пациента (включающий пальцевое ректальное исследование).
2. Лабораторные методы исследования (ОАК, ОАМ, Б/х анализ крови, коагулограмма).
3. Инструментальные методы исследования:
  - колоноскопия с биопсией (для получения достаточного количества материала требуется выполнить забор нескольких (3–5) образцов тканей стандартными эндоскопическими щипцами), при невозможности выполнения тотальной колоноскопии

рекомендуется с целью исключения синхронных опухолей провести ирригоскопию или КТ-колонографию;

- МСКТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием для исключения метастатического поражения органов брюшной полости;

- КТ органов грудной клетки;

- при раке ректосигмоидного отдела толстой кишки до начала лечения выполнять МРТ малого таза с внутривенным контрастированием с целью оценки распространения опухоли.

- ректороманоскопия с определением локализации опухоли в прямой кишке и измерением расстояния от аноректальной линии только ригидным ректоскопом для дальнейшего определения оптимальной тактики диагностики и лечения заболевания.

С результатом данных обследований пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация) соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза при невозможности ее выполнения на I этапе пациент с новообразованием ободочной кишки маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (абдоминальный онколог ООД).

Лабораторные и молекулярно-генетические методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. Определение уровня РЭА в крови.

2. Выявление мутаций в генах KRAS, NRAS, BRAF и микросателлитных повторов ДНК в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР или иммуногистохимическое исследование для выявления дефицита белков системы репарации неспаренных оснований, если обнаружены отдаленные метастазы, что может повлиять на выбор таргетного агента для лечения метастатического процесса.

Инструментальные методы обследования на II этапе диагностического поиска:

1. ПЭТ/КТ всего тела с туморотропным РФП для оценки распространенности опухолевого процесса при подозрении на мтс по данным КТ или /и МРТ.

2. Проведение колоноскопии с биопсией с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного тем пациентам, которым не удалось получить морфологическое подтверждение на I этапе.

3. Пациентам, которым планируется местное иссечение по поводу раннего рака прямой кишки, выполнить эндоректальное ультразвуковое исследование (Стадирование по Kikuchi и Haggitt мальгнизированных полипов).

4. Цитопункция лимфатических узлов, биопсия подозрительных в отношении метастатических очагов под контролем УЗИ или КТ, если их верификация принципиально меняет тактику лечения

5. Остеосцинтиграфия при подозрении на метастатическое поражение костей скелета.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО ободочной кишки показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует I и II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины.
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW.
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации).
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).
7. КТ органов грудной клетки.
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации).
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин.
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.
11. УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭХО –КГ.
12. Результаты выполненных ранее (на I и II этапе) необходимых лабораторных и инструментальных обследований.

### **Рак щитовидной железы.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО ЩЖ.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных эндокринологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в щитовидной железе подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (кровь на ТТГ + кальцитонин +/- ат-ТПО (только при подозрении/наличие хронического аутоиммунного тиреоидита)).

2. Инструментальные методы исследования: УЗИ щитовидной железы с классификацией патологических очагов по EU-TIRADS + УЗИ лимфатических узлов шеи.

3. При наличии дисфагии: ФГДС. При наличии дисфонии : осмотр ЛОР – врача + ларингоскопия.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с узловым образованием щитовидной железы маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (общий онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности)<sup>1</sup>:

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия (далее ТАБ) под ультразвуковым контролем (УЗ-ТАБ) для забора материала на цитологическое исследование. Цитологическое исследование (далее ЦИ) пунктатов узлов щитовидной железы проводится в специализированной цитологической лаборатории. При формировании цитологических заключений необходимо использовать систему Bethesda .

---

<sup>1</sup> Согласно клиническим рекомендациям по лечению рака ЩЖ: ТАБ может выполнять врач любой специальности, владеющий методикой ее проведения (эндокринолог, эндокринный хирург, онколог, врач лучевой диагностики).

При выявлении цитологически подтвержденного ЗНО щитовидной железы (Bethesda V) или подозрения на ЗНО щитовидной железы (Bethesda IV) показано проведение специального лечения в ООД – третий уровень.

2. Хирургическая биопсия подозрительного на метастатическое поражение лимфатического узла шеи – при необходимости.

3. Толстоигольная трепанбиопсия подозрительного на метастатическое поражение лимфатического узла шеи – при необходимости.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
12. Ларингоскопия и осмотр ЛОР – врача (вне зависимости от наличия клинической симптоматики).
13. Ранее выполненные на I этапе лабораторные методы исследования (кровь на ТТГ + кальцитонин +/- ат-ТПО (только при подозрении/наличие хронического аутоиммунного тиреоидита)).
14. Ранее выполненное на I этапе УЗИ щитовидной железы с классификацией патологических очагов по EU-TIRADS
15. Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи.
16. Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии - ФГДС, при наличии дисфонии - осмотр ЛОР – врача и ларингоскопия.

### **Саркомы мягких тканей.**

#### **Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО мягких тканей.**

Первый уровень, зона ответственности врачей специалистов первичного контакта.

1. УЗИ опухоли мягких тканей пораженной области
2. МРТ с контрастом мягких тканей пораженной области
3. Консультация районного онколога или онколога ЦАОП

Второй уровень, соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных онкологов и ЦАОП:

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗ-контролем с последующим цитологическим исследованием

2. Трепан биопсия опухоли под УЗ контролем с последующим гистологическим исследованием и иммуногистохимическим исследованием (при выявлении ЗНО)

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО мягких тканей показано обследование по системам и органам, что соответствует 2 этапу диагностического поиска:

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевины

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток)

7. СКТ органов грудной клетки без внутривенного контрастирования

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца)

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10. Консультация терапевта (кардиолога) всем пациентам и других врачей-специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

10. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

11. Результат проведенного на первом этапе МРТ опухоли мягких тканей с внутривенным контрастированием

Третий уровень (Общий онколог ООД):

Осмотр онкологическим консилиумом в ООД. Планирование и проведение специального лечения.

### **Канцероматоз лёгкого из невыявленного первичного очага.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на вторичное ЗНО паренхимы лёгкого.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных пульмонологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в паренхиме лёгкого(-их) изменений подозрительных на канцероматоз требуется морфологическая верификация диагноза. Ввиду крайне плохой доступности периферических участков паренхимы лёгкого для биопсии, необходимо выявить наиболее подходящий очаг для забора материала (в идеале — биопсия из первичной опухоли, допустимо - метастаз в поверхностно расположенном органе, мягких тканях или полых органах доступных для эндоскопической биопсии). Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. КТ-ОГК+ОБП с в/в контр(на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОБП+почек и R-ОГК в двух проекциях)

2. УЗИ л/у шейно-надключичных, подмышечных зон

3. Цифровая маммография(для женщин)

4. МРТ-ОМТ с в/в контр(на практике при невозможности своевременного выполнения МРТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОМТ)

5. Консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгких

6. Консультация пульмонолога на предмет исключения саркоидоза лёгких



7. Осмотр уролога( в т.ч. пальпация яичек у мужчин)
8. Гинекологический осмотр(в кресле) для женщин на предмет исключения первичного ЗНО наружных гинекологических органов.
9. ЛОР-обследование
10. Пальцевое ректальное исследование
11. Анализ крови на онкомаркеры( $\beta$ -ХГЧ, АФП, ПСА(у мужчин), СА-125(у женщин), СА-19.9, РЭА)
12. УЗИ мошонки( при высоком уровне  $\beta$ -ХГЧ, АФП)
13. КТ/МРТ-ГМ с в/в контр при подозрении на канцероматоз головного мозга(при наличии о/образований, отёка головного мозга — консультация нейрохирурга).

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с многоочаговым поражением паренхимы лёгкого(-их) маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса(при наличии технической возможности):

1. ФБС с забором биопсийного материала для онкоцитологического исследования из бронха, вентилирующего патологически изменённый сегмент лёгкого(исследование проводится после КТ-ОГК).

2. ЭГДС с забором биопсийного материала для гистологического исследования из изменённых участков слизистой верхних отделов ЖКТ.

3. ВКС с забором биопсийного материала для гистологического исследования из изменённых участков слизистой толстой кишки.

4. Биопсия подозрительных новообразований кожи и мягких тканей (предпочтительна трепан-биопсия выявленных очагов с направлением на гистологическое и иммуногистохимическое исследование).

5. Биопсия патологически изменённых периферических л/у(при наличии увеличенных патологически изменённых л/у по данным УЗИ (>9мм по к/о) тонкоигольная биопсия с направлением на онкоцитологию).

6. Плевральная пункция (при наличии плеврального выпота) с направлением на онкоцитологическое исследование.

7. Лапароцентез (при наличии свободной асцитической жидкости) с направлением на онкоцитологическое исследование.

8. Цитологическое исследование мочи (при наличии асцита или забрюшинной опухоли)

При морфологическом подтверждении распространённого ЗНО с канцероматозом лёгкого(-их) или подозрения на вторичное ЗНО паренхимы лёгкого(-их) показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Учитывая труднодоступность периферических очагов паренхимы лёгкого далеко не всегда удаётся получить морфологическое подтверждение ЗНО на догоспитальном этапе. В большинстве случаев перед составлением плана лечения требуется выполнение инвазивной диагностики на базе торакального отделения ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II

этапу диагностического поиска(обследование перед госпитализацией и онкологическим консилиумом в ООД):

- Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 ( при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),
- Группа крови+ резус фактор,
- Клинический анализ крови, общий анализ мочи,
- Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевины, креатинин,
- Коагулограмма ( МНО, АЧТВ, фибриноген),
- Ранее выполненное на 1 этапе КТ-ОГК+ОБП с в/в контр,
- Ранее выполненное на 1 этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,
- Ранее выполненное на 1 этапе ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога,
- ЭХО-КГ(узи сердца),
- ЭКГ с описанием; Спирография,
- Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,
- УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),
- Ранее выполненная на 1 этапе консультация гинекологом(для женщин),
- При наличии хронических(в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т. д.
- Ранее проведённая на 1 этапе консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгкого(при отсутствии морфологической верификации диагноза).

### **Подозрение на метастазы в периферические лимфоузлы.**

#### **Стандарты обследований и маршрутизация пациентов при подозрении на специфическое поражение периферических лимфатических узлов.**

Первый уровень, зона ответственности врачей специалистов первичного контакта (терапевты, хирурги)

1. общий осмотр
2. УЗИ периферических лимфоузлов (шейные, надключичные, подключичные, аксиллярные и паховые)

При остром характере процесса сопровождающиеся болью, локальной или общей гипертермией – больше данных за неспецифический процесс. Показано лечение по стандартам острого лимфаденита контроль узи через 1 месяц.

Второй уровень, соответствует 1 этапу диагностического поиска, зона ответственности районных онкологов, ЦАОП.

Для уточнения характера поражения периферического лимфоузла требуется морфологическая верификация.

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности):

1. Тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗК, для забора материала на цитологическое исследование.
2. Тотальная хирургическая биопсия л/у с последующим гистологическим исследованием.

При подозрении на лимфопролиферативное заболевание, обязательна консультация гематолога.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО - обследование по соответствующим стандартам в зависимости от результатов морфологии и локализации пораженных лимфатических узлов, соответствует 2 этапу диагностического поиска:

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток)
  3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щел. фосфатаза, креатинин, мочевины
  4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
  5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели)
  6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток)
  7. СКТ ОГК без в в контрастирования.
  8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца)
  9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин, терапевта (кардиолога) - для всех, и других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии.
- Третий уровень (Общий онколог ООД):  
 Требуется проведение ИГХ ткани лимфоузла в ООД.  
 Осмотр онкологическим консилиумом в ООД. Планирование и проведение специального лечения.

### **Рак предстательной железы.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО простаты.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных терапевтов в районной поликлинике.

Спиннинг для мужчин старше 50 лет. - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (кровь на ПСА + свободная фракция).
2. Инструментальные методы исследования: ТРУЗИ простаты + мочевого пузыря, остаточная моча

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-хирургов, урологов, онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онкоуролога ООД.

При выявлении ПСА более 4 нг/мл, и соотношение фракций менее 20 %, выявление подозрений на рак простаты по данным ТРУЗИ - проведение МРТ органов малого таза и морфологическая верификация опухолевого процесса. Для морфологической верификации диагноза пациента с подозрением на рак предстательной железы маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог-уролог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

Мультифокальная трансректальная биопсия простаты под УЗ – наведением.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
- 9.УЗИ сердца + УЗИ сосудов нижних конечностей
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
- 11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

### **Рак почки.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО почки.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в почке подозрительного на рак новообразования требуется выполнение дообследования

- 1.Лабораторные методы исследования ( бак : креатинин , мочевины , оак , оам )
2. УЗИ органов брюшной полости + забрюшинного пространства + УЗИ мочевого пузыря

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-хирургов, урологов, онкологов ПОК, ЦАОП,

1. Лабораторные методы исследования ( бак : креатинин , мочевины , оак , оам )
2. МСКТ обп + забрюшинное пространство (+ запись на dvd диск)

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

- 7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
- 9.УЗИ сердца + нижних конечностей
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

### **Рак надпочечников.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО надпочечников.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в рака надпочечников подозрительного на рак новообразования по данным требуется выполнение дообследования:

- 1.Лабораторные методы исследования ( бак : креатинин , мочевины , оак , оам )
2. УЗИ обп + забрюшинного пространства + УЗИ мочевого пузыря

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-хирургов, урологов, онкологов ПОК, ЦАОП,

- 1.Лабораторные методы исследования ( кортизол альдостерон ренин метанефрин метанефрин )
2. МСКТ обп + забрюшинное пространство + отсроченная фаза (+ запись на dvd диск)
3. Консультация эндокринологом

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 7.Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
- 9.УЗИ сердца + нижних конечностей
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

## **Маршрутизация для экстренных ситуаций в онкоурологии.**

Экстренная и неотложная помощь пациентам с урологическими осложнениями: уретрогидронефроз, острая задержка мочи, макрогематурия, круглосуточно выполняется в больнице скорой медицинской помощи им. Н.А. Семашко.

### **Рак мочевого пузыря.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО мочевого пузыря.**

I уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) — 1 этап диагностического поиска — уровень районных урологов, хирургов

1) Лабораторные методы исследования — общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, калий, креатинин, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза). При возможности — анализ мочи на атипические клетки.

2) Инструментальные методы диагностики — УЗИ почек, мочевого пузыря у женщин, УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы у мужчин с определением уровня остаточной мочи. При наличии ретенционных изменений верхних мочевых путей (пиелозктазия, гидронефроз) — выполнение обзорной + внутривенной экскреторной урографии на 7.15.30 минутах для исключения/подтверждения блока почек.

При размерах опухоли мочевого пузыря более 2.0 см в наибольшем измерении, выявлении увеличенных лимфатических узлов таза — выполнение МРТ органов малого таза с в/венным контрастированием для оценки глубины инвазии опухоли в мышечный слой мочевого пузыря (определение категории T).

При выявлении увеличенных забрюшинных лимфатических узлов — выполнение СКТ / МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием.

При наличии цистоскопа и навыках уролога первичного звена в цистоскопии — выполнение цистоскопии с забором материала на цитологическое / гистологическое исследование

В случае развития макрогематурии со сгустками, вторичной анемии, гемотампонады мочевого пузыря, лихорадки свыше 38.5 Gr, резких болях в поясничной области — срочная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ или доставка пациента в экстренный приемный покой ОКБ города Орла (житель села) или БСМП им Семашко (житель города)

II уровень диагностики (морфологическая верификация опухоли) — 2 этап диагностического поиска — уровень врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при их отсутствии / недоступности — врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Морфологическая верификация опухоли мочевого пузыря осуществляется:

1) цистоскопией с забором материала на цитологическое / гистологическое исследование

2) взятием мочи на атипические клетки

3) взятием аспирата из полости мочевого пузыря на цитологическое исследование при выявлении цитологически / морфологически подтвержденного ЗНО мочевого пузыря пациент направляется к врачу-онкологу-урологу БУЗ ООД для стадирования диагноза, проведения онкологического консилиума и составления плана лечения

III уровень диагностики (стадирование диагноза, проведение онкологического консилиума и составление плана лечения) — соответствует 2 этапу диагностического поиска — уровень врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Для решения вопроса о специализированном лечении требуется обсуждение пациента на онкологическом консилиуме в БУЗ ООД.

Для этого необходимо выполнить необходимое дообследование в поликлинике по месту жительства, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией в БУЗ ООД и перед онкологическим консилиумом ООД).

## **Рак полового члена.**

### **Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО полового члена.**

I уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) — 1 этап диагностического поиска — уровень районных урологов, хирургов

1) Лабораторные методы исследования — общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, калий, креатинин, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза).

2) Инструментальные методы диагностики — УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов, УЗИ паховых, бедренных, подвздошных лимфатических узлов с 2 сторон. При наличии ретенционных изменений верхних мочевых путей (пиелозктазия, гидронефроз) — выполнение обзорной + внутривенной экскреторной урографии на 7.15.30 минутах для исключения/подтверждения блока почек.

При больших размерах опухоли, выявлении увеличенных паховых лимфатических узлов — выполнение МРТ органов малого таза с в/венным контрастированием и МРТ органов мошонки с в/венным контрастированием для оценки глубины инвазии опухоли и характера поражения лимфоузлов (определение категории T и N)

При выявлении увеличенных забрюшинных лимфатических узлов — выполнение СКТ / МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием.

При наличии возможности — выполнение инцизионной биопсии опухоли полового члена или взятие соскоба с опухоли на атипические клетки, пункция паховых лимфоузлов с забором материала на цитологическое исследование.

В случае развития / наличия кровотечения из распадающейся опухоли полового члена / распадающихся МТС в паховые лимфоузлы — срочная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ или доставка пациента в экстренный приемный покой ОКБ города Орла (житель села) или БСМП им Семашко (житель города)

II уровень диагностики (морфологическая верификация опухоли) — 2 этап диагностического поиска — уровень врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при их отсутствии / недоступности — врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Морфологическая верификация опухоли полового члена осуществляется:

1) выполнение инцизионной биопсии опухоли полового члена

2) взятие соскоба с опухоли на атипические клетки

3) пункция паховых лимфоузлов с забором материала на цитологическое исследование.

при выявлении цитологически / морфологически подтвержденного ЗНО полового члена пациент направляется к врачу-онкологу-урологу БУЗ ООД для стадирования диагноза, проведения онкологического консилиума и составления плана лечения

III уровень диагностики (стадирование диагноза, проведение онкологического консилиума и составление плана лечения) — соответствует 2 этапу диагностического поиска — уровень врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Для решения вопроса о специализированном лечении требуется обсуждение пациента на онкологическом консилиуме в БУЗ ООД.

Для этого необходимо выполнить необходимое дообследование в поликлинике по месту жительства, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией в БУЗ ООД и перед онкологическим консилиумом ООД).

## **Рак лоханки, рак мочеточника.**

## **Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО лоханки, мочеточника.**

I уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) — 1 этап диагностического поиска — уровень районных урологов, хирургов

1) Лабораторные методы исследования — общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, калий, креатинин, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза). При возможности — анализ мочи на атипические клетки.

2) Инструментальные методы диагностики — УЗИ почек, мочевого пузыря у женщин, УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы у мужчин с определением уровня остаточной мочи. При наличии ретенционных изменений верхних мочевых путей (пиелюктазия, гидронефроз) — выполнение обзорной + внутривенной экскреторной урографии на 7.15.30 минут для исключения/подтверждения блока почек.

Выполнение МРТ органов малого таза и МРТ / СКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием для оценки размеров опухоли и ее распространенности (определение категории T, N, M).

При выявлении увеличенных забрюшинных лимфатических узлов — выполнение СКТ / МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием.

При наличии цистоскопа, наличии объемных образований в полости мочевого пузыря и навыках уролога первичного звена в цистоскопии — выполнение цистоскопии с забором материала на цитологическое / гистологическое исследование

В случае развития макрогематурии со сгустками, вторичной анемии, гемотампонады мочевого пузыря, лихорадки свыше 38.5 Гр, резких болях в поясничной области — срочная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ или доставка пациента в экстренный приемный покой ОКБ города Орла (житель села) или БСМП им Семашко (житель города)

В случае наличия уретерогидронефроза и повышенных уровней мочевины, креатинина, калия — срочное направление в экстренный приемный покой ОКБ города Орла (житель села) или БСМП им Семашко (житель города) для постановки чрескожной пункционной нефростомы.

II уровень диагностики (морфологическая верификация опухоли) — 2 этап диагностического поиска — уровень врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при их отсутствии / недоступности — врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Морфологическая верификация опухоли лоханки и мочеточника осуществляется:

1) цистоскопией с забором материала на цитологическое / гистологическое исследование

2) взятием мочи на атипические клетки

3) взятием аспирата из полости мочевого пузыря на цитологическое исследование

4) уретеропиелоскопией с забором материала на цитологическое / гистологическое исследование — в БУЗ ООД нет технической возможности, пациенты направляются в приемный покой ОКБ города Орла (житель села) или БСМП им Семашко (житель города) при выявлении цитологически / морфологически подтвержденного ЗНО лоханки или мочеточника пациент направляется к врачу-онкологу-урологу БУЗ ООД для стадирования диагноза, проведения онкологического консилиума и составления плана лечения

III уровень диагностики (стадирование диагноза, проведение онкологического консилиума и составление плана лечения) — соответствует 2 этапу диагностического поиска — уровень врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Для решения вопроса о специализированном лечении требуется обсуждение пациента на онкологическом консилиуме в БУЗ ООД.

Для этого необходимо выполнить необходимое дообследование в поликлинике по месту жительства, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование



перед госпитализацией в БУЗ ООД и перед онкологическим консилиумом ООД).

### **Рак яичка.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизации пациента при подозрении на ЗНО яичка.**

I уровень диагностики (первичная диагностика опухоли) — 1 этап диагностического поиска — уровень районных урологов, хирургов

1) Лабораторные методы исследования — общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, калий, креатинин, билирубин общий, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза). При возможности — взятие крови на онкомаркеры яичка — альфа-фетопротеин (АФП), бета-субъединица хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

2) Инструментальные методы диагностики — УЗИ органов мошонки с цифровым доплеровским картированием, УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы у мужчин с определением уровня остаточной мочи, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов, рентген органов грудной клетки

3) Выполнение МРТ органов мошонки с внутривенным контрастированием и МРТ / СКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/венным контрастированием, СКТ органов грудной клетки для оценки размеров опухоли и ее распространенности (определение категории T, N, M).

При выявлении уровня ХГЧ более 50000 МЕ/мл или АФП более 1000 МЕ/л — выполнение СКТ / МРТ головного мозга с в/венным контрастированием.

При наличии навыков уролога / хирурга первичного звена, при наличии пальпируемого образования в яичке — выполнение пункции опухоли яичка с забором материала на цитологическое исследование

При наличии клиники острого орхоэпидидимита - срочная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ или доставка пациента в экстренный приемный покой ОКБ города Орла (житель села) или БСМП им Семашко (житель города)

II уровень диагностики (морфологическая верификация опухоли) — 2 этап диагностического поиска — уровень врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при их отсутствии / недоступности — врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Морфологическая верификация опухоли яичка осуществляется:

1) пункцией образования яичка с забором материала на цитологическое исследование

2) пункцией образования яичка с забором материала на цитологическое исследование под контролем УЗИ при непальпируемой опухоли яичка

3) орхэктомией / орхфуникулэктомией с забором материала на плановое гистологическое исследование

при выявлении цитологически / морфологически подтвержденного ЗНО яичка пациент направляется к врачу-онкологу-урологу БУЗ ООД для стадирования диагноза, проведения онкологического консилиума и составления плана лечения

III уровень диагностики (стадирование диагноза, проведение онкологического консилиума и составление плана лечения) — соответствует 2 этапу диагностического поиска — уровень врача-онколога поликлиники БУЗ ООД

Для решения вопроса о специализированном лечении требуется обсуждение пациента на онкологическом консилиуме в БУЗ ООД.

Для этого необходимо выполнить необходимое дообследование в поликлинике по месту жительства, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией в БУЗ ООД и перед онкологическим консилиумом ООД).

### **Центральный рак лёгкого.**

## **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО бронхов.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных пульмонологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в корне лёгкого подозрительного на рак объёмного образования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска(районная поликлиника):

1. КТ-ОГК с в/в контр(на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на R-ОГК в двух проекциях)

2. УЗИ л/у шейно-надключичных зон

3. УЗИ-ОБП+почек+забрюшинных л/у

4. При осиплости голоса консультация ЛОР-врача

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с объёмным образованием корня лёгкого маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера(торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса(при наличии технической возможности):

1. ФБС с забором биопсийного материала экзофитного образования или изменённой стенки бронха для гистологического и цитологического исследований,

2. Тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенных патологически изменённых л/у шейно-надключичных зон(>9мм по к/о) с направлением на онкоцитологическое исследование.

При выявлении цитологически или гистологически подтверждённого ЗНО бронха или метастазов в л/у шейно-надключичной области или подозрения на ЗНО бронха показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска(обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

-Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 ( при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),

-Группа крови+ резус фактор,

-Клинический анализ крови, общий анализ мочи,

-Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевины, креатинин,

-Коагулограмма ( МНО, АЧТВ, фибриноген),

-Ранее выполненное на I этапе УЗИ Органов брюшной полости+почек+забрюшинных л.у,

-Ранее выполненное на I этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,

- При наличии пареза голосовой складки при ранее выполненном ФБС и/или осиплости голоса — консультация ЛОР-врача,
- Ранее выполненное на 1 этапе КТ-ОГК с в/в контр,
- КТ/МРТ ГМ с в/в контр (при наличии о/образований, отёка головного мозга — консультация нейрохирурга),
- ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога),
- ЭХО КГ(узи сердца),
- ЭКГ с описанием; Спирография,
- Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,
- УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),
- Консультация гинекологом(для женщин),
- При наличии хронических(в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т.д.

### **Периферический рак лёгкого.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО паренхимы лёгкого.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных пульмонологов и терапевтов в районной поликлинике.

До верификации диагноза (периферическое о/образование лёгкого):

При выявлении в паренхиме лёгкого подозрительного на рак объёмного образования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска(районная поликлиника):

1. КТ-ОГК с в/в контр(на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на R-ОГК в двух проекциях)
2. УЗИ л/у шейно-надключичных зон
3. УЗИ-ОБП+почек+забрюшинных л/у
4. Консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгкого

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с объёмным образованием паренхимы лёгкого маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера(торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса(при наличии технической возможности):

1. ФБС с забором материала на онкоцитологическое исследование из бронха, вентилирующего патологически изменённый сегмент лёгкого(исследование проводится после КТ-ОГК),
2. Тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенных патологически изменённых л/у шейно-надключичных зон(>9мм по к/о) с направлением на онкоцитологическое исследование
3. Тонкоигольная аспирационная биопсия плеврального выпота с направлением на

онкоцитологическое исследование (в случае если он выявлен при КТ-ОГК, желательно выполнение торакоцентеза по УЗ-разметке).

При выявлении атипичных клеток ЗНО в бронхо-альвеолярном лаваже, пунктате л/у шейно-надключичной области, плевральном выпоте или подозрения на ЗНО паренхимы лёгкого показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Учитывая труднодоступность периферических очагов паренхимы лёгкого далеко не всегда удаётся получить морфологическое подтверждение ЗНО на догоспитальном этапе. В большинстве случаев перед составлением плана лечения требуется выполнение инвазивной диагностики на базе торакального отделения ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед госпитализацией и онкологическим консилиумом в ООД):

-Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 (при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),

-Группа крови+ резус фактор,

-Клинический анализ крови, общий анализ мочи,

-Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевины, креатинин,

-Коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген),

-Ранее выполненное на I этапе УЗИ Органов брюшной полости+почек+ забрюшинных л.у,

-Ранее выполненное на I этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,

-При наличии пареза голосовой складки при ранее выполненном ФБС и/или осиплости голоса — консультация ЛОР-врача,

-Ранее выполненное на I этапе КТ-ОГК с в/в контр,

-КТ/МРТ ГМ с в/в контр (при наличии о/образований, отёка головного мозга — консультация нейрохирурга),

-ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога,

-ЭХО-КГ(узи сердца),

-ЭКГ с описанием; Спирография,

-Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,

-УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),

-Консультация гинекологом(для женщин),

-При наличии хронических(в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т. д.

- Ранее проведённая на I этапе консультация фтизиатра на предмет исключения туберкулёза лёгкого(при отсутствии морфологической верификации диагноза).

### **Рак пищевода и кардио-эзофагеального перехода.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО пищевода.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гастроэнтерологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При наличии у пациента дисфагии, одинофагии, выявлении в пищеводе или кардио-эзофагеальном переходе признаков объёмного образования или сужения просвета

с нарушением эвакуации пищевого комка в желудок требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента — I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. КТ-ОГК+ОБП с в/в контр(на практике при невозможности своевременного выполнения КТ данные исследования могут быть отчасти заменены на УЗИ-ОБП+почек и R-ОГК в двух проекциях)

2. УЗИ л/у шейно-надключичных зон

3. R-скопия пищевода с Ва

4. Оценка нутритивного статуса пациента по шкале NRS 2002.

5. При наличии осиплости голоса — консультация ЛОР-врача.

С результатом данного обследования пациент направляется на 2 уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности — онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с дисфагией, одинофагией, выявлении в пищеводе или кардио-эзофагеальном переходе признаков объёмного образования или сужения просвета с нарушением эвакуации пищевого комка в желудок маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера(торакальный онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса(при наличии технической возможности):

1. ФГС с забором биопсийного материала экзофитного образования или изменённой стенки пищевода или кардио-эзофагеального перехода для гистологического исследования,

2. Тонкоигольная аспирационная биопсия увеличенных патологически изменённых л/у шейно-надключичных зон(>9мм по к/о) с направлением на онкоцитологическое исследование.

При выявлении цитологически или гистологически подтверждённого ЗНО пищевода или КЭР или метастазов в л/у шейно-надключичной области или подозрения на ЗНО пищевода или КЭР показано проведение специального лечения в ООД — III уровень.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска(обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

-Кровь на маркеры инфекций Hbs-Ag, АТ к HCV, RW, ИФА на ВИЧ 1,2 ( при наличии положительного маркера — консультация инфекциониста),

-Группа крови+ резус фактор,

-Клинический анализ крови, общий анализ мочи,

-Биохимический анализ крови АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, глюкоза, общий белок, билирубин, мочевины, креатинин,

-Коагулограмма ( МНО, АЧТВ, фибриноген),

-Ранее выполненное на I этапе УЗИ л/у шейно-надключичных зон,

-Ранее выполненное на I этапе КТ-ОГК+ОБП с в/в контр,

-Ранее выполненное на I этапе R-скопия пищевода с Ва

- Ранее выполненное на 1 этапе ФГДС (при наличии эрозивного гастрита или язвенной болезни — консультация гастроэнтеролога,
- ФБС(при наличии пареза голосовой складки — консультация ЛОР-врача),
- ЭХО КГ(узи сердца),
- ЭКГ с описанием;
- Консультация терапевтом+ принимаемые препараты,
- УЗДГ вен н/конечностей (при наличии тромбоза, ПТФБ — консультация сосудистого хирурга),
- Консультация гинекологом(для женщин),
- При наличии хронических(в т.ч. некомпенсированных) заболеваний, наличие в анамнезе ОКС, ОНМК, ТЭЛА — консультация смежных специалистов — невролога, эндокринолога, кардиолога и т. д.

При наличии дисфагии 1-2ст, среднем нарушении нутритивного статуса(наличии умеренного риска питательной недостаточности), отсутствии отклонений показателей БХ крови(гипопротеинемия, гиперкалиемия) показана консультация в ООД на предмет реканализации и/или стентирования опухолевого стеноза.

При наличии дисфагии 3-4ст, тяжёлом нарушении нутритивного статуса(наличии высокого риска питательной недостаточности), отклонении показателей БХ крови(гипопротеинемия, гиперкалиемия) показано наложение питающей гастростомы в хирургическом отделении ЦРБ.

### **Рак молочной железы у женщин и рак грудной железы у мужчин.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО МЖ.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гинекологов, гинекологов-маммологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в молочной железе (грудной железе) подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Лабораторные методы исследования (общий (клинический) анализ крови развернутый и анализ крови биохимический (глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), кальций), общий (клинический) анализ мочи для оценки функции внутренних органов).

2. Инструментальные методы исследования: билатеральная маммография с предоставлением снимков исследования, оценкой по шкале BIRADS, УЗИ молочных желез с классификацией BIRADS + УЗИ лимфатических подмышечных, над- и подключичных лимфоузлов, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗИ малого таза, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент с образованием молочной железы маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (маммолог - онколог ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

Пункционная биопсия новообразования молочной железы, регионарных лимфоузлов (желательно под навигационным контролем рентгенографическим или ультразвуковым):

- Трепанбиопсия с использованием автоматической или полуавтоматической системы с диаметром иглы 14-18 G либо вакуум-ассистированной системой с диаметром иглы 8-12 G. Должно быть получено не менее трех столбиков ткани для гистологического и иммуногистохимического исследования биопсийного материала с обязательным определением экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону, исследование белка к рецепторам HER2, индекса пролиферативной активности экспрессии Ki-67; при необходимости выполняется определение амплификации гена HER2 методом флуоресцентной (FISH) или хромогенной (CISH) гибридизации in situ, уровень экспрессии PD-L1 с помощью теста SP142).

- Тонкоигольная аспирационная биопсия под навигационным контролем для забора материала на цитологическое исследование при подозрении на ЗНО МЖ только при невозможности выполнения трепанбиопсии.

- В случаях подозрения на рак Педжета рекомендуется выполнять соскоб изменений в области соска и сосково-ареолярного комплекса с последующим цитологическим исследованием.

- Тонкоигольная аспирационная биопсия под навигационным контролем регионарных лимфоузлов при наличии клинических подозрений на их метастатическое поражение.

При выявлении морфологически подтвержденного ЗНО МЖ или при подозрении на ЗНО МЖ показана консультация онколога ООД для проведения дополнительного обследования и лечения в ООД (третий уровень).

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

При отсутствии технической возможности для морфологической верификации в условиях ЦАОП и районных поликлиник – морфологическая верификация выполняется онкологом в ООД.

Пункционная биопсия метастатических очагов органов и тканей (желательно под навигационным контролем КТ или ультразвуковым), при подозрении на метастатический характер, в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения.

При наличии показаний, пациентам назначается дополнительное обследование:

- лабораторные методы: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и общий эстрадиол в сыворотке крови для оценки функции яичников, определение мутаций в генах BRCA1, BRCA2, PIK3CA и др.

- инструментальные методы: ЭХО-КГ, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов (артерий и вен) нижних конечностей, магниторезонансная томография (МРТ) молочных желез, компьютерная томография (КТ) или МРТ органов брюшной полости с внутривенным (в/в) контрастированием, КТ органов грудной клетки, КТ или МРТ головного мозга с в/в контрастированием, скинтиграфия костей скелета, ПЭТ-КТ;

- консультации врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-невролога, врача-нейрохирурга и врачей других специальностей по показаниям.

После прохождения необходимого обследования составляется план лечения на онкологическом консилиуме в ООД.

Необходимые обследования перед плановой госпитализацией для специализированного лечения в условиях ООД:

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации).
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации).

3. Биохимический анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации): глюкоза, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевина.

4. Кровь на маркеры гепатитов: HBsAg (срок годности 3 месяца до госпитализации), ат к HCV (классов М и G) (срок годности 1 месяц до госпитализации), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G) (срок годности 3 месяца до госпитализации), RW или RPR тест (срок годности 3 месяца до госпитализации).

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 1 месяц до госпитализации).

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации).

7. Рентгенография органов грудной клетки – снимок с описанием рентгенолога/СКТ-ОГК (срок годности 3 месяца до госпитализации).

8. ЭКГ с описанием, ЭХО-КГ (срок годности 1 месяц до госпитализации).

9. УЗИ малого таза, консультация гинеколога (срок годности 1 месяц до госпитализации).

10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии (срок годности 1 месяц до госпитализации).

11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства/СКТ или МРТ ОБП с в/в контрастированием (срок годности 1 месяц до госпитализации).

12. Билатеральная маммография – снимки с описанием рентгенолога, УЗИ молочных желез с регионарными лимфоузлами (над- и подключичные, подмышечные) – выполненные на 1-ом этапе обследования.

13. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов (артерий и вен) нижних конечностей (срок годности 1 месяц до госпитализации).

### **Рак шейки матки.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на рак шейки матки.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли - I этап диагностического поиска) и второй уровень диагностики (морфологическая верификация – II этап диагностического поиска), проводится в женских консультациях г. Орла и Орловской области - зона ответственности районных гинекологов.

При подозрении на рак шейки матки требуется провести:

1. Дообследование у участкового гинеколога: выполнить расширенную кольпоскопию с целью оценки текущей клинической ситуации и выявления наиболее информативного паталогически-измененного участка для биопсии шейки матки, в зависимости от обнаруживаемых изменений проводится инцизионная биопсия шейки матки или соскоб из цервикального канала (при изолированном поражении эндоцервикса). При морфологическом выявлении злокачественного поражения шейки матки пациент маршрутизируется в ООД для планирования лечения – третий уровень диагностического поиска. При гистологическом подтверждении тяжелых предраковых поражений эпителия шейки матки – CIN 3, HSIL пациент маршрутизируется в ООД для лечения – зона ответственности онколога - гинеколога.

Цитологического исследования микропрепаратов шейки матки не достаточно для верификации диагноза РШМ!

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу



диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога.
8. ЭКГ с описанием, ЭХО-КГ (срок годности 1 месяц до госпитализации).
9. УЗИ органов малого таза (срок годности 1 месяц до госпитализации).
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии (срок годности 1 месяц до госпитализации).
11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства или СКТ или МРТ ОБП с в/в контрастированием (срок годности 1 месяц до госпитализации).
12. Билатеральная маммография – снимки с описанием рентгенолога, УЗИ молочных желез с регионарными лимфоузлами (над- и подключичные, подмышечные).
13. УЗИ пахово-бедренных, забрюшинных лимфоузлов (подвздошных и парааортальных), надключичных ЛУ в целях определения распространенности опухолевого процесса,
14. МРТ органов малого таза с контрастом

### **Рак яичников, маточных труб, первичный рак брюшины.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на рак яичников, маточных труб и первичный рак брюшины.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гинекологов.

Перед проведением биопсии на первом этапе диагностики требуется дообследование: физикальное обследование, осмотр гинеколога, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ органов малого таза, кровь на онкомаркеры СА125+He4/индекс ROMA, при подозрении на муцинозную аденокарциному Са19-9, РЭА; ФГДС, фиброколоноскопия, СКТ органов грудной клетки без контраста (возможна рентгенография) и СКТ брюшной полости с контрастом, МРТ малого таза с контрастом. Пациент с подозрением на рак яичников, маточных труб, первичный рак брюшины маршрутизируется в ООД с данными обследования .

Ввиду специфики локализации и течения рака яичников, маточных труб и первичного рака брюшины, получение морфологического подтверждения диагноза не всегда возможно до госпитализации в ООД и до проведения лапароскопии.

Третий уровень (уточнение распространённости и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД. Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочеви́на
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога.
8. ЭКГ с описанием, ЭХО-КГ (срок годности 1 месяц до госпитализации).
9. УЗИ органов малого таза (срок годности 1 месяц до госпитализации).
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии (срок годности 1 месяц до госпитализации).
11. Ранее проведенные на первом этапе УЗИ органов брюшной полости, УЗИ органов малого таза, кровь на онкомаркеры СА125+Не4/индекс ROMA, при подозрении на муцинозную аденокарциному Са19-9, РЭА; ФГДС, фиброколоноскопия, СКТ органов грудной клетки без контраста (возможна рентгенография) и СКТ брюшной полости с контрастом, МРТ малого таза с контрастом.

После проведения дообследования пациент госпитализируется в ООД для проведения диагностической лапароскопии или лапаротомии в ООД.

### **Рак вульвы (промежности).**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО вульвы (промежности).**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гинекологов. + Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности районных гинекологов, врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога - гинеколога поликлинического отделения ООД.

При выявлении на вульве (промежности) подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента .

1. УЗИ органов малого таза
2. ВПЧ-диагностика , SCC
3. Взятие цитологического мазка с образования вульвы ( промежности)
4. Биопсия образования вульвы ( промежности)

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочеви́на
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
10. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
11. УЗИ пахово-бедренных, забрюшинных (подвздошных и парааортальных), надключичных лимфатических узлов.
12. Цистоскопия и ректороманоскопия всем пациенткам с распространенными стадиями с целью выявления инвазии опухоли в мочевой пузырь и прямую кишку.
13. МРТ и/или КТ мягких тканей промежности, органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства, регионарных лимфатических узлов с внутривенным контрастированием.
14. УЗИ сосудов н/конечностей, УЗИ сердца.

### **Рак тела матки .**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО тела матки.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных эндокринологов и терапевтов в районной поликлинике. + Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

При наличии жалоб на межменструальные кровянистые выделения из половых путей ( у женщин в репродуктивном периоде) или кровянистые выделения из половых путей у женщин в менопаузе, или подозрение на рак тела матки по данным УЗИ органов малого таза требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента .

1. УЗИ органов малого таза.
2. Цитологический мазок с шейки матки и цервикального канала
3. Аспират из полости матки или раздельное диагностическое выскабливание.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
10. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
11. СА 125
12. МРТ и/или КТ органов малого таза с внутривенным контрастированием.
13. УЗИ сосудов н/конечностей , УЗИ сердца.

### **Специфический опухолевый асцит.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных эндокринологов и терапевтов в районной поликлинике. + Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

При наличии жалоб на увеличение в объеме живота , необходимо провести минимальное обследование пациента .

1. УЗИ органов малого таза.
2. УЗИ органов брюшной полости.
3. Р-графия органов грудной клетки
4. Цитологическое исследование жидкости из брюшной полости .
5. Опухолевые маркеры: СА125, НЕ4 , РЭА, СА19-9 , СА72

При выявлении АК рака, повышении уровня опухолевых маркер, наличии изменений по данным УЗИ направить пациента в ООД. !

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога ( выполненный ранее)
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
10. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства( выполненные ранее)
11. МРТ и/или КТ органов малого таза с внутривенным контрастированием.
12. УЗИ сосудов н/конечностей , УЗИ сердца.
13. ФГДС
14. ФКС

## 15.УЗИ молочных желез/маммография

### **Экстренные ситуации в онкогинекологии. Стандарты маршрутизации.**

К экстренным ситуациям относят:

1. Кровотечение из половых путей
2. Острая кишечная непроходимость
3. Острая задержка мочи

Экстренная помощь оказывается в лечебных учреждениях второго и третьего уровня, оказывающих экстренную помощь населению, согласно маршрутизации хирургических заболеваний.

### **Злокачественные новообразования глотки.**

**Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО глотки (носоглотки, ротоглотки(основания языка,язычной миндалины,мягкого неба,язычка,миндаликовой ямки ,дужки небной миндалины,небной миндалины, ямки надгортанника,передней поверхности надгортанника,боковой стенки ротоглотки ,задней стенки ротоглотки,жаберных щелей),гортаноглотки(грушевидного синуса , заперстневидной области,черпалонадгортанной складки нижнего отдела глотки,задней стенки нижней части глотки ))).**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных ЛОР врачей, стоматологов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в глотке подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнестических данных, а именно, наличие новообразования, не поддающегося консервативному лечению в течение 2–3 нед, более, нарушения носового дыхания, кровянистых выделений из носа, горла, чувства заложенности в ушах, охриплость и осиплость голоса, кашель, дисфагия.

2. Физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных ЛУ:

-изменение контуров шеи;

-увеличение регионарных ЛУ;

-изменение подвижности, ширины остова гортани, симптома крепитации гортани

3.Лабораторные методы (носоглотка): определение дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus (EBV)) методом ПЦР в периферической крови, количественное исследование (предпочтительно) или определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейн-Барра (EBV) в крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с целью верификации опухоли.

4. Инструментальные методы исследования: передняя и задняя риноскопия (носоглотка), фибронозофарингоскопия,непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия, УЗИ гортани и мягких тканей шеи, УЗИ лимфатических узлов шеи( с описанием всех групп(зон);

5. При наличии дисфагии, язвенной болезни в анамнезе : ФГДС.

6. При наличии субкомпенсированного или декомпенсированного стеноза — выполнение экстренной трахеостомии(предпочтительно нижней трахеостомии), при наличии кровотечения из распадающейся опухоли гортани и гортаноглотки или распадающейся метастатической опухоли шеи —симптоматическая терапия, остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в

системе оказания экстренной хирургической помощи ( ЦБР по м/жительства , БСМП г. Орла или ООКБ ).

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей ,а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении в полости рта и на губах подозрительного на рак новообразования маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухолей головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности):

1. Всем пациентам с подозрением на рак носоглотки назофарингоскопия с взятием биоптатов и мазков отпечатков с поверхности эрозий, изъязвлений, пунктатов уплотнений без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ для цитологического и патолого-анатомического исследования биопсийного материала с целью подтверждения или опровержения диагноза.

2. Всем пациентам с подозрением на рак ротоглотки проведение фиброларингоскопии, эзофагогастроскопии-с взятием биопсии и мазков отпечатков с поверхности эрозий, изъязвлений, пунктатов уплотнений без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ для цитологического и патолого-анатомического исследования биопсийного материала с целью верификации типа опухоли и исключения вторых опухолей.

3. Всем пациентам с подозрением на рак гортаноглотки проведение фиброларингоскопии, эзофагогастроскопии со взятием биопсии и мазков отпечатков с поверхности эрозий, изъязвлений, пунктатов уплотнений без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ для цитологического и патолого-анатомического исследования биопсийного материала с целью верификации типа опухоли.

Взятие биоптата в гортаноглотке может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой ларингоскопии, при прямой ларингоскопии врачом-оториноларингологом или врачом-эндоскопистом (либо врачом-онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками).

При сомнительном или отрицательном (при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

4. Всем пациентам с раком гортани выполнить УЗИ ЛУ шеи с пункцией подозрительных ЛУ с целью уточнения распространенности заболевания.

5. При наличии субкомпенсированного или декомпенсированного стеноза — выполнение экстренной трахеостомии (предпочтительно нижней трахеостомии), при наличии кровотечения из распадающейся опухоли гортани и гортаноглотки или распадающейся метастатической опухоли шеи — симптоматическая терапия, остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи ( ЦБР по м/жительства , БСМП г. Орла или ООКБ ).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО глотки или подозрения показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
12. УЗИ сердца
13. УЗИ БЦА, артерий и вен н/конечностей
14. Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)
15. УЗИ гортани и мягких тканей шеи
16. Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии, язвенной болезни в анамнезе - ФГДС.
17. Ранее выполненные на I этапе результаты лабораторных обследований на вирус Эпштейн - Барра (носоглотка); инструментальных исследований: риноскопии, ларингоскопии
18. Молекулярно-биологическое исследование биопсийного материала на вирус папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска (16тип) методами полимеразной цепной реакции (ПЦР), иммуногистохимическим (ИГХ) и/или гибридизации in situ (ротоглотка)
19. СКТ органов грудной клетки с внутривенным (в/в) контрастированием или без него при распространенном раке с поражением регионарных ЛУ в целях выявления отдаленных метастазов
20. СКТ/ МРТ костей лицевого отдела черепа и шеи с внутривенным контрастированием с целью оценки распространенности опухоли и при подозрении на распространение на хрящи гортани, основание черепа, и магистральные сосуды шеи

### **Злокачественные новообразования гортани.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО гортани.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных ЛОР врачей и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в гортани подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. сбор анамнестических данных, а именно наличия новообразования:

-стойкое нарушение голосовой функции в виде осиплости,охриплости, редко кашель. Если процесс перекрывает просвет гортани, могут присоединиться явления затруднения дыхания;

-постоянный кашель, боль в горле, не проходящая на фоне антибактериального, противовоспалительного лечения;

-увеличение шейных ЛУ

2. физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных ЛУ:

-изменение контуров шеи;

-увеличение регионарных ЛУ;

-изменение подвижности, ширины остова гортани

3. Инструментальные методы исследования: непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия, УЗИ гортани и мягких тканей шеи, УЗИ лимфатических узлов шеи( с описанием всех групп(зон) ;

4.При наличии дисфагии,язвенной болезни в анамнезе : ФГДС.

5.При наличии субкомпенсированного или декомпенсированного стеноза — выполнение экстренной трахеостомии(предпочтительно нижней трахеостомии), при наличии кровотечения из распадающейся опухоли гортани или распадающейся метастатической опухоли шеи —симптоматическая терапия,остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи ( ЦБР по м/жительства , БСМП г. Орла или ООКБ ).

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей , а при их недоступности – онколога ОГШ поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении в полости рта и на губах подозрительного на рак новообразования маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухолей головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности) :

1. Всем пациентам с подозрением на рак гортани проведение фиброларингоскопии с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала, цитологическим исследованием отпечатков, мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей с целью определения распространенности и верификации опухоли .

Взятие биоптата в гортани может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой ларингоскопии, при прямой ларингоскопии врачом-оториноларингологом или врачом-эндоскопистом (либо врачом-онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками. При сомнительном или отрицательном(при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных ) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).



2. Всем пациентам с раком гортани выполнить УЗИ ЛУ шеи с пункцией подозрительных ЛУ с целью уточнения распространенности заболевания.

3. При наличии субкомпенсированного или декомпенсированного стеноза — выполнение экстренной трахеостомии (предпочтительно нижней трахеостомии), при наличии кровотечения из распадающейся опухоли гортани или распадающейся метастатической опухоли шеи — симптоматическая терапия, остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи ( ЦБР по м/жительства , БСМП г. Орла или ООКБ ).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО гортани или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
- 10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
- 11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- 12.УЗИ сердца
- 13.УЗИ БЦА,артерий и вен н/конечностей
- 14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)
- 15.УЗИ гортани и мягких тканей шеи, щитовидной железы
- 16.Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии,язвенной болезни в анамнезе - ФГДС.
17. СКТ органов грудной клетки с внутривенным (в/в) контрастированием или без него при распространенном раке гортани с поражением регионарных ЛУ в целях выявления отдаленных метастазов
18. СКТ или МРТ области головы и шеи с в/в контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на хрящи гортани, основание черепа, и магистральные сосуды шеи

### **Злокачественные новообразования полости рта и губы**

**Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО полости рта (преддверия рта ,языка ,дна полости рта, десны, твердого**

**неба, слизистой щеки и ретромолярной области ) и губы (верхней, нижней, спайки губ).**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных стоматологов, хирургов, ЛОР врачей и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении в полости рта и на губах подозрительного на рак новообразования требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнестических данных, а именно наличие новообразования, не поддающегося консервативному лечению в течение 2–3 нед.

2. Физикальное обследование, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных лимфатических узлов (ЛУ);

3. Инструментальные методы исследования: методы раннего скрининга: аутофлуоресцентная стоматоскопия, диагностические наборы на выявление новообразований полости рта , УЗИ тканей дна рта ,УЗИ лимфатических узлов шеи( с описанием всех групп(зон);

4. При наличии дисфагии,язвенной болезни в анамнезе : ФГДС. При наличии дисфонии : осмотр ЛОР – врача + ларингоскопия.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

5. При наличии кровотечения из распадающейся опухоли губы или полости рта или распадающейся метастатической опухоли шеи —симптоматическая терапия,остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в системе оказания экстренной хирургической помощи ( ЦБР по м/жительства , БСМП г. Орла или ООКБ )

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов ,а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении в полости рта и на губах подозрительного на рак новообразования маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухолей головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности) :

1. Мазки-отпечатки, соскобы или биопсии с поверхности эрозий, изъязвлений, трещин, аспирация содержимого при тонкоигольной аспирационной биопсии уплотнений мягких тканей полости рта и губы без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ под контролем УЗИ в целях верификации процесса. При неясности цитологического исследования необходима биопсия для патологоанатомического исследования (в том числе иммуногистохимического) для подтверждения диагноза. При сомнительном или отрицательном(при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных ) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

При наличии кровотечения из распадающейся опухоли губы или полости рта или распадающейся метастатической опухоли шеи —симптоматическая терапия,остановка кровотечения или необходимое хирургическое пособие в стационарах, работающих в

системе оказания экстренной хирургической помощи ( ЦБР по м/жительства , БСМП г. Орла или ООКБ )

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО полости рта и губы или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
- 10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
- 11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- 12.УЗИ сердца
- 13.УЗИ БЦА, артерий и вен н/конечностей
- 14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)
- 15.УЗИ тканей дна полости рта
- 16.Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии,язвенной болезни в анамнезе - ФГДС, при наличии дисфонии - осмотр ЛОР – врача
- 17.СКТ и/или МРТ пораженной области, шеи с внутривенным контрастированием для оценки первичной распространенности глубины инвазии опухолевого процесса, наличия костной инвазии на нижнюю/верхнюю челюсть, основание черепа, в окружающие мягкие ткани, а также поражения регионарных л/узлов
18. СКТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием или без него при распространенном раке полости рта с поражением регионарных ЛУ в целях выявления отдаленных метастазов.

### **Подозрение на специфическую лимфаденопатию шеи.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО с поражением лимфоузлов шеи(подозрение на метастазы опухолей головы и шеи, метастазы в л/у шеи из Н.П.О или других органов, лимфомы).**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных хирургов, ЛОР врачей, стоматологов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении увеличенных лимфатических узлов на шее подозрительного на ЗНО требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнестических данных, а именно наличия новообразования:

-бессимптомное увеличение периферических лимфоузлов;  
-симптомы интоксикации (В-симптомы – лихорадка выше 38°C не менее трех дней подряд без признаков воспаления; ночные профузные поты; похудание на 10% массы тела за последние 6 месяцев);

-интермиттирующая лихорадка;

-кожный зуд до расчесов;

-у пациентов с массивным поражением средостения – боль в груди, кашель, одышка, симптомы сдавления верхней полой вены;

-увеличения шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, паховых, бедренных, забрюшинных лимфатических узлов;

-наличие жалоб, связанных с поражением органов головы и шеи или других органов организма

2. Физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию лимфатических узлов шеи, периферических лимфатических узлов, доступных пальпации, прилежащих тканей и осмотр органов головы и шеи, регионарных ЛУ для органов головы и шеи, пальпацию печени и селезенки

3. Лабораторные методы исследования:

• Общий анализ крови

• Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген

• Биохимический анализ крови: сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины

• Кровь на гепатиты: HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW

• Группа крови и Rh-фактор

• Общий анализ мочи

• молекулярно-биологического исследования крови на вирусы Эпштейн-Барр, цитомегаловирус и вирус простого герпеса.

4. инструментальные методы обследования:

• Стomatоскопия, фарингоскопия, риноскопия, непрямая ларингоскопия

• УЗИ дна полости рта, гортани и мягких тканей шеи,

• УЗИ щитовидной железы,

• УЗИ лимфатических узлов шеи( с описанием всех групп(зон) );

• УЗИ периферических лимфатических узлов, ОБП, ОМТ

• Эндоскопия верхних дыхательно-пищеварительных путей

5.Тонкоигольная биопсия (пункци) подозрительного или пораженного лимфатического узла под визуальным контролем или УЗИ навигацией (в том числе и для дифференциальной диагностики с гнойными процессами) для цитологического или гистологического исследования

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении увеличенных лимфатических узлов на шее подозрительного на ЗНО маршрутизируется в

ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухолей головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности): 1) Тонкоигольная биопсия (пункция) подозрительного или пораженного лимфатического узла под визуальным контролем или УЗИ навигацией для цитологического или гистологического исследования, 2) выполнить биопсию (взятие биопсийного материала, трепанбиопсия/экстирпация лимфатического узла) лимфатического узла под визуальным контролем или (при необходимости) УЗИ навигацией, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов для верификации диагноза

Комментарии: выбор ткани и объем биопсии должны быть адекватны поставленной диагностической задаче.

- Тонкоигольные биопсии лимфоидной ткани могут быть диагностически значимыми, но не всегда
  - Краевые биопсии лимфоидной ткани мало информативны.
  - Фрагментация материала крайне затрудняет его оценку.
  - Материал для гистологического исследования должен быть помещён в фиксирующую среду как можно быстрее. Нельзя допускать высыхания материала.
  - Соотношение объёма фиксирующей среды к объёму фиксируемого объекта не менее чем 10:1
  - Время фиксации не должно быть менее 12 и более 48 часов.

Неадекватная (слабая или чрезмерная) фиксация приводит к изменению морфологических свойств ткани и артефициальным результатам ИГХ.

Гистологический материал должен сопровождаться направлением, содержащим информацию о пациенте, длительности и характере заболевания, локализации очага поражения, описании биопсии

При сомнительном или отрицательном (при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО лимфатических узлов шеи или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1. Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
3. Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов M и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов M и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
10. Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
11. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, органов малого таза
12. УЗИ сердца
13. УЗИ БЦА, артерий и вен н/конечностей
14. Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)
15. УЗИ гортани и мягких тканей шеи, щитовидной железы
16. Ранее выполненные на I этапе при наличии дисфагии, язвенной болезни в анамнезе - ФГДС.
17. СКТ органов грудной клетки с внутривенным (в/в) контрастированием или без него в целях выявления отдаленных метастазов
18. СКТ и/или МРТ области головы и шеи с в/в контрастированием ,
19. СКТ/МРТ ГМ, СКТ /МРТ ОБП и СКТ/МРТ ОМТ с в/в контр в зависимости от клинич ситуации
20. Пациентам с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией выполнение дополнительных лабораторных исследований по следующим показаниям для подтверждения диагноза и выбора алгоритма дальнейшего обследования
  - исследование уровня хорионического гонадотропина (бета-субъединица) ( $\beta$ -ХГЧ), альфа-фетопротеина (АФП) в сыворотке крови у лиц до 50 лет при наличии увеличенных медиастинальных лимфатических узлов и до 65 лет – при наличии увеличенных забрюшинных лимфатических узлов;
  - Хорионический гонадотропин человека (бета-ХГЧ) у женщин репродуктивного возраста, имевших хотя бы одну беременность в анамнезе, независимо от ее исхода и давности;
  - Исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (АФП)– при поражении печени;
  - Исследование уровня простатспецифического антигена свободного в крови (ПСА) – у мужчин старше 40 лет;
  - Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови (СА125) – у женщин при поражении органов грудной клетки, наличии плеврита или асцита, забрюшинной опухоли, поражении паховых лимфатических узлов;
  - Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови (СА-19.9) – при подозрении на первичную опухоль поджелудочной железы или желчевыводящих путей;
  - Исследование уровня антигена аденогенных раков РЭА (РЭА) – при подозрении на первичную опухоль колоректальной локализации;
  - Цитологическое исследование – при наличии асцита или забрюшинной опухоли.

### **Злокачественные новообразования глаза, глазницы.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО глаза, глазницы.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных офтальмологов, терапевтов и нейрохирургов, неврологов в районной поликлинике.

При выявлении ЗНО глаза и глазницы, подозрительного на рак, требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо

провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1. Сбор анамнестических данных, а именно наличия новообразования; (ухудшение зрения; искажение предметов; метаморфопси)
2. Физикального обследования органа зрения. Врачу-офтальмологу всем пациентам с подозрением на внутриглазную опухоль провести внешний осмотр органа зрения, оценить состояние периорбитальных тканей, наличие гиперемии и отека слизистой глаза, положение глаза в орбите.
3. Всем пациентам при подозрении на метастатическое поражение печени при первичной локализации ЗНО в глазнице или глазном яблоке проводить физикальное обследование, включая пальпацию живота и печени, с целью выявления возможного увеличения печени (гепатомегалии).
4. Выполнять лабораторные тесты: анализ крови биохимический общетерапевтический с включением таких параметров, как ЩФ, ГГТ, АСТ, АЛТ, ЛДГ, общий билирубин для раннего выявления повышения этих параметров и принятия решения о необходимости выполнения инструментальных диагностических исследований с целью раннего выявления метастатического поражения печени.
5. Выполнить комплекс стандартных офтальмологических методов обследования: биомикроскопию глаза, гониоскопию, офтальмоскопию с максимальным мидриазом.
6. Проведение компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) орбит при подозрении на прорастание внутриглазной опухоли за пределы глаза для уточнения степени инвазии новообразования в орбиту.
7. МРТ органов брюшной полости с в/в контрастированием для более раннего выявления метастатического поражения печени (что может повлиять на выбор дальнейшей тактики лечения), КТ органов грудной клетки для выявления метастатического поражения легких.
8. Выполнение МРТ головного мозга с в/в контрастированием всем пациентам при отсутствии жалоб со стороны ЦНС с целью подтверждения или исключения метастатического поражения головного мозга

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП и офтальмологов. Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении ЗНО глаза, глазницы маршрутизируется к офтальмологу в медицинское учреждение 3-го звена (офтальмологическое отделение ООКБ).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности) :

1. Рекомендуется расширить зрачок и провести офтальмоскопию для выявления основных клинических признаков.
2. Рекомендуется начинать УЗИ глаза и орбиты с обзорной двумерной серошкальной эхографией (В – режим) для выявления проминенции, диаметра основания опухоли, исключения экстрабульбарного роста.
3. Рекомендуется проводить ЦДК опухоли для определения наличия собственной неоваскулярной сети.
4. Выполнять ультразвуковую биомикроскопию при поражении переднего отдела глаза.
5. Проводить ФАГ глазного дна для диагностики УМ и выявления собственных сосудов опухоли, пятнистого окрашивания, сливной флюоресценции в позднюю венозную фазу, длительной поздней флюоресценции, опухоль-ассоциированной флюоресценции,

обусловленной опухоль-ассоциированной эпителиопатии, и ангиопатии сетчатки. ФАГ глазного дна позволяет уточнить истинные границы УМ, визуализировать зоны скрытого роста опухоли

6. Проведение оптической когерентной томографии (ОКТ) заднего отдела глаза для диагностики морфометрических признаков УМ (дугообразного изменения хориоидального профиля, утолщения сетчатки, вызванной скоплением интра- и субретинальной жидкости, проявляющейся диффузным, кистовидным отеком, отслойки нейроэпителия, дезорганизации пигмента в ретинальном пигментном эпителии с формированием пигментных фокусов и окончатых дефектов, компрессии хориокапилляров с эффектом «тени», отслойки нейроэпителия в сопредельной с опухолью зоне)

7. Рекомендуются тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли в трудных для клинической диагностики случаях внутриглазных опухолей, когда комплексное клинко-инструментальное обследование не позволяет установить точный диагноз. ТИАБ опухоли проводят только в офтальмологических отделениях, специализирующихся на лечении онкологических заболеваний глаз, с одномоментной брахитерапией или энуклеацией

При сомнительном или отрицательном(при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД и офтальмологов специализированных офтальмологических клиник.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме с участием офтальмолога, онколога, радиотерапевта и химиотерапевта. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией):

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
- 10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
- 11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- 12.УЗИ сердца
- 13.УЗИ БЦА,артерий и вен н/конечностей
- 14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)



15 Выполнить комплекс стандартных офтальмологических методов обследования: биомикроскопию глаза, гониоскопию, офтальмоскопию с максимальным мидриазом

16 Проведение компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) орбит при подозрении на прорастание внутриглазной опухоли за пределы глаза для уточнения степени инвазии новообразования в орбиту

17 МРТ органов брюшной полости с в/в контрастированием для более раннего выявления метастатического поражения печени (что может повлиять на выбор дальнейшей тактики лечения), КТ органов грудной клетки для выявления метастатического поражения легких

18 выполнение МРТ головного мозга с в/в контрастированием всем пациентам при отсутствии жалоб со стороны ЦНС с целью подтверждения или исключения метастатического поражения головного мозга

### **Злокачественные новообразования полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух (новообразование верхнечелюстной пазухи, решетчатой пазухи, лобной пазухи, клиновидной пазухи).**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных ЛОР врачей, офтальмологов, чел/лицевых хирургов, нейрохирургов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении ЗНО полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух (новообразование верхнечелюстной пазухи, решетчатой пазухи, лобной пазухи, клиновидной пазухи) подозрительного на рак требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

1) Сбор анамнестических данных, а именно данных о наличии новообразования.  
2) Проведение физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных ЛУ.

3) Рекомендуются всем пациентам с раком полости и придаточных пазух носа с подозрением на поражение регионарных лимфоколлекторов выполнить ультразвуковое исследование ЛУ шеи (оценка всех групп л/узлов).

4) Рекомендуются пациентам с раком полости и придаточных пазух носа при наличии поражения регионарных лимфатических узлов выполнить КТ грудной клетки с целью исключения отдаленных метастазов.

5) Рекомендуются пациентам с раком полости и придаточных пазух носа выполнить КТ/МРТ костей лицевого отдела черепа (при подозрении на интракраниальное распространение) с внутривенным контрастированием.

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей, офтальмологов, челюстно-лицевых хирургов, нейрохирургов.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении ЗНО полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух (новообразование верхнечелюстной пазухи, решетчатой пазухи, лобной пазухи, клиновидной пазухи) маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера (онколог опухоли головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличии технической возможности) :

1. Операционная биопсия (инцизионная, эксцизионная) с последующим проведением патолого-анатомическое исследование операционного материала.

2. выполнить ультразвуковое исследование ЛУ шеи с тонкоигольной аспирационной биопсией с целью оценки распространенности заболевания

При сомнительном или отрицательном(при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО полости носа, среднего уха, основания черепа и придаточных пазух (новообразование верхнечелюстной пазухи, решетчатой пазухи, лобной пазухи, клиновидной пазухи) или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД— третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)

2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)

3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины

4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW

5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)

6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)

7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога

8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)

9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин

10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии

11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

12.УЗИ сердца

13.УЗИ БЦА,артерий и вен н/конечностей

14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)

15. Выполнить КТ/МРТ костей лицевого отдела черепа и шеи с внутривенным контрастированием для оценки первичной распространенности глубины инвазии опухолевого процесса, наличия (интракраниальное распространение), в окружающие мягкие ткани,а также поражения регионарных л/узлов

16. Выполнить КТ грудной клетки с целью исключения отдаленных метастазов

## **Злокачественные новообразования слюнных желез.**

### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ЗНО околоушной, поднижнечелюстной, подъязычной желез.**

Первый уровень диагностики (первичная диагностика опухоли), соответствует I этапу диагностического поиска, зона ответственности районных ЛОР врачей, чел/лицевых хирургов, хирургов и терапевтов в районной поликлинике.

При выявлении ЗНО слюнных желез подозрительного на рак требуется морфологическая верификация диагноза. Для морфологической верификации необходимо провести минимальное обследование пациента - I этап диагностического поиска (районная поликлиника):

- 1) анамнестических данных, а именно наличия новообразования;
- 2) физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных ЛУ;
- 3) выполнить УЗИ мягких тканей, ЛУ шеи и подозрительных ЛУ с целью верификация заболевания и определения распространенности (оценка всех групп л/узлов)
- 4) выполнить КТ грудной клетки с целью исключения отдаленных метастазов
- 5) выполнить КТ или МРТ лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на нижнюю/верхнюю челюсти, основание черепа, с целью исключения вовлечения указанных структур

С результатом данного обследования пациент направляется на второй уровень диагностики.

Второй уровень диагностики (морфологическая верификация), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, ЛОР врачей, чел/лицевых хирургов, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

Для проведения морфологической верификации диагноза пациент при выявлении ЗНО слюнных желез маршрутизируется в ЦАОП (врач-онколог ЦАОП), а при его недоступности в поликлиническое отделение областного онкологического диспансера ( онколог опухоли головы и шеи ООД).

Методы забора материала для морфологической верификации процесса (при наличие технической возможности) :

1. цитологического исследования биопсийного материала (первичной опухоли, увеличенных или подозрительных ЛУ);
2. выполнить ультразвуковое исследование ЛУ шеи с тонкоигольной аспирационной биопсией с целью оценки распространенности заболевания

При сомнительном или отрицательном(при наличии клинических и/или УЗИ и/или рентгенологических данных ) результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование).

При выявлении цитологически и/или морфологически подтвержденного ЗНО слюнных желез или подозрения -показано проведение специального дообследования и лечения в ООД—третий уровень.

Третий уровень (уточнение распространенности и планирование лечения), соответствует II этапу диагностического поиска, зона ответственности врачей-онкологов ООД.

Для детализации специального лечения требуется обсуждение клинической ситуации на онкологическом консилиуме в ООД. Для этого необходимо пройти обследование по системам органов в районной поликлинике, что соответствует II этапу

диагностического поиска (обследование перед онкологическим консилиумом и госпитализацией в ООД):

- 1.Общий анализ крови (срок годности 10 суток до госпитализации)
2. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген (срок годности 10 суток до госпитализации)
- 3.Биохимический анализ крови (срок годности 3 недели до госпитализации): сахар, билирубин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины
4. Кровь на гепатиты (срок годности 1 месяц до госпитализации): HBsAg, ат к HCV (классов М и G), ат к ВИЧ 1 и 2 типа (классов М и G), RW
5. Группа крови и Rh-фактор (срок годности 3 недели до госпитализации)
6. Общий анализ мочи (срок годности 10 суток до госпитализации)
7. Рентгенография органов грудной клетки – свежий снимок с описанием рентгенолога
8. ЭКГ с описанием (срок годности 3 месяца до даты госпитализации)
9. Консультация гинеколога для женщин, уролога – для мужчин
- 10.Консультация терапевта (кардиолога), а при необходимости консультации других специалистов в зависимости от наличия сопутствующей патологии
- 11.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- 12.УЗИ сердца
- 13.УЗИ БЦА,артерий и вен н/конечностей
- 14.Ранее выполненные на I этапе УЗИ лимфатических узлов шеи с описанием всех групп(зон)
15. выполнить КТ или МРТ лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на нижнюю/верхнюю челюсти, основание черепа, с целью исключения вовлечения указанных структур
15. Выполнить КТ грудной клетки с целью исключения отдаленных метастазов.

### **Ранние постлучевые осложнения.**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на ранние постлучевые осложнения**

К ранним местным относят лучевые повреждения, развивающиеся в процессе лучевой терапии или в ближайшие 3 мес (100 дней) –это крайний срок восстановления сублетально поврежденных клеток.

К ранним лучевым повреждениям кожи относятся эритема, небольшая отечность и болезненность, радиодерматит.

Лучевые повреждения мочевого пузыря могут возникнуть при различных методах лучевой терапии опухолей мочевого пузыря, рака шейки матки и реже – рака прямой кишки. Ранние лучевые повреждения мочевого пузыря делят на катаральные, эрозивно-десквамативные и язвенные.

Лучевые изменения кишечника. В зависимости от локализации лучевого повреждения различают ректиты, ректосигмоидиты и энтероколиты. По характеру патологического процесса они подразделяются на катаральные, эрозивно-десквамативные, инфильтративно-язвенные и некроз стенки. Наиболее тяжелыми являются некрозы и инфильтративно-язвенные процессы.

Лучевые изменения сердца проявляются в виде дистрофии миокарда, слипчивого перикардита.

Лучевые изменения в легочной ткани начинаются с функциональных нарушений. В основе их лежит нарушение проницаемости сосудов с последующим отеком, кровоизлияниями, стазом, экссудацией. Ранние лучевые повреждения легких чаще протекают как острая лучевая пневмония, лучевой пневмонит.

Первый уровень диагностики зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при необходимости привлечение районных урологов, пульмонологов, проктологов, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

При наличии жалоб и проведение лучевой терапии в анамнезе, необходимо выполнить лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи), в зависимости от локализации лучевых повреждений (КТ/МРТ органов грудной клетки, органов брюшной полости, органов малого таза), эндоскопические исследования (при повреждении кишечника, мочевого пузыря).

Второй уровень зона ответственности врачей-радиотерапевтов ООД (симптоматическое лечение лучевых осложнений). После проведенного симптоматического лечения контрольное обследование в районной поликлинике и повторная консультация врача радиотерапевта ООД.

Третий уровень (при неэффективности консервативных методов лечения или необходимости проведения хирургического лечения постлучевых повреждений), направляем в отделение реабилитации онкологических пациентов, прошедших лучевую терапию в МНИОИ им. П.А. Герцена, отделение хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений с группой реконструктивно-пластической хирургии МРНЦ им. А.Ф. Цыба-филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии». Лечение лучевых повреждений выполняется по ОМС, по талонам ВМП.

### **Поздние постлучевые осложнения**

#### **Стандарты обследования и маршрутизация пациентов при подозрении на поздние постлучевые осложнения**

К поздним относят лучевые повреждения, развивающиеся в срок после проведения лучевой терапии через 90-100 дней, как правило в течение 6 месяцев до года.

К поздним лучевым повреждениям кожи относится атрофия эпидермиса, стойкая или частичная эпиляция волос, могут возникнуть и некрозы, постлучевые язвы.

К поздним лучевым повреждениям мочевого пузыря, являющимся чаще исходом ранних повреждений, относят атрофический лучевой цистит, позднюю лучевую язву пузыря с длительным, нередко рецидивирующим течением, фиброз со сморщиванием мочевого пузыря, некроз с образованием свища, реже псевдорака.

К поздним лучевым повреждениям кишечника относится хронический ректит.

К поздним лучевым изменениям легочной ткани относится локальный фиброз, который развивается через 1-2 года после лучевой терапии.

Первый уровень диагностики зона ответственности врачей-онкологов ПОК, ЦАОП, при необходимости привлечение районных урологов, пульмонологов, проктологов, а при их недоступности – онколога поликлинического отделения ООД.

При наличии жалоб и проведение лучевой терапии в анамнезе, необходимо выполнить лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи), в зависимости от локализации лучевых повреждений (КТ/МРТ органов грудной клетки, органов брюшной полости, органов малого таза), эндоскопические исследования (при повреждении кишечника, мочевого пузыря).

Второй уровень зона ответственности врачей-радиотерапевтов ООД (симптоматическое лечение лучевых осложнений). После проведенного симптоматического лечения контрольное обследование в районной поликлинике и повторная консультация врача радиотерапевта ООД.

Третий уровень (при неэффективности консервативных методов лечения или необходимости проведения хирургического лечения постлучевых повреждений), направляем в отделение реабилитации онкологических пациентов, прошедших лучевую терапию в МНИОИ им. П.А. Герцена, отделение хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений с группой реконструктивно-пластической хирургии МРНЦ

им А.Ф.Цыба-филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии».Лечение лучевых повреждений выполняется по ОМС,по талонам ВМП.