

№	Вопросы и варианты ответов	Всего голосов	Результаты опроса (количество голосов, %)		
			A	B	C
1	<p>Рекомендуется всем онкологическим пациентам: психосоциальные методы реабилитации; выполнение комплекса лечебной физической культуры; включение в рацион питания овощей и фруктов, цельнозерновых продуктов при отсутствии противопоказаний; ограничение потребления газированных сахаросодержащих напитков, спиртных напитков, продуктов быстрого питания (<i>fast food</i>); поддержание оптимального веса в зависимости от возраста, профилактика ожирения; отказ от курения; базисный уход за кожей.</p> <p>Варианты ответов: А. Поддерживаю В. Против С. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	12 голосов 100 %	12 голосов 100 %	-	-
2	<p>Рекомендуется всем онкологическим пациентам базисный уход за кожей, который включает: бережное очищение кожи с использованием мягких смываемых водой моющих средств (синдетов) и/или несмываемых водой мицеллярной воды/очищающей эмульсии (молочка), регулярное увлажнение с использованием эмульсий (кремов) (наносить на лицо, руки, ноги, шею, спину и грудь ежедневно); активная фотопroteкция солнцезащитными средствами с SPF > 30, PPD > 1/3 SPF (тщательно наносить перед выходом на улицу на открытые участки); необходимо избегать травм, контакта с агрессивными реагентами (мыло, моющие и чистящие средства и т.п.); ношение свободной и удобной одежды и обуви, предпочтительно использование белья из хлопчатобумажной ткани.</p> <p>Варианты ответов: А. Поддерживаю В. Против С. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	12 голосов 100 %	12 голосов 100 %	-	-
3	<p>При лечении онкологических пациентов необходимо принимать те же меры предосторожности, которые используются для других пациентов, уделяя особое внимание наличию иммуносупрессии, кожной токсичности, межлекарственному взаимодействию, взаимодействию с существующими методами лечения злокачественных новообразований (ЗНО) и онкологической безопасности. Процедуры аппаратной, инъекционной и эстетической косметологии выполняются онкологическим пациентам врачом дерматологом-косметологом строго после согласования с лечащим врачом-онкологом.</p> <p><i>Примечание:</i> В случае введения любых филлеров, ботулотоксина и лазерных процедур, учитывая возможные изменения в состоянии кожного барьера онкологического пациента, а во многих случаях и наличие уже иммуносупрессивной кожи, необходимо обеспечить максимальные асептические условия и, в случае необходимости, провести системную антибиотикотерапию/системную противовирусную терапию (эпизодическую супрессивную терапию) для снижения риска инфекционных осложнений указанных процедур.</p> <p>Варианты ответов: А. Поддерживаю В. Против С. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	12 голосов 100 %	12 голосов 100 %	-	-

4	<p>БОТУЛИНОТЕРАПИЯ с целью коррекции морщин возможна у онкологических пациентов, которым завершили химиотерапию или химиолучевую терапию и не планируют другие виды противоопухолевого лечения, с учетом всех мер предосторожности. Начало процедур зависит от возможного межлекарственного взаимодействия с противоопухолевыми препаратами: рекомендуемый срок по завершению химиотерапии или химиолучевой терапии должен составлять не менее 4–6 нед.</p> <p><i>Примечание:</i> Важно отметить, что по результатам исследований введение инъекций ботулотоксина повышало эффективность лучевой терапии и химиотерапии; индуцированная токсином вазодилатация усиливала реакцию опухоли на лечение.</p> <p>Варианты ответов: А. Поддерживаю В. Против С. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	12 голосов 100 %	10 голосов 84 %	1 голос 8 %	1 голос 8 %
5	<p>БОТУЛИНОТЕРАПИЯ с целью коррекции морщин возможна у онкологических пациентов, которым завершили гормонотерапию или таргетную терапию и не планируют другие виды противоопухолевого лечения, с учетом всех мер предосторожности. Начало процедур зависит от возможного межлекарственного взаимодействия с противоопухолевыми препаратами. По завершению гормонотерапии возможно начало процедур через 3 мес. с учетом полной элиминации препарата; по завершению таргетной терапии моноклональными антителами — через 6 мес., по завершению таргетной терапии малыми молекулами — через 3 мес.</p> <p>Варианты ответов: А. Поддерживаю В. Против С. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	12 голосов 100 %	9 голосов 75 %	-	3 голоса 25 %
6	<p>БОТУЛИНОТЕРАПИЯ с целью коррекции морщин не рекомендуется онкологическим пациентам: с учетом тех же мер предосторожности, которые используются для других пациентов; после иммунотерапии или на фоне иммунотерапии (анти-PD1/анти-PDL1 или анти-CTLA4); на фоне терапии системными глюкокортикостероидами.</p> <p><i>Примечание:</i> После иммунотерапии или на фоне иммунотерапии повышается риск образования нейтрализующих антител к белкам, экспрессируемым ботулиническим токсином.</p> <p>Варианты ответов: А. Поддерживаю В. Против С. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	12 голосов 100 %	8 голосов 67 %	-	4 голоса 33 %

<p>7</p>	<p>ФИЛЛЕРЫ. Контурная пластика лица филлерами, включающими гиалуроновую кислоту, отличается безопасностью и высокой биологической совместимостью. Филлер вводят онкологическим пациентам внутрикжно или подкожно. Применение данной методики возможно у онкологического пациента с подтвержденной стойкой ремиссией по завершению комплексного или комбинированного лечения по поводу злокачественного новообразования I–III стадий.</p> <p>Варианты ответов: A. Поддерживаю B. Против C. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>8</p>	<p>ФИЛЛЕРЫ. Не рекомендуется введение филлеров в надкостничный слой пациентам со злокачественными новообразованиями (ЗНО), которые получали, получают или которым планируется назначение остеомодифицирующих агентов (ОМА): бисфосфонатов или деносуаба с профилактической или лечебной целью в связи с риском развития остеонекроза челюсти (ОНЧ). <i>Примечание:</i> Спектр препаратов, вызывающих или способствующих развитию остеонекрозов лицевого черепа, довольно широк у онкологических больных. В первую очередь, это антирезорбтивные препараты: ОМА (бисфосфонаты, которые накапливаются в костной ткани, и деносуаб), ромосозумаб и ангиангиогенные препараты: бевацизумаб, афлиберцепт, рамуцирумаб, а также другие таргетные препараты: сунитиниб, сорафениб, пазопаниб, акситиниб, иматиниб, регорафениб, ритуксимаб, инфликсимаб, эверолимус, темзиролимус. Описаны случаи ОНЧ при использовании РФП (радий-223), ралоксифена, метотрексата, глюкокортикостероидов.</p> <p>Перед назначением ОМА необходимы санация полости рта, осмотр стоматолога и информирование пациента о первичных симптомах ОНЧ. Разрушенные зубы, а также зубы с неудовлетворительным прогнозом подлежат удалению. Противопоказана установка имплантов.</p> <p>Этиология ОНЧ окончательно не ясна. Как правило, провоцирующим фактором является экстракция зуба (в 65 %). Клиническая картина не всегда однозначна, требует участия врача-стоматолога.</p> <p>Варианты ответов: A. Поддерживаю B. Против C. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>9</p>	<p>ФИЛЛЕРЫ. Не рекомендуется введение филлеров пациентам с ЗНО, которым назначалась или может быть назначена иммунотерапия (анти-PD1/анти-PDL1 или анти-CTLA4). <i>Примечание:</i> Отмечено появление гранулематозных реакций у пациентов, получающих иммунотерапию. Реакции на инородное тело возникают в 0,04–0,3 % случаев инъекций филлера. Описано несколько случаев гранулематозного воспаления у пациентов, получавших иммунотерапию, которым проводились инъекции филлеров много лет назад.</p> <p>Варианты ответов: A. Поддерживаю B. Против C. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

10	<p>ФИЛЛЕРЫ. Не рекомендуется введение филлеров пациентам с ЗНО, которые получают таргетную терапию. <i>Примечание:</i> Появление гранулематозной/саркоидоподобной реакции было описаны у пациентов, получавших анти-BRAF терапию.</p> <p>Варианты ответов: А. Поддерживаю В. Против С. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	12 голосов 100 %	10 голосов 84 %	-	2 голоса 16 %
11	<p>МЕЗОТЕРАПИЯ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ТОКОФЕРОЛ (ВИТАМИН Е), вводится внутривенно, подкожно. Начало процедур зависит от возможного межлекарственного взаимодействия с противоопухолевыми препаратами. По завершению гормонотерапии начало процедур возможно через 3 мес. с учетом полной элиминации препарата; по завершению таргетной терапии моноклональными антителами — через 6 мес., по завершению таргетной терапии малыми молекулами — через 3 мес.; по завершению иммунотерапии (анти-PD1/анти-PDL1 или анти-CTLA4) — через 4–5 мес. При этом онкологическим пациентам должно быть завершено противоопухолевое лечение и не должны планироваться другие виды противоопухолевого лечения, включая хирургическое лечение и/или лучевую терапию. <i>Примечание:</i> Токоферол (витамин Е) метаболизируется через систему цитохромов P450 (CYP4F2/CYP3A4), имеет выраженный спектр межлекарственных взаимодействий. Также имеются экспериментальные данные, что витамин Е усиливает эффективность иммунотерапии. Учитывая местное введение препарата в низких дозах, можно судить о минимально возможных межлекарственных взаимодействиях с противоопухолевыми лекарственными препаратами.</p> <p>Варианты ответов: А. Поддерживаю В. Против С. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	12 голосов 100 %	10 голосов 84 %	2 голоса 16 %	-
12	<p>МЕЗОТЕРАПИЯ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ВИТАМИН С, вводится внутривенно, подкожно. Начало процедур планируется с учетом возможного межлекарственного взаимодействия с противоопухолевыми препаратами. По завершению гормонотерапии возможно начало процедур с учетом полной элиминации препарата (через 3 мес.); по завершению таргетной терапии моноклональными антителами — через 6 мес., по завершению таргетной терапии малыми молекулами — через 3 мес.; по завершению иммунотерапии (анти-PD1/анти-PDL1 или анти-CTLA4) — через 4–5 мес. <i>Примечание:</i> На экспериментальных моделях витамин С потенцирует эффект химиотерапии и таргетной терапии, а также модулирует микроокружение опухоли, усиливая инфильтрацию Т-лимфоцитов и выработку цитокинов. Учитывая местное введение препарата в низких дозах, можно судить о минимально возможных межлекарственных взаимодействиях с противоопухолевыми лекарственными препаратами.</p> <p>Варианты ответов: А. Поддерживаю В. Против С. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	12 голосов 100 %	11 голосов 93 %	1 голос 7 %	-

<p>13</p>	<p>МЕЗОТЕРАПИЯ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ РЕТИНОЛ, вызывает у онкологических больных повышенную чувствительность к ультрафиолетовым лучам. <i>Примечание:</i> Применение данного препарата во время проведения лучевой терапии также нежелательно.</p> <p>Варианты ответов: A. Поддерживаю B. Против C. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>14</p>	<p>BVL, RF-ЛИФТИНГ, IPL, ЛАЗЕРНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ. Сочетание световых и лазерных процедур с противоопухолевыми препаратами может привести у онкологических пациентов к типичной фототоксической/фотоаллергической реакции. <i>Примечание:</i> Список фотосенсибилизирующих препаратов: антиметаболиты: метотрексат, пеметрексед, 5-ФУ, капецитабин, тегафур, гемцитабин; таргетные препараты: вемурафениб, дабрафениб, ингибиторы EGFR (панитумумаб), ингибитор RET (вандетаниб), ингибиторы c-KIT (кабозантиниб, сунитиниб, пазопаниб и иматиниб), могамулизумаб, моноклональное антитело против рецептора хемокинов 4 (CCR4), бригатиниб (анти ALK), рукапариб (ингибитор PARP), палбоциклиб (ингибиторы CDK4/6); растительные алкалоиды: винбластин, таксаны, этопозид; алкилирующие агенты: цисплатин, бусульфан, циклофосфамид, дакарбазин; противоопухолевые антибиотики: доксорубицин, блеомицин.</p> <p>Варианты ответов: A. Поддерживаю B. Против C. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>11 голосов 92 %</p>	<p>-</p>	<p>1 голос 8 %</p>
<p>15</p>	<p>ПИЛИНГ. Применение пилинга возможно у онкологического больного с подтвержденной стойкой ремиссией по завершению комплексного или комбинированного лечения по поводу ЗНО I–III стадий. <i>Примечание:</i> Во время проведения химиотерапии и лучевой терапии не рекомендуется пилинг с использованием различных кислот вследствие повышенной чувствительности и сухости кожи и возможности межлекарственного взаимодействия.</p> <p>Варианты ответов: A. Поддерживаю B. Против C. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>10 голосов 84 %</p>	<p>-</p>	<p>2 голоса 16 %</p>
<p>16</p>	<p>Для принятия решения при назначении комплексного пациент-центрированного и проблемно-ориентированного лечения и/или реабилитации у онкологического пациента рассмотреть возможность включения в мультидисциплинарную команду врача дерматолога-косметолога, особенно в тех клинических ситуациях, когда это оправданно.</p> <p>Варианты ответов: A. Поддерживаю B. Против C. Воздерживаюсь от ответа</p> <p>Консенсус достигнут</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>12 голосов 100 %</p>	<p>-</p>	<p>-</p>