

КП № 185 ЛЕЧЕНИЕ НА ТУМОРИ НА КОЖА И ЛИГАВИЦИ - ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ НОВООБРАЗОВАНИЯ С МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ 1 ДЕН

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

РАДИКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА ДРУГИ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ

Изключва:

свързаната с радикална мастектомия - 85.45-85.48

*40.51 РАДИКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА АКСИЛАРНИ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ

Процедури за ексцизия на лимфен възел от аксила

Кодирай също когато е направена:

- ексцизия на лезия на гърда (31500-00, 31515-00 [1744])
- мастектомия (виж блокове [1747] и [1748])

30336-00 Радикална ексцизия на лимфни възли на аксила

Цялостно изчистване на всички аксиларни възли

Ниво II или III ексцизия на аксиларни лимфни възли

Средна или висока аксиларна дисекция или инцизия

Забележка: Ниво II включва аксиларното съдържание до горната граница на пекторалис минор

Ниво III включва аксиларно съдържание, достигащо до върха на аксилата

Не включва: сентинелна лимфна биопсия или ексцизия (30300-00 [808])

*40.52 РАДИКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА ПЕРИАОРТНИ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място

Цялостно изчистване на всички възли на друго място

Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция

Не включва: при стадиране на малигнизирани:

- гинекологично (35723 [810])
- лимфом (30384-00 [985])
- БДУ (35726-01 [985])

това на тазови лимфни възли при:

- гинекологична неоплазма (35551 [810])
- хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
- радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

*40.53 РАДИКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА ИЛИАЧНИ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място

Цялостно изчистване на всички възли на друго място

Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция

Не включва: при стадиране на малигнизирани:

- гинекологично (35723 [810])
- лимфом (30384-00 [985])
- БДУ (35726-01 [985])

това на тазови лимфни възли при:

- гинекологична неоплазма (35551 [810])
- хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
- радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

[1167])

***40.54 РАДИКАЛНА ДИСЕКЦИЯ НА ИНГВИНАЛНАТА ОБЛАСТ**

Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините

- Ексцизия на ингвинални лимфни възли
- 30329-00 Ексцизия на лимфни възли на слабините
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на слабините
- 30329-01 Регионална ексцизия на лимфните възли на слабините
Ограничена ексцизия на лимфни възли на слабините
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажна зона, включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан
- 30330-00 Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините
Цялостно изчистване на всички слабинни възли
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция

***40.59 РАДИКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА ДРУГИ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ**

Изключва:

радикална шийна дисекция - 40.40-40.42

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

- Не включва:* хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])
- 90282-00 Ексцизия на лимфен възел на друго място
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ
Не включва: при стадиране на малигнизирание:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])
- 90282-01 Регионална ексцизия на лимфен възел на друго място
Ограничена ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажната зона включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан
Не включва: при стадиране на малигнизирание:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфома (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])
- 90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място
Цялостно изчистване на всички възли на друго място
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция
Не включва: при стадиране на малигнизирание:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])
това на тазови лимфни възли при:
• гинекологична неоплазма (35551 [810])
• хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
• радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шийка (37211-00 [1167])

***86.4 РАДИКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА КОЖНА ЛЕЗИЯ**

широка ексцизия на кожна лезия, включваща подлежащи и прилежащи структури, с ламбовидно затваряне

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

- 31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия
Кодирай първо:
• ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи (рубрики) кодове по **МКБ 9 КМ**, посочени в Приложение № 24.

Код за хистологично изследване от рубриките с **код 90 или 91** е задължителен четвърти код за отчитане на клиничната пътека.

При пациенти над 18 год. възраст за доброкачествените новообразувания се изисква резултат от хистологично изследване, и размер на новообразуванието не по-малък от 4 см.

Забележка: За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Хирургия”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по дерматология – II и III ниво
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

***Забележка:** В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия, респ. по дерматология.

Изискванията за структура ОАИЛ/КАИЛ са съгласно стандарта по Анестезиология и интензивно лечение.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага както и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия

или

минимум двама с призната специалност по кожни и венерически болести;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по детска хирургия, хирургия

или

- лекари със специалност по дерматология
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.

ЗАБЕЛЕЖКА:

За деца до 8 годишна възраст с новообразувания на кожа и лигавици процедурите се извършват в условията на обща анестезия и изискват следоперативно проследяване и наблюдение.

Всички планови операции на деца до 10-годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

ЗАБЕЛЕЖКА:

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- пациенти, подлежащи на хирургично лечение, класифицирани по TNM системата, като T1-2, N0, M0, без наличие на регионални или отдалечени метастази, лекувани или не преди това с лъчелечение /химиотерапия или подлежащи на такова следоперативно;

- пациенти с напреднали туморни процеси (T3 N0 M0, T4 N0 M0) и/или при наличие на метастази - клиничната пътека се изпълнява в онкохирургична клиника/отделение в специализираната онкологична мрежа.
- При пациенти над 18 год. възраст за доброкачествените новообразувания се изисква резултат от хистологично изследване, доказващ следните диагнози: хемангиом, лимфангиом, атером, фибром, липом, хигром с размер на новообразуванието не по-малък от 4 см.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В ПОСОЧЕНИТЕ ВАРИАЦИИ И ВЪЗМОЖНОСТИ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При подготовка на пациента в лечебното заведение и определяне на клиничния му статус и стадиране на туморния процес, се извършва:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания в първите 24 часа от хоспитализацията.
2. Образни изследвания - за определяне обема и разпространението на онкологичното заболяване (рентген, ехография, магнитнорезонансна томография и други) - до 48 часа от началото на хоспитализацията.

Лечение

Провежда се ексцизия на тумора с достатъчна защитна зона от клинично здрави тъкани, чиито размер зависи от обема и вида на първичния тумор.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

При невъзможно първично затваряне на оперативната рана, е необходимо реконструктивно възстановяване на кожния дефект.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след хистологично изследване и патоморфологична диагноза на тумора, с посочване степента на малигненост.

Определя се клиничният стадий на онкологичното заболяване по TNM системата, съгласно медицински стандарти по онкология.

При хистологичното потвърждаване на злокачественото заболяване се изпраща "Бързо известие" за онкологично болен в съответния диспансер за онкологични заболявания по постоянно местоживее на пациента.

При пациенти над 18 год. възраст за доброкачествените новообразувания се изисква резултат от хистологично изследване, доказващ следните диагнози: хемангиом, лимфангиом, атером, фибром, липом, хигром с размер на новообразуванието не по-малък от 4 см.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- първично (вторично) зарастваща оперативна рана, неизискваща ежедневно третиране в болнични условия;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 40 от 2004

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация”*, бл.МЗ – НЗОК №7.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и *“Хирургия”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в *“История на заболяването”* (ИЗ) .

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти *“Хирургия”*).

3.3. Документиране на следоперативните дни в *“История на заболяването”* (ИЗ) .

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”*;

- част III на *“Направление за хоспитализация”*, бл.МЗ – НЗОК №7;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

**ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ
КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.**

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Доброкачествените новообразувания са ограничени от околната тъкан, понякога с капсула. Обикновено в началото са малки, но с течение на времето могат да достигнат значителни размери. При нарастване притискат съседни органи, нерви и кръвоносни съдове, с което предизвикват болка, нарушение във функцията, податливи са на възпалителни усложнения, наранявания и кръвотечения.

Както във всички други органи, така и в кожата се развиват онкологични новообразувания. Те имат тенденция да нарастват. Злокачествените новообразувания могат да проникват в съседни органи като ги разрушават, а клетки от тумора могат да се разпространят (метастазират) по кръвните и лимфните съдове в други органи.

Онкологичното новообразование най-често се развива под формата на подутина или незарастваща рана (язва). Когато при прегледа има съмнение за него, обикновено се налагат някои изследвания, необходими за поставяне на точната диагноза, от която зависи и методът на лечение.

Злокачествените онкологични новообразувания налагат незабавно и радикално хирургично лечение, когато това е възможно. Злокачественото новообразование е заболяване, което крие реален риск от разсейки (метастази) в близките лимфни възли, а също и в някои органи, например бели дробове, кости, черен дроб и др. Лечението в такъв напреднал етап от болестта е много трудно. Затова оперативната намеса е по - сполучлива, когато се прави във възможно най - ранен стадий на болестта. При операцията (под обща или локална упойка) се налага да бъде изрязана заедно с тумора и част от съседната здрава тъкан, която огражда туморния процес. Полученият дефект след изрязване на тумора може да се коригира чрез пластична операция - или едновременно или след изчакване на определен период от време. Понякога се прави и премахване на близките лимфни възли, засегнати от туморния процес. Понякога се налага и облъчване на оперативното поле (преди или след операцията). След оперативната намеса може да се развият козметични и функционални нарушения, но обикновено след няколко месеца дефектите се възстановяват до голяма степен в зависимост от обема на изрязаната тъкан. След изписването пациентите подлежат на контролен преглед или се насочват за провеждане на следоперативно лечение, след което се поемат за наблюдение в диспансера за онкологични заболявания по местоживееене.

Най-важно значение за поставяне на диагнозата има микроскопското изследване на туморната тъкан. За целта понякога се изрязва предварително част от тумора, която се изследва микроскопски. Тази манипулация се нарича вземане на биопсия.

След получаване на резултата от изследването се определят начинът на лечение и обемът на операцията.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от вида на тумора и степента на неговото разпространение, което е от особено значение.

Разпространеност на процеса – “стадиране”

Когато е открито (диагностицирано) онкологично новообразование, е необходимо да се определи дали туморните клетки са се разпространили и в други части на тялото, т.е. да се определи стадият на заболяването, което ще позволи ефективно планиране на бъдещото лечение.

За рецидив говорим, когато имаме отново поява на тумор, след като вече е бил лекуван.

Преглед на възможностите за лечение

Целта на лечението е да се унищожат туморните клетки. Възможностите за това са няколко:

- **хирургично лечение** – “изрязване” на тумора;

- **лъчева терапия** – използват се рентгенови или други лъчи с висока енергия за унищожаване на туморните клетки;

- **химиотерапия** – използват се медикаменти за убиване на туморните клетки.

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на заболяването. То винаги трябва да бъде радикално, т.е., стремежът е да бъдат премахнати всички туморни клетки, защото тези които остават след операцията дават начало на развитие на нов тумор.

Туморът “просмуква” (инфилтрира) в здравата тъкан, като я разрушава и туморните клетки могат да се разпространят по лимфните или кръвоносните съдове в други органи, където дават начало на нови тумори. Затова е важно туморът да бъде открит още в началото на неговото появяване, за да може хирургичното лечение да е ефективно.

Облъчването може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото (тумора), посредством пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия).

Различните видове тумори имат различна чувствителност към радиоактивните лъчи. Лъчевата терапия може да бъде използвана самостоятелно или в комбинация с хирургично лечение. Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи лъчетерапия за да убие клетките, останали невидими след операцията.

Химиотерапията използва специални лекарства за убиване на туморните клетки. Тези лекарства (химиотерапевтици) могат да бъдат таблетки или разтвори, които се прилагат венозно. Химиотерапевтиците, постъпвайки в кръвообращението, преминават през цялото тяло и могат да унищожат туморни клетки извън първичното огнище.

Химиотерапията рядко се използва като самостоятелно лечение, а обикновено се прилага в комбинация с някои от другите методи.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатория, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват тумора.