



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

24.05.2026 № 632

г. Минск

г. Минск

О порядке организации
и проведения ранней
диагностики рака легкого

На основании подпункта 8.1 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, в целях совершенствования мероприятий по ранней диагностике рака легкого в соответствии с Государственной программой «Здоровье нации» на 2026-2030 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30 декабря 2025 г. № 798,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Инструкцию о порядке организации и проведения ранней диагностики рака легкого (прилагается).

2. Начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю Комитета по здравоохранению Мингорисполкома:

организовать раннюю диагностику рака легкого (далее – ранняя диагностика РЛ) с последующей маршрутизацией пациентов в соответствии с настоящей Инструкцией посредством разработки локальных правовых актов;

обеспечить учет пациентов, прошедших раннюю диагностику РЛ в организациях здравоохранения курируемого региона с предоставлением информации о результатах работы в организации здравоохранения, выполняющие функцию областных онкологических диспансеров (для г. Минска – учреждение здравоохранения «Минский городской клинический онкологический центр»), ежеквартально, не позднее 3-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом;

обеспечить предоставление сводного отчета по региону о результатах работы по ранней диагностике рака легкого ежеквартально, не позднее 5-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» (далее – РНПЦ ОМР

им. Н.Н. Александрова).

3. Директору РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова:

организовать совместно с учреждениями образования «Белорусский государственный медицинский университет», «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», «Гомельский медицинский университет», «Гродненский медицинский университет» подготовку специалистов, участвующих в мероприятиях по ранней диагностике РЛ;

проводить оценку качества работы по ранней диагностике РЛ, осуществляемой в организациях здравоохранения, с предоставлением сводной информации о результатах работы в главное управление организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь ежеквартально не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра здравоохранения Богдан Е.Л.

Министр



А.В.Ходжаев

УТВЕРЖДЕНО
Приказ
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
27.05.2026 № 632

ИНСТРУКЦИЯ о порядке организации и проведения ранней диагностики рака легкого

1. Настоящая Инструкция разработана в целях повышения эффективности мероприятий медицинской профилактики и увеличения выживаемости пациентов с раком легкого и определяет порядок организации, общие требования и подходы к работе при проведении ранней диагностики рака легкого (далее – ранняя диагностика РЛ) в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (далее – организация здравоохранения).

2. Ранняя диагностика РЛ проводится путем выполнения низкодозной компьютерной томографии грудной клетки (далее – НДКТ ГК) 1 раз в год пациентам в возрасте 50-70 лет:

со стажем курения более 30 пачка/лет (включая потребителей электронных сигарет и других никотинсодержащих продуктов);
отказавшимся от курения менее 15 лет назад;
имеющим в семейном анамнезе рак легкого.

3. Ранняя диагностика РЛ не проводится:

пациентам моложе 50 лет и старше 70 лет;
пациентам, которые не курят (кроме отказавшихся от курения менее 15 лет назад);

пациентам, которые состоят на учете по поводу подозрения или в анамнезе имеются указания на наличие РЛ, подлежащие обследованию, лечению и наблюдению в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения онкологических заболеваний;

если на момент проведения НДКТ ГК прошло не менее 1-го месяца после перенесенного острого и обострения хронического заболеваний бронхолегочной системы;

если в текущем году уже выполнялась компьютерная томография грудной клетки и по заключению отсутствуют данные в пользу РЛ;

при наличии активного туберкулеза легких;

при наличии тяжелой сопутствующей патологии в стадии суб- и декомпенсации, не позволяющей проведение специального противоопухолевого лечения.

4. Решение об участии в ранней диагностике РЛ пациентов с соматическими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации принимается

врачебным консилиумом. При этом польза применения специального противоопухолевого лечения в случае выявления злокачественного процесса должна превышать риск для здоровья и жизни пациента.

5. Целевая группа пациентов формируется на основании анкет-опросников, заполненных пациентами в возрасте 50-70 лет по форме, согласно приложению 1.

Расчет индекса курильщика осуществляется по формуле:

$$\frac{\text{количество выкуренных сигарет в день} \times \text{стаж курения в годах}}{20}$$

6. Активное приглашение граждан на раннюю диагностику РЛ осуществляется согласно персонифицированным планам с предварительной записью пациентов и регистрацией информации о вызовах в медицинской информационной системе (далее – МИС).

Персонифицированные планы составляются по форме учета пациентов, подлежащих ранней диагностике РЛ, в соответствии с приложением 2. Учет прошедших НДКТ ГК осуществляется в кабинетах диспансеризации (при их отсутствии – в кабинетах, определенных локальными правовыми актами организации здравоохранения (далее – иные кабинеты)).

7. Проведение НДКТ ГК осуществляется в соответствии с техническими условиями согласно приложению 3.

8. НДКТ ГК проводится ежегодно и включает несколько этапов: первичное исследование – базовое (Б), повторное – П1, П2 и т.д.

9. НДКТ ГК проводится при наличии добровольного информированного согласия пациента.

10. НДКТ ГК проводится по направлению организации здравоохранения по месту жительства (пребывания) пациента в соответствии с приложением 3 к Инструкции о порядке проведения рентгеновской компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в организациях здравоохранения, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 апреля 2023 г. № 58.

11. Перед проведением ранней диагностики РЛ медицинские работники в доступной форме информируют пациентов о диагностической ценности предстоящего исследования, его преимуществах и недостатках.

12. Все НДКТ ГК, выполненные в рамках ранней диагностики РЛ, хранятся в электронном виде в формате DICOM на PACS-сервере организации 3 года.

13. НДКТ ГК оценивается врачом-рентгенологом в соответствии с международной классификацией Lung-RADS (Lung Imaging Reporting and

Data System), которая позволяет распределить пациентов по категориям и оптимизировать маршрутизацию при обнаружении узелков в паренхиме легких. Параметры узелков указываются в соответствии с приложением 4. В заключении указываются категории по классификации Lung-RADS в соответствии с приложением 5. Последующая маршрутизация пациентов определяется в зависимости от категории Lung-RADS.

Результатом проведенного НДКТ ГК могут быть:

отсутствие патологических изменений или наличие изменений доброкачественного характера, не требующих контроля в динамике;

узелки в легких, требующие КТ-контроля в динамике менее, чем через 12 месяцев;

патологические изменения, требующие проведения диагностического исследования и направления пациента в специализированную организацию здравоохранения.

14. В случае подозрения на злокачественное новообразование проведение уточняющего дообследования осуществляется в сроки, установленные пунктом 15 Инструкции о порядке оказания медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания, а также вне организации здравоохранения, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 августа 2023 г. № 117.

15. Результаты проведенных НДКТ ГК в рамках ранней диагностики РЛ с заключением передаются в организацию здравоохранения по месту жительства (пребывания) пациента.

16. Информирование пациентов о результатах исследования осуществляется медицинскими работниками в срок не позднее 10 рабочих дней с момента их получения.

17. Оценка эффективности ранней диагностики осуществляется в соответствии с критериями эффективности ранней диагностики РЛ, согласно приложению 6.

18. Результаты проведения ранней диагностики РЛ в целом по организации здравоохранения обобщаются заместителем главного врача по медицинской части и рассматриваются на производственных совещаниях не реже 1 раза в полугодие, определяются дополнительные организационные меры по совершенствованию ранней диагностики РЛ в организации здравоохранения.

19. Организации здравоохранения предоставляют информацию в областные онкологические диспансеры, учреждение здравоохранения «Минский городской клинический онкологический центр» в соответствии с приложением 7.

Приложение 1
к Инструкции о порядке
организации и проведения
ранней диагностики рака легкого

АНКЕТА-ОПРОСНИК

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

2. Дата рождения _____
3. Место жительства (место пребывания) _____
4. Контактный номер телефона _____
5. Вы курите каждый день: а) нет, б) да (нужное подчеркнуть)
6. С какого возраста Вы начали курить? _____
7. Бросали ли вы курить? а) нет, б) да (нужное подчеркнуть). Если да, то в каком возрасте? _____
8. Сколько сигарет выкуриваете в день? _____
9. Курите ли вы вместо сигарет другие табачные продукты? а) нет, б) да.
Если – да: 1) трубку, 2) электронные сигареты, 3) кальян, 4) сигары (нужное подчеркнуть)
10. Наблюдаетесь ли у врачей-специалистов по поводу следующих хронических заболеваний легких (нужное подчеркнуть):
 - а) обструктивная болезнь или эмфизема легких – а) нет, б) да
 - б) хронический бронхит – а) нет, б) да
 - в) бронхиальная астма – а) нет, б) да
 - г) туберкулез – а) нет, б) да
11. Был ли рак легкого у Ваших родителей или у кровных родственников?
а) нет, б) да (нужное подчеркнуть). Если – да: а) у одного, б) у двух и более.
12. Проводилась ли Вам компьютерная томография грудной клетки в течение последнего года? а) нет, б) да (нужное подчеркнуть)

Приложение 2
к Инструкции о порядке организации и
проведения
ранней диагностики рака легкого

ФОРМА
учета пациентов,
подлежащих ранней диагностике
рака легкого

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)	Дата рождения	Адрес, контактный телефон, e-mail	Дата выпол- нения НДКТ ГК	Обследование (Б – базовое, П – повторное: П1, П2 и т.д.)	Заключение НДКТ ГК (категория Lung-RADS)
1	2	3	4	5	6

Приложение 3
к Инструкции о порядке
организации и проведения
ранней диагностики рака легкого

ТЕХНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ
проведения НДКТ ГК

Исследование по программе «низкодозной компьютерной томографии» проводится со следующими техническими условиями:

- не менее чем 16-рядный детектор (желательно с алгоритмами итерационной реконструкции или алгоритмами шумоподавления, основанными на глубоком обучении);
- без внутривенного контрастирования;
- положение пациента – на спине, с заведенными за голову руками;
- сканирование осуществляется на 2 см выше верхушек легких и до окончания реберно-диафрагмальных синусов;
- на одной задержке дыхания при максимальной глубине вдоха;
- длительность сканирования – не более 10 секунд;
- ширина реконструируемого изображения (поле обзора, FOV) немного шире ребер. Расстояние от ребер края FOV < 1 см;
- эффективная доза облучения менее 1мЗв;
- напряжение генерирования 80 – 120 кВ (устанавливается в соответствии с параметрами, указанными в таблице);
- автоматический контроль экспозиции, включая автоматическую модуляцию силы тока и автоматический выбор кВ (при наличии);
- CTDIvol (объемный компьютерно-томографический индекс дозы) корректируется в соответствии с параметрами, указанными в таблице;
- скорость ротации гентри в секунду 0,5 и менее за 1 оборот;
- рекомендуемая толщина среза – 0,75–1,25 мм;
- интервал между срезами меньше или равен толщине среза (максимально 0,7 мм);
- алгоритм реконструкции (кERNEL) – стандартный;
- итерационная реконструкция изображений (при наличии);
- отправка НДКТ ГК-исследований на PACS-сервер ОЗ;
- автоматическое формирование томографом отчёта о дозе лучевой нагрузки и отправка файла на PACS-сервер ОЗ.

Величина кВ и CTDIvol в зависимости от комплекции пациента

Тип комплекции	Вес (кг)	кВ	CTDIvol, мГр
Астенический	50 – 70	80	0,25 – 2,8
Нормостенический	70 – 90	100	0,5 – 4,3
Гиперстенический	90 – 120	120	1,0 – 5,6
	130 и более	индивидуальный подбор	

Приложение 4
к Инструкции о порядке
организации и проведения
ранней диагностики рака легкого

ОПИСАНИЕ
параметров узелка

Параметр	Значение
Размер	Наибольший средний размер (среднее от суммы наибольшего размера узелка и перпендикулярного к нему измерения) на одном срезе
Тип	Солидный, частично солидный, типа «матового стекла»
Кальцификаты	Наличие/отсутствие; если присутствуют: солидного характера, центрального или эксцентрического расположения, концентрического характера, типа «воздушной кукурузы (попкорна)», пунктирного характера, неопределенной формы
Жировая ткань	Описать в случае наличия
Форма	Круглая/овоидная, треугольная
Контур	Ровный, бугристый, лучистый
Локализация в легких	Указывается доля легкого и сегмент, субплевральное расположение
Позиция среза	Указываются номера среза и серии для облегчения поиска при последующих сравнениях
Сравнение с предыдущими исследованиями	Если изменений нет, следует указать максимальную продолжительность отсутствия изменений при непосредственном пересмотре изображений (не описаний и заключений!); при наличии изменений – следует указать настоящий и предыдущий размеры

Приложение 5
к Инструкции о порядке
организации и проведения
ранней диагностики рака легкого

КЛАССИФИКАЦИЯ
Lung-RADS

Категория Lung-RADS	Спецификатор категории	КТ-характеристики	Тактика
0	Неполные данные Предполагаемая частота установления – 1%	Имеется предыдущее КТ-исследование, но оно не представлено	Сравнение с предыдущим КТ-исследованием ГК
		Часть или все легкие не могут быть оценены	Необходимо выполнение дополнительного скринингового КТ-исследования
		Данные, указывающие на воспалительный или инфекционный процесс	НДКТ ГК через 1-3 месяца
1	Отрицательные данные Предполагаемая частота установления – 39%	Нет узелков в легких ИЛИ Узелки с доброкачественными признаками: -тотальная, центральная, по типу «попкорна» или слоистая кальцинация ИЛИ -жиросодержащие	НДКТ ГК через 12 месяцев
		Юкстаплевральный (прилежащий к плевре) узелок: - < 10 мм средний диаметр при исходном исследовании или новый И -солидного типа; ровные контуры; овальной, чечевицеобразной или треугольной формы	
2	Доброкачественный Предполагаемая частота установления – 45%	Солидного типа узелок: - < 6 мм при исходном исследовании ИЛИ новый < 4 мм	НДКТ ГК через 12 месяцев
		Частично солидного типа узелок: - общий средний размер < 6 мм при исходном исследовании	

		<p>Узелок по типу «матового стекла»:</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 30 мм при исходном исследовании, новый или растущий - \geq 30 мм стабильный или медленно растущий (увеличение не > 1,5 мм за любые 12 месяцев и без развития солидного компонента) 	
		<p>Эндобронхиальный узелок в субсегментарных дыхательных путях (при исходном исследовании, новый или стабильный)</p>	
		<p>Поражение категории 3, которое стабильно или уменьшилось в размерах при КТ через 6 месяцев наблюдения ИЛИ поражение категории 4В, которое оказалось доброкачественным по этиологии после соответствующего диагностического обследования</p>	
3	<p>Вероятно доброкачественный</p> <p>Предполагаемая частота установления – 9 %</p>	<p>Солидного типа узелок:</p> <ul style="list-style-type: none"> - узелок \geq 6 мм и < 8 мм при исходном исследовании ИЛИ - новые узелки от 4 мм до < 6 мм <p>Частично солидного типа узелок:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общий средний размер \geq 6 мм с солидным компонентом < 6 мм при исходном исследовании ИЛИ - новый с общим средним размером < 6 мм <p>Узелок по типу «матового стекла»:</p> <ul style="list-style-type: none"> \geq 30 мм при исходном исследовании или новый 	<p>НДКТ ГК через 6 месяцев</p>

		Атипичная киста легкого: - растущий кистозный компонент (средний размер) толстостенной кисты	
		Поражение категории 4А, стабильное или уменьшившееся в размерах при КТ через 3 месяца (за исключением эндобронхиальных узелков в дыхательных путях)	
4А	Подозрительный Предполагаемая частота установления – 4%	Солидного типа узелок: - ≥ 8 мм и < 15 мм при исходном исследовании ИЛИ - растущий < 8 мм ИЛИ - новый от 6 мм до < 8 мм	НДКТ ГК через 3 месяца ПЭТ/КТ можно рассмотреть, если имеется солидного типа узелок или солидный компонент ≥ 8 мм
		Частично солидного типа узелок: - общий средний размер ≥ 6 мм с солидным компонентом ≥ 6 мм до < 8 мм при исходном исследовании ИЛИ - новый или растущий солидный компонент < 4 мм	
		Эндобронхиальный узелок в сегментарных или более проксимальных отделах дыхательных путей – при исходном исследовании	
		Атипичная киста легкого: - толстостенная киста ИЛИ - многокамерная киста при исходном исследовании ИЛИ - тонкостенная или толстостенная киста, которая становится многокамерной	
4В	Очень подозрительный Предполагаемая частота установления – 2%	Солидного типа узелок: - ≥ 15 мм при исходном исследовании ИЛИ - новый или растущий ≥ 8 мм	Диагностическая КТ ГК с контрастным усилением или без него
		Частично солидного типа узелок: - солидный компонент ≥ 8 мм при исходном исследовании ИЛИ	ПЭТ/КТ можно рассмотреть, если имеется

		<p>-новый или растущий солидный компонент ≥ 4 мм</p> <p>Медленно растущий солидный или частично солидный узелок, который демонстрирует рост на протяжении нескольких скрининговых исследований (увеличение не $>1,5$ мм за любые 12 месяцев)</p> <p>Атипичная киста легкого: -толстостенная киста с увеличивающейся толщиной/узловатостью стенок ИЛИ -растущая многокамерная киста (средний диаметр) ИЛИ -многокамерная киста с увеличивающимся количеством камер или появлением/увеличением уплотнения легочной ткани (узелковое «матовое стекло» или консолидация)</p> <p>Эндобронхиальный узелок в сегментарных или более проксимальных отделах дыхательных путей стабильный или растущий</p>	<p>солидного типа узелок или солидный компонент ≥ 8 мм</p> <p>Биопсия или направление на дальнейшее клиническое обследование</p> <p>Тактика зависит от клинической оценки, предпочтения пациента и вероятности злокачественного новообразования</p> <p>Направление на дальнейшее клиническое обследование</p>
4 X	Предполагаемая частота установления $\leq 1\%$	<p>Узелки категории 3 или 4 с дополнительными признаками, повышающими подозрение в отношении рака легкого: спиккулы лимфаденопатия явное метастатическое заболевание узелок по типу «матового стекла», размер которого увеличивается вдвое за 1 год и т.п.</p>	<p>Диагностическая КТ ГК с контрастным усилением или без него</p> <p>ПЭТ/КТ можно рассмотреть, если имеется солидного типа узелок или солидный компонент ≥ 8 мм</p> <p>Биопсия или направление на дальнейшее</p>

			<p>клиническое обследование</p> <p>Тактика зависит от клинической оценки, предпочтения пациента и вероятности злокачественного новообразования</p>
S	<p>Значимые или потенциально значимые</p> <p>Предполагаемая частота установления – 10%</p>	<p>Модификатор S может быть добавлен к категориям Lung-RADS 0-4 для клинически значимых или потенциально клинически значимых находок, не связанных с раком легких.</p>	<p>В зависимости от конкретного результата (выявленной патологии)</p>

Приложение 6
к Инструкции о порядке
организации и проведения
ранней диагностики рака легкого

КРИТЕРИИ
эффективности ранней
диагностики рака легкого

Критерии	Методика расчета	Нормативный показатель
Удельный вес пациентов с РЛ, выявленных в I-II стадиях	Количество выявленных случаев РЛ в I-II стадиях / Количество всех случаев рака, выявленных в процессе проведения ранней диагностики РЛ X 100 %	38 %

