

**Утверждено:**  
Региональная общественная  
организация "Общество Специалистов  
Поддерживающей Терапии  
в Онкологии"

\_\_\_\_\_  
м.п.

**Утверждено:**  
Общероссийская общественная  
организация "Российское общество  
клинической онкологии"

\_\_\_\_\_  
м.п.

**Утверждено:**  
Общероссийский национальный союз  
"Ассоциация онкологов России"  
Протокол от «01» февраля 2020 г.  
№1/ЗП/2020

\_\_\_\_\_  
Президент АОР, академик РАН  
Каприн А.Д.

\_\_\_\_\_  
м.п.

### Клинические рекомендации

# Опухоли невыявленной первичной локализации

Кодирование по Международной С76–С80  
статистической классификации болезней и  
проблем, связанных со здоровьем:

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: 20\_\_ г.

Разработчики клинических рекомендаций:

- Общероссийский национальный союз "Ассоциация онкологов России"
- Региональная общественная организация "Общество Специалистов Поддерживающей Терапии в Онкологии"
- Общероссийская общественная организация "Российское общество клинической онкологии"

«Одобрено на заседании научно-практического совета Министерства здравоохранения  
Российской Федерации (протокол от 20.12.2019 г. №10/2-3-4)»

## Оглавление

|   |           |
|---|-----------|
| Список сокращений .....   | 5         |
| Термины и определения.....  | 7         |
| <b>1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1.4. Кодирование заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).....</b> | <b>10</b> |
| <b>1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....</b>   | <b>12</b> |
| <b>2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики..</b>                             | <b>13</b> |
| <b>2.1. Жалобы и анамнез .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>2.2. Физикальное обследование.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>2.3. Лабораторная диагностика.....</b>   | <b>14</b> |
| <b>2.4. Инструментальная диагностика.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>2.5. Иная диагностика .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....</b>            | <b>19</b> |
| <b>3.1. Лечение пациентов с аденокарциномой или низкодифференцированной карциномой с изолированным поражением лимфатических узлов шеи (включая надключичную область) .....</b>              | <b>20</b> |

|  |    |
|--|----|
| 3.2. Лечение пациентов с аденокарциномой или низкодифференцированной карциномой с изолированным поражением аксиллярных лимфатических узлов .....   | 20 |
| 3.3. Лечение пациентов с аденокарциномой или низкодифференцированной карциномой с преимущественным поражением лимфоузлов осевой локализации (средостенных – у пациентов моложе 50 лет, забрюшинных)..... | 21 |
| 3.4. Лечение пациентов старше 50 лет с аденокарциномой или низкодифференцированной карциномой, а также пациентов с плоскоклеточным раком с преимущественным поражением средостения ....                  | 22 |
| 3.5. Лечение пациентов с низкодифференцированной нейроэндокринной карциномой невыясненной первичной локализации .....  | 22 |
| 3.6. Лечение пациентов с высокодифференцированными нейроэндокринными опухолями с низкой пролиферативной активностью .....  | 22 |
| 3.7. Лечение пациенток женского пола с канцероматозом брюшины.....   | 23 |
| 3.8. Лечение пациентов с плоскоклеточным раком с поражением лимфоузлов головы и шеи .....  | 23 |
| 3.9. Лечение пациентов мужского пола с аденокарциномой неясной первичной локализации и остеосклеротическими метастазами в костях и/или повышением ПСА.....   | 23 |
| 3.10. Лечение пациентов с меланомой или саркомой невыясненной первичной локализации .....  | 24 |
| 3.11. Лечение пациентов с ОНПЛ, не относящихся к вышеперечисленным группам.....  | 24 |
| 3.12. Поддерживающая (сопроводительная) терапия.....   | 29 |
| 3.13. Обезболивающая терапия .....   | 31 |
| 3.14. Диетотерапия .....   | 31 |
| 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации .....  | 31 |
| 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....   | 32 |
| 6. Организация медицинской помощи .....  | 33 |
| 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....   | 36 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Критерии оценки качества медицинской помощи .....</b>   | <b>37</b> |
| <b>Список литературы.....</b>  | <b>39</b> |
| <b>Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций .....</b>  | <b>44</b> |
| <b>Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....</b>   | <b>48</b> |
| <b>Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....</b> | <b>52</b> |
| <b>Приложение Б. Алгоритмы действий врача .....</b>  | <b>53</b> |
| <b>Приложение В. Информация для пациента .....</b>   | <b>59</b> |
| <b>Приложение Г1–Г3. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....</b>  | <b>60</b> |
| <b>Приложение Г1. Шкала оценки тяжести состояния пациента по версии ВОЗ/ECOG [49] .....</b>  | <b>60</b> |
| <b>Приложение Г2. Шкала Карновского [50].....</b>  | <b>62</b> |
| <b>Приложение Г3. Визуально-аналоговая шкала оценки болевого синдрома [51] .....</b>   | <b>63</b> |

## Список сокращений

- АЛТ** – аланинаминотрансфераза
- АСТ** – аспаратаминотрансфераза
- АФП** – альфа-фетопротеин
- в/в** – внутривенный, внутривенно
- ВПО** – выявленный первичный очаг
- ИГХ** – иммуногистохимическое исследование
- ИЦХ** – иммуноцитохимическое исследование
- КТ** – компьютерная томография
- ЛДГ** – лактатдегидрогеназа
- ЛТ** – лучевая терапия
- ЛУ** – лимфатические(ий) узлы(узел)
- МКБ-10** – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
- МРТ** – магнитно-резонансная томография
- ОНПЛ** – опухоли невыявленной первичной локализации
- ПСА** – простатспецифический антиген
- ПЦР** – полимеразная цепная реакция
- ПЭТ** – позитронно-эмиссионная томография
- ПЭТ-КТ** – позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией
- РМЖ** – рак молочной железы
- РП** – рак печени
- РФП** – радиофармацевтический препарат
- рчГ-КСФ** – рекомбинантный человеческий гранулоцитарный колониестимулирующий фактор
- РЭА** – раково-эмбриональный антиген
- РЯ** – рак яичников
- УЗИ** – ультразвуковое исследование
- ФН** – фебрильная нейтропения
- ХГЧ** – хорионический гонадотропин человека
- $\beta$ -ХГЧ** – бета-субъединица хорионического гонадотропина человека
- ЩФ** – щелочная фосфатаза
- ЭГДС** – эзофагогастродуоденоскопия

**ECOG PS** (англ. Eastern Cooperative Oncology Group performance status) – оценка общего состояния онкологического пациента по шкале, разработанной Восточной объединенной группой онкологов

**ER/ЭР** (англ. estrogen receptors) – рецепторы эстрогена

**ERAS** (англ. early rehabilitation after surgery) – ранняя реабилитация после операции

**ESMO** (англ. European Society for Medical Oncology) – Европейское общество медицинской онкологии

**FISH** (англ. fluorescence *in situ* hybridization) – флуоресцентная *in situ* гибридизация

**MSI** (англ. microsatellite instability) – микросателлитная нестабильность

**NCCN** (англ. National Comprehensive Cancer Network) – Национальная комплексная сеть по борьбе с раком (США)

**PR/ПР** (англ. progesterone receptors) – рецепторы прогестерона

**18F-ФДГ** – 18-фтордезоксиглюкоза

\*\* – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

# – препарат, применяющийся не в соответствии с показаниями к применению и противопоказаниями, способами применения и дозами, содержащимися в инструкции по применению лекарственного препарата (англ. off-label, офф-лейбл)

## Термины и определения

**Второй этап реабилитации** – реабилитация в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центров, отделений реабилитации) в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания.

**Первый этап реабилитации** – реабилитация в период специализированного лечения основного заболевания (включая хирургическое лечение/химиотерапию/лучевую терапию) в отделениях медицинских организаций по профилю основного заболевания.

**Поддерживающая (сопроводительная) терапия** – профилактика и лечение осложнений, возникающих как в результате злокачественного заболевания, так и при проведении противоопухолевого лечения. Коррекция этих состояний включает восстановление физических и психологических функций на протяжении всего противоопухолевого лечения, а также в период реабилитации.

**Предреабилитация (prehabilitation)** – реабилитация с момента постановки диагноза до начала лечения (хирургического лечения/химиотерапии/лучевой терапии).

**Таргетная терапия** – вид противоопухолевой терапии, которая блокирует рост раковых клеток с помощью вмешательства в механизм действия конкретных целевых (таргетных) молекул, необходимых для канцерогенеза и роста опухоли.

**Третий этап реабилитации** – реабилитация в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, дневных стационарах, а также выездными бригадами на дому (в том числе в условиях санаторно-курортных организаций).

В случае реабилитации онкологических пациентов тактика восстановительного лечения и выбор его методов не привязана к срокам госпитализации. На втором и третьем этапах реабилитации не исключается возможность применения гидротерапии, бальнеотерапии (без уровня доказательности).

**Уровни достоверности доказательств** – отражают степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинской технологии является истинным. Согласно эпидемиологическим принципам достоверность доказательств определяется по 3 основным критериям: качественной, количественной характеристикам и согласованности доказательств.

**Уровни убедительности рекомендаций** – в отличие от уровней достоверности доказательств отражают степень уверенности не только в достоверности эффекта вмешательства, но и в том, что следование рекомендациям принесет в конкретной ситуации больше пользы, чем негативных последствий.



## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

### **1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Опухоли невыявленной первичной локализации (ОНПЛ) – заболевания, проявляющиеся метастатическими опухолями, в то время как первичный очаг невозможно установить ни на основании анамнеза, ни по данным обследований [1].

### **1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

В связи с большой гетерогенностью опухоли обычно не удается выделить, какой клон клеток является источником метастазирования, так как в биопсийном (операционном) материале отсутствует набор морфологических признаков, позволяющих отличить клетки по органопринадлежности [2–4]. В среднем идентификация первичного источника осуществляется при жизни только у 25 % пациентов. В 15–20 % случаев первичный очаг не находят даже на аутопсии [5, 6]. Хотя ОНПЛ отличаются своим происхождением из разных органов, биологическое поведение их приблизительно одинаково. Зачастую они характеризуются случайной, нетипичной локализацией (то есть поражением не являющихся регионарными лимфатических узлов (ЛУ)), а также быстрым прогрессированием процесса на самых ранних этапах развития.

### **1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

По данным различных авторов пациенты с ОНПЛ составляют от 3 до 5 % онкологических пациентов, обратившихся за медицинской помощью [7–9]. ОНПЛ занимают 7-е место по частоте встречаемости и 4-е место в структуре смертности среди всех злокачественных новообразований [6, 10, 11]. У мужчин и женщин ОНПЛ встречаются приблизительно с одинаковой частотой. С увеличением возраста кривая заболеваемости резко поднимается вверх, достигая пика к 65 годам [5, 8, 12].

**1.4. Кодирование заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)**

**Злокачественные новообразования неточно обозначенных, вторичных и неуточненных локализаций (С76–С80)**

**Злокачественное новообразование других и неточно обозначенных локализаций (С76):**

С76.0 Головы, лица и шеи

С76.1 Грудной клетки

С76.2 Живота

С76.3 Таза

С76.4 Верхней конечности

С76.5 Нижней конечности

С76.7 Других неуточненных локализаций

С76.8 Поражение других и неточно обозначенных локализаций, выходящее за пределы 1 и более вышеуказанных локализаций.

**Вторичное и неуточненное злокачественное новообразование лимфатических узлов (С77):**

С77.0 Лимфатических узлов головы, лица и шеи

С77.1 Внутригрудных лимфатических узлов

С77.2 Внутривентральных лимфатических узлов

С77.3 Лимфатических узлов подмышечной впадины и верхней конечности  
Грудных лимфатических узлов

С77.4 Лимфатических узлов паховой области и нижней конечности

С77.5 Внутритазовых лимфатических узлов

С77.8 Лимфатических узлов множественных локализаций

С77.9 Лимфатических узлов неуточненной локализации.

**Вторичное злокачественное новообразование органов дыхания и пищеварения (С78):**

С78.0 Вторичное злокачественное новообразование легкого

С78.1 Вторичное злокачественное новообразование средостения

С78.2 Вторичное злокачественное новообразование плевры

C78.3 Вторичное злокачественное новообразование других и неуточненных органов дыхания

C78.4 Вторичное злокачественное новообразование тонкого кишечника

C78.5 Вторичное злокачественное новообразование толстого кишечника и прямой кишки

C78.6 Вторичное злокачественное новообразование забрюшинного пространства и брюшины

C78.7 Вторичное злокачественное новообразование печени

C78.8 Вторичное злокачественное новообразование других и неуточненных органов пищеварения.

**Вторичное злокачественное новообразование других локализаций (C79):**

C79.0 Вторичное злокачественное новообразование почки и почечных лоханок

C79.1 Вторичное злокачественное новообразование мочевого пузыря, других и неуточненных мочевых органов

C79.2 Вторичное злокачественное новообразование кожи

C79.3 Вторичное злокачественное новообразование головного мозга и мозговых оболочек

C79.4 Вторичное злокачественное новообразование других и неуточненных отделов нервной системы

C79.5 Вторичное злокачественное новообразование костей и костного мозга

C79.6 Вторичное злокачественное новообразование яичника

C79.7 Вторичное злокачественное новообразование надпочечника

C79.8 Вторичное злокачественное новообразование других неуточненных локализаций.

**Злокачественное новообразование без уточнения локализации (C80):**

C80.0 Злокачественное новообразование, первичная локализация неизвестна

C80.9 Злокачественное новообразование неуточненной первичной локализации.

## **1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

### **Международная гистологическая классификация**

В соответствии с гистологическим строением ОНПЛ согласно рекомендациям ESMO (European Society for Medical Oncology, 2015) целесообразно разделять на следующие группы [13]:

- 1) высокодифференцированные и умеренно дифференцированные аденокарциномы;
- 2) низкодифференцированные карциномы;
- 3) плоскоклеточный рак;
- 4) недифференцированная опухоль;
- 5) рак с нейроэндокринной дифференцировкой.

Пациенты с опухолями других гистологических типов, несмотря на отсутствие первичного очага, должны обследоваться и лечиться в соответствии с рекомендациями для данного вида опухолей.

### **Стадирование**

Общепринятого стадирования метастазов ОНПЛ в настоящее время не существует. Так как заболевание на первых этапах проявляется метастазами, можно говорить о первично-генерализованном процессе, который к моменту обращения пациента за медицинской помощью, как правило, выходит за пределы органа.

## **1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Клинические проявления заболевания неспецифичны и зависят от локализации очагов метастатического поражения и распространенности опухолевого процесса.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

**Критерии установления диагноза/состояния:** на основании

- 1) анамнестических данных,
- 2) физикального обследования,
- 3) лабораторных исследований,
- 4) инструментального обследования,
- 5) прижизненного патологоанатомического и генетического обследования.
- 6) дополнительно – комплексного полногеномного секвенирования (услуга не входит в ОМС).

### **2.1. Жалобы и анамнез**

- **Рекомендуется** сбор жалоб и анамнеза у пациента с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией для установления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения, включающий ранее проводимые обследования, результаты биопсии, наличие удаленных или регрессировавших очагов [1, 7, 8, 13–15].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

### **2.2. Физикальное обследование**

- **Рекомендуется** выполнять физикальное обследование пациента с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией, включающее осмотр всех кожных покровов и видимых слизистых оболочек, пальпацию всех доступных групп ЛУ, щитовидной железы, молочных желез, органов брюшной полости, пальцевое ректальное исследование, осмотр гинекологом (женщины), исследование наружных половых органов, пальпацию яичек (мужчины), оценку нутритивного статуса для определения тактики ведения пациента [1, 7].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

### 2.3. Лабораторная диагностика

- **Рекомендуется** пациентам с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией выполнять следующие лабораторные тесты для подтверждения диагноза и выбора алгоритма дальнейшего обследования [1, 8, 16, 20]:
  - общий (клинический) анализ крови;
  - общетерапевтический биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, глюкоза, билирубин, креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), ионизированный и общий кальций, калий, натрий), С-реактивный протеин;
  - общий (клинический) анализ мочи;
  - коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), включая оценку активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), исследование уровня фибриногена в крови, определение международного нормализованного отношения (МНО), протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение концентрации D-димера в крови).

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

- **Рекомендуется** пациентам с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией выполнение дополнительных лабораторных исследований по следующим показаниям для подтверждения диагноза и выбора алгоритма дальнейшего обследования [13, 15, 19, 22]:
  - исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) ( $\beta$ -ХГЧ), альфа-фетопротеина (АФП) в сыворотке крови у лиц до 50 лет при наличии увеличенных медиастинальных ЛУ и до 65 лет – при наличии увеличенных забрюшинных ЛУ;
  - исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) ( $\beta$ -ХГЧ) у женщин репродуктивного возраста, имевших хотя бы 1 беременность в анамнезе независимо от ее исхода и давности;
  - исследование уровня альфа-фетопротеина (АФП) в сыворотке крови – 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 ЛУ;
- 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.

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

#### **2.4. Инструментальная диагностика**

- Пациентам с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией **рекомендуется** выполнение следующих диагностических процедур:
  - компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки, брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием [13, 16–18];
  - магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза с контрастированием [15];
  - МРТ органов шеи [15];
  - сцинтиграфии с туморотропными РФП в режиме «все тело» с последующей рентгенографией очагов накопления РФП [1, 19, 20];
  - эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноскопии [1, 7, 13, 16];
  - ультразвукового исследования (УЗИ) органов мошонки у мужчин — при повышении  $\beta$ -ХГЧ или АФП [15];
  - маммографии – у женщин с поражением аксиллярных, над/подключичных, медиастинальных, забрюшинных ЛУ, печени, головного мозга, костей, при множественных очагах поражения [1, 13, 16].
  - КТ/МРТ головного мозга с контрастированием – при наличии подозрения на поражение головного мозга [13, 15, 19];

- позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) или ПЭТ костей, совмещенной с КТ всего тела (ПЭТ-КТ), для выявления первичной опухоли и степени распространения болезни; при выполнении данного исследования проведение сцинтиграфии костей в режиме «все тело» (остеосцинтиграфии) **нецелесообразно** [17, 18, 21];
- цистоскопии при подозрении на локализацию первичного очага в мочевом пузыре [15];
- биопсии (трепанобиопсии) опухолей наружных локализаций, ЛУ под визуальным контролем или (при необходимости) УЗ-навигацией [1, 8, 16, 20];
- эндоскопического исследования верхних дыхательно-пищеварительных путей (эпифарингоскопия, фибробронхоскопия) [16].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарии:* применение ПЭТ-КТ при множественных метастазах иногда не дает желаемого результата, так как трудно отличить первичную опухоль от метастазов. Низкая метаболическая активность для 18-фтордезоксиглюкозы (18F-ФДГ) характерна также для бронхоальвеолярного рака, гепатоцеллюлярной карциномы, рака почки, карциноида, низкодифференцированных и некоторых других опухолей. По рекомендациям Национальной комплексной сети по борьбе с раком (NCCN) от 2016 г. ПЭТ-КТ не рекомендуется в качестве первичного диагностического теста [16]. Однако существуют благоприятные подгруппы для данного вида исследования: это немногочисленные или единичные метастазы, а также метастазы плоскоклеточного рака в шейных ЛУ. У таких пациентов ПЭТ-КТ может изменить тактику лечения в 30–35 % случаев.

## **2.5. Иная диагностика**

### **Патологоанатомическая и генетическая диагностика**

- **Рекомендуется** пациентам с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией выполнять биопсию опухолевых образований для морфологической верификации диагноза. Предпочтительным методом является трепанобиопсия опухолей наружных локализаций, ЛУ под визуальным контролем [1, 8, 15, 16, 20].



**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

- **Рекомендуется** пациентам с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией выполнять патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пораженного органа с применением иммуногистохимических методов (ИГХ) с определением уровня рецепторов стероидных гормонов (рецепторы эстрогена (ЭР), рецепторы прогестерона (ПР)), HER2 и других маркеров рака молочной железы (РМЖ) у женщин с поражением аксиллярных, над/подключичных, медиастинальных, забрюшинных ЛУ, печени, брюшины и/или асцитом, плевры, головного мозга, костей, множественных очагах поражения для определения типа опухоли и попытки определения первичного очага [13, 15, 19, 22].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарий: определение ИГХ панели проводится с учетом морфологической картины при окраске гематоксилином и эозином и клинических данных (локализация очага, предположения о локализации первичной опухоли). При недостаточном количестве материала возможно использование иммуноцитохимического исследования биологического материала (ИЦХ). Выполнение ИГХ- и ИЦХ-исследований целесообразно проводить в медицинских исследовательских центрах, имеющих высококвалифицированную патоморфологическую службу.*

- Пациентам с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией **рекомендуется** выполнять молекулярно-генетическое исследование мутаций в биопсийном (операционном) материале для выявления первичного опухолевого очага, уточнения лечебной тактики, а также для идентификации мутаций, определяющих чувствительность опухоли к таргетным препаратам [15]:
  - при аденокарциноме: молекулярно-генетические исследования мутаций в генах *EGFR*, *KRAS*, *NRAS*, *BRAF* в биопсийном (операционном) материале и молекулярно-генетическое исследование транслокаций гена *ALK*; оценка экспрессии *TS*, молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене *TP53* в крови, определение полиморфизма гена *DPD*,

молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах *BRCA1* и *BRCA2* в крови, патолого-анатомическое исследование белка к рецепторам HER2/neu с применением иммуногистохимических методов или определение амплификации гена *ERBB2* (HER2/neu) в биопсийном (операционном) материале методом флуоресцентной гибридизации *in situ* (FISH);

- при семейном онкологическом анамнезе: консультация врача-генетика;
- при плоскоклеточном раке: оценка экспрессии TS, TP, определение полиморфизма гена *DPD*,  $\beta$ -тубулина, определение микросателлитных повторов ДНК в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР;
- при опухолях мезенхимального происхождения: транслокации, специфические для различных разновидностей сарком;
- для определения возможности назначения иммунотерапии (#пембролизумаб\*\*): оценка микросателлитных повторов ДНК (MSI) с помощью молекулярно-генетических методов (метод ПЦР с пробками к BAT25, BAT26, NR21, NR24, Mono27 или к BAT25, BAT26, Di5S346, Di2S123, Di17S250, при котором отличия в размерах выявляются в  $\geq 2$  локусах) или ИГХ-метода (с антителами к белкам генов *MSH2*, *MSH6*, *PMS2*, *MLH1*; при экспрессии хотя бы 1 белка – определение мутаций в генах *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2* иммуногистохимическим методом).

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

- Пациентам с предполагаемой опухолью с невыявленной первичной локализацией **рекомендуется** выполнять молекулярно-генетические обследования для подтверждения диагноза и выбора алгоритма дальнейшего обследования [15].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарии:** целесообразность, спектр и последовательность молекулярно-генетических тестов в каждом конкретном случае желательно обсуждать со специалистами по молекулярной генетике, которые выполняют данный анализ. Патологоанатомическое исследование является основой для установления диагноза злокачественной опухоли и выбора алгоритма дальнейшего обследования. Молекулярно-

*генетическое исследование является дополнительным и может помочь в выборе лечебной тактики и индивидуализации лечения пациента. Кроме того, отдельные мутации могут помочь в определении характера первичного очага. Данный перечень генетических тестов основан на возможности использования лекарственных средств у пациентов с разными первичными формами злокачественных опухолей, которые могут быть источниками опухолей неясной первичной локализации, для которых выявление или невыявление соответствующего изменения может повлиять на выбор лекарственных средств для лечения конкретного пациента.*

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Лечебная тактика определяется в первую очередь с учетом общего состояния пациента, локализации метастазов, распространенности опухолевого процесса, морфологического строения метастатической опухоли, предполагаемой локализации первичного очага.

Хирургический метод лечения у пациентов с метастазами злокачественной опухоли без выявленного первичного очага (ВПО) не является радикальным и может быть использован при изолированном поражении ЛУ доступной удалению группы и в некоторых случаях изолированного поражения органа; возможны лимфаденэктомия или удаление метастаза с резекцией органа. Также оперативное вмешательство возможно с симптоматической целью.

Лучевая терапия (ЛТ) при невозможности применения хирургического метода может быть показана при изолированном поражении ЛУ или органа при потенциальной чувствительности опухоли к облучению. Возможно применение ЛТ и с симптоматической целью.

Основным методом лечения метастатической болезни из невыявленного первичного очага является лекарственная терапия.

Терапия строится на индивидуальной основе с учетом клинико-морфологических данных. Выделяются отдельные подтипы, более чувствительные к лекарственному лечению и сходные с отдельными локализациями злокачественных опухолей, но отличающиеся существенно более плохим прогнозом и чувствительностью к терапии. При выявлении в опухолевой ткани мутаций, определяющих эффективность таргетной

терапии, возможно применение соответствующих лекарственных средств. Данные молекулярно-генетического исследования по определению чувствительности к противоопухолевым препаратам могут быть использованы для выбора схемы терапии. Дополнительно для назначения персонализированной терапии могут быть использованы данные комплексного полногеномного секвенирования (услуга не входит в ОМС). Оценка эффективности терапии проводится каждые 6–8 нед лечения. Для оценки терапии должны использоваться те же методы лучевой диагностики и объективных измерений, что и до начала лечения. Смена режима лечения производится при доказанном объективными методами (КТ, МРТ, УЗИ, ПЭТ-КТ) прогрессировании заболевания. Модификация режима лечения производится при появлении признаков токсичности, не позволяющих провести запланированное лечение в полном объеме.

### **3.1. Лечение пациентов с аденокарциномой или низкодифференцированной карциномой с изолированным поражением лимфатических узлов шеи (включая надключичную область)**

- **Рекомендуется** использовать для лечения таких пациентов рекомендации для лечения аденокарцином головы и шеи [16].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарии: течение заболевания у таких пациентов соответствует течению соответствующих опухолей головы и шеи.*

### **3.2. Лечение пациентов с аденокарциномой или низкодифференцированной карциномой с изолированным поражением аксиллярных лимфатических узлов**

- У пациенток женского пола **рекомендуется** лечение в соответствии со стандартами, разработанными для РМЖ [17].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

- У пациентов мужского пола **рекомендуется** выполнять аксиллярную лимфаденэктомию, возможно проведение ЛТ при наличии показаний [18].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**3.3. Лечение пациентов с аденокарциномой или низкодифференцированной карциномой с преимущественным поражением лимфоузлов осевой локализации (средостенных – у пациентов моложе 50 лет, забрюшинных)**

- Рекомендуется проведение терапии платиносодержащими режимами, представленными в табл. 1 [19].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарии:* данный подтип ОНПЛ по течению сходен с герминогенными опухолями неблагоприятной прогностической группы.

**Таблица 1. Возможные режимы химиотерапии при низкодифференцированных ОНПЛ с преимущественным поражением лимфоузлов осевой локализации [24, 25, 28]**

| Схема терапии      | Препарат       | Доза                   | Путь введения | Дни приема | Длительность цикла, дни |
|--------------------|----------------|------------------------|---------------|------------|-------------------------|
| PaC                | #Паклитаксел** | 175 мг/м <sup>2</sup>  | в/в           | 1-й        | 21                      |
|                    | #Карбоплатин** | AUC-5                  | в/в           | 1-й        |                         |
| CarD               | #Доцетаксел**  | 65 мг/м <sup>2</sup>   | в/в           | 1-й        | 21                      |
|                    | #Карбоплатин** | AUC-6                  | в/в           | 1-й        |                         |
| GP                 | #Гемцитабин**  | 1250 мг/м <sup>2</sup> | в/в           | 1-й, 8-й   | 21                      |
|                    | #Цисплатин**   | 100 мг/м <sup>2</sup>  | в/в           | 1-й        |                         |
| VER <sup>1,3</sup> | #Блеомицин**   | 30 мг                  | в/в           | 1-й, 3-й,  | 21                      |
|                    | #Этопозид**    | 100 мг/м <sup>2</sup>  | в/в           | 5-й        |                         |
|                    | #Цисплатин**   | 20 мг/м <sup>2</sup>   | в/в           | 1-й–5-й    |                         |
| EP <sup>1,2</sup>  | #Этопозид**    | 120 мг/м <sup>2</sup>  | в/в           | 1-й–3-й    | 21                      |
|                    | #Цисплатин**   | 80 мг/м <sup>2</sup>   | в/в           | 1-й        |                         |

<sup>1</sup> Возможны альтернативные варианты назначения данных схем терапии.

<sup>2</sup> Возможна замена #цисплатина\*\* на #карбоплатин\*\* в соответствующих дозах.

<sup>3</sup> Для подтипа ОНПЛ по течению сходно с герминогенными опухолями.

### **3.4. Лечение пациентов старше 50 лет с аденокарциномой или низкодифференцированной карциномой, а также пациентов с плоскоклеточным раком с преимущественным поражением средостения**

- **Рекомендуется** проводить лечение данной категории пациентов по принципам и рекомендациям, разработанным для немелкоклеточного рака легкого [20].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

### **3.5. Лечение пациентов с низкодифференцированной нейроэндокринной карциномой невыясненной первичной локализации**

- **Рекомендуется** проводить лечение данной категории пациентов по принципам и рекомендациям, разработанным для мелкоклеточного рака легкого [21].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарий:* течение заболевания у таких пациентов соответствует мелкоклеточному раку легкого и проводится в соответствии с рекомендациями, разработанными для нейроэндокринных опухолей с высокой пролиферативной активностью или для мелкоклеточного рака легкого. Основу терапии составляют режимы, включающие производные платины.

### **3.6. Лечение пациентов с высокодифференцированными нейроэндокринными опухолями с низкой пролиферативной активностью**

- **Рекомендуется** проводить лечение данной категории пациентов по принципам и рекомендациям, разработанным для нейроэндокринных опухолей [22].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарий:* течение заболевания у таких пациентов соответствует течению высокодифференцированных нейроэндокринных опухолей ЖКТ.

### **3.7. Лечение пациенток женского пола с канцероматозом брюшины**

- **Рекомендуется** проводить лечение данной категории пациентов по принципам и рекомендациям, разработанным для рака яичников [23].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарий:* течение заболевания у пациенток соответствует раку яичников. Ведение пациентов осуществляется на основании рекомендаций для данного заболевания с учетом стадии процесса.

### **3.8. Лечение пациентов с плоскоклеточным раком с поражением лимфоузлов головы и шеи**

- **Рекомендуется** проводить лечение данной категории пациентов по принципам и рекомендациям, разработанным для плоскоклеточного рака головы и шеи [16].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарий:* течение заболевания соответствует течению плоскоклеточного рака вышеуказанных локализаций и проводится по стандартам, разработанным для данного заболевания.

### **3.9. Лечение пациентов мужского пола с аденокарциномой неясной первичной локализации и остеосклеротическими метастазами в костях и/или повышением ПСА**

- **Рекомендуется** проводить лечение данной категории пациентов по принципам и рекомендациям, разработанным для рака предстательной железы [24, 25].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарий:* течение данного типа ОНПЛ соответствует раку предстательной железы и проводится по стандартам, принятым для данного заболевания.

### **3.10. Лечение пациентов с меланомой или саркомой невыясненной первичной локализации**

- **Рекомендуется** проводить лечение данной категории пациентов по принципам и рекомендациям, разработанным для меланомы кожи и сарком соответственно [26, 27].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

### **3.11. Лечение пациентов с ОНПЛ, не относящихся к вышеперечисленным группам**

- **Рекомендуется** проводить лечение пациентов с ОНПЛ, не относящихся к вышеперечисленным группам, препаратами и режимами, перечисленными в табл. 2 и 3, в соответствии с гистологическим видом опухоли [15].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарий:* в связи с низкой чувствительностью таких опухолей к терапии предпочтение отдается малотоксичным режимам. Выбор препаратов основывается на предположении о наиболее частом расположении источника ОНПЛ в органах желудочно-кишечного тракта и легких. Использование полихимиотерапии (табл. 2, 3) оправданно только у пациентов в удовлетворительном состоянии с агрессивно протекающим заболеванием. При наличии у пациентов метастатического поражения костей показано применение бисфосфонатов или деносуμβα\*\* для профилактики осложнений со стороны костной ткани. Их применение также показано при ограничении поражения 1 анатомической зоной (например, изолированные метастазы в печени) и доступности локальных или локорегионарных методов лечения данных очагов, например резекции очага, абляции очага, ЛТ (в том числе стереотаксической), изолированной перфузии и других [1, 7, 13, 15, 16].

При множественных метастазах в кости (3 и более очагов), сопровождающихся болевым синдромом, подтвержденных данными сцинтиграфии с опухолетропными РФП в режиме «все тело» и верифицированных при КТ, рентгенографии или МРТ, эксперты рекомендуют рассмотреть возможность и необходимость проведения радионуклидной терапии остеотропными радиофармпрепаратами.

У пациентов ОНПЛ с метастазами в костный мозг, подтвержденными аспирационной биопсией методом стерильной пункции и ECOG не более 2



(приложение Г1), рассмотреть возможность проведения противоопухолевого лекарственного лечения (монокимиотерапия #паклитакселом или антрациклинами или аналогами пиримидина (фторпиримидинами), еженедельные режимы #паклитаксела или антрациклинов, гормонотерапия, таргетная терапия) в условиях круглосуточного стационара с обеспечением необходимого объема поддерживающей терапии. Для пациентов ECOG 3 и более (приложение Г1) – паллиативная помощь по месту жительства. Решение принимается консилиумом врачей.

**Таблица 2. Возможные режимы терапии пациентов аденокарциномой неясной первичной локализации [25, 28]**

| Схема терапии         | Препарат   | Доза  | Путь введения                                      | Дни приема                   | Длительность цикла, дни |
|-----------------------|--|---|--|------------------------------|-------------------------|
| CarPac                | # Паклитаксел**<br><br>#Карбоплатин**  | 175<br>мг/м <sup>2</sup><br><br>AUC 5   | в/в<br><br>в/в                                     | 1-й<br><br>1-й               | 21                      |
| CarD                  | # Доцетаксел**<br>#Карбоплатин**   | 65 мг/м <sup>2</sup><br>AUC-6   | в/в<br>в/в   | 1-й<br>1-й                   | 21                      |
| GP                    | #Гемцитабин**<br><br>#Цисплатин**  | 1000–<br>1250<br>мг/м <sup>2</sup><br><br>75 мг/м <sup>2</sup>  | в/в<br><br>в/в                                     | 1-й, 8-й<br><br>1-й          | 21                      |
| GD                    | #Гемцитабин**<br><br>#Доцетаксел** <sup>4</sup>                                | 1000<br>мг/м <sup>2</sup><br><br>75 мг/м <sup>2</sup>   | в/в<br><br>в/в                                     | 1-й, 8-й<br><br>8-й          | 21                      |
| mFOLFOX6 <sup>1</sup> | #Оксалиплатин**<br>#Кальция<br>фолинат**<br>#Фторурацил**<br><br>#Фторурацил** | 85 мг/м <sup>2</sup><br>200<br>мг/м <sup>2</sup><br>400<br>мг/м <sup>2</sup><br><br>2400<br>мг/м <sup>2</sup> | в/в<br>в/в<br><br>в/в, стр.<br><br>в/в,<br>46–48 ч | 1-й<br>1-й<br>1-й<br><br>1-й | 14                      |

| Схема терапии             | Препарат                      | Доза                         | Путь введения              | Дни приема | Длительность цикла, дни |
|---------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------|-------------------------|
| СареОх                    | #Оксалиплатин**               | 130<br>мг/м <sup>2</sup>     | в/в                        | 1-й        | 21                      |
|                           | #Капецитабин**                | 850–000<br>мг/м <sup>2</sup> | внутри<br>2 раза<br>в день | 1–14-й     |                         |
| #Пембролизумаб**          | #Пембролизумаб** <sup>3</sup> | 2 мг/кг<br>или<br>200 мг     | в/в                        | 1-й        | 21                      |
| #Ниволумаб** <sup>3</sup> | #Ниволумаб** <sup>3</sup>     | 3 мг/кг<br>или<br>240 мг     | в/в                        | 1-й        | 14                      |
|                           | #Ниволумаб** <sup>3</sup>     | 480 мг                       | в/в                        | 1-й        | 28                      |
| FOLFIRI                   | #Иринотекан**                 | 180<br>мг/м <sup>2</sup>     | в/в                        | 1-й        | 14                      |
|                           | #Кальция<br>фолинат**         | 200<br>мг/м <sup>2</sup>     | в/в                        | 1-й        |                         |
|                           | #Фторурацил**                 | 400<br>мг/м <sup>2</sup>     | в/в, стр.                  | 1-й        |                         |
|                           | #Фторурацил**                 | 2400<br>мг/м <sup>2</sup>    | в/в,<br>46–48 ч            | 1-й        |                         |
| FOLFIRINOX <sup>5,6</sup> | #Оксалиплатин**               | 85 мг/м <sup>2</sup>         | в/в                        | 1-й        | 14                      |
|                           | #Иринотекан**                 | 180<br>мг/м <sup>2</sup>     | в/в                        | 1-й        |                         |
|                           | #Кальция<br>фолинат**         | 400<br>мг/м <sup>2</sup>     | в/в                        | 1-й        |                         |
|                           | #Фторурацил**                 | 400<br>мг/м <sup>2</sup>     | в/в стр.                   | 1-й        |                         |
|                           | #Фторурацил**                 | 2400<br>мг/м <sup>2</sup>    | в/в,<br>46–48 ч            | 1-й        |                         |

| Схема терапии  | Препарат       | Доза                       | Путь введения              | Дни приема  | Длительность цикла, дни |
|--|----------------|----------------------------|----------------------------|---|-------------------------|
| #Капецитабин**   | #Капецитабин** | 850–1250 мг/м <sup>2</sup> | внутри<br>2 раза<br>в день | 1–14-й  | 21                      |
| #Капецитабин**<br>+ лучевая терапия<br>(еженедельно –<br>5 недель) | #Капецитабин** | 625–825 мг/м <sup>2</sup>  | внутри<br>2 раза<br>в день | С 1-го по<br>5-й дни<br>или<br>с 1-го по<br>7-й дни<br>лучевой<br>терапии | 35<br>(5 недель)        |

<sup>1</sup> Возможны альтернативные варианты назначения данных схем терапии.

<sup>2</sup> Возможна замена #цисплатина\*\* на #карбоплатин\*\* в соответствующих дозах.

<sup>3</sup> Только при наличии MSI в опухолевой ткани, определенной описанными выше методами, во 2-й или последующих линиях лечения.

<sup>4</sup> Назначение рекомбинантного человеческого гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ) с 9 до 15 дни.

<sup>5</sup> Рассмотреть назначение Г-КСФ с 4 до 6 или 8 дня.

<sup>6</sup> Назначение данного режима рекомендовано пациентам с ECOG 0-1, возрасте до 65 лет и предполагаемой первичной локализацией опухоли в органах ЖКТ.

**Таблица 3. Возможные режимы терапии пациентов плоскоклеточным раком неясной первичной локализации [28]**

| Схема терапии         | Препарат          | Доза                       | Путь введения | Дни приема | Длительность цикла, дни |
|-----------------------|-------------------|----------------------------|---------------|------------|-------------------------|
| PCF                   | #Паклитаксел**    | 175 мг/м <sup>2</sup>      | в/в           | 1-й        | 21                      |
|                       | #Цисплатин**      | 100 мг/м <sup>2</sup>      | в/в           | 1-й        |                         |
|                       | #Фторурацил**     | 500 мг/м <sup>2</sup> /сут | в/в, 24 ч     | 1–5-й      |                         |
| mFOLFOX6 <sup>1</sup> | #Оксалиплатин**   | 85 мг/м <sup>2</sup>       | в/в           | 1-й        | 14                      |
|                       | #Кальция фолиат** | 200 мг/м <sup>2</sup>      | в/в           | 1-й        |                         |

| Схема терапии  | Препарат                       | Доза  | Путь введения                        | Дни приема   | Длительность цикла, дни |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------------|--|-------------------------|
| mFOLFOX <sup>1</sup><br>(продолжение)                              | #Фторурацил**<br>#Фторурацил** | 400 мг/м <sup>2</sup><br>2400 мг/м <sup>2</sup> | в/в, стр.<br>в/в,<br>46–48 ч         | 1-й<br>1-й   |                         |
| GP <sup>1</sup>  | #Гемцитабин**<br>#Цисплатин**  | 1250 мг/м <sup>2</sup><br>75 мг/м <sup>2</sup>  | в/в<br>в/в                           | 1-й, 8-й<br>1-й,   | 21                      |
| PC   | #Паклитаксел**<br>#Цисплатин** | 175 мг/м <sup>2</sup><br>60 мг/м <sup>2</sup>   | в/в<br>в/в                           | 1-й<br>1-й   | 21                      |
| PF <sup>1</sup>  | #Цисплатин**<br>#Фторурацил**  | 20 мг/м <sup>2</sup><br>700 мг/м <sup>2</sup>   | в/в<br>в/в,<br>24-часовая<br>инфузия | 1–5-й<br>1–5-й   | 28                      |
| DC   | #Доцетаксел**<br>#Цисплатин**  | 75 мг/м <sup>2</sup><br>75 мг/м <sup>2</sup>    | в/в<br>в/в                           | 1-й<br>1-й   | 21                      |
| #Пембролизумаб**   | #Пембролизумаб** <sup>2</sup>  | 2 мг/кг<br>или 200 мг                           | в/в                                  | 1-й  | 21                      |
| #Ниволумаб**   | #Ниволумаб** <sup>2</sup>      | 3 мг/кг<br>или 240 мг                           | в/в                                  | 1-й  | 14                      |
|  | #Ниволумаб** <sup>2</sup>      | 480 мг  | в/в                                  | 1-й  | 28                      |
| #Капецитабин**   | #Капецитабин**                 | 850–1250<br>мг/м <sup>2</sup>                   | внутри<br>2 раза<br>в день           | 1-14-й<br>дни  | 21                      |
| #Капецитабин**<br>+ лучевая терапия<br>(еженедельно –<br>5 недель) | #Капецитабин**                 | 625–825<br>мг/м <sup>2</sup>                    | внутри<br>2 раза<br>в день           | С 1-го<br>по 5-й<br>дни или<br>с 1-го<br>по 7-й<br>дни<br>лучевой<br>терапии | 35<br>(5 недель)        |

<sup>1</sup> Возможны альтернативные варианты назначения данных схем терапии.

<sup>2</sup> Только при наличии MSI в опухолевой ткани, определенной описанными выше методами, во 2-й или последующих линиях терапии.

### 3.12. Поддерживающая (сопроводительная) терапия

- При режимах химиотерапии, сопровождающихся риском развития фебрильной нейтропении (ФН) более 20% пациентам с опухолью с невыявленной первичной локализацией **рекомендуется** терапия филграстимом\*\*, или эмпэгфилграстимом\*\*, или пэгфилграстимом, или другими колониестимулирующими факторами с целью первичной профилактики ФН [29, 30].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

*Комментарии:* первичная и вторичная профилактика проводится согласно существующим рекомендациям [29, 30]. Лечение ФН с применением антибактериальных препаратов и колониестимулирующих факторов проводится согласно существующим рекомендациям [29, 30].

- Пациентам с опухолью с невыявленной первичной локализацией профилактика тошноты и рвоты на фоне химиотерапии, ЛТ и/или химиолучевой терапии проводится согласно данным о частоте тошноты и рвоты противоопухолевого препарата или зоны облучения. Используют следующие противорвотные препараты: антагонисты NK1-рецепторов (апрепитант или фосапрепитант), блокаторы серотониновых 5HT3-рецепторов (ондансетрон\*\* и палонсетрон), дексаметазон\*\*, стимуляторов моторики кишечника (метоклопрамид\*\*), анксиолитики, блокаторы H2-гистаминовых рецепторов, антипсихотические средства (оланзапин 5 мг\*\*) в соответствии с существующими рекомендациям [27, 31, 32–35].

**Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).**

- Применение остеомодифицирующих агентов: бисфосфонатов и деносумаба\*\*, а также препаратов кальция и колекальциферола **рекомендуется** пациентам с метастатическим поражением костной системы (золедроновая кислота\*\* 4 мг в/в капельно 1 раз в 28 дней или другие бисфосфонаты, деносумаб\*\* 120 мг п/к 1 раз в 28 дней) для профилактики осложнений, а также для профилактики потери минеральной плотности

костей скелета (золедроновая кислота\*\* 4 мг в/в капельно 1 раз в 6 мес. или другие бисфосфонаты, деносумаб\*\* 60 мг п/к 1 раз в 6 мес.) при использовании аналогов гонадотропин-рилизинг гормона (антагонистов лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона (ЛГРГ)), ингибиторов ароматазы, лучевой или хирургической кастрации согласно существующим рекомендациям [36, 37].

**Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).**

- **Рекомендуется** пациентам, получающим лекарственную противоопухолевую терапию, проводить профилактику и лечение анемии согласно существующим рекомендациям с применением антианемических препаратов: рекомбинантных форм человеческого эритропоэтина (эпоэтин альфа\*\*, эпоэтин бета\*\*, дарбэпоэтин альфа\*\*), препаратов железа для парентерального введения (железа (III) гидроксид сахарозный комплекс\*\* или железа карбоксимальтозат\*\*), заместительной гемотрансфузии, цианокобаламина\*\*, фолиевой кислоты\*\*, энтерального и парентерального питания, коррекции почечной и печеночной недостаточности [38, 39].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

- Коррекция осложнений при использовании рибоциклиба\*\*, палбоциклиба, абемациклиба, алпелисиба, используемых для лечения метастатических форм люминального, HER2/neu-отрицательного рака, проводится согласно степени тяжести с применением глюкокортикостероидов, редукции дозы и/или отмены препарата в соответствии с инструкцией к препарату и существующими рекомендациями [40].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

- Для лечения осложнений на фоне терапии противоопухолевыми средствами – моноклональными антителами (#ниволумаб\*\*, #пембролизумаб\*\*), **рекомендуется** использовать глюкокортикостероиды, инфликсимаб 5 мг/кг в 0, 2, 6 недели, далее 5 мг/кг каждые 8 нед.\*\* [41, 42].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

- Лечение и профилактику гастроинтестинальных (диарея и констипация), сердечно-сосудистых, печеночных, почечных, дерматологических, тромбоэмболических осложнений у пациентов с опухолями с невыявленной первичной локализацией, экстравазации **рекомендуется** проводить согласно существующим рекомендациям [43, 44].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

### **3.13. Обезболивающая терапия**

- **Рекомендуется** использовать утвержденные клинические рекомендации «Клинические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома (ХБС) у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи» для оптимального выбора противоболевой терапии у пациентов с хроническим болевым синдромом [45].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

### **3.14. Диетотерапия**

Профилактику и лечение нутритивной недостаточности у пациентов с опухолями с невыявленной первичной локализацией необходимо проводить на основании протоколов рекомендаций по поддерживающей терапии с включением энтерального питания для сипинга или перорального приема, а также парентерального питания, препаратов, содержащих витамины и минералы для внутривенного введения [46–48].

## **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

В настоящее время для большинства видов медицинской реабилитации отсутствуют клинические исследования с участием пациентов с ОНПЛ. Данные рекомендации сделаны на основании того, что во многих исследованиях, в том числе метаанализах (Steffens D. et al., 2018 и других) и систематических обзорах, (Stout Nicole L. et al., 2017, Segal R. et al. 2017 и других) доказано, что различные виды медицинской реабилитации значительно ускоряют функциональное восстановление, сокращают сроки

пребывания в стационаре после операции и снижают частоту развития осложнений и летальных исходов у пациентов с другими злокачественными новообразованиями.

- **Рекомендуется** всем пациентам с ОНПЛ проводить реабилитацию, ориентируясь на принципы реабилитации в зависимости от предполагаемой локализации первичного очага и проведенного хирургического, лекарственного противоопухолевого и/или лучевого лечения. Данные принципы изложены в соответствующих разделах клинических рекомендаций.

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

- В первые 1–2 года после завершения лечения **рекомендуется** обследование пациента проводить каждые 1–3 месяца, однако нет убедительных указаний на необходимый интервал профилактического осмотра после проведенного лечения [1, 7, 13, 15, 16].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

- **Рекомендуется** после завершения лечения следующий объем обследования пациента в рамках диспансерного наблюдения [15]:
  - анамнез и физикальное обследование;
  - развернутый клинический и общетерапевтический биохимический анализ крови (по клиническим показаниям);
  - КТ органов грудной клетки, брюшной полости с в/в контрастированием;
  - МРТ органов малого таза с в/в контрастированием;
  - УЗИ брюшной полости, малого таза, шейно-надключичных и аксиллярных зон.

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**



## **6. Организация медицинской помощи**

Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи в рамках клинической апробации, в соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», организуется и оказывается:

- 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 2) в соответствии с порядком оказания помощи по профилю «онкология», обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- 3) на основе настоящих клинических рекомендаций;
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом и иными врачами-специалистами в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении, поликлиническом отделении онкологического диспансера.

При подозрении или выявлении у пациента онкологического заболевания врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют пациента на консультацию в центр амбулаторной онкологической помощи либо в первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Консультация в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении медицинской организации должна быть проведена не позднее 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию. Врач-онколог центра амбулаторной онкологической помощи (в случае отсутствия центра амбулаторной онкологической помощи врач-онколог первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения) организует взятие биопсийного (операционного) материала, а также организует

выполнение иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания.

В случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован центр амбулаторной онкологической помощи (первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение), биопсийного (операционного) материала, проведения иных диагностических исследований пациент направляется лечащим врачом в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями.

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

При подозрении и (или) выявлении у пациента онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи таких пациентов переводят или направляют в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения.

Врач-онколог центра амбулаторной онкологической помощи (первичного онкологического кабинета, первичного онкологического отделения) направляет пациентов в онкологический диспансер или в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания, врачом-онкологом центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения) и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, не должен превышать 14 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 14 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (в случае

отсутствия медицинских показаний для проведения патологоанатомических исследований в амбулаторных условиях).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-онкологами, врачами-радиотерапевтами в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, имеющих лицензию, необходимую материально-техническую базу, сертифицированных специалистов, в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных уникальных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, тактика медицинского обследования и лечения устанавливается консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента.

Показания для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «онкология», определяются консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

**Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме является:**

- 1) наличие осложнений онкологического заболевания, требующих оказания пациенту специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;
- 2) наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, лекарственная терапия и т.д.) онкологического заболевания.

**Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является:**

- 1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара;

- 2) наличие показаний к специализированному противоопухолевому лечению (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, в том числе контактная, дистанционная и другие виды лучевой терапии, лекарственная терапия и др.), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара.

**Показанием к выписке пациента из медицинской организации является:**

- 1) завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара при отсутствии осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;
- 2) отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь, при отсутствии осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;
- 3) необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи. Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами-специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.

**7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

- **Рекомендуется** оценка статуса по шкале оценки общего состояния (ECOG) (Приложение Г) у всех пациентов, которым планируется проведение химиотерапии. При значении статуса ECOG, равном 0-1, рекомендуется применение более интенсивных режимов химиотерапии.
- При ECOG, равном 1-2, предпочтение отдается монокимиотерапии.

- При ECOG, равном 3, проведение лекарственного противоопухолевого лечения решается на основании оценки рисков тяжелой токсичности и пользы для пациента.
- При EGOG 4 рекомендуется направить пациента на паллиативную терапию [15].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

При оценке качества медицинской помощи в рамках одного обращения пациента в медицинскую организацию рекомендуется использование только тех критериев, которые имеют отношение к оказанию помощи в рамках оцениваемого обращения.

|   | <b>Критерии качества медицинской помощи</b>   | <b>Оценка выполнения</b> |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Выполнено КТ органов грудной полости, брюшной полости с контрастированием, МРТ малого таза с контрастированием  | Да/Нет                   |
| 2 | Выполнено патологоанатомическое исследование биопсийного материала с применением иммуногистохимических методов  | Да/Нет                   |
| 3 | Проведена профилактика фебрильной нейтропении в соответствии с рекомендациями   | Да/Нет                   |
| 4 | Проведена профилактика тошноты и рвоты в соответствии с рекомендациями  | Да/Нет                   |
| 5 | Назначены остеомодифицирующие агенты при метастазах в кости или использования аналогов ЛПРГ, ингибиторов ароматазы, лучевой или хирургической кастрации в соответствии с рекомендациями | Да/Нет                   |
| 6 | Проведена профилактика анемии в соответствии с рекомендациями   | Да/Нет                   |
| 7 | Проведена коррекция осложнений при использовании рибоциклиба, палбоциклиба, абемациклиба,   | Да/Нет                   |

|    | <b>Критерии качества медицинской помощи</b>  | <b>Оценка выполнения</b> |
|----|--|--------------------------|
|    | #ниволумаба**, #пембролизумаба** в соответствии с рекомендациями   |                          |
| 8  | Проведена коррекция диареи и констипации в соответствии с рекомендациями   | Да/Нет                   |
| 9  | Проведена оценка эффективности проведенного лечения каждые 6–8 нед   | Да/Нет                   |
| 10 | Проведена смена/коррекция режима лечения при появлении признаков его неэффективности и/или токсичности, доказанном объективными методами (КТ, МРТ, УЗИ, ПЭТ-КТ) прогрессировании заболевания | Да/Нет                   |
| 11 | Проведена модификация режима лечения при появлении признаков токсичности, не позволяющих провести запланированное лечение в полном объеме  | Да/Нет                   |

## Список литературы

1. Комаров И.Г., Комов Д.В. Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага. В кн.: Поддубная И.В. (ред.) Онкология: справочник практического врача. М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 750–7.
2. Abeloff M.D., Armitage J.O., Lichter A.S. et al. Unknown primary in clinical oncology. Churchill Livingstone, New York 1995. P. 1833–45.
3. Leonard R.J., Nystrom J.S. Diagnostic evaluation of patients with carcinoma of unknown primary site. *Semin Oncol* 1993;20:244–50.
4. Nystrom J.S., Weiner J.M., Heffelfinger-Juttner J. Metastatic and histologic presentation in unknown primary cancer. *Semin Oncol* 1997;4:53–58.
5. Hillen H.F.P. Unknown primary tumours. *Postgr Med J* 2000;76:690–3.
6. Pentheroudakis G., Briasoulis E., Pavlidis N. Cancer of Unknown Primary Site: Missing Primary or Missing Biology? *Oncologist* 2007;12(4):418–25.
7. Рак без выявленного первичного очага. В кн.: Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). М.: Изд. группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – С. 348–53.
8. Bugat R., Bataillard A., Lesimple T., Voigt J.J. et al. Standards, Options and Recommendations for the management of patient with carcinoma of unknown primary site. *Bull Cancer* 2002;89(10):869–75.
9. Blaszyk H., Hartmann A., Bjornsson J. Cancer of unknown primary: clinicopathologic correlations. *APMIS* 2003;111:1089–94.
10. Pavlidis N., Fizazi K. Carcinoma of Unknown Primary (CUP). *Crit Rev Oncol Hematol* 2009;69:271–8.
11. Pavlidis N., Pentheroudakis G. Cancer of unknown primary site: 20 questions to be answered. *Ann Oncol* 2010;21(Suppl 7):vii303–7.
12. Siegel R., Naishadham D. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2012;62(1):10–29. DOI: 10.3322/caac.20138.
13. Fizazi K. et al. Cancers of unknown primary site: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2015;22:133–8.
14. Varadhachary G.R., Abbruzzese J.L., Lenzi R. Diagnostic Strategies for Unknown Primary Cancer. *Cancer* 2004;100(9):1776–85.

15. Опухоли невыявленной первичной локализации. В кн.: Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей RUSSCO 2018;250–9.
16. Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей головы и шеи RUSSCO 2018;88 (<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-05.pdf>).
17. Практические рекомендации по лекарственному лечению инвазивного рака молочной железы RUSSCO #3s2, 2019;9:128–63 (<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-08.pdf>).
18. Radiation Therapy for Breast Cancer in Men. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer-in-men/treating/radiation-therapy.html>.
19. Практические рекомендации по лечению герминогенных опухолей у мужчин RUSSCO #3s2, 2019;533–56 (<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-33.pdf>).
20. Практические рекомендации по лекарственному лечению немелкоклеточного рака легкого RUSSCO #3s2, 2019;32–48 (<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-01.pdf>).
21. Практические рекомендации по лекарственному лечению мелкоклеточного рака легкого RUSSCO #3s2, 2019;49–54 (<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-02.pdf>).
22. Практические рекомендации по лекарственному лечению нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и других локализаций RUSSCO #3s2, 2019;486–97 (<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-29.pdf>).
23. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака яичников, первичного рака брюшины и рака маточных труб RUSSCO #3s2, 2019;164–76 (<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-09.pdf>).
24. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака предстательной железы RUSSCO #3s2, 2019;519–32 (<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-32.pdf>).
25. NCCN guidelines version 3.2020 Occult Primary. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/occult.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/occult.pdf).
26. Практические рекомендации по лекарственному лечению меланомы кожи RUSSCO #3s2, 2019;243–58 (<https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-15.pdf>).



27. Практические рекомендации по лекарственному лечению сарком мягких тканей RUSSCO 2019;272–82 (<https://rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/2019/2019-17.pdf>).
28. Новик А.В., Гладков О.А., Имянитов Е.Н., Копп М.В., Новиков С.Н., Проценко С.А. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению больных с опухолями невыявленной первичной локализации. В кн.: Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2019;9:283–93.
29. Кононенко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Профилактика фебрильной нейтропении гранулоцитарными колониестимулирующими факторами. В кн.: Давыдов М.И. (ред.). Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии регионального общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии. 2019;21–32. <http://rassc.org/ru/recommendations>.
30. Bond T.C, Mueller U., Barnes G. et al. Meta-analysis and indirect treatment comparison of lipegfilgrastim for the reduction of chemotherapy-induced neutropenia. *Value Health* 2015 Nov;18(7):A434. DOI: 10.1016/j.jval.2015.09.1041.
31. Likhun Z., Xiang J., Xin D., Tao Z.L. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intravenous Palonosetron in the Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Adults. *The Oncologist* 2011;16:207–216
32. Navari R.M., Nagy C.K., Gray S.E. The use of olanzapine versus metoclopramide for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. *Support Care Cancer* 2013;21(6):1655–63. DOI: 10.1007/s00520-012-1710-6.
33. Кононенко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Профилактика тошноты/рвоты, индуцированной химиотерапией и лучевой терапией. В кн.: Давыдов М.И. (ред.). Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии, регионального общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии. 2019;89–103. <http://rassc.org/ru/recommendations>.
34. NCCN Antiemesis v2.2020, [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/antiemesis](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis) V2.2020.pdf
35. Hashimoto H., Abe M., Nakao M., Mizutani H. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial evaluating olanzapine 5 mg combined with standard antiemetic therapy for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving cisplatin-based chemotherapy: J-FORCE Study. *Journal of Clinical Oncology* 2019;37(15\_suppl):11503–11503.

36. Gnant M., Pfeiler G., Dubsy P.C. Adjuvant denosumab in breast cancer (ABCSG-18): a multicentre, randomized, double blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2015;1;386(9992):433–43. Published online June 1, 2015. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60995-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60995-3).
37. Кононенко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Протокол мониторинга и коррекции минеральной плотности костной ткани на фоне лекарственного противоопухолевого лечения рака молочной железы. В кн.: Давыдов М.И. (ред.). Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии регионального общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии. 2019;110–7. <http://rassc.org/ru/recommendations>.
38. Gafter-Gvili A., Rozen-Zvi B., Vidal L. et al. Intravenous iron supplementation for the treatment of cancer-related anemia – systematic review and meta-analysis. *Act Oncol* 2013;52(1):18–29. DOI: 10.3109/0284186x.2012.702921.
39. Кононенко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Протокол коррекции анемии у онкологических больных. В кн.: Давыдов М.И. (ред.). Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии регионального общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии. 2019;11–21. <http://rassc.org/ru/recommendations>.
40. Кононенко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Протокол коррекции осложнений, возникающих при лечении ингибиторами CDK4/6. В кн.: Давыдов М.И. (ред.). Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии регионального общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии. 2019;209–21. <http://rassc.org/ru/recommendations>.
41. Champiat S., Lambotte O., Barreau E. et al. Management of immune checkpoint blockade dysimmune toxicities: a collaborative position paper. *Ann Oncol* 2016;27:559–74. DOI:10.1093 /annonc /mdv623.
42. Кононенко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Протокол коррекции иммуноопосредованных нежелательных явлений. В кн.: Давыдов М.И. (ред.). Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии регионального общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии. 2019;171–209. <http://rassc.org/ru/recommendations>.
43. Maroun J.A., Anthony L.B., Blais N. et al. Prevention and management of chemotherapy-induced diarrhea in patients with colorectal cancer: a consensus statement

- by the Canadian Working Group on Chemotherapy-Induced Diarrhea. *Curr Oncol* 2007;14(1):13–20.
44. Кононенко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Протокол коррекции иммуноопосредованных нежелательных явлений. В кн.: Давыдов М.И. (ред.). Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии регионального общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии. 2019;1–242. <http://rassc.org/ru/recommendations>.
45. Клинические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома (ХБС) у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи 2016. <http://cr.rosminzdrav.ru>.
46. Bosaeus I. Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. *Support Care Cancer* 2008;16:447–51.
47. Thoresen L., Frykholm G., Lydersen S. et al. Nutritional status, cachexia and survival in patients with advanced colorectal carcinoma. Different assessment criteria for nutritional status provide unequal results. *Clin Nutr* 2013;32:65–72.
48. Кононенко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Протокол коррекции нутритивной недостаточности. В кн.: Давыдов М.И. (ред.) Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии регионального общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии. 2019;70–87. <http://rassc.org/ru/recommendations>.
49. Oken M.M., Creech R.H., Tormey D.C., Horton J., Davis T.E., McFadden E.T., Carbone P.P. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5(6):649–55.
50. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod C. (ed.). *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press; 1949:191–205.
51. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63(Suppl 11):S240–52.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

1. **Болотина Лариса Владимировна** – д.м.н., заведующая отделением химиотерапии отдела лекарственного лечения опухолей МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

2. **Бутенко Алексей Владимирович** – д.м.н., профессор, главный врач НИИ КО им. Н.Н. Трапезникова, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

3. **Возный Эдуард Кузьмич** – д.м.н., профессор, заведующий отделением химиотерапии ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева ДЗМ», президент Московского общества химиотерапевтов.

4. **Галин Андрей Павлович** – к.м.н., доцент кафедры педиатрии с курсом онкологии медицинского института ФГБОУ ВО «Сыктывкарского государственного университета имени Питирима Сорокина», главный внештатный специалист-онколог Министерства здравоохранения Республики Коми, заместитель главного врача по экспертной работе ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер».

5. **Гладков Олег Александрович** – врач-онколог, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный врач клиники ООО «Эвимед», Челябинск.

6. **Гуторов Сергей Львович** – д.м.н., в.н.с. отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

7. **Долгушин Михаил Борисович** – д.м.н., профессор, профессор РАН, заведующий отделением позитронно-эмиссионной томографии и циклотронно-радиохимической группы ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

8. **Имянитов Евгений Наумович** – врач-генетик, врач – лабораторный генетик, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий научным отделом биологии опухолевого роста ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

9. **Козлов Николай Александрович** – к.м.н., в.н.с. патологоанатомического отделения ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

10. **Комаров Игорь Геннадьевич** – д.м.н., профессор, гл.н.с. хирургического отделения №2 диагностики опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

11. **Комов Дмитрий Владимирович** – д.м.н., профессор, руководитель хирургического отделения №2 диагностики опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

12. **Кононенко Инесса Борисовна** – к.м.н., с.н.с. онкологического дневного стационара (химиотерапевтического и хирургического лечения) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

13. **Копп Михаил Валерьевич**, д.м.н., профессор, врач-онколог клиники Медицинского университета «Реавиз».

14. **Крылов Валерий Васильевич** – д.м.н., заведующий отделением радиохирургического лечения открытыми нуклидами МРНЦ им. А. Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

15. **Малихова Ольга Александровна** – д.м.н., профессор, заведующая эндоскопическим отделением ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

16. **Назаренко Алексей Витальевич**, к.м.н., заведующий радиологическим отделением ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

17. **Новик Алексей Викторович** – к.м.н., с.н.с. научного отдела онкоиммунологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России, доцент Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии.

18. **Обухова Ольга Аркадьевна** – врач-физиотерапевт, к.м.н, заведующая отделением реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ, член Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания (ESPEN), член Российской ассоциации парентерального и энтерального питания (RESPEN).

19. **Проценко Светлана Анатольевна** – д.м.н., профессор, заведующая отделением химиотерапии и инновационных технологий НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, в.н.с. отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова.

20. **Рябчиков Денис Анатольевич** – д.м.н., в.н.с. хирургического отделения №5 опухолей молочных желез ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

21. **Сельчук Владимир Юрьевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии ФДПО ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

22. **Снеговой Антон Владимирович** – д.м.н., заведующий онкологическим дневным стационаром (химиотерапевтического и хирургического лечения) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, профессор кафедры онкологии ФДПО ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

23. **Трофимова Оксана Петровна** – д.м.н., в.н.с. радиологического отделения радиационной онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

24. **Фалалеева Наталья Александровна** – заведующий отделом лекарственного лечения злокачественных новообразований МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

25. **Феденко Александр Александрович** – заведующий отделом лекарственного лечения опухолей МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

26. **Филоненко Елена Вячеславовна** – заведующая Центром лазерной и фотодинамической диагностики и терапии опухолей МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

27. **Шолохов Владимир Николаевич** – д.м.н., профессор, в.н.с. отделения ультразвуковой диагностики ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

#### **Блок по организации медицинской помощи:**

1. **Геворкян Тигран Гагикович** – заместитель директора НИИ КЭР ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

2. **Иванов Сергей Анатольевич** – профессор РАН, д.м.н., директор МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России.

3. **Невольских Алексей Алексеевич** – д.м.н., заместитель директора по лечебной работе МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России.

4. **Хайлова Жанна Владимировна** – к.м.н., заместитель директора по организационно-методической работе МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России.

**Конфликт интересов:**

Все члены рабочей группы подтвердили отсутствие конфликта интересов/финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- 1) врачи-онкологи;
- 2) врачи-радиологи;
- 3) врачи-радиотерапевты;
- 4) врачи-хирурги;
- 5) врачи – анестезиологи-реаниматологи;
- 6) врачи-терапевты;
- 7) врачи общей врачебной практики (семейной медицины);
- 8) врачи-неврологи;
- 9) врачи-генетики;
- 10) врачи-патологоанатомы;
- 11) врачи организации здравоохранения и общественного здоровья;
- 12) врачи-реабилитологи;
- 13) врачи – клинические фармакологи;
- 14) студенты медицинских ВУЗов, ординаторы и аспиранты.

### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных;
- анализ современных научных разработок по проблеме ОНПЛ в России и за рубежом;
- обобщение практического опыта российских и зарубежных специалистов.

Для оценки уровня УУР и УДД по каждому тезису-рекомендации выполнен отдельный систематический обзор доказательств эффективности и/или безопасности медицинского вмешательства, включающий следующие этапы:

1. Определение критериев поиска и отбора публикаций о клинических исследованиях (КИ) эффективности и/или безопасности медицинского вмешательства, описанного в тезисе-рекомендации.

2. Систематический поиск и отбор публикаций о КИ в соответствии с определенными ранее критериями.

3. Определение УДД и УУР на основании результатов систематического поиска и отбора публикаций о КИ.

Оценка УДД и УУР проводится на основании единых шкал, представленных в табл. П1–3.



**Таблица П1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

| <b>УДД</b> | <b>Расшифровка</b>   |
|------------|--|
| 1          | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа   |
| 2          | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа |
| 3          | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования            |
| 4          | Несравнительные исследования, описание клинического случая   |
| 5          | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов   |

**Таблица П2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

| <b>УДД</b> | <b>Расшифровка</b>   |
|------------|--|
| 1          | Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа   |
| 2          | Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа |
| 3          | Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования   |
| 4          | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай–контроль»   |
| 5          | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов  |

**Таблица ПЗ. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

| УУР | Расшифровка   |
|-----|---|
| А   | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)                             |
| В   | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)              |
| С   | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Индикаторы доброкачественной клинической практики (Good Practice Points – GPPs):** доброкачественная практика рекомендаций основывается на квалификации и клиническом опыте авторского коллектива.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:** консенсус экспертов.

**Экономический анализ:** анализ стоимости не проводился, публикации по фармакоэкономике не анализировались.

**Методы валидации рекомендаций:**

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

**Описание метода валидации рекомендаций.** Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии врачей – детских онкологов первичного звена в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценка важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и регистрировались вносимые в результате этого изменения в рекомендации. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка: проект рекомендаций рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

При отборе публикаций как потенциальных источников доказательств использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее достоверности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что, в свою очередь, влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

### **Порядок обновления клинических рекомендаций**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем 1 раз в 3 года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний при наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 мес.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».
3. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н (ред. от 16.04.2019) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 № 48808).
4. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 23.04.2019 № 5071/26-2/и. <http://www.ffoms.ru/documents/the-orders-oms/>.

Актуальные инструкции к лекарственным препаратам, упоминаемым в данных клинических рекомендациях, можно найти на сайте <http://grls.rosminzdrav.ru> и на сайте RUSSCO.

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

### 1 уровень. Этапы диагностики и лечения

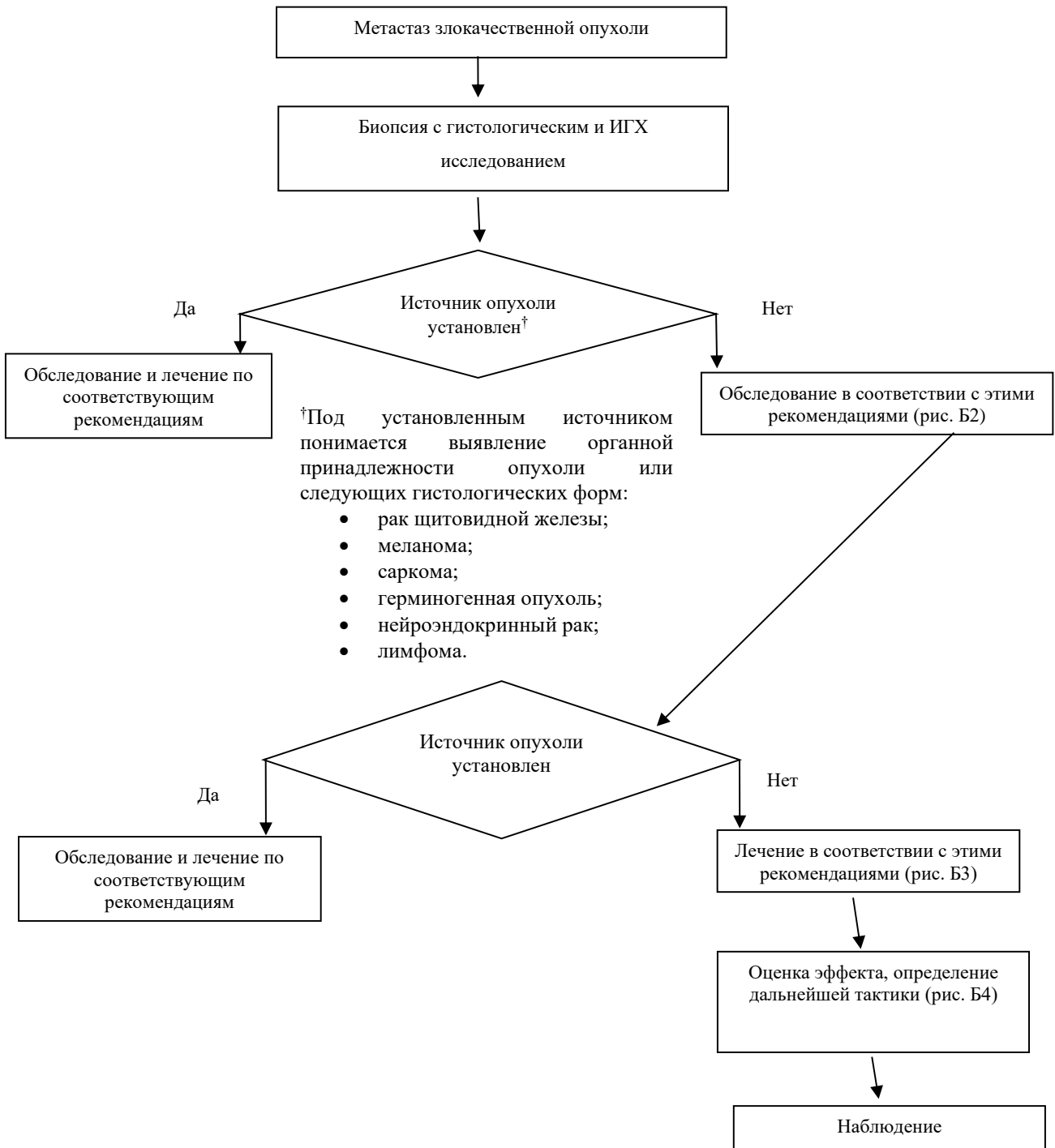
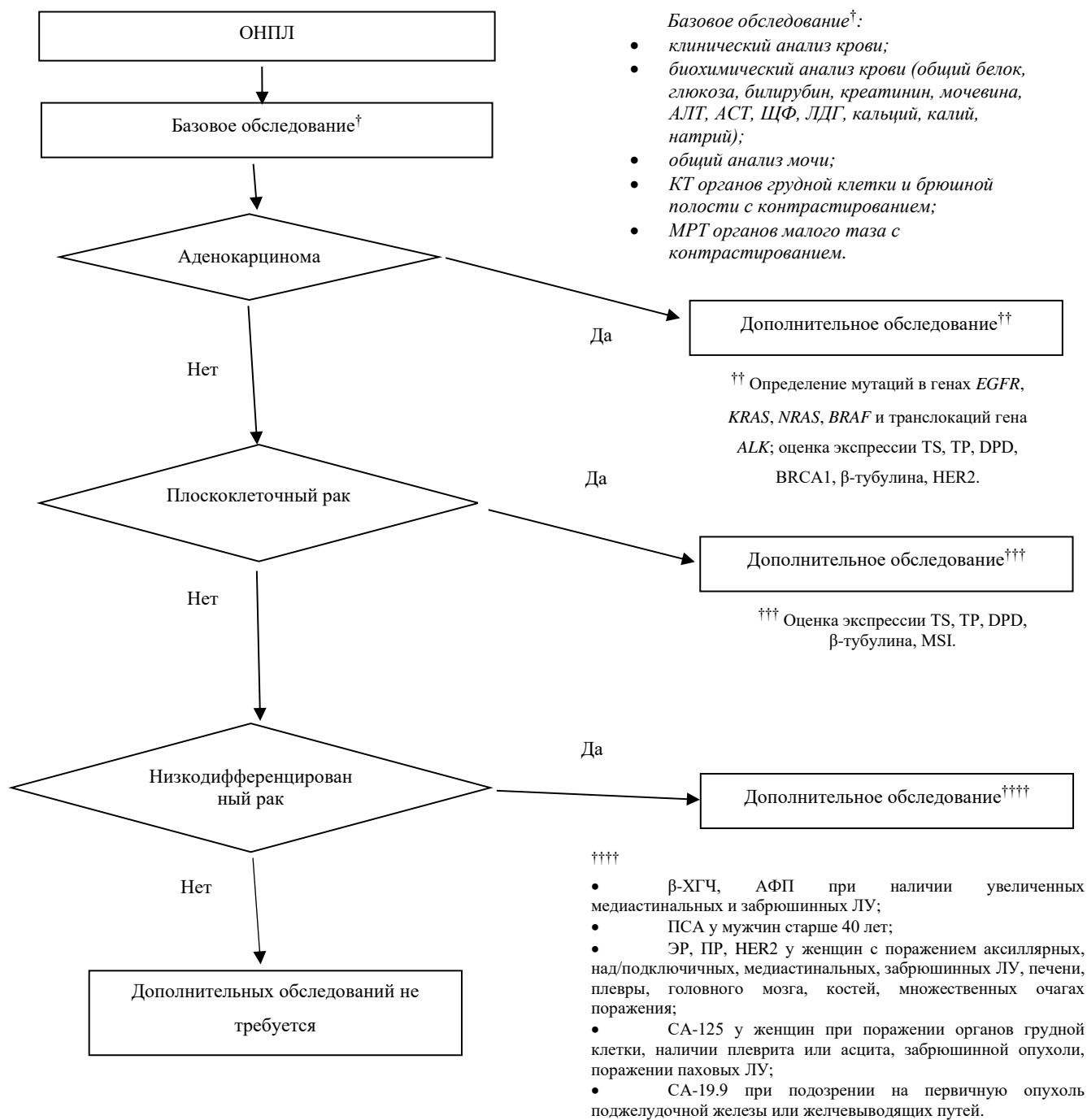


Рисунок Б1. Этапы диагностики и лечения ОНПЛ

**2 уровень. Действия врача при необходимости обследования по данным рекомендациям**



**Рисунок Б2.** Алгоритм обследования пациентов с ОНПЛ

## 2 уровень. Действия по лечению опухолей неясной первичной локализации

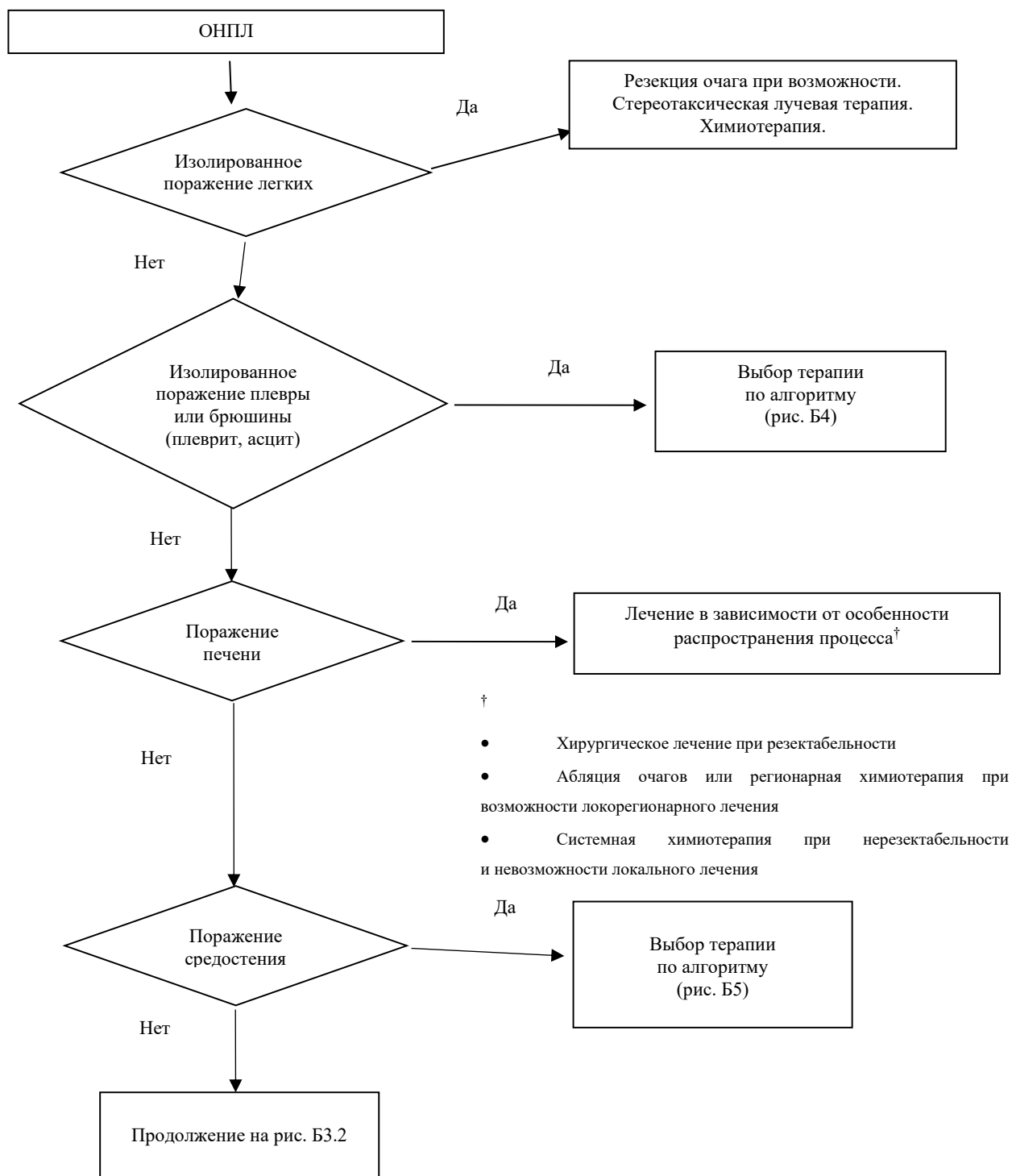
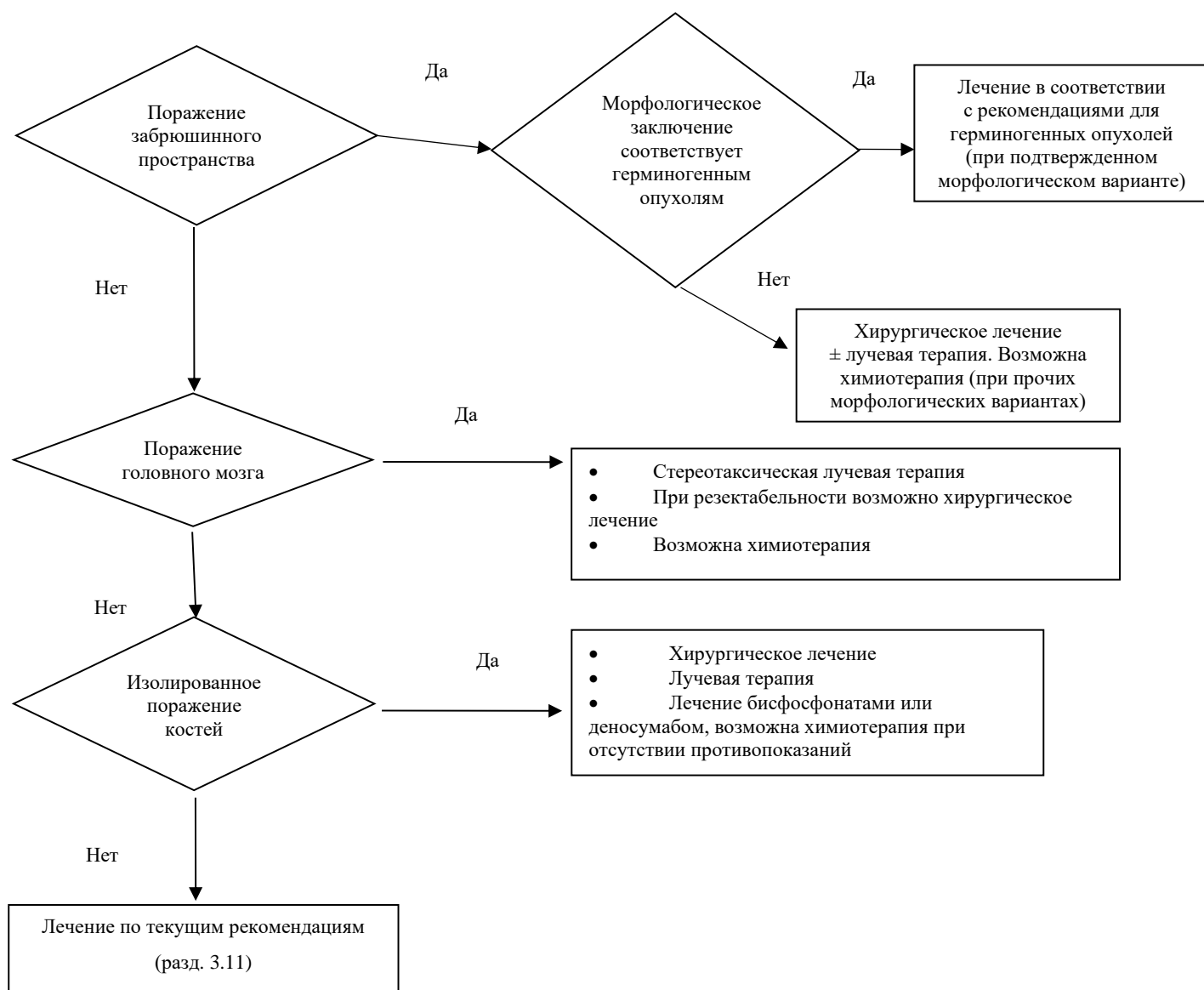


Рисунок Б3.1. Алгоритм лечения пациентов с ОНПЛ

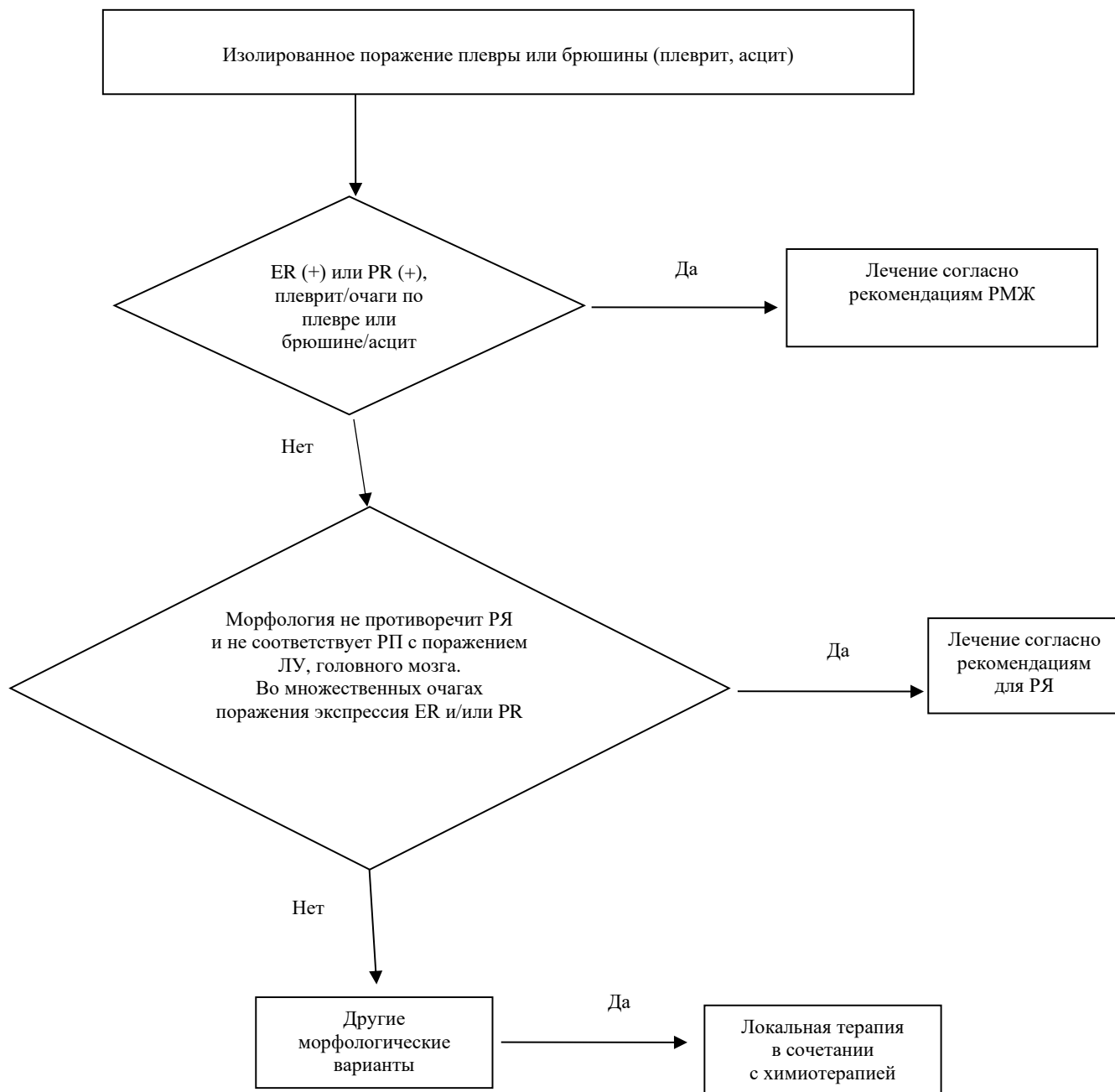
**2 уровень. Действия по лечению опухолей неясной первичной локализации  
(продолжение)**



**Рисунок Б3.2.** Алгоритм лечения пациентов с ОНПЛ (продолжение)

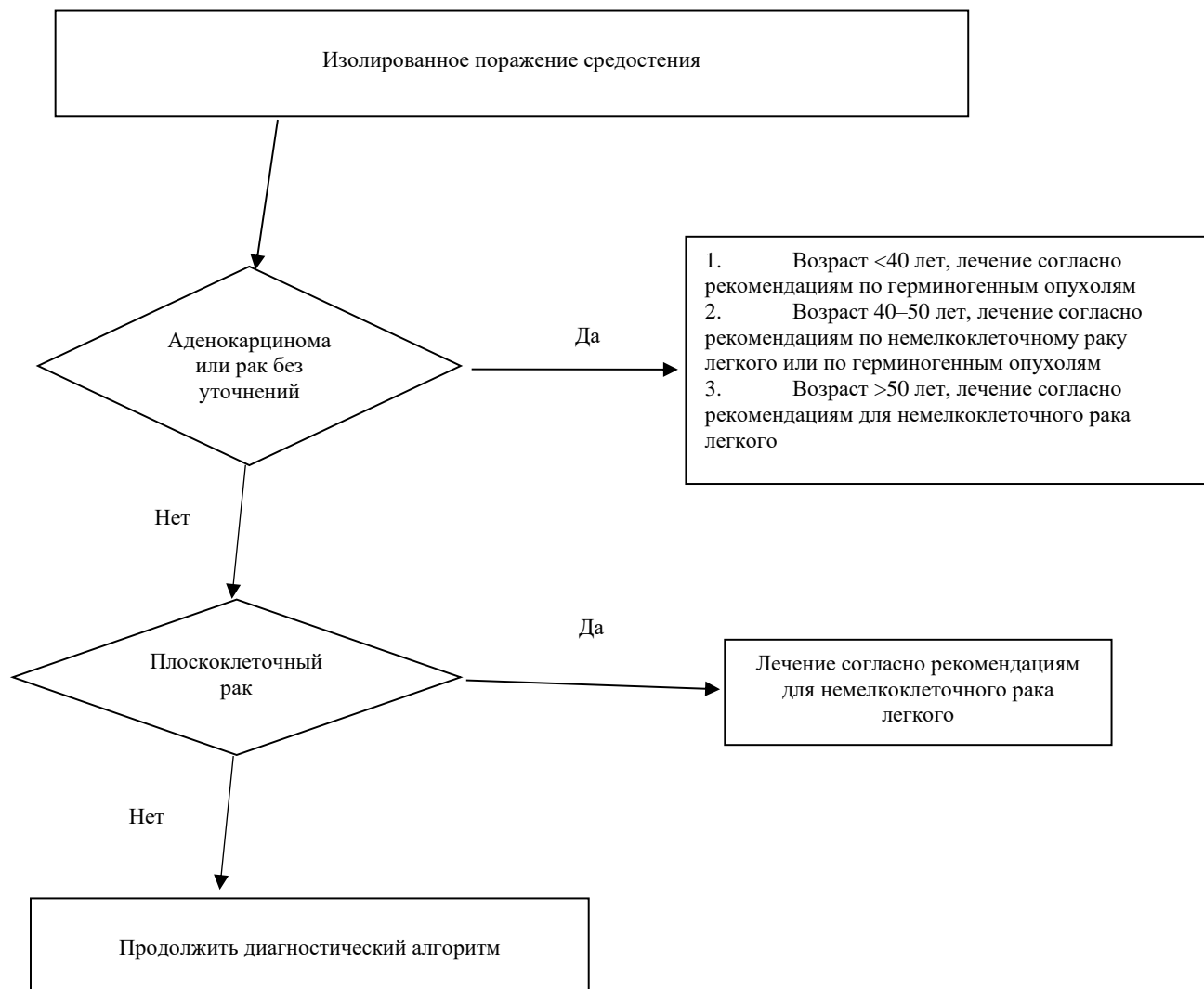


### 3 уровень. Действия по лечению опухолей неясной первичной локализации



**Рисунок Б4.** Уровень 3. Шаги алгоритма лечения пациентов с изолированным поражением плевры или брюшины

**3 уровень. Действия по лечению опухолей неясной первичной локализации (продолжение)**



**Рисунок Б5.** Уровень 3. Шаги алгоритма лечения пациентов с изолированным поражением средостения

## Приложение В. Информация для пациента

Пациента информируют о клинической картине и методах диагностики/стадирования заболевания, знакомят с различными методами лечения и их потенциальными результатами/осложнениями. Выбор метода лечения следует выполнять в результате такого собеседования после того, как пациент имел возможность задать все интересующие его вопросы.

### Преимущества отказа от табакокурения и потребления алкоголя

- Более высокие показатели выживаемости
- Большая эффективность лечения
- Меньшее количество и выраженность побочных эффектов противоопухолевого лечения (сердечно-легочные осложнения, утомляемость, снижение массы тела, мукозиты, потеря вкуса)
- Ускоренное восстановление общего состояния после лечения
- Ниже риск рецидива
- Меньший риск вторых опухолей
- Меньший риск инфекций
- Выше качество жизни.

### Рекомендации при осложнениях химиотерапии/лучевой терапии – связаться с химиотерапевтом/лучевым терапевтом!

#### 1) При повышении температуры тела 38 °С и выше:

- Рекомендовано применение противомикробной терапии по рекомендации химиотерапевта.

#### 2) При стоматите:

- Диета – механическое, термическое щажение;
- Частое полоскание полости рта (каждый час) – ромашка, кора дуба, шалфей; смазывать слизистую полости рта облепиховым (персиковым) маслом;
- Обрабатывать полость рта по рекомендации врача-химиотерапевта.

#### 3) При диарее:

- Диета – исключить жирное, острое, копченое, сладкое, молочное, клетчатку. Можно нежирное мясо, мучное, кисломолочное, рисовый отвар. Обильное питье;
- Принимать препараты по рекомендации врача-онколога.

#### 4) При тошноте:

- Принимать препараты по рекомендации врача-онколога.

## **Приложение Г1–Г3. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

### **Приложение Г1. Шкала оценки тяжести состояния пациента по версии ВОЗ/ECOG [49]**

Название на русском языке: Шкала оценки тяжести состояния пациента по версии ВОЗ/ECOG.

Оригинальное название: The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health Organization Performance Status (ECOG/WHO PS).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): <https://ecogacrin.org/resources/ecog-performance-status>.

Оригинальная публикация: Oken M.M., Creech R.H., Tormey D.C., Horton J., Davis T.E., McFadden E.T., Carbone P.P. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982;5(6):649–55 [49].

Тип: шкала оценки.

Назначение: описать уровень функционирования пациента с точки зрения его способности заботиться о себе, повседневной активности и физических способностях (ходьба, работа и т.д.).

Содержание (шаблон):

| <b>Балл</b> | <b>Описание</b>   |
|-------------|---|
| 0           | Пациент полностью активен, способен выполнять все, как и до заболевания (90–100 % по шкале Карновского)   |
| 1           | Пациент неспособен выполнять тяжелую, но может выполнять легкую или сидячую работу (например, легкую домашнюю или канцелярскую работу (70–80 % по шкале Карновского)                                |
| 2           | Пациент лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу. Более 50 % времени бодрствования проводит активно – в вертикальном положении (50–60 % по шкале Карновского) |
| 3           | Пациент способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50 % времени бодрствования (30–40 % по шкале Карновского)   |

|   |  |
|---|--|
| 4 | Инвалид, совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели (10–20 % по шкале Карновского) |
| 5 | Смерть   |

Ключ (интерпретация): приведен в самой шкале.

## Приложение Г2. Шкала Карновского [50]

Название на русском языке: Шкала Карновского.

Оригинальное название (если есть): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):  
Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer.  
In: MacLeod C. (ed.). Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press; 1949:191–205 [50].

Тип: шкала оценки.

Назначение: описать уровень функционирования пациента с точки зрения его способности заботиться о себе, повседневной активности и физических способностях (ходьба, работа и т. д.).

Содержание (шаблон):

| Балл | Шкала Карновского   |
|------|---|
| 100  | Состояние нормальное, жалоб нет   |
| 90   | Способен к нормальной деятельности, незначительные симптомы или признаки заболевания            |
| 80   | Нормальная активность с усилием, незначительные симптомы или признаки заболевания               |
| 70   | Обсуживает себя самостоятельно, не способен к нормальной деятельности или активной работе       |
| 60   | Нуждается периодически в помощи, но способен сам удовлетворять бóльшую часть своих потребностей |
| 50   | Нуждается в значительной помощи и медицинском обслуживании                                      |
| 40   | Инвалид, нуждается в специальной помощи, в том числе медицинской                                |
| 30   | Тяжелая инвалидность, показана госпитализация, хотя смерть непосредственно не угрожает          |
| 20   | Тяжелый больной. Необходимы госпитализация и активное лечение                                   |
| 10   | Умиравший   |
| 0    | Смерть  |

Ключ (интерпретация): приведен в самой шкале.

### Приложение ГЗ. Визуально-аналоговая шкала оценки болевого синдрома [51]

Название на русском языке: Визуально-аналоговая шкала оценки болевого синдрома.

Оригинальное название: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). Arthritis Care Res (Hoboken) 2011;63(Suppl 11):S240–52 [51].

Тип: шкала оценки.

Назначение: предназначена для количественной оценки болевого синдрома с учетом субъективных ощущений больного и подбора анальгезирующей терапии.

Содержание (шаблон):

**«Оцените по шкале выраженность боли, где 0 – отсутствие боли, а 10 – нестерпимая боль максимальной выраженности».**



Инструкция: больному на 10-сантиметровой линии предлагается отметить степень выраженности боли по шкале от 0 до 10.

Ключ: 1–3 балла – слабая боль; 4–7 баллов – умеренная боль; 8 и более баллов – сильная боль.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы, не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.