НАЦИОНАЛЬНАЯ онкологическая программа {2030}

NOP2030.RU

с. 20
Алексей Беляев: «Проведение лекарственной терапии во многом зависит от компетенции специалистов»

№5
2021

информационно-аналитический журнал

2 Лучшим онкологам вручена премия имени академика Савицкого

18 Онкоскрининг желудка просится в диспансеризацию

24 Как проводить вакцинацию от COVID-19 онкологическим пациентам

www.nop2030.ru

НАЦИОНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА {2030}

NOP2030.RU

АКТУАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

СОБИРАЕМ
АНАЛИЗИРУЕМ
ДЕЛИМСЯ

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОРТАЛ

- Мониторинг онкологической программы в масштабе реального времени
- Все регионы
- Лица, принимающие решения
- Актуальные отчеты
- Ключевые события
- Инновации
- Клиническая практика
- Банк документов
- Стандарты и практика их применения
- Цифровизация

Онлайн-освещение онкологической службы на федеральном и региональных уровнях на период 2018–2030 гг. в едином контуре цифровизации здравоохранения:

- руководителям онкологической службы
- организаторам здравоохранения
- врачам онкологам, радиологам, химиотерапевтам
- компаниям, представляющим препараты и оборудование для онкологии

news@nop2030.ru

реклама

НОП 2030
(Национальная онкологическая программа 2030)
Выпуск № 5 (12), 2021

Сопредседатели редакционного совета:
академик РАН, докт. мед. наук, проф. А.Д. КАПРИН
докт. мед. наук, проф. А.А. КОСТИН

Редакционный совет:
докт. мед. наук, проф. Б.Я. АЛЕКСЕЕВ
докт. мед. наук, проф. Л.А. АШРАФЯН
докт. мед. наук, проф. А.В. ВАЖЕНИН
докт. мед. наук, проф. В.Н. ГАЛКИН
докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА
докт. мед. наук, проф. Л.В. ДЕМИДОВ
докт. мед. наук, проф. Б.И. ДОЛГУШИН
докт. мед. наук, проф. К.К. ЛАКТИОНОВ
докт. мед. наук, проф. Г.М. МАНИХАС
докт. мед. наук, проф. Е.Г. НОВИКОВА
докт. мед. наук, проф. А.О. РАСУЛОВ
докт. мед. наук, проф. Н.И. РОЖКОВА
докт. мед. наук, проф. В.Ф. СЕМИГЛАЗОВ
докт. мед. наук, проф. Т.Ю. СЕМИГЛАЗОВА
докт. мед. наук, проф. А.В. СНЕГОВОЙ
докт. мед. наук, проф. В.В. СТАРИНСКИЙ
докт. мед. наук А.А. ФЕДЕНКО
докт. мед. наук, проф. Е.В. ХМЕЛЕВСКИЙ
докт. мед. наук, проф. Е.Л. ЧОЙНЗОНОВ

Руководитель рекламной службы
проекта «НОП 2030»
А. РОДИОНОВА (a.rodionova@nop2030.ru)
Руководитель отдела конференций
Ю. ЛЮБАШЕНКО (j.lubashenko@nop2030.ru)
Издательский дом «Медконгресс»
Агентство медицинской информации
«Медконгресс»
Адрес редакции: 123112, г. Москва, Набережная
Пресненская, д. 8, стр. 1, э. 48, пом. 484с к. 5,
оф. 171. 2. Тел.: (499) 110-83-92
www.nop2030.ru
e-mail: info@nop2030.ru
Шеф-редактор С. ЧЕЧИЛОВА
(s.chechilova@nop2030.ru)
Редакторы А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА
Корректор Е. САМОЙЛОВА
Дизайнер Н. НИКАШИН
Фотосъемка Е. ДЕЙКУН, А. ИЗОТОВ

Тираж 4500 экз.
Выходит 5 раз в год
Свидетельство о регистрации СМИ
ПИ № ФС77-74186 от 2.11.2018

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
Любое воспроизведение материалов и их фрагментов
возможно только с письменного разрешения редакции
журнала. Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.
Авторы, присылающие статьи для публикации, должны быть
ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным
авторским договором. Информация размещена на сайте
www.nop2030.ru

СОДЕРЖАНИЕ

События, цифры, факты

Лучшим онкологам России вручена премия имени академика А.И. Савицкого ... 2

Андрей Каприн: «У нас крепкие корни и такая же память» ... 5

Юбилейный XXV Российский онкологический конгресс собрал 5700 участников ... 6

Онкопациенты обсудили тарифы КСГ, работу ЦАОП и финансирование амбулаторной помощи ... 8

Опыт работы с российским препаратом представлен на ASCO ... 11

Финансы и страхование

Пациенты просят правительство пересмотреть подходы к оплате медпомощи за счет средств ОМС ... 12

Ядерная медицина платно и по программе ОМС ... 15

Онкогематологическим пациентам необходимо увеличение финансирования лечения ... 16

В фокусе

Онкоскрининг желудка просится в диспансеризацию ... 18

Опыт регионов

Алексей Беляев: «Проведение лекарственной терапии во многом зависит от компетенции специалистов» ... 20

Приоритетные задачи

Вакцинация против COVID-19 у пациентов со злокачественными новообразованиями. Победа здравого смысла над инструкцией к препарату? ... 24

Скрининг

Поиск злокачественных новообразований в рамках диспансеризации и профилактического медицинского осмотра ... 26

Кадры

Обеспечение специалистами в онкологической службе Северо-Западного федерального округа ... 30

Наука

Открытия ученых приближают победу над раком ... 34

Инновации в онкологии

Метастатическая меланома: новые подходы и современный взгляд на проблему ... 38

Система распространения журнала «Национальная онкологическая программа 2030»

ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, управления и департаменты здравоохранения в 89 субъектах РФ, городские и районные онкодиспансеры, медицинские вузы, российские общества онкологов, гематологов и радиологов, учреждения первичной медико-санитарной помощи, частные медицинские учреждения, страховые компании, фармацевтические компании, благотворительные и пациентские организации, хосписы, аптечные сети, профильные и междисциплинарные конференции, выставки, школы.
Электронная версия журнала доступна на порталах www.nop2030.ru и www.umedp.ru.

Лучшим онкологам России вручена премия имени академика А.И. Савицкого

Ассоциация онкологов России (АОР) и Российское общество клинической онкологии (RUSSCO) объявили лауреатов премии в области онкологии имени академика А.И. Савицкого на торжественной церемонии, прошедшей в МИА «Россия сегодня».

Выдающимся врачом и талантливым организатором здравоохранения был А.И. Савицкий. Под его руководством создана государственная противораковая служба Советского Союза, а затем России. А предложенные им новаторские научные идеи прочно вошли в повседневную лечебную практику. Именно поэтому вдохновителям премии президенту Ассоциации онкологов России А.Д. Каприну и председателю Российского общества клинической онкологии С.А. Тюляндину пришла идея учредить профессиональную премию среди онкологов имени А.И. Савицкого. Инициатива вызвала большой отклик среди специалистов профессионального сообщества. Были поданы более 150 заявок на участие в конкурсном отборе. В каждой из десяти номинаций было представлено четыре финалиста, каждый из них поднялся на сцену, но только один в номинации получил награду.

На торжественной церемонии А.Д. Каприн сказал: «Мы очень хотели отметить труд онкологов. Премия имени Н.Н. Блохина уже есть, и вручается она в Академии. Это большая награда для ученых. А вот для практических врачей, занимающихся онкологией, до настоящего времени не было премии. Имя Александра Ивановича Савицкого, человека, внесшего колоссальный вклад в развитие отечественной онкологии, лучше всего подходило для этого важного дела. Его заслуги беспрецедентные – он был врачом русской императорской армии и стал Героем Социалистического Труда, прошел фронтовую жизнь, испанку, брюшной тиф в Первую мировую, организовывал систему онкологической помощи после Второй мировой. Он был высокообразованным человеком и большим патриотом. Премия утверждена в трудное время. Испытание ковидом продемонстрировало силу и мощь онкологической помощи в России. Из более 35 тыс. онкологических коек в стране не была закрыта ни одна. Поддержка министра здравоохранения М.А. Мурашко и правительства позволила сохранить работу нашей службы в трудное время. Но функционирование службы без людей

невозможно. И надо отметить их подвиг. Хочется поддержать всех медиков – врачей, медсестер, санитарок, кто потратил много сил и энергии, а некоторые и здоровья, оказывая онкологическую помощь пациентам в непростых условиях. И премия профессионального сообщества поможет это сделать. Я благодарен коллегам и всем НМИЦ, которые выступили своими коллективами в этом конкурсе и поддержали его».

А.Д. Каприн также поблагодарил тех, кто пришел поздравить лауреатов. Среди гостей были представители органов власти: Г.Н. Карелова, заместитель председателя Совета Федерации; О.О. Салагай, заместитель министра здравоохранения РФ; Д.А. Хубезов, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья; А.В. Самойлова, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения; Т.В. Яковлева, первый заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства. На церемонии сказали добрые слова номинантам руководители медицинских институтов: Г.Т. Сухих, директор НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова; Л.А. Ашрафян, заместитель директора НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова; В.А. Тутельян, научный руководитель ФИЦ питания и биотехнологии.

С.А. Тюляндин, председатель Российского общества клинической онкологии, говорил о том, как много специалистов высокого класса работает в онкологии: «Стремительное развитие онкологии как науки заставляет нас совершенствовать свои профессиональные знания. Растущее число как заболевших, так и вылечившихся пациентов стимулирует развитие организационной структуры онкологической по-

мощи. А непростая обстановка с коронавирусом высветила высокие профессиональные и гражданские качества сотрудников, работающих в онкологии. Сегодня на эту сцену поднимаются лучшие. Поверьте, это лишь маленькая толика тех, кто заслуживает этой награды. Я надеюсь, что премии Савицкого суждена долгая жизнь. И все, кто ее достоин, рано или поздно получат эту награду».

Вручали премию лауреатам И.С. Стилиди, директор НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, И.В. Поддубная, заведующая кафедрой онкологии и паллиативной медицины Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, И.Е. Хатьков, главный внештатный онколог Департамента здравоохранения города Москвы, О.И. Кит, главный внештатный онколог Южного федерального округа, А.Б. Рябов, заместитель генерального директора по хирургии, заведующий отделом торакоабдоминальной онкохирургии филиала МНИОИ им. П.А. Герцена, Ю.А. Шелыгин, научный руководитель НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих, И.В. Решетов, заведующий кафедрой пластической хирургии Сеченовского университета.

А вот имена тех, кто получил награду. Лучшим хирургом стал Роман Викторович Ищенко, главный научный сотрудник отдела хирургии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова. Лучшим химиотерапевтом названа Марина Ахилесовна Зафирова, руководитель химиотерапевтической службы Свердловского областного онкологического диспансера. Лучшим радиологом признана Анастасия Сергеевна Кулакова, заведующая радиологическим отделением Свердловского областного онкологического диспансера. Победителем в номинации «Лучший онкогематолог» стала Лариса Анатольевна Кузьмина, заведующая отделением интенсивной высокодозной химиотерапии и трансплантации костного мозга НМИЦ гематологии Минздрава России. Лучшим специалистом диагностической службы признан Владислав Михайлович Легостаев, заведующий отделением эндоскопии НМИЦ онкологии г. Ростова-на-Дону. Лучшим молодым онкологом названа Алина Зульфатовна Исянгулова из Республиканского клинического онкодиспансера Минздрава Республики Татарстан.

В номинации «Лучшая медицинская сестра» победила Гузял Рауфовна Агадуллина, главная медицинская сестра ООО «ПЭТ-Технолоджи» (г. Балашиха). Лучшим социальным проектом признан проект «Дай мне руку» АНО по оказанию помощи людям с онкологическими заболеваниями и их семьям «Анастасия» (премия вручена Надежде Владимировне Марусеевой). Лучшим научно-образовательным проектом стал проект «Точки роста образования населения, студентов и врачей общей практики» областного клинического онкологического диспансера г. Великий Новгород (Константин Григорьевич Пасевич).

В номинации «Прорыв года» таким был признан проект «Применение меток-имплантов у пациентов с метастатическими очагами колоректального рака в печень с использованием ультразвуковой визуализации» МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала НМИЦ радиологии Минздрава России (премия вручена Сэвидж Физулиевне Евдокимовой). НОП [2030]

Андрей Каприн: «У нас крепкие корни и такая же память»

У академика РАН, главного онколога Минздрава России А.Д. Каприна удивительный отец – Герой Советского Союза, участник Великой Отечественной войны, летчик-штурмовик Дмитрий Васильевич Каприн. Недавно учебному авиационно-спортивному центру ДОСААФ в Чеховском районе Подмосковья было присвоено его имя.

Дмитрию Васильевичу Каприну сегодня исполнилось бы 100 лет. В 1942 г. он окончил военную авиационную школу пилотов и тут же отправился на фронт. Участвовал в Сталинградской битве и в битве за Днепр. Сражался на Украинском, Белорусском и Прибалтийском фронтах. В конце войны попал в плен под Кёнигсбергом, но вместе с 12 узниками сбежал из лагеря. Нашел свою часть. И настолько был проверен в боях, что его не тронули, хотя обычно плен признавался изменой родине, трибунал присуждал расстрел или ГУЛАГ. Каприн опять начал боевые вылеты. И после войны Дмитрий Васильевич продолжил службу в авиации – на границе Саратовской области и Казахстана. Вертолетный полк, которым он командовал, участвовал в поиске космонавтов, возвращавшихся на Землю. Д.В. Каприн прожил 94 года.

На церемонии открытия мемориальной доски академик Андрей Каприн вспоминал о доблести отца, его скромности. Старший Каприн был для него другом. Сын не пошел в авиацию по стопам отца, стал врачом. Но в этом выборе его поддержал Дмитрий Васильевич. «Для меня и моих детей он всегда был и останется примером. Я и оба моих сына хирурги, – говорит Андрей Дмитриевич. – Меня спрашивают журналисты, где адреналина больше – в небе или операционной. Конечно, за штурвалом боевого самолета страшнее. Но и в работе хирурга нужна решительность и любовь к родине. Эти качества с детства воспитывал во мне отец. Я счастлив, что он за долгую жизнь успел застать детей и внуков. Радовался тому, как мы росли и развивались... У нас великий народ, мы победители, но за счет чего? Наверное, благодаря той памяти, которая живет в нас испокон веков: без корней не бывает деревьев». НОП [2030]

СОБЫТИЯ, ЦИФРЫ, ФАКТЫ

Юбилейный XXV Российский онкологический конгресс собрал 5700 участников

В ноябре этого года прошел Российский онкологический конгресс. Для участия в насыщенной работе трехдневных сессий (лекции, симпозиумы, дискуссии и мастер-классы) зарегистрировалось свыше 5700 тыс. онкологов и врачей смежных специальностей.

Торжественную церемонию открыл председатель Российского общества клинической онкологии (RUSSCO), заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России С.А. Тюляндин, который рассказал об истории проведения конгрессов. Он отметил, что за все эти годы благодаря насыщенной научной программе конгрессов были подготовлены тысячи специалистов-онкологов. «По сути, Российский онкологический конгресс – это настоящая школа молодых ученых», – сказал Тюляндин и напомнил, что именно RUSSCO было инициатором создания Практических рекомендаций, которые сегодня стали настольной книгой для каждого онколога.

> Российский онкологический конгресс – это настоящая школа молодых ученых

Эту мысль продолжил в своем приветственном слове президент Ассоциации онкологов России, академик РАН, главный внештатный специалист-онколог Минздрава России, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России А.Д. Каприн, сказав, что только совместная деятельность различных научных сообществ может являться залогом качества подобных изданий. Поэтому в тесном сотрудничестве АОР и RUSSCO Каприн видит гарантию получения самых передовых результатов в любых научных разработках будущего.

Академик РАН, главный внештатный специалист-онколог Минздрава России, директор ФГБУ «НМИЦ онко-

логии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России И.С. Стилиди отметил заслуги Российского общества клинической онкологии на ниве образовательной и общественной деятельности.

Также гостей и участников конгресса приветствовали руководители Американского общества клинической онкологии (ASCO) и Европейского общества медицинской онкологии (ESMO), прозвучала искренняя благодарность RUSSCO за его активное участие в международной деятельности, в том числе за организацию и проведение совместных с этими организациями крупнейших онкологических мероприятий.

Торжественная часть продолжилась награждением заслуженных онкологов страны (RUSSCO), победителей конкурсов научно-исследовательских проектов в области онкологии (РакФонд), а также молодых ученых-онкологов (Фонд «Сколково»). Член правления RUSSCO, руководитель отдела междисциплинарной онкологии ФГБУ «НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева» Н.В. Жуков выступил с лекцией памяти академика Н.Н. Блохина.

Специально для средств массовой информации RUSSCO провело брифинг «Вопросы образования и подготовки кадров в онкологии». Член правления RUSSCO, заместитель директора по образовательной деятельности, заведующий хирургическим отделением № 15 (комбинированного лечения опухолей молочной железы) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России А.В. Петровский рассказал

> Число членов RUSSCO выросло до 5,5 тысячи человек

о проблемах, вызванных принятием новых профстандартов в онкологии, и результатах специального опроса RUSSCO, полученных из регионов. Главной мыслью его выступления стал призыв не драматизировать ситуацию и иметь в виду, что в сфере подготовки кадров всё делается правильно, просто образовательный процесс – вещь не сиюминутная, а длительная и кропотливая работа.

А.С. Фатьянова, представляющая ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, отвечая на вопрос, как сказалось дистанционное обучение на качестве подготовки будущих онкологов, отметила, что негативного эффекта не наблюдалось, а даже напротив – итоговые результаты несколько повысились. Что касается ординатуры, то на дистанционку никто не уходил.

«Конечно, проблемы подготовки онкологических кадров существуют, и надо пересматривать программы обучения, чтобы преодолеть определенные разрывы в некоторых вузах. Именно этим в ежедневном режиме и занимаются как научные специалисты, так и представители высшей школы и специалисты Минздрава России», – резюмировал мысли коллег заместитель директора по научной работе, заведующий химиотерапевтическим отделением № 2 ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России А.А. Трякин.

Большой интерес участников конгресса вызвала совместная сессия RUSSCO и Московского общества онкологов «Лечить нельзя отпустить: где поставить запятую?», на которой обсуждались вопросы организации паллиативной помощи онкологическим пациентам в Москве и за рубежом, пограничных состояний в нейроонкологии, операции на грани фола и другие важные проблемы. Модерировали сессию член-корреспондент РАН И.Е. Хатьков (ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗМ) и член правления RUSSCO Д.Л. Строяковский (ГБУЗ «Городская онкологическая больница № 62» ДЗМ).

С.А. Тюляндин выступил с отчетом о деятельности Российского общества клинической онкологии (RUSSCO). Выросло число членов общества (уже более 5,5 тыс.), произошел ребрендинг старейшего среди медицинских интернет-ресурсов портала RosOncoWeb, впервые проведен в Москве экзамен Европейского общества медицинской онкологии (ESMO), запущен благотворительный проект «Книготерапия RUSSCO» для регионов.

Все участники конгресса единодушно высказали удовлетворение очным форматом его проведения и выразили надежду, что и следующий Российский онкологический конгресс состоится «вживую», ведь только так можно наиболее полно обсудить важнейшие для онкологии вопросы. НОП [2030]

СОБЫТИЯ, ЦИФРЫ, ФАКТЫ

Онкопациенты обсудили тарифы КСГ, работу ЦАОП и финансирование амбулаторной помощи

Известно, что получение онкологического лечения осложнилось во время пандемии. Но это далеко не единственная проблема, которая волнует пациентское сообщество, что и показал прошедший в конце октября VI Конгресс онкологических пациентов. Мероприятие проходило в Общественной палате РФ, под эгидой Совета Федерации Федерального Собрания РФ и Всероссийской ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!». Его участники – пациенты, законодатели, специалисты-онкологи, представители государственных органов власти – обсудили вопросы, связанные с доступностью современных методов лечения, необходимостью профилактики и ранней диагностики, лекарственным обеспечением граждан, сложностями финансирования онкологической службы, оказанием хосписной и паллиативной помощи, реабилитацией онкобольных, развитием партнерства между общественными организациями.

Открывая конгресс, Ирина Боровова, президент ассоциации «Здравствуй!», сказала, что нужно найти ту золотую середину, в которой пациент будет получать наиболее качественную помощь, пусть не самую инновационную и дорогостоящую, но максимальную для продолжительности жизни. «Мы должны иметь собственные препараты, собственные ресурсы, никакой локдаун нам тогда не помешает получать вовремя качественное лечение», – подчеркнула она.

Актуальность совершенствования доступной и своевременной помощи по профилю «онкология» не вызывает сомнения у Росздравнадзора. С позиции ведомства, особого внимания заслуживают такие вопросы, как увеличившиеся сроки ожидания пациентами с ЗНО специализированной помощи и несоблюдение сроков гистологической верификации заболевания, отметил в своем выступлении Анатолий Шаронов, начальник Управления организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. По его словам, в течение полутора лет осуществляется еженедельный мониторинг ситуации в регионах. А результаты доводятся до Минздрава РФ, который по итогам полученных данных принимает организационные меры, направленные на устранение имеющихся проблем.

«Могу сказать, что по сравнению с данными на апрель 2020 г. сейчас позитивная картина. Те проблемы, которые существовали тогда, сейчас фактически отсутствуют во всех регионах. Были моменты, когда в силу определенных организационных недочетов в субъектах РФ онкологические стационары перепрофилировались под оказание медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией и таким образом резко нарушалась доступность медицинской помощи для онкопациентов. Мы доводили нашу активную, жесткую позицию вплоть до глав регионов, и это давало положительный эффект. На сегодняшний день такие случаи в РФ не отмечаются», – заверил Анатолий Шаронов.

Он добавил, что еще остаются проблемы с несоблюдением сроков верификации онкозаболеваний, объяснив это существующими объективными причинами, в частности недостаточными мощностями лабораторий: «Но в данном направлении мы будем работать, и думаю, эти дефекты на территории РФ исчезнут».

Проблемы с несоблюдением сроков верификации онкозаболеваний объясняются недостаточными мощностями лабораторий

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ

Согласно опросам пациентов, в реальной практике:

- 48% пациентов ждут подтвержденного диагноза более месяца;
- 39% узнают о своем диагнозе слишком поздно – на 3-й и 4-й стадии;
- 57% не могут получить информацию о диагнозе, льготных лекарствах и лечении;
- 50% вынуждены покупать лекарства за свой счет, в том числе для химиотерапии;
- 74% оплачивали диагностические процедуры, положенные бесплатно;
- 66% испытывают проблемы в получении высокотехнологичной медпомощи.

Над совершенствованием качества и доступности помощи онкопациентам работают и сами пациенты. Сейчас, например, в повестке дня – произошедшие изменения в клинико-статистических группах (КСГ). Как рассказала Ирина Боровова, существующая система КСГ предусматривает расчет тарифа исходя из усредненной стоимости лечения законченного случая заболевания. В ассоциации ее считают порочной, так как по сути она выводит из обращения самые дорогостоящие схемы лечения. ЛПУ невыгодно применять эти схемы, так как территориальные фонды ОМС не будут их оплачивать в полном объеме, а дополнительные средства на компенсацию этих расходов, кроме средств ОМС, не предусмотрены. Таким образом, сложившаяся ситуация приведет к снижению качества и доступности медицинской помощи для онкопациентов, а внушительный объем средств, предусмотренный бюджетом ОМС в рамках реализации нацпроекта «Здравоохранение», не будет израсходован, опасается она.

Главной причиной низких тарифов КСГ Ирина Боровова считает то, что с 2021 г. в КСГ были также погружены схемы для лечения онкогематологических заболеваний, а при этом суммарный объем средств, предусмотренный Программой госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи на 2021 г., увеличен не был. Таким образом, в системе ОМС в рамках КСГ образовался дефицит средств, которые были «рационально перераспределены» в пользу более дешевых, но менее эффективных схем лечения.

Сложности испытывают пациенты не только с подозрением или впервые диагностированным онкозаболеванием, но и с уже установленным диагнозом ЗНО при получении плановой специализированной медпомощи на догоспитальном этапе. Как рассказал Алексей Березников, руководитель рабочей группы по организации ОМС Всероссийского союза страховщиков, руководитель Дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных граждан ООО «АльфаСтрахование-ОМС», это показывают данные анализа нарушений.

Наиболее часто пациенты обращаются к страховщикам за помощью в связи с тем, что сомневаются в диагностике и ее результатах, не уверены в правильности назначенного лечения, не могут записаться к нужному врачу, получают отказ в выборе медорганизации, не могут получить необходимые и положенные по ОМС лекарственные препараты, им не удается попасть на медицинское обследование.

ЦАОП сократить?

Известно, что практически во всех регионах РФ открыты центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), которые призваны сократить сроки диагностики, приблизить специализированную онкологическую

> В некоторых регионах ЦАОП не работают по назначению, а выполняют функцию первичного онкологического кабинета

помощь к пациенту, перераспределить нагрузку между специализированным и дневным стационаром.

Рашида Орлова, руководитель Специализированного центра онкологии, главный онколог Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, научный консультант по вопросам противоопухолевой лекарственной терапии Городского клинического онкологического диспансера (Санкт-Петербург), напомнила, какое место в системе оказания медицинской помощи занимают эти учреждения. На центры возложены такие серьезные функции, как диагностика и направление больных на проведение противоопухолевой терапии в онкодиспансер или специализированное федеральное учреждение, оценка эффективности лечения с помощью диагностической базы, проведение восстановительной, корректирующей терапии, оказание паллиативной помощи, назначение и выписка наркотических средств и т.д. А что в реальности? Специалист привела пример: в Санкт-Петербурге, например, открывшийся в крупном районе ЦАОП позиционирует себя как центр профилактики и выявления ранних форм рака. Ни о каком лечении, работе дневного стационара, приеме онколога, КТ, биопсии, морфологическом исследовании речи не идет.

По мнению Рашиды Орловой, ЦАОП больше предназначены для городов, где в областях нет онкологических диспансеров. В Санкт-Петербурге есть крупнейший онкодиспансер на 840 коек, есть городской Центр онкологической специализированной помощи на 600 коек, две специализированные онкологические больницы, кроме того, есть многопрофильные клиники, которые оказывают экстренную онкопомощь, коммерческие, федеральные медучреждения. И при этом на сегодняшний день в городе открыто уже 16 ЦАОП. «И вот бедные пациенты ходят между ЦАОП и иными учреждениями, которые работают в системе ОМС по специальности “онкология”. Они ходят по кругу, потому что один ЦАОП укомплектован хорошо, другой менее, в одном хороший специалист, в другом плохой. В результате получается, что на сегодняшний день большое количество учреждений оказывают специализированную медицинскую помощь», – представила ситуацию специалист.

Простаивание центров Рашида Орлова объясняет рядом причин. Они не укомплектованы полноценно кадрами, быстро подготовить которые достаточно сложно. Мешает и неполная техническая оснащенность: в некоторых нет ничего, кроме ультразвукового аппарата и клинического анализа крови. Кроме того, в ряде регионов отсутствует координация действий ЦАОП с онкологическими учреждениями как регионального, так и федерального значения. «Мы, например, работаем в диспансере, и могу сказать, что мы не знаем, в какой ЦАОП можно отправить пациента для проведения лекарственной терапии, а в какой нет, какие там есть препараты, каких нет», – посетовала она.

По названным причинам в некоторых регионах центры выполняют, в общем-то, функцию первичного онкологического кабинета. «Конечно, есть плюсы, есть достижения, но есть и некие проблемы. Необходимо их решать. Возможно, стоит сократить ЦАОП в системе оказания помощи», – заключила она.

Терапия на дому

Один из проблемных вопросов, который неоднократно обсуждался на различных площадках, – реализация новых подходов к стационарзамещающей терапии. На конгрессе его поднял Александр Быков, директор по экономике здравоохранения компании «Р-Фарм».

Дело в том, что в тариф КСГ как круглосуточного, так и дневного стационара для лечения онкозаболеваний включается определенное количество лекарственных препаратов, в том числе и таблетированных, которые, несмотря на то, что их можно и нужно принимать амбулаторно, могут стабилизировать состояние пациентов и отдалить сроки прогрессирования заболевания на недели, месяцы и даже годы. Для пациента, которому необходимо получать лечение на протяжении длительного периода, это отменяет необходимость ежедневно находиться под непосредственным контролем врача, проводить формальные процедуры, такие как заполнение дневника, оформление необходимых исследований для контроля состояния, обоснование пребывания в дневном стационаре.

При этом возможность получать необходимое лечение в амбулаторных условиях сегодня отсутствует, что, считает эксперт, ограничивает доступность лекарственной терапии у онкобольных и в какой-то мере нарушает положенную по программе госгарантий лекарственную терапию и медицинские услуги. Если бы удалось реализовать возможность получать терапию за счет средств ОМС на амбулаторном этапе, это позволило бы повысить качество медицинской помощи, что становится особенно актуальным в условиях COVID-19 и ограничений, с которыми столкнулись как врачи, так и пациенты, организаторы здравоохранения.

Чтобы изменить ситуацию, предлагает Александр Быков, необходимо, чтобы профильные экспертные комиссии Минздрава РФ оценили перспективы применения стационарзамещающих технологий, включая возможность организации стационаров на дому, и признали это направление перспективным. ФОМС следует предусмотреть в методических рекомендациях способы оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС и инструкции по группировке случаев к оплате медицинской помощи с применением стационарзамещающих технологий, с учетом особенностей ее оказания. Иначе говоря, дать возможность перераспределять средства, которые выделяются на дневной стационар, на амбулаторный этап, чтобы на дому пациент мог получать лекарственные препараты бесплатно.

Итогом конгресса стало подписание резолюции-обращения к Президенту РФ, Законодательному собранию и исполнительной власти с предложением конкретных мер по совершенствованию системы оказания онкологической помощи населению и финансированию российского здравоохранения, а также повышению доступности своевременной диагностики, качественной медицинской помощи и лекарственного обеспечения. НОП [2030]

Опыт работы с российским препаратом представлен на ASCO

Американское общество клинической онкологии (American Society of Clinical Oncology – ASCO) опубликовало данные российских исследователей о применении оригинального отечественного лекарственного препарата Полиоксидоний® (азоксимера бромид) компании «Петровакс Фарм» в терапии онкологических заболеваний.

Результаты ретроспективного исследования размещены на сайте общества ASCO в рамках ежегодной международной конференции, которая прошла летом этого года в онлайн-формате.

Клинические рекомендации, выпускаемые ASCO, являются общепризнанным стандартом терапии онкологических пациентов, на которые ориентируются большинство регуляторов при составлении локальных рекомендаций.

Ежегодная конференция ASCO собирает более 40 тыс. участников из более чем 120 стран. На конференции всегда представляются наиболее новые и интересные достижения онкологической науки, включая результаты клинических исследований от ведущих компаний.

В ходе исследования были проанализированы данные 1391 пациента с меланомой и 243 пациентов с саркомами мягких тканей, проходивших лечение в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова (Санкт-Петербург). В группе наблюдаемых 42 пациента с меланомой и 25 пациентов с саркомами мягких тканей в дополнение к стандартной терапии получали азоксимера бромид[1, 2].

Врачи-исследователи пришли к заключению, что добавление азоксимера бромида к стандартной терапии меланомы и сарком мягких тканей является независимым благоприятным фактором, который положительно влияет на прогноз заболевания.

> 42 пациента с меланомой и 25 пациентов с саркомами мягких тканей в дополнение к стандартной терапии получали азоксимера бромид

«В двух публикациях группы врачей-исследователей из Санкт-Петербурга описаны случаи благоприятного влияния включения азоксимера бромида в различные методы терапии сарком мягких тканей и меланомы у пациентов. Можно отметить длительный положительный опыт применения препарата в качестве адъюванта и иммуномодулятора в клинической практике. Эти публикации – первый случай, когда опыт работы с азоксимера бромидом в онкологии был представлен на ASCO», – прокомментировал Айад Абдул-Ахад, доктор медицинских наук, медицинский директор Niche Science & Technology Ltd (Лондон, Великобритания).

«Ретроспективное исследование, проведенное в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, показало, что у пациентов, получавших азоксимера бромид в качестве сопутствующей терапии при меланоме и саркомах мягких тканей, результаты лечения были лучше, чем у пациентов, никогда не принимавших этот препарат. Результаты подтверждают ранее полученные доклинические данные о возможной позитивной роли азоксимера бромида в терапии онкологических больных, однако требуют подтверждения в проспективных исследованиях, проведение которых планируется в настоящее время», – отметил Алексей Викторович Новик, врач-онколог, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова.

«История “Петровакс Фарм” началась когда-то именно с создания этой уникальной молекулы, которая легла в основу целого ряда оригинальных препаратов, – говорит руководитель госпитального направления медицинской экспертизы “Петровакс” Надежда Хомякова. – В настоящее время компания реализует инвестиционную программу для R&D направления и вкладывает значимые ресурсы в расширение доказательной базы собственных лекарственных средств, в том числе на международном уровне. Изучение Полиоксидония в онкологии является частью стратегической программы компании по исследованию препарата в терапии социально значимых заболеваний».

Сегодня у российской биотехнологической компании полного цикла 20 мировых патентов, 14 препаратов (оригинальные лекарственные средства и вакцины, дженерики и БАД). «Петровакс» входит в топ-5 иммунобиологических фармпроизводителей России и экспортирует препараты в страны ЕАЭС и ЕС. НОП [2030]

[1] *Shendaleva N., Novik A., Zozulya A. et al.* Impact of the azoximer bromide concomitant therapy on patient outcomes in patients with melanoma // J. Clin. Oncol. 2021. Vol. 39. № 15. P. e21574–e21574. https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2021.39.15_suppl.e21574

[2] *Novik A., Shendaleva N., Zozulya A. et al.* Impact of the azoximer bromide concomitant therapy on outcomes in patients with soft tissue sarcoma // J. Clin. Oncol. 2021. Vol. 39. № 15. P. e23534–e23534. https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2021.39.15_suppl.e23534

ФИНАНСЫ И СТРАХОВАНИЕ

Пациенты просят правительство пересмотреть подходы к оплате медпомощи за счет средств ОМС

Три крупнейшие пациентские организации направили письмо председателю Правительства РФ Михаилу Мишустину с просьбой пересмотреть действующие подходы к оплате медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. Причины такого шага обсудили 26 октября на круглом столе, посвященном проблемам действующего подхода к лекарственному обеспечению онкологических пациентов в рамках системы ОМС, представители пациентского, врачебного и страхового сообществ.

Как рассказал Юрий Жулев, сопредседатель Всероссийского союза пациентов, возглавляемая им организация, а также МОД «Движение против рака» и Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» просят в письме пересмотреть перечень лекарств для онкологических больных, которые предоставляются бесплатно. Большинство их входит в ЖНВЛП (список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов), но в перечне нет многих лекарств, которые значатся в клинических рекомендациях Минздрава. Таким образом, врачи и пациенты оказываются перед сложным выбором: если следовать протоколам лечения, то приобретать лекарства гражданам приходится за свой счет, а если не следовать, то снижается эффективность лечения. «Мы увидели, что в методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи в системе ОМС относительно недавно появилось новое требование, а именно наличие препарата в перечне ЖНВЛП. Если препарата нет в перечне, то оплата или вообще отсутствует, или идет на таком уровне, который просто не компенсируют лечебному учреждению в полной мере», – рассказал Юрий Жулев.

> В перечне ЖНВЛП нет многих лекарств, которые значатся в клинических рекомендациях Минздрава

При этом, удивляется эксперт, чтобы попасть в перечень ЖНВЛП, препарат должен пройти рассмотрение в комиссии по формированию перечней лекарственных препаратов для медицинского применения Минздрава, но из-за достаточно жесткой политики министерства

значительное их количество не пропускается в силу разных причин, в том числе из-за стоимости.

«Таким образом, пациенты оказались заложниками ситуации. С одной стороны, препараты доказали свою эффективность, зарегистрированы в РФ, включены в клинические рекомендации, то есть их востребованность признана профессиональным сообществом. С другой стороны, комиссия не пропускает их в перечень ЖНВЛП и, как следствие, лечебные учреждения не могут полноценно осуществлять терапию этими препаратами, потому что государство просто не компенсирует стоимость этого лечения. Тысячи и тысячи пациентов не могут получить современную терапию, то есть их шансы на выздоровление, на сохранение жизни многократно падают», – посетовал Юрий Жулев.

Барьеры и пути решения

Видение барьеров и путей решения в организации лекарственного обеспечения онкопациентов представила Ирина Боровова, президент ассоциации «Здравствуй!». По ее словам, сохраняется проблема с получением таблетированных форм в условиях дневного стационара, пациент вынужден ежедневно ходить за одной таблеткой. Причина – в существующих пробелах Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Пациенты считают, что необходимо разделить финансовые потоки и предоставлять таблетки по льготе, а все парентеральные формы – по клинико-статистическим группам (КСГ). В законе также необходимо четко сформулировать и закрепить возможность выдачи пациенту лекарственных препаратов на руки минимум на один курс лечения.

Ирина Боровова обратила внимание на то, что за последние годы активного ценового регулирования, которое осуществляют ФАС и Минздрав, с рынка ушло более 800 международных непатентованных наименований лекарственных препаратов, многие из которых входят в перечень ЖНВЛП. Часть из них – это химиопрепараты для базовой терапии онкозаболеваний. В результате расцвел черный рынок, часто дефицитные препараты нелегально ввозятся из-за рубежа. Таким образом, действия Минздрава и ФАС привели к выраженному дефициту лекарств из перечня ЖНВЛП и формированию их нелегального оборота, а плохая подготовленность системы маркировки только усугубила этот процесс.

Кроме того, считает она, есть еще такая сложность: внедрение новых препаратов, методов лечения в широкую клиническую практику в стране не имеет ясного и предсказуемого механизма как для производителей, так и для пациентов. Даже если фармпроизводитель рискнет и вложится в разработку нового, потенциально конкурентоспособного на мировом рынке препарата и получит хороший результат, нет гарантии, что его продукт быстро станет доступным для пациентов, а производитель сможет вернуть свои инвестиции, в первую очередь за счет госзакупок.

Возможным решением здесь может стать присвоение статуса «прорывной терапии» препаратам, продемонстрировавшим высокую эффективность в I–II фазах клинических испытаний, а также их ускоренная регистрация и гарантия включения в систему лекарственного обеспечения.

> Действия Минздрава и ФАС привели к выраженному дефициту лекарств из перечня ЖНВЛП и формированию их нелегального оборота

Главная же проблема, сказала Ирина Боровова, это дефицит финансирования: весь объем лекарств для лечения онкозаболеваний составляет около 300 млрд руб. на 2021 г., а необходимый объем финансирования для обеспечения доступности лечения в рамках действующих клинических рекомендаций по онкологии – около 600 млрд рублей.

Многие схемы лекарственной терапии в онкологии не покрываются тарифом в полном объеме и становятся убыточными для ЛПУ, посетовала она. Методология распределения схем терапии по группам основана на расчете средней стоимости законченного случая. Это делает дешевые, часто не самые эффективные схемы более привлекательными для медорганизаций, что ограничивает доступность и ухудшает качество медицинской помощи. Пути решения здесь видятся в устранении дефицита средств, изменении методологии расчета стоимости терапии, которая должна быть основана на реальной потребности во флаконах на курс лечения.

> Многие схемы лекарственной терапии в онкологии не покрываются тарифом в полном объеме и становятся убыточными для ЛПУ

Ирина Боровова высказалась за выделение отдельных КСГ для сопроводительной терапии, а также для препаратов с необходимостью введения нагрузочной дозы. В целом она призвала менять парадигму в подходах к оценке эффективности терапии – фокус должен быть сделан на улучшении качества жизни и исходах лечения.

Неограниченный доступ вряд ли возможен

Однако не все плохо, утверждает Евгений Имянитов, заведующий научным отделом биологии опухолевого роста НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. По его словам, медицинское обеспечение в России абсолютно соответствует самым развитым странам мира, то же самое касается лекарственного обеспечения. «Не секрет, что десять лет назад за многие исследования, такие как КТ, МРТ, в основном платили пациенты. Сейчас практически все процедуры в онкологии де факто доступны бесплатно, это колоссальный прогресс», – напомнил он.

Тем не менее во всех странах медицина имеет бюджетные ограничения: «Хоть и болезненно это признавать, но неограниченный доступ ко всем медицинским технологиям вряд ли возможен. Нужно понимать средний бюджет на лечение различных категорий пациентов». Специалист считает, что на сегодняшний день в механизме попадания препарата в тот или иной список присутствует большой субъективный компонент, и это вызывает определенные реакции со стороны общества.

«Крайне необходимо уменьшить роль субъективного компонента при формировании списка ЖНВЛП. Куда лучше, если бы подобные вещи в большей степени определялись прозрачными правилами игры. И наверное, эти правила нужно разработать», – предложил Евгений Имянитов.

С позиции Алексея Березникова, руководителя рабочей группы по организации ОМС Всероссийского союза страховщиков, руководителя Дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных граждан ООО «АльфаСтрахование-ОМС», недоступность медпомощи часто связана не с особенностями закупок, а с ее организацией. Как он рассказал, в процессе экспертизы нередко приходится сталкиваться с тем, что препарат есть в клинических рекомендациях, но не попадает к пациенту.

«Оплачивать дорогостоящие препараты по КСГ – это большие финансовые потери для медицинских организаций. Естественно, эти препараты практически не применяются. Если затраты на проведение лечения ниже, чем тариф, возникает финансовая мотивация к проведению тех или иных медицинских мероприятий. Мы сразу видим их увеличение в счетах, видим, что именно эта схема вдруг начинает подходить для большинства пациентов, то есть там есть положительная маржинальность. Фактически это начинает определять действия врачей, чего быть не должно», – сказал он.

Возглавляя экспертную службу в своей компании, Алексей Березников утверждает, что треть выявляемых нарушений связана с лекарственной терапией, чаще всего как раз с изменением схем лечения по так называемым экономическим показаниям: «Когда начинается новый год и вдруг пациентов начинают переводить с одних схем на другие, это обусловлено не тем, что пациенту плохо на предыдущей схеме, а тем, что она стала вдруг менее доходной для медицинской организации и больного переводят на более высокодоходную».

> Треть выявляемых нарушений связана с лекарственной терапией, чаще всего с изменением схем лечения по так называемым экономическим показаниям

Важен поиск оптимальных медико-экономических, правовых и финансовых решений для того, чтобы сделать доступ к самым современным формам терапии более широким, адекватным, оперативным, сказал Николай Дронов, председатель координационного совета МОД «Движение против рака»: «Государство не плательщик за все и вся. Это мы понимаем прекрасно. У государства тоже есть определенные возможности. К сожалению, мы видим, что реализация федерального проекта “Борьба с онкологическими заболеваниями” идет с определенными сложностями, в том числе в связи с нагрузкой, которая обрушилась за последние два года на систему здравоохранения». Тем не менее за соблюдение декларируемых Конституцией РФ прав и свобод человека отвечают в том числе и органы здравоохранения, которые должны изыскивать такие методы работы, которые позволят не допускать ситуации, когда препарат, зарегистрированный и включенный в клинические рекомендации, не может быть назначен и выписан только потому, что тариф на оплату медицинской помощи по этому профилю не покрывает его стоимость, отметил эксперт.

Николай Дронов обратил внимание участников круглого стола на то, что с 2022 г. вступает в полную силу положение о применении клинических рекомендаций как в клинической практике, так и для организации оказания тех или иных видов медицинской помощи: «Это тот инструмент, с помощью которого всегда можно ответить на вопрос, правильно вас лечили или нет. Это важно для защиты прав пациента, и теперь это будет важно для организации медицинской помощи и профессиональной деятельности врача».

По итогам круглого стола участники приняли резолюцию о необходимости внесения изменений в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС и в справочник схем и групп лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях для круглосуточного и дневного стационара. НОП [2030]

Ядерная медицина платно и по программе ОМС

Недавно открывшийся в Химках Институт ядерной медицины, подразделение АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга), посетили председатель Совета Федерации ФС РФ В.Ф. Матвиенко и губернатор Московской области А.Ю. Воробьев.

«То, что мы видели в этом уникальном центре, – это медицина будущего. Но она есть уже сегодня в Московской области. Хочу поблагодарить власти Московской области и академика Ройтберга за проект. Это реально "космос", абсолютно новая медицина, которая должна становиться повседневной в жизни страны», – сказала В.Ф. Матвиенко.

Институт ядерной медицины – крупнейшее в Восточной Европе лечебное учреждение соответствующего профиля. Оно включает в себя амбулаторно-диагностический комплекс, а также собственный циклотронно-радиохимический комплекс, который будет синтезировать собственные радиофармпрепараты, в том числе и уникальные. Все площадки Института ядерной медицины оснащены инновационным диагностическим, лечебным и производственным оборудованием.

«Я очень надеюсь, что центр будет работать на полную мощность. А наша задача – поддерживать в том числе частную медицину через ОМС. Сейчас мы разговаривали с пациентами, они говорят: здесь все великолепно, мы не платим ни копейки – такую возможность дает государство», – отметил губернатор Московской области.

Институт ядерной медицины предлагает онкологическим пациентам полный комплекс медицинских услуг. В его состав входят отделения радионуклидной и лучевой диагностики, радиотерапевтическое и радионуклидной терапии. В последнем проводится терапия с применением таких радиофармпрепаратов, как лютеций, радий, йод, стронций, самарий. Это один из наиболее эффективных методов воздействия на пораженные клетки, который характеризуется высокой точностью и минимальными побочными эффектами. Получить помощь в Институте ядерной медицины уже сегодня могут как пациенты в частном порядке, так и направленные лечащим врачом по программе ОМС.

«В некоторых государствах человек после установления онкологического заболевания проживает 16 лет. К сожалению, в России этот показатель значительно ниже – выживаемость пациентов пока не превышает семи лет. Мы в Институте ядерной медицины будем бороться за эти дополнительные девять-десять лет, которые может прожить человек при постановке неблагоприятного диагноза. Благодаря новейшим технологиям мы имеем возможность распознавать патологические изменения внутренних органов на самой ранней стадии заболевания, когда характерная симптоматика практически отсутствует», – комментирует академик РАН Г.Е. Ройтберг.

В ближайшем будущем на базе Института ядерной медицины помимо приема пациентов и производства радиофармпрепаратов планируются международные клинические исследования, научная работа, внедрение новейших радиологических технологий и передовых методов диагностики и лечения на основе smart-технологий ядерной медицины.

Ядерная медицина – относительно новое направление в современной онкологии, где для диагностики и лечения злокачественных новообразований используются радиоактивные изотопы. Благодаря их применению возможно определить опухоли на тех стадиях, когда они не видны при других методах диагностики. НОП [2030]

ФИНАНСЫ И СТРАХОВАНИЕ

Онкогематологическим пациентам необходимо увеличение финансирования лечения

С прошлого года онкогематологическая помощь включена в федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». Это позволило качественно улучшить лечение этих больных, обеспечить необходимыми препаратами. Но проблем здесь еще немало, что показало обсуждение в рамках прошедшего в ноябре XIII Всероссийского конгресса «Право на лекарство».

Внесение в федеральную программу онкогематологии пациенты считают шагом вперед. И признают, что в целом подвижки есть, и они внушают определенные надежды, отметила президент Всероссийского общества онкогематологии «Содействие» Лилия Матвеева.

Вместе с тем многие вопросы, которые поднимались в предыдущие годы на этом же конгрессе, по-прежнему остаются актуальными. Пациенты ощущают дефицит финансирования на федеральном и региональном уровнях, низка доступность диагностических исследований, инновационной терапии. В регионах максимальная обеспеченность инновационными препаратами составляет 20–30%, лучше ситуация только в Москве. А ведь это категория пациентов, которые не могут ждать, от времени начала терапии зависит их жизнь.

> Регионы обеспечены инновационными препаратами в лучшем случае на 20–30%

По-прежнему нет преемственности в лечении между федеральными и региональными медицинскими организациями, стационарным и амбулаторным звеном. Не появился регистр пациентов, которого ждут не первый год. В качестве примера неэффективного расходования средств Лилия Матвеева привела известные ей случаи, когда дорогостоящие препараты продолжают назначать, даже если эффекта от них уже нет. При рачительном подходе эти деньги можно было бы сэкономить: «Единый клинический регистр пациентов – это еще и экономия средств. Препарат будет назначаться тогда, когда нужно, кому нужно и на то время, которое нужно».

Начинать нужно с нормативной базы, убеждена эксперт. На сегодняшний день отсутствует актуальный и согласованный порядок оказания медицинской помощи по профилю. Если раньше пациенты взывали к профессиональному сообществу, то теперь ситуация такова, что все необходимое сделано, порядок подготовлен и передан в Минздрав РФ, однако не принят. Документа, который определяет в том числе сроки оказания медицинской помощи, включая диагностику и лечение, пациенты ожидают уже второй год. Лилия Матвеева напомнила, что прежний порядок действует с 2013 г. и основательно устарел.

> Пациенты просят разделить потоки финансирования между солидной онкологией и онкогематологией

Ждут пациенты и разработки критериев оценки качества, которых в онкогематологии нет, хотя соответствующий приказ Минздрава обязывает их ввести. Нет и определения понятия «жизненные показания». «Я бы не поднимала этот вопрос, если бы такового не было в других заболеваниях. Например, в клинических рекомендациях по муковисцидозу четко прописано, что при этом заболевании подразумевается под жизненными показаниями. Для наших больных это понятие трактуется по-разному», – сказала президент «Содействия».

Прозвучало еще одно предложение – разделить потоки финансирования между солидной онкологией и онкогематологией. «Начнем с того, что это разные порядки оказания медицинской помощи. Если в солидной онкологии речь может идти об операции, то в нашем случае, если выявлено заболевание, должен быть назначен лекарственный препарат. У этой категории пациентов нет времени ждать. Я не говорю, что это обязательно должен быть инновационный препарат. Есть весьма эффективные схемы химиотерапии. Но назначение должно быть своевременным», – выразила позицию представительница пациентского сообщества.

Речь идет в том числе о средствах, выделяемых на диагностические исследования. Понимание характера мутации гена, чувствительности к препарату есть суть точечной, персонифицированной медицины. К сожалению, те средства, которые выделяются в рамках федеральной программы на диагностические исследования, достаются онкогематологии по остаточному принципу, посетовала Лилия Матвеева. И попросила обратить внимание на то, что своевременная постановка диагноза очень важна для мониторинга эффективности терапии, без этого невозможно назначение инновационной терапии: «Мы считаем, было бы нелишним в клинических рекомендациях указать перечень кодов и наименований номенклатуры диагностических исследований. Потому что, общаясь с ФОМС, региональными фондами ОМС, мы слышим от них: “Мы не специалисты, мы не знаем, какое именно исследование нужно”. Код, четко указанный в клинических рекомендациях, в разы упростит трудозатраты».

И конечно же, нужно рассчитать реальный объем необходимых финансовых средств. По словам выступающей, в некоторых регионах уже к сентябрю закончились все объемы средств, выделенные на диагностику, и стоит вопрос, что делать дальше.

> Необходима централизация закупок дорогостоящих препаратов: на федеральном уровне их закупают в два раза дешевле, чем на региональном

Одна из самых животрепещущих тем – финансирование лечения. «Без увеличения финансирования мы никуда не сдвинемся, потому что растут цены, появляются новые инновационные препараты, не может финансирование высокозатратных нозологий (ВЗН) оставаться на уровне практически 2010 г.», – убеждена Лилия Матвеева.

Лекарственное обеспечение можно было бы значительно улучшить, расширив программу ВЗН, которая показала себя эффективной. Проведенный Всероссийским обществом онкогематологии анализ стоимости иматиниба 100 мг показал: препарат, который закупается по программе за 1364,4 руб. за упаковку, в региональных закупках может стоить уже минимум 3054,0 руб. «Может быть, стоит все-таки рассмотреть вопрос централизации закупок дорогостоящих препаратов. Я не говорю об оригинальном препарате, стоимость которого 23 888 руб. Но нужно обратить внимание на то, что препарат закупается на уровне Федерации в два раза дешевле», – прозвучало предложение.

Обеспечение преемственности в лечении можно решить с помощью погружения амбулаторного сегмента лекарственного обеспечения в ОМС: «Когда все в одних руках, наверное, порядка больше, а когда у нас несколько источников финансирования – ОМС, региональный бюджет, федеральные средства, получается дитя без глазу».

Эксперт остановила свое внимание и на необходимости доработать клинико-статистические группы. На сегодняшний день из КСГ убрана сопроводительная терапия. Это неправильно, убеждена Лилия Матвеева, поскольку невозможно лечить больного только основным препаратом, есть препараты, без которых его действие не будет столь эффективным. Еще один отмеченный недостаток – абсолютно одинаковые и взаимозаменяемые препараты находятся в разных КСГ, то есть один в более дорогой группе, другой в дешевой. «И где же тогда конкуренция, где стимул снижать цены? Будь они в одной КСГ, это бы сподвигло тех, у кого цена выше, снижать цену. А так я слышу смешные пожелания производителям: “Повышайте цену, чтобы войти в более дорогую КСГ”. Почему бы изначально не сформировать КСГ по взаимозаменяемым, однотипным препаратам?» – ставит вопрос Лилия Матвеева.

Есть консолидированное мнение и о необходимости разработки КСГ для амбулаторного приема: «Федеральная программа ориентирована именно на стационарную помощь, но есть много препаратов амбулаторного класса, для которых не нужна госпитализация. И доступность этой категории препаратов остается достаточно низкой».

Своевременное обновление клинических рекомендаций – еще один шаг на пути к повышению доступности терапии, считают во Всероссийском обществе онкогематологии. Изменения в клинические рекомендации вносятся, и достаточно регулярно, но на уровне Минздрава их принятие по непонятным причинам стопорится. «А если нет препаратов в клинических рекомендациях, они не могут войти в ограничительные перечни», – пожаловалась Лилия Матвеева. НОП [2030]

В ФОКУСЕ

Онкоскрининг желудка просится в диспансеризацию

Эксперты и законодатели предлагают включить исследование на раннее выявление рака желудка в тарифы ОМС.

Злокачественные опухоли органов пищеварения, и в частности рак желудка, входят в число самых распространенных заболеваний во всем мире, и в России в том числе. Одна из ведущих причин высокой летальности от онкозаболеваний – их низкая выявляемость на ранних стадиях. Поэтому одна из важнейших задач для снижения смертности – внедрение в рутинную практику здравоохранения в рамках ОМС скрининга на инфицирование бактерией *Helicobacter pylori,* которая является причиной подавляющего большинства опухолей желудка. Последующее ее медикаментозное удаление (эрадикация) позволит снизить заболеваемость и смертность от данного заболевания.

Такой вывод сделан участниками круглого стола Палаты молодых законодателей при Совете Федерации и Комитета СФ по социальной политике, прошедшего 2 декабря на базе Московского клинического научно-практического центра им. А.С. Логинова и посвященного профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний органов пищеварения в РФ.

«Поднята очень важная и актуальная тема рака органов пищеварения, – отметил Юрий Архаров, заместитель председателя Комитета СФ по социальной политике. – Только от рака желудка ежегодно в нашей стране умирает около 21 тыс. человек, болезнь стоит на пятом месте по распространенности и на втором – по летальности среди всех видов рака».

Слова сенатора подтвердил Андрей Рябов, доктор медицинских наук, заместитель генерального директора по хирургии НМИЦ радиологии Минздрава РФ: «Всемирная организация здравоохранения относит Россию к странам с высокой распространенностью опухолей органов пищеварения – 10,8 случая на 100 тыс. населения. К сожалению, рак желудка часто диагностируется на III и IV стадии, поэтому, несмотря на все возможности современной медицины и прогрессивность лечения (органосохраняющие, малоинвазивные операции), летальность пациентов высокая. Наилучшего успеха в лечении можно достичь на I и II стадии».

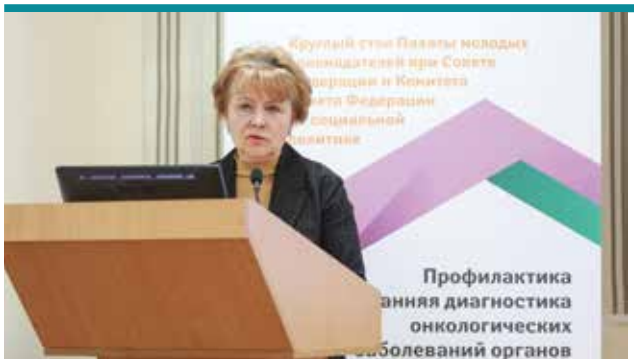
Екатерина Каракулина, директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России, обратила внимание собравшихся на то, что на фоне фактической остановки программы диспансеризации населения из-за продолжающейся пандемии COVID-19 наблюдается отрицательная динамика по опухолям органов ЖКТ: «Так, в 2020 г. частота впервые выявленных злокачественных образований в среднем по стране составила 1,8 на 100 тыс. населения, что в полтора раза меньше, чем максимальные значения 2017 г. В 2020 г. выявлено всего лишь 179 пациентов с раком пищевода и 800 человек с раком желудка, что в три раза меньше, чем в 2016 и 2017 гг. Отрицательная динамика сохраняется и в 2021 г., судя по данным за первые 9 месяцев. И через один-два года мы получим ухудшение показателей федерального проекта “Борьба с онкологическими заболеваниями”. Возможно, вернемся к показателям 2018 г., с которых начинали: отрицательный эффект пандемии в том, что мы будем выявлять больше пациентов с запущенными формами и получим сокращение лет жизни пациентов со злокачественными образованиями».

В ходе заседания обсуждались вопросы организации диспансеризации и профосмотров взрослого населения в субъектах РФ в условиях пандемии коронавируса; важность проведения универсального и селективного скрининга на *Helicobacter pylori* для предотвращения развития рака желудка и необходимость его включения в программу первого этапа диспансеризации в рамках ОМС; роль врачей первичного поликлинического звена в разъяснительной работе с пациентами и необходимость повышения их онконастороженности; пути совершенствования системы здравоохранения и этапы работы по снижению смертности от онкологических заболеваний органов пищеварения.

> ВОЗ относит Россию к странам с высокой распространенностью опухолей органов пищеварения – 10,8 случая на 100 тыс. населения

Александр Варфоломеев, первый заместитель председателя Комитета СФ по социальной политике, обратил особое внимание всех участников мероприятия на то, что, по данным ВОЗ, рак желудка на ранней стадии выявляют только у 10% пациентов, в России эта цифра составляет 13%, в Москве – 20%. Юрий Архаров считает, что программа онкоскрининга нуждается в новых подходах. Необходимо продолжить работу над повышением качества диспансеризации и включить в нее диагностику на *Helicobacter pylori*, считают многие медицинские эксперты, так как уже научно доказано, что именно этот микроорганизм является главной причиной рака желудка.

Игорь Хатьков, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения Москвы, говорил о невнимании пациентов к своему здоровью и об отсутствии онконастороженности у врачей первичного звена, не всегда назначающих вовремя исследования, которые помогают выявить рак еще на бессимптомной



стадии. «И здесь хорошим примером могут быть азиатские страны, где грамотно выстроили профилактическую работу с пациентами из групп высокого риска развития рака желудка и других онкозаболеваний органов пищеварения, создали эффективную систему их диспансерного наблюдения и мониторинга. В Москве мы имеем положительный опыт работы с пациентами из групп высокого риска и проведения селективного скрининга на опухоли органов пищеварения, готовы им делиться с другими регионами и тиражировать по стране», – сказал Игорь Хатьков.

Кроме Москвы, в России найдется немного регионов, где четко выстроена система скрининга на опухоли органов пищеварения. Это Татарстан, Башкортостан, Ханты-Мансийский автономный округ. Их передовой опыт надо изучать и внедрять по стране, считает заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья Бадма Башанкаев, колопроктолог.

Игорь Маев, академик РАН, подчеркнул, что бактерия *Helicobacter pylori*, живущая в желудке, является ведущей причиной хронического гастрита, язвенной болезни и других заболеваний желудка, в том числе онкологических – MALT-лимфомы и рака желудка. «Более 90% случаев рака желудка вызвано инфекцией *Helicobacter pylori*. В 1994 г. ВОЗ отнесла этот микроорганизм к канцерогенам 1-го класса, и в результате были пересмотрены все подходы и рекомендации по лечению и наблюдению больных с хроническим гастритом, который в определенном проценте может перейти в рак или MALT-лимфому желудка. Устранение *Helicobacter pylori* ведет к излечению гастрита и первичной профилактике этих грозных заболеваний».

«После устранения *Helicobacter pylori* риск развития рака желудка снижается более чем на 50%. На Тайване с 2004 г. действует программа массового скрининга населения с 30 лет на *Helicobacter pylori* с помощью 13С-уреазного дыхательного теста и лечения инфекции. В результате распространенность *Helicobacter pylori* у населения снизилась с 64,2 до 15%, заболеваемость раком желудка уменьшилась на 53%, а смертность от него – на 25%. Нам следует внедрять этот опыт, но проблема в том, что 13С-уреазный дыхательный тест пока не оплачивается по ОМС, – говорит Дмитрий Бордин, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Москвы. – Вторичная профилактика основана на эндоскопическом исследовании, задача которого – выявление предраковых изменений (атрофический гастрит) или ранней формы рака. Если рак выявляется на 1-й стадии, пятилетняя выживаемость больных превышает 90%, на поздних – около 5%. Опыт Южной Кореи и Японии, внедривших эндоскопический скрининг рака желудка, свидетельствует, что при регулярном его проведении смертность от рака желудка удалось снизить на 47%. В Южной Корее более 70% новых случаев рака желудка выявляют на ранней стадии, а в США, где такого скрининга нет, – только 24%».

> Регулярный эндоскопический скрининг в Южной Корее и Японии снизил смертность от рака желудка на 47%

Эксперты уверены, что, если ничего не предпринимать, в ближайшие годы нас ждет резкий рост числа впервые выявленных случаев рака желудка и других опухолей органов пищеварения на поздних стадиях и, как следствие, рост летальности среди этих больных.

Участники круглого стола Палаты молодых законодателей при Совете Федерации и Комитета СФ по социальной политике договорились продолжить взаимодействие в этом направлении. Комитет Совета Федерации по социальной политике подготовит предложения по совершенствованию законодательства в сфере дополнительной диспансеризации и онкоскрининга в целях профилактики развития онкологических заболеваний желудка. НОП [2030]

Алексей Беляев:
«Проведение лекарственной терапии во многом зависит от компетенции специалистов»

С 2022 г. работа специалистов будет сверяться с новым Порядком оказания помощи онкологическим больным. Министерство здравоохранения РФ возложило функцию внедрения новшеств и контроль за ними на национальные медицинские исследовательские центры по профилю «онкология». В своем выступлении на форуме «Белые ночи онкологии 2021» А.М. Беляев рассмотрел один из аспектов деятельности НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова – оценку качества лекарственной медицинской помощи онкологическим больным и рассказал, как национальный центр работает в этом направлении с региональными учреждениями.

Алексей Михайлович Беляев,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, председатель Ассоциации онкологов Северо-Запада, главный внештатный онколог Северо-Западного федерального округа, директор ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Статистика заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности по Северо-Западному федеральному округу особо не отличается от таковой в других субъектах и в целом по России, так начал доклад А.М. Беляев. Можно выделить около десятка нозологических форм, которые определяют две трети всей онкологической заболеваемости и три четверти смертности (табл. 1). Сегодня определенные злокачественные новообразования подвергаются коррекции с доказанной эффективностью при помощи скрининга, и поэтому особенно важна ранняя диагностика. К некоторым формам, особенно сейчас, когда в результате пандемии много запущенных стадий, можно применить соответствующую лекарственную терапию. И при достаточном обеспечении препаратами и правильном их применении в соответствии с клиническими результатами реально получить снижение смертности от онкологических заболеваний.

Ориентируясь на целевые показатели Программы борьбы с онкологическими заболеваниями, А.М. Беляев подчеркнул, что наибольший интерес вызывают цифры одногодичной летальности. Это показатель, который демонстрирует отношение в регионе к вопросам ранней диагностики, организации скрининга, лечения запущенных форм (табл. 2).

По результатам 2020 г. видно, что четыре субъекта Северо-Западного федерального округа не справились с целевыми показателями. А в первом квартале 2021 г. многие регионы показывают увеличение одногодичной летальности (это ухудшение работы выделено в табл. 2 красным цветом).

А.М. Беляев проанализировал, как обеспечивается лекарственная терапия в Северо-Западном федеральном округе, на основе реестров счетов, предоставленных территориальными фондами и Федеральным фондом ОМС (рисунок). Они позволяют рассмотреть нозологические формы, стадии заболевания, виды лечения, медикаменты, схемы лечения, стоимость клинико-статистических групп (КСГ) и т.д. Основная часть средств (70%) идет на лекарственную терапию онкологических больных. В 2019 г. этот показатель составил 75%, то есть происходит некоторая коррекция в соответствии с необходимостью: в некоторых регионах расходуется больше, в других – меньше.

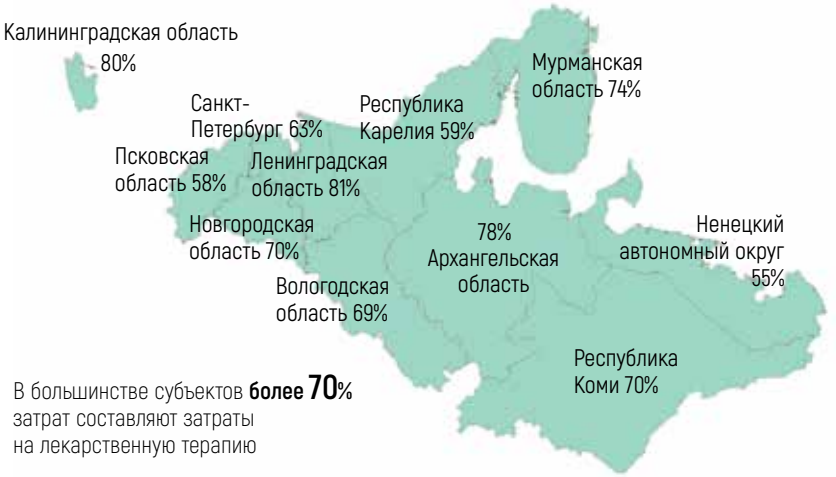
Таблица 1. Основные локализации, определяющие заболеваемость и смертность от ЗНО в СЗФО (2020 г., %)

Локализации	Заболеваемость	Смертность
Колоректальный рак	13,6	14,9
Молочная железа	11,6	8,5
Трахея, бронхи, легкие	9,1	14,8
Шейка, тело матки и яичники	9,0	7,5
Пищевод и желудок	8,0	12,4
Предстательная железа	6,6	4,8
Поджелудочная железа	3,7	6,4
Лимфатическая и кроветворная система	5,5	5,2
ВСЕГО	67%	75%

Таблица 2. Одногодичная летальность

Регион	Одногодичная летальность больных с ЗНО, %		
	Целевой показатель на 2020 г.*	Фактическая 2020 г.**	Фактическая 1-й квартал 2021 г.**
Мурманская область	21,3	18,5	18,5
Калининградская область	22,8	20,2	20,6
Ненецкий автономный округ	24,6	17,6	23,7
Республика Карелия	22,4	20,7	21,2
Архангельская область	24,4	23,1	23,1
Российская Федерация	**20,8**	**20,6**	**20,0**
Санкт-Петербург	20,2	20,1	22,4
Республика Коми	23,0	23,1	22,4
Ленинградская область	18,2	15,5	17,3
Новгородская область	21,8	23,3	21,8
Псковская область	22,6	26,7	26,6
Вологодская область	20,5	24,8	21,0

* Целевой показатель РП «БОЗ» (откорректированный).
** Данные Минздрава РФ.



В большинстве субъектов **более 70%** затрат составляют затраты на лекарственную терапию

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ В СЗФО ПО СОСТОЯНИЮ НА 01.05.2021

Докладчик сделал поправку на то, что брались в расчет только оплаченные счета регионов, без учета тех, что не прошли оплату в силу разных причин (неправильно оформлены документы либо закончились объемы).

Соблюдение интервала между циклами химиотерапии – очень важный показатель. И в 2020 г. произошло существенное изменение: все большее количество циклов проводилось с соблюдением интервала – 72% (69% в 2019 г.).

Таблица 3. Открытие ЦАОП в СЗФО

Регион	План (2020–2024 гг.)	Факт
Архангельская область	3	0
Вологодская область	2	0
Калининградская область	4	2
Республика Карелия	5	1
Республика Коми	4	4
Ленинградская область	5	5
Мурманская область	2	1
Ненецкий автономный округ	1	0
Новгородская область	3	0
Псковская область	3	2
Санкт-Петербург	18	12

Докладчик обратил внимание на нозологические формы, при которых современные препараты наиболее эффективны. Специалисты Северо-Западного федерального округа стали все чаще обращаться к моноклональным антителам. Положительная динамика применения (с 2019 по 2020 г.) наблюдается при раке прямой и ободочной кишки, молочной железы, легкого и меланоме.

А.М. Беляев оценил стоимость схем химиотерапии по КСГ, разделив их на две группы: дешевые (первый – шестой уровень) и дорогие (седьмой уровень и выше). В 2020 г. наблюдалась положительная тенденция – уменьшение доли дешевых схем, увеличение количества схем с уровнем выше седьмого. Выступающий также проанализировал структуру лекарственного лечения, разделив ее на группы: химиопрепараты, моноклональные антитела в комбинации либо без комбинации, таргетные препараты. За два года произошло изменение: на 30% уменьшилось назначение химиотерапии за счет применения моноклональных антител в комбинации либо не в комбинации.

Во многих регионах в 2019 г. моноклональные антитела при раке легкого применялись менее чем в 10% случаев, в 2020 г. – уже более чем в 20%, а в некоторых областях показатель увеличился до 40%.

Сопоставляя количество медикаментозно пролеченных больных за два последних года и первый квартал 2021 г., А.М. Беляев заметил уменьшение этой категории пациентов в Санкт-Петербурге, Архангельской, Псковской, Мурманской областях. Нужно разбираться, почему это произошло, сказал он. Уменьшилось и использование субсидий на лечение пациентов. Отчасти это можно объяснить тем, что существенно снизились тарифы.

В соответствии с Федеральным проектом борьбы с онкологическими заболеваниями в Северо-Западном федеральном округе были открыты ЦАОП (табл. 3). Процесс идет в соответствии с региональными программами, за исключением Новгородской области, заметил докладчик. Важно оценить, как же поставлена лекарственная терапия в этих медицинских организациях Северо-Западного федерального округа. В Санкт-Петербурге и Республике Коми разнообразие схем лекарственной терапии больше, чем в других регионах. Хорошо это или плохо, надо разбираться, сказал А.М. Беляев. Наверное, есть определенное количество схем химиотерапии, ниже которого нельзя опускаться, но и большое разнообразие тоже не нужно. Конечно, работа ЦАОП во многом будет определяться их локализацией, плотностью населения, субсидией, которая идет от ОМС, степенью связи с онкологическими учреждениями.

Возможно проанализировать виды лекарственной терапии, которая проводится в ЦАОП округа:

- 43% (2706 случаев) – химиотерапия (преимущественно три схемы);
- 27% (1705 случаев) – гормонотерапия (70% – преимущественно один препарат);
- 17% (1078 случаев) – моноклональные антитела (преимущественно трастузумаб, бевацизумаб);
- 8% (467 случаев) – комбинация химиотерапии с моноклональными антителами.

Отчетность позволяет понять, какие схемы химиотерапии применяли различные медицинские учреждения при проведении лекарственного лечения опухолей и какова их стоимость. А она значительно различается. Например, в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова она составляет порядка 60 тыс. рублей, в Санкт-Петербургском городском онкологическом диспансере – чуть более 90 тыс., а в частных центрах – от 200–300 до 500 тыс.

Проведение лекарственной терапии во многом зависит от компетенции специалистов. Но врачами-онкологами достаточно обеспечен только Санкт-Петербург. Нехватка специалистов ощущается в Псковской, Вологодской и Калининградской областях. Особенный дефицит виден в амбулаторном звене, в ЦАОП. Недостаточное число патоморфологов сейчас ощущается очень остро, поскольку медикаментозная терапия должна быть привязана не только к гистологической верификации, но и к иммуногистохимическим, молекулярно-генетическим исследованиям. Дорогая терапия должна быть персонифицированной. И сейчас, когда в рамках федерального проекта борьбы с онкологическими заболеваниями лаборатории оснащены необходимым оборудованием, выяснилось, что работать на нем некому. Нужных специалистов еще надо обучить, на это уйдут годы, предполагает А.М. Беляев.

В соответствии с клиническими рекомендациями по проведению лекарственной терапии стоит задача обеспечить доступ региональных специалистов к консультациям экспертов из крупных центров. Они должны помогать практическим онкологам, используя современные технологии. НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова уже три года работает в системе оказания телемедицинских услуг, каждый год наращивая потоки, понимая, насколько нужна подобная помощь регионам. В 2020 г. было запланировано оказать 1360 телеконсультаций. Фактически было предоставлено 2995, что дало рост в 1,9 раза по сравнению с 2019 г. Консультации получили коллеги из 83 субъектов России, 35% – специалисты из СЗФО, в 50% случаев проводились консилиумы.

И конечно, важна работа референс-центра. Все больше практических онкологов обращаются за получением второго мнения, чтобы идентифицировать опухоль, ее тип и правильно назначить соответствующую лекарственную терапию. В референс-центр адресовали свои запросы коллеги из 58 регионов РФ. По интерпретации и описанию результатов молекулярно-генетических исследований были проведены 3442 консультации, иммуногистохимических – 1238, по пересмотру лучевых исследований злокачественных новообразований – 322. НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова уделяет большое внимание организации научно-практических мероприятий для того, чтобы ознакомить практических онкологов с новыми методами диагностики и лечения. В 2020 г. центром было проведено 143 научно-практических мероприятия. Из них 115 – с применением телемедицинских технологий, суммарное число зрительских просмотров – 18 297, подвел итоги А.М. Беляев. НОП [2030]

Прямой эфир на медицинском портале для врачей uMEDp.ru

Онлайн-школы, онлайн-семинары, вебинары, конгрессы, конференции

- Все основные направления медицины
- Актуальные темы в выступлениях лучших экспертов
- Дискуссии, клинические разборы, лекции
- Качество подключений к трансляции
- Неограниченное число участников
- Обратная связь со спикером, ответы в прямом эфире
- Электронная рассылка с записью видео после эфира

Сетка вещания https://umedp.ru/online-events/

Также на портале читайте научные обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости.

Регистрируйтесь на портале, чтобы быть в курсе

МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ UMEDP.RU

https://vk.com/vk.medforum
https://www.facebook.com/medforum.agency
https://www.instagram.com/umedp_/
https://www.youtube.com/umedpportal

Реклама

Universal Medical Portal uMEDp.ru Universal Medical Portal uMEDp.ru Universal Medical Portal uMEDp.ru Universal

ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ

Вакцинация против COVID-19 у пациентов со злокачественными новообразованиями.

Победа здравого смысла над инструкцией к препарату?

Отношение к вакцинации от COVID-19 неоднозначное как среди пациентов со злокачественными новообразованиями, так и среди онкологов. Врачи боятся брать на себя ответственность за рекомендацию делать или не делать прививку. Возможно, мнение авторитетного эксперта, прозвучавшее на IV Международном форуме онкологов и радиологов For Life, заставит их определиться, стоит ли вакцинироваться онкологическим больным.

Алексей Александрович ТРЯКИН,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий химиотерапевтическим отделением № 2 ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

Пациенты с онкологическими заболеваниями плохо переносят ковид. Результаты метаанализа многочисленных исследований, представленные А.А. Трякиным, показывают, что риск умереть от COVID-19 у онкологических больных практически в 1,8 раза выше, чем в общей популяции. Очевидно, что пациентам нужна защита.

Но во всех инструкциях к ковид-вакцинам содержится предупреждение, что их нельзя применять онкологическим пациентам или даже что они противопоказаны им. Оказывается, вся проблема в формальной регуляторной базе. Когда появляется любой новый препарат, производитель сначала начинает его испытывать на совершенно здоровой популяции. Потом потихоньку расширяет показания вторым-третьим этапом… У обычных препаратов мы эту последовательность регистрации не замечаем: годом раньше – годом позже будет расширение показаний. Но с COVID-19 все происходит настолько стремительно, что нет времени на ожидание.

В регистрационные исследования по вакцинам не включались пациенты с онкологическими заболеваниями. Производитель, чтобы снять с себя всякую ответственность, заявляет: «У нас нет данных о том, как реагируют на вакцину больные со злокачественными новообразованиями, поэтому мы не рекомендуем прививать онкологических пациентов». С юридической точки зрения фармацевтические компании, конечно, поступают правильно, они снимают с себя риски.

> Некоторые виды противоопухолевой лекарственной терапии или лучевая терапия угнетают иммунную систему, что может снизить эффективность вакцинации. Но лучше обеспечить меньшую защиту от COVID-19, чем не обеспечить никакой

Если пациент с онкологическим заболеванием не получает химиотерапию (ХТ), к нему нужно относиться как к обычному человеку. Его нужно прививать всеми вакцинами, которые ему положены. Или не прививать, если есть какие-то типичные противопоказания, к онкологии не имеющие никакого отношения.

Только подгруппу больных, которые прямо сейчас находятся в процессе получения химиотерапии, имеет смысл рассматривать отдельно. Проблема в том, что вакцинация во время самой химиотерапии может оказаться менее эффективной. Это естественно, потому что химиотерапевтические препараты подавляют функцию В-лимфоцитов и могут приводить к снижению иммунитета. Вследствие этого уровень антител может быть ниже, а Т-клеточный ответ на коронавирусную инфекцию – слабее.

А.А. Трякин напомнил, что точных данных по вопросу вакцинирования от коронавируса нет, можно лишь экстраполировать данные по прививке от сезонного гриппа на прививку от COVID-19. Вакцинация от сезонного гриппа – единственная вакцина, которая официально рекомендуется к применению во время химиотерапии. И она делается. Полученные в результате этой вакцинации данные говорят, что у больных, которые проходят химиотерапию, уровень антител к гриппу оказывается меньше, чем у здорового населения, но тем не менее антитела вырабатываются. Исходя из этого можно сказать, что лучше обеспечить меньшую защиту, чем, в общем-то, не обеспечить никакой, делает вывод А.А. Трякин. Пусть эффективность вакцинации от

COVID-19 будет в два раза меньше, но это лучше, чем не будет совершенно никакой защиты.

На сегодняшний день все ведущие онкологические общества мира выпустили рекомендации для пациентов, которые говорят о том, что онкологические больные должны прививаться, причем прививаться одними из первых. Например, в Соединенных Штатах Америки, где есть пронумерованная очередность вакцинации (в первую очередь – медработники, во вторую очередь – люди старше 65 лет), рекомендовано всех онкологических больных включить в приоритетный список.

Когда планировать вакцинацию?

- Если пациенту только что поставили диагноз и ему планируется **хирургическое лечение,** то первую вакцину можно сделать либо за неделю до операции, либо уже после операции, когда человек выписался и все показатели у него в норме.
- Во время **лучевой терапии** вакцинацию можно проводить практически без ограничений. Противопоказание – редкая ситуация, когда проводят облучение всего тела. Такие пациентов в России очень мало.
- При проведении **таргетной, гормонотерапии, иммунотерапии** вакцинация против COVID-19 может проводиться без ограничений.
- При вакцинации от COVID-19 пациента, который получает **химиотерапию**, могут быть разные ситуации.

Ситуация первая. Пациенту только планируется проведение химиотерапии. В этом случае оптимальный вариант – сделать вакцинацию хотя бы за неделю перед химиотерапией, чтобы, во-первых, уже начался иммунный ответ, а во-вторых, реакции от вакцинации не наложились на побочные эффекты от химиотерапии. Как известно, после вакцинации в первые два дня могут быть повышение температуры, ломота, слабость, разбитость. Зачем соединять эти кратковременные общие и местные реакции с побочными эффектами от химиотерапии?

Ситуация вторая. Пациент сейчас получает химиотерапию, и уже виден какой-то ближайший ее конец. Если это фиксированное число курсов химиотерапии, надо принимать взвешенное решение. Например, врачи проводят профилактическую адъювантную послеоперационную терапию из четырех курсов химиотерапии и пациент находится в процессе третьего курса терапии. Тогда зачем его сейчас вакцинировать? Можно дождаться завершения химиотерапии, взять паузу хотя бы на месяц и только после этого проводить вакцинацию пациенту.

Ситуация третья. И она более сложная. Пациент получает химиотерапию в непрерывном режиме по поводу метастатического заболевания. В таком случае врачи никогда не знают, сколько понадобится курсов химиотерапии, при многих опухолях она проводится без паузы. Тогда не стоит совмещать вакцинацию с вновь начатой химиотерапией. При смене линии лечения неизвестно, как человек будет его переносить. А.А. Трякин рекомендует проводить вакцинацию пациенту, когда уже точно известно, как он переносит данную химиотерапию. Если при химиотерапии снижается число лейкоцитов, надо дождаться, когда произойдет их восстановление. Это обычно случается к началу следующего курса. И тогда в этот момент можно провести вакцинацию и спокойно отложить проведение очередного курса химиотерапии на несколько дней. Для подавляющего большинства опухолей, даже в четвертой стадии, отсрочка в проведении химиотерапии в одну неделю никоим образом не скажется на ее эффективности. Таким образом, за несколько дней до начала следующего курса терапии можно провести пациенту вакцинацию.

А.А. Трякин призывает всех онкопациентов, как уже получивших лечение, так и тех, кто лечится сейчас, вакцинироваться. (Если они переболели, конечно, прививка не нужна.) Онкологам надо объяснять пациенту, что прививка на самом деле может спасти ему жизнь. «Мы видим немало историй, когда пациент, слава богу, выздоравливает от коронавирусной инфекции, но тем не менее ковид прерывает проведение противоопухолевой терапии на два месяца и соответственно из-за этого развивается прогрессирование заболевания. Кроме того, мы до сих пор не знаем всех отсроченных побочных эффектов у тех, кто пережил ковид. Но уже понимаем, что, заболев, мало просто выжить. Нужно еще и избавиться от поздних осложнений – миокардитов, длительной астении. Мы еще не знаем, как через десять лет аукнется пациенту поражение легочных тканей. Поэтому так важно вовремя получить вакцинацию», – так завершил свое выступление А.А. Трякин. НОП [2030]

Таблица 1. Когда лучше планировать вакцинацию?

Лечение	Вакцинация против COVID-19
Хирургическое лечение	После разрешения осложнений и выписки из стационара или за 1 неделю до операции
Лучевая терапия	Без ограничений, кроме случаев облучения всего тела, когда вакцинацию следует отложить до восстановления иммунной системы
Химиотерапия	За 1–2 недели до ХТ или через 1–2 недели после ХТ
Таргетная терапия	Без ограничений
Гормонотерапия	Без ограничений
Иммунотерапия	Без ограничений

Источник: Desai A., Gainor J.F., Hegde A. et al. COVID-19 vaccine guidance for patients with cancer participating in oncology clinical trials // Nat. Rev. Clin. Oncol. 2021. Vol. 18. № 5. P. 313–319.

Таблица 2. Когда лучше планировать вакцинацию при химиотерапии?

До ХТ за > 1 недели	Вакцинация	ХТ	ХТ	ХТ	ХТ		
После ХТ (1–3 месяца)		ХТ	ХТ	ХТ	ХТ	Вакцинация	
Во время ХТ	ХТ	ХТ	Вакцинация	ХТ	ХТ	ХТ	ХТ
Одновременное проведение курса ХТ и вакцинации – риск суммации побочных эффектов. Введение вакцины на фоне глубокой нейтропении – риск снижения эффективности. Наиболее оптимально: после восстановления числа нейтрофилов, за 5–7 дней до курса ХТ							

СКРИНИНГ

Поиск злокачественных новообразований в рамках диспансеризации и профилактического медицинского осмотра

Ранняя диагностика рака спасает жизни и сокращает расходы на лечение. Поэтому так важно не упустить злокачественное новообразование во время диспансеризации и профилактического медицинского осмотра. Как они должны проводиться? Это обсуждали специалисты на IV Международном форуме онкологии и радиотерапии For Life.

Оксана Михайловна ДРАПКИНА,
доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России

Профессор О.М. Драпкина признала, что пока не удается сделать так, чтобы наши граждане охотно шли на диспансеризацию: одни не верят в ее эффективность, другие, придя с большими надеждами, не всегда видят реализацию своих ожиданий. Поэтому специалистам всем вместе надо работать над тем, чтобы диспансеризации доверяли и она была эффективной.

Но что законодательно положено россиянину в рамках диспансеризации? Каждому гражданину Российской Федерации ежегодно доступно бесплатно прийти на визит в поликлинику с профилактической целью. И неважно, будет ли это профилактический медицинский осмотр, который проводится ежегодно, или же диспансеризация, которая раз в год делается каждому россиянину после 40 лет, а до этого времени – один раз в три года.

Одна из главных проблем – медики недостаточно информируют пациентов, почему одни исследования включены в диспансеризацию, а другие – нет. В своем выступлении О.М. Драпкина рассказала о том, что диспансеризация – это не обследование с головы до пят, а система методов скрининга.

Диспансеризация делится на два этапа. Основная задача первого этапа – профилактический осмотр плюс онкоскрининги. Скринингом может называться не любой метод исследования, а только тот, который соответствует предъявляемым к методу требованиям. Объектами скрининга являются лишь те заболевания, которые относятся к хроническим неинфекционным, ведут к инвалидности и служат основной причиной смерти. Это всего четыре группы: болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, сахарный диабет 2-го типа и хронические заболевания органов дыхания.

О.М. Драпкина представила таблицы, подготовленные вместе с коллегами-онкологами. Они обобщают опыт разных стран – европейские, канадские, американские и британские рекомендации.

Колоректальный рак относится к скрининговым заболеваниям. Как видно из табл. 1, практически во всех рекомендациях делается упор на анализ кала на скрытую кровь, хотя есть разный шаг этого исследования и разное отношение к тому, проводить колоноскопию или нет. Например, американские рекомендации предлагают проведение колоноскопии каждые 10 лет, или анализ кала на скрытую кровь раз в 1–3 года, или анализ кала на скрытую кровь ежегодно, то есть существует возможность выбора. Канадские рекомендации исходят из того, что у пациентов старше 75 лет нет смысла проводить скрининг. В Великобритании только с 60 до 74 лет начинают проводить анализ кала на скрытую кровь раз в два года.

Рак молочной железы также скрининговое заболевание. Скрининг на него есть в российском порядке по диспансеризации. Как видно из табл. 2, в Евросоюзе, Канаде, США, Великобритании рекомендовано проводить скрининг от 40 до 75 лет. В России маммография делается каждые два

Таблица 1. Анализ международного опыта по проведению скринингов на колоректальный рак

Вид рака	Европейские рекомендации (International Agency for Research of Cancer)	Канадские рекомендации (Canadian Task Forse on Preventive Health Care)	Американские рекомендации (UPSTF)	Британские рекомендации (NHS)
Колоректальный рак	**От 40–50 до 74–80 лет:** ▪ анализ кала на скрытую кровь раз в 2 года, или сигмоскопия, или колоноскопия каждые 10 лет (Австрия и Латвия – ежегодно)	**60–75 лет:** ▪ анализ кала на скрытую кровь раз в 2 года или сигмоскопия каждые 10 лет (высокий уровень доказательности) **50–59 лет:** ▪ анализ кала на скрытую кровь раз в 2 года или сигмоскопия каждые 10 лет (низкий уровень доказательности) **старше 75 лет:** ▪ не скринировать	**50–75 лет:** ▪ анализ кала на скрытую кровь ежегодно или ▪ анализ кала на скрытую кровь раз в 1–3 года (с выделением ДНК) или ▪ колоноскопия каждые 10 лет или ▪ КТ-колонография каждые 5 лет или ▪ сигмоскопия каждые 5 лет или ▪ анализ кала на скрытую кровь ежегодно + колоноскопия каждые 10 лет	**60–74 года:** ▪ анализ кала на скрытую кровь раз в 2 года

Таблица 2. Анализ международного опыта по проведению скринингов на рак молочной железы и шейки матки

Виды рака	Евросоюз	Канадские рекомендации (Canadian Task Forse on Preventive Health Care)	Американские рекомендации (UPSTF)	Британские рекомендации (NHS)
Рак молочной железы	**От 40–45 до 70–75 лет:** ▪ маммография каждые 2 года	**50–65 лет:** ▪ маммография каждые 2 или 3 года	**50–74 года:** ▪ маммография каждые 2 года	**50–71 год:** ▪ маммография каждые 3 года
Рак шейки матки	**От 25–30 до 64–69 лет:** ▪ скрининг на рак шейки матки каждые 3 года	**25–29 лет:** ▪ скрининг на рак шейки матки каждые 3 года (низкий уровень доказательности) **30–69 лет:** ▪ скрининг на рак шейки матки каждые 3 года (высокий уровень доказательности)	**21–30 лет:** ▪ скрининг на рак шейки матки каждые 3 года – цитология (высокий уровень доказательности) **30–65 лет:** ▪ скрининг на рак шейки матки каждые 3 года – цитология или каждые 5 лет на ВПЧ (высокий уровень доказательности) **старше 65 лет:** ▪ не рекомендуется	**25–49 лет:** ▪ скрининг на рак шейки матки каждые 3 года

года с двойным прочтением рентгенограммы. Что касается рака шейки матки, в разных странах свои возрастные диапазоны и методики.

Что, согласно приказу, должны делать российские медицинские организации, в которых есть кабинеты или отделения медицинской профилактики? В первую очередь необходимо провести профилактический медицинский осмотр. Он включает в себя анкетирование, определение индекса массы тела, показателей артериального давления, холестерина, глюкозы, проведение флюорографии легких раз в два года и ЭКГ ежегодно, кроме того, определение внутриглазного давления и осмотр на выявление визуальных или иных локализаций онкологических заболеваний, а также пальпацию щитовидной железы.

Согласно порядку, онкоскрининги разделены по возрастам или по возрасту и полу:

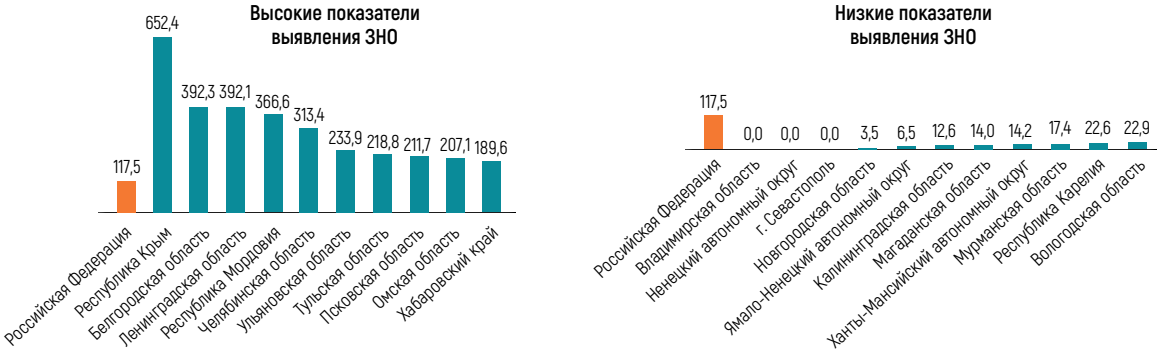
- 18–39 лет;
- 40–65 лет;
- старше 65 лет.

На первом этапе в возрасте до 40 лет предусмотрено:

- взятие мазка с шейки матки с цитологическим исследованием один раз в три года;
- осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы и лимфатических узлов.

Понятно, что в этой группе пациентов онкологические скрининги не столь актуальны, поскольку главный фактор риска онкологии такой же, как и для всех остальных хронических

Выявление ЗНО в рамках диспансеризации (на 100 тыс. прошедших диспансеризацию)



- Частота выявления ЗНО в 11 представленных регионах меньше среднего показателя по России в 5–33,5 раза
- В трех регионах за прошедший период 2021 г. не выявлялись злокачественные новообразования
- 58 субъектов РФ имеют показатель ниже среднего по России

Выявление ЗНО в рамках диспансеризации за 7 месяцев 2021 г.

неинфекционных заболеваний, – возраст.

Наиболее развернутая схема онкоскринингов наблюдается с 40 до 65 лет:

- взятие мазка с шейки матки с цитологическим исследованием один раз в три года;
- маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограммы один раз в два года;
- эзофагогастродуоденоскопия в возрасте 45 лет однократно;
- определение простатспецифического антигена в крови с шагом в пять лет начиная с 40 лет (40, 45, 50, 55, 64 года);
- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом один раз в два года;
- осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы и лимфатических узлов.

Для тех, кто старше 65 лет:

- взятие мазка с шейки матки с цитологическим исследованием один раз в два года;
- маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограммы один раз в два года до 75 лет;
- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом один раз в год;
- осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы и лимфатических узлов.

Кроме того, во все группы включен общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ). Когда выявляется проблема, необходимо краткое профилактическое консультирование. Затем, если есть какие-то отклонения, предусмотрен второй этап диспансеризации, в который входят колоноскопия, осмотр сосудов шеи, компьютерная томография, колоноскопия, УЗИ брюшной полости и щитовидной железы.

Во «Временных методических рекомендациях по организации проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в условиях сохранения рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» пришлось многое изменить, но они дают реальные советы, как организовать потоки и прочие процессы в период пандемии.

О.М. Драпкина обратила внимание слушателей, что скрининг и ранняя диагностика – разные понятия. Скрининг подразумевает тестирование пациентов без симптомов, для того чтобы снизить уровень смертности посредством раннего выявления проблемы, уменьшить частоту возникновения заболевания, снизить степень тяжести заболевания и расширить выбор лечения за счет выявления заболеваний или факторов риска на более ранних этапах жизни, когда доступно больше вариантов терапии. Скрининг – это не единичная акция, это маршрут, сказала О.М. Драпкина. И в существующем порядке как раз и прописан маршрут по каждой из локализаций рака, для того чтобы ничего не упустить. Чтобы называться методом скрининга, исследование должно быть серьезно оценено на соотношение «польза – вред». В качестве последнего представляются гипердиагностика, ложноотрицательные или ложноположительные результаты, отвлечение ресурсов здравоохранения.

Выступающая остановилась на том, каковы последние результаты диспансеризации. За 7 месяцев 2021 г. демонстрируется довольно высокий показатель выявления злокачественных новообразований, при том что диспансеризация идет пока не везде (рисунок). Пандемия, конечно, наложила свой отпечаток на методы скрининга и диспансеризацию вообще и онкоскрининги в частности. Если, например, сравнить со скринингом болезней системы кровообращения – практически такая же история, здесь есть и лидеры и, наоборот, регионы, которые в силу разных причин практически не выявляют сердечно-сосудистые проблемы у пациентов.

Если доля выявленных ЗНО на ранних стадиях по всей Российской Федерации составила 54,2%, то в Республике Мордовия – всего лишь 4,21%, Смоленской области – 6,25%, Вологодской – 10,53%, Томской – 16,67%. А в Орловской, Еврейской автономной и Магаданской областях, Чукотском автономном округе, республиках Алтай и Карачаево-Черкесской не выявлено ни одного случая рака на ранних стадиях. И конечно, пообещала О.М. Драпкина, в эти регионы она с коллегами собирается нанести визиты в ближайшее время.

В заключение она подчеркнула, что диспансеризация, правильно организованная и проведенная строго согласно существующим инструкциям, конечно, дает врачам серьезные ресурсы, для того чтобы выявить онкологические заболевания на ранних стадиях. НОП [2030]

Онлайн-школа, онлайн-семинар, вебинар

Агентство «Медфорум» ведет трансляции на https://umedp.ru/online-events/ из видеостудий и подключает спикеров дистанционно (из рабочего кабинета, дома). По всем основным направлениям медицины мы создаем интегрированные программы, используя собственные ресурсы и привлекая лучшую экспертизу отрасли.

Преимущества

Качественная аудитория – в нашей базе действительно врачи – более 100 тыс. контактов из всех регионов РФ. Источники контактов – регистрация на врачебных конференциях, регистрация на сайте с загрузкой скана диплома, подписки на научные журналы

Таргетированная рассылка – выбор врачей для приглашения по специальности, узкой специализации и региону

Собственная оборудованная видеостудия в Москве

Качество подключений к трансляции на неограниченное число участников

Обратная связь с аудиторией – текстовые комментарии (чат) во время трансляции для вопросов спикеру. Ответы в прямом эфире

Учет подключений к просмотру и итоговая статистика

Запись видео публикуется на https://umedp.ru/ – портале с высокой посещаемостью (открытая статистика Яндекс.Метрики – 12 000 посетителей в день)

Umedp
МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
UMEDP.RU

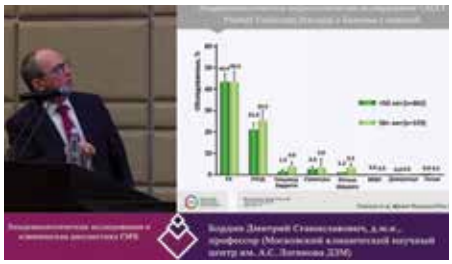
Диалог с экспертом

1000+ онлайн-участников

Изображения в 2 окнах (презентация, спикер)

700+ просмотров записи вебинара на YouTube

Еще больше возможностей предложим по вашему запросу



Реклама

Технический организатор ООО «Медфорум», телефон (495) 234-07-34

www.medforum-agency.ru
info@medforum-agency.ru

МЕДФОРУМ
АГЕНТСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

КАДРЫ

Обеспечение специалистами в онкологической службе Северо-Западного федерального округа

Обсуждая кадровое обеспечение, нельзя стандартно анализировать формы статистической отчетности по субъектам, надо детально смотреть, какова ситуация в регионе и что необходимо сделать для того, чтобы ее улучшить. Это доказал Ю.И. Комаров, выступая на IV Международном форуме онкологии и радиотерапии For Life.

Юрий Игоревич КОМАРОВ,
кандидат медицинских наук, заведующий организационно-методическим отделом по работе с регионами ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»

Докладчик остановился на двух главных кадровых проблемах в Северо-Западном федеральном округе.

Первая заключатся в том, что организаторы здравоохранения все время фокусируют внимание только на онкологах и не смотрят нагрузку на врачей других специальностей, забывая, что оказание онкологической помощи – это комплексный процесс и в нем должны принимать участие разные специалисты, не только сотрудники онкологического диспансера.

Еще одна проблема. По существующим отчетам, с кадрами специалистов, занимающихся онкологическими больными в регионе, будто бы все хорошо, но на самом деле нужен детальный разбор – он позволяет выявить недостаток кадров (например, в амбулаторном звене) или дисбаланс штатного расписания.

Какова же ситуация в Северо-Западном федеральном округе по укомплектованности онкологами? На рисунке 1, представленном Ю.И. Комаровым, обозначена красная линия, отмечающая 80% укомплектованности штата. И видно, что практически все медицинские организации подведомственных субъектов оказывают полноценную стационарную медицинскую помощь, со штатом врачей проблем нет. Только в Псковской и Мурманской областях в первичном звене ощущается достаточно большой кадровый дефицит. А вот в амбулаторном звене четыре субъекта из одиннадцати не достигают уровня 80%.

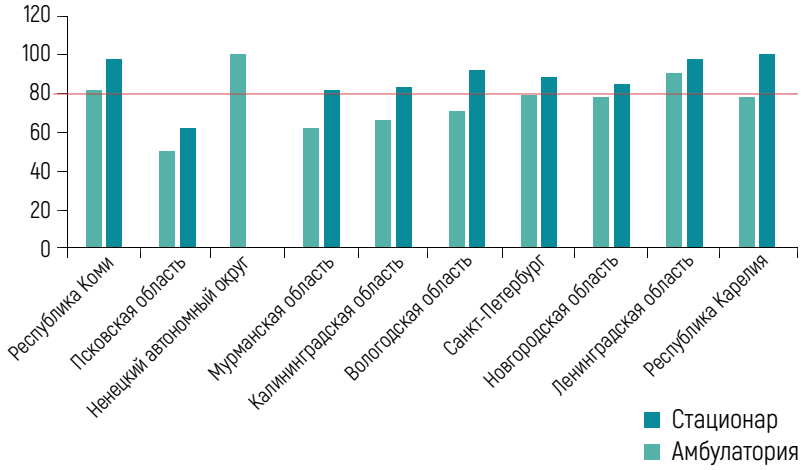


Рис. 1. Укомплектованность врачами-онкологами в СЗФО (%)

Один из показателей, который также мониторит организационно-методический отдел по работе с регионами НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, – это коэффициент совместительства у онкологов. В соответствии с нормативными документами Минздрава, он не должен быть выше 1,2. Как видно из рис. 2, только некоторые субъекты, в том числе Санкт-Петербург и Архангельская область, находятся примерно на этом уровне. Все остальные регионы достаточно значимо превышают этот показатель (субъекты ранжированы по коэффициенту совместительства в амбулатории). Так, в Новгородской, Вологодской областях, Республике Коми, Ненецком автономном округе коэффициент совместительства достигает 2 и выше, а это означает,

что врачи-специалисты стационара, скорее всего, работают в первичном звене. Соответственно нагрузка на них возрастает. А если доктор работает на нескольких ставках в нескольких медицинских организациях и всюду оказывает медицинскую помощь, то соответственно качество ее оставляет желать лучшего, считает Ю.И. Комаров.

Выступающий также проанализировал ситуацию с дефицитом онкологов в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 915н (рис. 3).

Штатное расписание в ряде субъектов дисбалансировано. Так, в Санкт-Петербурге оно занижено примерно на 150 онкологов. Но даже с учетом этого не хватает в первичном звене 116 врачей для закрытия всех потребностей текущего штатного расписания. Такая же ситуация в Ленинградской области, республиках Коми и Карелия. В Вологодской области вроде бы дефицита онкологов нет, но это при коэффициенте совместительства около 3. Получается, практически все онкологи Вологодской области работают одновременно на всех существующих онкологических ставках во всех медицинских организациях, делает вывод Ю.И. Комаров.

В 2020 г. в стране начался пандемия, были введены ограничения, которые повлекли изменения в нагрузке на онкологов. В той же Вологодской области нагрузка на врача в амбулаторном звене существенно возросла по сравнению с 2019 г. В большинстве субъектов нагрузка осталась на том же уровне, поэтому нельзя говорить о том, что в период пандемии онкологическая помощь пациентам приостанавливалась или оказывалась не в должном объеме. Но вызывает вопросы снижение нагрузки на врачей в Новгородской области при текущем сохранении штатов. Скорее всего, в этом регионе либо не проводилось диспансерное наблюдение, либо количество приемов онкологических пациентов снизилось из-за пандемии и ограничительных мероприятий, предположил докладчик.

Конечно, оказание медицинской помощи онкологическим пациентам – это не только прерогатива онкологов. Также необходимо оценивать работу врачей, которые действительно вносят основной вклад в диагностику злокачественных образований и контроль за ними. Среди них эндоскописты.

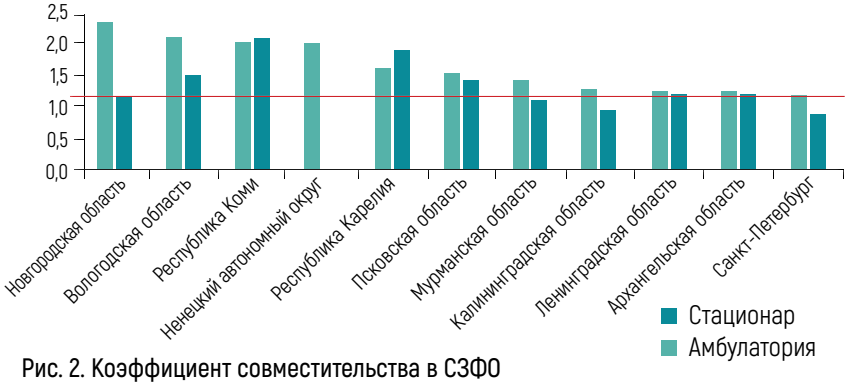


Рис. 2. Коэффициент совместительства в СЗФО

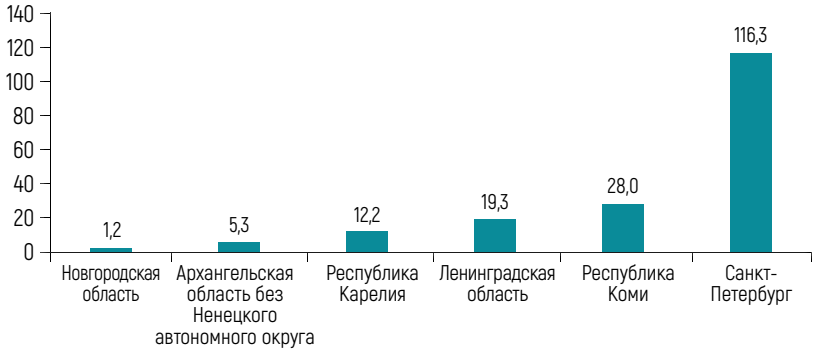


Рис. 3. Дефицит врачей-онкологов в СЗФО, в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»

Организационно-методический отдел по работе с регионами НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова проанализировал укомплектованность штатными должностями эндоскопистов в регионах. И если Ненецкий автономный округ можно исключить из этого анализа, поскольку он малонаселенный, а территория большая, то укомплектованность штатными должностями эндоскопистов в Республике Коми, Новгородской и Псковской областях вызывает определенные вопросы.

Так, коэффициент совместительства эндоскопистов в Псковской области достигает 5, то есть это означает, что один врач работает практически на пяти ставках. И это при укомплектованности штатными должностями эндоскопистов в Псковской области на 50%! Как же врачи проводят диагностику в рамках диспансеризации взрослого населения, когда эти же специалисты контролируют динамику лечения пациентов со злокачественными образованиями толстой кишки либо желудка, задается вопросом Ю.И. Комаров.

> В Псковской области один эндоскопист работает на пяти ставках

Этот пример – иллюстрация того, как важно поднимать вопрос не только об онкологах, но и об эндоскопистах, патоморфологах. Так, в Ленинградской области практически нулевой коэффициент совместительства патоморфологов при 100-процентной укомплектованности штатными должностями, в Ненецком автономном округе достаточно одного патоморфолога, работающего в центральной районной больнице. Однако в Санкт-Петербурге при укомплектованности штатом на 86% коэффициент совместительства больше 2,5. Получается, укомплектованность не равна истинному штату, который необходим в субъекте, скорее всего, дефицит выше. Соответственно совместительство приводит к тому, что опять же возрастает нагрузка

на патоморфологов. «И судя по тому, что сейчас происходит в нашем референс-центре, сколько пациентов направляют к нам на диагностические исследования из Санкт-Петербурга, мы понимаем, что как федеральный центр помогаем городу решить проблему с потоком пациентов – оказываем медицинскую помощь, которую больные не смогли получить в городских учреждениях», – сказал Комаров.

Сейчас при подготовке порядков маршрутизации субъектов в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» необходимо как раз учитывать кадровую обеспеченность врачами и специалистами в субъекте, подчеркнул докладчик. При реализации региональных проектов «Борьба с онкологическими заболеваниями», конечно, стоит заимствовать лучшие практики соседних субъектов по кадровым вопросам: выделение квартир, дополнительных субсидий на покупку жилья либо обучение врачей, какие-то иные материальные и нематериальные стимулы (возможности профессионального роста, ротация специалистов между организациями) для того, чтобы врач оставался в регионе.

Уже с 2010 г. наметилась тенденция – немало специалистов после окончания высших учебных медицинских учреждений и завершения ординатуры уходят из профессии в смежные специальности – становятся медицинскими представителями фармкомпаний. Необходимо разрабатывать мероприятия по мотивации специалистов для возврата в профессию. Нужно создать такие условия, которые были бы привлекательны для специалиста, чтобы он из коммерческого сектора вернулся в общую медицину. Еще один резерв: привлечение помощи коллег – специалистов федеральных и национальных центров. Комаров напомнил ситуацию с дефицитом патоморфологов. А тем не менее во всех национальных центрах и в большинстве федеральных созданы референс-центры, куда можно направлять на исследование гистологический материал и соответственно получать заключение высокого качества. И если в субъекте большой дефицит специалистов, если есть сложные случаи, которые требуют дополнительных исследований, стоит пользоваться этой возможностью.

В своей презентации Комаров не отразил кадровые проблемы со штатом специалистов по лучевой диагностике. Он объяснил это тем, что лучевые диагносты работают в соответствии со своими порядками, у них есть штатные нормативы по времени приема пациентов, и они жестко соблюдают этот тайминг. Однако подобные ограничения периодически приводят к тому, что начинает образовываться очередь пациентов на исследование. Чтобы исключить эти проблемы, необходимо в рамках того же самого порядка маршрутизации пациента со злокачественными новообразованиями прописать функцию федерального или национального медицинского исследовательского центра в части проведения телемедицинских консультаций либо лучевых методов диагностики в референс-центрах. Это снизит нагрузку на региональных врачей лучевой диагностики, уменьшит очереди и повысит качество проведения диагностических манипуляций.

> Выделение квартир, дополнительных субсидий на покупку жилья либо обучение врачей, возможности профессионального роста, ротация специалистов между организациями помогут задержать доктора в регионе

После доклада развернулась дискуссия. Некоторые участники заседания, руководители медицинских учреждений из других регионов признавались, что у них тоже остро стоят вопросы дефицита кадров, совмещения врачами ставок в стационаре и амбулаторном звене. Но выбирая из двух зол меньшее, они считают: пусть доктора будут совместителями и оказывают хоть какую-то помощь. Иначе в отсутствие врачей приходится направлять своих пациентов уже в соседние регионы или вообще лишать их медицинской помощи. «Лучше сделать хоть какое-то диагностическое мероприятие, чем вообще его не делать», – говорили участники секции.

Комаров парировал: «В моем понимании лучше не сделать никакого исследования, чем “хоть какое-то”. Лучше сделать качественное исследование тем пациентам, которым это остро необходимо, чем сделать некачественное, но всем пациентам. Это касается всего – диспансеризации, отбора пациентов, например, с положительным анализом кала на скрытую кровь… Пожалуйста, используйте количественный метод, определяйте группу пациентов, которым вы будете точно делать эндоскопию, и не делайте ее всем пациентам, у которых есть положительный анализ кала на скрытую кровь. И давайте посчитаем. Когда врач-специалист работает на пять ставок – мы сейчас не будем обсуждать юридические вопросы такого оформления – он должен семь дней в неделю практически 24 часа принимать пациентов? Такое бывает? Я не говорю о том, что совмещение – это плохо. Все должно быть в меру. Главное – чтобы не страдало качество оказания медицинской помощи, потому что с увеличением нагрузки на врача оно будет снижаться. И соответственно риск того, что будет упущены злокачественное новообразование, прогрессирование заболевания или будет назначено неправильное лечение, возрастает. Для исключения этого необходимо все-таки более внимательно относиться к врачам. Понятно, что для них необходимо материальное стимулирование, но, наверное, не за счет увеличения числа ставок, на которых они работают». НОП [2030]

МЕДФОРУМ
АГЕНТСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Журнал для врачей различных специальностей «Эффективная фармакотерапия»

- ✓ Акушерство и гинекология
- ✓ Аллергология и иммунология
- ✓ Гастроэнтерология
- ✓ Дерматовенерология и дерматокосметология
- ✓ Кардиология и ангиология
- ✓ Неврология и психиатрия
- ✓ Онкология и гематология
- ✓ Педиатрия
- ✓ Пульмонология и оториноларингология
- ✓ Ревматология, травматология и ортопедия
- ✓ Урология и нефрология
- ✓ Эндокринология

Журнал для врачей
«Эффективная фармакотерапия. Онкология и гематология»

Журнал для врачей
«Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология»

Реклама

+7 (495) 234-07-34
127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3

www.medforum-agency.ru
info@medforum-agency.ru

НАУКА

Открытия ученых приближают победу над раком

Последние 20 лет наблюдается все возрастающий поток новых исследований природы рака, предлагаются новые методы и технологии лечения. Многие из них рассматривались на прошедшей 21–22 октября в Ростове-на-Дону Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные подходы к диагностике и лечению злокачественных новообразований», посвященной 90-летию Национального медицинского исследовательского центра онкологии. Среди ключевых тем конференции участники рассмотрели новые стратегии и хирургические подходы в лечении злокачественных новообразований с использованием персонализированного прогноза течения заболевания, перспективы использования современных клеточных технологий в онкологии, а также информационные технологии в онкологии. Некоторые из них мы представляем читателям нашего журнала.

Перспективы клеточных технологий

Ирина БАЛДУЕВА,
заведующая научным отделом онкоиммунологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Цель клеточной терапии в онкологии – лизировать опухолевые клетки путем замещения, восстановления или улучшения функций иммунной системы, объяснила выступающая. Лечение происходит путем введения живых клеток, которые были отобраны, размножены и обработаны вне организма.

Суммарная масса органов и клеток иммунной системы – более 5 кг, суммарная масса всех лимфоцитов – более 1 кг. В организме взрослого человека каждая десятая клетка – лимфоцит. Поэтому важно воздействие на эту систему, отметила автор доклада. Клеточная иммунотерапия включает несколько больших составляющих: клетки, которые запускают

иммунный ответ, дендритные клетки, Т-лимфоциты, NK-клетки. Есть огромное семейство субпопуляций, которые можно получать в лабораторных условиях, например мезенхимальные стволовые клетки, генно-модифицированные опухолевые клетки.

Известно, что стандартные методы лечения – лучевая терапия, химиотерапия (ХТ) запускают разрушение опухолевых клеток: в самой клетке и в опухолевом микроокружении развивается выраженный противоопухолевый иммунный ответ. К сожалению, микроокружение опухоли часто уклоняется от иммунного ответа. Если же на него воздействовать клеточными методами терапии, можно получать противоопухолевый эффект. Но опухолевое микроокружение может быть также слабоиммуногенным, и тогда ответ отсутствует. «Мы видим, что на Т-лимфоцитах появляются те белки, те молекулы, ингибирующие сигналы, которые заставляют опухолевые клетки продуцировать супрессирующие факторы, а клетки иммунной системы остаются в опухолевом микроокружении неактивными», – сказала Ирина Балдуева.

Для реиндукции иммуногенности используют вакцины. Вакцинные дендритные клетки, которые получают из различных источников (костный мозг, периферическая кровь), вводят подкожно, внутрикожно или в лимфатические узлы, после чего происходит развитие иммунного ответа, который запускается в том числе в опухолевом микроокружении. В настоящее время в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова вакцинные дендритные клетки получают из различных источников, чаще из моноцитов периферической крови *in vitro*, они дифференцируются в зрелые дендритные клетки, используемые для лечения пациентов.

Больные с исчерпанными возможностями лечения могут получать дендритноклеточные вакцины. Речь идет об иммунотерапии больных с солидными опухолями (меланомой, колоректальным раком, раком яичников, почки, молочной железы, легкого, желудка, поджелудочной железы, уротелиальным раком, опухолями репродуктивной системы, глиобластомой, саркомой мягких тканей и пр.). Обычно такие решения принимаются врачебной комиссией, консилиумом.

Как рассказала Ирина Балдуева, в последнее время в центре сосредоточились на саркомах мягких тканей. «Лечение этого вида сарком в настоящее время очень ограничено, и мы видим, как возрастают заболеваемость и смертность в зависимости от возраста. Это связано с тем, что опухоль имеет различный состав клеток, которые находятся в разных фазах клеточного цикла, с различной экспрессией белков на поверхности, и для каждой клетки необходимо свое оружие».

В центре сосредоточились на раково-тестикулярных антигенах, являющихся идеальной мишенью для противоопухолевой терапии. Они высокоиммуногенны, не индуцируют толерантность, но индуцируют высокоспецифичный иммунный ответ и возможность селективно воздействовать на мишень. Было показано, что у пациентов, которые получили несколько линий химиотерапии, увеличивается экспрессия раково-тестикулярных антигенов: «Антигенная терапия нормализует опухолевые микроокружения уже в запущенных формах после нескольких линий стандартного лечения. В таких условиях увеличивается количество макрофагов, они способствуют развитию иммунного ответа».

Сравнительный анализ результатов у больных с метастатическими саркомами мягких тканей после более двух линий ХТ показывает, что у пациентов, которые получали вакцину CaTeVac с метрономным режимом ХТ, увеличивается выживаемость и улучшается качество жизни. Медиана времени до прогрессирования составила у них более 3,3 месяца. Но 77 больных пережили один год. «Это наша победа, это возможность увеличить продолжительность жизни», – говорит Ирина Балдуева.

К настоящему времени в центре разработали десять противоопухолевых вакцин. В клиническую практику внедрены две вакцины – вакцина на основе дендритных клеток, активированных опухолью *in vivo* в состоянии фотоиндуцированного апоптоза, и дендритноклеточная вакцина на основе раково-тестикулярных антигенов для лечения сарком мягких тканей (CaTeVac).

В планах центра – лечение пациентов с незапущенными стадиями, то есть в перспективе использовать эти технологии в качестве поддерживающей терапии после проведенного стандартного лечения. «В настоящее время наши коллеги показали эффективность дендритноклеточной вакцины во второй фазе, где общая выживаемость (ОВ) увеличена в зависимости от способов лечения дендритными клетками, трехлетняя ОВ составила 83% у пациентов с измеряемыми метастатическими очагами. Благоприятный профиль безопасности, то есть нежелательные явления 3–4-й степени (головная боль, сыпь, зуд) отмечены только у 7% пациентов», – сказала специалист.

Балдуева сослалась на сайт ClinicalTrials.gov (база данных частных и финансируемых государством клинических исследований, проводимых по всему миру), где опубликованы результаты 1119 исследований в этой области – зрелые дендритные клетки применяются после стандартной химиолучевой терапии для лечения глиобластомы, рецидивирующего рефрактерного лейкоза, немелкоклеточного рака легкого. Конечно же, нужны доклинические исследования, требуется понимание, насколько агрессивны опухолевые клетки. В настоящее время проходят клинические исследования с различными компонентами, в сочетании с иммуномодулирующими препаратами, в различных комбинациях с цитокинами. Получены очень интересные результаты, которые также представлены в публикациях.

Говоря о применении KAR-T-клеток (химерные антигенные рецепторы) в лечении метастатических

солидных опухолей, докладчик обратила внимание на то, что в настоящее время на ClinicalTrials.gov опубликовано уже около 1892 клинических исследований по данной теме. Есть успехи в лечении солидных опухолей взрослых с экспрессией тирозинкиназподобного рецептора (ROR2), солидных педиатрических опухолей центральной нервной системы с экспрессией HER2, гепатоцеллюлярной карциномы с экспрессией глипикана-3 (GPC3), метастатических HER2-позитивных солидных опухолей (рак молочной железы, рак желудка), рецидивирующих и рефрактерных солидных опухолей у пациентов до 26 лет с экспрессией EGFR. При этом врач-онколог отметила: «Несмотря на успехи KAR-T, полные регрессы солидных опухолей, к сожалению, редки, чаще всего наблюдается частичный регресс, стабилизация заболевания, и это тоже уже победа».
В заключение Ирина Балдуева отметила, что многоступенчатость, изменчивость иммунной системы позволяет преодолеть гетерогенность злокачественной трансформации, восстановить иммунологический гомеостаз и приобрести контроль над опухолью с помощью современных клеточных технологий.
Однако разработка и внедрение в клиническую практику методов клеточной терапии связаны с рядом барьеров. Так, биомедицинские клеточные продукты необходимо лицензировать, а для этого требуется подготовка нормативной документации, планирование и проведение клинических исследований, регистрация. С точки зрения рыночных перспектив требуют решения такие задачи, как преодоление дефицита грамотных технологов клеточных производств, создание системы подготовки специалистов. Уже сейчас проводятся начальные курсы, дающие понимание, в каком направлении следует двигаться. Но, к сожалению, отсутствует финансовая и методическая основа для массового применения биомедицинских клеточных продуктов, ощущается дефицит легальных компонентов для их производства. Эти проблемы необходимо решать.

Многообещающая фитотерапия

Николай ФАДЕЕВ,
старший научный сотрудник отдела растительных ресурсов Всероссийского научно-исследовательского института лекарственных и ароматических растений (ФГБНУ ВИЛАР)

Растительное сырье давно стало источником разработки противоопухолевых препаратов. И сегодня активно ведутся поиск перспективных противоопухолевых соединений природного происхождения и разработка эффективных схем фитотерапии в онкологии. Как рассказал докладчик, со дня основания института в 1931 г. создано более 100 препаратов различных направлений, в том числе для терапии опухолевых заболеваний.
Во всем мире ведутся активные поиски видов растений с вторичными метаболитами – алкалоидами, лектинами, флавоноидами, сапонинами и другими веществами, которые могут использоваться в противоопухолевом лечении как в качестве прямых ингибиторов опухолевого роста, так и в качестве эффективных иммуномодуляторов, способствующих активизации системных и клеточных механизмов противоопухолевой резистентности.
ВИЛАР имеет большой опыт сотрудничества с онкологическими учреждениями. Одной из важных разработок в институте считают созданный совместно с НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина препарат Винкристин, который получил мировое признание, в настоящее время входит в перечень ЖНВЛП и применяется в онкологической практике.
Еще один совместно разработанный противоопухолевый препарат – это Ханерол из цветков иван-чая (кипрей узколистный). Изучен и применен химический состав танинов соцветий и побегов этого растения, а также использована противоопухолевая и иммуномодулирующая активность димерных и тримерных танинов.
Также сотрудниками ВИЛАР была показана перспективность для применения в онкологии алкалоида нуфлеин из корневищ кубышки желтой (Nuphar lutea L.). Это водное растение оказалось в 200 раз более эффективным, чем цисплатин, в отношении клеток рака шейки матки человека. Подобным же действием обладает эсцин – сапонин из семян каштана конского обыкновенного (Aesculus hippocastanum L.).
Следующее перспективное растение – трава маклея из семейства маковых, содержащая млечный сок. Из сока выделен комплекс алкалоидов. В настоящее время производится препарат Сангвиритрин, который применяется как антибактериальное средство. В экспериментах с использованием ксенографтов рака желудка и гепатоцеллюлярной карциномы человека, трансплантированной иммунодефицитным животным, сангвинарин (один из этих алкалоидов)

вызывал значительное (в 3–5 раз) торможение роста ЗНО. При этом была показана безопасность применявшихся субстанций в терапевтических дозах и множественность механизмов противоопухолевого действия.

Сангвиритрин – препарат, который обладает широким спектром антимикробного действия, воздействует больше чем на 110 штаммов бактериальной и грибковой инфекции, активно применяется в медицине. Он может быть применен и в онкологии. Его противоопухолевое влияние усилено за счет системных эффектов, обусловленных иммуномодулирующими свойствами, рекомендовал Николай Фадеев.

Предмет гордости исследователей – это разработанный совместно с НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина комплексный препарат Фитомикс-40 на основе экстракта сбора 40 лекарственных растений (корня женьшеня, корневищ родиолы розовой, элеутерококка, заманихи, листьев лимонника, зверобоя и других – в основном растений адаптогенного действия). В эксперименте у больных с распространенным раком желудка, прошедших хирургическое лечение с последующей ХТ или без нее, применение Фитомикс-40 способствовало улучшению общего состояния, вызывало снижение уровня онкомаркеров РЭА и СА 19-9 и увеличение продолжительности жизни в три раза по сравнению с показателями пациентов, не принимавших фитокомплекс.

Результаты серии экспериментальных исследований, проведенных в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, свидетельствуют о выраженном профилактическом действии экстракта лабазника вязолистного (Filipendula ulmaria) в отношении химического и радиационного канцерогенеза. Полученные данные позволяют рассматривать субстанции цветков этого растения в качестве фактора профилактики, реабилитации и сопровождающего лечения пациентов, особенно в детском и старческом возрасте, а также у коморбидных онкобольных.

«Так как наш институт тоже работает в этом направлении, мы считаем, что это растение и экстракт из него очень перспективны. Опыт использования лабазника известен специалистам терапевтического сообщества в Москве и Санкт-Петербурге и позволяет рассматривать его как противоопухолевое и нейропротекторное сопроводительное средство, значимое для профилактической онкологии. Многолетняя практика и наблюдение ряда ученых говорят о его эффективности при сочетанном применении фитотерапии в разных видах с ХТ, радиологическим или хирургическим лечением онкологических больных. Статистика такова: пятилетняя выживаемость увеличивается на 45–50%, при этом значительно тормозится процесс метастазирования у пациентов и улучшается качество их жизни», – утверждает ученый.

Говоря о фитотерапии, Николай Фадеев затронул важность диетотерапии, так как многие пищевые растения являются лекарственными. Он сослался на книгу «Диабетологическая практика. Руководство для врачей» под общей редакцией профессора А.В. Древаля, в которой утверждается, что повышенный уровень инсулина может провоцировать рак. Это имеет следующее объяснение: «Происходит гиперэкспрессия рецепторов инсулина в раковых клетках, он вызывает рост раковых клеток через собственный рецептор, при этом преобладают альфа-изоформы, которые имеют более выраженный мутагенный эффект. Это обеспечивает селективные преимущества для роста именно злокачественных клеток под воздействием инсулина. Он также стимулирует циркуляцию свободного инсулиноподобного фактора роста (ИФР-1), который обладает еще более активным мутагенным и антиапоптотическим действием».

По словам Никлая Фадеева, разумное ограничение в диете продуктов с высоким гликемическим индексом (сахар, сладости, хлеб и т.д.) может снизить уровень инсулина и ИФР-1 в крови и затормозить рост опухолевых клеток. В этом могут помочь растения, позволяющие преодолевать инсулинорезистентность, например такие, как черника, галега лекарственная, стевия, топинамбур, одуванчик, цикорий.

Известны многочисленные исследования, показывающие, что включение в диету растений, богатых антиоксидантами, позволяет эффективнее проводить противоопухолевую терапию. Такие пищевые и одновременно лекарственные растения, как тыква, свекла, морковь, лук, чеснок, многие ягоды (черника, голубика), содержащие антоцианы, обладают мощным антиоксидантным действием.

Фадеев напомнил, что в качестве полезных компонентов питания в России издавна применялись грибы, например гриб чага, который сейчас находит большое применение в онкологии как профилактическое и паллиативное средство на III–IV стадиях заболевания. Николай Фадеев напомнил, что гриб входил в фармакопею еще с 50-х годов, когда были проведены исследования, показывающие его активность. Сейчас большое количество исследований проводится в Китае, где считают чагу перспективным противоопухолевым агентом. Другие грибы – белые, лисички, рыжики тоже обладают противоопухолевым действием. В восточной медицине применяются такие грибы, как рейши (ганодерма лакированная), линджи и шиитаке, они являются и лекарственными, и съедобными.

В результате применения комплексной фитотерапии в системе реабилитации удается добиться более высокой выживаемости у онкологических больных и лучшего качества жизни, сказал, подытоживая выступление, Николай Фадеев. По его словам, это перспективное направление, следует интенсивнее вести поиск растений мировой флоры для создания эффективных фитопрепаратов, которые могут использоваться в комплексном противоопухолевом лечении. НОП [2030]

ИННОВАЦИИ В ОНКОЛОГИИ

Метастатическая меланома: новые подходы и современный взгляд на проблему

В рамках XXV Российского онкологического конгресса состоялся сателлитный симпозиум фармацевтической компании Roche, на котором обсуждались актуальные проблемы диагностики и лечения пациентов с метастатической меланомой. В мероприятии приняли участие ведущие российские онкологи.

Симпозиум проходил в жанре популярной телевизионной игры «Своя игра». Мероприятие в столь оригинальном формате увлекло специалистов, позволило им в полной мере проявить профессиональную компетенцию и провести оживленную дискуссию по диагностике и терапии пациентов с метастатической меланомой. Участники симпозиума ответили на наиболее важные вопросы, с которыми сталкиваются специалисты в реальной клинической практике, а также обсудили клинические случаи из своей практики и опыта коллег.

Игорь Вячеславович САМОЙЛЕНКО, кандидат медицинских наук, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (Москва)

Наталья Владимировна ЖУКОВА, кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» (Санкт-Петербург)

Игорь Аглямович УТЯШЕВ, кандидат медицинских наук, Институт онкологии Хадасса Москва (Москва)

Кристина Вячеславовна ОРЛОВА, кандидат медицинских наук, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (Москва)

С чего начинать таргетную терапию при метастатической меланоме?

На этот вопрос отвечал И.В. Самойленко. Эксперт считает, что начинать лечение можно по-разному. Специалистам зачастую хочется начинать лечение с иммунотерапии, потому что она неплохо переносится и такое лечение может вылечить некоторых пациентов. Но существует ряд вопросов – в частности, иммунотерапия помогает не всем. Пациенты на иммунотерапии могут быть разделены на три группы:

- пациенты, ответившие и продолжающие отвечать на терапию (т.е. пациенты, которых «вылечили»);
- пациенты, не достигшие первичного ответа (первичная резистентность);
- пациенты, ответившие на иммунотерапию, у которых впоследствии развилась резистентность (приобретенная резистентность).

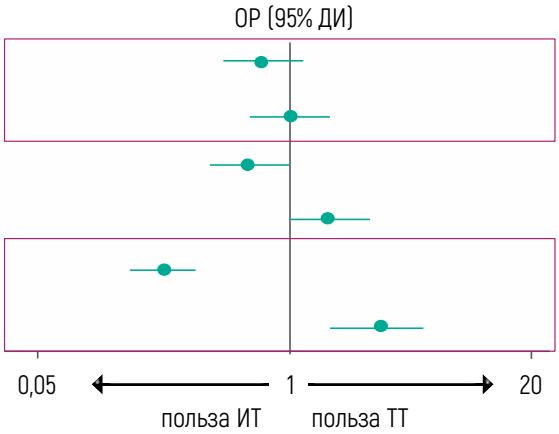
И.В. Самойленко отметил, что пациенты с первичной и приобретенной резистентностью в сумме составляют 40–60% [1–6].

Рассматривая прогноз у пациента с первичной резистентностью к иммунотерапии, он сообщил, что, по данным наблюдательного исследования ответов на иммунотерапию, проведенного в Германии [7, 8], у пациентов с первичной резистентностью к ингибиторам контрольных точек иммунитета однолетняя выживаемость составляла 41%, а через три года снизилась до 10%, медиана выживаемости без прогрессирования (ВБП) составила 8,7 месяца. То есть если пациент не ответил на иммунотерапию, то время прогрессирования у него короткое, стабилизации почти не бывает и общая выживаемость (ОВ) тоже будет значительно ниже. Данные нескольких исследований [7, 8] показали, что только около 50% пациентов с первичной резистентностью к иммунотерапии получают вторую линию терапии.

Можно ли добиться лучших результатов, если начать с таргетной терапии? Китайские специалисты сделали метаанализ [9] всех исследований, которые были проведены до этого момента времени с блокаторами PD-1, таргетной терапией и иммунотерапией. Результаты метаанализа показали, что старт с комбинированной таргетной терапии не уступает старту с анти-PD-1-терапии. Сравнение применения анти-PD-1-терапии с комбинированной таргетной терапией показало преимущество второй в отношении ВБП и частоты объективных ответов (ЧОО), однако по ОВ не было отмечено статистически значимых различий (рис. 1).

Если смотреть на ОВ, то нет большой разницы, с чего начинать лечение – с таргетной или иммунотерапии. Это дает возможность специалистам спасти ситуацию: если таргетная терапия оказалась неудачной, то можно применить анти-PD-1 или комбинацию. И наоборот: если неудача постигла на терапии с анти-PD-1, то можно вовремя переключиться на таргетную. Но если посмотреть на ВБП и ЧОО, то становится ясно – полезно начать с комбинированной таргетной терапии [10].

Показатель	Группы сравнения в КИ	ОР (95% ДИ)
ОВ	PD-1 vs. CHE	0,72 (0,46–1,13)
	PD-1 vs. BRAFi ± MEKi	1,04 (0,64–1,17)
ВБП	PD-1 vs. CHE	0,62 (0,39–0,98)
	PD-1 vs. BRAFi ± MEKi	1,63 (1,00–2,67)
Ответ на лечение	PD-1 vs. CHE	0,23 (0,16–0,32)
	PD-1 vs. BRAFi ± MEKi	3,29 (1,94–5,55)



Сравнение применения анти-PD-1-терапии с комбинированной таргетной терапией показало преимущество ТТ в отношении мВБП и ЧОО, однако не было отмечено статистически значимых различий в отношении ОВ

Рис. 1. Метаанализ старта с комбинированной таргетной и анти-PD-1-терапии

> Если посмотреть на ВБП и ЧОО, то становится ясно – полезно начать с комбинированной таргетной терапии

И.В. Самойленко представил также данные, полученные в 14 итальянских медицинских центрах у 454 пациентов с метастатической меланомой без метастазов в головной мозг [11].

Сравнение первых линий таргетной терапии и моноиммунотерапии у BRAF+ пациентов в разных прогностических группах показало, что если у пациента минимум болезни, отличный уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и нет никаких симптомов (это пациенты группы А – с хорошим прогнозом), то ВБП на таргетной терапии у них лучше, чем на иммунотерапии, а ОВ такая же. У пациентов группы В (с промежуточным прогнозом) этой разницы уже нет. А при плохом прогнозе (группа С) таргетная терапия всегда выиграет, потому что никто из специалистов не станет начинать лечение BRAF+ пациента, у которого большая опухоль

и высокий показатель ЛДГ, с иммунотерапии анти-PD-1.

Данные исследования показали, что у пациентов с хорошим прогнозом старт с таргетной терапии имел статистически достоверное преимущество в ВБП без потери ОВ в долгосрочном периоде. Но специалист отметил один важный минус: неизвестно, кого именно из пациентов можно вылечить с ее помощью.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- в настоящее время нет четких предикторов «ответчиков» на иммунную терапию;
- старт с таргетной терапии демонстрирует тенденцию к более длительной ВБП по сравнению с иммунной терапией;
- таргетная терапия гарантированно и быстро помогает большинству пациентов (контроль заболевания 90%, ЧОО 70%).

В чем преимущество комбинации таргетной и иммунной терапии?

И.В. Самойленко отметил, что изначально в данном вопросе был получен негативный опыт с комбинацией ипилимумаба и вемурафениба. Такая комбинация дала плохую переносимость, поэтому исследования были остановлены. Но со временем появились безопасные анти-PD-1-препараты, которые хорошо комбинируются с другими лекарствами. И в настоящее время тройная комбинация может иметь определенный смысл. Он заявил, что если ингибировать BRAF-путь опухоли, то это улучшит опухолевое микроокружение и иммуногенность опухоли. Еще одним преимуществом лечения опухоли BRAF-ингибитором является улучшение инфильтрации CD8 Т-клеток, причем достаточно быстро. Все это дает основание для использования тройной комбинации.

Было проведено несколько исследований, запущенных почти параллельно, в которых пациентам назначали

> На тройной комбинации ВБП улучшается, а ответы на лечение, которые достигаются за счет таргетной терапии, не меняются

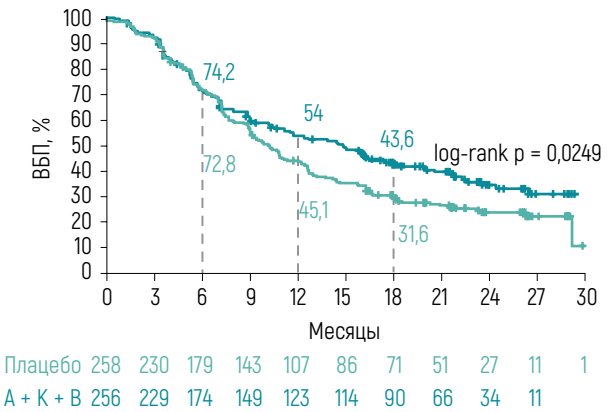
одновременно таргетную терапию и иммунотерапию. Это были исследования с дабрафенибом, траметинибом, пембролизумабом, спартализумабом, и все они оказались формально негативными.

Результаты исследования IMspire 150 TRILOGY [12] оказались формально и неформально позитивными (рис. 2). Было показано, что добавление иммунного компонента позволяет сложить ВБП 10 месяцев от таргетной терапии и ВБП 5–6 месяцев, которую дает монотерапия анти-PD-1, в итоге получив 15,1 месяца на тройной комбинации вемурафениба, кобиметиниба и атезолизумаба. Пациенты, отвечающие на анти-PD-1-терапию, по всей видимости, получают прибавку к ВБП. То есть на тройной комбинации ВБП улучшается, а ответы на лечение, которые достигаются за счет таргетной терапии, не меняются. Но те пациенты, которым позднее добавляются иммунотерапевтические компоненты, живут без прогрессирования, при этом длительность ответа у них в два раза больше. Переносимость тройной комбинации оказалась тоже вполне приемлемой: она не токсичнее двойной.

Метаанализ тройной и двойной комбинированной терапии меланомы III–IV стадии [13] продемонстрировал преимущества тройной терапии в отношении ВБП и ОВ: значимое увеличение ВБП по сравнению с двойной терапией и статистически

Выживаемость без прогрессирования (ВБП)

Ответ на терапию	A+K+B (n = 256)	Плацебо+K+B (n = 258)
Медиана ВБП, мес.	15,1	10,6

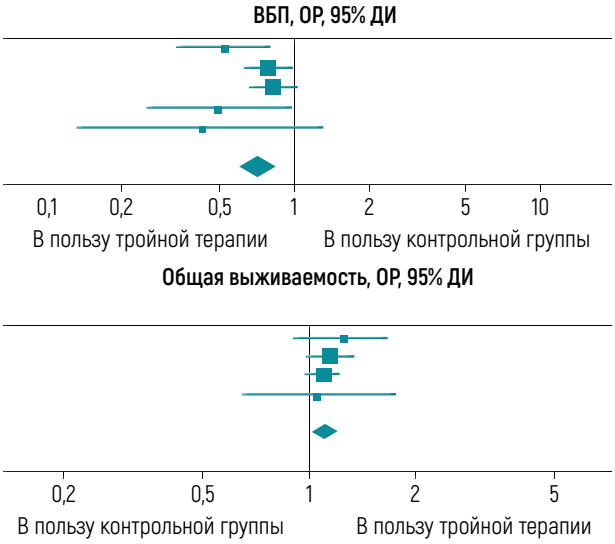


Ответ на терапию	A+K+B (n = 256)	Плацебо+K+B (n = 258)
ЧОО, %	66	65
ПО, %	16	17
ЧО, %	51	48
Медиана ВБП, мес.	15,1	10,6
Двухлетняя ОВ, %	60	53
Медиана ДО, мес. (95% ДИ)	21,0 (15,1–н/о)	12,6 (10,5–16,6)

Нежелательные явления (НЯ)	A+K+B (n = 256)	Плацебо+K+B (n = 258)
Любое НЯ, связанное с терапией, %	99	99
НЯ 3–4-й степени, связанное с терапией, %	79	73
НЯ, приведшее к отмене терапии, %	13	16
Смерть, связанная с терапией, n	2	1

Рис. 2. IMspire150 TRILOGY: данные эффективности и безопасности

значимое увеличение двухлетней ОВ на тройной терапии (63,7%) по сравнению с двойной терапией (56,3%) (рис. 3).



Значимое увеличение ВБП по сравнению с двойной терапией (ОР = 0,71; p = 0,0005; I^2 = 28%)

Также было продемонстрировано статистически значимое увеличение двухлетней ОВ на тройной терапии (63,7%) в сравнении с двойной терапией (56,3%).

ОР = 1,12 (p = 0,01; I^2 = 0%)

Рис. 3. Метаанализ тройной и двойной комбинированной терапии меланомы III–IV стадий продемонстрировал преимущество тройной терапии в отношении ВБП и ОВ

Клинический случай (представлен И.А. Утяшевым из практики врача-онколога М.В. Скрябина)

Пациент 62 лет. Метастатическая меланома кожи левой теменной области pT3aNxM0 и плоскоклеточный рак верхней доли левого легкого pT3pN1M0.

В августе 2019 г. пациенту было выполнено иссечение меланомы кожи теменной области, толщина опухоли – T3a. По данным компьютерной томографии в верхней доле легкого выявлено новообразование. По результатам биопсии выявлен рак легкого.

В сентябре 2019 г. пациенту дополнительно выполнены торакотомия слева и расширенная верхняя лобэктомия слева. По результатам гистологического исследования выявлены инвазивный ороговевающий плоскоклеточный рак верхней доли левого легкого и метастаз в одном из шести перибронхиальных лимфоузлов.

С октября по декабрь 2019 г. пациент получил три цикла адъювантной полихимиотерапии, но в связи с гематологической токсичностью лечение было остановлено.

В декабре 2020 г. пациенту выполнена резекция околоушной слюнной железы – по гистологии это метастаз меланомы.

В феврале 2021 г. у пациента выявлен метастаз в культе бронха, который по результатам гистологического исследования бронхоскопии верифицирован как рецидив плоскоклеточной карциномы в культе левого главного бронха. Плоскоклеточный рак легкого PDL TIL 10%, PDL TPS 90. По результатам ПЭТ-КТ у пациента выявлен метастаз размером до 15 мм в лимфоузле угла нижней челюсти слева, а также метастаз размером до 2 см в проекции стенок главного бронха.

Участники симпозиума обсудили тактику лечения такого пациента. Н.В. Жукова отметила, что у пациента первично-множественный рак, не синхронный, а, вероятно, метахронный. У пациента запрогрессировали сразу два опухолевых заболевания. Если основываться на том, что у пациента в анамнезе рак легкого и меланома и оба прогрессируют одновременно, то нужно по возможности воздействовать одной схемой лечения сразу на два заболевания. Н.В. Жукова считает, что при раке легкого с PD-L-гиперэкспрессией и BRAF-положительной меланоме нужно предложить пациенту такую терапию, которая сможет охватить оба показания. Это может быть пембролизумаб или ипилимумаб + ниволумаб. При BRAF-положительной меланоме можно оставить и пембролизумаб, и ипилимумаб + ниволумаб, но есть и еще один вариант: можно дать гиперэкспрессору атезолизумаб, а BRAF-положительной меланоме можно дать таргеты. Но с учетом того, что в данном случае прогрессируют сразу два заболевания, идти по какому-то простому пути не стоит, иначе выбирать следующую линию терапии будет еще сложнее. Н.В. Жукова призналась, что в ее практике подобных случаев не было, но она все-таки назначила бы пациенту тройную комбинацию атезолизумаба с вемурафенибом и кобиметинибом.

Доктор, который вел этот случай, действительно выбрал для лечения пациента тройную комбинацию – вемурафениб, кобиметиниб и атезолизумаб. В конце первого цикла терапии возникли нежелательные явления (НЯ), но редукция дозы не потребовалась: пациента беспокоили сыпь, зуд и диарея 1-й степени. Через 6 месяцев у пациента был зафиксирован полный ответ на лечение.

К.В. Орлова согласилась с тем, что для лечения этого пациента можно выбрать тройную комбинацию. При сочетании таргетной и иммунотерапии возникает резонный вопрос, не суммируются ли побочные эффекты от этих препаратов и не возникнет ли непереносимость, которая в свое время была зафиксирована при соединении ипилимумаба с вемурафенибом.

Поэтому логично было разобрать следующим вопросом тему безопасности тройной терапии.

Каких нежелательных явлений ожидать при тройной терапии?

Результаты исследования [12] показали, что в большинстве случаев при тройной терапии количество НЯ в целом не увеличивается. В рамках исследования IMspire 150 дается run-in период, то есть допускается первый цикл терапии, когда пациент получает комбинацию вемурафениба с кобиметинибом в нормальных стандартных дозировках, а дальше, в зависимости от переносимости, может возникать необходимость редуцировать дозу. Если такой необходимости нет, то во втором цикле необходимо уменьшить дозу вемурафениба до 720 мг два раза в сутки, при этом кобиметиниб оставить без изменений и добавить иммуноонкологический компонент – в данном случае атезолизумаб.

Таким образом, run-in период исследования позволяет управлять токсичностью, которая развивается в большинстве случаев на таргетной терапии в первый месяц лечения.

В Российской Федерации таргетная терапия зарегистрирована давно, и все отечественные специалисты с ней уже работали, поэтому всем хорошо известно, что при назначении вемурафениба с кобиметинибом чаще всего возникают дерматологические НЯ. Если их вовремя распознать и назначить правильную коррекцию, то в течение месяца можно с ними справиться. И если пациент переносит это лечение, то уже начиная со второго месяца можно добавить иммунотерапию атезолизумабом.

К.В. Орлова отметила, что профиль безопасности тройной комбинации показал токсичность, сравнимую с двойной. При этом у тройной комбинации наблюдается даже меньше НЯ, которые бы привели к отмене терапии: 12,6% в группе «вемурафениб + кобиметиниб + атезолизумаб» по сравнению с 15,6% в группе комбинированной таргетной терапии (вемурафениб + кобиметиниб). Поэтому, с одной стороны, наблюдается управляемый профиль безопасности, а с другой стороны, это дает возможность пациентам получить максимально длительный ответ, который был достигнут на таргетной терапии. Таким образом, с точки зрения безопасности и ожидаемых результатов тройная комбинация подходит пациенту, которому она назначается как старт лечения метастатической меланомы кожи.

Что такое «аллергия» на таргетные препараты?

Н.В. Жукова напомнила, что онколог должен заранее информировать пациента о НЯ и предупредить его, что нужно обратиться помощью к доктору на ранних степенях токсичности препарата, например, при появлении кожной аллергии. Это позволит врачу вовремя выявить НЯ и купировать их, не прибегая к необоснованной отмене терапии.

В этом помогает run-in период, так как основная доля НЯ при таргетной терапии возникает в первые месяцы, что очень удобно для специалистов: им не нужно разбираться в проблеме и дифференцировать токсичность, как это требуется при некоторых других схемах, в том числе иммунотаргетных. Можно назначить таргетную терапию, не применяя сразу тройную комбинацию. НЯ можно купировать уже в первые месяцы, учитывая алгоритм корректировки дозы и удобную форму выпуска таблеток для таргетной терапии.

Если к таргетной терапии будет добавлен атезолизумаб, то задача упрощается: профиль его токсичности известен и он является одним из самых благоприятных иммунных препаратов. Н.В. Жукова отметила, что анти-PD-L1-терапия действительно обладает одним из самых благоприятных спектров токсичности. «Аллергии» на таргетные препараты не существует, а бывают всего лишь побочные эффекты, которые не являются поводом для отмены терапии. Это лишь повод ее приостановить, подождать, справиться с НЯ и возобновить терапию в меньшей дозе, заявила Н.В. Жукова.

Клинический случай (из практики профессора Reinhard Dummer, Skin Cancer Unit, University Hospital of Zurich)

Пациент 49 лет. Диагноз: меланома IV (pT2b N2c M1c). В сентябре 2014 г. иссечена узловая пигментная меланома толщиной 1,5 мм с изъязвлением. Также выполнена широкая подмышечная лимфодиссекция.

С декабря 2014 по март 2016 г. пациент в течение 8 месяцев получал адъювантную иммунотерапию интерфероном альфа. На фоне этой терапии в октябре 2015 г. случился рецидив, который был удален. В марте 2016 г. произошел еще один рецидив, после которого пациенту была проведена локальная лучевая терапия. Каждый раз после иссечения рецидива за пациентом выполнялся контроль с помощью ПЭТ-КТ.

В ноябре 2019 г. у пациента выявлены множественные отдаленные метастазы в подмышечные лимфоузлы и кости. Во время молекулярно-генетического исследования выявлена мутация BRAF V600E. При этом у пациента нормальный уровень ЛДГ и нормальный статус ECOG.

С декабря 2019 по февраль 2020 г. пациенту было проведено четыре курса иммунотерапии ипилимумабом с ниволумабом, на фоне которых выявлено прогрессирование. Однако уровень ЛДГ оставался в норме, ECOG сохранялся 0.

Участники симпозиума обсудили тактику дальнейшего лечения. Сначала И.В. Самойленко прокомментировал проведенное хирургическое вмешательство: пациенту выполнили иссечение и лимфодиссекцию после позитивной биопсии сигнальных лимфоузлов. Специалист заявил, что в настоящее время такие операции не проводятся рутинным образом, но в 2014 г. еще не было исследований, касающихся отсутствия пользы селективной лимфодиссекции даже при позитивном сторожевом узле.

И.В. Самойленко также обратил внимание на то, что в данном случае применен пегилированный интерферон-альфа, и это эквивалент высоких доз. В настоящее время в России не используют высокие дозы из-за большой токсичности. Специалист подчеркнул роль лучевой терапии: если возникает рецидив, лучевая терапия может обеспечить контроль процесса на какой-то период времени или даже навсегда.

Но как продолжить выбор тактики лечения при прогрессировании у BRAF-позитивного пациента с ограниченным количеством болезней (отсутствие симптомов, отличный уровень ЛДГ)? И.В. Самойленко считает, что начать нужно с комбинации ипилимумаб + ниволумаб. И такой выбор сделали бы большинство специалистов. Но, к сожалению, не все пациенты отвечают на такую терапию. В данном случае была сделана ставка на эту комбинацию, и это не было ошибкой, но появились новые метастазы. Что делать в этом случае? Так как пациент BRAF-позитивный, то, по мнению специалиста, следует добавить какую-то комбинированную таргетную терапию. При этом вполне вероятно, что можно сохранить и иммунный компонент, потому что прогрессирование не слишком бурное. И к таргетной терапии разумно

добавить анти-PD-1 или анти-PD-L. И.В. Самойленко предложил использовать BRAF-ингибиторы, МЕК-ингибиторы, возможно с анти-PD-1/PD-L1-компонентом. Из зарегистрированных схем сегодня, конечно, единственный вариант – это вемурафениб, кобиметиниб и атезолизумаб.

Таким образом, для данного клинического случая И.В. Самойленко предлагает назначить тройную комбинацию: BRAF-ингибиторы, МЕК-ингибиторы ± анти-PD-1, анти-PD-L1.

И.А. Утяшев сообщил, какую тактику лечения выбрал профессор R. Dummer, который представил этот клинический случай. С марта 2020 г. пациент действительно начал получать таргетную и иммунотерапию. Через три недели от начала терапии на фоне лечения у пациента возникли гипертермия, сыпь, а также гипотензия, тахикардия и диарея. Кроме этого, у пациента было выявлено повышение креатинина, АЛТ, АСТ, а также цитокинов интерлейкина-6, фактора некроза опухоли альфа, интерферона гамма (рутинно в Российской Федерации эти тесты не выполняются.) На фоне этих побочных эффектов терапия была приостановлена на 25 дней. Пациент получал глюкокортикостероиды в виде метилпреднизолона внутривенно. Постепенно врач вернулся к исходной дозировке вемурафениба + кобиметиниба в течение трех недель. На фоне терапии у пациента зафиксирован полный ответ по ПЭТ-КТ, сохранялся нормальный уровень ЛДГ.

И.В. Самойленко прокомментировал ход лечения и отметил, что оно стало серьезным стрессом для пациента: высокая температура, сыпь, поражение 100% кожных покровов. Такого рода сыпь бывает нередко, но странно, что в данном случае это произошло довольно быстро. От отметил, что в большинстве случаев врачи могут не допускать сыпи, если вовремя сделать перерыв.

И.А. Утяшев заявил, что залог успеха лечения как таргетной, так и комбинированной иммунотерапии действительно заключается в плотном контакте между врачом и пациентом, особенно в тех случаях, когда пациент получает потенциально токсичное лечение – в такой ситуации специалисты должны быть с ним на связи постоянно.

Что делать, если происходит прогрессия после тройной терапии?

К.В. Орлова отметила, что прогрессия после тройной терапии – проблема, с которой сталкиваются большинство врачей. Что делать, если после иммунотерапии и таргетной терапии пациент не ответил на проведенное лечение? Специалист заявила, что выход есть: всегда есть комбинированная иммунотерапия. И можно пойти по пути от обратного, назначив тройную комбинацию, а затем двойную комбинацию ипилимумаба и ниволумаба. Можно также рассматривать вариант химиотерапии (ХТ).

По словам К.В. Орловой, появились публикации данных о том, что пациентам, которые ранее получили иммунотерапию, таргетную терапию и уже не отвечают ни на одно современное эффективное лечение, но при этом имеют сохранный статус, желание лечиться и возможности по всем органам и системам, можно назначить ХТ. При этом можно рассчитывать на большую ЧОО и на чуть лучшие показатели, чем если бы та же самая ХТ была назначена пациенту, который ранее не лечился в рамках ХТ первой линии.

Специалист отметила, что в настоящее время ХТ не назначают пациенту с диссеминированной меланомой, не попробовав иммунотерапию или таргетную терапию. По этой причине нельзя утверждать, что если у пациента после тройной комбинации вдруг развилось прогрессирование болезни, то у него нет выбора. И с каждым годом выбор становится все шире. Сейчас у врачей есть возможность сразу достичь объективного ответа (ОО) и сделать так, чтобы пациент ответил в дальнейшем на иммунотерапию, а эффект иммунотерапии реализовался и этот ОО сохранялся длительное время. Это позволяет сделать тройная комбинация. Но если пациент является первично резистентным к современному лечению и не отвечает на иммунотерапию анти-PD-L в сочетании с анти-BRAF и анти-МЕК, то в этом случае следует использовать возможности комбинированной иммунотерапии.

Таким образом, считает К.В. Орлова, в случае прогрессии после тройной терапии пациенту следует назначать комбинированную терапию ипилимумаб + ниволумаб или ХТ.

И.А. Утяшев сообщил, что в онкологии сегодня доминирует концепция дать пациенту самое лучшее лечение в первую линию метастатической формы болезни. В России все больше специалистов придерживаются такого подхода, потому что у пациента просто может не быть шанса на вторую и последующую линии терапии. Специалист добавил, что сейчас появляются высокоэффективные способы лечения резистентных больных и, в частности, новые препараты, которые были представлены на прошедших конгрессах ESMO и ASCO. Они дают шанс пациентам, спрогрессировавшим даже на тройных комбинациях, получить ответ на последующем лечении.

Существует ли зависимость эффективности таргетной терапии от дозы?

И.В. Самойленко заявил, что такая зависимость, безусловно, есть. Известно, что эффективность лекарственных препаратов (таргетных препаратов, химиопрепаратов) зависит от дозы – от концентрации этих препаратов в крови. Чем она ниже, тем ниже эффект. А чем она выше, тем выше противоопухолевый эффект, но выше и токсичность. Это касается также ингибиторов BRAF и МЕК [13]. Сегодня в России зарегистрировано два ингибитора BRAF, а в мире – три. У них разная минимальная подавляющая концентрация и разные концентрации, которые нужны для достижения эффекта.

Проблема с этими лекарствами заключается в том, что нельзя надежно прогнозировать их концентрацию в крови в зависимости от дозы, которую человек принимает, из-за большой индивидуальной вариабельности. Но есть некоторые наблюдения (они даже попали в инструкцию), которые помогают повысить дозу или

> В первый месяц оценивается переносимость таргетной терапии. Во втором цикле можно добавлять иммунотерапию, и лечение будет переноситься удовлетворительно

понизить ее. Например, если принимать вемурафениб с пищей, желательно с жирной, то концентрация повышается. А если принимать его постоянно натощак, то концентрация существенно снижается. Это подтвердило исследование BRIM-1 [9]. Поэтому пациентов важно проинструктировать, что принимать препарат нужно не на пустой желудок, а во время приема пищи.

Риск развития тяжелой сыпи у женщин в два раза выше, чем у мужчин (22% против 11%, $p < 0{,}001$), у женщин на 14% выше средняя равновесная экспозиция [14].

Также есть вопрос, который касается снижения дозы в силу разных причин. Если пациент принимает таблетки и врач снижает ему дозу, например, из-за токсичности, то возникает вопрос, влияет ли это на эффективность лечения. Специалист заявил, что, к сожалению, однозначного ответа на этот вопрос нет. В идеале надо измерить концентрацию в крови, но это очень сложный тест. Даже в Москве его могут делать всего лишь несколько лабораторий, а надежно – лишь единицы из них. Но в рутинной практике концентрацию измерить невозможно, поэтому стоит рассчитывать так: если есть токсичность, то это с высокой долей вероятности означает, что концентрация препарата достаточно высока и ее нужно понизить, но при этом нельзя компрометировать эффективность. Если токсичность настолько высокая, что пациент не переносит прием двух таблеток за один раз и нужно принимать по одной, то у врача всегда есть план Б – другая таргетная комбинация, которая может лучше переноситься у этого конкретного пациента. Если нужно снижать дозу ниже минимума (меньше двух таблеток два раза в сутки), то лучше перейти на другую таргетную комбинацию – дабрафениб с траметинибом.

Концентрация препарата в крови влияет на эффективность лечения, считает И.В. Самойленко. Но если из-за токсичности есть потребность в снижении дозы, то она вынужденная. И для этого конкретного пациента, по всей вероятности, при снижении дозы концентрация остается на безопасном уровне.

К.В. Орлова добавила, что в исследовании IMspire 150 TRILOGY [12] доза вемурафениба снижается вне зависимости от того, были у пациента НЯ в первый месяц лечения или их не было. Но при этом, несмотря на снижение дозы вемурафениба до 720 мг два раза в сутки, исследование достигло своей первичной конечной точки: оно показало увеличение ВБП и длительности ответа. Поэтому К.В. Орлова считает, что важно выдерживать определенную дозу препарата. Она отметила, что иногда доктора не хотят использовать тройную комбинацию, потому что надо снизить дозу вемурафениба, но в реальности результаты исследования показали, что это не влияет на эффективность. Очень важно понимать, что первый месяц дается для того, чтобы оценить переносимость таргетной терапии. И если пациенту уже снизили дозу до 720 мг, можно спокойно добавлять иммунотерапию и рассчитывать на то, что лечение будет переноситься удовлетворительно.

И.В. Самойленко отметил, что в исследовании TRILOGY все-таки было два рукава. Один из них был с тройной комбинацией, где было умышленно запланировано снижение дозы Зелборафа, а во втором пациенты получали полную дозу. Но в контрольном рукаве далеко не все 100% пациентов получили препарат в полной дозе. И если говорить о том, что исследование достигло первичной конечной точки, то возникает вопрос: на самом ли деле доза того лекарства, которое дает наибольшую токсичность, была выдержана на уровне 100% у всех пациентов в обоих рукавах?

К.В. Орлова отметила, что иногда встречается мнение, что вемурафениб с кобиметинибом переносится хуже. Поэтому можно дать дабрафениб с траметинибом, и пациент будет получать полную дозу. Но результаты исследований показали, что снижение дозы из-за НЯ не приводит к ухудшению результатов лечения. Специалист напомнила, что сейчас уже есть публикации по оценке развития у пациента экзантемы 1–2-й или 3–4-й степеней в ранние фазы или в отсроченный период. В них показано, что если врач своевременно контролирует НЯ и вовремя назначает пациенту сопутствующую терапию, то они могут и не произойти. Тогда не потребуется отменять лечение или редуцировать дозу до уровня, когда она просто перестает работать.

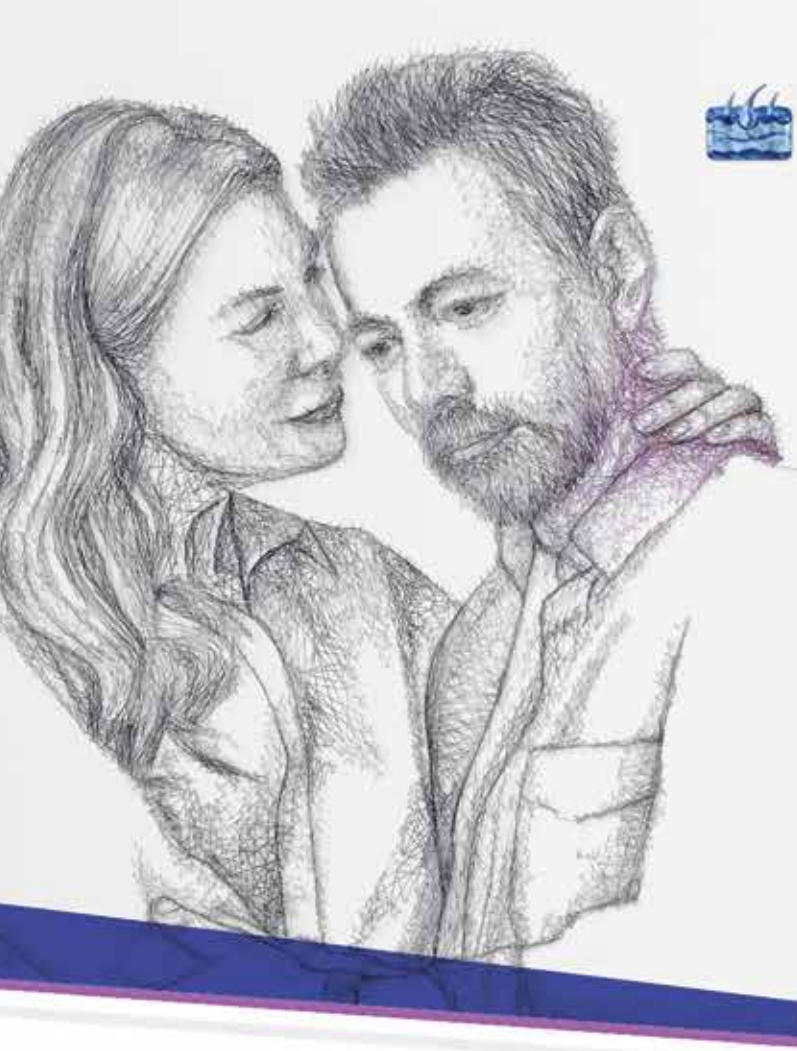
К.В. Орлова заявила, что везде хорош баланс и врач должен информировать пациента о том, что первые два месяца лечения являются достаточно показательными как с точки зрения НЯ, так и для дальнейшего добавления иммунотерапевтического компонента.

Как расставить значения медианы ВБП по клиническим исследованиям и по препаратам, в которых она была достигнута?

Н.В. Жукова с помощью коллег указала значения медианы ВБП, полученные в различных исследованиях, следующим образом:

- атезолизумаб + кобиметиниб + вемурафениб: 15,1 месяца;
- кобиметиниб + вемурафениб: 12,6 месяца;
- дабрафениб + траметиниб: 11,4 месяца;
- ипилимумаб + ниволумаб: 11,5 месяца;
- пембролизумаб: 8,4 месяца:
- ниволумаб: 5,1 месяца;
- пролголимаб: 6,6/3,7 месяца.

И.А. Утяшев уточнил, что тройная комбинация действительно дает медиану ВБП 15,1 месяца, но это данные непрямого сравнения. Пациенты с метастатической меланомой, которые включались в эти исследования, обладали разными характеристиками.



ТЕЦЕНТРИК® + КОТЕЛЛИК® (кобиметиниб) + ЗЕЛБОРАФ® (вемурафениб)

РАСШИРЯЯ ВОЗМОЖНОСТИ

Единственная комбинация таргетной и иммунной терапии, обеспечивающая длительный ответ для пациентов с BRAF+ нерезектабельной или метастатической меланомой в 1-й линии терапии[1]

ТЕЦЕНТРИК®
атезолизумаб
СОЗДАН ПОБЕЖДАТЬ*

ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Неоперабельная или метастатическая меланома с BRAF V600 мутацией в комбинации с препаратами КОТЕЛЛИК® и ЗЕЛБОРАФ® независимо от уровня экспрессии PD-L1

Полная информация о препаратах ТЕЦЕНТРИК®, КОТЕЛЛИК®, ЗЕЛБОРАФ® представлена в инструкциях по медицинскому применению. **Чтобы ознакомиться с инструкциями по медицинскому применению препаратов, отсканируйте QR-код или перейдите по ссылке:**

ТЕЦЕНТРИК®
https://www.roche.ru/ru/produkty/katalog/tecentriq.html

КОТЕЛЛИК®
https://www.roche.ru/ru/produkty/katalog/cotellic.html

ЗЕЛБОРАФ®
https://www.roche.ru/ru/produkty/katalog/zelboraf.html

Если вам требуются **распечатанные актуальные инструкции**, свяжитесь с нами по телефону **+7 (495) 229-29-99**, и мы пришлём инструкции по указанному вами адресу.

---

*Атезолизумаб представляет собой гуманизированное моноклональное антитело, которое непосредственно связывается с PD-L1 и блокирует его взаимодействие с рецепторами PD-1 и B7.1. Атезолизумаб был разработан для исключения антителозависимой клеточно-опосредованной цитотоксичности. В клиническом исследовании (КИ) IMpower133 комбинированная терапия атезолизумабом, карбоплатином и этопозидом привела к объективному ответу у 60% пациентов. Медиана длительности ответа составила 4,2 месяца. В КИ IMpower150 комбинированная терапия атезолизумабом, бевацизумабом, карбоплатином и паклитакселом привела к объективному ответу у 56% пациентов с метастатическим неплоскоклеточным немелкоклеточным раком легкого, среди них объективный ответ наблюдался у 61% в подгруппе пациентов с метастазами в печени и 71% в подгруппе пациентов с мутацией EGFR. Медиана длительности ответа составила 10,7 месяца, 11,1 месяца и 9 месяцев в подгруппах пациентов с метастазами в печени, с мутацией EGFR и без мутаций, соответственно. В КИ OAK монотерапия атезолизумабом привела к объективному ответу у 14% пациентов независимо от экспрессии PD-L1. Медиана длительности ответа составила 23,9 месяца. В КИ IMpower110 монотерапия атезолизумабом привела к объективному ответу у 38% пациентов с высокой экспрессией PD-L1. Медиана длительности ответа не достигнута. В КИ IMpassion130 комбинированная терапия атезолизумаб и наб-паклитаксел в первой линии терапии PD-L1-позитивных пациентов с нерезектабельным местнораспространенным или метастатическим тройным негативным раком молочной железы (ТНРМЖ) позволила достичь объективного ответа у 58,9% пациентов (против 42,6% в группе плацебо + наб-паклитаксел). Медиана длительности ответа составила 8,5 месяцев в группе атезолизумаб + наб-паклитаксел и 5,5 месяцев в группе сравнения. В КИ IMvigor210 монотерапия атезолизумабом привела к полному ответу у 13% в подгруппе пациентов с экспрессией PD-L1 ≥5% на иммунокомпетентных клетках в когорте 1, и у 7% в когорте 2 в общей популяции. Медиана длительности ответа в когорте 2 КИ IMvigor210 составила 24,8 месяца, а в когорте 1 медиана длительности ответа еще не достигнута. В КИ IMvigor130 комбинация атезолизумаба с платиносодержащей химиотерапией привела к объективному ответу у 47% пациентов с местнораспространенным и метастатическим уротелильным раком, увеличив частоту полных ответов до 13%, по сравнению с 7% в группе стандартной платиносодержащей терапии. Медиана длительности ответа в группе комбинированной иммунохимиотерапии составила 8,5 месяцев. Также в исследовании IMvigor130 монотерапия атезолизумабом позволила достичь контроля над заболеванием у 66% пациентов с высокой экспрессией PD-L1. Медиана длительности ответа не достигнута. В КИ IMbrave150 комбинированная терапия атезолизумабом и бевацизумабом привела к объективному ответу у 27,3% пациентов с нерезектабельной гепатоцеллюлярной карциномой. Медиана длительности ответа не достигнута. В КИ IMspire150 комбинированная терапия атезолизумабом, вемурафенибом и кобиметинибом привела к объективному ответу у 66,3% пациентов с нерезектабельной местнораспространенной или метастатической меланомой. Медиана длительности ответа в группе комбинированной иммуно- и таргетной терапии составила 21 месяц.

1. Ralf Gutzmer, Daniil Stroyakovskiy, Helen Gogas et al., Atezolizumab, vemurafenib, and cobimetinib as first-line treatment for unresectable advanced BRAFV600 mutationpositive melanoma (IMspire150): primary analysis of the randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial, Lancet 2020; 395: 1835–44

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

M-RU-00001798 Декабрь 2020

АО «Рош-Москва»
107045, Россия, г. Москва
Трубная площадь, дом 2
Помещение I, этаж 1, комната 42
МФК «Галерея Неглинная»
Тел.: +7 (495) 229-29-99
www.roche.ru

Roche

Реклама

Клинический случай (из практики И.А. Утяшева)

Пациентка 48 лет. Диагноз: меланома T3bN0M0, IIB стадия. В октябре 2015 г. были выполнены иссечение меланомы кожи и профилактическая селективная паховая лимфаденэктомия. По результатам гистологического исследования была выявлена меланома с изъязвлением толщиной 3 мм. С декабря 2015 г. по июнь 2017 г. пациентка получила профилактическую адъювантную терапию низкими дозами интерферона альфа. В январе 2021 г. было зафиксировано прогрессирование болезни. Обнаружено метастатическое поражение головного мозга (множественные метастазы) и метастазы в подвздошные лимфоузлы слева. По результатам исследования на BRAF-мутации была выявлена мутация BRAF 600E. Пациентка консультирована лучевым терапевтом, и в тот момент не было рекомендовано проведение лучевой терапии из-за обширности поражения вследствие отека. При этом у пациентки был нормальный уровень ЛДГ.

Какую тактику лечения предложить пациентке? И.А. Утяшев сообщил, что в связи с симптомами болезни и большим проявлением болезни в головном мозге он выбрал тактику тройной комбинации. В течение первых четырех недель пациентка получала вемурафениб с кобиметинибом. На фоне лечения у нее возникли НЯ: макулярная сыпь 2-й степени и зуд. Доза была снижена однократно, и пациентка принимала антигистаминные препараты. Это помогало на какое-то время, но затем на четвертой неделе терапии у пациентки вновь возник эпизод макулярной сыпи уже 3-й степени, сильный зуд и отеки конечностей. Пациентке была прекращена таргетная терапия на 5 дней и даже однократно был введен дексаметазон 4 мг внутримышечно. Затем терапия была возобновлена после нормализации сыпи, и на 28-й день ей начали вводить атезолизумаб. На фоне этой терапии пациентка была обследована. На 60-й день терапии был зафиксирован частичный ответ – уменьшение очагов на 45%.

На сегодняшний день прошло уже 9 месяцев терапии. Последнее обследование было неделю назад. По результатам ПЭТ-КТ, у пациентки сохраняется небольшой метастаз в подвздошном лимфоузле и метастаз в головном мозге, оба без динамики. Суммарно уменьшение очагов достигло 65%, поэтому можно говорить о стойком частичном ответе на терапию.

В заключение симпозиума участники говорили о необходимости наиболее эффективного лечения как в первой, так и во второй линиях терапии. И залог победы над метастатической меланомой – каждый пациент должен получить самую лучшую для него опцию лечения. НОП [2030]

Литература

1. *Larkin J., Chiarion-Sileni V., Gonzalez R. et al.* Combined nivolumab and ipilimumab or monotherapy in untreated melanoma // N. Engl. J. Med. 2015. Vol. 373. P. 23–34.
2. *Robert C., Schachter J., Long G.V. et al.* Pembrolizumab versus ipilimumab in advanced melanoma // N. Engl. J. Med. 2015. Vol. 372. P. 2521–2532.
3. *Wolchok J.D., Chiarion-Sileni V., Gonzalez R. et al.* Overall survival with combined nivolumab and ipilimumab in advanced melanoma // N. Engl. J. Med. 2017. Vol. 377. P. 1345–1356.
4. *Callahan M.K., Kluger H., Postow M.A. et al.* Nivolumab plus ipilimumab in patients with advanced melanoma: updated survival, response, and safety data in a phase I dose-escalation study // J. Clin. Oncol. 2018. Vol. 36. P. 391–398.
5. *Imbert C., Montfort A., Fraisse M. et al.* Resistance of melanoma to immune checkpoint inhibitors is overcome by targeting the sphingosine kinase-1 // Nat. Commun. 2020. Vol. 11. P. 437.
6. *Jenkins R.W., Barbie D.A., Flaherty K.T. et al.* Mechanisms of resistance to immune checkpoint inhibitors // Br. J. Cancer. 2018. Vol. 118. № 1. P. 9–16.
7. *Czarnecka A.M., Teterycz P., Mariuk-Jarema A. et al.* Treatment sequencing and clinical outcomes in BRAF-positive and BRAF-negative unresectable and metastatic melanoma patients treated with new systemic therapies in routine practice // Target. Oncol. 2019. Vol. 14. P. 729–742.
8. *Amaral T., Seeber O., Mersi E. et al.* Primary resistance to PD-1-based immunotherapy–a study in 319 patients with stage IV melanoma // Cancers (Basel). 2020. Vol. 12. № 4. P. 1027.
9. *Liu Y., Zhang X., Wang G. et al.* Triple combination therapy with PD-1/PD-L1, BRAF, and MEK inhibitor for stage III-IV melanoma: a systematic review and meta-analysis // Front. Oncol. 2021. Vol. 11. P. 693655.
10. *Wu M., Wang Y., Xu Y. et al.* Indirect comparison between immune checkpoint inhibitors and targeted therapies for the treatment of melanoma // J. Cancer. 2019. Vol. 10. № 24. P. 6114–6123.
11. *Marconcini R.* Comparison between first line target therapy and immunotherapy in different prognostic categories of BRAF mutant metastatic melanoma patients. Poster 1045P, presented at ESMO Confress 2021.
12. *Gutzmer R., Stroyakovskiy D., Gogas H. et al.* Atezolizumab, vemurafenib, and cobimetinib as first-line treatment for unresectable advanced BRAFV600 mutation-positive melanoma (IMspire150): primary analysis of the randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial // Lancet. 2020. Vol. 395. № 10240. P. 1835–1844.
13. *Gutzmer R., Stroyakovskiy D., Gogas H. et al.* Atezolizumab, vemurafenib, and cobimetinib as first-line treatment for unresectable advanced BRAFV600 mutationpositive melanoma (IMspire150): primary analysis of the randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial // Lancet. 2020. Vol. 395. P. 1835–1844.
14. *Young K., Minchom A., Larkin J. et al.* BRIM-1, -2 and -3 trials: improved survival with vemurafenib in metastatic melanoma patients with a BRAF(V600E) mutation // Future Oncol. 2012. Vol. 8. № 5. P. 499–507.
15. *Hopkins A.M., Akash D., Rathod A.D. et al.* Risk factors for severe rash with use of vemurafenib alone or in combination with cobimetinib for advanced melanoma: pooled analysis of clinical trials // BMC Cancer. 2020. Vol. 27. № 1. P. 157.

Интернет-магазин медицинской книги

www.mbookshop.ru

Только НОВИНКИ

Книги ЛУЧШИХ медицинских издательств

Ежедневное обновление

Без регистрации

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ подход к расчету доставки

Подарки и СКИДКИ покупателям

Приятный интерфейс и УДОБНЫЙ поиск

Не тратьте время на поиск книг в магазинах вашего города.

Зайдите к нам!

Реклама

XIII

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
КОНГРЕСС

НЕВСКИЙ РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

Позвольте мечтам сбываться!

22–23 апреля 2022
Санкт-Петербург

www.spbra.ru

Реклама

24–26 МАЯ

МВЦ «КРОКУС ЭКСПО»,
3 ПАВИЛЬОН, 4 ЭТАЖ, 20 ЗАЛ

XIV ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА 2022

Регистрация и подробная информация на сайте mediexpo.ru

В РАМКАХ ФОРУМА

XVI Всероссийский национальный конгресс лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2022»

11-й Московский международный курс под эгидой ISUOG и РАСУДМ «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в медицине матери и плода»

XV Юбилейная научно-практическая конференция интервенционных онкорадиологов

XIV Всероссийская научно-практическая конференция «Функциональная диагностика – 2022»

XIV Международная специализированная выставка оборудования, техники, фармпрепаратов для диагностики заболеваний человека «МедФармДиагностика – 2022»

ОРГАНИЗАТОРЫ

- ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
- ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы»
- ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России
- Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине
- Российское общество рентгенологов и радиологов
- Общество интервенционных онкорадиологов
- Российская ассоциация маммологов
- АНО «Национальный конгресс лучевых диагностов»
- Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики

По вопросам участия в научной программе
Организационный комитет национального конгресса лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2022»
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Кафедра лучевой диагностики и терапии
radiolog@inbox.ru
+7 (499) 248-77-91, +7 (499) 248-75-07

Секретарь конференции «Функциональная диагностика – 2022»
Анна Плясункова
+7 (925) 857-28-16

Менеджер проекта
Светлана Ранская
svetlana@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (доб. 108)
+7 (926) 610-23-74

Участие компаний в выставке «МедФармДиагностика – 2022»
Анна Романова
romanova@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (доб. 109)
+7 (926) 612-48-79

Регистрация участников и подача тезисов
Николай Скибин
reg@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (доб. 111)
+7 (929) 646-51-66

Бронирование гостиниц, заказ авиа- и ж/д билетов
Елена Лазарева
lazareva@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (доб. 119)
+7 (926) 095-29-02

Аккредитация СМИ
Ольга Еремеева
pr@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (доб. 125)
+7 (926) 611-23-59

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

МЕДИ Экспо

реклама

VI НАЦИОНАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

«ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТ МЕНАРХЕ ДО ПОСТМЕНОПАУЗЫ»

Конгресс посвящен выдающемуся онкогинекологу страны профессору Наталии Ивановне Шуваевой

Москва, ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ
Образовательный медицинский портал MEDTOUCH

16-18 февраля 2022

Регистрация на сайте **rosors.com**
Участие в конгрессе — бесплатно

Целевая аудитория

- Гинекологи
- Маммологи
- УЗИ-диагносты
- Радиологи
- Онкологи
- Репродуктологи
- Цитологи
- Специалисты лабораторной диагностики

Запланированные активности в рамках конгресса

- Семинары
- Симпозиумы
- Дискуссионные клубы
- Пленарные заседания
- Круглые столы с организаторами здравохранения

Организаторы:

При поддержке:

Технический организатор:

По вопросам участия
+7 967 003-72-05
info@rosors.com

реклама