

*Приложение N 3*  
*к Порядку проведения диспансерного*  
*наблюдения за взрослыми, утвержденному*  
*приказом Министерства здравоохранения*  
*Российской Федерации*  
*от 15 марта 2022 г. N 168н*

## **ПЕРЕЧЕНЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ИНЫХ СОСТОЯНИЙ, КОТОРЫЕ ПРЕДШЕСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, ПРИ НАЛИЧИИ КОТОРЫХ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМ НАСЕЛЕНИЕМ ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ**

| Н п/п                                         | Код по<br>Международной<br>статистической<br><u>классификации</u><br>болезней и<br>проблем,<br>связанных со<br>здоровьем, 10-<br>го пересмотра<br><1> | Хроническое<br>заболевание,<br>функциональное<br>расстройство,<br>иное состояние,<br>при наличии<br>которых<br>устанавливается<br>диспансерное<br>наблюдение | Минимальная<br>периодичность<br>диспансерных<br>приемов<br>(осмотров,<br>консультаций) | Контролируемые<br>показатели<br>состояния<br>здоровья в<br>рамках<br>проведения<br>диспансерного<br>наблюдения | Длительность<br>диспансерного<br>наблюдения | Примечания     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------|
| Диспансерное наблюдение у врача-инфекциониста |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                              |                                                                                        |                                                                                                                |                                             |                |
| 1.                                            | B18.0 - B18.2                                                                                                                                         | Хронический                                                                                                                                                  | В соответствии с                                                                       | Отсутствие                                                                                                     | Пожизненно или до                           | Прием (осмотр, |

|    |           |                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    |                                               |                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-----------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |           | вирусный гепатит В и (или) хронический вирусный гепатит С | клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 12 месяцев для пациентов без фиброза или цирроза печени и не реже 1 раза в 6 месяцев для пациентов с тяжелым фиброзом или циррозом печени | прогрессирования по данным ультразвукового исследования <2> или магнитно-резонансной томографии <3>; повышение уровня альфа-фетопротеина <4> крови | выявления/лечения гепатоцеллюлярной карциномы | консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (изменения уровня АФП сыворотки крови отличающиеся от референсных значений, появление или увеличение размеров дополнительных объемных образований в паренхиме печени) |
| 2. | B20 - B24 | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)  | Наблюдение врачом-инфекционистом в соответствии с клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции                                                     | Контроль лабораторных показателей в соответствии с клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции            | Пожизненно                                    | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога 1 раз в год. У женщин при 3 стадии и количестве CD4+ клеток 200 и более на мкл - 1 раз в год консультация врача - акушера-гинеколога, при других стадиях и количестве            |

|  |  |  |  |  |  |                                                                                            |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  | CD4+ клеток менее 200 на мл<br>- консультация врача - акушера-гинеколога 1 раз в 6 месяцев |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|

| Диспансерное наблюдение у врача-эндокринолога |                                    |                                                                                                                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.                                            | E34.8, D13.7, D35.0 - D35.2, D35.8 | Множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭА-I, синдром Вернера) (Синдром множественной эндокринной неоплазии I типа (МЭН I)) | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год. При стойкой ремиссии увеличение интервала до 3 - 5 лет | Уровень глюкозы, инсулина, пролактина, инсулиноподобного фактора роста-1 крови, хромогранина А, глюкагона, гастрина вазоинтестинального полипептида, панкреатического полипептида крови, паратиреоидного гормона, кальция (общий и ионизированный), фосфора крови; уровень кальция мочи; отсутствие структурных изменений паращитовидных желез, поджелудочной железы, надпочечников; отсутствие объемных образований по данным МРТ гипофиза, УЗИ шеи, УЗИ органов брюшной полости; отсутствие данных о ЗНО по результатам эзофагогастродуоденоскопии с | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения злокачественного новообразования <5> | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (атипия клеток в пунктате) (TIRADS $\geq$ 4, и (или) наличие атипичных клеток по результатам цитологического исследования пунктата (Bethesda $\geq$ III). Дисплазия или аденокарцинома по результатам ЭГДС с множественной биопсией, изменения уровня, хромогранина А, глюкагона, гастрина вазоинтестинального полипептида, |

|    |                           |                                                                                        |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                           |                                                                                        |                                                                      | биопсией                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                   | панкреатического полипептида крови, паратиреоидного гормона, кальция (общего и ионизированного), фосфора крови, кальция мочи отличающиеся от референсных значений)                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4. | D44.8, D35.0, D35.1 D35.8 | Множественная эндокринная неоплазия: тип 2А (Синдром Сиппла); тип 2В (Синдром Горлина) | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год | Исключение ЗНО щитовидной железы, паращитовидных желез; уровень гормонов щитовидной железы (согласно клиническим рекомендациям) и паратиреоидного гормона; уровень кальцитонина крови, хромогранина А; уровень метанефринов и норметанефринов суточной мочи или крови | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения ЗНО | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (TIRADS $\geq 4$ , и (или) наличие атипии клеток по результатам цитологического исследования пунктата (Bethesda $\geq$ III), изменение уровня гормонов щитовидной железы (согласно клиническим рекомендациям) и паратиреоидного гормона, кальцитонина крови, раковоэмбриональный антиген <6>, хромогранина А, метанефринов и |

|    |       |                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |       |                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                                                   | норметанефринов суточной мочи или крови отличающиеся от референсных значений), кальция крови, скорректированного по альбумину или ионизированного, отличающиеся от референсных значений, наличие объемных образований по результатам УЗИ шеи, компьютерной томографии <7> или МРТ надпочечников |
| 5. | E34.5 | Группа заболеваний с нарушением формирования пола (варианты дисгенезии гонад и синдромов резистентности к андрогенам) | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие структурных изменений по данным УЗИ органов малого таза, УЗИ органов мошонки (яички), МРТ органов малого таза по показаниям; уровень АФП, бета хорионического гормона, <8>, уровень лактатдегидрогеназы крови <9> | До момента удаления гонад (при наличии показаний) | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (изменение уровня АФП, ХГЧ, ЛДГ в крови отличающиеся от референсных значений, наличие объемных образований по данным УЗИ)                                                                                                 |
| 6. | E22.0 | Акромегалия                                                                                                           | В соответствии с клиническими рекомендациями,                         | Отсутствие данных о ЗНО по результатам колоноскопии с множественной биопсией;                                                                                                                                                | Пожизненно                                        | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по                                                                                                                                                                                                                                                  |

|    |                                  |                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                  |                                                                                                                                                                    | но не реже 1 раза в год                                               | отсутствие объемных образований щитовидной железы по данным УЗИ и молочных желез по данным УЗИ и маммографии                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                   | медицинским показаниям (дисплазия или аденокарцинома по результатам биопсии, наличие объемных образований щитовидной железы по данным УЗИ и молочных желез по данным УЗИ и маммографии). При семейном полипозе толстой кишки - решение вопроса о выполнении профилактической колэктомии |
| 7. | E04.1<br>E04.2<br>E05.1<br>E05.2 | Нетоксический одноузловой зоб<br>Нетоксический многоузловой зоб<br>Тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом<br>Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие структурных изменений ткани/ложа щитовидной железы по данным УЗИ;<br>уровень тиреотропного гормона в крови (согласно клиническим рекомендациям);<br>уровень кальцитонина в сыворотке крови при первичном обращении;<br>отсутствие данных о ЗНО по результатам пункционной биопсии с цитологическим или морфологическим исследованием;<br>цитологическая/морфологическая | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения ЗНО | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям, TIRADS $\geq 4$ и/или наличие атипии клеток по результатам цитологического исследования пунктата (Bethesda $\geq$ III), повышение кальцитонина крови у женщин более 10 пг/мл, у мужчин более 15 пг/мл.           |

|    |                    |                                                             |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|--------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                    |                                                             |                                                                          | повторная верификация при изменении признаков риска по данным УЗИ                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 8. | D35.1<br><br>E21.0 | Аденома паращитовидной железы.<br>Первичный гиперпаратиреоз | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год    | Оценка размеров образования паращитовидной железы при УЗИ;<br>уровень кальция, (скорректированный на альбумин), фосфора, креатинина и паратгормона в сыворотке крови;<br>сцинтиграфия с технецием [99mTc] сестамиби (по показаниям);<br>денситометрия (по показаниям) | Без хирургического лечения - пожизненно.<br>После хирургического лечения - не менее 5 лет после операции.                                  | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям: уровень общего кальция, скорректированного на альбумин > 3 ммоль/л, размер опухоли > 3 см.<br>Морфологическая картина атипической аденомы по данным послеоперационного гистологического исследования.<br>Множественные аденомы паращитовидных желез (синдром МЭН1, МЭН2А и др.) |
| 9. | D35.0              | Аденома надпочечника                                        | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 2 года | Оценка размеров образования надпочечника и характер накопления и вымывания контрастного вещества (при компьютерной томографии или МРТ);<br>уровень калия, натрия, глюкозы. АД;<br>проба с дексаметазоном 1 мг. (Нор) метанефрина в суточной                           | Не менее 5 лет при гормонально неактивных инциденталоммах надпочечника. В остальных случаях не менее 10 лет или до хирургического лечения. | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям: размер опухоли > 4 см.<br>Подозрение на ЗНО надпочечника по данным компьютерной                                                                                                                                                                                                 |

|  |  |  |  |                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  | моче или плазме крови;<br>при артериальной гипертензии -<br>уровень альдостерона и ренина |  | томографии с<br>контрастом (высокая<br>нативная плотность -<br>более 20 ЕД Н и<br>низкое выведение<br>контраста).<br>Морфологическая<br>картина<br>феохромоцитомы,<br>адренокортикального<br>рака или метастаза в<br>надпочечник по<br>данным<br>послеоперационного<br>гистологического<br>исследования |
|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Диспансерное наблюдение у врача-невролога |       |                       |                                                                                   |                                                                                 |            |                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------|-------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10.                                       | Q85.1 | Туберозный<br>склероз | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не реже 1 раза<br>в год | Отсутствие<br>объемных<br>образований<br>по данным<br>МРТ<br>головного<br>мозга | Пожизненно | Прием<br>(осмотр,<br>консультация)<br>врача-<br>онколога по<br>медицинским<br>показаниям<br>(наличие<br>объемных<br>образований<br>по данным<br>МРТ) |



| Диспансерное наблюдение у врача-хирурга |       |                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                    |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11.                                     | D11   | Доброкачественное новообразование больших слюнных желез | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие структурных изменений ткани больших слюнных желез по данным осмотра и УЗИ; отсутствие данных о ЗНО по результатам пункции/биопсии больших слюнных желез | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения за ЗНО | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, наличие данных за злокачественный процесс по результатам пункции/биопсии)                   |
| 12.                                     | Q78.1 | Полиостозная фиброзная дисплазия                        | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие признаков прогрессирования: появление и (или) увеличение структурных изменений костной ткани; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии            | Пожизненно                                                                                           | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования) |

| Диспансерное наблюдение у врача-уролога |        |                                              |                                                                       |                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------|--------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13.                                     | D30.3  | Папилломы, полипы мочевого пузыря            | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие ультразвуковых признаков роста образования по результатам УЗИ органов малого таза; отсутствие данных о ЗНО по результатам цистоскопии с биопсией   | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, наличие данных за злокачественный процесс по результатам пункции/биопсии) |
| 14.                                     | D30.4  | Папилломы, полипы мочеиспускательного канала | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие ультразвуковых признаков роста образования по результатам УЗИ органов малого таза; отсутствие данных о ЗНО по результатам уретероскопии с биопсией | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, наличие данных за злокачественный процесс по результатам пункции/биопсии) |
| 15.                                     | N 48.0 | Лейкоплакия полового члена                   | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие структурных изменений при физикальном осмотре с контролем размеров, структуры, толщины очага лейкоплакии; отсутствие данных о ЗНО по результатам   | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, наличие данных за злокачественный                                         |

|     |       |                                   |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|-------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       |                                   |                                                                       | цитологического исследование мазка/соскоба, биопсии по показаниям                                                                                                                                                                                                                         |            | процесс по результатам морфологического исследования (дисплазия, рак in situ, инвазивный рак)                                                                                                                        |
| 16. | D41.0 | Сложные кисты почки               | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие признаков прогрессирования по результатам УЗИ или КТ или МРТ забрюшинного пространства: оценка размеров кист и тенденции к их увеличению, наличие внутренних перегородок и увеличение их количества, накопления контраста в кистах и их капсуле, изменение градации по Bosniak | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, накопления контрастного вещества, наличие внутренних перегородок и увеличение их количества, изменение градации по Bosniak) |
| 17. | D30.0 | Ангиомиолипома почки              | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие признаков прогрессирования по результатам УЗИ или КТ или МРТ забрюшинного пространства: оценка размеров и васкуляризации                                                                                                                                                       | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (рост образований, накопление контрастного вещества)                                                                                           |
| 18. | D29.1 | Простатическая интраэпителиальная | В соответствии с клиническими                                         | Отсутствие признаков прогрессирования по                                                                                                                                                                                                                                                  | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация)                                                                                                                                                                                         |

|  |  |                    |                                         |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--|--|--------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | неоплазия простаты | рекомендациями, но не реже 1 раза в год | результатам физикального осмотра и УЗИ предстательной железы; отсутствие данных о ЗНО по результатам пункционной биопсии; уровень простатспецифического антигена <10> в сыворотке крови |  | врача-онколога по медицинским показаниям (рост образования по данным УЗИ и физикального осмотра, изменение уровня ПСА в сыворотке крови отличающиеся от референсных значений, наличие данных о ЗНО по результатам морфологического исследования пункта) |
|--|--|--------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Диспансерное наблюдение у врача - травматолога-ортопеда |     |                                                                                                                                          |                                                                                                                       |                                                                                                                                 |           |                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19.                                                     | M96 | Поражения костно-мышечной системы после медицинских процедур на опорно-двигательном аппарате в связи с опухолевым и системным поражением | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год | Отсутствие признаков гиперостоза или деструкции по результатам рентгенографии костей и суставов и (или) КТ и (или) МРТ костей и | До 10 лет | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие признаков гиперостоза или деструкции по результатам |

|     |     |                                                        |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|-----|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |     |                                                        |                                                                                   | суставов                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             | рентгенографии<br>костей и<br>суставов и<br>(или) КТ и<br>(или) МРТ<br>костей и<br>суставов)                                                                                                                                                                                                |
| 20. | M88 | Болезнь Педжета<br>(костей)<br>деформирующий<br>остеит | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не реже 1 раза<br>в год | Отсутствие<br>структурных<br>изменений<br>костной ткани<br>по данным<br>рентгенографии<br>костей и<br>суставов и<br>(или) КТ и<br>(или) МРТ;<br>отсутствие<br>данных о ЗНО<br>по результатам<br>биопсии (при<br>наличии<br>медицинских<br>показаний для<br>ее проведения) | Пожизненно                                                  | Прием (осмотр,<br>консультация)<br>врача-онколога<br>по<br>медицинским<br>показаниям<br>(наличие<br>структурных<br>изменений<br>костной ткани<br>по данным<br>рентгенографии<br>костей и<br>суставов и<br>(или) КТ и<br>(или) МРТ,<br>наличие<br>данных о ЗНО<br>по результатам<br>биопсии) |
| 21. | D16 | Солитарные и<br>множественные<br>остеохондромы         | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не реже 1 раза<br>в год | Отсутствие<br>структурных<br>изменений<br>костной ткани<br>по данным<br>рентгенографии<br>костей и                                                                                                                                                                        | Пожизненно при<br>наличии<br>неудаленных<br>новообразований | Прием, осмотр,<br>консультация<br>врача-онколога<br>по<br>медицинским<br>показаниям<br>(при росте                                                                                                                                                                                           |

|     |     |                     |                                                                       |                                                                                                                  |                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
|-----|-----|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |     |                     |                                                                       | суставов и (или) КТ и (или) МРТ и (или) сцинтиграфии; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии             |                                                    | опухоли по данным осмотра и лучевых методов диагностики, появлении болевого синдрома, нарушении функции, наличие данных о ЗНО по результатам биопсии)                                            |
| 22. | M85 | Фиброзная дисплазия | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие структурных изменений костной ткани по данным рентгенографии костей и суставов и (или) КТ и (или) МРТ | Пожизненно при наличии неудаленных новообразований | Прием, осмотр, консультация врача-онколога по медицинским показаниям (при росте опухоли по данным осмотра и лучевых методов диагностики, появлении болевого синдрома, нарушении функции, наличие |

|     |       |                                                 |                                                                       |                                                                                                                  |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       |                                                 |                                                                       |                                                                                                                  |                                                    | данных о ЗНО по результатам биопсии)                                                                                                                                                                                                  |
| 23. | Q78.4 | Энхондроматоз (дисхондроплазия, болезнь Оллье). | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие структурных изменений костной ткани по данным рентгенографии костей и суставов и (или) КТ и (или) МРТ | Пожизненно при наличии неудаленных новообразований | Прием, осмотр, консультация врача-онколога по медицинским показаниям (при росте опухоли по данным осмотра и лучевых методов диагностики, появлении болевого синдрома, нарушении функции, наличие данных о ЗНО по результатам биопсии) |

| Диспансерное наблюдение у врача-офтальмолога |     |                                                            |                                                                |                                                      |            |                                                            |
|----------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------|
| 24.                                          | D31 | Доброкачественное новообразование глаза и его придаточного | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз | Отсутствие изменений при фоторегистрации переднего и | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским |

|  |       |                                                                             |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|-------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | D23.1 | аппарата<br>Доброкачественные новообразования кожи века, включая спайку век | в год в течение первых 2 лет диспансерного наблюдения, далее - 1 раз в год | заднего отрезков глаза, при ультразвуковом исследовании переднего и заднего отрезка глаза, орбиты, флюоресцентной ангиографии, оптической когерентной томографии, КТ и (или) МРТ орбит; признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменения клинических параметров образования кожи века |  | показаниям (изменения при фоторегистрации переднего и заднего отрезков глаза, при ультразвуковом исследовании переднего и заднего отрезка глаза, орбиты, флюоресцентной ангиографии, оптической когерентной томографии, КТ/МРТ орбит, признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменения клинических параметров образования кожи века) |
|--|-------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Диспансерное наблюдение у врача-оториноларинголога |       |                                   |                                               |                                          |                                  |                                             |
|----------------------------------------------------|-------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 25.                                                | J38.1 | Полип голосовой складки и гортани | В соответствии с клиническими рекомендациями, | Отсутствие изменений (увеличения размера | Пожизненно или до хирургического | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога |



|     |       |                                          |                                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
|-----|-------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       |                                          | но не реже 1 раза в год                                               | полипа, изъязвления) по результатам осмотра врача-специалиста; отсутствие данных о ЗНО по результатам ларингоскопии с биопсией | лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения ЗНО                                  | по медицинским показаниям (нарастающая осиплость, фиксация голосовой складки, признаки атипии при морфологическом исследовании биоптата)                                             |
| 26. | D14.1 | Папилломатоз, фиброматоз гортани         | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, ларингоскопии с биопсией                                        | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии патолого-анатомического подтверждения ЗНО | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (нарастающая осиплость, фиксация голосовой складки, признаки атипии при морфологическом исследовании биоптата) |
| 27. | D14.2 | Доброкачественное новообразование трахеи | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, трахеоскопии с биопсией                                         | Пожизненно                                                                                        | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров                                                                                           |

|     |       |                                              |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|-------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       |                                              |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            | дополнительного<br>объемного<br>образования,<br>появление новых<br>очагов,<br>контактная<br>кровоточивость,<br>появление эрозий<br>на его<br>поверхности, а<br>также<br>дисплазия/рак по<br>результатам<br>биопсии)                                                                                                     |
| 28. | D14.0 | Инвертированная<br>папиллома полости<br>носа | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не реже 1 раза<br>в год | Отсутствие<br>изменений по<br>результатам осмотра<br>врача-специалиста,<br>зеркальной<br>фиброскопии полости<br>носа и носоглотки,<br>КТ или МРТ лицевого<br>скелета;<br>отсутствие данных о<br>ЗНО по результатам<br>биопсии | Пожизненно или<br>до<br>хирургического<br>лечения при<br>отсутствии<br>патолого-<br>анатомического<br>подтверждения<br>ЗНО | Прием (осмотр,<br>консультация)<br>врача-онколога<br>по медицинским<br>показаниям<br>(увеличение<br>размеров<br>дополнительного<br>объемного<br>образования,<br>появление новых<br>очагов,<br>контактная<br>кровоточивость,<br>появление эрозий<br>на его<br>поверхности, а<br>также<br>дисплазия/рак по<br>результатам |

|     |     |                              |                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|-----|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |     |                              |                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                                                        | биопсии)                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 29. | J33 | Полип носа                   | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год  | Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, зеркальной фиброскопии полости носа и носоглотки, КТ или МРТ лицевого скелета; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии | В течение 5 лет с момента хирургического лечения                                       | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов, контактная кровоточивость, появление эрозий на его поверхности, а также дисплазия/рак по результатам биопсии) |
| 30. | D14 | Новообразование среднего уха | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие изменений по результатам осмотра врача-специалиста, микроотоскопии, КТ или МРТ височных костей; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии                                    | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов,                                                                                                               |

|     |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                   |                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                   |                                                                                                                                                                       |                                                                                                          | контактная<br>кровоточивость,<br>появление эрозий<br>на его<br>поверхности, а<br>также<br>дисплазия/рак по<br>результатам<br>биопсии)                                                                                                                                                                                               |
| 31. | D10.4<br>D10.5<br>D10.6<br>D10.7<br>D10.9 | Доброкачественное<br>новообразование<br>миндалины<br>Доброкачественное<br>новообразование<br>других частей<br>ротоглотки<br>Доброкачественное<br>новообразование<br>носоглотки<br>Доброкачественное<br>новообразование<br>гортаноглотки<br>Доброкачественное<br>новообразование<br>глотки<br>неуточненной<br>локализации | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не реже 1 раза<br>в год | Отсутствие<br>изменений по<br>результатам осмотра<br>врача-специалиста и<br>эндоскопического<br>исследования;<br>отсутствие данных о<br>ЗНО по результатам<br>биопсии | Пожизненно или<br>до<br>хирургического<br>лечения при<br>отсутствии<br>гистологического<br>подтверждения | Прием (осмотр,<br>консультация)<br>врача-онколога<br>по медицинским<br>показаниям<br>(увеличение<br>размеров<br>дополнительного<br>объемного<br>образования,<br>появление новых<br>очагов,<br>контактная<br>кровоточивость,<br>появление эрозий<br>на его<br>поверхности, а<br>также<br>дисплазия/рак по<br>результатам<br>биопсии) |
| 32. | J37                                       | Хронический<br>ларингит и<br>ларинготрахеит                                                                                                                                                                                                                                                                              | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не реже 1 раза          | Отсутствие<br>изменений по<br>результатам осмотра<br>врача-специалиста,                                                                                               | Пожизненно или<br>до<br>хирургического<br>лечения при                                                    | Прием (осмотр,<br>консультация)<br>врача-онколога<br>по медицинским                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|     |     |                                           |                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|-----|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |     |                                           | в год                                                                 | Фиброларингоскопии, отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии                                                                                                                 | отсутствии гистологического подтверждения                                              | показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов, контактная кровоточивость, появление эрозий на его поверхности, а также дисплазия/рак по результатам биопсии)                |
| 33. | J31 | Хронический ринит, назофарингит, фарингит | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие изменений по результатам осмотра специалиста, зеркальной фиброскопии полости носа и глотки, КТ или МРТ лицевого скелета; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (увеличение размеров дополнительного объемного образования, появление новых очагов, контактная кровоточивость, появление эрозий на его поверхности, а |

|  |  |  |  |  |  |                                                      |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  | также<br>дисплазия/рак по<br>результатам<br>биопсии) |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------|

| Диспансерное наблюдение у врача-стоматолога |                    |                                                                                  |                                                                       |                                                                                           |                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 34.                                         | K13.2              | Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая языка               | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год  | Отсутствие данных о ЗНО по результатам люминесцентной стоматоскопии с прицельной биопсией | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (дисплазия/рак по результатам биопсии)                                                                         |
| 35.                                         | K13.0              | Абразивный хейлит<br>Манганотти, ограниченный гиперкератоз, бородавчатый предрак | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие данных о ЗНО по результатам люминесцентной стоматоскопии с прицельной биопсией | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования) |
| 36.                                         | D10.0<br><br>D10.1 | Доброкачественное новообразование губы<br>Доброкачественное                      | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза       | Отсутствие признаков прогрессирования: изменения                                          | Пожизненно или до хирургического лечения при                                           | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским                                                                                                                           |

|     |                    |                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                                   |                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
|-----|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | D10.2<br><br>D10.3 | новообразование языка<br>Доброкачественное новообразование дна полости рта<br>Доброкачественное новообразование других неуточненных частей рта | в год                                                                 | размеров, консистенции, формы образований по данным обследования, рецидивов после проведенного лечения; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии            | отсутствии гистологического подтверждения                                              | показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования)                                                            |
| 37. | K13.7              | Меланоз полости рта                                                                                                                            | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие признаков прогрессирования: изменения размеров, консистенции, формы образований по данным обследования; отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования) |
| 38. | Q78.1              | Полиостозная фиброзная дисплазия                                                                                                               | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие признаков прогрессирования: появление и (или) увеличение структурных изменений                                                                         | Пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным                                                                                     |

|     |     |                                                                       |                                                                                  |                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|-----|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |     |                                                                       |                                                                                  | костной ткани;<br>отсутствие<br>данных о ЗНО по<br>результатам<br>биопсии                                   |                                                                                                          | морфологического<br>исследования и<br>(или) изменение<br>клинических<br>параметров<br>образования)                                                                                                                       |
| 39. | L43 | Красный плоский<br>лишай (плоский<br>лишай слизистой<br>оболочки рта) | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не реже 2 раз<br>в год | Отсутствие<br>данных о ЗНО по<br>результатам<br>люминесцентной<br>стоматоскопии с<br>прицельной<br>биопсией | Пожизненно или<br>до<br>хирургического<br>лечения при<br>отсутствии<br>гистологического<br>подтверждения | Прием (осмотр,<br>консультация)<br>врача-онколога по<br>медицинским<br>показаниям<br>(признаки атипии<br>по данным<br>морфологического<br>исследования и<br>(или) изменение<br>клинических<br>параметров<br>образования) |

| Диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога |     |                                                                                                                                        |                                                                                   |                                                                                                                                                                   |            |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40.                                               | D22 | Синдром<br>диспластических<br>невусов, синдром<br>FAMM<br>(семейный<br>синдром<br>атипических<br>множественных<br>невусов),<br>синдром | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не реже 1 раза<br>в год | Отсутствие<br>признаков<br>малигнизации<br>новообразований<br>кожи или<br>появления новых<br>злокачественных<br>новообразований<br>кожи по данным<br>клинического | Пожизненно | Прием (осмотр,<br>консультация)<br>врача-онколога по<br>медицинским<br>показаниям<br>(признаки атипии<br>по данным<br>морфологического<br>исследования и<br>(или) изменение |



|     |       |                                                                           |                                                                       |                                                                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                                                      |
|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       | FAMMM<br>(семейный синдром атипических множественных невусов с меланомой) |                                                                       | осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи)                                                                                                           |            | клинических параметров образования)                                                                                                                                                  |
| 41. | Q82.5 | Врожденные гигантские и крупные невусы                                    | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи)                             | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования) |
| 42. | D23   | Невус Ядассона, синдром Горлина-Гольца, синдром Базекса, синдром Рембо    | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи или появления новых злокачественных новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования) |

|     |       |                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                      |
|-----|-------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       |                                                                     |                                                                       | цифрового картирования кожи)                                                                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                                                      |
| 43. | L57.1 | Актинический кератоз                                                | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи или появления новых злокачественных новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи) | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования) |
| 44. | L82   | Эруптивный себорейный кератоз (как проявление фотоповреждения кожи) | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раза в год | Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи или появления новых злокачественных новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии,                              | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования) |

|     |       |                       |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                      |
|-----|-------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       |                       |                                                                                                                                                  | цифрового картирования кожи)                                                                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                                                      |
| 45. | Q82.1 | Ксеродерма пигментная | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем ежеквартально в течение первого года диспансерного наблюдения, далее - 2 раза в год | Отсутствие признаков малигнизации новообразований кожи или появления новых злокачественных новообразований кожи по данным клинического осмотра и инструментальных исследований (дерматоскопии, цифрового картирования кожи) | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (признаки атипии по данным морфологического исследования и (или) изменение клинических параметров образования) |

| Диспансерное наблюдение у врача - акушера-гинеколога |      |                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                                         |                                 |                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------|------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46.                                                  | N 84 | Полипы шейки матки и эндометрия | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем 1 раз в 6 месяцев в течение первого года, далее - ежегодно до 5 лет | Отсутствие изменений по данным УЗИ органов малого таза. Отсутствие данных о ЗНО по результатам морфологического исследования материала, | 5 лет - при отсутствии рецидива | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие в полученном материале интраэпителиальной неоплазии, |

|     |       |                              |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|-------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       |                              |                                                                       | полученного при полипэктомии или раздельном диагностическом выскабливании                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            | атипической гиперплазии эндометрия, аденокарциномы, рака (in situ, инвазивного)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 47. | E28.2 | Синдром поликистоза яичников | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Уровень половых гормонов (согласно клиническим рекомендациям); отсутствие объемных образований по результатам УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и органов малого таза; уровень онкомаркеров СА-125 и НЕ-4 сыворотки крови; уровень глюкозы по результатам перорального глюкозотолерантного теста (каждые 1 - 3 года в зависимости от наличия факторов риска развития нарушений углеводного обмена), липидный профиль (при отсутствии нарушений - 1 раз в 2 | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (тенденция к увеличению уровня онкомаркеров СА-125 и НЕ4 при динамическом наблюдении, гиперплазия эндометрия, а также появление ультразвуковых признаков малигнизации, появление объемных образований по результатам УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и органов малого таза). Консультация врача-эндокринолога для проведения перорального |

|     |        |                                   |                                                                       |                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|--------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |        |                                   |                                                                       | года, при отклонениях от нормы - ежегодно); индекс массы тела, окружность талии, уровень артериального давления |            | глюкозотолерантного теста при необходимости. Консультация врача-дерматовенеролога при наличии жалоб на акне и выпадение волос. Консультация врача-диетолога с целью модификации образа жизни                                                                                  |
| 48. | N 88.0 | Лейкоплакия шейки матки           | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие атипических клеток по результатам цитологического исследования мазков с шейки матки (1 раз в год)    | Пожизненно | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие атипических клеток по результатам цитологического исследования, тяжелой дисплазии (CIN III), рака in situ, инвазивного рака по результатам морфологического исследования биоптата шейки матки) |
| 49. | N 85.0 | Железистая гиперплазия эндометрия | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год | Отсутствие рецидива заболевания, по результатам УЗИ органов малого таза - отсутствие                            | 5 лет      | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (наличие                                                                                                                                                                                                |

|     |        |                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|--------|------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |        |                              |                  | увеличения толщины<br>эндометрия более 5<br>мм на 5 - 7 день<br>цикла или более 4 мм<br>в постменопаузе;<br>отсутствие<br>признаков рецидива<br>гиперплазии<br>эндометрия или<br>злокачественной<br>трансформации по<br>результатам<br>морфологического<br>исследования<br>биоптата эндометрия<br>(1 раз в год);<br>отсутствие данных о<br>ЗНО по результатам<br>морфологического<br>исследования<br>материала,<br>полученного при<br>аспирационной<br>биопсии эндометрия<br>и (или)<br>гистероскопии,<br>раздельном<br>диагностическом<br>выскабливании<br>полости матки и<br>цервикального<br>канала |       | рецидивирующей<br>гиперплазии в<br>постменопаузе по<br>результатам УЗИ),<br>увеличение М-эхо в<br>динамике по<br>результатам УЗИ,<br>наличие атипичии<br>клеток в полученном<br>материале<br>(эндометриальная<br>интраэпителиальная<br>неоплазия,<br>атипическая<br>гиперплазия<br>эндометрия,<br>аденокарцинома) |
| 50. | N 85.1 | Аденоматозная<br>гиперплазия | В соответствии с | Отсутствие рецидива<br>заболевания по                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 5 лет | Прием (осмотр,<br>консультация) врача-                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|  |  |            |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--|--|------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | эндометрия | рекомендациями, но не реже 2 раз в год | результатам УЗИ органов малого таза - отсутствие увеличения толщины эндометрия более 5 мм на 5 - 7 день цикла и более 4 мм в постменопаузе; отсутствие признаков рецидива гиперплазии эндометрия или злокачественной трансформации по результатам морфологического исследования биоптата эндометрия (каждые 6 месяцев в течение первого года и далее 1 раз в год); отсутствие данных о ЗНО по результатам морфологического исследования материала, полученного при аспирационной биопсии эндометрия и (или) гистероскопии, отдельного диагностического выскабливания |  | онколога по медицинским показаниям (наличие патологии эндометрия (полип, гиперплазия по результатам УЗИ), увеличение М-эхо в динамике по результатам УЗИ, наличие атипичных клеток в полученном материале (эндометриальная интраэпителиальная неоплазия, атипичная гиперплазия эндометрия, аденокарцинома) |
|--|--|------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|     |        |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |        |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                   | полости матки и<br>цервикального<br>канала                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 51. | N 87.1 | Умеренная<br>дисплазия шейки<br>матки Цервикальная<br>интраэпителиальная<br>неоплазия (CIN) II<br>степени                                                           | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не реже 2 раза<br>в год в течение 1<br>года после<br>хирургического<br>лечения, далее -<br>не реже 1 раза в<br>год в течение 20<br>лет                  | Отсутствие данных о<br>ЗНО по результатам<br>цитологического<br>исследования мазков<br>с шейки матки          | 20 лет | Прием (осмотр,<br>консультация) врача-<br>онколога по<br>медицинским<br>показаниям (наличие<br>атипических клеток<br>по результатам<br>цитологического<br>исследования,<br>тяжелой дисплазии<br>(CINIII), рака in situ,<br>инвазивного рака по<br>результатам<br>морфологического<br>исследования<br>биоптата шейки<br>матки) |
| 52. | N 87.2 | Резко выраженная<br>дисплазия шейки<br>матки, не<br>классифицированная<br>в других рубриках<br>Цервикальная<br>интраэпителиальная<br>неоплазия (CIN) III<br>степени | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями,<br>но не позднее 3<br>месяцев после<br>хирургического<br>лечения, далее -<br>не реже 2 раз в<br>год в течение 2<br>лет, далее<br>ежегодно в<br>течение 20 лет | Отсутствие<br>атипических клеток<br>по результатам<br>цитологического<br>исследования мазков<br>с шейки матки | 20 лет | Прием (осмотр,<br>консультация) врача-<br>онколога по<br>медицинским<br>показаниям (наличие<br>атипических клеток<br>по результатам<br>цитологического<br>исследования,<br>тяжелой дисплазии<br>(CINIII), рака in situ,<br>инвазивного рака по<br>результатам<br>морфологического                                             |



|     |       |                                                                    |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|-------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |       |                                                                    |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           | исследования биоптата шейки матки)                                                                                                                                                                                                                                           |
| 53. | D39.1 | Новообразования неопределенного или неизвестного характера яичника | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем 2 раза в год | Уровень сывороточного онкомаркера СА-125, НЕ4, ингибин В, ЛДГ, АФП, РЭА, ХГЧ; отсутствие прогрессирования по результатам УЗИ и (или) МРТ органов малого таза и брюшной полости: увеличение размеров и кистозно-солидная структура яичников, васкуляризация кист, наличие папиллярных разрастаний по наружной или внутренней поверхности кист, появление солидного компонента в кистах, объем и характер свободной жидкости в полости малого таза | Пожизненно (до излечения) | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям (появление ультразвуковых признаков малигнизации, тенденция к увеличению уровня сывороточных онкомаркеров СА-125, НЕ4, ингибин В, ЛДГ, АФП, РЭА, ХГЧ; при выявлении мутации генов BRCA1 и BRCA2, CHEC) |

| Диспансерное наблюдение у врача-онколога |      |                                                   |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |  |
|------------------------------------------|------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|
| 54.                                      | D24  | Доброкачественное новообразование молочной железы | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем 1 раз в год | Отсутствие изменений по данным осмотра, пальпации молочных желез, шейно-надключичных и подмышечных зон; отсутствие признаков роста и изменения степени васкуляризации по инструментальным методам исследования (УЗИ, маммография); отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии, цитологического исследования пункционного материала | До наступления менопаузы, но не менее 5 лет |  |
| 55.                                      | N 60 | Доброкачественная дисплазия молочной железы       | В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже чем 1 раз в год | Отсутствие данных о ЗНО по результатам биопсии, цитологического исследования пункционного материала                                                                                                                                                                                                                                    | До 60 лет, но не менее 5 лет                |  |

- 
- <1> Далее - МКБ-10.
  - <2> Далее - УЗИ.
  - <3> Далее - МРТ.
  - <4> Далее - АФП.
  - <5> Далее - ЗНО.
  - <6> Далее - РЭА.
  - <7> Далее - КТ.
  - <8> Далее - ХГЧ.
  - <9> Далее - ЛДГ.
  - <10> Далее - ПСА.