



МІНІСТЭРСТВА  
АХОВЫ ЗДAROЎЯ  
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

06.09.2023 № 485

г. Минск

г. Минск

О порядке организации и проведения  
скрининга злокачественных  
новообразований

На основании подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, в целях совершенствования организации скрининга злокачественных новообразований,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

Методические рекомендации о порядке организации и проведения скрининга рака молочной железы (прилагаются);

Методические рекомендации о порядке проведения скрининга рака предстательной железы (прилагаются);

Методические рекомендации о порядке проведения скрининга колоректального рака (прилагаются);

Методические рекомендации о порядке проведения рака шейки матки (прилагаются).

2. Начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов и Комитета по здравоохранению Мингорисполкома обеспечить:

2.1. проведение подготовки врачей-специалистов по вопросам организации и проведения скрининга рака;

2.2. направление врачей-специалистов, участвующих в реализации скрининговых мероприятий, на курсы повышения квалификации в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова» (далее – РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова) не реже 1 раза в год.

3. Директору РНПЦ ОМР Полякову С.Л., первому проректору государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» Платонову А.В.:

3.1. пересмотреть и доработать программы повышения квалификации по организации и проведению скрининга рака основных локализаций по всем специальностям;

3.2. провести обучающие семинары по вопросам организации и проведения скрининга рака.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Кроткову Е.Н.

Министр



Д.Л.Пиневич

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
06.04.2023 № 485

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ о порядке организации и проведения скрининга рака молочной железы

1. Настоящие Методические рекомендации определяют порядок организации и проведения скрининга рака молочной железы (далее – скрининг РМЖ).

2. Скрининг РМЖ проводится путем выполнения рентгеновской маммографии 1 раз в 2 года женщинам в возрасте от 50 до 69 лет в рамках организованного скрининга РМЖ в центрах скрининга рака по месту жительства (пребывания) участников программы скрининга рака.

3. Формирование списка целевой группы женщин в возрасте 50-69 лет, подлежащих скринингу РМЖ, осуществляется по форме согласно приложению 1 с использованием электронной базы данных организации здравоохранения.

4. Скрининг РМЖ не проводится:  
женщинам моложе 50 и старше 69 лет;  
женщинам с РМЖ в анамнезе или подозрением на РМЖ.

5. Решение об участии в скрининге РМЖ женщин с соматическими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации принимается врачом общей практики совместно с врачом-онкологом.

Направления на рентгенологическое маммографическое исследование оформляется по форме в соответствии с приложением 2.

6. Не реже 1 раза в неделю рентгенолаборант проводит контроль качества маммографического оборудования в соответствии с инструкцией к аппарату. Качество выполненных рентгенолаборантом маммограмм оценивает врач-рентгенолог. При наличии одной критичной ошибки или более 3-х некритичных ошибок маммограммы оцениваются как неприемлемые. В случае выявления маммограмм неприемлемого качества женщине необходимо повторно выполнить маммографическое исследование в тех проекциях, в которых не было достигнуто приемлемое качество.

7. Работа рентгенолаборанта, выполняющего маммографию, оценивается 2 раза в год врачами-рентгенологами. Исследуются по 20 изображений правой и левой молочной железы в прямой краниокаудальной и косой медиолатеральной проекциях. Работа

лаборанта признается удовлетворительной при условии, что неприемлемые маммограммы составляют менее 3%.

8. Врач-рентгенолог (врач лучевой диагностики) несет ответственность за контроль качества выполнения маммограмм, обеспечение надлежащего их анализа и за содержание заключений по результатам проведенных исследований.

9. Чтение (описание) маммограмм осуществляется независимо друг от друга двумя врачами-рентгенологами (врачами лучевой диагностики), каждый из которых заполняет отдельный протокол с определением категории и типа рентгеновской плотности молочных желез по классификации BI-RADS в центрах скрининга рака. Сверку заключений по выполненным маммографиям выполняет рентгенолаборант. В случае совпадения выставленных категорий BI-RADS проведенное скрининговое исследование считается завершенным. При несовпадении заключений маммограммы отправляются на третье чтение в государственные организации здравоохранения, выполняющие функции областного онкологического диспансера, где хранятся для оценки контроля качества. При несовпадении типов рентгеновской плотности молочных желез третье чтение не проводится, указывается наибольший из установленных типов плотности. Результат проведенного скринингового маммографического исследования направляется в центр скрининга рака по форме согласно приложению 3.

10. Все маммограммы, выполненные в рамках программ скрининга РМЖ, хранятся в электронном виде в формате Digital Imaging and Communications in Medicine (далее – DICOM) в архиве (на сервере) государственной организации здравоохранения не менее 2-х лет.

11. Скрининговая маммография оценивается врачом-рентгенологом (врачом лучевой диагностики) согласно классификации Breast Imaging Reporting and Data System (далее – BI-RADS) в соответствии с приложением 4 к настоящей инструкции. В заключение по результатам анализа скрининговых маммограмм выносится одна (наиболее подходящая) категория BI-RADS и один (наиболее соответствующий) тип плотности молочных желез.

12. Женщины, отнесенные к категории 0, дополнительно обследуются на уровне маммографического кабинета государственной организации здравоохранения по месту проживания (пребывания) пациентки (интерпретация дополнительно выполненных маммограмм в случае ранее выполненных маммограмм низкого качества; сравнение с предыдущими маммограммами; прицельная маммография, маммография с увеличением, выполнение маммографий

в дополнительных проекциях); после дообследования делается заключение о переводе пациентки в одну из категорий: 1, 2, 4 или 5.

13. Женщинам, отнесенным к категории BI-RADS 1, в центре скрининга рака предоставляется выписка из медицинских документов по форме и в порядке, установленным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. № 92 «Об установлении форм «Медицинская справка о состоянии здоровья», «Выписка из медицинских документов» и утверждении Инструкции о порядке их заполнения», с рекомендациями прохождения очередного этапа скрининга через 2 года.

14. Женщины, отнесенные к категориям BI-RADS 2, обследуются и наблюдаются врачами-акушерами-гинекологами, врачами-терапевтами участковыми (врачами общей практики) по месту жительства (пребывания).

15. Женщины, отнесенные к категориям BI-RADS 4 или 5, направляются для консультации и дополнительного обследования к врачу-онкологу в государственную организацию здравоохранения, выполняющую функцию областного онкологического диспансера, с обязательной пометкой в направлении «СКРИНИНГ».

16. Результаты дополнительного обследования и заключение врачебной консультации (консилиума), выполненные в областном онкологическом диспансере, передаются в центр скрининга рака по месту проживания (пребывания) женщины для внесения указанной информации в электронную базу данных.

Приложение 1  
к Методическим  
рекомендациям о  
порядке и организации  
проведения скрининга  
рака молочной железы

Форма  
**Электронная база данных женщин, подлежащих скринингу РМЖ  
(заполняется в EXCEL)**

Фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется)	Идентификационный номер	Дата рождения	Адрес, телефон домашний, мобильный, e-mail
1	2	3	4
	Из паспорта (14 цифр и букв)		

Вид приглашения (письмо, телефонный звонок, иное)	Раунд скрининга (для пациента)	Дата скрининговой маммографии
5	6	7
	1, 2, 3, ...	

Результат скрининговой маммографии		
Первое чтение	Второе чтение	Третье чтение (если применимо)
8	9	10
категория BI-RADS, тип плотности	категория BI-RADS, тип плотности	категория BI-RADS, тип плотности

Дата гистологического исследования	Результат гистологического исследования
11	12

TNM	Стадия	Результат эпизода скрининга
13	14	15
		1 (неявка на скрининг), 2 (дообследование не выполнено), 3 (рак не выявлен), 4 (выявлен рак)

Приложение 2  
к Методическим  
рекомендациям о  
порядке и организации  
проведения скрининга  
рака молочной железы

Форма

**Направление на рентгенологическое маммографическое исследование**

Отрывной корешок направления на маммографию

В \_\_\_\_\_  
наименование государственной организации здравоохранения

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Идентификационный номер: \_\_\_\_\_  
(при отсутствии такого номера - номер документа, удостоверяющего личность)

Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_

№ телефона \_\_\_\_\_ Дата маммографии \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата направления \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия медицинского работника кабинета скрининга)

Приложение 3  
к Методическим  
рекомендациям о порядке и  
организации проведения  
скрининга рака молочной  
железы

Форма

**Заключение маммографического обследования**

Результаты первого чтения маммограмм:

Наименование государственной организации здравоохранения

№ телефона кабинета маммографии \_\_\_\_\_

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) \_\_\_\_\_

Дата выполнения маммографии \_\_\_\_\_

Категория по BI-RADS: \_\_\_\_\_. Тип плотности \_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия врача-рентгенолога, врача лучевой  
диагностики)

Дата проведения \_\_\_\_\_

Результаты второго чтения (заполняется на другом листе):

Наименование государственной организации здравоохранения

№ телефона \_\_\_\_\_

Категория по BI-RADS: \_\_\_\_\_. Тип плотности \_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия врача-рентгенолога, врача лучевой  
диагностики)

Результаты третьего чтения:

Наименование государственной организации здравоохранения

№ телефона \_\_\_\_\_

Категория по BI-RADS \_\_\_\_\_. Тип плотности \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия врача-рентгенолога, врача лучевой  
диагностики)

Дата проведения \_\_\_\_\_



## Категория BI-RADS

Для интерпретации результатов маммографического исследования используется категория BI-RADS, которая позволяет оптимизировать медицинскую помощь и достичь ее эффективности. Каждой категории оценки соответствуют рекомендации по дальнейшему ведению пациентки:

категория 0 – используется для оценки скрининговых маммограмм, оценка исследования не завершена, пациенткам требуется дообследования, в первую очередь рентгенологическое; данная категория устанавливается также в случае выполнения маммограмм низкого качества;

категория 1 – пациентки с отсутствием патологических изменений в ткани молочной железы;

категория 2 – пациентки с доброкачественными и/или неопухолевыми изменениями в молочных железах (врачом-рентгенологом выявленные изменения указываются в заключении);

категория 3 – применяется при проведении диагностической маммографии и не применяется при скрининге, означает высокую уверенность лучевого диагноста в доброкачественном характере выявленных изменений, вместе с тем необходим контроль через короткий интервал времени, чтобы убедиться в отсутствии роста – обычно через 6 мес.;

категория 4 – пациентки с рентгенологическими признаками, подозрительными на рак молочной железы;

категория 5 – пациентки с рентгенологическими признаками рака молочной железы.

Кроме того, врачом-рентгенологом оценивается рентгеновская плотность ткани молочной железы:

тип а – (почти) полная жировая инволюция молочных желез;

тип b – отдельные участки фиброзно-железистой ткани высокой плотности;

тип с – неоднородная плотность молочных желез, которая может маскировать небольшие патологические образования;

тип d – высокая плотность молочных желез, что снижает чувствительность метода.

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
06.04.2023 № 485

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ о порядке организации и проведения скрининга рака предстательной железы

1. Настоящие Методические рекомендации определяются порядок организации и проведения скрининга рака предстательной железы (далее – скрининг РПЖ).

2. Скрининг рака РПЖ проводится мужчинам в возрасте 50-65 лет 1 раз в 2 года путем определения в крови уровня общего простатспецифического антигена (далее – ПСА) в рамках организованного скрининга РПЖ в центрах скрининга рака (далее – Центр) по месту жительства (месту пребывания) участников программы.

3. Патологическим считается уровень общего ПСА выше 4 нг/мл. При уровне общего ПСА выше 4 нг/мл и (или) ранее выполненной трепан-биопсии кратность определения – один раз год.

4. Скрининг РПЖ не проводится:  
мужчинам моложе 50 и старше 65 лет;  
мужчинам 50-65 лет при наличии у них в анамнезе РПЖ или подозрения на РПЖ.

5. Решение об участии в скрининге РПЖ мужчин с соматическими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации принимается врачом общей практики совместно с врачом-онкологом.

6. Формирование электронной базы данных мужчин целевой группы, подлежащих скринингу РПЖ, осуществляется сотрудниками Центра на основании информации, предоставленной врачом общей практики, с обязательным ежегодным обновлением.

Электронная база данных мужчин целевой группы формируется по форме согласно приложению 1.

7. Определение уровня ПСА в крови осуществляется в лаборатории государственной организации здравоохранения по месту жительства (пребывания) участников скрининга.

8. Для снижения частоты ложноположительных результатов при взятии крови для определения уровня ПСА должны соблюдаться следующие условия:

необходимо сообщить врачу о приеме таких препаратов, как

финастерид (проскар, пенестер, финаст) или дутастерид (аводарт), которые снижают уровень ПСА;

в случае выполнения по медицинским показаниям таких манипуляций, как трансректальное ультразвуковое исследование (ПРИ и ТРУЗИ), катетеризация мочевого пузыря, массаж предстательной железы, цистоскопия, колоноскопия, биопсия предстательной железы, операции в области нижнего отдела мочеполовой системы (трансуретральная резекция, аденомэктомия), исследование на ПСА проводится не ранее, чем через 4 недели;

за 4-5 дней до обследования нежелательны: половые контакты, приемы алкоголя;

обследование не должно проводиться на фоне острых воспалительных заболеваний мочеполовой системы.

9. Информирование мужчин о результатах исследования осуществляется медицинскими работниками Центра в срок не позднее 2-х недель с момента взятия анализа с предоставлением выписки из медицинских документов по форме и в порядке, установленным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. № 92, которая содержит результат лабораторного исследования и последующую тактику по медицинскому наблюдению.

10. Тактика медицинского наблюдения зависит от результатов скринингового обследования:

при нормальном уровне ПСА дату следующего визита определяют через 2 года;

при повышенном уровне общего ПСА (выше 4 нг/мл) необходимо через 2 недели повторно определить содержание общего ПСА в плазме крови при соблюдении всех стандартных условий (в той же лаборатории, на том же анализаторе, с использованием того же метода);

в случае нормального значения ПСА при повторном тестировании биопсия предстательной железы не проводится, пациенту рекомендуется продолжить участие в скрининге;

при повышенном уровне общего ПСА при повторном тестировании показана консультация врача-уролога для решения вопроса о 12-точечной биопсии предстательной железы под контролем УЗ-датчика.

11. В ходе первичной консультации врачом-урологом Центра:

определяется целесообразность и необходимость дальнейшего обследования с учетом соотношения риск/польза;

выполняется пальцевое ректальное исследование предстательной железы;

в доступной форме пациент информируется о результатах исследования; оформляется информированное согласие пациента на процедуру; назначается подготовка к биопсии.

12. Методом выбора, позволяющим получить морфологическое подтверждение диагноза РПЖ, является трансректальная мультифокальная пункционная биопсия предстательной железы под ультразвуковым наведением. Биопсию предстательной железы можно также произвести через промежность или трансуретрально. Материал для гистологического исследования должен забираться из 12 точек предстательной железы (систематическая биопсия). При объеме предстательной железы менее 30 см<sup>3</sup> биопсия выполняется не менее чем из 8 точек. Биопсия предстательной железы проводится в стационарных условиях или в отделении дневного пребывания. Если пациент постоянно принимает антикоагулянты, биопсия выполняется в условиях стационара. После завершения процедуры биопсии пациенты должны находиться под наблюдением врача не менее 1 часа.

13. Медицинским работником после проведения исследования заполняется направление биопсийного материала на гистологическое исследование по форме согласно приложению 2.

14. В комплекс подготовки перед биопсией следует исключить обильный прием пищи накануне процедуры, очистить кишечник (очистительная клизма, прием слабительного по схеме), проведение антибиотикопрофилактики (Ципрофлоксацин 500 мг каждые 12 часов, начиная за 2 часа до процедуры и далее в течение 1-3 суток. При аллергии на фторхинолоны может использоваться комбинация сульфаметоксазола и триметоприма 960 мг каждые 12 часов, начиная за 2 часа до процедуры и далее в течение 1-3 суток)

15. Данные о результатах биопсии отправляются медицинским работником в центр скрининга рака.

16. В случае морфологического подтверждения РПЖ мужчины направляются для консультации и дополнительного обследования к врачу-онкологу в организации здравоохранения, выполняющие функции областного онкологического диспансера, с обязательной пометкой в направлении «СКРИНИНГ».

16. Результаты дополнительного обследования и заключение врачебной консультации, выполненные в областном онкологическом диспансере, передаются в Центр по месту проживания (пребывания) мужчины для внесения указанной информации в электронную базу данных.

Приложение 1  
к Методическим  
рекомендациям о порядке  
и организации проведения  
скрининга предстательной  
железы

Форма

Электронная база данных пациентов, подлежащих скринингу рака  
предстательной железы (заполняется в EXCEL)

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)	Идентификационный номер (14-значный)	Дата рождения (здесь и далее – в формате ДД.ММ.ГГГГ)	Адрес, телефон домашний, мобильный, e-mail
1	2	3	4

Раунд скрининга (для пациента – 1, 2, 3, ...)	Вид приглашения (письмо, телефонный звонок, иное)	Дата приглашения	Дата повторного приглашения
5	6	7	8

Дата сдачи теста на ПСА (дата отказа от участия)	Дата получения теста на ПСА	Результат теста на ПСА, нг/мл
9	10	11

Дата приглашения на биопсию	Дата биопсии	Биопсия под контролем: 1 (УЗИ), 2 (ПРИ)	Количество точек, из которых выполнена биопсия
12	13	14	15

Результат биопсии: 1 (РПЖ), 2 (нельзя исключить РПЖ), 3 (Изолированная простатическая интраэпителиальная неоплазия, далее – ПИН, высокой степени), 4 (РПЖ не выявлен)	Микроскопическая картина: 1 (аденокарцинома обычная), 2 (аденокарцинома простатических протоков), 3 (муцинозная/коллоидная аденокарцинома), 4 (перстневидно-клеточный рак), 5 (аденосквамозный рак), 6 (мелкоклеточный рак), 7 (саркоматоидный рак), 8 (недифференцированный рак), 9 (переходно-клеточный рак, указать Grade), 10 (другое, указать), 11 (норма), 12 (ПИН высокой степени), 13 (атипичная аденоматозная гиперплазия), 14 (воспаление, указать тип)
16	17

В случае рака указать первичную дифференцировку по Gleason: 1 (grade 1), 2 (grade 2), 3 (grade 3), 4 (grade 4), 5 (grade 5), 6 (не применима), 7 (не установлена)	Общая сумма Gleason	% предстательной железы, пораженный опухолью	Суммарная длина опухоли, мм / длина столбиков, мм	Число столбиков с опухолью / общее число столбиков
18	19	20	21	22

T N M	Стадия	Grade
23	24	25

Приложение 2  
к Методическим  
рекомендациям о порядке  
и организации проведения  
скрининга предстательной  
железы

Форма

Направление биопсийного материала на гистологическое исследование

Направление на морфологическое исследование		
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____		
Возраст _____	Карта стационарного пациента № _____	
Отделение _____		
Процедура _____		
<input type="checkbox"/> Биопсия иглой 14G	Локализация биоптатов:	
<input type="checkbox"/> Биопсия иглой 18G	<input type="checkbox"/> Под УЗ-контролем	
<input type="checkbox"/> Препарат после ТУР	<input type="checkbox"/> Под контролем ПРИ	
<input type="checkbox"/> Готовый микропрепарат	Кол-во столбиков _____	
Другое (указать) _____		
Предыдущие цитологические и гистологические исследования (№, год, результат) _____		
Проведенное лечение		
<input type="checkbox"/> Лучевая терапия	Доза _____ Гр Интервал перед биопсией _____	
<input type="checkbox"/> Гормональное лечение	Длительность перед биопсией _____	
Клинические данные _____		
ПСА _____ Не известно <input type="checkbox"/>		
Клинический диагноз (TNM) _____		
T _____ N _____ M _____ Стадия _____		
Дата _____ Подпись врача, телефон _____		
Морфологическое исследование № _____		
Макроскопически _____		
Микроскопически		
Гистологический тип	<input type="checkbox"/> Не может быть установлен	<input type="checkbox"/> Недифференцированный рак
	<input type="checkbox"/> Аденокарцинома (обычная)	<input type="checkbox"/> Переходно-клеточный рак (указать grade) _____
	<input type="checkbox"/> Аденокарцинома простатических протоков	<input type="checkbox"/> Другое (указать): _____
	<input type="checkbox"/> Муцинозная (коллоидная) аденокарцинома	<input type="checkbox"/> Норма
	<input type="checkbox"/> Перстневидно-клеточный рак	<input type="checkbox"/> изолированная ПИН высокой степени
	<input type="checkbox"/> Аденосквамозный рак	<input type="checkbox"/> Атипичная мелкоацинарная пролиферация
	<input type="checkbox"/> Мелкоклеточный рак	<input type="checkbox"/> Доброкачественная гиперплазия
	<input type="checkbox"/> Саркоматоидный рак	<input type="checkbox"/> Воспаление (тип): _____

Степень злокачественности	Дифференцировка по Gleason (если присутствует 3 варианта, использовать наиболее распространенную и наихудшую из оставшихся):	
	<input type="checkbox"/> Не применима	Вторичная дифференцировка
	<input type="checkbox"/> Не может быть установлена	<input type="checkbox"/> Grade 1
	Первичная дифференцировка	<input type="checkbox"/> Grade 2
	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 3
	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 4
	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 5
	<input type="checkbox"/> Grade 4	
	<input type="checkbox"/> Grade 5	Общая сумма Gleason _____
Количественная характеристика	Препарат игольной биопсии:	Препарат после ТУР:
	Процент ткани предстательной железы, пораженный опухолью: _____ %	Процент ткани предстательной железы, пораженный опухолью: _____ %
	и/или Суммарная длина опухоли/длина столбиков: _____ / _____	<input type="checkbox"/> Опухоль обнаружена случайно в $\leq 5\%$ резецированной ткани
	Число позитивных столбиков/общее число столбиков: _____ / _____	<input type="checkbox"/> Опухоль обнаружена случайно в $> 5\%$ резецированной ткани
Инвазия	Инвазия в перипростатическую жировую ткань	Перинеуральная инвазия
	<input type="checkbox"/> Не обнаружена	<input type="checkbox"/> Не обнаружена
	<input type="checkbox"/> Присутствует	<input type="checkbox"/> Присутствует
	Инвазия в семенные пузырьки	Лимфатическая инвазия
	<input type="checkbox"/> Не обнаружена	<input type="checkbox"/> Отсутствует
<input type="checkbox"/> Присутствует	<input type="checkbox"/> Присутствует	
Дополнительные находки	Отметить все обнаруженное:	<input type="checkbox"/> Невозможно определить
	<input type="checkbox"/> Не обнаружены	<input type="checkbox"/> Доброкачественная гиперплазия
	<input type="checkbox"/> изолированная ПИН высокой степени	<input type="checkbox"/> Воспаление (тип): _____
	<input type="checkbox"/> Атипичная мелкоацинарная пролиферация	<input type="checkbox"/> Другое (указать): _____
Комментарии:		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
«	»	20 г.
		Врач _____



УТВЕРЖДЕНО  
Приказ  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
06.04.2023 № 485

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ о порядке организации и проведения скрининга колоректального рака

1. Настоящие Методические рекомендации определяют порядок организации и проведения скрининга колоректального рака (далее – скрининг КРР).

2. Скрининг КРР проводится мужчинам и женщинам в 50, 55, 60 лет с учетом года и (или) месяца рождения посредством выполнения тотальной колоноскопии под анестезией (седацией) с одномоментной санацией при выявлении в толстой кишке полипообразных образований в центрах скрининга рака (далее – Центр).

3. Формирование списка целевой группы пациентов, подлежащих скринингу КРР, осуществляется по форме согласно приложению 1 с использованием электронной базы данных.

Прошедшие скрининг, приглашаются на повторное исследование в соответствии с приложением 2.

4. Скрининг КРР не проводится у мужчин и женщин, у которых имеются:

- в анамнезе КРР или наличие аденоматозных полипов;
- неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона);

- симптомы заболеваний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, включающие: эпизоды (два и более) выделения крови в кале за последние 6 месяцев, железодефицитная анемия, значительная потеря веса без обоснованной причины за последние 6 месяцев;

- близкие родственники (родители, родные братья/сестры, дети) с наличием в анамнезе КРР или аденоматозных полипов (они относятся к группе повышенного риска и обследуются индивидуально в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения;

- резекция толстой кишки в анамнезе;

- ранее проведенное эндоскопическое или рентгенологическое обследование толстой кишки (сигмоскопия в течение последних 5 лет, колоноскопия в течение последних 10 лет, ирригоскопия или КТ-видеоколонография в течение последних 5 лет);

- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний;

неконтролируемое нарушение коагуляции.

5. Решение об участии в скрининге КРР мужчин и женщин с соматическими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации принимается врачами общей практики совместно с врачом-онкологом.

6. Перед выполнением скрининговой колоноскопии участников программы скрининга КРР осматривает врач-анестезиолог-реаниматолог.

7. Перед проведением скрининговой колоноскопии участники программы скрининга КРР информируются медицинским работником центра скрининга рака о диагностической ценности предстоящего исследования, о возможных нежелательных последствиях и осложнениях, связанных с подготовкой к исследованию, проведением колоноскопии и анестезии, оформляют и подписывают информированное добровольное согласие на проведение исследования в соответствии с законодательством.

8. Выполнение скрининговой колоноскопии под анестезией/седацией проводится в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях здравоохранения с учетом лечебно-диагностических возможностей, материально-технической базы государственной организации здравоохранения.

9. В случае морфологического подтверждения КРР участники программы скрининга КРР направляются для медицинского осмотра (врачебной консультации) и дополнительного обследования к врачу-онкологу в государственную организацию здравоохранения, выполняющую функцию областного онкологического диспансера, с обязательной пометкой в направлении «СКРИНИНГ».

10. Результаты медицинского осмотра (врачебной консультации), дополнительного обследования, выполненные в областном онкологическом диспансере, передаются в центр скрининга рака по месту проживания (пребывания) участников программы скрининга КРР для внесения в электронную базу данных.

Приложение 1  
к Методическим  
рекомендациям о порядке  
и организации проведения  
скрининга  
колоректального рака

Форма

Электронная база данных пациентов, подлежащих скринингу  
колоректального рака (заполняется в EXCEL)

Фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется)	Идентификационный номер (из паспорта – 14 цифр и букв)	Дата рождения (здесь и далее – в формате ДД.ММ.ГГГГ)	Пол
1	2	3	4

Место жительства (регистрации)	Контактные данные (адрес, телефон домашний/мобильный, e- mail)	Дата приглашения	Дата колоноскопии
5	6	7	8

Полипы (аденомы) (нет-0, есть- 1)	Удалены все (нет- 0, да-1)	Причины неполного удаления (большой размер, планируется удаление в несколько этапов-1, эндоскопическое удаление не выполнимо-2, биопсия при подозрении на рак-3, осложнение при колоноскопии-4, другое-5)	Морфологическое заключение
9	10	11	12

TNM	Стадия	Дата операции (начала иного лечения)	Дата принятия решения о завершении тура скрининга
13	14	15	16

Приложение 2  
к Методическим  
рекомендациям о порядке  
и организации проведения  
скрининга  
колоректального рака

Периодичность проведения колоноскопии

Варианты распространения полипов	Колоноскопический контроль
Отсутствие полипов во время колоноскопии	Через 10 лет
Группа низкого риска (пациенты с 1-2 тубулярными аденомами < 10 мм и дисплазией низкой степени; пациенты с зубчатыми образованиями < 10 мм при отсутствии дисплазии)	Через 5 лет
Группа высокого риска (пациенты с ворсинчатыми аденомами, либо аденомами с высокой степенью дисплазии, либо аденомами размером $\geq 10$ мм, либо при наличии $\geq 3$ аденом; пациенты с зубчатыми аденомами $\geq 10$ мм или с наличием дисплазии)	Через 3 года
$\geq 10$ аденом, обнаруженных при одном исследовании	Рекомендуется проведение молекулярно-генетическое консультирование для исключения генетически обусловленных полипозных синдромов.
Гиперпластический (зубчатый) полипозный синдром	Колоноскопия 1 раз в 2 года
Фрагментарное удаление полипов	Через 3-6 месяцев. При нормальной макроскопической картине участка после полипэктомии и отрицательных результатах биопсии из зоны (рубца) удаленного полипа во время первой мониторинговой колоноскопии следующее исследование рекомендуется через 1 год

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
06.04.2023 № 485

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ о порядке организации и проведения скрининга рака шейки матки

1. Настоящие Методические определяют порядок организации и проведения скрининга рака шейки матки (далее – скрининг РШМ).

2. Скрининг РШМ проводится здоровым женщинам целевой группы, которым в текущем году на момент тестирования исполнилось 30, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет, не предъявляющим жалоб на момент взятия материала, в рамках программы организованного скрининга РШМ в центрах скрининга рака (далее – Центр) по месту жительства (пребывания) женщины 1 раз в 5 лет в соответствии с приложением 1.

3. Планирование врачом-акушер-гинекологом списка целевой группы из числа женщин проводится с учетом их года и (или) месяца рождения с использованием электронной базы государственной организации здравоохранения по форме в соответствии с приложением 2 к настоящей Рекомендации с последующей передачей списков в Центр.

На основании электронной базы данных женщин, подлежащих скринингу РШМ, медицинские работники Центра составляют план-график вызова женщин, подлежащих обследованию в течение года, с ежемесячной разбивкой для взятия биологического материала для выполнения ВПЧ-теста.

4. Скрининг РШМ не проводится у женщин:

с подозрением на РШМ или с диагнозом РШМ в анамнезе;

перенесших тотальную гистерэктомию (удаление матки и шейки матки) вследствие причин, не связанных с раком или предопухолевым состоянием шейки матки;

не имевших половых контактов.

Решения об участии в скрининге РШМ женщин с соматическими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации принимаются врачом общей практики совместно с врачом-акушер-гинекологом.

5. Взятие биологического материала для исследования на вирус папилломы человека (далее – ВПЧ) проводится акушеркой Центра по месту жительства (месту пребывания) женщины.

После забора биологический материал направляют в ГУ «РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова», на определение наличия 14 генотипов

ВПЧ высокого канцерогенного риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 и 68 генотипа) с отдельной идентификацией 16-го и 18-го генотипов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

6. Информация о результатах исследования биологического материала на ВПЧ предоставляется в Центр по месту жительства (месту пребывания) женщины в срок не позднее 10 рабочих дней со дня доставки материала для исследования в соответствующую ПЦР-лабораторию.

7. Информирование женщин о результатах исследования осуществляется медицинским работникам Центра в срок не позднее 30 календарных дней с момента взятия биологического материала. В обязательном порядке женщине предоставляется выписка из медицинских документов по форме и в порядке, установленным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. № 92 «Об установлении форм «Медицинская справка о состоянии здоровья», «Выписка из медицинских документов» в которую вносится заключение о результате ВПЧ-тестирования.

8. Забор биологического материала для исследования на ВПЧ осуществляется медицинским работникам Центра с соблюдением правил (условий):

- мазки берутся не ранее чем на 5 день от начала менструального цикла и не позднее, чем за 5 дней до его предполагаемого начала;

- мазки не берутся в течение 24 часов после использования лубрикантов, раствора уксуса или Люголя, тампонов или спермицидов, спринцевания, введения во влагалище медикаментов, свечей, кремов, в том числе гелей для выполнения ультразвукового исследования;

- мазки берутся не ранее 48 часов после полового контакта;

- забор биологического материала не осуществляется ранее, чем через 2 месяца после перенесенной острой инфекции;

- забор биологического материала проводится при положении женщины лежа в смотровом кресле;

- слизь и выделения из половых путей удаляются сухой салфеткой;

- забор материала проводится с помощью одноразовой стерильной щетки типа cervex-brush или cyto-brush, combi-brush

9. Забор биологического материала для ВПЧ-тестирования должен выполняться до проведения бимануального исследования, до взятия мазка для выявления возбудителей инфекций, передающихся половым путем, до выполнения кольпоскопии и других различных гинекологических манипуляций.

10. Бланк направления для исследования биологического материала на ВПЧ оформляется в соответствии с приложением 3.

11. Тактика врача-акушер-гинеколога зависит от результатов скринингового обследования:

при отрицательном исследовании биологического материала на ВПЧ дату последующего визита определяют через 5 лет;

при положительном исследовании биологического материала на ВПЧ женщина в течение 30 календарных дней после получения положительного результата должна быть направлена на кольпоскопию с прицельной биопсией, при этом максимальный срок диагностики не должен превышать 60 календарных дней от даты получения результата ВПЧ.

12. При направлении на кольпоскопию каждой женщине в устной или письменной (в виде памятки) форме должна быть доведена следующая информация:

о результате ВПЧ-теста;

об алгоритме необходимого обследования в случае положительного ВПЧ-теста;

о враче-акушер-гинекологе, который будет выполнять кольпоскопию, контактном телефоне, дате выполнения кольпоскопии;

о времени и месте получения результатов прицельной биопсии.

Кольпоскопию с биопсией шейки матки проводят в первую фазу менструального цикла, наиболее оптимальный период для проведения обследования – на 7-10-й день цикла.

13. Биопсия шейки матки (прицельная, эксцизионная, эндоцервикальный кюретаж) выполняется врачами-специалистами Центра под обязательным контролем кольпоскопии.

14. Прицельная биопсия проводится:

под обязательным контролем кольпоскопии;

с использованием биопсийных щипцов, радио или электроволновой петли, или скальпеля;

биологический материал включает зону поврежденного эпителия и подлежащую строму на глубину не менее 7 мм.

Мазки для цитологического исследования под контролем кольпоскопии не выполняют.

15. Последующее ведение женщин с положительным результатом исследования биологического материала на ВПЧ определяется в зависимости от морфологического заключения, полученного при прицельной биопсии под контролем кольпоскопии, в соответствии с приложением 4 и 5.

16. В случае необходимости направления женщины на врачебную консультацию и дообследование к врачу-онкологу организации здравоохранения, выполняющие функции онкологического диспансера.

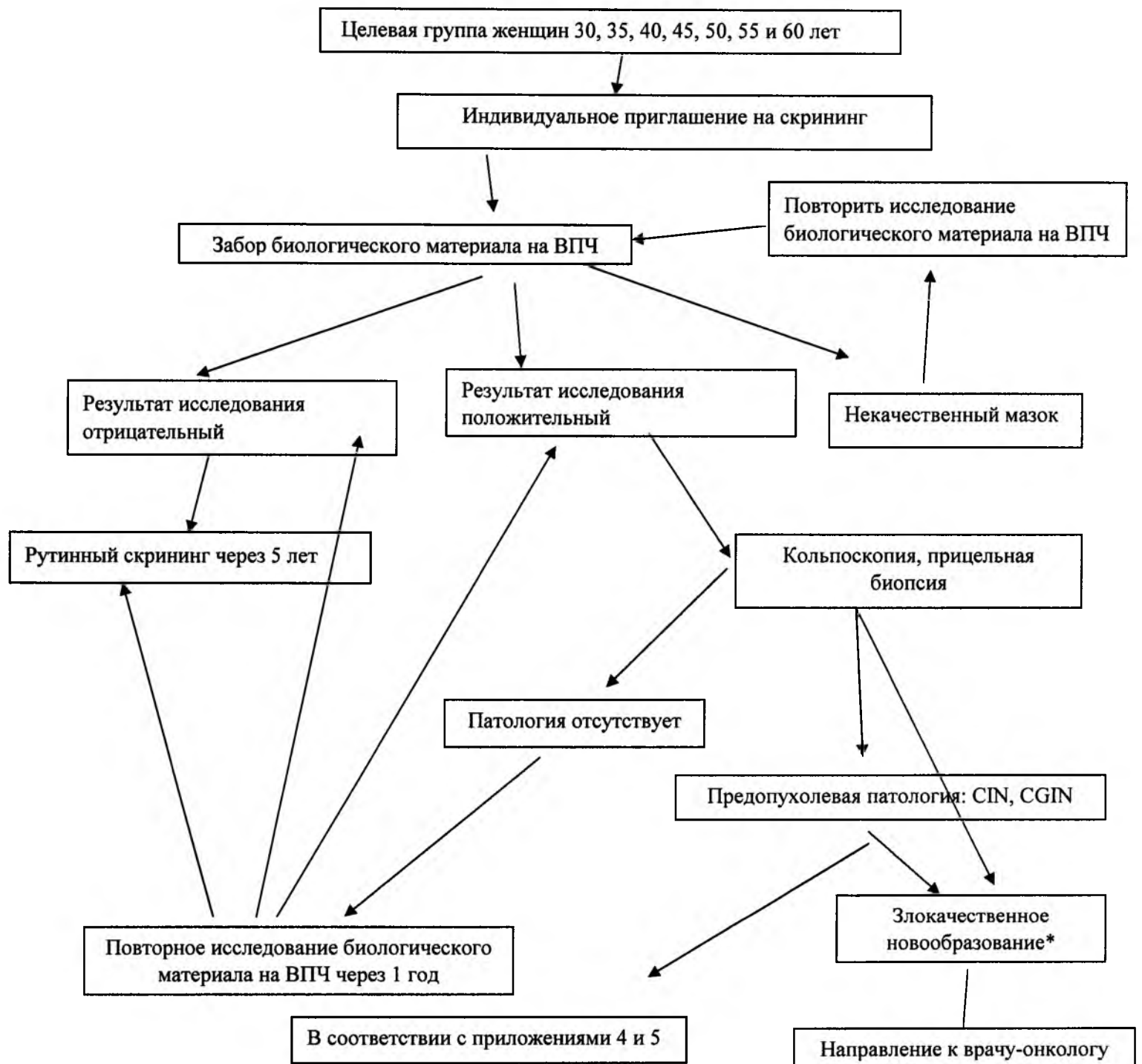
При этом на направлении делается отметка «СКРИНИНГ».

17. Окончательный диагноз изменений в шейке матки устанавливается по результатам гистологического заключения.

18. Оценку качества проведения скрининга РШМ осуществляет сотрудники мультидисциплинарной группы по скринингу и ранней диагностике рака ГУ «РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова».



## ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА РШМ



\*При выявлении инвазивного (микроинвазивного) злокачественного новообразования на любом этапе скрининга показано направление в государственную организацию здравоохранения, выполняющую функции онкологического диспансера.

Приложение 2  
к Методическим  
рекомендациям о порядке  
и организации  
проведения скрининга  
рака шейки матки  
Форма

**Электронная база данных женщин, подлежащих скринингу РШМ  
(заполняется в EXCEL)**

Фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется)	Идентификационный номер	Дата рождения	Адрес, телефон домашний, мобильный, e-mail
1	2	3	4
	Из паспорта (14 цифр и букв)	Здесь и далее – в формате ДД.ММ.ГГГГ	

Раунд скрининга (для пациентки)	Вид приглашения (письмо, телефонный звонок, иное)	Дата взятия мазка	Дата и результат ВПЧ-теста
5	6	7	8

Дата и заключение кольпоскопии	Дата и гистотолгическое заключение биоптата	При установлении рака: TNM, стадия, объем проведенного лечения, результат	Примечание (неявка на скрининг, дообследование не выполнено, отказ от проведения скрининга и иное.)
9	10	11	12

Приложение 3  
к Методическим  
рекомендациям о порядке  
и организации  
проведения скрининга  
рака шейки матки

**Направление биологического материала на исследование ВПЧ**

Отрывной корешок направления на ВПЧ-тест

Направление в \_\_\_\_\_  
(наименование организации здравоохранения)  
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Идентификационный № \_\_\_\_\_  
Адрес проживания \_\_\_\_\_ номер телефона \_\_\_\_\_  
Дата взятия мазков « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Дата направления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

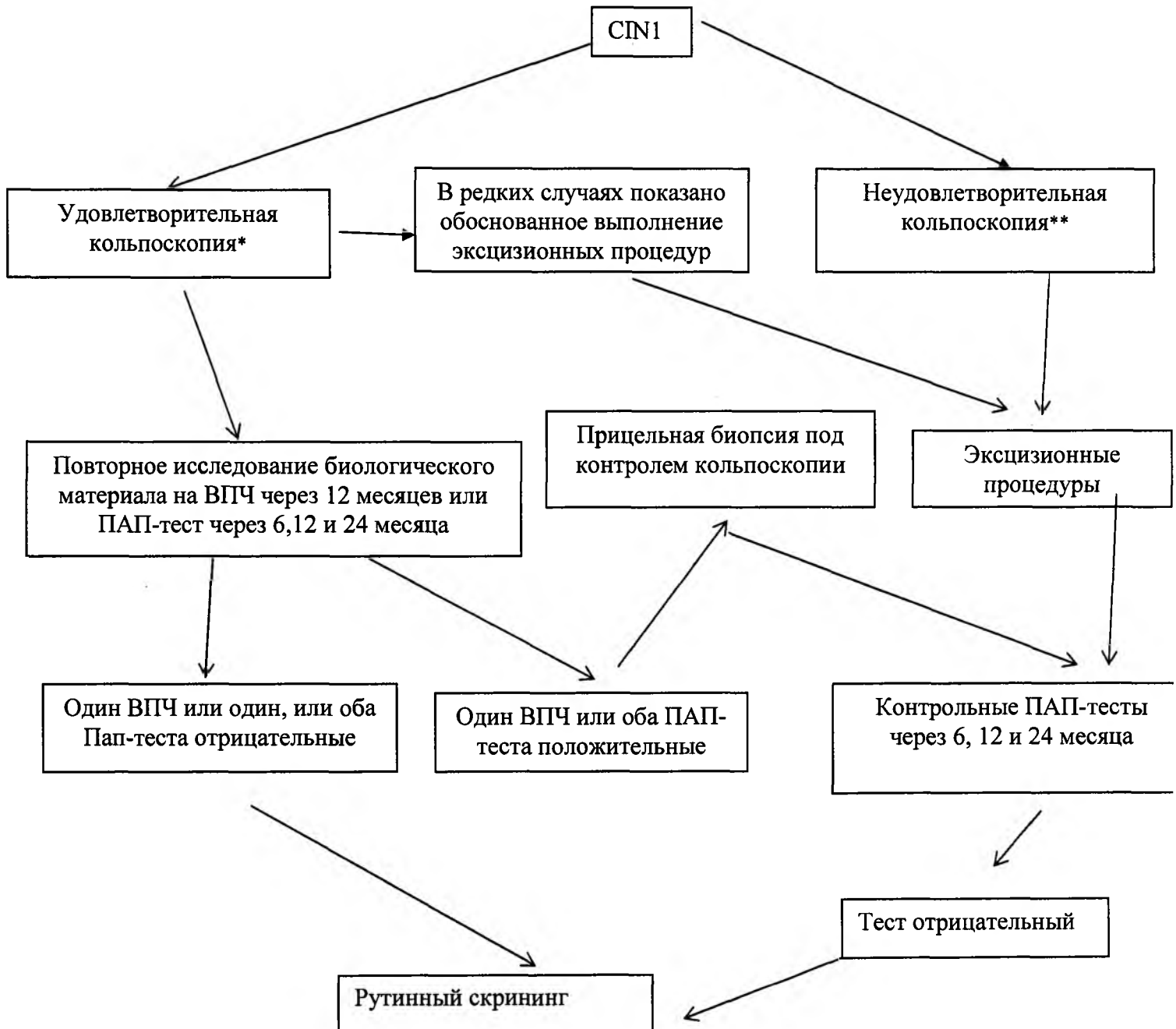
**Направление биологического материала на исследование ВПЧ**

Направление в \_\_\_\_\_  
(наименование организации здравоохранения)  
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Идентификационный № \_\_\_\_\_  
Адрес проживания \_\_\_\_\_ номер телефона \_\_\_\_\_  
Дата начала последнего менструального цикла « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Прием гормональных препаратов, длительность да/нет, длительность приема \_\_\_\_\_  
Перенесенные операции \_\_\_\_\_  
Дата последней беременности (лактации) \_\_\_\_\_  
(в интервале 3-х лет)  
Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Заключение исследования биологического материала на ВПЧ**

Наименование государственной организации здравоохранения \_\_\_\_\_  
N телефона лаборатории \_\_\_\_\_  
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента \_\_\_\_\_  
Дата выполнения исследования « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Заключение \_\_\_\_\_  
Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

## АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЖЕНЩИН С CIN1 (LSIL) ПОСЛЕ ПРИЦЕЛЬНОЙ БИОПСИИ



\*Многослойный плоский эпителий (зрелый, атрофичный);  
эктопия и эктропион – наличие цилиндрического эпителия на экзоцервиксе;  
метаплазированный эпителий (зона трансформации с наботковыми кистами, открытыми устьями желез).

\*\*Воспаление эндо- и экзоцервикса с фибриновыми наложениями;  
обильные гнойные выделения, выраженная гиперемия, кандидозные наложения, кровоточивость;  
смыкание стенок влагалища над шейкой матки (чаще всего в 3 триместре беременности), деформация шейки матки;  
стык эпителиев не определяется и располагается в эндоцервиксе, 3 тип зоны трансформации.

**АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ  
CIN2+ (HSIL), CGIN ПОСЛЕ ПРИЦЕЛЬНОЙ БИОПСИИ**

