

# НАЦИОНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ программа

## {2030}

NOP2030.RU

с. 22

Елена Паровичникова:  
«Гематология – это медицина  
критических решений»

№1  
2025

информационно - аналитический журнал

[www.nop2030.ru](http://www.nop2030.ru)

**8** Актуальная ситуация  
и перспективы развития  
онкопомощи в РФ.  
А.Д. Каприн

**12** Реализация федерального  
проекта «Борьба  
с онкологическими  
заболеваниями»: оценка  
профессионалов

**16** Опыт регионов:  
пациентоориентированная  
модель помощи онкобольным



**БЕЛЫЕ  
НОЧИ**

Петербургский международный  
онкологический форум



НМИЦ ОНКОЛОГИИ  
ИМ. Н.Н. ПЕТРОВА  
Минздрава России



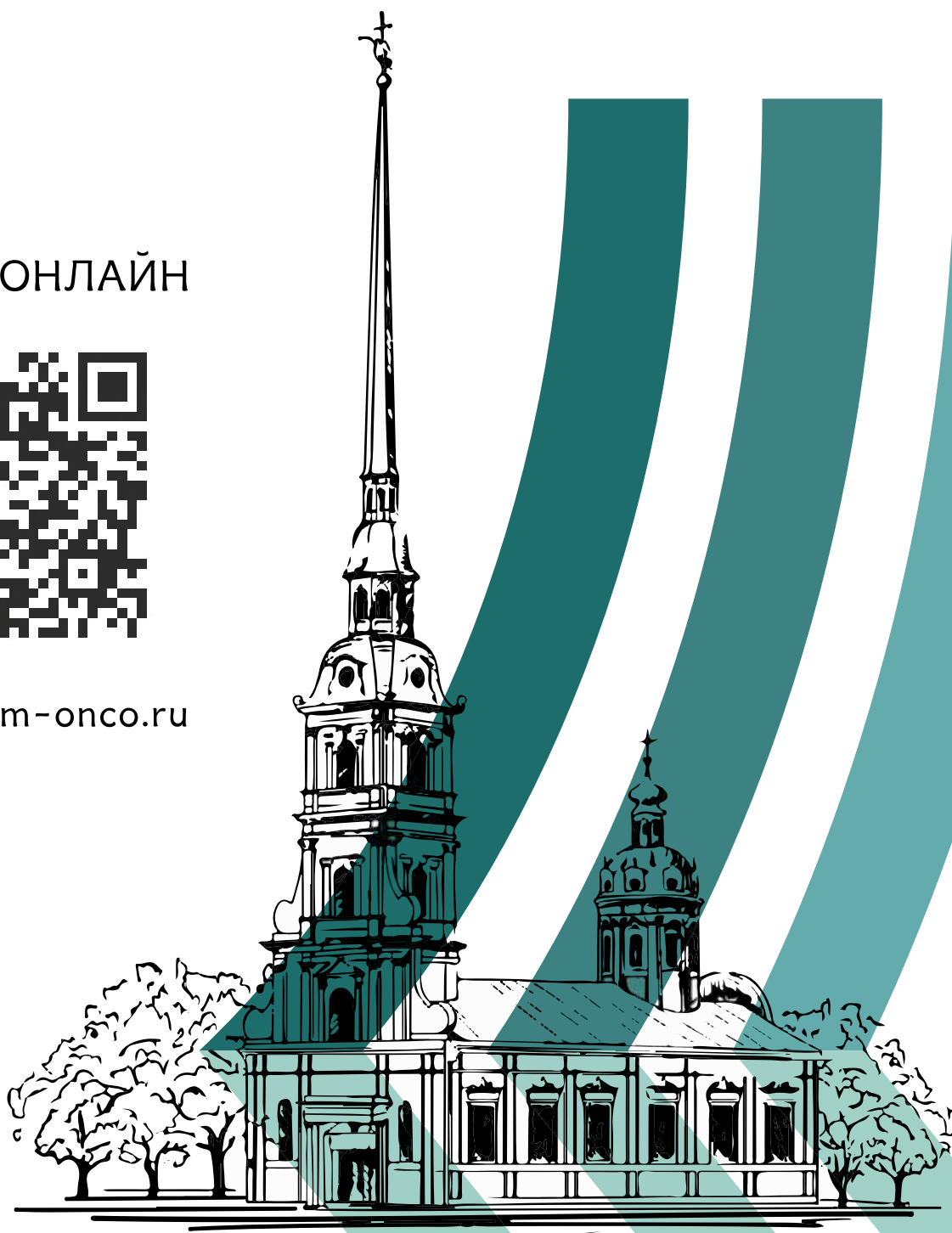
АССОЦИАЦИЯ  
ОНКОЛОГОВ  
СЕВЕРО-ЗАПАДА

# 2-5 ИЮЛЯ 2025 ГОДА XI ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ «БЕЛЫЕ НОЧИ 2025»

ОЧНО И ОНЛАЙН



[www.forum-onco.ru](http://www.forum-onco.ru)



# НОП 2030 (Национальная онкологическая программа 2030) Выпуск №1 (20), 2025

## 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. РОМАНОВА

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 О. ГЛАЗКОВА  
Дизайнер Н. НИКАШИН

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

Статус «Доступно» .....	2
Что изменится для онкопациентов в репродуктивной диспансеризации.....	3
Российские ученые и компания «Петровакс Фарм» займутся совместной разработкой и производством инновационных лекарств .....	4
НМИЦ радиологии получил сертификат соответствия надлежащей производственной практики GMP.....	7

### Приоритетные задачи

Онкологическая помощь в России: актуальная ситуация и перспективы развития. А.Д. Каприн.....	8
---	---

### Опрос

Онкологи оценивают реализацию федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» .....	12
--	----

### Опыт регионов

Пациентоориентированная модель в системе оказания медицинской помощи онкобольным .....	16
---	----

### Модель успеха

Мне поставили диагноз «острый лейкоз» на 22-й неделе беременности. Сейчас моему сыну 17 лет .....	20
--	----

### В фокусе

Детские онкологические заболевания принципиально отличаются от злокачественных опухолей у взрослых .....	24
---	----

### Общение врача и пациента

Калгари-Кембриджская модель медицинской коммуникации: от непонимания к доверию .....	28
---	----

### Синтез науки и практики

Понижение стадии при гепатоцеллюлярном раке: нужно ли стремиться к достижению критериев трансплантации печени при первично неоперабельном процессе .....	32
--	----

### Памяти коллеги

Российская онкология понесла тяжелую утрату. Не стало Михаила Ивановича Давыдова.....	39
--	----

### Инновации в онкологии

Перспективные направления в лечении злокачественных новообразований ЖКТ .....	40
--	----

### Календарь

Профильные мероприятия в 2025 году .....	43
--	----

### 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.



# Статус «Доступно»

**14** февраля 2025 г. в Нижнем Новгороде завершился XV Всероссийский форум Межрегионального общественного движения «Движение против рака», собравший ведущих специалистов онкологической отрасли, представителей государственных и общественных организаций, пациентских сообществ.

**Ф**орум «Статус «Доступно». Диагностика и лекарственное обеспечение в онкологии» стал одной из ключевых площадок для обсуждения вопросов доступности медицинской помощи и современных методов лечения. Форум прошел в гибридном формате и собрал свыше 2500 слушателей.

С приветственным словом к участникам обратился министр здравоохранения России Михаил Мурашко. Он отметил, что борьба с онкологическими заболеваниями является приоритетом государственной политики в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Министр подчеркнул, что показатель выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях достиг 60%, что является рекордным уровнем. «Благодаря усилиям государства на 22% снизилась одногодичная летальность больных онкологическими заболеваниями, а доля пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением более пяти лет, выросла на 10%. Кроме того, в регионах создано 569 центров амбулаторной онкологической помощи и 17 онкодиспансеров нового поколения, введено в эксплуатацию более 16,5 тыс. единиц медицинского оборудования, включая современные ускорители, КТ и МРТ-аппараты».

Также в видеоприветствии отмечалось, что впервые с 2020 г. в рамках нацпроекта стала доступна протонная терапия, которой уже воспользовались более 7,7 тыс. пациентов. Важной новостью стало обязательное проведение молекулярно-генетических и иммуногистохимических исследований перед назначением схемы противоопухолевой терапии. В числе ключевых спикеров форума были Николай Дронов, председатель Координационного совета МОД



«Движение против рака»; Светлана Бокова, председатель Исполнительного комитета, член Общественного совета при Минздраве России; Валерия Гульшина, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России; академик РАН Андрей Каприн, генеральный директор НМИЦ радиологии Минздрава России; член-корреспондент РАН Алексей Беляев, директор НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России. А также Жанна Хайлова, заместитель директора по организационно-методической работе МРНЦ им. А.Ф. Цыба, и Сергей Гамаюнов, главный внештатный специалист – онколог Минздрава Нижегородской области, и другие.

Одна из главных тем форума – финансирование онкологической помощи. Николай Дронов отметил, что объемы финансирования должны учитывать рост численности пациентов, инфляционные изменения и появление инновационных методов диагностики и терапии. В свою очередь Галина Маргевич, заместитель председателя Координационного совета МОД «Движение против рака», член Общественного совета при Минздраве России, подчеркнула необходимость сделать приоритетным включение в программы государственного финансирования современных лекарственных средств, особенно для лечения таких рас-

пространенных нозологий, как рак молочной железы, рак легкого и рак предстательной железы, поскольку именно эти заболевания занимают лидирующие позиции среди тем обращений на горячую линию «Движения против рака».

Также в ходе форума обсуждались такие важные темы, как персонализированный подход и стандарты, правовые аспекты получения медицинской помощи по профилю «онкология», доступность инновационной терапии в новых реалиях. Участники говорили и том, как влияют изменения в законодательстве на жизнь и здоровье пациентов.

В форуме приняли участие лидеры пациентских сообществ «ВСП», «Здравствуй», «BOOK Содействие». Большое число участников этого мероприятия показало, как важен открытый диалог между пациентами, медицинским сообществом и государственными структурами. Принятые решения и обсужденные инициативы уже в ближайшем будущем помогут повысить доступность ранней диагностики, инновационного лечения и реабилитации онкопациентов.

Форум стал не только площадкой для обмена опытом, но и значимым шагом в развитии онкологической помощи в России, укрепляющим государственные инициативы и повышающим уровень медицинского обслуживания для миллионов пациентов. **НОП [2030]**



# Что изменится для онкопациентов в репродуктивной диспансеризации

В Совете Федерации прошло мероприятие, посвященное вопросам доступности репродуктивной диспансеризации и инновационной терапии для онкологических пациентов. В заседании круглого стола под председательством первого заместителя Комитета по социальной политике Жанны Чефрановой приняли участие представители федеральных структур и профессионального сообщества.

Галина Маргевич, заместитель председателя Координационного совета «Движения против рака», акцентировала внимание собравшихся на важности сохранения фертильности онкопациентов, которые столкнулись с заболеванием в репродуктивном возрасте. Согласно приказу Минздрава России № 803, криоконсервация биоматериалов рекомендована для онкопациентов перед химио- и лучевой терапией. Однако врачи часто не информируют пациентов о такой возможности, что лишает их шанса сохранить репродуктивную функцию. Представители Минздрава России поддержали инициативу по повышению информированности онкопациентов об этой программе. Кроме того, было подчеркнуто значение скорейшего утверждения клинических рекомендаций для пациентов с раком молочной железы (РМЖ). Это позволит упростить назначение инновационных препаратов и обеспечить своевременное лечение.

## Что такое репродуктивная диспансеризация и что она дает?

Уже с 2024 г. россияне могут бесплатно пройти программу диспансеризации, которая направлена на поддержание репродуктивного здоровья и профилактику заболеваний. Программа включает два этапа обследований. Второй этап диспансеризации для женщин в возрасте 30–49 лет предусматривает:

- лабораторные исследования мазков методом ПЦР для выявления инфекционных заболеваний органов малого таза;



- ультразвуковое исследование органов малого таза в начале или середине менструального цикла;
- ультразвуковое исследование молочных желез для ранней диагностики патологий;
- повторный прием и осмотр врачом акушером-гинекологом.

Важно, что теперь в рамках диспансеризации доступно не только маммографическое исследование для женщин 40+, но и ультразвуковое исследование молочных желез для женщин 18–49 лет. Это позволяет выявлять патологии молочных желез на ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно.

Исследования репродуктивного здоровья проводятся в рамках диспансеризации бесплатно, за счет средств ОМС, в той поликлинике, к которой гражданин прикреплен.

Информированность о возможностях репродуктивной диспансеризации и права пациентов на криоконсервацию жизненно важны. Для пациентов с онкологическими заболеваниями, особенно женщин с РМЖ, это шанс сохранить возможность стать родителями после лечения.

Согласно статистике, около 15% случаев всех онкологических заболеваний приходится на репродуктивный возраст – моложе 40 лет. Современные комбинированные методы противоопухолевой терапии привели к высокой эффективности лечения ряда онкологических заболеваний. Однако такая высокая эффективность лечения нередко связана с высокой токсичностью и потерей репродуктивной функции. Статистика говорит о том, что применение высокодозной химиотерапии и лучевой терапии на зону малого таза, радикальных операций ведет к 100%-ному бесплодию.

Риск бесплодия зависит от возраста пациентки, резерва яичников и типа химиотерапии.

Но у пациентов с онкологическим заболеванием есть возможность иметь детей после выздоровления. Применение современных комплексных подходов к сохранению репродуктивной функции позволит избежать негативных последствий агрессивного воздействия противоопухолевого лечения. [НОП \[2030\]](#)



# Российские ученые и компания «Петровакс Фарм» займутся совместной разработкой и производством инновационных лекарств

В марте 2025 г. Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России и биофармацевтическая компания «Петровакс Фарм» подписали стратегическое Соглашение о сотрудничестве.

Партнерство направлено на разработку и производство инновационных лекарственных препаратов, в том числе для борьбы с онкологическими заболеваниями. Отдельное внимание уделено развитию проектов по трансферу технологий производства субстанций.

Этот шаг стал логичным продолжением совместной работы, которая началась в 2024 г. В 2025 г. стартует проект по трансферу технологии синтеза субстанции иммуноонкологического препарата камрелизумаб, который был зарегистрирован в России в 2024 г. Это первый в стране иммуноонкологический препарат для лечения назофарингеальной карциномы (рака носоглотки), которая характеризуется высокой летальностью. Вывод на рынок оригинального препарата – уникальная возможность продлить и повысить качество жизни пациентов. Препарат рекомендован советами экспертов,

с участием ведущих российских онкологов, к включению в клинические рекомендации по лечению рака пищевода и рака носоглотки. Планируется проведение исследований по расширению показаний к применению для лечения рака, легких, печени, желудка.

Создание инновационных разработок и локализация полного цикла производства жизненно важных лекарств – это не просто тренд, а необходимость для российской фармацевтики. Сегодня важно обеспечить страну собственными тех-



нологиями и жизненно необходимыми препаратами. Новый альянс станет важным шагом для укрепления лекарственной безопасности России и развития отечественной фармацевтической отрасли.

«Российская биомедицинская наука



Российская биомедицинская наука достигла уровня, когда синтез даже самых сложных молекул для современных препаратов стал реальностью

достигла уровня, когда синтез даже самых сложных молекул для современных препаратов стал реальностью. Это позволяет нам создавать новые лекарства на базе самых современных технологических платформ, таких как мРНК, клеточные линии, вирусные векторы, моноклональные антитела. Наличие сильных партнеров в лице современных фармацевтических производств делает возможным налаживание полного цикла выпуска таких препаратов внутри России, что способствует укреплению суверенитета страны



и повышает доступность самых современных лекарств для пациентов», – рассказал директор НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, академик РАН, профессор Александр Леонидович Гинцбург.

Соглашение о сотрудничестве также предусматривает обмен опытом и научной информацией, подготовку кадров и презентацию результатов исследований.

«Инновационные биофармацевтические решения способны кардинально изменить жизнь человечества. Сегодня мы стремимся сделать доступными для российских пациентов передовые технологии, которые значительно увеличивают продолжительность и качество жизни при широком спектре заболеваний, включая онкологические и орфанные. Наше сотрудничество с научным и медицинским сообществом призвано ускорить разработку и внедрение прорывных методов лечения в клиническую практику», – заявил Михаил Цыферов, президент компании «Петровакс Фарм».



Еще одно важное соглашение было достигнуто в ходе IV Конференции с международным участием «Рак печени – время взаимодействовать!» — компания «Петровакс Фарм» и Междисциплинарное общество специалистов по опухолям печени (МОСОП) подписали Меморандум о взаимодействии и взаимопонимании. Документ предусматривает консолидацию усилий организаций для улучшения диагностики, профилактики и лечения онкологических заболеваний, а также развития инноваций в России. Кроме того, на симпозиуме, посвященном комбинированной терапии гепатоцеллюлярного рака, специалисты обсудили перспективы взаимодействия между российскими и китайскими учеными. Согласно официальной статистике, смертность от рака печени значительно выше (более 10 тысяч случаев в год), чем число впервые выявленных случаев заболевания (более 8 тысяч). Эти данные указывают на серьезность проблемы и необходимость принятия дополнительных мер для борьбы с этим заболеванием.

«Подписание Меморандума – это начало долгосрочного сотрудничества между МОСОП и нашей компанией. Мы надеемся, что совместные исследования и мероприятия для улучшения онкологической помощи позволят повысить качество жизни пациентов. Наша миссия – сделать доступным инновационное лечение в России. Внедрение в клиническую практику передовых биофармацевтических решений – возможность снизить смертность от рака печени, который входит в число онкозабо-

леваний с наиболее высокими уровнями летальности», – рассказала Владислава Торшина, управляющий директор по бюджетным продажам «Петровакс Фарм».

Меморандум предусматривает совместное проведение научных и клинических исследований, образовательных программ, информационно-просветительских мероприятий и содействие в разработке клинических рекомендаций.

«Плодотворное партнерство с компанией «Петровакс Фарм» может ускорить разработку и внедрение инновационных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний в клиническую практику. Совместная работа медицинского сообщества и фармкомпаний необходима для обеспечения доступности современных подходов к терапии для широкого круга пациентов», – отметил Валерий Владимирович Бредер, президент МОСОП, д.м.н., заведующий отделом лекарственного лечения НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России.

Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) – наиболее частая злокачественная опухоль печени, на которую приходится около 85% всех случаев рака печени. Общий прогноз пациентов с этим заболеванием – неблагоприятный. По словам Валерия Владимировича, новая молекула – камрелизумаб – открывает обширные перспективы в лечении ГЦР, так как данный препарат обладает рядом особенностей механизма действия, например более низкой аффинностью Fc-γR, чем другие анти-PD-1 антитела. Это способствует защите Т-клеток от действия макрофагов и сохранению дозы антитела в опу-

» Новая молекула открывает обширные перспективы в лечении гепатоцеллюлярного рака

холи, повышая эффективность лечения. Камрелизумаб – это моноклональное антитело, которое блокирует рецептор PD-1, способствуя реактивации цитотоксических Т-лимфоцитов, специфичных к опухоли, и стимулирует противоопухолевый иммунитет.

Участники симпозиума отметили, что комбинированная терапия с камрелизумабом позволяет достигнуть значимых результатов в отношении выживаемости пациентов с гепатоцеллюлярным раком. Так, в исследовании CARES-310, которое презентовал профессор Тан Хао (1-й Госпиталь Китайского медицинского университета), проведена оценка эффективности терапии комбинацией камрелизумаба и ривоцераниба в сравнении с сорафенибом у 543 пациентов с неоперабельным или метастатическим ГЦР. Камрелизумаб в сочетании с ривоцеранибом продемонстрировал статистически и клинически значимое преимущество в выживаемости без прогрессирования заболевания и в общей выживаемости по сравнению с сорафенибом. Медиана общей выживаемости при приеме камрелизумаба + ривоцераниба составила 23,8 месяца против 15,2 месяца по сравнению с приемом сорафениба. Частота общей выживаемости при применении камрелизумаба + ривоцераниба в сравнении с сорафенибом со-



## СОБЫТИЯ, ЦИФРЫ, ФАКТЫ



ставила 49,0% против 36,2% через 24 месяца и 37,7% против 24,8% через 36 месяцев.

Сопоставимые результаты применения камрелизумаба в лечении пациента с гепатоцеллюлярным раком в рамках клинического испытания третьей фазы CARES-310 наблюдались в одном из центров этого международного исследования в Республике Башкортостан. Клинический случай на симпозиуме представил заведующий отделом противоопухолевой лекарственной терапии Республиканского клинического онкологического диспансера Минздрава Республики Башкортостан Александр Валерьевич Султанбаев.

На XXVIII Российском онкологическом конгрессе биофармацевтическая компания «Петровакс Фарм» и Российское общество клинической онкологии (RUSSCO) подписали меморандум, который направлен на улучшение диагностики, профилактики и лечения онкологических заболеваний в России, а также на развитие инновационных фармацевтических продуктов и технологий. Не так давно

RUSSCO включило в практические рекомендации инновационный препарат камрелизумаб в комбинации с гемцитабином и цисплатином в качестве наиболее предпочтительной схемы первой линии терапии рака носоглотки<sup>1</sup>. Использование нового иммуноонкологического метода будет способствовать повышению выживаемости пациентов и улучшению качества жизни.



Прежде в России единственным вариантом лечения назофарингеальной карциномы в первой линии терапии являлась химиотерапия

До настоящего времени в России единственным вариантом лечения назофарингеальной карциномы в первой линии терапии являлась химиотерапия.

Препарат камрелизумаб успешно прошел международные клинические исследования, в том числе в России. Результаты третьей фазы исследования CAPTAIN-1st продемонстрировали значительное увеличение медианы выживаемости без прогрессирования и достижение высоких цифр контроля

над заболеванием при применении терапии камрелизумабом (в комбинации с гемцитабином и цисплатином) по сравнению только с химиотерапией<sup>2</sup>.

Назофарингеальная карцинома — орфанное заболевание, распространенность которого в России составляет 0,3% на 100 000 человек<sup>3</sup>. Более 40% пациентов с раком носоглотки обращаются к врачу поздно — на четвертой стадии болезни. В течение первого года после установления диагноза погибает около 45% пациентов<sup>4</sup>. Включение препарата камрелизумаб в практические рекомендации Российского общества клинической онкологии в России — необходимое условие для рассмотрения Минздравом России возможности его включения в Клинические рекомендации.

В настоящее время программа исследований продолжается по всему миру и включает более 400 зарегистрированных в мире исследований камрелизумаба для лечения различных злокачественных новообразований. Клиническая практика применения камрелизумаба насчитывает более 300 тысяч пациентов. [НОП \[2030\]](#)

<sup>1</sup> Болотина Л.В., Владимирова Л.Ю., Деньгина Н.В. и др. Опухоли головы и шеи. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1.1. Злокачественные опухоли. 2024; 14(3s2): 160–182.

<sup>2</sup> Yang Y., Qu S., Li J., et al. Camrelizumab versus placebo in combination with gemcitabine and cisplatin as first-line treatment for recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma (CAPTAIN-1st): a multicentre, randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2021; 22(8): 1162–1174.

<sup>3</sup> Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2024. 239 с.

<sup>4</sup> Мерабишвили В.М., Раджабова З.А.-Г. Опухоли головы и шеи. 2024; 3.



# НМИЦ радиологии получил сертификат соответствия надлежащей производственной практики GMP

**Н**МИЦ радиологии Минздрава России стал первым медицинским учреждением России, которое получило сертификат соответствия производства лекарственных средств требованиям Правил надлежащей производственной практики Евразийского экономического союза.



Документ выдан Минпромторгом России и подтверждает лицензию НМИЦ радиологии Минздрава России на осуществление деятельности по производству лекарственных средств.

Сертификат открывает перспективы перед НМИЦ радиологии Минздрава России на производство биомедицинских клеточных продуктов и высокотехнологичных лекарственных препаратов, обеспечивая еще один качественный шаг к персонализированной медицине будущего. А высочайший уровень технического оснащения позволит решать большой спектр специальных клинических и научных задач в российской онкологии.

Еще в конце 2023 г. при участии министра здравоохранения Российской Федерации М.А. Мураш-

ко, губернатора Калужской области В.В. Шапши и генерального директора НМИЦ радиологии Минздрава России А.Д. Каприна состоялось открытие инновационного научно-производственного комплекса по производству продуктов на основе клеточных технологий в МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиале НМИЦ радиологии Минздрава России в городе Обнинске.

«Одной из ключевых задач комплекса является интеграция биотехнологий в онкологическую практику, таких как терапия CAR-T-клетками, мезенхимальными стромальными (стволовыми) клетками и хондроцитами, онколитическими и мРНК-вакцинами», – рассказал заведующий лабораторией тканевой инженерии Денис Барановский.

По словам генерального директора НМИЦ радиологии Минздрава России, главного онколога Минздрава России, академика РАН А.Д. Каприна, особым преимуществом комплекса является тот факт, что госпитальное GMP-производство способно оказать поддержку отечественному здравоохранению в решении острых вопросов импортозамещения препаратов для лечения орфанных заболеваний, производства готовых лекарственных форм и биотехнологических продуктов для персонализированной терапии. «Это действительно большое завоевание нашего центра, которое открывает возможности для изготовления суперпрецизионных препаратов и, конечно, проведения перспективных научных исследований», – подчеркнул А.Д. Каприн. [НОП \[2030\]](#)

# Онкологическая помощь в России: актуальная ситуация и перспективы развития

В пресс-центре МИЦ «Известия» 3 февраля 2025 г. состоялась пресс-конференция на тему «Онкологическая помощь в России: актуальная ситуация и перспективы развития», приуроченная к Всемирному дню борьбы против рака. Об эпидемиологии онкологических заболеваний, разработках новых методов противоопухолевого лечения, современном состоянии и перспективах онкологической службы в России рассказал Андрей Дмитриевич Каприн.

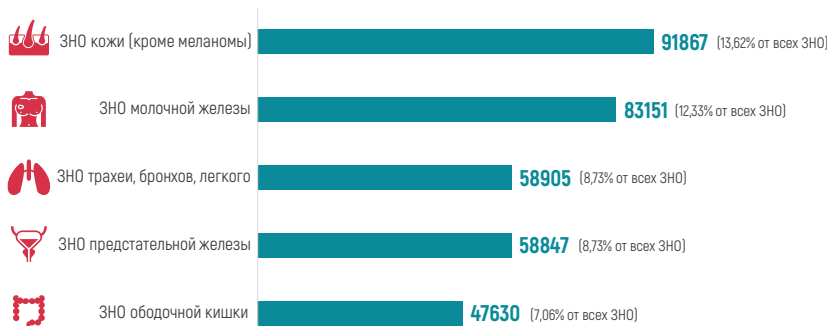


## Андрей Дмитриевич КАПРИН

академик РАН, главный внештатный специалист – онколог Минздрава России, генеральный директор ФГБУ НМИЦ радиологии, президент Ассоциации онкологов России

В начале пресс-конференции академик А.Д. Каприн подчеркнул важность и актуальность освещения широкого круга теоретических и практических проблем современной онкологии. Он отметил, что в наступившем 2025 г. Россия отмечает 80-летие Победы в Великой Отечественной войне. Также свой 80-летний юбилей празднует и отечественная онкологическая служба. В памятный день 30 апреля 1945 г., когда советские бойцы штурмовали Рейхстаг в Берлине, вышел приказ Наркомздрава СССР о создании государственной онкологической службы. В тот непростой период в стране началась активная борьба против рака, в основу которой был положен принцип доступности специализированной помощи больным.

Далее академик А.Д. Каприн акцентировал внимание на необходимости своевременной коррекции факторов риска, играющих важную роль в развитии онкологических заболеваний. Прежде всего к ним относят воздействие канцерогенов (примеси в составе пищевых



Интересный факт: 10 лет рак желудка занимал четвертое среднестатистическое место среди всех онкозаболеваний (6,96%), сегодня он на шестом месте (4,99%)

Рис. 1. Пятерка лидеров впервые выявленных злокачественных новообразований среди обоих полов

продуктов, компоненты табачного дыма, ультрафиолетовое и ионизирующее излучение и др.), инфекции (вирусы гепатита С и В, вирус папилломы человека, бактериальные инфекции), неправильный образ жизни (нарушение питания, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, недостаток физической нагрузки, злоупотребление алкоголем, табакокурение). На риск развития рака в большей степени

влияют внешние факторы, такие как образ жизни и воздействие окружающей среды, в меньшей степени – генетическая предрасположенность и наследственность. По мнению докладчика, пока еще рано говорить об окончательных результатах федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» (2019–2024 гг.). Однако уже сейчас можно выделить пятерку лидеров среди впервые



ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ

выявленных злокачественных новообразований (рис. 1). В РФ рак кожи (кроме меланомы) занимает первое место в структуре онкологических заболеваний. На втором месте среди впервые выявленных злокачественных новообразований (ЗНО) – рак молочной железы; на третьем – рак трахеи, бронхов, легкого; на четвертом – предстательной железы; на пятом – ободочной кишки. Следует отметить, что за последние пять лет изменились тенденции в заболеваемости рака желудка. Так, рак желудка в течение десяти лет занимал четвертое среднестатистическое место среди всех онкологических заболеваний (6,96%), а сегодня снизил свои позиции до шестого места (4,99%). Это не случайно. Внедрение программы скрининга, ранняя диагностика и своевременная терапия предраковых заболеваний, применение современных методов эндоскопической диагностики и малоинвазивной хирургии способствуют снижению распространенности рака желудка.

В продолжение темы академик А.Д. Каприн представил статистические данные об онкологической заболеваемости в нашей стране (рис. 2). В 2023 г. в России зафиксировано 674 587 случаев ЗНО, обнаруженных впервые. Из них 307 909 случаев выявлено среди мужчин, 366 678 – среди женщин. По сравнению с предыдущими годами прирост показателей составил 8%. По статистическим данным, доля выявления рака на I–II стадиях в 2023 г. составляет 60,5%, что выше на 2,2% по сравнению с показателями 2022 г. Безусловно, выявление рака на I–II стадиях способствует не только улучшению прогноза пациентов, но и экономии расходов на лечение. За последние пять лет отмечено снижение смертности от онкологических заболеваний на 6,2%. Кроме того, в последние годы наблюдается снижение одногодичной летальности пациентов. Это важный показатель, демонстрирующий доступность онкологической помощи, эффективность ранней



Рис. 2. Злокачественные новообразования в России в 2023 г. (заболеваемость и смертность)



Рис. 3. Статистика выполненных запросов НМИЦ радиологии в телемедицинской системе (все субъекты РФ) в 2019–2024 гг.

диагностики и современных методов лечения. Соответственно увеличение выживаемости пациентов с I–II стадиями привело к росту числа пациентов с пятилетней выживаемостью. По словам эксперта, одной из приоритетных задач онкологической службы является активное наблюдение контингента онкологических больных с выживаемостью пять лет и более. В рамках наблюдения специалисты должны осуществлять регулярные диспансерные осмотры, обследования, диагностические, лечебные мероприятия, а также оценивать эффективность проводимого лечения пациентов. Благодаря государственной поддержке за последние пять лет произошли коренная модернизация и техническое перевооружение онкологической службы нашей страны. Теперь

у врачей-онкологов появилась возможность предоставлять высокотехнологичную медицинскую помощь еще большему количеству пациентов. Приобретены и установлены 13 000 единиц медицинского оборудования, открыты 569 центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), переоснащено 221 региональное медицинское учреждение, десять объектов сданы после строительства или капитальной реконструкции. Кроме того, созданы и успешно функционируют 18 референс-центров, в которых используются современные патоморфологические, иммуногистохимические и лучевые методы исследований для точной диагностики онкологических заболеваний, проводятся телемедицинские консультации (рис. 3). Становится очевидным, что исполь-

## ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ

зование практики телемедицинских консультаций в онкологии способствует повышению качества оказания медицинской помощи, компетентности врачей, плодотворному обмену специализированной медицинской информацией. Накопленный опыт применения телемедицинских консультаций свидетельствует о востребованности данного формата работы у российских врачей-онкологов.

Особое внимание академик А.Д. Каприн уделил перспективным российским разработкам в области онкологии. Он отметил, что в последние годы успешно разрабатываются отечественные инновационные радиофармпрепараты для диагностики и лечения злокачественных новообразований, создаются и развиваются ядерные аптеки, где синтезируют и производят уникальные фармпрепараты. Активно развиваются биомедицинские технологии, внедряются методы персонализированной медицины. Также в России разрабатываются такие перспективные направления, как лечение ЗНО с помощью препаратов, основанных на онколитических вирусах (виротерапия), а также с применением противоопухолевых мРНК-вакцин. Большие изменения произошли в области реконструктивной и малоинвазивной хирургии. Благодаря использованию высокотехнологичного оборудования и инновационных методов лечения значительно увеличились объемы хирургических вмешательств.

Докладчик напомнил, что в рамках проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» реализуется комплекс мер, направленных на совершенствование профилактики и ранней диагностики онкологических заболеваний, обеспечение персонализированного подхода к ведению пациентов со злокачественными новообразованиями, модернизацию первичного звена. С этого года проект интегрируется в новый национальный проект «Продолжительная и ак-

тивная жизнь», рассчитанный на 2025–2030 гг.

В конце своего выступления академик А.Д. Каприн отметил важность реализации задач всероссийского просветительского проекта «Онкопатруль», направленного на сохранение здоровья населения РФ и снижение смертности от онкозаболеваний путем их раннего выявления, формирования здорового образа жизни и онконастороженности. В рамках проекта за шесть лет в 27 регионах страны ведущими российскими экспертами в области онкологии проведены 118 мастер-классов по хирургии для специалистов, 10 встреч со студентами медицинских вузов, 11 многопрофильных научно-практических конференций для врачей первичного звена. Проведено обследование 13 000 работников крупных региональных предприятий с целью выявления предопухолевых факторов и ЗНО.

Далее академик А.Д. Каприн ответил на вопросы журналистов. В частности, он рассказал о современном состоянии отечественной онкологической службы и подчеркнул, что в настоящее время Россия занимает одно из лидирующих мест в мире по организации и оказанию онкологической помощи. Профессиональная подготовка онкологов в России находится на самом высоком уровне. Также в нашей стране активно развиваются перспективные направления научных исследований в области онкологии. Разрабатываются инновационные методы радионуклидной терапии и диагностики, которые позволяют уточнить диагноз и значительно повысить качество лечения онкологических больных, создаются и внедряются в производство химиотерапевтические российские лекарственные препараты. Проведенные в последние годы мероприятия по совершенствованию онкологической помощи, внедрению перспективных методов диагностики и лечения рака способствуют снижению уровня

смертности от онкологических заболеваний среди населения РФ. Отвечая на вопрос журналиста о диагностике рака, академик А.Д. Каприн отметил, что большим достижением для отечественной онкологической службы стало внедрение скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний. В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения целью скрининга являются три локализации рака: молочной железы, шейки матки и прямой кишки. В отличие от большинства стран, в России введен по возрастной скрининг по семи локализациям на наиболее распространенные виды рака. К ним относятся рак молочной железы, шейки матки, колоректальный рак, рак легких, желудка, кожи, предстательной железы. На фоне реализации программы скрининга наблюдается увеличение доли выявленных предраковых состояний и онкологических заболеваний на ранних стадиях. Раннее выявление онкологического заболевания и своевременно начатое лечение позволяют значительно продлить жизнь пациентов и сохранить ее качество.

Далее эксперт прокомментировал вопрос о роли персонализированной медицины в лечении рака. Разнообразии морфологической структуры, разновидности, локализации и степени распространенности ЗНО диктуют необходимость персонализированного подхода к ведению онкологических больных в каждом конкретном случае.

В беседе с журналистами академик А.Д. Каприн подчеркнул, что ведущую роль в снижении онкологической заболеваемости играет профилактика онкологических заболеваний. Поэтому просветительская работа среди населения, в том числе с помощью средств массовой информации, направленная на пропаганду здорового образа жизни и повышение онкологической настороженности, будет мотивировать граждан нашей страны к участию в программах скрининга. [НОП \[2030\]](#)



Весь ассортимент  
профессиональной литературы  
для врачей



**ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ НА НАШ ТЕЛЕГРАММ-КАНАЛ**

и будьте в курсе книжных новинок,  
предстоящих мероприятий  
и главных новостей медицины!



@DOCTOR\_NAVIGATOR



## ОПРОС



# Онкологи оценивают реализацию федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»

Российское общество клинической онкологии (RUSSCO) провело опрос, посвященный реализации первого этапа (2019–2024 гг.) федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» и планам на период 2025–2030 гг. Опрос проводился среди членов RUSSCO. С его результатами онкологи ознакомились на Российском онкологическом конгрессе, проходившем 12 ноября 2024 г. в Москве.

В опросе приняли участие 124 респондента из 36 регионов. Вопросы касались строительства и реконструкции медицинских организаций, оснащения материальной-технической базы оборудованием, обеспеченности кадрами и их компетенции, эффективности внедрения новых технологий в клиническую практику, использования современных лекарственных препаратов, информатизации и внедрения искусственного интеллекта, создания центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), развития ядерной медицины.

Градации проходили по шкале: от 1 – «наименее важное» до 7 – «наиболее важное».

Комментируя цифры, которые показало анкетирование коллег, Тигран Гагикович Геворкян, заместитель директора по реализации федеральных

проектов «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина», обратил внимание присутствующих на такое мнение опрошенных: 40% респондентов считают приоритетным развитие инфраструктуры (строительство новых лечебных центров и диспансеров, реконструкция и оснащение старых) на следующем этапе реализации программы, а 95% опрошенных поддержали создание в стране федеральных медицинских центров, которые способствовали бы улучшению оказания онкологической помощи на местах.

На вопрос о том, что должно быть в приоритете при включении новых лекарственных препаратов в клинические рекомендации или в перечень ЖНВЛП, опрошенные ответили так: данные об эффективности лекарственного препарата вне зависимости от дополнительного финансирования на эти цели – 32% (40 из

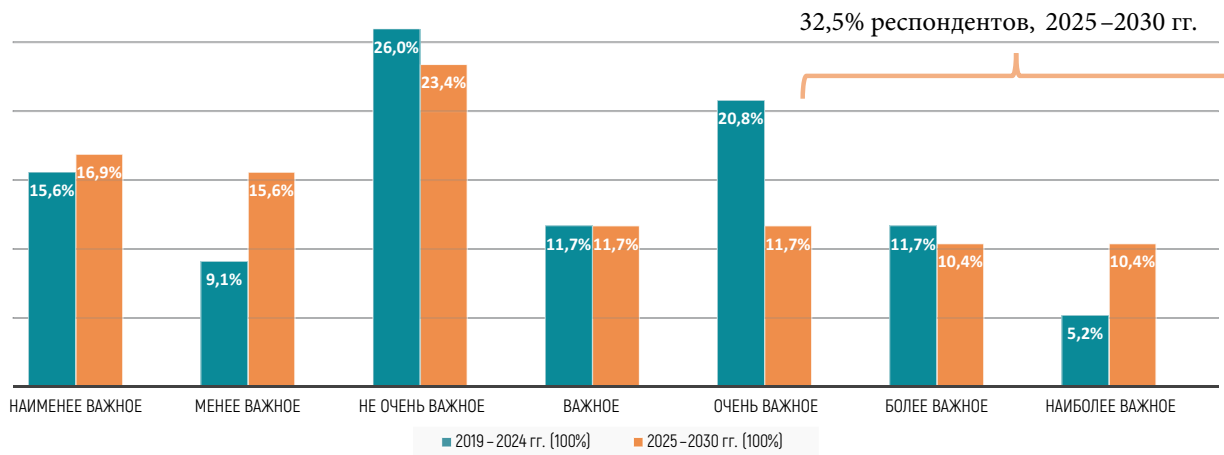


Рис. 1. Строительство и реконструкция медицинских организаций

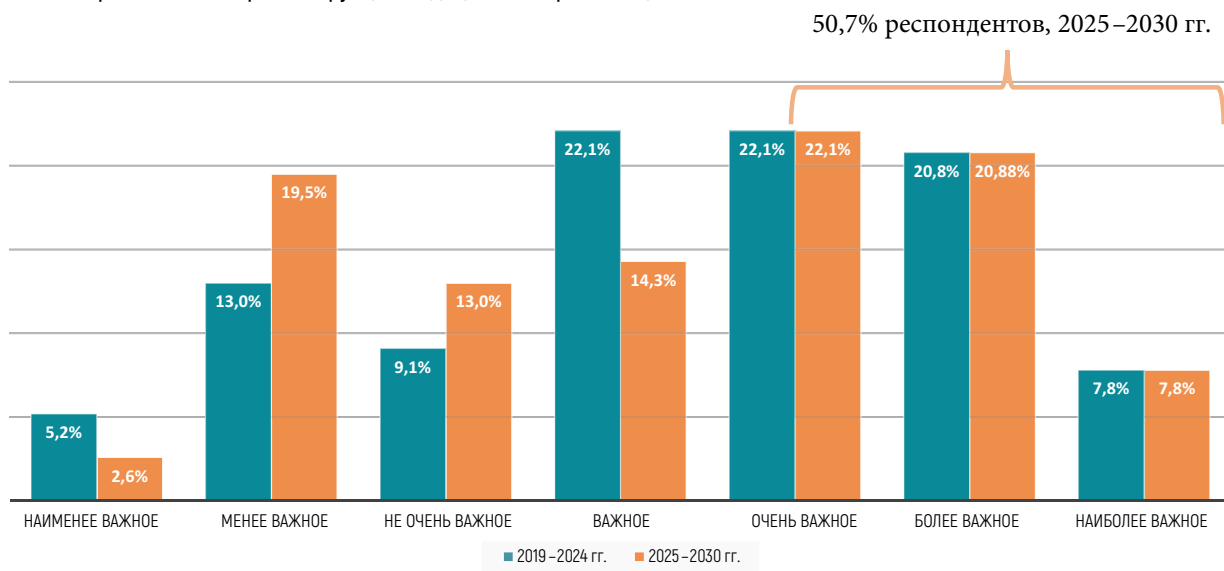


Рис. 2. Оснащение материально-технической базы оборудованием

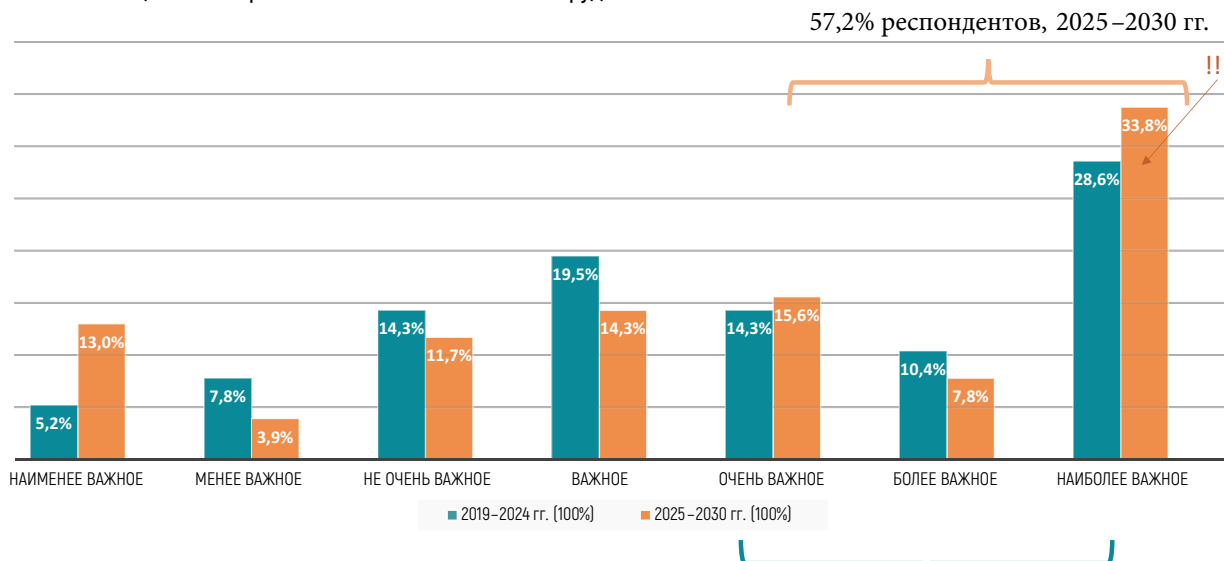


Рис. 3. Кадры и компетенции



ОПРОС

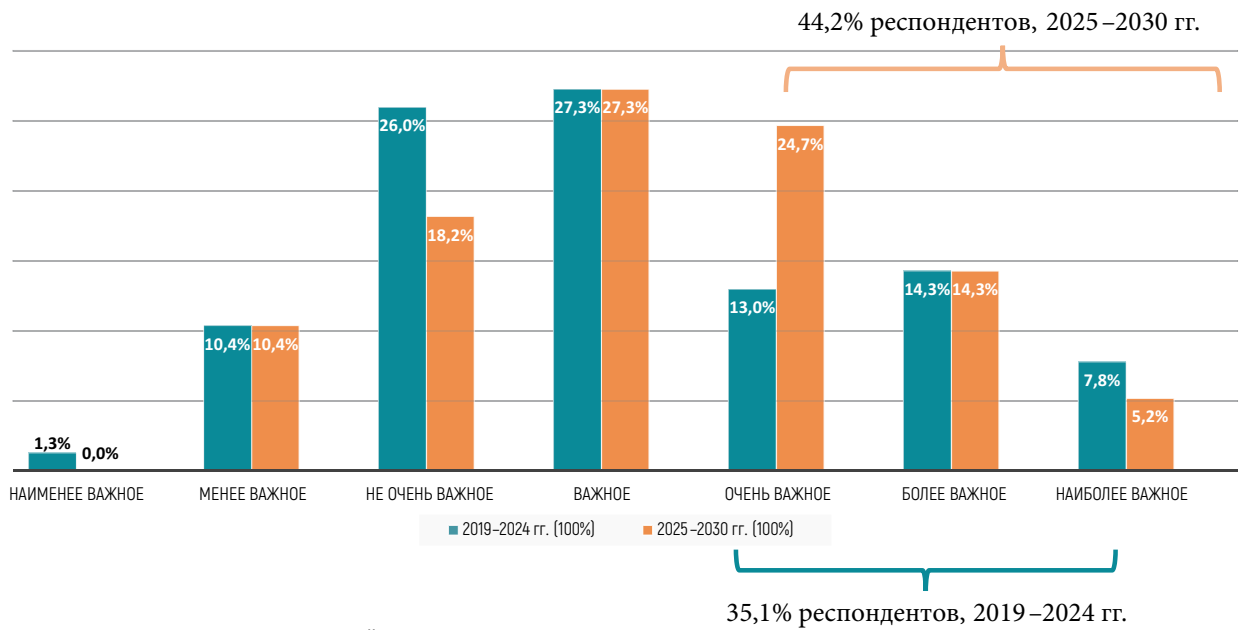


Рис. 4. Внедрение новых технологий в клиническую практику

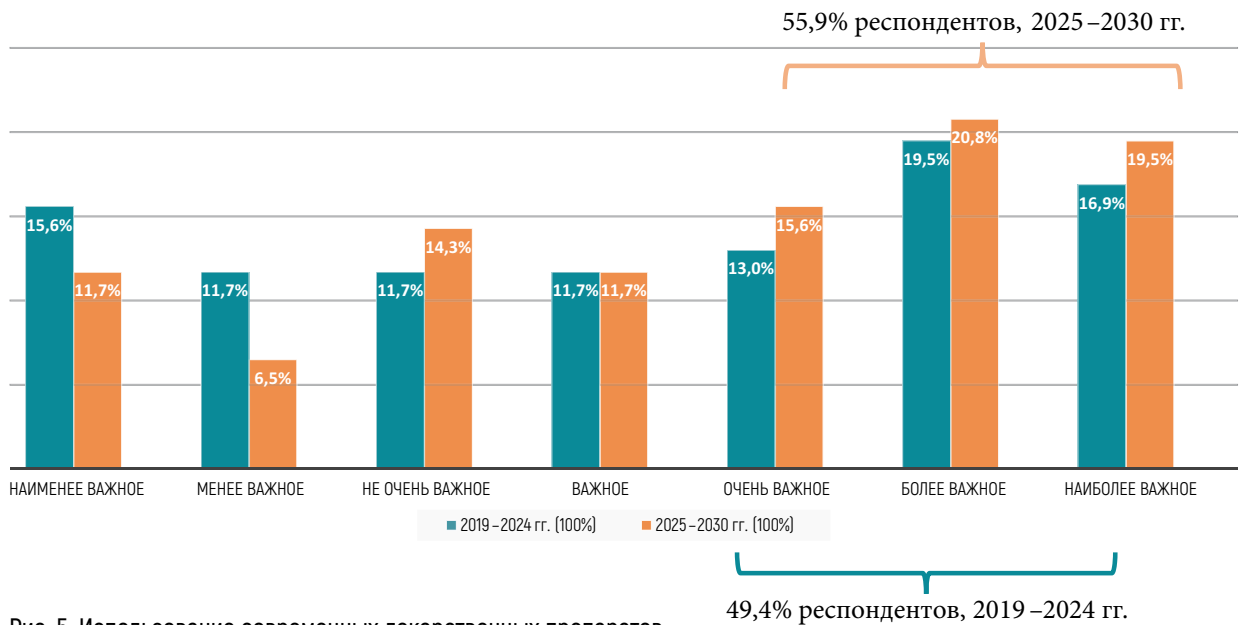


Рис. 5. Использование современных лекарственных препаратов

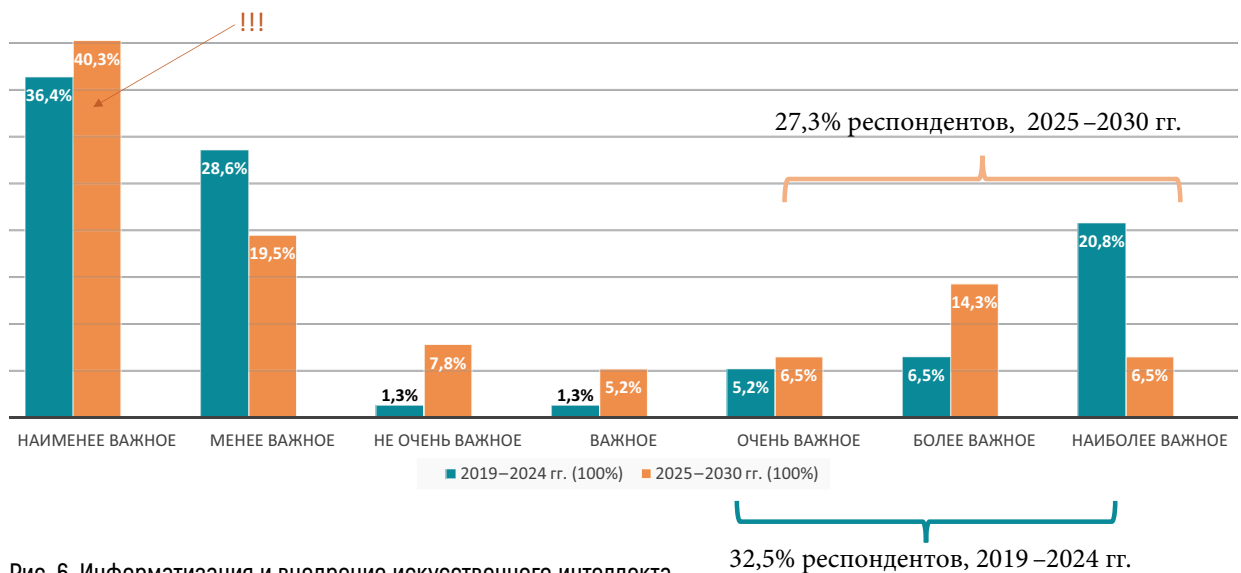


Рис. 6. Информатизация и внедрение искусственного интеллекта

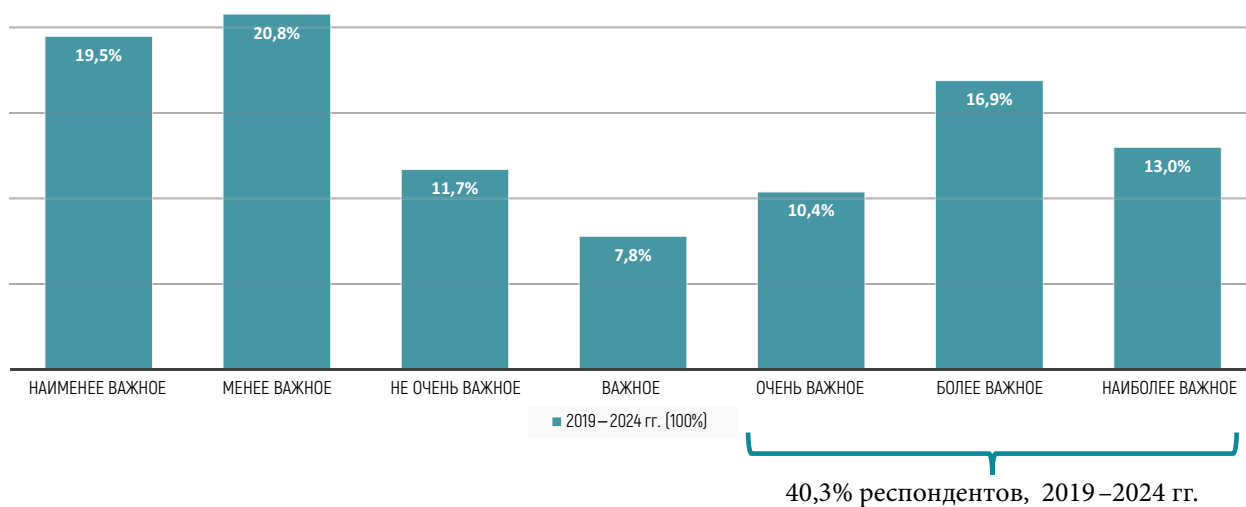


Рис. 7. Создание ЦАОП (2019–2024 гг.)

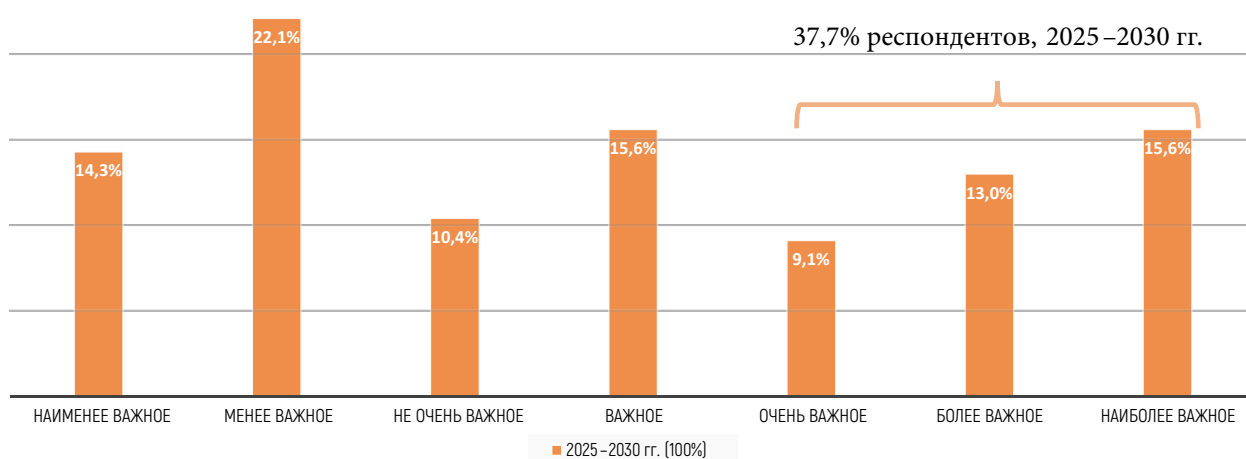


Рис. 8. Развитие ядерной медицины (2025–2030 гг.)

124) респондентов; данные об эффективности лекарственного препарата с учетом фактических возможностей государства по финансированию на эти цели – 25% (31 из 124) респондентов; данные об эффективности лекарственного препарата, но при ограничении финансирования необходимо включать только наиболее эффективные – 43% (53 из 124) респондентов.

В оценке степени информированности респондентов о мероприятиях и задачах, которые реализуются Минздравом (Департаментом или Комитетом здравоохранения) в их регионе, мнения существенно разделились. «Достаточно информирован и принимаю участие в некоторых из них», – так ответили только 23,4% (29 респондентов из 124) опрошенных.

«Информирован и вовлечен настолько, насколько мне это необходимо в моей работе», – таким был ответ 35,5% (44 респондента) участников опроса.

«Моя работа не связана с указанными мероприятиями и задачами, нет необходимости быть вовлеченным и получать соответствующую информацию», – это ответ 5,6% (7 респондентов) опрошенных.

«Считаю недостаточной степень открытости Минздрава (Департамента или Комитета здравоохранения) в реализуемых им мероприятиях для врачебного сообщества», – таково суждение 35,5% (44 респондента) участников опроса.

Т.Г. Геворкян акцентировал внимание онкологов на том, что 33,8% опрошенных считают, что кадровый вопрос и компетенции коллег будут наиболее важными на следующем этапе федерального проекта, но при этом 40,3% анкетированных признают наименее важными информатизацию и внедрение искусственного интеллекта.

Мы публикуем некоторые из результатов анкетирования среди онкологов-членов RUSSCO и приглашаем читателей высказать свое мнение о реализации первого этапа (2019–2024 гг.) федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в их регионах. Нам интересно знать, как онкологи в разных городах видят перспективу выполнения планов на период 2025–2030 гг. [НОП \[2030\]](#)

## ОПЫТ РЕГИОНОВ



## Пациентоориентированная модель в системе оказания медицинской помощи онкобольным

Онкологическая помощь предполагает мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению пациентов, а также взаимодействие как различных медицинских организаций, так и органов управления здравоохранения. Актуальным вопросам маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями, особенностям организации медицинской помощи онкобольным с учетом обновленных требований к медицинским организациям и региональным системам была посвящена сессия «Пациентоориентированная модель в системе оказания медицинской помощи онкобольным». Сессия состоялась в рамках XXVIII Российского онкологического конгресса (Москва, 12 ноября 2024 г.). Участники конгресса также обсудили изменения в системе оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в результате реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

## Создание Центра патологии молочных желез на базе многопрофильной медицинской организации

**Светлана Геннадьевна ЛЫСАНОВА,**

главный внештатный специалист по онкологии Минздрава Удмуртской Республики

Выступающая констатировала, что Центр патологии молочных желез (ЦПМЖ) организуется с учетом наличия в медицинской организации расположенных в пределах одного имущественного комплекса функционально и технологически объединенного с ЦПМЖ отделения лучевых методов диагностики, кабинетов акушера-гинеколога, хирурга, онколога, манипуляционной и хирургического отделения. Специалисты Центра осуществляют прием, консультирование, обследование пациентов с выявленной патологией молочных желез (описание маммографического снимка, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез с категориями по классификации BI-RADS 3, 4, 5,

установленными во время прохождения диспансеризации или профилактических осмотров) по направлению 057/у лечащего врача из медицинской организации прикрепления.

В Центре патологии молочных желез женщинам при самостоятельном обращении или обратившимся по направлению лечащего врача планируется оказывать комплексную услугу в соответствии с показаниями, включающую консультации акушера-гинеколога, хирурга, онколога; проводить повторное маммографическое исследование или просмотр записи маммографии (консультативно); УЗИ молочных желез; трепан-биопсию образования с последующим гистологическим исследованием получен-

ного биоптата; клиничко-лабораторное обследование, а также консультации специалистов по показаниям в рамках подготовки к оперативному лечению; оперативное лечение в хирургическом отделении на базе многопрофильной больницы (ГКБ № 8); направлять на консультацию, обследование, лечение в Республиканский клинический онкологический диспансер. В настоящее время отработаны алгоритмы направления в Центр патологии молочной железы, укомплектован штат, разработана форма отчета о работе ЦПМЖ. «В последующем мы планируем открыть подобные центры на базе центров амбулаторной онкологической помощи по всей республике», – уточнила С.Е. Лысанова в заключение.

## Организация лекарственного обеспечения онкологических пациентов в Республике Башкортостан

**Александр Валерьевич СУЛТАНБАЕВ,**

кандидат медицинских наук, заведующий отделом противоопухолевой терапии

Республиканского клинического онкологического диспансера Республики Башкортостан

Прежде всего А.В. Султанбаев отметил, что республика занимает седьмое место в России по численности населения (более 4 млн человек) и отличается высокой плотностью населения (28,3 человека на 1 кв. км). В республике 818 сельских поселений. Всего в Башкортостане проживает более 100 народностей, в большинстве своем – в сельской местности. «Такое разнообразие национального состава приводит к тому, что в республике среди больных наблюдаются молекулярно-генетические особенности, которые влияют на течение заболевания, выбор тактики лечения пациентов, связанный с тем, будем ли мы применять при молекулярно-генетическом исследовании методы NGS или же ПЦР. В нашей практике при применении методов ПЦР-исследований мы выявляем достаточно малое количество герминальных или соматических мутаций у пациентов с злокачественными образованиями», – говорит А.В. Султанбаев.

Структура онкологической службы Башкортостана, помимо Республиканского клинического онкологического диспансера (РКОД) и 10 его филиалов, включает 68 первичных онкологических кабинетов, 13 центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), отделение абдоминальной онкологии в ГКБ № 1 г. Стерлитамака, два межмуниципальных онкологических центра.

Кроме того, медицинскую онкологическую помощь пациенты получают в клинике Башкирского государственного медицинского университета, Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова, Республиканской детской клинической больнице, частных клиниках «Мать и дитя».

В последние годы удалось решить такую важную проблему онкологической службы, как удаленность первичных

онкологических кабинетов и ЦАОП от онкологического диспансера, с помощью телемедицинских консультаций РКОД. Внедрение технологий телемедицинских консультаций на разных этапах маршрутизации онкологических пациентов позволяет ускорить процесс диагностики и начало лечения. Свою лепту в улучшение качества медицинской помощи онкобольным вносит деятельность Центра управления онкологическими рисками, благодаря которому пациенты находятся под постоянным наблюдением, вовремя проходят диспансеризацию. Пациенты обеспечиваются лекарственными препаратами в рамках региональной или же федеральной льготы по месту жительства. Открытие филиалов РКОД в виде отделений противоопухолевой лекарственной терапии в городах и районах Башкортостана повысило доступность лекарственной помощи для онкобольных. Если раньше пациенты получали терапию только в онкодиспансере, то сейчас они могут получать любую схему лечения при наличии показаний по месту жительства.



В Республике Башкортостан химиотерапия централизована – препараты и процедуры сосредоточены в специализированных учреждениях, что позволяет упростить логистику

Сегодня созданный в Уфе отдел централизованного разведения цитостатиков, в структуре отделения противоопухолевой лекарственной терапии, позволяет осуществлять контроль дозировки препаратов для каждого пациента индивидуально, что благоприятно сказывается на экономии лекарственных средств, а также помогает повысить безопасность проведения лекарственной терапии за

счет уменьшения числа работающего с химиопрепаратами медперсонала.

В республике химиотерапия централизована – препараты и процедуры сосредоточены в специализированных учреждениях, что позволяет упростить логистику. Препараты доставляются из центра в филиалы и ЦАОП, что сокращает время ожидания для пациентов. А также улучшается доступность химиотерапии: пациенты могут получать лечение в более удобных для них местах, что особенно важно для тех, кто живет в удаленных или сельских районах. Пациенты принимают инфузии химиотерапевтических препаратов в комфортной обстановке, что снижает стресс и повышает качество обслуживания. Перед назначением химиотерапии каждый пациент проходит тщательное обследование, включая молекулярно-генетические исследования, что позволяет подобрать наиболее эффективные схемы лечения.

При такой организации лечения легко проводить мониторинг состояния больного. Регулярные осмотры и анализы помогают врачам отслеживать реакцию пациента на лечение и вносить необходимые коррективы.

Телемедицинские консультации становятся все более популярными в организации химиотерапии. Они позволяют удаленно консультировать пациентов: специалисты могут проводить консультации по видеосвязи, что особенно важно для пациентов,

проживающих в удаленных районах. И количество таких консультаций значительно увеличилось. Если в 2020 г. их было порядка 32 тысяч, то уже в 2023 г. проведено 58212 телемедицинских консультаций.

Пришлось принять определенные кадровые решения. Для повышения качества химиотерапии внедрены следующие меры: ротация специалистов (врачи и медсестры проходят

## ОПЫТ РЕГИОНОВ

ротацию между онкодиспансерами и ЦАОП, что позволяет им обмениваться опытом и повышать уровень квалификации), обучение и повышение квалификации (специалисты регулярно обучаются новым методам и технологиям в области химиотерапии). В связи с тем, что республика столкнулась с ситуацией дефицита кадров, часть ЦАОП решено было присоединить к онкодиспансеру – они стали структурами онкодиспансера. И за счет ротации на сегодняшний день нет дефицита кадров как такового. Специалисты ездят в ЦАОП, работают там, им снимают жилье, рассказывает А.В. Султанбаев.

Финансовые аспекты также играют важную роль в организации химиотерапии. Проведена оптимизация закупок. Эффективное планирование закупок и распределения химиотерапевтических препаратов позволяет минимизировать затраты и обеспечить доступность необходимых средств лечения. Сотрудничество с государственными и частными фондами позволило изыскать дополнительные средства на закупку дорогостоящих препаратов. А.В. Султанбаев разъяснил, каким образом происходит разрешение

проблемы с дефицитом кадров при проведении компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ). «Действительно, из-за того, что отсутствуют специалисты на местах, мы не всегда можем получить качественное описание снимков и правильно оценить динамику заболевания. Соответственно, достаточно большую нагрузку взяли на себя онкодиспансеры. Благодаря тому, что первичные пациенты в основном проходят в онкодиспансерах все необходимые компьютерные и магнитно-резонансные исследования (79%), мы можем получить о пациентах более точную и качественную информацию. Повторно пациенты в основном обследуются по месту жительства. Но, к сожалению, результаты описания этих исследований не всегда нас удовлетворяют, поэтому мы организовали работу следующим образом: пациенты проходят КТ или же МРТ по месту жительства, а снимки или диски привозятся в онкодиспансер, где их описывают наши специалисты. Соответственно, мы видим и динамику заболевания, и можем оценить само новообразование, которое может определяться у пациентов.

Сначала онкологи использовали электронную систему передачи информации, но это достаточно дорогой способ, и не все данные открываются в системе. Поэтому все-таки организовали доставку курьерами или же транспортировку машинами, которые периодически циркулируют между медицинскими организациями».

В Республике Башкортостан создан Центр управления онкологическими рисками. При подозрении на злокачественное образование онкологи не упускают пациента из виду: если проходит 3–7 дней после первичного приема, а пациент вовремя не получил консультацию, не успел поступить в онкодиспансер или отсутствуют результаты морфологического исследования, лечащий врач сам вызывает пациента на следующие этапы диагностики и лечения. Именно благодаря Центру управления онкологическими рисками пациенты вовремя проходят и диспансеризацию, что позволяет не упустить рецидивы заболевания. Вся информация выкладывается в единую Республиканскую медико-информационную систему, то есть любой врач может видеть результаты обследований больного и полученной им терапии.

## Аспекты индивидуального сопровождения пациентов в Свердловской области

**Владислав Владимирович ПЕТКАУ,**

кандидат медицинских наук, врач-онколог Свердловского областного онкологического диспансера

**П**режде всего Владислав Владимирович отметил, что область имеет неоднородную структуру: между собой районы имеют различия не только в численности и плотности населения, но и в размерах, транспортной доступности. Неодинаковы они и в уровне квалификации медицинских работников, климатических условиях и многих других характеристиках. Это обуславливает различия в условиях оказания медицинской помощи и находит отражение в необходимости развития в регионе телемедицинских технологий.

На территории Свердловской области процесс оптимизации маршрутизации онкологических больных за

последние годы достиг существенных положительных результатов благодаря использованию технологий телемедицинских консультаций и региональной онкологической информационной системы ОНКОР. Консультация «врач-врач» без очного присутствия пациента обеспечивает уточнение диагноза, в том числе пересмотр гистологии, данных КТ/МРТ; формирование плана дообследования пациента – согласно клиническим рекомендациям; запись первичного пациента на прием с указанием даты и времени приема; проведение ежемесячного мониторинга сроков и дефектов обследования пациентов в медицинских организациях; проведение онкологического конси-

лиума; соблюдение клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи онкобольным в медицинских организациях; принятие управленческих решений на основе оперативных данных. Таким образом, проведение телемедицинских консультаций перед первым посещением онкологического диспансера позволило большинству пациентов предотвратить лишний визит для получения информации о необходимости дообследования, сократить количество обращений, связанных с необходимостью частых приездов в диспансер, снизить количество дефектов за счет проведения полномасштабного обследования в соответствии с клиническими рекомендациями.

## Региональные особенности оказания и оплаты медицинской помощи онкологического профиля за счет средств обязательного медицинского страхования

**Валерий Александрович ШЕЛЯКИН,**

кандидат экономических наук, директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Свердловской области

По мнению В.А. Шелякина, по-прежнему нерешенными остаются вопросы распределения объемов помощи и финансовых средств обязательного медицинского страхования (ОМС) между регионами без полноценного учета структуры и уровня заболеваемости населения, демографических, инфраструктурных, логистических особенностей региона, специфики потребления населением медицинских услуг. На фоне реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» выявляются новые проблемные аспекты.

Рост расходов на онкологическую помощь происходит при одновременном «размытии» источников финансирования, что усложняет управление и оценку эффективности использования выделяемых ресурсов. Изменение объема и расширение источников финансирования требуют для контроля терапии новых информационных решений. Без привязки к демографическим показателям расходы на онкологическую помощь будут и далее расти темпами, значительно опережающими траты на медицинскую помощь в целом. Доступность онкологической

помощи в регионах зависит от финансовых возможностей самого региона, что является отклонением от норм Федерального закона и Программы государственных гарантий. Отсутствие единого подхода к учету препаратов ограничивает финансовый и экспертный контроль онкологической помощи. Безусловно, целевые показатели по снижению смертности от злокачественных новообразований должны коррелировать не только с демографической спецификой субъектов, но и с объемом средств, вложенных в профилактику лечения.

## Изменения в системе оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в результате реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»

**Жанна Владимировна ХАЙЛОВА,**

кандидат медицинских наук, заместитель директора МРНЦ им. А.Ф. Цыба — филиала НМИЦ радиологии Минздрава России, руководитель Центра координации деятельности учреждений регионов РФ в области радиологии и онкологии

Онкологическая служба России представляет собой трехуровневую систему оказания медицинской помощи. Бесспорно, одним из значимых нововведений, осуществленных в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», является создание центров амбулаторной онкологической помощи. ЦАОП – основа модели организации первичной специализированной медико-санитарной помощи.

В настоящее время в стране насчитывается 544 ЦАОП и 2096 ПОК. Для обеспечения ранней диагностики ЗНО действуют 1436 кабинетов отделений медицинской профилактики, 2748 кабинетов медицинской профилактики и 4358 смотровых кабинетов.

В 2023 г. впервые выявлено 674 587 случаев ЗНО, за 10 лет (2013–2023 гг.) прирост случаев ЗНО составил 8%. За последние 5 лет (2018–2023 гг.) наметилась

благоприятная тенденция по снижению смертности от ЗНО (-3,2%). Абсолютное число умерших от ЗНО в 2023 г. составило 284 320 случаев. Согласно национальному проекту «Здравоохранение», к 2030 г. ожидаемая продолжительность жизни должна достигнуть 78 лет.

Пути решения столь амбициозной цели предусматривают создание эффективной системы оказания онкологической помощи, ориентированной на раннее выявление онкологической патологии, сокращение сроков обследования больных, обеспечение своевременного направления пациентов в специализированные онкологические учреждения путем маршрутизации пациентов. Важно, чтобы врач был осведомлен о порядке маршрутизации и правильно «маршрутизировал» пациента, не затягивая временные интервалы оказания диагностики по основному заболеванию, а также по специализированному

лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению. Тактика лечения онкобольных устанавливается обязательным медицинским консилиумом, организованным на базе учреждения медицинского профиля. Если проведенный онкологический консилиум на базе регионального онкодиспансера или иной медицинской организации считается корректным, то пациент может приступить к этапу специализированного высокотехнологичного лечения.

Завершая выступление, Ж.В. Хайлова перечислила основные перспективные направления развития онкологической службы, которые предполагают подготовку кадров, развитие инновационных хирургических технологий, ядерной медицины, телемедицинских технологий, персонифицированной медицины, системы высокоточной диагностики, биотехнологий. **НОП [2030]**



## Мне поставили диагноз «острый лейкоз» на 22-й неделе беременности. Сейчас моему сыну 17 лет

Участнице проекта «Я буду жить!» Анне Ковтун 44 года. На фото она улыбается, как и ее сын. Тимофею 17 лет, он оканчивает 11-й класс и собирается стать врачом. «Это желание у него уже давно. В семье у нас нет врачей, только моя бабушка, мамина мама, была когда-то, – рассказывает Анна. – Как и все подростки, сын увлекается компьютерными играми, музыкой, спортом. А я занимаюсь всем понемногу. Сейчас у меня свой цветочный бизнес».

– Я заболела в конце апреля 2007 г. на 22-й неделе беременности. Мне поставили диагноз «острый миелобластный лейкоз». Сначала я попала в отделение гематологии Калужской областной больницы. Там врачи не знали, что со мной делать, но сказали, что спасти меня могут у Валерия Григорьевича Савченко в Гемцентре (сейчас НМИЦ гематологии Минздрава России). И я с той же самой сумкой поехала в Гемцентр. Я ничего не знала про лейкоз. Поэтому и страха у меня тогда не было.

Казалось, что все происходит как будто не со мной. У меня беременность была долгожданная – ЭКО, вторая попытка подсадки эмбрионов. Беременность непростая, а тут еще и такой диагноз. Счастье, что калужские врачи сразу направили меня к Валерию Григорьевичу. Я просто не успела все осознать и испугаться. Сначала приехала на консультацию, а после нее все быстро-быстро завертелось, в тот же день меня положили в палату. Не успела оглянуться – а вот уже и капельница.

Я, конечно, помню Веру Витальевну Троицкую (она была моим лечащим врачом), Валерия Григорьевича Савченко, Елену Николаевну Паровичникову, Ольгу Станиславовну Покровскую. Помню многих медсестер. С некоторыми из них даже общаюсь до сих пор. Врачи рассказывали мне о болезни, я читала много в интернете. На первом этаже в киоске купила какую-то книжку Савченко. Она была написана научным языком, совершенно непонятным мне. Я искала, какой процент людей с моим заболеванием выздоравливает.



Врачи отмечали, что настрой у меня хороший, надо его сохранить, тогда все будет замечательно. Бывали, конечно, тяжелые моменты, высокая температура, но в целом, как мне казалось, чувствовала себя довольно бодренько. Вера Витальевна даже на выходные домой отпускала. За время беременности мне сделали четыре химиотерапии. Самая тяжелая была во время пересадки костного мозга. И тошнота, и понос, и аппетита нет – лежишь целыми днями, и вообще уже ничего не хочется. Помню момент, когда сообщили, что нужна химиотерапия. Сидела в коридоре и плакала. Наверное, была в шоке от всего того, что со мной случилось. Но быстро собралась – все равно надо делать, выбора нет. Просто надо ждать лучшего – и все. Вера Витальевна объяснила, что «химия» не влияет на ребеночка, и я поверила в успех. Не скажу, что год долго тянулся, время быстро пролетело. Роды были в Центре планирования семьи на Севастопольском проспекте. Решили делать кесарево сечение. Перед родами меня выписали из Гемцентра домой. Уже была назначена дата, когда я должна была приехать в роддом. А за два-три дня все само собой произошло. Ночью отошли воды, и я примчалась в роддом (причем неслась из Калужской области, 120 километров до Москвы!). Родился абсолютно здоровый мальчик: рост 50 сантиметров, вес 3 килограмма 100 граммов. Роды были естественные. Мама – рядом, потому что могло понадобиться переливание крови. Тима родился восьмимесячным, целый месяц не досидел. Но и по плану надо было раньше родить, потому что дальше снова планировалась химиотерапия. Мне повезло, что получились естественные роды: меньше операций, меньше швов, восстановление быстрее. Все равно любая «химия» – тоже удар, а после кесарева она прошла бы тяжелее. После родов мне проводили таблетированную химиотерапию, лекарство я пила дома. Закончив курс, приехала в больницу на обычную «химию». После родов мне надо было вернуться на долечивание буквально через две недели. Плохо помню ребенка на

### ■ «Я буду жить!»

Так называется фотопроjekt Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России. На портретах – мужчины и женщины, которые не только победили онкологические заболевания крови, но и смогли стать родителями. У кого-то дети родились уже после химиотерапии, а кто-то из участниц заболел в самый уязвимый момент – во время беременности. Герои проекта «Я буду жить!» – не только пациенты, но и врачи. Продолжение жизни – их несомненная заслуга. Сколько профессиональной компетенции и душевных сил вложили они в выздоровление каждого пациента! Из двадцати героев фотопроекта «Я буду жить!» девять перенесли трансплантацию костного мозга от доноров. Благодаря донорам они живут и воспитывают детей. Донорство костного мозга не наносит вреда здоровью донора, оно безопасно и проводится максимально щадящими методами. Цена этих усилий – жизнь другого человека. Одна из целей проекта «Я буду жить!» – рассказать о важности донорства костного мозга, его необходимости и безопасности. «Мы придумали этот проект, чтобы как можно больше людей узнали: заболевания крови излечимы, жизнь после болезни продолжается. И в ней всегда есть место любви, – говорит Наталия Экономцева, автор идеи, руководитель пресс-службы НМИЦ гематологии Минздрава России. – Мы очень надеемся, что пример героев проекта станет опорой для тех, кто борется с онкологическими заболеваниями прямо сейчас».

первом году жизни, потому что подолгу находилась в больнице, приезжала домой на чуть-чуть, потом опять в Гемцентр. Когда была пересадка костного мозга, я провела в больнице два месяца безвылазно. Донором была моя сестра. Мы до сих пор с ней вспоминаем день пересадки и смеемся – после процедуры она грызла яблоко и сломала зуб. А так у сестры все замечательно: дочка растет, она родила ее уже после сдачи костного мозга. Первый год жизни ребенка помню только по фотографиям. Конечно, было нелегко морально, но дома и мне, и малышу дарили столько тепла, что я не переживала за него: собрались все прабабушки, бабушки, сначала сестра взяла декретный отпуск и сидела с Тимкой, потом подключилась моя мама. Муж, естественно, тоже помогал. Самое долгая разлука была, когда делали трансплантацию. Сразу после Нового года меня определили в больницу, и только к 8 марта выписали. А когда проводили только «химию», курсы были короче.

То было непростое время – почти год лечения, но я ни на минуту не сомневалась в том, что наступит полное выздоровление. Конечно, я скучала. Боялась, что малыш меня не узнает, испугается, заплачет. Но ребенок охотно пошел ко мне на руки. Я согласилась принять участие в проекте «Я буду жить!», потому что, когда болеешь раком, очень важно знать, что выздоровление возможно, что все лечится и потом можно вернуться к абсолютно нормальной жизни. Даже если болезнь случилась во время беременности, рождаются совершенно здоровые дети. И тому подтверждение – мой сын, которому уже 17 лет. Он абсолютно здоров. Живёт обычной, нормальной жизнью подростка. Всех врачей хочется поблагодарить: «Большое спасибо за целых две жизни – мою и Тимофея!». А тем, кто сейчас проходит лечение, скажу: «Верьте в выздоровление, и оно обязательно наступит, вы вернётесь к обычной жизни, так же, как я». Прошло уже 17 лет после ремиссии!



## Многих удивительных случаев спасения не было бы, если бы мы боялись оторваться от «берега» и мыслили стереотипами



**Елена Николаевна Паровичникова,**  
доктор медицинских наук, врач-гематолог, генеральный директор НМИЦ гематологии Минздрава России, главный внештатный специалист-гематолог Минздрава России

– Лейкоз не выбирает, к кому прийти. По статистике, на 1000 беременностей приходится один случай онкологических заболеваний, и каждый пятый из них – лейкоз или лимфома. Среди них есть как вялотекущие формы, которые требуют лишь динамического наблюдения, так и агрессивные, которые надо лечить здесь и сейчас. Ведение беременных с гемобластомами, как в случае Анны Ковтун, – яркий пример медицины критических решений. Нет опции «подождать», есть одна болезнь и две жизни, на спасение которых брошены все наши силы. Директор Национального медицинского исследовательского центра гематологии в 2011–2021 гг. Валерий Григорьевич Савченко первым сформулировал принцип работы гематолога с беременными женщинами: «При лейкемии есть концепция спасения жизни. Если ты будешь спасать одну из двух, то не спасешь никого. Если две – то точно спасешь одну. Расхожий в акушерстве принцип “спасать сначала ребенка, а потом – мать” в нашем случае не работает».

Однако опрос акушеров-гинекологов и онкологов, проведенный в 2018 г., показал, что в 88% случаев врачи настаивают на досрочном родоразрешении или аборте и лишь потом начинают лечить онкологическое заболевание. Опыт НМИЦ гематологии показал, что после прерывания беременности на больших сроках часто бывает невозможно выполнить химиотерапию, заболевание развивается быстрее, чем врачи

успевают начать лечение. Решение о начале терапии принимается в зависимости от срока беременности. До 13 недель химиотерапия настоятельно не рекомендуется, так как происходит закладка органов, и плацента еще не сформирована. Поэтому на малых сроках, к сожалению, показано прерывание беременности. Но уже во втором триместре плацента надежно защищает ребенка от токсичного воздействия химиопрепаратов, и это подтверждают анализы крови, взятые у новорожденных. Наш многолетний опыт, нашедший отражение во множестве научных статей и в двух диссертациях, демонстрирует, что частота пороков развития у новорожденных после химиотерапии матери

Частота пороков развития у новорожденных после химиотерапии матери не выше, чем в среднем у здоровых мам

во время беременности не выше, чем в среднем у здоровых мам. Беременные женщины переносят лечение так же, как и небеременные, они имеют такие же шансы на излечение. Более того, мы включаем таких женщин в многоцентровые проспективные клинические исследования по лейкемии, что не делается нигде в мире. – С начала 90-х гг. по настоящее время у наших пациенток с различными вариантами острых лейкозов родилось более 100 детей. А были еще роды у женщин с лимфомами, хроническим миелолейкозом, мие-

лодиспластическими синдромами, хроническими миелопролиферативными заболеваниями. Всего таких детей более 500.

Один из них – Тимофей, сын Анны Ковтун. Он оканчивает 11-й класс, планирует поступать в медицинский институт. Можно ли было подумать об этом, когда Анна на 22-й неделе беременности поступила к нам с острым лейкозом, с критическими показателями гемограммы? Это был 2007 г., мы уже знали, что делать, но каждый случай лейкоза во время беременности – это вызов. Мы провели четыре курса химиотерапии, и нам удалось справиться. Анна показала удивительную твердость характера. Химиотерапию она переносила

неплохо, в промежутках мы отпускали ее домой.

Программа химиотерапии зависит от формы лейкемии. А если острый миелоидный лейкоз, как у Анны, развился во время беременности – это дополнительный фактор неблагоприятного прогноза,

и необходимо выполнять трансплантацию аллогенных гемопоэтических стволовых клеток. Мы много говорим о необходимости расширения российского регистра доноров костного мозга. В случае с Анной донором стала родная сестра, и это, несомненно, наилучший вариант. Мы встречаемся с ситуациями, когда у пациентов нет полностью совместимого родственного донора. Тогда проводим трансплантацию от гаплоидентичного донора, которая показывает такие же результаты, как в случае полностью совместимого донора, или обраца-



емя к Национальному регистру доноров костного мозга.

Химиотерапия во время беременности, безусловно, требует постоянного контроля со стороны врача. Параметры крови у «наших» беременных, как и у всех пациентов с острыми лейкозами, критические. Приходится выполнять и трансфузии компонентов крови, и проводить антибиотикотерапию, и контролировать состояние плода. Нужно иметь и гематологическую, и акушерскую, и хирургическую службы, чтобы в случае развития ургентной ситуации – например отслойки плаценты или кровотечения – развернуть операционную в течение пяти минут. На обходах наши гематологи, помимо прочего, носят при себе стетоскоп, чтобы слушать сердце плода. Если у плода развивается тахикардия, надо отслеживать ее на самых ранних стадиях, чтобы вовремя среагировать.

Первый случай лечения лейкемии у беременной в нашем центре был в 1991 г. Пациентка поступила в гемцентр на 25-й неделе беременности. Ситуация была срочной, и мы приняли решение провести курс химиотерапии, не дожидаясь родоразрешения. Сначала провели ей неинтенсивный курс химиотерапии – безрезультатно. Тогда рискнули и провели второй, уже интенсивный. И у пациентки была получена полная ремиссия! Подошел срок, она родила здорового мальчика Андрюшу, сейчас он уже взрослый.

Сегодня мы имеем четкие критерии и алгоритмы, как и что нужно делать для наших пациентов и особенно пациенток, умеем выполнять полностью программную химиотерапию у таких женщин. Мы даже имеем право выписывать свидетельства о рождении в Национальном медицинском исследовательском центре гематологии. У нас есть два своих оперирующих гинеколога, на роды к нам приезжает акушер Олег Александрович Латышкевич. Он просто маг и волшебник. Когда роженица на химиотерапии, может случиться разное. Допустим, женщина пошла в роды, а у нее лишь 29-я неделя. Но у нас все выстроено, команда отлажена. И пока разворачиваем операционную, Олег Александрович уже у нас ждет мамочку. Не в каждом городе есть такой Олег Александрович. Мы, как головная ор-

ганизация по профилю «гематология», стремимся распространить наш опыт на гематологические отделения и центры по всей стране, сделать так, чтобы таких центров, как наш, стало больше. Безусловно, и сейчас есть превосходные учреждения. Но важно, чтобы у нас были не единичные экспертные центры, а появилась сеть высококвалифицированных гематологических центров на региональном уровне. Уже была проделана большая работа по созданию в нашей стране национальных перинатальных и сосудистых центров. Думаю, центры гематологии, трансплантации и клеточных технологий должны стать следующим шагом. Первые проекты по объединению и совместной работе с региональными центрами мы начали более 30 лет назад. В 1989 г., еще в СССР, прошел первый международный гематологический симпозиум, организованный Андреем Ивановичем Воробьевым, который в то время был директором нашего центра. К нам съехалась гематологическая элита со всего мира. После этого началась работа по объединению отечественных гематологов: это был беспрецедентный для страны шаг – первое многоцентровое российское исследование по лечению острых лейкозов, инициированное в 1992 г. И с тех пор мы поддерживаем постоянный контакт с ключевыми центрами России. Возложенная на нас Министерством здравоохранения административная задача по распространению опыта на всю страну – логичное продолжение работы. Сейчас в России создана сеть национальных медицинских исследовательских центров.

Надо понимать, что там, где есть передовая гематология, возникает необходимость подтягивать самые наукоемкие отрасли медицины, которые требуют молекулярных и генетических исследований, полногеномного секвенирования, налаженных коммуникаций с международным регистром доноров костного мозга и активного развития российского регистра, разработки новых биотехнологических методов лечения. Гематология должна базироваться на базе крупных многопрофильных учреждений, медицинских центров, агломераций. Без врачей смежных специальностей лечить заболевания системы крови невозможно. НИИЦ гематологии

С начала 90-х годов у наших пациенток родилось более 500 детей

Минздрава России – специализированный гематологический центр, но у нас есть своя хирургия, в том числе эндоваскулярная, свои акушеры-гинекологи, офтальмологи, психиатры. Приходят консультанты – дерматологи, урологи, лор-врачи. По сути, это многопрофильное учреждение.

К слову, система телемедицинских консультаций дает огромный ресурс региональным гематологам и врачам других специальностей. Они могут в кратчайшие сроки получить рекомендации по ведению особенно сложных случаев и использовать назначения федеральных экспертов непосредственно в своей клинической практике. За прошлый 2024 г. мы провели более 4500 телемедицинских консультаций для 3700 пациентов.

В Центре постоянно проходят лечение опухолевых заболеваний системы крови беременные женщины. К нам приходят пациентки, которые находятся в эмоциональном кризисе. Особенно тяжело будущим мамам. Мир рушится, но врачи должны протянуть руку и сказать: «Не волнуйтесь, мы справимся. Давайте будем работать вместе». Ведь успех зависит не только от того, как врачи выполняют клинические рекомендации. Контакт с пациентом, доверие пациента не менее важны. Это ни в коем случае не покровительство, строятся партнерские отношения, основанные на взаимном уважении. Нас так учили 30 лет назад, и сегодня мы так же учим молодых докторов, которые приходят к нам. В этом и заключается наша школа. В гематологии невозможно работать по-другому, иначе она высушит человека за несколько лет. Когда пациент уходит от нас здоровым – это радость для врача, а если рождается здоровый малыш – у доктора появляется огромная мотивация, которая дает силы искать выход, пробовать новое, давать надежду и оправдывать ее. Многих удивительных случаев спасения не было бы, если бы мы боялись оторваться от берега и мыслили стереотипами. НОП [2030]



# Детские онкологические заболевания принципиально отличаются от злокачественных опухолей у взрослых

12 февраля 2025 г. в международном мультимедийном пресс-центре «Россия сегодня» состоялась пресс-конференция, приуроченная к Международному дню борьбы с детским раком, который отмечается 15 февраля. На мероприятии ведущие отечественные эксперты в области онкологии представили статистику онкологической заболеваемости детского населения РФ, рассмотрели проблемы внедрения современных методов диагностики и доступности инновационных методов лечения злокачественных новообразований, а также вопросы образования детей, проходящих лечение в онкологических центрах.



Член Комитета Государственной думы РФ по охране здоровья, академик РАН, президент Национального медицинского исследовательского центра (НМИЦ) детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, профессор, заслуженный врач РФ Александр Григорьевич РУМЯНЦЕВ рассказал о распространенности детских злокачественных новообразований в России. Он отметил, что сегодня в нашей стране первичная заболеваемость детей онкологическими заболеваниями составляет 15 человек на 100 тысяч детского населения. Эти показатели практически не отличаются от других стран – частота заболеваемости детским раком во всем

мире примерно одинаковая. Среди подростков цифры чуть выше – насчитываются примерно 17 человек на 100 тысяч подростков старшего возраста. В последние десятилетия увеличилось число злокачественных новообразований, выявляемых в раннем возрасте. Безусловно, это связано с появлением высокотехнологических методов диагностики. Накопленные данные свидетель-

ствуют вследствие нарушения регуляции клеток, из которых формируются органы и ткани, на эмбриональном уровне. Такие опухоли имеют генетическую предрасположенность.

Детские онкологические заболевания принципиально отличаются от злокачественных опухолей у взрослых, обладают совершенно иными характеристиками. Поэтому в лечении детей необходимо применять особый, комплексный подход. Прежде всего, ведение детей с онкологическими заболеваниями требует участия междисциплинарной команды врачей – детских онкологов, хирургов, радиологов, интервенци-

Ведение детей с онкологическими заболеваниями требует участия междисциплинарной команды врачей

онных радиологов, специалистов в области лучевой диагностики, реабилитологов, а также врачей узких специальностей (офтальмологов, оториноларингологов, гастроэнтерологов, нефрологов и многих других). А.Г. Румянцев подчеркнул: «Каждый случай уникален и за каждым чудесным излечением ребенка стоит высокий профессионализм врачей. Дети должны прожить счастливую долгую жизнь, пройти полную траекторию развития, которая генетически им определена. В НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева есть такой девиз: „Каж-

дуют, что пик заболеваемости у детей приходится на возраст от 2 до 4 лет. Однако формирование злокачественного процесса может происходить уже во внутриутробном периоде развития. Как отметил А.Г. Румянцев, структура онкологических заболеваний в детской популяции существенно отличается показателей по взрослому населению. К наиболее распространенным видам рака у детей относятся опухоли кроветворной и иммунной систем, 25% случаев составляют опухоли центральной и периферической нервной системы, 25% – опухоли различных органов и систем, образую-



дый ребенок должен выздороветь“. И врачи делают для этого все необходимое».

Более полувека назад большинство детей, страдающих онкологическими заболеваниями, погибали. Каждое выздоровление маленького пациента воспринималось как чудо. В последние десятилетия ситуация кардинально изменилась. Современные подходы к лечению в большинстве случаев позволяют победить болезнь. При этом, в отличие от других специалистов, детские онкологи за своими пациентами наблюдают в течение всей жизни. «Дети выздоравливают, вырастают, сами становятся родителями, но остаются с нами на связи, делятся фотографиями. Видеть, что твой бывший пациент полностью излечивается, живет полноценной жизнью, – самое большое счастье и личное достижение для врача», – подчеркнул академик.



**Г**енеральный директор НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, профессор, доктор медицинских наук, детский хирург Николай Сергеевич ГРАЧЕВ прокомментировал основные достижения в области лечения детских онкологических заболеваний в России. По словам эксперта, основным достижением современной отечественной детской онкологической службы можно назвать повышение доступности высокотехнологичной специализированной помощи детскому населению. Так, в НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева происходит более 15 тысяч госпитализаций в год. Кроме того, с каж-

дым годом повышается качество оказанных медицинских услуг детям, страдающим злокачественными образованиями любой локализации, в соответствии с едиными международными стандартами и протоколами терапии.

«В НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева дети могут получить доступную качественную помощь на каждом этапе лечения», – подчеркнул профессор. Всем поступившим детям и подросткам с онкологическими заболеваниями, начиная от первичного обращения, оказывается необходимая медицинская помощь с использованием всех видов специализированного лечения, включая химиотерапевтические методики, методы высокотехнологичной хирургии и лучевой терапии, иммунотерапии. Также в НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева успешно применяют инновационные клиничко-диагностические методы, включая молекулярно-биологические, современные методы визуализации, проводят клиничко-лабораторные исследования. Продолжая разговор о достижениях, Н.С. Грачев подчеркнул, что в НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева впервые

В НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева происходит более 15 тысяч госпитализаций в год

в нашей стране начали использовать технологию CAR-T для лечения пациентов с острым лимфобластным лейкозом. На сегодняшний день лечение генно-инженерными Т-лимфоцитами получили уже более двухсот пациентов. Использование технологии CAR-T позволяет достигнуть ремиссии в более 60% случаев, даже у тяжелых пациентов с рецидивом острого лимфобластного лейкоза, которых невозможно вылечить стандартными методами.

В 2024 г. в НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева выполнено око-

ло 3000 хирургических операций, в том числе с использованием инновационных технологий. В частности, проведены две операции по установке растущего эндопротеза детям со злокачественными образованиями. Н.С. Грачев подчеркнул, что на современном этапе появилась возможность оказания помощи детям с онкологической патологией по замкнутому циклу – от момента постановки диагноза до реабилитации.



**О**б опыте внедрения инновационных методов диагностики и лечения детей с онкологическими заболеваниями рассказала главный внештатный педиатр Минздрава Республики Башкортостан, главный врач Республиканской детской клинической больницы (Уфа) Людмила Юрьевна СЕМАВИНА. Она подчеркнула, что Центр детской онкологии и гематологии при Республиканской детской клинической больнице в Уфе, образованный в рамках национального проекта «Здравоохранение», открыл новые возможности в лечении детей с онкозаболеваниями во всем регионе. Благодаря поддержке коллег из НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, и прежде всего академика РАН А.Г. Румянцева, в Центре детской онкологии и гематологии успешно внедряют высокотехнологичные инновационные методы диагностики и лечения злокачественных новообразований. В частности, на базе центра выполнена первая в Башкортостане аутологичная трансплантация костного мозга ребенку с онкологическим заболеванием.

Как отметила Л.Ю. Семавина, в настоящее время квалифицированная помощь оказана уже более чем 4000 детей с онкологическими забо-



## В ФОКУСЕ

леваниями. Врачи Центра детской онкологии и гематологии продолжают повышать уровень профессионализма, участвуют в научных исследовательских проектах совместно со специалистами НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева. «Одним из достижений нашего центра является возможность обеспечить полный цикл лечения и реабилитации маленьких пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями. Это позволит значительно повысить качество ведения больных», – в заключение подчеркнула Л.Ю. Семавина.



**Р**уководитель проекта госпитальных школ «УчимЗнаем» профессор Сергей Витальевич ШАРИКОВ подробно рассмотрел особенности работы госпитальных школ и принципы обучения детей с онкологическими заболеваниями. Он отметил, что основная цель проекта – создать в больницах комфортную образовательную среду для детей, находящихся на длительном лечении. Важно, чтобы процесс лечения сопровождался программой социального развития ребенка. С.В. Шариков подчеркнул, что для специалистов-педагогов, которые сегодня работают плечом к плечу с врачами, главной задачей является с помощью внедрения образовательной программы способствовать сохранению полноценной жизни ребенка и его семьи в период борьбы с болезнью, дальнейшей реабилитации. Сегодня на территории России работают 67 госпитальных школ. По словам С.В. Шарикова, модель госпитальной школы, разработанная в рамках проекта «УчимЗнаем», получила

признание экспертов Всемирной организации здравоохранения. На площадку проекта «УчимЗнаем» регулярно приезжают специалисты из стран СНГ для совместной работы и получения опыта организации школьного обучения для детей, находящихся на длительном лечении в медицинских стационарах. Так, наиболее ярким примером является сотрудничество с Республикой Узбекистан.

Прежде всего программа образования в рамках проекта нацелена на продолжение всестороннего развития ребенка в условиях больницы. Образовательная среда госпитальной школы способствует мотивации к обучению, творческому развитию, помогает детям отвлечься от переживаний, связанных с продолжительным лечением. Более того, несмотря на тяжелую борьбу с болезнью, в рамках школы многие дети продолжают реализовывать свой личностный потенциал, общаются, радуются своим успехам, достижениям, побеждают в олимпиадах, по-

После длительного пребывания в стационаре ребенок должен естественным образом интегрироваться в привычную школьную среду

ступают в высшие учебные заведения. «Кстати, большинство из детей хотят быть врачами. По-моему, это есть великая радость и смысл нашей работы», – отметил С.В. Шариков. Одна из приоритетных задач проекта «УчимЗнаем» – помочь детям после длительного пребывания в стационаре естественным образом интегрироваться в привычную школьную среду.

В заключение С.В. Шариков подчеркнул важность комплексного подхода к ведению детей с онкологическими заболеваниями и их семей, который подразумевает междисциплинарное сотрудничество специалистов: врачей, психологов, педагогов, социальных работников.

В продолжение темы Н.С. Грачев отметил, что сегодня все более востребованы в онкологии телемедицинские технологии. Он подчеркнул, что телемедицинские консультации

становятся важным инструментом в руках специалистов-онкологов для катамнестического наблюдения пациентов. Дети, которые лечились в федеральных лечебных учреждениях от онкологического заболевания, наблюдаясь по месту жительства, очень часто нуждаются в дальнейших консультациях специалистов. Специалисты НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева проводят дистанционные медицинские консультации по запросу лечебных учреждений.

Следует помнить, что онкологическое заболевание у ребенка – тяжелое испытание не только для него, но и для всей его семьи. Поэтому важным вопросом является комплексная поддержка семьи заболевшего ребенка, требующая медицинского, педагогического, социального наблюдения и реабилитации. Одним из подразделений НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева является лечебно-реабилитационный центр «Русское поле», в котором дети вместе с родителями проходят реабилитацию. Совместное с родителями прохождение программы реабилитации – необходимая часть комплексного лечения ребенка после перенесенного онкологического заболевания.

Далее Н.С. Грачев подчеркнул важность раннего выявления рака у детей. Родителям необходимо обращать внимание на необычные симптомы у ребенка и своевременно обращаться за квалифицированной медицинской помощью.

«Верить, что можно полностью победить рак, сложно. Но я убежден, что помочь каждому пациенту, кто столкнулся с таким заболеванием, мы сможем», – отметил в заключение эксперт.

Заканчивая пресс-конференцию, академик РАН А.Г. Румянцев подчеркнул необходимость дальнейших научных исследований в области диагностики и лечения онкологических заболеваний. Он призвал не забывать, что цель медицинской науки – сохранение и увеличение продолжительности жизни каждого пациента. **НОП [2030]**



# Медицинский портал для врачей uMEDp.ru



## Новости, вебинары, интервью, конференции

- Более 5500 научных статей
- 300 000 посетителей в месяц
- Разделы по 19 специальностям
- Онлайн-трансляции медицинских мероприятий
- Профессиональный авторский контент
- Интерактивные задачи

## Присоединяйтесь, чтобы быть в курсе



Реклама



**МЕДИЦИНСКИЙ  
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**  
UMEDP.RU



<https://vk.com/vk.medforum>



<https://www.youtube.com/umedportal>



<https://ok.ru/group/68846800994349>

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



## Калгари-Кембриджская модель медицинской коммуникации: от непонимания к доверию

**Д**ля успеха лечения врачу очень важно выстраивать эффективный диалог с пациентом с позиции партнерского общения. Не всегда это дается просто: пациент может выражать сомнения в назначениях, переходить на повышенный тон разговора или, наоборот, замыкаться, когда слышит о сложном диагнозе. В такие моменты доктору важно сохранить спокойствие самому и поддержать пациента, собрать нужную информацию, но в то же время учесть индивидуальные особенности человека. Как это сделать?

**П**омочь может использование Калгари-Кембриджской модели медицинской коммуникации. В чем ее особенности, практическая польза и уникальность, объяснила сертифицированный тренер по медицинской коммуникации, директор благотворительной организации «Социальный гериатрический центр “Опека”», магистр психологии Татьяна Витальевна Колосова. Т.В. Колосова обучает врачей новым навыкам коммуникации. Тренинги организованы при поддержке благотворительного фонда «Жизнь как чудо» в рамках программы «Школа по заболеваниям печени». В прошлом году курс прошли три группы врачей, каждая из которых состояла из 5–7 человек. О том, как проходит обучение и каких результатов уже удалось достичь, рассказали участники и тренер курса.

### Как появился новый подход к медицинской консультации

Проблемы в коммуникации «врач-пациент» называли десятилетиями, и активно эту тему начали обсуждать и исследовать еще в 70-х годах XX века. В книге «Врачи беседуют с пациентами», которая вышла в 1976 г., П. Бирн и Б. Лонг проанализировали две тысячи медицинских консультаций и выяснили, что большинство врачей придерживались закрытого стиля общения, из-за чего многие пациенты не могли сообщить обо всем, что их волновало.

На 34 из 51 консультации врач начинал предлагать лечение на основании первой жалобы пациента, предполагая, что она главная. При этом только 50% медицинских работников могли выявить более 60% жалоб пациентов. В системе отношений «врач-пациент» возник серьезный кризис, который требовал



нового подхода к построению коммуникации. Им стала Калгари-Кембриджская модель, разработанная в 1996 г. врачом и преподавателем медицинской школы Кембриджского университета Джонатаном Сильверманом совместно с профессором Университета Калгари Сюзанн Керц. Они поставили перед собой задачу – создать универсальный инструмент, который систематизирует медицинскую консультацию и сделает ее более эффективной. И для этого предложили разделить медицинский прием на пять ключевых этапов.

В 2000-х годах предложенный подход расширили, дополнили и адаптировали. С того времени его используют для обучения студентов медицинских вузов и практикующих врачей по всему миру, преимущественно в европейских странах.

### Как происходит обучение медицинских специалистов в рамках программы?

Занятия по обучению навыкам медицинской коммуникации проходят онлайн в небольших группах, что позволяет уделить достаточное внимание разбору конкретных случаев из медицинской практики каждого специалиста. Происходит это так: врач (участник тренинга) и пациент, роль которого выполняет симулированный пациент (тренер), моделируют конкретную ситуацию, например сообщение сложного диагноза. Пара инсценирует прием: ведет диалог,



задает друг другу уточняющие вопросы, пациент может сильно разволноваться и даже заплакать. Как в такой момент врачу оптимально выстроить общение, какая мимика будет на его лице и какие фразы предпочтительнее использовать? Через такую практику у медицинского специалиста есть возможность понаблюдать за своей реакцией, а у одногруппников – увидеть ситуацию со стороны и потом поделиться обратной связью. В безопасной среде и в совместном обсуждении получается найти вариант взаимодействия максимально комфортный и врачу, и пациенту. Возможность проиграть различные ситуации есть у каждого участника тренинга.

## ■ ТЯЖЕЛЫЕ РАЗГОВОРЫ

Как себя вести, если у пациента нашли неизлечимую форму злокачественного новообразования, как говорить с близкими больного человека.

Для онкологов одна из частей работы – тяжелые разговоры с пациентами. Может внезапно обнаружиться, что больной находится в терминальной стадии заболевания. Иногда пациенты умирают, и за новостями к врачу приходят их близкие. Как врачу выстроить коммуникацию в конкретных тяжелых ситуациях?

### Ситуация первая.

#### Как сообщить тяжелую новость пациенту

- Перед беседой настройтесь эмоционально – это стресс не только для пациента, но и для вас. Выбирайте простые и понятные слова, избегайте сложных медицинских терминов. Говорите честно, но не резко, дайте человеку время осмыслить информацию.
- Следите за реакцией: кто-то замолкает, кто-то начинает задавать вопросы, а кто-то может даже злиться – это нормальные эмоции. Будьте рядом, проявляйте эмпатию, но сохраняйте профессиональную дистанцию.
- Не перегружайте пациента информацией, говорите дозированно. Обязательно объясните, какие есть

варианты лечения и дальнейшие шаги. Если возможно, предложите поддержку близких или психолога.

- В конце беседы подведите итоги и убедитесь, что пациент понял суть. Даже в сложных ситуациях важно поддержать человека. Можно использовать фразу «мы будем с вами на каждом этапе».

### Ситуация вторая.

#### Как сообщить пациенту о его неизлечимом и фатальном заболевании

- Будьте максимально тактичным на этапе передачи информации.
- Не начинайте разговор с медицинских терминов. Уточните, что пациент уже знает.
- Говорите просто и спокойно: «К сожалению, болезнь будет прогрессировать, специфического лечения нет, но мы постараемся замедлить этот процесс».
- Дайте человеку время переварить сказанное. Пауза – это нормально.
- Проявите эмпатию: «Я понимаю, что это очень тяжело слышать...». Не пытайтесь сразу утешить – важно сначала дать пациенту выразить эмоции.
- Обсудите дальнейшие шаги, не лишая человека ощущения контроля: «Давайте поговорим, что для вас сейчас важно».



## ОБЩЕНИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА



### Партнерство и эмпатия

Калгари-Кембриджская модель построена на принципах эмпатии, партнерских отношений и активного слушания. Она предполагает, что медицинская консультация – это двусторонний диалог. Врач не просто дает указания, а учитывает переживания, ожидания и личные особенности пациента. Такой партнерский подход противопоставляется патерналистской модели коммуникации, которая присуща российской медицине, когда последнее слово в выборе мер лечения

остается за врачом, пациенту сообщается только та информация, которая по мнению врача необходима. Для пациентов патерналистская модель выглядит так: "решите за меня", "сделайте за меня", "а вы мне не сказали, не предупредили".

### Об эмоциях и отношении

Калгари-Кембриджская модель дает врачу возможность распознать негативные эмоции пациента – страх, гнев – и помочь справиться с ними. Для решения конфликтной

## ■ ТЯЖЕЛЫЕ РАЗГОВОРЫ

### Ситуация третья.

Как сообщить родителям о тяжелом заболевании ребенка

- Самая сложная часть в этом процессе – передача информации и первая реакция родителей. Здесь нужна максимальная чуткость.
- Начните с подготовки: сядьте рядом, установите контакт. Оцените, что родители уже знают. Не начинайте сразу с плохих новостей.
- Используйте фразы-предупреждения: «Мне очень жаль, но у нас есть серьезные новости...».
- Говорите мягко, но четко: «У вашего ребенка диагностировано ... Это тяжелое заболевание».
- Позвольте родителям выразить эмоции, не перебивайте.
- Признайте их чувства: «Это очень страшно...».
- Обсудите, какие есть варианты лечения или поддержки. Родители должны чувствовать, что ситуация не безнадежна.

### Ситуация четвертая.

Как сообщить родственникам о смерти пациента

- Здесь ключевой момент – сам факт смерти. Его нужно сообщить прямо, но с максимальной эмпатией.
- Как вести себя: не затягивайте, но подготовьте человека: «Мне очень жаль...».
- Говорите прямо, но мягко: «К сожалению, [имя] скончался сегодня...».
- Дайте человеку время осознать. Молчание в этот момент – нормально.
- Проявите сочувствие: «Мне очень жаль, что это случилось».
- Не говорите заученных фраз типа «он больше не страдает». Просто будьте рядом, слушайте.
- Ответьте на вопросы, предложите помощь.

**В непростых диалогах врача и пациента важны не только слова, но и интонация, паузы и искреннее участие.**



ситуации Т.В. Колосова советует внимательно выслушать пациента и принять его недовольство по поводу возникшей спорной ситуации: «Даже если вы с чем-то не согласны, помните, что принятие не равняется согласию. Проявляя эмпатию, вы вызываете доверие к себе, и тогда выстраивать диалог становится проще. Предложите варианты решения, основываясь на том, что в данный момент важно для самого пациента».

Когда врач не просто считывает набор симптомов у пациента, а воспринимает человека как личность со своими особенностями, страхами, опасениями и ожиданиями, это создает ощущение искреннего интереса к решению проблемы.

Т.В. Колосова уверена, что навыки коммуникации – не врожденные способности и не черта характера, им можно научиться. Для этого врачу нужно быть готовым к ответам и взаимодействию с пациентом на равных, в спокойном и уважительном тоне, без поучений.

«Партнерская модель поведения сначала может показаться сложной для врача, но в долгосрочной перспективе применение таких навыков коммуникации приводит к тому, что врач работает более эффективно и сам испытывает меньше стресса. Это двусторонний и взаимосвязанный процесс. Успокоить пациента крайне важно для самого специалиста, – его личной и профессиональной устойчивости», – поясняет Т.В. Колосова.

Врачи могут бесплатно пройти тренинг по развитию коммуникативных навыков на основе Калгари-Кембриджской модели медицинской коммуникации. Больше об этом курсе и других образовательных возможностях для врачей читайте на портале фонда «Жизнь как чудо». [НОП \[2030\]](#)

#### ■ В БИБЛИТЕКУ ОНКОЛОГА



Эти книги помогут врачам узнать больше о Калгари-Кембриджской модели медицинской коммуникации:

- Сильверман Дж., Керц С., Дрейпер Дж.  
Навыки общения с пациентами, 2018.
- Сонькина А.А.  
Навыки профессионального общения в работе врача.  
ОРГЗДРАВ: Новости. Мнение. Обучение.  
Вестник ВШОУЗ. 2015; 1 (1): 101–107.



## Понижение стадии при гепатоцеллюлярном раке: нужно ли стремиться к достижению критериев трансплантации печени при первично неоперабельном процессе

**30** –31 января 2025 г. в Нижнем Новгороде проходила большая научно-практическая конференция Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) «Опухоли желудочно-кишечного тракта». В рамках мероприятия состоялась совместная сессия RUSSCO и Междисциплинарного общества специалистов по опухолям печени, посвященная вопросам ведения пациентов с гепатоцеллюлярным раком. Ведущие эксперты в области онкологии, гепатологии и трансплантологии рассмотрели проблемы выбора оптимального подхода к лечению пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой при первично неоперабельном процессе, обсудили необходимость понижения стадии опухолевого процесса с целью достижения критериев трансплантации печени.

### Критерии ортотопической трансплантации печени в теории и на практике



#### **Ксения Александровна РОМАНОВА,**

кандидат медицинских наук, научный сотрудник, врач-рентгенолог отделения рентгенодиагностики Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина

Выступающая рассказала о том, что в настоящее время разработаны критерии отбора больных гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) для трансплантации печени. Из них наиболее распространенными считаются Миланские, Калифорнийские, Up-to-7, Toronto. Кроме того, кандидаты на трансплантацию печени должны соответствовать критериям Объединенной сети по обмену органами (United Network for Organ Sharing – UNOS): уровень альфа-фетопротеина (АФП)  $\leq 1000$  нг/мл, один узел размером 2–5 см, два или три узла размером 1–3 см.

Как отметила докладчик, любая система критериев является условной и требует детальной клинической оценки. При этом окончательную оценку противопоказаний к трансплантации печени при ГЦР должен осуществлять центр трансплантации. При проведении неинвазивной диагностики ГЦР у пациентов из группы риска определяются артериальная гиперваскуляризация, вымывание (непериферическое) в портально-венозную или отсроченную фазы сканирования и/или контрастирование капсулы и рост образования. Данные критерии одобрены международными организациями (AASLD, OPTN, LI-RADS) для неинвазивной диагностики ГЦР с очагами размером более 1 см. Сложными для диагностики считаются случаи выявления очагов размерами менее 1 см.

На сегодняшний день основными методами неинвазивной диагностики ГЦР являются: компьютерная томография (КТ) с внутривенным контрастированием (мультифаз-

ное), магнитно-резонансная томография (МРТ) с экстрацеллюлярным и/или гепатоспецифическим контрастом, ультразвуковое исследование (УЗИ) с внутривенным контрастированием (недоступно в России). Кроме того, все чаще в рутинной практике используется инвазивный метод диагностики ГЦР – плоскодетекторная КТ (ПДКТ). Этот метод является информативным и перспективным способом визуализации очагов при ГЦР. Эффективным подходом к диагностике ГЦР является применение двух методов: МРТ с гепатоспецифическим контрастом и ПДКТ. В диагностике очаговых изменений печени современные рентгенологи используют классификационную систему Американского радиологического общества по тактике ведения изменений печени (LI-RADS). Характер изменений, выявляемых при КТ или МРТ, варьируют от LR1 (определенно доброкачественное образование) к LR5 (определенно злокачественное образование). Важно, что по критериям LI-RADS можно выявлять очаги ГЦР размером менее 1 см. В свою очередь, для оценки ответа опухоли на химиотерапевтическое лечение используют модифицированные критерии mRECIST. К сожалению, в клинической практике России и других стран структурированные шаблоны для стадирования ГЦР и оценки эффекта лечения (критерии mRECIST, LI-RADS) используются крайне редко.

Далее К.А. Романова продемонстрировала на данных, полученных при проведении МРТ с контрастированием, оценку стадирования ГЦР по Барселонской системе стадирования



рака печени (Barcelona Clinic Liver Cancer – BCLC). Она отметила, что при ГЦР более хорошим прогнозом отличаются опухолевые узлы небольшого размера, имеющие ровные четкие контуры – выраженную капсулу. Отсутствие капсулы у ГЦР является неблагоприятным фактором прогноза. При этом очаги ГЦР, по критериям LI-RADS, отнесенные к категории LR-M, имеют худший прогноз для пациентов, чем с категорией LR-4/5.

В клинической практике в качестве фактора прогноза пациентов с ГЦР рассматривается макроскопическая форма роста опухоли. Так, при визуализации опухолевого узла с ровными четкими контурами, с капсулой, прогноз считается положительным. Отсутствие доминантного узла, нечеткость контуров позволяют предположить инфильтративную форму роста опухоли. Согласно классификации, предложенной японской группой по изучению печени, такие типы узлового ГЦР, как узловой тип с экстранодулярным ростом, сливной мультимодулярный и инфильтративный типы, характеризуются плохим прогнозом и высоким риском развития внутриорганных метастазов.

По словам докладчика, наиболее распространенными критериями оценки эффективности лечения ГЦР являются критерии mRECIST – измерение жизнеспособной опухолевой ткани, накапливающей контраст в артериальную фазу сканирования на КТ или МРТ.

Критерии UNOS (United Network for Organ Sharing) используются для оценки состояния пациентов при ГЦК. В соответствии с ними рассматриваются только жизнеспособные опухолевые узлы, измерения диаметра опухоли не должны включать участки некроза, которые возникают в опухоли в результате терапии. Соответственно, если имеется более одной области усиления контрастирования остаточной опухоли, то диаметр всего поражения следует учитывать в общей опухолевой нагрузке.

К критериям неудачного понижения стадии и исключения из листа ожидания на трансплантацию печени относят прогрессирование опухоли за пределы критериев включения, опухолевую инвазию в крупный сосуд, опухолевое поражение лимфатических узлов, инфильтративный характер роста опухоли, а также стойкое повышение АФП более 500 нг/мл. Минимальный период наблюдения за стаби-

лизацией заболевания от успешного снижения стадии до трансплантации печени должен составлять не менее трех месяцев. Пациент должен оставаться в пределах показателей Миланских критериев в течение шести месяцев после успешного снижения стадии.

К.А. Романова подробно рассмотрела алгоритм оценки эффективности лечения ГЦР на примере конкретного клинического случая. По данным МРТ и ПДКТ, у мужчины 66 лет с ГЦР выявлен опухолевый узел инкапсулированного типа с периферической гиперваскуляризацией за пределами капсулы. Как известно, гиперваскуляризация является предиктором микрососудистой инвазии, что ухудшает прогноз пациента.

Пациенту провели два сеанса трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ). По данным МРТ через три и четыре месяца после второго сеанса терапии в артериальную фазу не обнаружено накопления контрастного препарата, весь узел представлен некрозом. После сопоставления данных до и после лечения, отмечено, что опухоль стала полностью гиповаскулярной. По критериям mRECIST – полный ответ (Complete Response). Далее пациенту была проведена трансплантация печени. Исследования после трансплантации показали, что жизнеспособной опухоли в пределах основного узла не выявлено. Однако по периферии узла обнаружены множественные (до 30) узлы ГЦР – спутники. Также были выявлены признаки микрососудистой инвазии по синусоидальным пространствам. Через четыре месяца после трансплантации печени у пациента наступило прогрессирование злокачественного процесса, выявлены метастазы в легкие. В заключение К.А. Романова подчеркнула, что, согласно рекомендациям Национальной всеобщей онкологической сети (National Comprehensive Cancer Network – NCCN) 2024 г., пациенты, соответствующие критериям UNOS, должны быть рассмотрены как кандидаты на трансплантацию печени. Для корректного стадирования и оценки эффективности лечения гепатоцеллюлярной карциномы необходимо применение структурированных шаблонов с использованием системы LI-RADS, критериев mRECIST у пациентов перед ортотопической трансплантацией печени (ОТП). Модифицированные критерии LI-RADS для узлов ГЦР менее 1 см требуют дальнейшего изучения.

## Ретроспективный анализ эффективного лечения перед ортотопической трансплантацией печени

**Михаил Александрович БАДУШЕВ,**

врач-онколог, аспирант Российского университета медицины

Докладчик привел такие цифры: по данным регистра Российского трансплантологического общества, в 2020 г. трансплантацию печени выполняли в 29 центрах трансплантологии России. По итогам 2023 г. таких центров стало на пять больше. С 2024 г. трансплантация печени пациентам с ГЦР стала выполняться в НИИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина.

Как отметил докладчик, количество выполненных трансплантаций печени в нашей стране с каждым годом увеличивается. Так, если в 2020 г. коэффициент, отражающий выполнение трансплантаций печени на миллион населения в РФ, составлял 4,5, то в 2023 г. он увеличился до 5,7 [1]. Далее М.А. Бадушев рассмотрел мировой опыт применения иммунотерапии в предтрансплантационный



## СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ

период. В систематическом обзоре и метаанализе данных 91 пациента с ГЦР, получающих иммунотерапию до трансплантации печени, показана статистически значимая зависимость от продолжительности вымывания ингибиторов иммунных контрольных точек и развития реакции отторжения аллотрансплантата. Установлено, что в практике чаще использовался препарат ниволумаб. Отметим, что рецидива и прогрессирования злокачественного процесса на комбинации атезолизумаба с бевацизумабом не было зафиксировано. При применении тирозинкиназных ингибиторов чаще отмечался возврат заболевания. По данным исследований, в целом, пациенты имели приемлемые результаты после ОТП и терапии ингибиторами иммунных контрольных точек [2].

По словам докладчика, в отечественной практике накоплен определенный опыт применения методов иммунотерапии у пациентов с ГЦР в период до ОТП. Он представил базовые характеристики 35 пациентов, которые получали различные варианты иммунотерапии до трансплантации печени. Из них большинство были мужчины (30 пациентов), страдающие вирусным гепатитом С (22 пациента). У семи больных выявлен опухолевый тромбоз воротной

вены, повышенный уровень АФП. У каждого четвертого пациента из группы выявлен сахарный диабет и варикозно-расширенные вены пищевода. В период до ОТП в большинстве случаев применялась схема комбинаций препаратов атезолизумаба с бевацизумабом.

Пациентам выполнена ОТП. Сейчас под наблюдением находится 24 пациента, медиана наблюдения составляет почти 3,5 года. У пяти пациентов отмечено прогрессирование ГЦР до трансплантации, у четырех – после проведения ОТП.

Заканчивая выступление, М.А. Бадушев отметил, что на современном этапе активно развиваются медицинские технологии, разрабатываются диагностические панели, позволяющие определять циркулирующую опухолевую ДНК, РНК, циркулирующие опухолевые клетки. Развитие клинической трансплантологии, расширение возможностей фармакотерапии злокачественных новообразований требует решения практических задач, среди которых – поиск предикторов эффективности иммунотерапии, факторов неблагоприятного прогноза при планировании и вариантов адьювантного лечения после проведения ОРТ у пациентов с ГЦР.

## Что дает иммунотерапия?



**Ирина Анатольевна ДЖАНЫН,**

врач-онколог отделения противоопухолевой лекарственной терапии № 3

Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина

**В**ыступающая продолжила тему. Неуклонный рост заболеваемости ГЦР в мире диктует необходимость поиска и развития эффективных методов лечения. На сегодняшний день трансплантация печени остается основным радикальным методом лечения ГЦР на фоне цирроза печени с высокими показателями общей выживаемости и низкой частотой рецидива. В последние годы показана эффективность иммунных препаратов в лечении ГЦР, способных обеспечить достижение выраженного и длительного противоопухолевого эффекта, контролировать опухоль во время ожидания трансплантации печени. Однако, как показывает практика, возможности иммунотерапии у пациентов с ГЦР связаны не только с расширением возможностей, но и с рядом проблем. В частности, применение иммунотерапии стимулирует противоопухолевый иммунитет, как против ГЦР, так и против аллогенной печени.

И.А. Джанян проанализировала данные многоцентрового ретроспективного анализа применения предтрансплантационной иммунотерапии у пациентов с ГЦР. Исследовали данные 83 пациентов из 11 центров трансплантации Китая. Медиана наблюдения после ОТП составила восемь месяцев. Все пациенты получали предтрансплантационную иммунотерапию. По данным исследований, у 28% пациентов произошло отторжение трансплантата в короткие сроки. Как известно, отторжение трансплантата является

независимым фактором риска для общей выживаемости пациентов. Установлено, что время с момента введения иммунотерапии до трансплантации составило менее 30 дней. Сделан вывод, что пациенты, получающие иммунотерапию перед ОТП менее 30 дней, имеют гораздо более высокий риск отторжения аллотрансплантата, чем пациенты, получающие ингибиторы иммунных контрольных точек более 30 дней [3].

В другом многоцентровом исследовании оценивали влияние предтрансплантационной иммунотерапии на выживаемость пациентов с ГЦР. Показано, что из 117 больных 86 пациентов соответствовали Миланским критериям и 65 из них успешно прошли рестадировку в среднем за 5,6 месяца. Перенесли трансплантацию 43 пациента, в том числе 18 соответствовали Миланским критериям. Отторжение после трансплантации произошло у семи пациентов, шесть из которых получили последнюю дозу ингибитора контрольных точек иммунного ответа менее чем за три месяца до трансплантации, что привело к потере одного трансплантата. При этом 59 пациентов были исключены из листа ожидания. Установлено, что высокая опухолевая нагрузка (превышение Миланских критериев), удвоение уровня АФП и отрицательный рентгенологический ответ являются прогностическими факторами неблагоприятных онкологических исходов и удаления из листа ожидания на ОТП. Кроме того, отмечено отсутствие значимых раз-



личий в выживаемости у пациентов в рамках Миланских критериев и группой вне критериев [4].

Результаты метаанализа влияния предтрансплантационной иммунотерапии на исходы пациентов с ГЦР после ОТП продемонстрировали, что более длительный период отмены ингибиторов иммунных контрольных точек имеет значительную обратную связь с риском отторжения аллотрансплантата. В ходе исследования отмечено, что пациенты, у которых развился рецидив, чаще всего получали меньшее количество циклов иммунотерапии до трансплантации [5].

По словам докладчика, результаты проведенных исследований демонстрируют высокую эффективность предтрансплантационной иммунотерапии в снижении опухолевой нагрузки и стабилизации заболевания у пациентов с ГЦР, хотя она сопряжена с высоким риском отторжения трансплантата. В исследованиях показано, что проведение иммунотерапии перед трансплантацией печени оказывает благоприятное влияние на общую выживаемость у пациентов с ГЦР и микроваскулярной инвазией. Следует отметить, что короткие интервалы между иммунотерапией и ОТП, ранняя посттрансплантационная иммунотерапия и позитивность PD-L1 в трансплантате повышают риск отторжения.

Далее И.А. Джанян представила данные из собственной клинической практики применения иммунотерапии перед ОТП у пациентов с ГЦР. Под наблюдением находились 18 пациентов с распространенной стадией ГЦР, которые получали иммунотерапию атезолизумаб + бевацизумаб

с последующей трансплантацией печени. Безрецидивная выживаемость в группе после трансплантации составила 56%, общая выживаемость в среднем – 35 месяцев. В данной группе пациентов наблюдалась одна дисфункция аллотрансплантата, которая купировалась медикаментозно в течение одного месяца.

В другом случае у пациентки 68 лет был выявлен ГЦР на фоне вирусного гепатита С. Пациентка получила в течение года 12 курсов иммунотерапии. На фоне проводимой терапии наступила декомпенсация функции печени, пациентке была выполнена ОТП. По данным исследований, после трансплантации достигнут полный патоморфологический ответ. Прогрессирование заболевания наступило через два года после ОТП. В данный момент пациентка получает лечение.

В заключение И.А. Джанян подчеркнула необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту. При достижении полных и частичных ответов на терапию у пациентов с распространенной стадией ГЦР следует рассмотреть включение в лист ожидания на ОТП. Проведенные исследования свидетельствуют, что применение иммунотерапии до ОТП возможно, но при этом необходимо соблюдать минимальный период безопасности между окончанием терапии ингибиторами иммунных контрольных точек и трансплантацией и назначением иммуносупрессии с более высокими концентрациями в раннем периоде. Необходимы новые разработки на основе иммунологических маркеров с целью выявления пациентов с риском отторжения трансплантата.

## Место трансартериальной химиоэмболизации при понижении стадии (down-staging) гепатоцеллюлярного рака

### Лада Максимовна ЦЕЛОУСОВА,

врач по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения 2-го онкологического отделения абдоминальной онкологии и рентгенхирургических методов диагностики и лечения Нижегородского областного клинического онкологического диспансера

Гепатоцеллюлярный рак относится к агрессивным опухолям, развивается чаще всего на фоне цирроза печени и при наличии вирусной нагрузки, сказала Л.М. Целоусова. В настоящий момент трансплантация печени является наиболее эффективным методом лечения данной патологии. Для отбора пациентов с ГЦР для трансплантации печени разработаны различные критерии. В современной клинической практике чаще используются Миланские критерии: один очаг размером не более 5 см или наличие в печени до трех очагов с диаметром наибольшего узла не более 3 см и отсутствием инвазии в сосуды. В последнее время также большую роль придают серологическим маркерам и предикторам рецидива опухоли после пересадки печени, в частности уровень АФП учитывают в качестве маркера для решения вопроса о включении пациента в лист ожидания трансплантации.

В соответствии с классификацией BCLC, которая учитывает распространенность опухолевого процесса, оценку функции печени и эффективность лечения ГЦР, целевой аудиторией для проведения down-staging-терапии (понижения стадии) являются пациенты из группы BCLC В. Следует отметить, что в рамках классификации BCLC стадия заболевания может динамически меняться в зависимости от лучевых признаков и функционального состояния печени, что позволяет переводить пациента из стадии BCLC В1 в BCLC А.

Как отметила Л.М. Целоусова, ТАХЭ – хорошо известный метод лечения рака печени, позволяющий приостановить рост опухоли. Питание опухолевых узлов гепатоцеллюлярной карциномы преимущественно осуществляется из артериального русла, а питание паренхимы печени — из русла воротной вены. При проведении ТАХЭ происходит максимальное воздействие на опухолевые оча-

## СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ

ги, при этом не повреждается печеночная паренхима. В зависимости от клинической ситуации используют такие методы, как суперселективная масляная ТАХЭ; суперселективная ТАХЭ микросферами, насыщаемыми цитостатиком; ультраселективная баллонокклюзионная ТАХЭ. Целесообразность проведения down-staging-терапии обусловлена рядом факторов. Прежде всего, противоопухолевое лечение до трансплантации позволяет выявить пациентов с биологически агрессивным ГЦР и риском ранней прогрессии, снижает процент исключения из локорегионарной терапии печени из-за прогрессирования опухоли за пределы критериев. Кроме того, уменьшая опухолевую нагрузку, можно улучшить отдаленные результаты после трансплантации, в том числе снизить частоту рецидивов опухоли.

В исследованиях последних лет показано, что ТАХЭ наиболее часто используется для лечения продвинутых стадий ГЦР. По данным исследований, на фоне ТАХЭ уровень успеха снижения стадии ГЦР до Миланских критериев составляет более 40%. Отмечена незначительная разница в пятилетней общей выживаемости после ОТП между пациентами в рамках миланских критериев и после down-staging-терапии. После эффективного и устойчивого снижения стадии ОТП улучшает выживаемость пациентов без опухолей и общую выживаемость по сравнению с терапией без трансплантации.

Уровень АФП при ГЦР считается одним из критериев отбора и включения пациентов в лист ожидания трансплантации. С другой стороны, последние данные демонстрируют, что уровень АФП не является оптимальным опухолевым маркером и предиктором рецидива опухоли после ОТП. Установлено, что даже при нормальном уровне АФП и наличии у пациента Миланских критериев рецидив заболевания после трансплантации печени возникает у 10–15% пациентов. На сегодняшний день опубликованы данные, что к маркерам, чувствительным к риску рецидива ГЦР после трансплантации, можно отнести одну из фракций АФП – АФП-13, а также белок, который синтезируется в отсутствие витамина К – PIVKA-II.

Далее Л.М. Целуосова рассказала об оценке состояния пациентов после down-staging-терапии. Пациентам с ГЦР

рекомендуется оценивать эффективность лечения по данным контрастной МРТ по критериям mRECIST. Также, по мнению зарубежных экспертов, можно применять правило Ablate and Wait: шесть месяцев после успешного достадирования пациент не получает никакого лечения, только динамическое наблюдение. В случае отсутствия прогрессирования заболевания, сохранения уровня АФП в допустимых пределах, пациент получает шанс встать в лист ожидания трансплантации. В свою очередь оценивается и опухолевая нагрузка печени, в соответствии с классификацией RETREAT, перед самой трансплантацией. По словам докладчика, ТАХЭ не является панацеей для down-staging-терапии, но может быть эффективным методом лечения при определенных условиях. Так, в ряде случаев при наличии у пациента с ГЦР многочисленных опухолей небольшого размера более эффективными являются абляционные методики. При трех очагах и менее, а также размерах опухоли до 3 см оптимальным методом терапии считается применение ТАХЭ. При выявлении более крупных опухолей применяют комбинацию ТАХЭ и абляционных методик.

По данным исследований, применение ТАХЭ в комбинации с другими методами у пациентов с ГЦР позволяет получить лучший результат в отношении down-staging и в показателях общей выживаемости после проведения ОТП [6].

В консенсусном заявлении Европейского общества трансплантации органов (2023 г.) отмечается, что всем пациентам с ГЦР, достигшим успешного снижения стадии до заранее определенных критериев трансплантации, следует рассмотреть возможность трансплантации печени. Польза как с точки зрения безрецидивной выживаемости, так и с точки зрения общей выживаемости этого подхода значительно выше, чем при любой другой стратегии без трансплантации. У всех пациентов, выходящих за пределы критериев трансплантации, без внепеченочных заболеваний или макрососудистой инвазии, следует допускать возможность снижения стадии до тех пор, пока они потенциально подходят для ОТП, поскольку исходное состояние ГЦР не продемонстрировало значительного снижения выживаемости после трансплантации.

## Дискуссия экспертов: за и против



### Валерий Владимирович БРЕДЕР,

доктор медицинских наук, заведующий отделом лекарственного лечения Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина, председатель экспертной группы по разработке практических рекомендаций RUSSCO по лекарственному лечению первичного рака печени, билиарного рака, раздела поддерживающей терапии по лечению фоновых заболеваний печени

**В**о второй части сессии эксперты обменялись мнениями о необходимости понижения стадии при ГЦР и достижения критериев трансплантации печени при первично неоперабельном процессе, а также обсудили актуальные вопросы современно-

го состояния отечественной трансплантологической службы.

Выступающий рассмотрел аргументы, свидетельствующие об эффективности применения стратегии down-staging в целях достижения критериев трансплантации печени



у пациентов с ГЦР при первично неоперабельном процессе. Он отметил, что наилучшими кандидатами для понижения стадии являются пациенты с ГЦР и локализованным опухолевым процессом, которым нельзя проводить радикальные локальные методы лечения. При этом правильный отбор пациентов в соответствии с определенными критериями является залогом хороших отдаленных результатов. В частности, при определении кандидатов на down-staging-терапию и трансплантацию печени особенно важна правильная интерпретация данных диагностических исследований, включая выявление наличия признаков диффузных и инфильтративных процессов, микро- и макрососудистой инвазии.

В современных исследованиях изучены особенности down-staging-терапии и ее возможное влияние на прогноз выживаемости пациентов с ГЦР. Так, в исследовании были проанализированы 10-летние результаты лечения пациентов с ГЦР после ОТП и проведена оценка связи методов лечения с выживаемостью после рецидива. Установлено, что у пациентов с ГЦР, у которых стадия была успешно снижена до уровня Миланских критериев, получены положительные 10-летние результаты после проведения трансплантации. В группе пациентов, получающих down-staging-терапию, отмечено увеличение общей и безрецидивной выживаемости [7].

В другом исследовании также было показано, что у пациентов с ГЦР на фоне эффективной down-staging-терапии снижается выраженность опухолевого процесса до Миланских критериев. После последующего проведения ОТП у этих больных значительно улучшается выживаемость без развития опухолевых осложнений и общая выживаемость по сравнению с нетрансплантационной терапией [8].

В.В. Бредер подчеркнул, что разработанные протоколы устанавливают требования к объему оказания медицинской помощи до и после проведения ОТП. Интерес представляет многоцентровый анализ протокола лечения пациентов с опухолями, исходно превышающими критерии UNOS (all comers (AC)), в рамках многоцентровой оценки уменьшения размера опухоли перед ОТП (MERITS-LT). Отмечается, что в лист ожидания ОТП пациенты попадают после отбора на down-staging-терапию. В качестве down-staging-терапии пациентам назначается тот или иной вариант иммунотерапии. По данным исследования, пациенты из группы AC имели более низкую вероятность успешного прохождения down-staging-терапии по сравнению с группой пациентов, соответствующих критериям UNOS (67% против 83% соответственно в течение 12 месяцев). Трехлетняя выживаемость составила 69% для группы UNOS против 58% для группы AC. Авторами подчеркивается необходимость двухэтапной стандартизированной оценки проведенного противоопухолевого лечения. В исследовании показано значимое влияние факторов риска на показатели выживаемости у пациентов с ГЦР, получающих down-staging-терапию. У пациентов с тяжелым нарушением функции печени или уровнем АФП 500 нг/мл и более выживаемость была низкой [9]. В ретроспективном исследовании сравнивали группы пациентов с ГЦР с пониженной стадией: пациенты с опухолевой нагрузкой, соответствующей критериям включения UNOS, и пациенты, у которых начальная опухолевая нагрузка превышает критерии UNOS (all comers

(AC)), по сравнению с пациентами, которые всегда соответствовали Миланским критериям. Полученные данные свидетельствуют, что вероятность отсева из листа ожидания ОТП после первоначального успешного понижения стадии была наименьшей для пациентов, изначально соответствующих Миланским критериям, и наибольшей – для пациентов группы AC (all comers). Подгруппа пациентов с AC, получающая down-staging-терапию, с повышенным уровнем АФП имела более чем 50%-ную вероятность отсева в течение следующих двух лет. Это подтверждает влияние таких факторов, как уровень АФП, размеры опухолевого процесса и нарушений функции печени, на дальнейший прогноз выживаемости пациентов с ГЦР [10].

Схожие данные получены в ретроспективном анализе базы данных UNOS по пациентам с ГЦР, перенесшим ОТП. В ходе исследований показано влияние опухолевой нагрузки ГЦР, уровня АФП и длительности ожидания ОТП на посттрансплантационную выживаемость. Наименьшая вероятность рецидива ГЦР через три года отмечена в группе пациентов, изначально находящихся в пределах Миланских критериев. В группе больных, соответствующих критериям включения UNOS с плановым проведением down-staging-терапии, и группе с исходной опухолевой нагрузкой, превышающей критерии UNOS, показатели риска развития рецидива были 12,8 и 16,7% соответственно. В группах, находящихся на более низкой стадии, уровень АФП 100 нг/мл и более считался независимым предиктором рецидива ГЦК [11].

Далее В.В. Бредер акцентировал внимание на возможности расширения когорты пациентов для проведения down-staging-терапии. Он отметил, что в ряде исследований показаны результаты включения пациентов с тромбозом системы воротной вены в программу down-staging для последующей ОТП. Как известно, тромбоз воротной вены является признаком продвинутой стадии ГЦР и неблагоприятным фактором прогноза. По данным исследований, пациенты с ГЦР с тромбозом воротной вены могут достичь приемлемой выживаемости с помощью ОТП после проведения успешной down-staging-терапии [12].

По словам докладчика, улучшения результатов лечения и увеличения выживаемости больных с ГЦР можно добиться с помощью слаженной работы междисциплинарной команды врачей. Эффективность междисциплинарного подхода у пациентов с ГЦР подтверждена клиническими исследованиями.

Сегодня активно внедряются различные варианты лечения ГЦР на предтрансплантационном этапе. В частности, используется иммунотерапия, в том числе в комбинации с локальными методами лечения ГЦР. В многочисленных исследованиях получены данные, что активный подход к down-staging-терапии является перспективным в отношении улучшения показателей выживаемости больных ГЦР. Подводя итог, В.В. Бредер подчеркнул, что понижение стадии ГЦР сопровождается увеличением шансов пациента на излечение. Залогом успеха стратегии down-staging при ведении пациента с ГЦР являются мультидисциплинарный подход, высокий уровень профессионализма врачей, четкое следование требованиям клинических рекомендаций и протоколов, а также соблюдение технологий оценки заболевания.



## Необходимы меры по развитию системы органного донорства

### Владимир Евгеньевич ЗАГАЙНОВ,

доктор медицинских наук, директор Института хирургии и онкологии, заведующий кафедрой факультетской хирургии и трансплантологии Приволжского исследовательского медицинского университета, главный внештатный трансплантолог Минздрава Нижегородской области

В начале своего выступления В.Е. Загайнов подробно рассказал о критериях, которым должен соответствовать пациент для трансплантации. На сегодняшний день известно более 40 различных вариантов критериев для ОТП. В последние годы при отборе пациентов для ОТП наблюдается тенденция к проведению комплексной оценки опухоли, изучению ее биологической активности, расчету вероятности противоопухолевого ответа и прогнозирования риска рецидивирования.

Трансплантация печени считается одним из наиболее радикальных и эффективных способов лечения ГЦР на фоне цирроза печени. Данные исследований и реальной практики показывают преимущества стратегии down-staging и хирургических методов лечения у пациентов с ГЦР по сравнению с нехирургическими методами. При этом пациент, которому проведена резекция по поводу гепатоцеллюлярной карциномы, может быть включен в лист ожидания трансплантации печени по Барселонским критериям (BCLC) категории В.

Эксперт отметил, что в РФ за период с 2012 по 2023 г. наблюдается увеличение числа пациентов в листах ожидания трансплантации печени в 4,2 раза. Однако количество трансплантаций, выполняемых в нашей стране, обеспечивает лишь малую часть от реальной потребности населения. Более того, трансплантационная активность представлена не во всех регионах России. В ряде регионов выполняется недостаточное количество трансплантаций из-за недостаточной донорской активности и ограниченных возможностей. Одной из актуальных проблем современной трансплантологии является нехватка донорских органов.

По словам профессора В.Е. Загайнова, в условиях низкой трансплантационной активности, недостатка донорских органов, большого числа пациентов, нуждающихся в ОТП, в реальной практике перед региональными врачами-трансплантологами стоят непростые задачи по распределению специализированной медицинской помощи. Региональные центры трансплантологии не могут обеспечить всех нуждающихся органами для пересадки. В связи с этим ожидание трансплантации органа занимает длительное время. Сегодня в регионах, как и в целом по стране, назрела необходимость реализации комплекса мер по развитию системы органного донорства и трансплантации на государственном уровне. Заканчивая дискуссию, эксперты сошлись во мнении, что отечественная трансплантология нуждается в совершенствовании в целях обеспечения большей доступности трансплантации органов для населения. На сегодняшний день down-staging -терапия – перспективный метод лечения ГЦР, помогающий обеспечить соответствие критериям трансплантации. [НОП \[2030\]](#)

### Литература

1. Готье С.В., Хомяков С.М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2023 г. XVI сообщение регистра Российского трансплантологического общества. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2024; 26 (3): 8–31.
2. Rezaee-Zavareh M.S., Yeo Y.H., Wang T., et al. Impact of pre-transplant immune checkpoint inhibitor use on post-transplant outcomes in HCC: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *J. Hepatol.* 2025; 82(1): 107–119.
3. Guo Z., Liu Y., Ling Q., et al. Pretransplant use of immune checkpoint inhibitors for hepatocellular carcinoma: a multicenter, retrospective cohort study. *Am. J. Transplant.* 2024; 24 (10): 1837–1856.
4. Tabrizian P., Holzner M.L., Ajmera V., et al. Intention-to-treat outcomes of patients with hepatocellular carcinoma receiving immunotherapy before liver transplant: the multicenter VITALITY study. *J. Hepatol.* 2024; S0168-8278(24)02541-8.
5. Rezaee-Zavareh M.S., Yeo Y.H., Wang T., et al. Impact of pre-transplant immune checkpoint inhibitor use on post-transplant outcomes in HCC: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *J. Hepatol.* 2025; 82 (1): 107–119.
6. Sangro B., Kudo M., Erinjeri J.P., et al. Durvalumab with or without bevacizumab with transarterial chemoembolisation in hepatocellular carcinoma (EMERALD-1): a multiregional, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study. *Lancet.* 2025; 405 (10474): 216–232.
7. Tabrizian P., Holzner M.L., Mehta N., et al. Ten-year outcomes of liver transplant and downstaging for hepatocellular carcinoma. *JAMA Surg.* 2022; 157 (9): 779–788.
8. Mazzaferro V., Citterio D., Bhoori S., et al. Liver transplantation in hepatocellular carcinoma after tumour downstaging (XXL): a randomised, controlled, phase 2b/3 trial. *Lancet Oncol.* 2020; 21 (7): 947–956.
9. Natarajan B., Tabrizian P., Hoteit M., et al. Downstaging hepatocellular carcinoma before liver transplantation: a multicenter analysis of the "all-comers" protocol in the Multicenter Evaluation of Reduction in Tumor Size before Liver Transplantation (MERITS-LT) consortium. *Am. J. Transplant.* 2023; 23 (11): 1771–1780.
10. Huang A.C., Dodge J.L., Yao F.Y., Mehta N. National experience on waitlist outcomes for down-staging of hepatocellular carcinoma: high dropout rate in all-comers. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2023; 21 (6): 1581–1589.
11. Mehta N., Dodge J.L., Grab J.D., Yao F.Y. National experience on down-staging of hepatocellular carcinoma before liver transplant: influence of tumor burden, alpha-fetoprotein, and wait time. *Hepatology.* 2020; 71 (3): 943–954.
12. Soin A.S., Bhangui P., Kataria T., et al. Experience with LDLT in patients with hepatocellular carcinoma and portal vein tumor thrombosis postdownstaging. *Transplantation.* 2020; 104 (11): 2334–2345.

## Российская онкология понесла тяжелую утрату. Не стало Михаила Ивановича Давыдова – выдающегося клинициста, талантливого хирурга и великого учителя



**О**н принял решение стать врачом уже будучи взрослым, сформировавшимся человеком. После окончания военного училища Михаил Иванович три года служил в воздушно-десантных войсках, когда понял: его призвание – спасать жизни. По окончании Сеченовского университета в 1975 г. он пришел в Онкологический центр им. Н.Н. Блохина в качестве ординатора, а в 2001 г. был единогласно выбран коллективом крупнейшего онкоцентра страны и возглавил «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН», оставаясь в должности директора до 2017 г.

Михаил Иванович Давыдов внес огромный вклад в формирование и развитие российской школы онкохирургии, основанной Николаем Николаевичем Блохиным и Николаем Николаевичем Трапезниковым, ныне известной во всем мире.

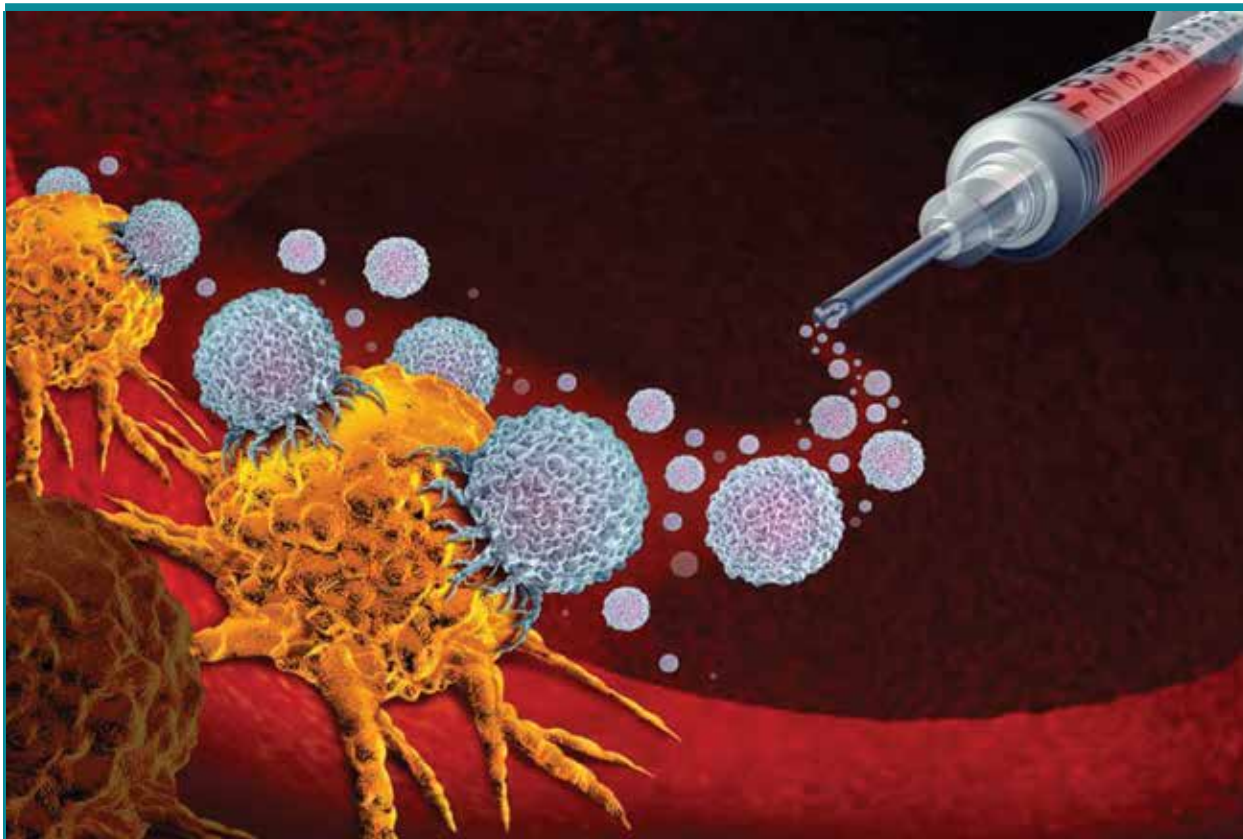
Научная и практическая деятельность Михаила Ивановича была посвящена разработке новых и совершенствованию существующих методов хирургического лечения пациентов с опухолями легких, пищевода, желудка и средостения. Он разработал принципиально новую методику внутривисцеральных и внутрибрюшных пищеводных анастомозов, отличающуюся оригинальностью технического исполнения, простотой, безопасностью и высокой функциональностью. Первым в онкохирургии Давыдов стал проводить сложнейшие операции с пластикой и протезированием полых вен, легочных артерий и аорты. Совместно с академиком Р.С. Акчуриным Михаил Иванович заложил основы кардиохирургии и трансплантологии у онкологических пациентов, существенно расширив возможности лечения рака.

Михаил Иванович передавал своим многочисленным ученикам не только знания, обучая виртуозной хирургической технике, но и свое уникальное отношение к жизни, профессии и пациентам. Его отличала невероятная интуиция клинициста и преданность онкохирургии, которой он занимался со всей присущей ему страстью, готовность идти на риск ради малейшего шанса для спасения жизни пациента, смелость и принципиальность в решении организационных вопросов в должности президента Российской академии медицинских наук и главного онколога Минздрава России.

Михаил Давыдов был и будет ярчайшей звездой онкохирургии, он смог изменить представления об онкологии, еще на один шаг приблизив человечество к победе над раком.

Михаил Иванович навсегда останется в сердцах его учеников, соратников, коллег, друзей и тысяч пациентов.

*Коллектив НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина*



# Перспективные направления в лечении злокачественных новообразований ЖКТ

Онкологические заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остаются одной из ведущих причин смерти как в нашей стране, так и во всем мире. Рассмотрению возможностей использования вакцинотерапии и CAR-T-терапии при опухолях ЖКТ была посвящена сессия, состоявшаяся в рамках XI Конференции RUSSCO «Опухоли желудочно-кишечного тракта» (Нижний Новгород, 30 января 2025 г.).

## Вакцинотерапия при опухолях ЖКТ. Мифы, достижения и перспективы

**Екатерина Александровна БРЮШКОВА,**

кандидат биологических наук, старший научный сотрудник лаборатории методов иммуносенвенирования Института биоорганической химии им. акад. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН

Выступающая напомнила собравшимся, что, согласно представленному определению, вакцинация – это контролируемое и целенаправленное введение в организм одного или нескольких антигенов для формирования *de novo* иммунного

ответа или для усиления антиген-специфического иммунного ответа.

Терапевтические онковакцины, призванные изменить воздействие иммуносупрессорного опухолевого микроокружения и уклонение опухоли от



иммунного ответа, весьма многообразны. Однако при их создании учитываются четыре аспекта. В первую очередь, речь идет об антигене. Имеет значение происхождение антигена (ТАА, TSA, неоантиген), количество (один или несколько), «уровень детализации», уникальность (персонализированный или распространен в когорте). Во-вторых, речь идет о платформе, в качестве которой могут применяться как цельноклеточные, так и антигенпрезентирующие дендритные клетки, бактерии, вирусы, онколитические или вирусоподобные частицы. В качестве платформы также могут быть использованы ДНК, РНК, целые пептиды и протеины. Доставка антигенов в организм может осуществляться с помощью внутривенного и внутриопухолевого введения, липосом, наночастиц, электропорации. Адьюванты выступают в качестве способа усиления доставки и иммунного ответа. В данном случае адьювант подразумевается как компонент смеси, он вводится в организм вместе с онковакциной для усиления иммунных свойств. Адьювант может быть простым носителем (минеральные соли, масляные эмульсии), иммуностимулирующей молекулой, ингибитором контрольных точек иммунного ответа или CpG-мотивом (агонист TLR9-рецептора).

По данным Всемирной организации здравоохранения (2020 г.), каждый четвертый случай рака в мире представлен раком ЖКТ, каждая третья смерть от рака – это смерть от злокачественных новообразований ЖКТ. Лидирующую позицию занимает колоректальный рак, за ним следуют рак желудка, печени, пищевода и рак поджелудочной железы. Именно на эти типы опухолей ЖКТ в основном нацелено терапевтическое воздействие онковакцин.

По словам эксперта, уникальных антигенов не много. Потенциальными антигенами для создания онковакцин, например при колоректальном раке, выступают карциноэмбриональный антиген (CEA), белки Ep-CAM (молекулы адгезии эпителиальных клеток), сплайосома-ассоциированный фактор SART3. В качестве перспективного антигена для создания онковакцин при гепатоцеллюлярной карциноме рассматривается альфа-фетопротейн (AFP), экспрессия которого повышена у 80% пациентов, а при раке пищевода и желудка – HER2, гастрин G17DT. Для терапии рака поджелудочной железы разрабатывается вакцина на основе пептидного коктейля OCV-C01, содержащая эпитопные пептиды, полученные из разных рецепторов фактора роста эндотелия сосудов и др.

Кратко охарактеризовав алгоритм поиска неоантигенов для онковакцин, Е.А. Брюшкова отметила, что с этой целью можно использовать и опухолевые клетки. Одним из вариантов противораковых вакцин на основе опухолей являются лизаты целых опухолевых клеток как аутологичных, так и линейных. Примером тому служит мелацин – аллогенная вакцина, состоящая из лизата двух линий клеток меланомы в сочетании с адьювантом Detox, одобренная в Канаде для лечения меланомы поздней стадии.

Другим вариантом являются цельные, генетически модифицированные опухолевые клетки с адьювантом (например, вирусом Ньюкасла). Вакцина GVAX, которая состоит из двух линий клеток, проходит фазу II клинических испытаний на пациентах с множественной миеломой. Аутологичные и аллогичные формулы GVAX проходят испытания при нескольких типах рака, включая рак поджелудочной железы, колоректальный рак и нейробластому. К еще одному варианту противораковых вакцин на основе опухолей следует отнести экзосомы, секретируемые опухолевыми клетками, как предкультивированные в присутствии опухолевых клеток аутологичные РВМС, так и дендритные клетки, нагруженные опухолевым лизатом. Недостатки данного метода обусловлены ограничением количества опухолевого материала, инвазивностью процедуры получения материала, низкой эффективностью.

Разработка вакцин на основе дендритных клеток ведется с 60-х гг. прошлого века, однако на сегодняшний день FDA (Food and Drug Administration, США) одобрила лишь одну из них (препарат Sipuleucel-T) для лечения асимптоматического или минимально симптоматического метастатического кастрационно-резистентного рака предстательной железы. Эксперт упомянула еще три терапевтические онковакцины, одобренные FDA. Это T-VEC – препарат на основе онколитического вируса простого герпеса 1-го типа, использующийся для лечения тяжелых форм меланомы, которые невозможно удалить хирургическим путем. И два препарата для лечения рака мочевого пузыря: TICE/TheraCys – лиофилизированный препарат для внутривезикулярных инсталляций рака мочевого пузыря на основе живой, но аттенуированной бациллы штамма Кальметта – Герена, который является ослабленным штаммом микобактериума; и ADSTILADRIN – векторная онковакцина, содержащая ДНК, которая кодирует интерферон.

Терапевтические онковакцины на базе нуклеиновых кислот имеют ряд преимуществ, прежде всего, в виде быстрой разработки и масштабируемости, точности и специфичности. В отличие от вакцин на основе бактериальных клеток, они характеризуются низкой иммуногенностью. Надежный профиль безопасности, гибкость подходов (совместное включение нескольких антигенов) и персонализация обуславливают перспективность их применения. Однако и они имеют свои ограничения. У ДНК-вакцины основным ограничением считается низкая, неконтролируемая эффективность проникновения в цитоплазму и ядро. У синтетической РНК-вакцины – очень низкая стабильность, деградация на всех этапах.

Кроме ДНК- и РНК-вакцин, которые в виде синтезированных молекул можно напрямую индуцировать в организм человека, есть еще вирусные векторы, содержащие в себе генетический материал, которые в качестве вирусной вакцины также можно вводить в организм человека. Большим преимуществом вирусных вакцин является способность ремоделировать «холодное» микроокружение в «горячее». Бла-

## ИННОВАЦИИ В ОНКОЛОГИИ

годаря этому «холодные» или иммуноисключенные опухоли становятся «горячими», то есть инфильтрирующимися Т-лимфоцитами, что способствует повышению эффективности местного адаптивного и врожденного иммунного ответа.

Завершая выступление, Е.А. Брюшкова констатировала, что стратегии улучшения онковакцин предполагают поиск «идеальных» неоантигенов,

расширение представлений об особенностях реализации иммунных ответов, разработку эффективных биомаркеров и методов иммуномониторинга для оценки эффективности вакцины, оптимизацию способов доставки, контроль прессинга и презентации антигена, комбинированное применение с противоопухолевой терапией, снижение риска нежелательных иммунных реакций.

# CAR-T-клеточная терапия при солидных опухолях, в частности при опухолях ЖКТ

**Екатерина Олеговна ИГНАТОВА,**

кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения клинической фармакологии и химиотерапии НИИ клинической онкологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина

По словам докладчика, CAR-T-клеточная терапия представляет собой персонализированные методы адаптивной клеточной иммунотерапии. Это иммунотерапия, основанная на генетической модификации аутологичных Т-лимфоцитов у пациента с целью экспрессии химерного антигенного рецептора (CAR). На сегодняшний день существует пятая генерация химерного комплекса, который состоит из экстрацеллюлярного антиген-распознающего домена и интрацеллюлярного домена.

CAR-T-клеточная терапия показала многообещающую эффективность при лечении гематологических злокачественных новообразований (ЗНО). Сегодня в арсенале имеются уже шесть зарегистрированных CAR-T-препаратов для лечения гематологических ЗНО. Но при лечении солидных опухолей CAR-T-терапия пока не очень хорошо работает, поскольку многие характеристики солидных опухолей создают проблемы для ее использования. Для активного введения CAR-T-клеточной терапии в лечение солидных опухолей имеются такие значимые ограничения, как выраженная внутриопухолевая гетерогенность антигенов, слабая возможность инфильтрации опухоли CAR-T-клетками, ограниченная экспансия и раннее истощение препарата при попадании в организм, наличие иммуносупрессивного микроокружения опухоли, которое характеризуется условием гипоксии, риск токсичности.

Сегодня ведется активная разработка CAR-T-препаратов для лечения опухолей желудочно-кишечного тракта с таргетированием различных мишеней, каковыми являются Claudin 18.2, раково-эмбриональный антиген (CEA), HER2 и другие. В настоящий момент проведены исследования фазы I пяти препаратов с разной конструкцией CAR-T-агентов, в которых частота ответа составила порядка 40–50%.

Особый интерес представляет единственное завершённое исследование фазы II CAR-T-агента (CT041), чьей таргетной мишенью является Claudin 18.2. В данное исследование были включены 134 пациента с экспрес-

сией Claudin 18.2 более 10%. Частота объективных ответов в среднем составила 39%, в группе пациентов с раком желудка — 55%, в группе пациентов с раком пищевода — 20%. При этом медиана времени до прогрессирования в группе пациентов с раком желудка достигла 5,8 месяца. Нежелательные явления в виде тошноты и рвоты имели место у более 50% пациентов. Раково-эмбриональный антиген экспрессируется в разных опухолях, но в большей степени представлен в опухолях желудочно-кишечного тракта. В настоящее время проводится восемь исследований фазы I по оценке CAR-T-продуктов, направленных против маркера CEA. В одном из исследований CAR-T-агента приняли участие 40 пациентов с экспрессией CEA более 10%, из них 80% — с колоректальным раком. Токсичность терапии была признана удовлетворительной, хотя имели место колиты и фарингеальные язвы 3-й стадии. Частота объективного ответа была выше в группе интраперитонеального введения CAR-T-агента, чем в группе внутривенного введения — 25% против 8%. Но медиана времени до прогрессирования не превышала трех месяцев.

Ведется разработка CAR-T-агентов, направленных против HER2. Применение подобной CAR-T-клеточной терапии может стать перспективной при раке желудка с высокой экспрессией HER2. Однако пока пять исследований по оценке CAR-T-терапии против HER2 было терминировано, потому что HER2 экспрессируется не только в опухоли, но и в нормальной ткани легких, сердца, что вызывает значимую токсичность при лечении. CAR-T-клеточная терапия считается одной из перспективных иммунотерапевтических стратегий при солидных опухолях. Однако имеется целый ряд ограничений, препятствующих ее активному внедрению для лечения солидных опухолей, в том числе опухолей пищеварительной системы. К основным ограничениям следует отнести наличие иммуносупрессивного микроокружения опухоли, внутриопухолевую гетерогенность антигенов, высокий риск токсичности. [НОП \[2030\]](#)



## Профильные мероприятия в 2025 г.

Название	Дата и место
XI Конференция RUSSCO «Рак легкого и другие опухоли грудной клетки» Пятый национальный онкопульмонологический конгресс Совместная конференция Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) и Национального общества онкопульмологов (НООП) с международным участием (Per aspera ad astra: памяти М.И. Давыдова)	24.04.2025–25.04.2025 Отель «Кортъярд Марриот Пушкин», по адресу: г. Санкт-Петербург, канал Грибоедова, д. 166 (пересечение с Канонерской улицей, д. 33)
Научно-практическая конференция «Новое в лечении онкологических и гематологических злокачественных новообразований. Сергеево-Посадские чтения»	17.05.2025 Отель «Посадский», по адресу: Московская обл., г. Сергиев Посад, пр-кт Красной Армии, д. 171 (гибридный формат, трансляция на сайте <a href="http://www.nop2030.ru">www.nop2030.ru</a> )
XIII Съезд онкологов России	19.05.2025–21.05.2025 Конгресс-холл «Торатау», по адресу: г. Уфа, ул. Заки Валиди, д. 2 (гибридный формат)
Сессия RUSSCO «Рак молочной железы» в рамках Межрегиональной конференции «День онколога»	23.05.2025 Тюмень
Конференция «Иммуноонкология» Конференция «Агностические маркеры в онкологии»	23.05.2025–24.05.2025 Отель «Соколена», по адресу: г. Ярославль, ул. Институтская, зд. 5/17
Научно-практическая конференция «Инновационные подходы в онкологии, гематологии и паллиативной медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом»	24.05.2025 Отель «Бештау», по адресу: г. Пятигорск, ул. Первая Бульварная, д. 17 (очный формат)
XI Конференция RUSSCO «Поддерживающая терапия»	27.05.2025–28.05.2025 Городской клинический онкологический диспансер, по адресу: г. Санкт-Петербург, просп. Ветеранов, д. 56
III Научно-практическая конференция «Меланома и рак кожи»	30.05.2025 (формат онлайн-трансляции)
III Всероссийский конгресс «Диагностика в онкологии»	04.06.2025 Отель «Суцевский Сафмар», по адресу: г. Москва, Суцевский Вал, д. 74 (гибридный формат)
V Южно-российский медицинский конгресс «Медицинские технологии – настоящее и будущее» 5 июня секция «Онкология и гематология»	04.06.2025–06.06.2025 Отель Crowne Plaza, по адресу: г. Краснодар, ул. Красная, д. 109 (очный формат)



## КАЛЕНДАРЬ

Академия онкологов России	19.06.2025–20.06.2025
Конференция «Лучшее по материалам конференции ASCO» Третий молодежный онкологический саммит	20.06.2025–21.06.2025 Отель «Арткорт», по адресу: г. Москва, Вознесенский пер., д. 7
Онлайн-интенсив RUSSCO и Школы химиотерапевтов по опухолям ЖКТ	21.06.2025–22.06.2025
III Байкальский медицинский форум с международным участием «Здоровая Сибирь»	24.06.2025–26.06.2025 ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет», Научная библиотека им. В.Г. Распутина, по адресу: г. Иркутск, ул. Лермонтова, д. 124 (очный формат)
Научно-практическая конференция «Новое в лечении онкологических и гематологических злокачественных новообразований. Серпуховские чтения»	29.06.2025 Korston Hotel, по адресу: Московская обл., г. Серпухов, Борисовское ш., д. 1 (гибридный формат, трансляция на сайте <a href="http://www.nor2030.ru">www.nor2030.ru</a> )
Конференция «Клинические рекомендации – все всем?»	22.08.2025 Отель «Островский», по адресу: г. Кострома, пр-кт Мира, д. 46
Паллиативная помощь. Новые стандарты и эффективные стратегии	28.08.2025 Отель «Реальянс Самара», по адресу: г. Самара, ул. Ново-Садовая, д. 162в
VIII Международный форум онкологии и радиотерапии	15.09.2025–19.09.2025 Центр международной торговли, по адресу: г. Москва, Краснопресненская наб., д. 12
Сессия RUSSCO «Онкоурология» в рамках межрегиональной конференции «День онколога»	19.09.2025 г. Тюмень
Вручение премии им. академика А.И. Савицкого	16.09.2025
IX Международный симпозиум «Поддерживающая терапия в онкологии: лучшие мировые практики»	03.10.2025 Гостиница Glenver Garden Paveletskaya, по адресу: г. Москва, ул. Кожевническая, д. 4
Поволжский онкологический форум	08.10.2025–10.10.2025
Форум онкологов Южного федерального округа	06.11.2025–07.11.2025
Научно-практическая конференция «Инновационные подходы в онкологии, гематологии и паллиативной медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом»	25.10.2025 Отель «Владикавказ», по адресу: г. Владикавказ ул. Коцоева, д. 73а (гибридный формат)
XXIX Российский онкологический конгресс	11.11.2025–13.11.2025 Международный выставочный центр «Крокус Экспо», по адресу: Московская обл., г. Красногорск, ул. Международная, д. 16
VI Онкологический онлайн-марафон «Онлайн осень»	20.11.2025–21.11.2025
Итоговая конференция профессиональных некоммерческих организаций за 2025 г.: «Достижения и перспективы развития онкологии»	05.12.2025
Сессия RUSSCO «Рак легкого» в рамках межрегиональной конференции «День онколога»	12.12.2025 г. Тюмень
Научно-практическая конференция «Новое в лечении онкологических и гематологических злокачественных новообразований. Сергиево-Посадские чтения»	20.12.2025 Отель «Посадский», по адресу: Московская обл., г. Сергиев Посад, пр-кт Красной Армии д. 171 (гибридный формат, трансляция на сайте <a href="http://www.nor2030.ru">www.nor2030.ru</a> )

## Организаторы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации;
- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)
- Общество репродуктивной медицины и хирургии (ОРМХ)
- Российская ассоциация гинекологов-эндоскопистов (РАГЭ)
- Российская ассоциация эндометриоза (РАЭ)



# ОЧНО

XXXVIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС  
С КУРСОМ ЭНДОСКОПИИ

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**  
в диагностике и лечении  
гинекологических заболеваний

**3–6 июня 2025**

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»  
Минздрава России  
Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

## Руководители конгресса:



**Адамян Л.В.**  
Академик РАН, профессор  
Главный внештатный специалист  
Минздрава России по гинекологии  
Заместитель директора по научной  
работе ФГБУ «НМИЦ АГП  
им. В.И. Кулакова» Минздрава России



**Сухих Г.Т.**  
Академик РАН, профессор  
Директор ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»  
Минздрава России

Программа будет сосредоточена на состоянии и перспективах гинекологической хирургии, включая искусственный интеллект, робототехнику, трехмерное моделирование, а также альтернативные минимально инвазивные технологии лечения основных гинекологических заболеваний. Особое значение будет уделено комплексному лечению и реабилитации женщин репродуктивного возраста с эндометриозом, миомой матки, преждевременной недостаточностью яичников, пороками развития, нарушениями репродуктивной функции, а также онкопрофилактике и профилактике образований послеоперационных спаек.

### По вопросам регистрации участников

Малика Тежаева  
Тел. +7 (495) 721-88-66 (111)  
Моб. +7 (926) 614-38-39  
reg@mediexpo.ru

### Менеджер проекта Участие в выставке

Анастасия Князева  
+7 (495) 721-88-66 (112)  
+7 (926) 611-23-94  
knyazeva@mediexpo.ru

### Бронирование гостиниц, заказ авиа и ж/д билетов, экскурсии

Софья Захарова  
+7 (495) 721-88-66 (119)  
+7 (926) 095-29-02  
hotel@mediexpo.ru

### Аккредитация СМИ PR-менеджер

Мargarita Сергеева  
+7 (495) 721-88-66 (125)  
+7 (926) 611-23-59  
pr@mediexpo.ru



Участие бесплатное, по предварительной регистрации на официальном сайте [reproductive-congress.ru/nt/index.php](http://reproductive-congress.ru/nt/index.php)

# Акинзео®

нетупитант/палоносетрон

**ПЕРВАЯ и ЕДИНСТВЕННАЯ**  
**ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ АНТИЭМЕТИКОВ**  
**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТОШНОТЫ И РВОТЫ,**  
**ИНДУЦИРУЕМЫХ ХИМИОТЕРАПИЕЙ,**  
**ИМЕЮЩАЯ ДВОЙНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ**  
**В ОДНОЙ КАПСУЛЕ<sup>2,6,7\*</sup>**



Комбинация палоносетрона – мощного антагониста 5-HT<sub>3</sub>-рецепторов и нетупитанта – высокоселективного длительно действующего антагониста NK1-рецепторов<sup>1,3,4</sup>

Полный ответ\*\* на применение **Акинзео®** наблюдался у ~90%\*\*\* пациентов, получавших ВЭХТ с цисплатином<sup>5</sup>

#### \*Краткая инструкция по применению препарата Акинзео®

**Показания к применению:** профилактика острой и отсроченной тошноты и рвоты у взрослых, вызванной проведением высокоэметогенной химиотерапии на основе цисплатина; профилактика острой и отсроченной тошноты и рвоты у взрослых, проведением умеренноэметогенной химиотерапии. **Противопоказания:** гиперчувствительность к нетупитанту, палоносетрону или к любому из вспомогательных веществ; беременность и период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** для приема внутрь. Капсулу необходимо проглатывать целиком и не вскрывать, поскольку она содержит 4 отдельных фармацевтических компонента, которые следует принимать одновременно. Препарат можно принимать независимо от приема пищи. Одну капсулу принять примерно за 1 час до начала каждого цикла химиотерапии<sup>1</sup>.

\*\**Полный ответ: отсутствие рвоты и отсутствие потребности в применении резервной терапии (rescue medication)*<sup>5</sup>

\*\*\**Полный ответ наблюдался у 89,6% пациентов в течение обеих фаз ТРХТ (в острую фазу – у 98,5%; в отсроченную фазу – у 90,4%)<sup>5</sup>*

Международное мультицентровое, рандомизированное, параллельное, двойное слепое, контролируемое клиническое исследование с участием 694 пациентов. Эффективность и безопасность перорального приема однократной дозы комбинации нетупитанта и палоносетрона сравнили с однократной пероральной дозой палоносетрона у онкологических больных, проходивших курс химиотерапии, включавший цисплатин. Эффективность препарата Акинзео® оценивали у 135 пациентов, которые получали однократную пероральную дозу (нетупитант 300 мг + палоносетрон 0,5 мг), и у 136 пациентов, которые получали перорально только палоносетрон 0,5 мг. Первичной конечной точкой эффективности был полный ответ (ПО: отсутствие рвоты, отсутствие потребности в применении резервной терапии) в течение всех (0–120 ч) фаз в цикле 1<sup>5</sup>.

Многонациональное двойное слепое рандомизированное исследование III фазы с участием 413 пациентов, проходивших курсы высоко- и умеренноэметогенной химиотерапии. Эффективность и безопасность перорального приема однократной дозы комбинации нетупитанта и палоносетрона сравнили с 3-дневным режимом перорального приема апретитанта и палоносетрона, в обеих группах добавлялся дексаметазон (309 пациентов в 1 группе и 104 во второй). Всего пациенты завершили 1961 цикл химиотерапии. Первичной конечной точкой эффективности был полный ответ (ПО: отсутствие рвоты, отсутствие потребности в применении резервной терапии) в течение всех (0–120 ч) фаз. Данные этого исследования являются экспериментальными.



← Ознакомьтесь с полной информацией о лекарственном препарате Акинзео®, используя QR-код.

#### Список литературы:

1. Ознакомьтесь с полной информацией о лекарственном препарате Акинзео®, используя QR-код.
2. Aapro M. et al. *Future Oncol.* 2019;15(10):1067-1084
3. Aapro M. et al. *Ann Oncol.* 2014;25(7):1328-1333
4. Price K.L. et al. *ACS Chem Neurosci.* 2016; 7(12):1641-1646
5. Hesketh P.J. et al. *Ann Oncol.* 2014; 25(7):1340-1346
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Version 2.0 2024. Available at: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
7. State Register of Medicines of the Russian Federation. Available at: <https://grls.rosminzdrav.ru/GRLS>

ТРХТ — тошнота и рвота, связанные с химиотерапией; ВЭХТ — высокоэметогенная химиотерапия

Распространяется по лицензии Хелсинг Хельска СА, Швейцария. Для специалистов здравоохранения. Отпускается по рецепту.

RU-AKY-02-2024-v2-print, Одобрено: 21.03.2025

ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини» 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: +7 (495)-785-01-00, доб. 158; факс: +7 (495)-785-01-01



Реклама



**БЕРЛИН-ХЕМИ**  
**МЕНАРИНИ**