

aston
health

АОР

Ассоциация
Онкологов
России

ОНКОНАВИГАТОР '11

информационно-аналитический бюллетень

ОИС «Ассоциация Онкологов России» и компании Aston Health

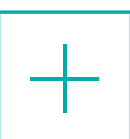
СОДЕРЖАНИЕ

Уважаемые коллеги, предлагаем вашему вниманию обзор самых значимых новостей в области онкологии

- 1 Новости онкологии стр. 3
- 2 Оказание медицинской помощи по профилю «Онкология»..... стр. 24
- 3 Целевые показатели ФП..... стр. 26
- 4 Оказание медицинской помощи (ОМС) стр. 32



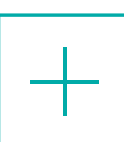
НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ



Новости от АОР:

- [22 июля АОР и Ассоциация медицинских сестер подписали соглашения о сотрудничестве](#)
- [28 июля в Обнинске Член правления АОР Жанна Владимировна Хайлова получила премию «Человек года 2021»](#)
- [5-6 августа состоялся II съезд онкологов и специалистов лучевой и инструментальной диагностики Челябинской области](#)
- [6-9 августа Президент АОР, академик РАН Андрей Каприн принял участие в Международной встрече онкологов в Монголии](#)
- [25.08.2022 Состоялось первое заседание Комитета Ассоциации онкологов России по развитию онкогематологии, созданное по инициативе Президента АОР, академика РАН Андрея Каприна](#)
- [5-7 сентября НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина состоялся форум «Инновационная онкология». В последний день форума прошли сессии «Живой хирургии» и мастер-классы](#)
- [8-9 сентября при поддержке АОР прошла IV Научно-практическая конференция «Парадигмы лекарственной терапии у онкологических больных»](#)
- [15 сентября состоялась большая пресс-конференция президента АОР, академика РАН, главного внештатного специалиста онколога Минздрава России Андрея Каприна](#)
- [В сентябре подводятся итоги конкурса на звание Лауреат Премии академика Савицкого. Победители будут оглашены на V международном форуме онкологии и радиотерапии](#)

НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ



Это интересно:

- 30.06.2022 было опубликовано исследование, основанное на данных RWD/RWE о 40 903 пациентах (dataset: Flatiron Health-Foundation Medicine). Работа оценивала эффективность терапии восьми распространенных типов рака. Были выявлены 458 биомаркеров, предсказывающих результаты лечения и 61 межгенное взаимодействие, модифицирующее лечение и влияющее на выживаемость
- 07.07.2022 Компания «Биокад» подала заявку на регистрацию аналога Китруды от MSD. Пембория (МНН пембрализумаб) - это первый дженерик Китруды. В реестре КИ есть записи о трех испытаниях пембролизумаба, которые проводит «Биокад». Исследования должны завершиться в 2023, 2026 и 2027 годах. Патентная защита Китруды истекает в 2028 году
- 28.07.2022 опубликованы результаты исследования ECHELON-1, в котором исследовалась эффективность нескольких схем терапии ранее нелеченой лимфомой Ходжкина III и IV стадии. Схема с брентуксимабом ведотином в сочетании с доксорубицином, винбластином и дакарбазином (AVD) показала более высокую выживаемость (на 4,5% через 6 лет) в сравнении со схемой блеомицин + доксорубицин + винбластин + дакарбазина (ABVD)

НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ



Это интересно:

- 04-05.08.2022 Комиссия по формированию лекарственных перечней Министерства здравоохранения включила в перечень ЖНВЛП три онкологических препарата: Дувелисиб (Копиктра, Sanofi), Пэгаспараза (Онкаспар, Servier), Алпелисиб (Пикрэй, Novartis)
- 22.09.2022 Минздрав России наделил ФКУ «ФЦПиЛО» полномочиями определять поставщиков онкопрепаратов для ФГБУ, подведомственных министерству, при проведении централизованных закупок тринадцати препаратов: винкристин, доксорубицин, идарубицин, ипилимумаб, карбоплатин, ниволумаб, пембролизумаб, пертузумаб, рамуцирумаб, темозоломид, эпирубицин и этопозид
- 23.09.2022 Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) одобрило расширение показаний назначения кризотиниба (Ксалкори, Pfizer) для лечения детей с ALK-положительной анапластической крупноклеточной лимфомой и воспалительных миофибростических опухолях
- 29 сентября в Москве при поддержке АОР пройдёт III ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «Реальная клиническая практика в меняющемся мире. Вызовы и решения»

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

«Олирамус» — новый противоопухолевый препарат в портфеле компании «Рафарма»

4 мая 2022 года Минздрав РФ выдал компании «Рафарма» регистрационное удостоверение ЛП-№(000744)-(РГ-RU) на препарат «Олирамус» (МНН эверолимус). Препарат будет доступен пациентам в трех дозировках (2,5 мг, 5 мг, 10 мг).

«Олирамус» является противоопухолевым препаратом класса ингибиторов протеинкиназ (ингибиторы киназы мишени рапамицина у млекопитающих — mTOR) для приема внутрь. Лекарственное средство показано к применению у взрослых пациентов при следующих состояниях:

- Распространенный и/или метастатический почечно-клеточный рак при неэффективности антиангиогенной терапии.
- Распространенные и/или метастатические нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта и легкого.
- Гормонозависимый распространенный рак молочной железы у пациенток в постменопаузе в комбинации с ингибитором ароматазы после предшествующей эндокринной терапии.

Механизм действия препарата «Олирамус» обусловлен подавлением работы белка протеинкиназы, тем самым снижается кровоснабжение опухоли и замедляется рост и распространение раковых клеток. Эффективность, переносимость и безопасность эверолимуса подтверждена в большом количестве клинических исследований.

Приоритетом в работе АО «Рафарма» является обеспечение быстрого и бесперебойного доступа российских пациентов к лекарственной терапии.

АО «Рафарма» вместе с ЗАО «ФармФирма «Сотекс» составляет основу производственного сегмента ГК «Протек».

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Сотекс - Тафалгин

Хроническая выраженная боль – это процесс, не имеющий нозологической характеристики, часто связанный со множеством заболеваний. Хронический болевой синдром онкологического генеза отличается от других видов боли – как острой, так и хронической. Постоянно нарастающая боль в сочетании с тяжелым психологическим состоянием трудноизлечимого больного создают сложный механизм патологической боли, которая вызывает комплекс дезадаптации организма. Хроническая боль онкологического генеза связана с опухолевым процессом (и проявлениями его прогрессирования); опухолевого процесса; побочными эффектами (последствиями) специального противоопухолевого лечения; сопутствующими заболеваниями. Очевидно, что облегчение боли на всем протяжении лечения и паллиативной помощи, является сложной задачей.

Согласно недавним исследованиям болевой синдром наблюдается у 24–60 % пациентов в процессе лечения злокачественных новообразований и у 62–86 % больных с распространенными или метастазирующими формами заболевания.

По данным систематического обзора результатов 122 клинических исследований с участием более 95 тыс. пациентов, проведенного в 2016 г., этот синдром присутствует у 66,4 % пациентов с распространенным онкологическим процессом, при метастазировании или в терминальной фазе, а также у 55 % пациентов в процессе терапии заболевания и у 39,3 % пациентов, завершивших терапию и находящихся в ремиссии.

Сегодня в арсенале специалистов широкий спектр методов лечения, как фармакологических, так и хирургических. Но в большинстве случаев полноценное лечение невозможно без опиоидных анальгетиков. Их применение сопряжено с бюрократическими и юридическими сложностями и опиоидофобией среди врачей и больных.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Сотекс - Тафалгин

Использование опиоидных анальгетиков ассоциировано с высоким риском развития целого ряда нежелательных явлений (НЯ), среди которых запоры, тошнота, сонливость, снижение когнитивных функций, утомление, повышенный риск потери равновесия (риск падений), а также иммуносупрессия. Опиоидные препараты ассоциированы с высоким риском лекарственной зависимости, отмечаемым у пациентов с хронической болью.

В странах Евразийского экономического союза (ЕАЭС) приняты строгие правила по контролю за наркотическими (опиоидными) анальгетиками. Опиоидные анальгетики относятся к хорошо изученным препаратам в плане эффективности и нежелательных явлений (НЯ). Некоторые опиоид-ассоциированные НЯ расцениваются как серьезные и могут угрожать жизни пациентов. На фоне систематического приема опиоидных анальгетиков есть вероятность возникновения выраженных нарушений работы органов ЖКТ (чаще всего запоры, тошнота и рвота), эндокринопатии, нарушений сна (в том числе из-за развития апноэ), а также снижения когнитивных функций, угнетения дыхательной функции, вплоть до остановки дыхания. Кроме того, сохраняется риск формирования привыкания и наркотической зависимости. В современной литературе описан риск передозировки, зачастую приводящей к летальному исходу. Все описанное создает потребность в использовании новых терапевтических опций.

ФармФирма Сотекс разработала и внедряет в рутинную клиническую практику новый высокоэффективный и безопасный обезболивающий лекарственный препарат Тафалгин, оказывающий выраженное антиноцицептивное действие, не вызывающий лекарственной зависимости и НЯ, характерными для опиоидов, и обеспечивающий безопасную альтернативу наркотическим препаратам.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Сотекс - Тафалгин

Тафалгин (группировочное наименование: тирозил-D-аргинил-фенилаланил-глицин амид) представляет собой отечественный инновационный тетрапептидный препарат для подкожного введения. По структуре препарат представляет собой тетрапептид, что обеспечивает быстрое начало действия, таргетное и обратимое связывание с μ^1 - опиоидным рецептором, что обеспечивает отсутствие побочных эффектов, характерных для большинства наркотических опиоидных обезболивающих препаратов.

Благодаря пептидной природе активного вещества тафалгин не накапливается в организме и не нарушает естественного процесса десенсibilизации и восстановления рецепторов после активации, что обеспечивает отсутствие развития толерантности к антиноцицептивному действию при многократном введении. Тафалгин оказывает минимальное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, зафиксировано отсутствие эйфорического действия, физического и психологического привыкания, имеет низкий наркотический потенциал при многократном введении.

Тафалгин достаточно быстро метаболизируется с образованием олигопептидов и аминокислот, идентичных аминокислотам человеческого организма.

Данные, полученные в ходе клинических исследований нового селективного препарата Тафалгин, тропного к опиоидным μ^1 -рецепторам, однозначно демонстрируют его высокую эффективность и безопасность.

1. В. С. Косоруков, Г. Р. Абузарова, Е. Р. Захарочкина и др. Тафалгин – отечественный инновационный тетрапептидный препарат для подкожного введения: обзор результатов клинических исследований I и II фаз. *Опухоли головы и шеи* 2022;12(2):00-00. DOI: 10.17650 / 2222-1468-2022-12-2-00-00.

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Тафалгин. РУ: ЛП-№(001039)-(РГ-РУ) от 19.07.2022)

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Сотекс - Тафалгин

Хроническая выраженная боль – это процесс, не имеющий нозологической характеристики, часто связанный со множеством заболеваний. Хронический болевой синдром онкологического генеза отличается от других видов боли – как острой, так и хронической. Постоянно нарастающая боль в сочетании с тяжелым психологическим состоянием трудноизлечимого больного создают сложный механизм патологической боли, которая вызывает комплекс дезадаптации организма. Хроническая боль онкологического генеза связана с опухолевым процессом (и проявлениями его прогрессирования); опухолевого процесса; побочными эффектами (последствиями) специального противоопухолевого лечения; сопутствующими заболеваниями. Очевидно, что облегчение боли на всем протяжении лечения и паллиативной помощи, является сложной задачей.

Сегодня в арсенале специалистов широкий спектр методов лечения, как фармакологических, так и хирургических. Но в большинстве случаев полноценное лечение невозможно без опиоидных анальгетиков. Последние относятся к хорошо изученным препаратам в плане эффективности и нежелательных явлений (НЯ). Некоторые опиоид-ассоциированные НЯ расцениваются как серьезные и могут угрожать жизни пациентов. На фоне систематического приема опиоидных анальгетиков есть вероятность возникновения выраженных нарушений работы органов ЖКТ (чаще всего запоры, тошнота и рвота), эндокринопатии, нарушений сна (в том числе из-за развития апноэ), а также снижения когнитивных функций, угнетения дыхательной функции, вплоть до остановки дыхания. Кроме того, сохраняется риск формирования привыкания и наркотической зависимости. В современной литературе описан риск передозировки, зачастую приводящей к летальному исходу. Все описанное создает потребность в использовании новых терапевтических опций.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Сотекс - Тафалгин

ФармФирма Сотекс разработала и внедряет в рутинную клиническую практику новый высокоэффективный и безопасный обезболивающий лекарственный препарат Тафалгин, оказывающий выраженное антиноцицептивное действие, не вызывающий лекарственной зависимости и НЯ, характерными для опиоидов, и обеспечивающих безопасную альтернативу наркотическим препаратам. Тафалгин (группировочное наименование: тирозил- D-аргинил-фенилаланил-глицин амид) представляет собой отечественный инновационный тетрапептидный препарат для подкожного введения. По структуре препарат представляет собой тетрапептид, что обеспечивает быстрое начало действия, таргетное и обратимое связывание с μ^1 - опиоидным рецептором, что обеспечивает отсутствие побочных эффектов, характерных для большинства наркотических опиоидных обезболивающих препаратов.

Благодаря пептидной природе активного вещества Тафалгин не накапливается в организме и не нарушает естественного процесса десенсibilизации и восстановления рецепторов после активации, что обеспечивает отсутствие развития толерантности к антиноцицептивному действию при многократном введении. Тафалгин оказывает минимальное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, зафиксировано отсутствие эйфорического действия, физического и психологического привыкания, имеет низкий наркогенный потенциал при многократном введении. Тафалгин достаточно быстро метаболизируется с образованием олигопептидов и аминокислот, идентичных аминокислотам человеческого организма. Данные, полученные в ходе клинических исследований нового селективного препарата Тафалгин, тропного к опиоидным μ^1 -рецепторам, однозначно демонстрируют его высокую эффективность и безопасность.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Препарат алпелисиб включен в перечень ЖНВЛП с января 2023 года

Решением комиссии Министерства здравоохранения РФ по формированию перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов препарат алпелисиб включен в перечень ЖНВЛП. С протоколом заседания комиссии от 4 августа 2022 г. можно ознакомиться по [ссылке](#).

Алпелисиб в комбинации с фулвестрантом показан для лечения женщин в постменопаузе и мужчин с гормонозависимым HER2-отрицательным метастатическим раком молочной железы с мутацией гена PIK3CA с прогрессированием заболевания во время или после проведения режимов эндокринной терапии¹.

Алпелисиб включён в российские и в международные клинические рекомендации для применения в первой, второй и последующих линиях терапии пациентов с HR+ HER2- рРМЖ²⁻⁷.

Тестирование на наличие мутаций гена PIK3CA необходимо проводить всем пациентам с гормонозависимым HER-отрицательным рРМЖ:

- При прогрессировании на фоне адъювантной гормонотерапии или после ее завершения,
- Во время терапии метастатической стадии,
- У пациентов с РМЖ, впервые обнаруженным на стадии IV.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Тестирование на наличие мутаций гена PIK3CA для онкологических пациентов в РФ доступно на бесплатной основе:

- Национальная Программа RUSSCO «Совершенствование молекулярно-генетической диагностики в Российской Федерации с целью повышения эффективности противоопухолевого лечения»: <http://www.cancergenome.ru/mutations/PIK3CA/>
- Научная лаборатория молекулярной онкологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова: <https://www.niioncologii.ru/science/bio/molecular>
- Программа «Активный пациент»
на базе лабораторий ООО «Лаборатория «Гемотест»»: <https://onko.gemotest.ru/aktivniy-patsient/>
на базе АНО «Развития научных исследований в медицине»: <https://rnim.ru/ap/>

Ссылки:

1. Общая характеристика лекарственного препарата Пикрэй (алпелисиб) ЛП-№(000328)-(РГ-РУ)-290721.
2. Клинические рекомендации. Рак молочной железы. 2021. <http://cr.rosminzdrav.ru/schema/379> (Дата последнего доступа 01.09.2022).
3. Тюляндин С.А. с соавт. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2021 (том 11). 09.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Version 8.2021. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx Дата последнего доступа на сайт 26.09.2021.
5. Cardoso F. et al. *Ann Oncol.* 2020. 31(12):1623-1649.
6. Gennari A. et al. *Ann Oncol.* 2021. 32(12):1475-1495.7. Burstein H.J. et al. *J Clin Oncol.* 2021 Jul 29:JCO2101392.
7. Burstein H.J. et al. *Endocrine Treatment and Targeted Therapy for Hormone Receptor-Positive, Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Negative Metastatic Breast Cancer: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol.* 2021 Jul 29:JCO2101392.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Опубликованы результаты исследования COMBI-i: мОВ 40,4 месяца при применении дабрафениба и траметиниба в 1-й линии терапии BRAF+ меланомы кожи

COMBI-i – рандомизированное двойное слепое исследование III фазы, в котором оценивался анти-PD-1 препарат в комбинации с дабрафенибом и траметинибом по сравнению с двойной комбинацией дабрафениба и траметиниба (Д+Т) у пациентов с BRAF+ метастатической меланомой кожи.

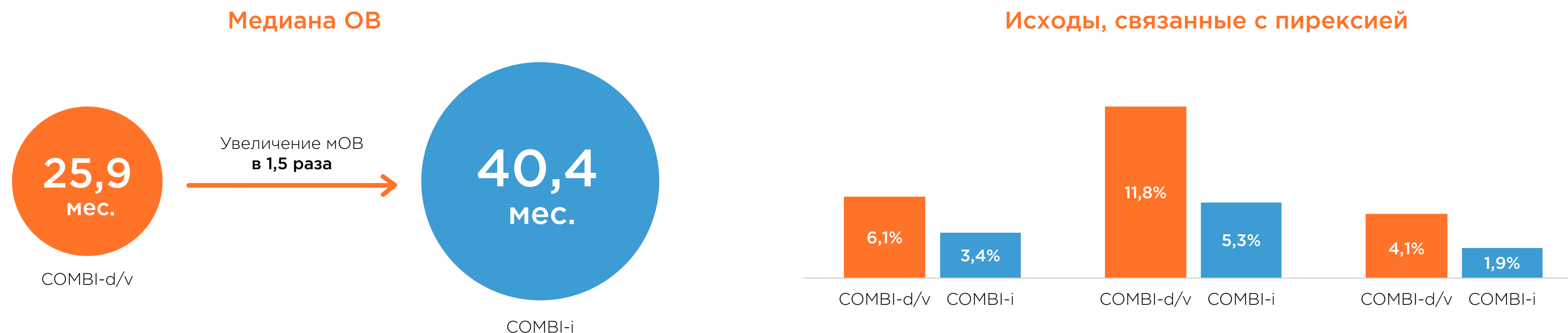
Мы сфокусируемся на результатах, полученных в рамках исследования, для группы двойной комбинации.

Ключевой результат исследования COMBI-i – медиана ОВ, которая составила 40,4 месяца для группы Д+Т. Для сравнения, в регистрационном исследовании COMBI-d/v медиана ОВ была 25,9 месяцев, т.е. медиана ОВ увеличилась в 1,5 раза! Также значимым результатом исследования COMBI-i является увеличение 3-летней ОВ на 9% по сравнению с COMBI-d/v (53% vs 44%). Отдельно стоит отметить увеличение 2-летней ВБП на 5% в исследовании COMBI-i по сравнению с COMBI-d/v (36% vs 31%).

Такое значимое улучшение показателей эффективности, возможно, связано с применением адаптированного алгоритма управления пирексией в исследовании COMBI-i, который позволил уменьшить число тяжелых случаев пирексии в ~2 раза по сравнению с COMBI-d/v.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Результаты исследования COMBI-i в сравнении с COMBI-d/v для группы Д+Т:



Вывод: в исследовании COMBI-i мОВ составила 40,4 месяца для группы Д+Т, а применение адаптированного алгоритма управления пирексией позволило улучшить переносимость терапии. [Подробнее о исследовании можно прочитать по ссылке.](#)

Опубликован экспертный обзор данных по ОВ у пациенток с гормонозависимым ERBB2-отрицательным мРМЖ при использовании ингибиторов CDK4/6 в комбинации с эндокринной терапией

Российскими экспертами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ А.В. Снеговым и И.Б. Кононенко опубликован обзор данных по общей выживаемости (ОВ) у пациенток с гормонозависимым ERBB2-отрицательным* метастатическим раком молочной железы (HR+ ERBB2- мРМЖ) при использовании ингибиторов CDK4/6 в комбинации с эндокринной терапией (ЭТ)¹.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Приведены результаты исследований MONALEESA-2,3,7 (рибоциклиб), PALOMA-2,3 (палбоциклиб), MONARCH-2,3 (абемациклиб), в том числе новые данные, которые были представлены на конгрессах ASCO и ESMO в 2022 г.

Показано, что значимое преимущество в ОВ при применении комбинация ингибиторов CDK4/6 с ЭТ для лечения HR+ ERBB2-мРМЖ было достигнуто:

- в 1-й линии терапии: только в исследованиях MONALEESA-2,7 у пациенток в пре-/пери- и постменопаузе (табл. 1);
- во 2-й линии терапии: только у пациенток в постменопаузе в исследованиях MONALEESA-3 и MONARCH-2.

Показана эффективность рибоциклиба у пациенток вне зависимости от возраста (старше или моложе 40 лет), наличия висцеральных или костных метастазов, наличия эндокринорезистентности.

Продемонстрирована эффективность рибоциклиба при лечении пациенток с люминальным А, люминальным В и HER2-обогащённым молекулярными подтипами РМЖ. *Полный текст обзора доступен [по ссылке](#).*

Таблица 1. Данные по ОВ в 1-й линии лечения с использованием комбинации ингибиторов CDK4/6 с ЭТ Table 1. Overall survival (OS) data for treatment line 1 with CDK4/6 inhibitor combined with adjuvant endocrinotherapy						
Исследование	Статус менопаузы	Исследуемая терапия	Линия терапии	Конечные точки для вариантов терапии ингибитором CDK4/6+ЭТ vs плацебо+ЭТ		
				мВБП, мес, ОР (95% ДИ)	медиана времени до химиотерапии, ОР (95% ДИ)	мОВ, мес, ОР (95% ДИ)
Ингибитор CDK4/6±НСИА						
PALOMA-2 [26, 27]	Постменопауза	Палбоциклиб ± летрозол	1-я	27,6 vs 14,5 0,563 (0,461–0,687) p<0,0001	40,4 vs 29,9 0,735 (0,589–0,917) p<0,005	53,9 vs 51,2 0,956 (0,777–1,177) p=0,3378
MONALEESA-2 [28, 29]	Постменопауза	Рибоциклиб ± летрозол	1-я	25,3 vs 16,0 0,568 (0,457–0,704) p=9,63×10 ⁻⁴	50,6 vs 38,9 0,74 (0,61–0,91)	63,9 vs 51,4 0,76 (0,63–0,93) p=0,004
MONARCH-3 [30]	Постменопауза	Абемациклиб ± летрозол или анастрозол	1-я	28,2 vs 14,8 0,52 (0,415–0,665) p<0,0001	Значения медианы не опубликованы* 0,513 (0,380–0,691)	Нет данных*
MONALEESA-7 [31, 33]	Пременопауза, Перименопауза	Рибоциклиб ± ЭТ + ГнРГ	1-я	27,5 vs 13,8 0,57 (0,436–0,743)	50,9 vs 36,8 0,694 (0,556–0,867)	58,7 vs 47,7 0,798 (0,615–1,035)

Примечание. Здесь и в табл. 2: мВБП – медиана ВБП, мВБП2 – медиана выживаемости от рандомизации до первого задокументированного прогрессирования заболевания во время последующей противоопухолевой терапии или до смерти от любой причины, в зависимости от того, что наступило раньше, мОВ – медиана общей выживаемости, ГнРГ – гонадотропин-рилизинг-гормон.
*По состоянию на 07.10.2021 данные не опубликованы.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Составлен консенсус по профилактике и коррекции сыпи на фоне терапии препаратом алпелисиб

Консенсус составлен экспертами RUSSCO и дерматовенерологами.

Профилактика сыпи

- Необходимо предупредить пациента о возможности появления сыпи, рассказать о мерах профилактики и о необходимости незамедлительно сообщать о появлении признаков сыпи лечащему врачу¹.
- Следует одновременно с алпелисибом начать применение неседативных блокаторов H1-гистаминовых рецепторов (цетиризин в дозе 10 мг 1 раз в сутки) всем пациентам и отменить их через 4–8 недель при отсутствии признаков сыпи¹.

Коррекция сыпи

Консенсус содержит практические рекомендации по применению H1-блокаторов гистаминовых рецепторов, топических и системных ГКС, средств по уходу за кожей и др., наглядно представленные в виде таблицы.

Интерактивный консенсус доступен на сайте АОР <https://oncology-association.ru/calc/>

Список литературы:

1. Шлишко И. Л., Гаранина О. Е., Артамонова Е. В. и соавт. Консенсус по профилактике и коррекции сыпи у пациентов, получающих терапию препаратом алпелисиб. Современная Онкология. 2021; 23(4): 572–576. DOI: 10.26442/18151434.2021.4.201275.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Игра на опережение в лечении операбельного НМРЛ: уже настоящее или еще будущее?

Значительные изменения, которые произошли в лечении рака легкого в течение последних 15 лет, касались преимущественно неоперабельных пациентов и позволили значительно улучшить прогноз выживаемости данной группы пациентов. В том, что касается лечения операбельного немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ), первыми прорывами стали одобрения в РФ новых опций адъювантной терапии: осимертинибом для пациентов с EGFR+ НМРЛ в 2021 году и атезолизумабом для пациентов с НМРЛ с экспрессией PD-L1 \geq 50% на опухолевых клетках в 2022 году.

Особенностью регистрационных исследований данных показаний была первичная конечная точка: в обоих случаях выбор пал на безрецидивную выживаемость (БРВ). Тем не менее БРВ не дает точного ответа на вопрос, увеличивается ли общая выживаемость (ОВ) при применении инновационных методов лечения у операбельных пациентов с НМРЛ.

Вплоть до недавнего времени только для применения химиотерапии (ХТ) в неоадъювантном или адъювантном лечении НМРЛ было доказано пусть небольшое (около 5%), но значимое увеличение ОВ, по сравнению с операцией без периоперационной лекарственной терапии. Причем если адъювантная ХТ (АХТ) показывала улучшение исходов у пациентов и со II, и с III стадией (по TNM 8-го пересмотра), подходящих для хирургического лечения, то неоадъювантная ХТ была рекомендована только для пациентов с поражением N2.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

В прошлом адъювантная таргетная анти-EGFR терапия гефитинибом в течение не более 2 лет уже демонстрировала увеличение БРВ по сравнению с АХТ: медиана БРВ 28,7 мес. vs 18 мес; отношение рисков (ОР) 0,60, у EGFR+ пациентов со стадиями II-IIIА (N1-N2) НМРЛ, однако в дальнейшем это не привело к увеличению ОВ (медиана ОВ 75,5 мес. vs 62,8 мес.; ОР 0,92). Одобрённая в РФ адъювантная терапия осимертинибом в течение не более 3 лет показала ещё более значительное увеличение БРВ по сравнению с плацебо у EGFR+ пациентов: 4-летняя БРВ составила 70% vs 29% (ОР 0,23), однако данные по ОВ пока остаются незрелыми.

Одобрённая в РФ и включённая в клинические рекомендации единственная на сегодня опция адъювантной иммунотерапии атезолизумабом в течение не более 12 месяцев после окончания 1-4 циклов АХТ у пациентов с радикально прооперированным НМРЛ с экспрессией PD-L1 \geq 50% на опухолевых клетках также продемонстрировала увеличение БРВ у пациентов с II-IIIА стадиями (по TNM 7-го пересмотра) по сравнению с наилучшей поддерживающей терапией: 3-летняя БРВ составила 74% vs 49% (ОР 0,43). Кроме того, на прошедшей в августе 2022 года Международной Конференции по Раку Легкого (WCLC), были представлены обновленные результаты ОВ в данной группе пациентов, которые показали, что атезолизумаб на 57% снижает риск смерти пациентов (ОР 0,43), тем самым позволяя достоверно увеличить 5-летнюю ОВ.

Это первый пример инновационной лекарственной терапии, которая достоверно улучшает ОВ и прогноз продолжительности жизни пациентов с операбельным НМРЛ после появления платиносодержащей ХТ.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

В России одобрена комбинация с препаратом полатузумаб ведотин компании «Рош» для взрослых пациентов с впервые диагностированной диффузной В-крупноклеточной лимфомой

Министерство здравоохранения РФ одобрило лекарственный препарат полатузумаб ведотин (торговое наименование Полайви®) компании «Рош» в комбинации с ритуксимабом, циклофосфамидом, доксорубицином и преднизолоном (R-CHP) для лечения взрослых пациентов с ранее нелеченной диффузной В-крупноклеточной лимфомой. Диффузная В-крупноклеточной лимфома (ДВКЛ) — крайне агрессивное онкогематологическое заболевание, развивающееся из В-лимфоцитов — клеток иммунной системы. Опухоль быстро поражает лимфатические узлы и может также поражать костный мозг, селезенку, печень и другие органы.

Ежегодно в России диагностируется более 3 тысяч случаев ДВКЛ. Заболевание может встречаться у людей всех возрастов, но в большинстве случаев у пациентов старшей возрастной группы.

Примерно в 40% случаев заболевание не поддается лечению, и пациенты после первой линии терапии имеют ранний рецидив или рефрактерность к терапии. При этом исходы болезни как при рецидивах, так и при рефрактерном течении остаются неблагоприятными с медианой общей выживаемости около 6 месяцев. Именно поэтому важно уже в первой линии применять наиболее эффективные методы лечения.

С одобрением нового показания полатузумаба ведотина большее число пациентов с ранее нелеченной ДВКЛ получило надежду на излечение в первой линии терапии.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Ассоциация онкологов России и Минздрав РФ внесли в клинические рекомендации комбинацию атезолизумаба и бевацизумаба в качестве предпочтительной первой линии терапии рака печени

Ассоциация онкологов России пересмотрела алгоритм лечения пациентов с ГЦК и внесла в клинические рекомендации комбинацию атезолизумаб (торговое наименование Тецентрик®) и бевацизумаб (торговое наименование Авастин®) в первой линии терапии рака печени. Новые рекомендации уже опубликованы на сайте Минздрава. Комбинация атезолизумаба и бевацизумаба создает условия для максимального использования возможностей иммунной системы для борьбы с раком. Атезолизумаб восстанавливает противоопухолевый иммунитет, предотвращая дезактивацию Т-клеток. Бевацизумаб оказывает антиангиогенное и иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования IMbrave 150 показали, что при использовании комбинации атезолизумаба и бевацизумаба медиана общей выживаемости зарегистрированной лекарственной терапии ГЦК впервые превысила 19 месяцев. У 7 из 10 пациентов, принимающих атезолизумаб + бевацизумаб, был достигнут контроль над заболеванием. Впервые полный ответ встречался у 8% пациентов принимающих атезолизумаб + бевацизумаб, что выше, чем на любой другой зарегистрированной лекарственной терапии ГЦК. А увеличение медианы общей выживаемости — почти на 6 месяцев больше в сравнении с сорафенибом. У пациентов не наблюдалось прогрессии заболевания более 6 месяцев с момента начала терапии атезолизумаб + бевацизумаб.

30% пациентов, принимающих комбинацию, достигли самого высокого объективного ответа зафиксированного на зарегистрированной лекарственной терапии ГЦК (по шкале mRECIST 1.1). Качество жизни пациентов, получавших атезолизумаб + бевацизумаб сохранялось на 7 месяцев дольше в сравнении с терапией сорафенибом.

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Поддерживающая терапия ритуксимабом при мантийноклеточной лимфомы после терапии первой линии (BR/R или CHOP) обеспечивает значительные практические преимущества

Данные, представленные на Ежегодном собрании ASCO 2022 г., показали, что у пациентов с мантийклеточной лимфомой (далее МКЛ), получавших поддерживающую терапию ритуксимабом после первой линии терапии BR (бендамустин + ритуксимаб, BR) или R-CHOP (ритуксимаб в сочетании с циклофосфамидом, доксорубицином, винкристином и преднизоном), риск смерти был снижен на 49 % по сравнению с пациентами, не получавшими поддерживающую терапию ритуксимабом (OR, 0,51; 95% ДИ, 0,34-0,76).

Исследователи стремились оценить схемы лечения первой линии для пациентов с МКЛ и изучить эффективность поддерживающей терапии ритуксимабом после стандартной химио-иммунотерапии первой линии. Было отобрано 272 пациента, у которых диагностирована МКЛ в период с 2007 по 2017 гг. Средний возраст пациентов на момент начала исследования составляла 75 лет. Половина из них получала поддерживающую терапию ритуксимабом.

Смертность от МКЛ была выше у пациентов, не получавших поддерживающую терапию ритуксимабом (subdistribution hazard ratio [sHR], 0,50; 95% CI, 0,31-0,80). У получавших поддерживающую терапию ритуксимабом смертность, не связанная с лимфомой, также была выше (sHR 0,61; 95% ДИ 0,29-1,28). Получение терапии второй линии также было выше у пациентов, не получавших поддерживающую терапию ритуксимабом (sHR, 0,56; 95% CI, 0,39-0,81).

[Ссылка на статью](#)

ДРУГИЕ НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Влияние качественного сестринского ухода на качество жизни, выживаемость и частоту рецидивов у пациентов с распространенным немелкоклеточным раком легкого

Группа учёных оценила влияние высококачественного сестринского ухода за пациентами с НМРЛ III и IV степени в послеоперационный период в стационаре.

В контрольную группу (n=202) вошли пациенты, которым предоставлялся обычный уход за симптомами. Нормальный уход включал рутинный уход, диетический уход, уход за симптомами и другой послеоперационный уход.

В экспериментальной группе (n=102) все виды качественного ухода включают обычный уход и дополнительный уход. Дополнительный уход включал уход за послеоперационными осложнениями, послеоперационное общение, напоминание о лекарствах и пр. НМРЛ.

Текущий анализ показал, что высококачественный уход за больными значительно снижает послеоперационную продолжительность пребывания в стационаре (с 11,5 до 8,5 дней), частоту осложнений, тревогу и депрессию.

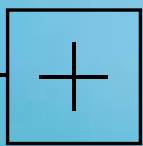
Примечательно, что высококачественный уход улучшил сопутствующие симптомы, включая боль, одышку и бремя физических симптомов, а также послеоперационное качество жизни, выживаемость, уровень смертности и частоту рецидивов у послеоперационных пациентов с распространенным НМРЛ.

Авторы рекомендуют включать в программу обучения и адаптации среднего медицинского персонала онкологических стационаров обучение навыкам палиативного ухода. В клиническом исследовании представлен обзор других статей, где подтверждается положительное влияние высококачественного сестринского ухода в послеоперационный на течение болезни и выживаемость.

[Ссылка на статью](#)

Оказание медицинской помощи по профилю
«Онкология», актуальные данные 2022 г.

ГЛОССАРИЙ



Список основных сокращений:

- ФП - Федеральный проект
- РФ - Российская Федерация
- МП - медицинская помощь
- ОМС - обязательное медицинское страхование
- ПГГ - Программа государственных гарантий



**«Борьба с онкологическими заболеваниями»
на 1 августа 2022 г.**

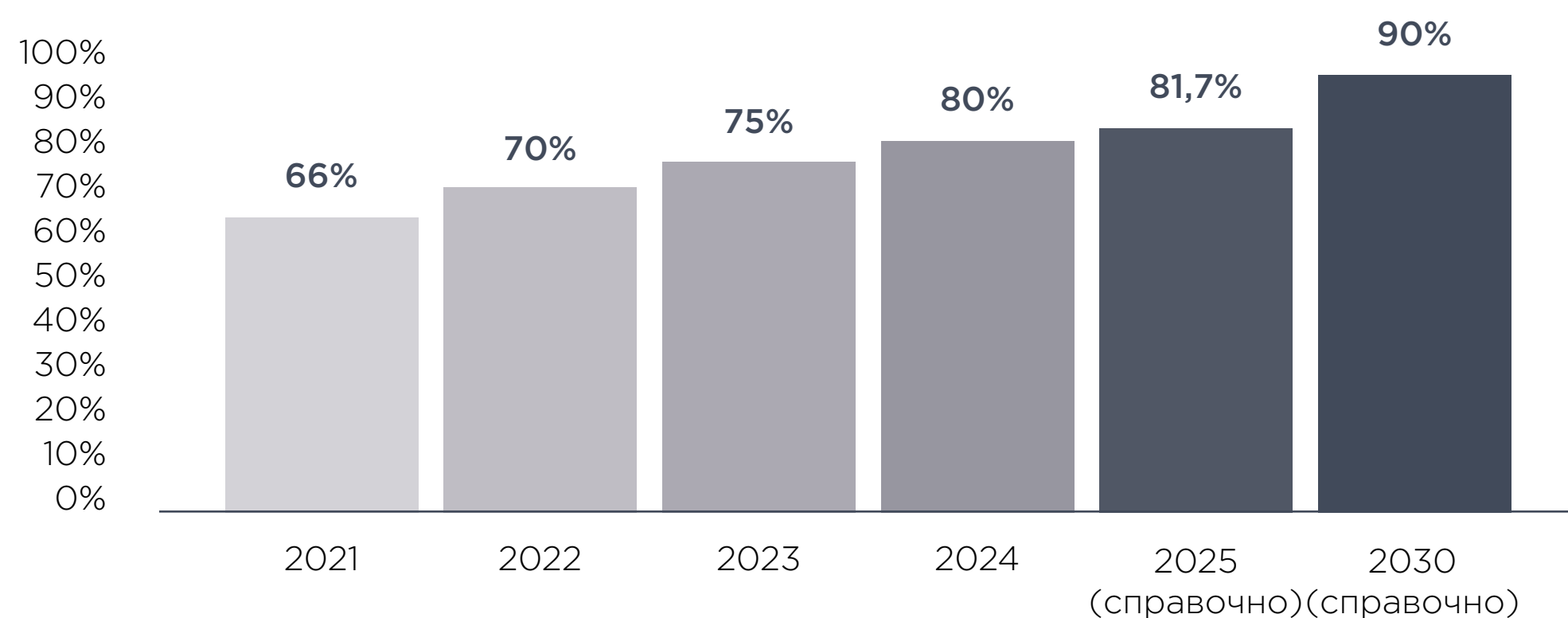
Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением



В 2022 году опубликованы обновленные данные по региональным показателям паспорта Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». В новой редакции впервые доступны данные по показателю **доли лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением**

Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году (фактическая)

	2021	2022	
MAX	Республика Ингушетия	70,4%	95,4%
	Курганская область	59,5%	94,7%
	Ульяновская область	68,8%	92,9%
	Псковская область	83,8%	85,3%
	Карачаево-Черкесская Респ.	89,7%	84%
MIN	Чукотский автономный округ	34,6%	13,5%
	Пензенская область	51,7%	14,3%
	Республика Северная Осетия	38,6%	17,8%
	Саратовская область	13,9%	18,2%
	г. Санкт-Петербург	35,5%	24,3%



Прогнозируемая доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, % (редакция ФП 2021г)

В 2021 году доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение (из числа состоящих под диспансерным наблюдением) составила 63,5%, **а к 2030 году должна достигнуть 90%.**

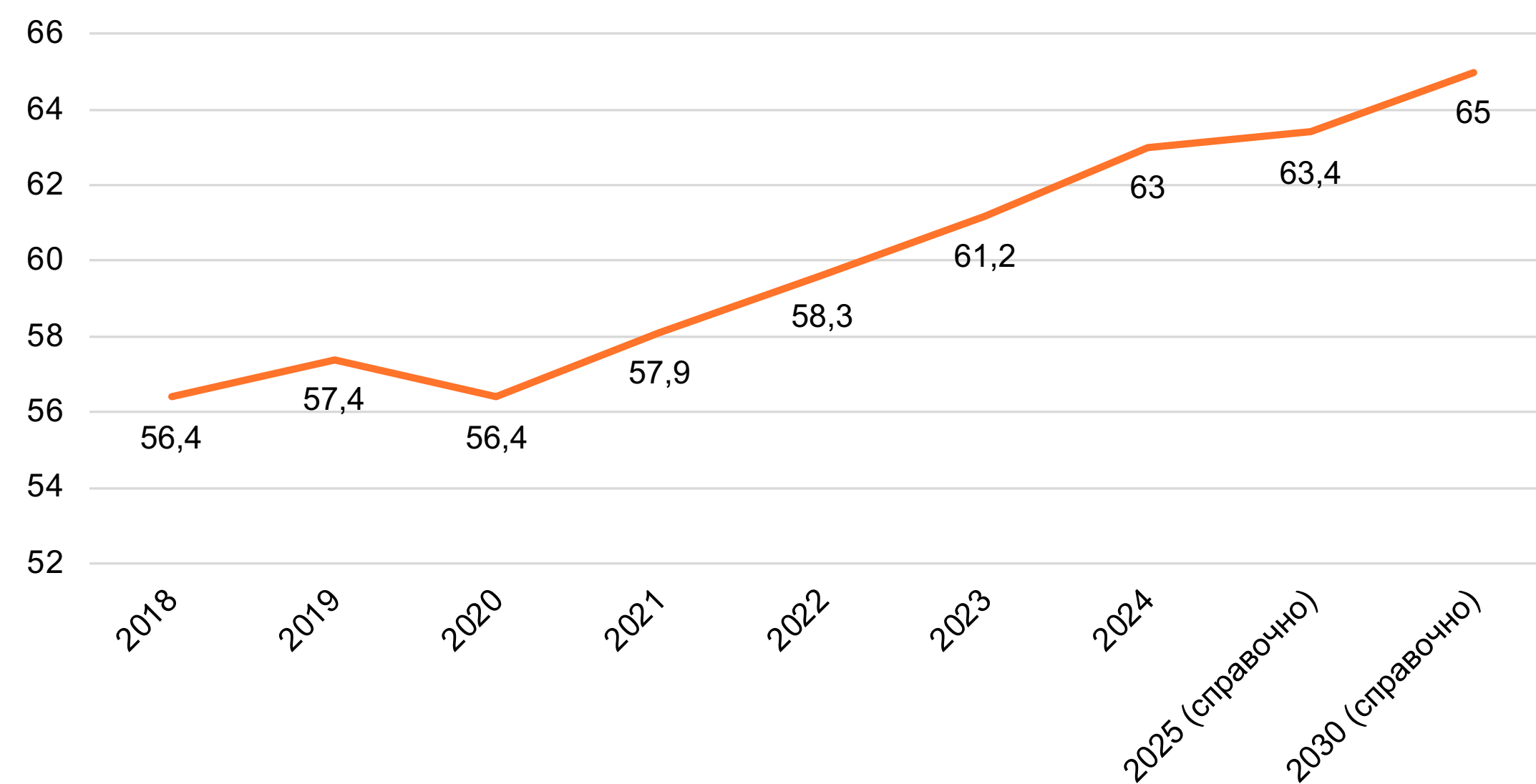
Доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I-II стадии), %

Показатель рассчитывается как соотношение числа злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадии заболевания в отчетном периоде (без выявленных посмертно), к общему числу злокачественных новообразований, выявленных в отчетном году (без выявленных посмертно), в процентах. Данные за 2020-2022 годы скорректированы в соответствии с данными на август 2022 года. Регионы с наибольшими и наименьшими показателями представлены в таблице.

Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст.,% (данные по регионам РФ)

	2021	2022	
MAX	Воронежская область	65%	64,6%
	г. Севастополь	61,3%	63,5%
	Ростовская область	60,2%	63%
	Белгородская область	62,5%	62,8%
	г. Москва	62,3%	62,7%
MIN	Республика Тыва	47,3%	50,7%
	Республика Саха (Якутия)	48,1%	54,8%
	Ненецкий автономный округ	41,1%	46,1%
	Новгородская область	51,2%	55,6%
	Республика Хакасия	34,9%	37,8%

Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст.,% (данные по РФ)



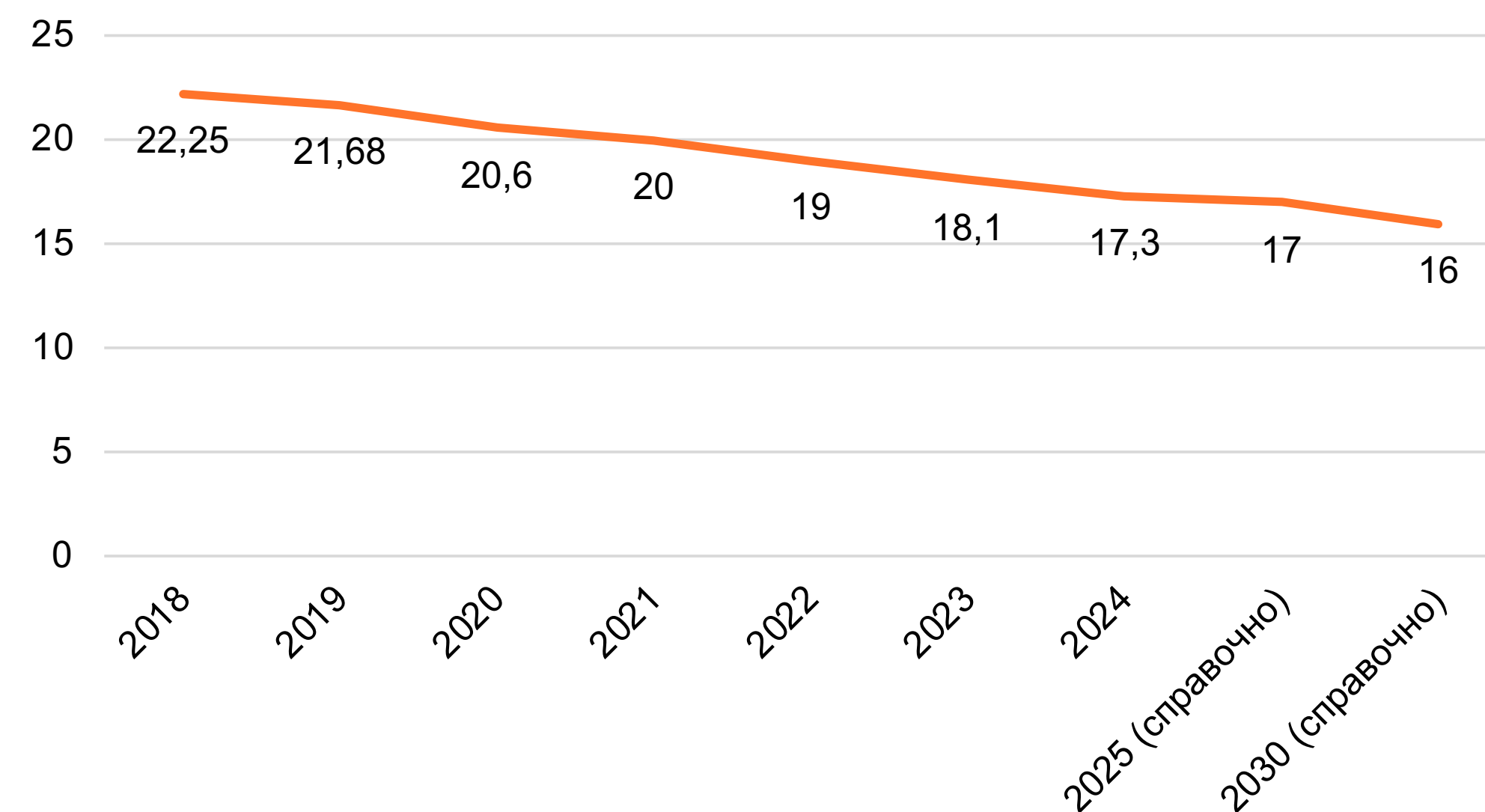
Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями

Показатель рассчитывается как соотношение числа пациентов, умерших от злокачественного новообразования до 1 года с момента установления диагноза, к числу пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, взятых под диспансерное наблюдение в предыдущем году. К 2030 году планируется снижение одногодичной летальности до 16%. При подсчете учитывается количество больных, умерших в течение первого года с момента установления диагноза (из числа пациентов, впервые взятых на учет в предыдущем году). Регионы с наибольшими и наименьшими показателями представлены в таблице

Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями, % (данные по регионам РФ)

	2021	2022	
MAX	Чукотский автономный округ	35,2%	32,3%
	Амурская область	31%	29,8%
	Республика Коми	25,6%	29,7%
	Республика Тыва	24,1%	27,6%
	Брянская область	26,4%	26,6%
MIN	Ненецкий автономный округ	17,1%	5,2%
	Республика Ингушетия	16%	9,5%
	Московская область	12%	13,7%
	г. Москва	14%	14%
	Чеченская Республика	15,6%	14,6%

Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями, % (данные по РФ)



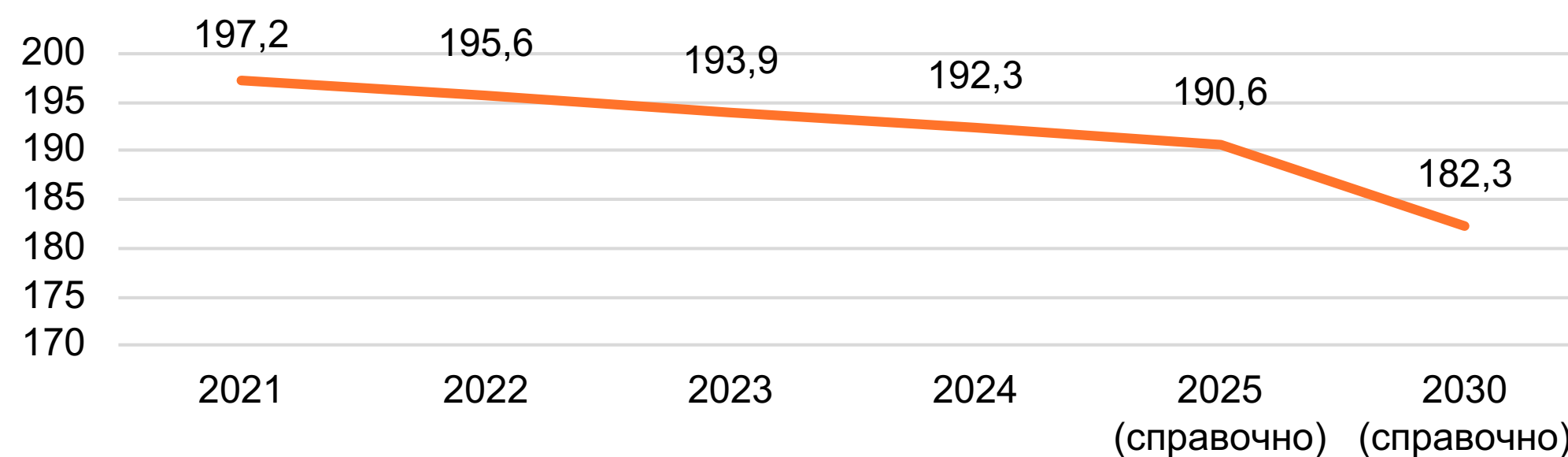
Смертность населения от злокачественных новообразований, на 100 тыс. населения

Показатель смертности населения от злокачественных новообразований на 100 тыс. населения добавлен в редакции паспорта ФП от 2021 года. Показатель рассчитывается как отношение числа умерших к среднегодовой численности населения. Рассчитывается на 100 тыс. человек населения. Спрогнозированы данные до 2024 года и на 2025 и 2030 год с пометкой «справочно». Фактическая смертность населения от ЗНО 2018-2021 г. представлена в таблицах

Смертность населения от злокачественных новообразований, на 100 тыс. населения (чел., фактические данные по регионам РФ)

	2018	2019	2020	2021
Тульская область	269,1	254,7	288,6	270,2
Псковская область	252,6	263,1	273,1	244,5
Курганская область	248,8	255,9	257,9	243,3
Курская область	230,4	238,4	243,2	239,7
Кемеровская область	244	243,2	246	239,5
Республика Ингушетия	50,9	51	48,3	53,9
Республика Дагестан	76,3	80,5	82,1	78
Чеченская Республика	80,2	38,7	76,3	81
Ямало-Ненецкий АО	86,3	92,3	93,8	83,9
Республика Тыва	123,5	106,8	113,7	103,5

Смертность населения от злокачественных новообразований, на 100 тыс. населения (чел., прогнозируемые данные по РФ)



Смертность населения от ЗНО, на 100 тыс. населения (чел., распределение по округам РФ, фактические данные)

Округ	2018	2019	2020	2021
Российская Федерация, всего	203	203,5	202	194,1
Центральный федеральный округ	213,1	211,5	209,7	201
Северо-Западный федеральный округ	231,6	237,1	230,7	216,4
Южный федеральный округ	200,3	196,4	197,2	192,9
Северо-Кавказский федеральный округ	114,1	109,7	114,9	112,4
Приволжский федеральный округ	194,9	197,4	196,8	189,7
Уральский федеральный округ	205	206,3	199,2	191,6
Сибирский федеральный округ	223	226,6	228,1	219,3
Дальневосточный федеральный округ	201	205,2	201	193,2

Согласно последней редакции паспорта Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2022 г.

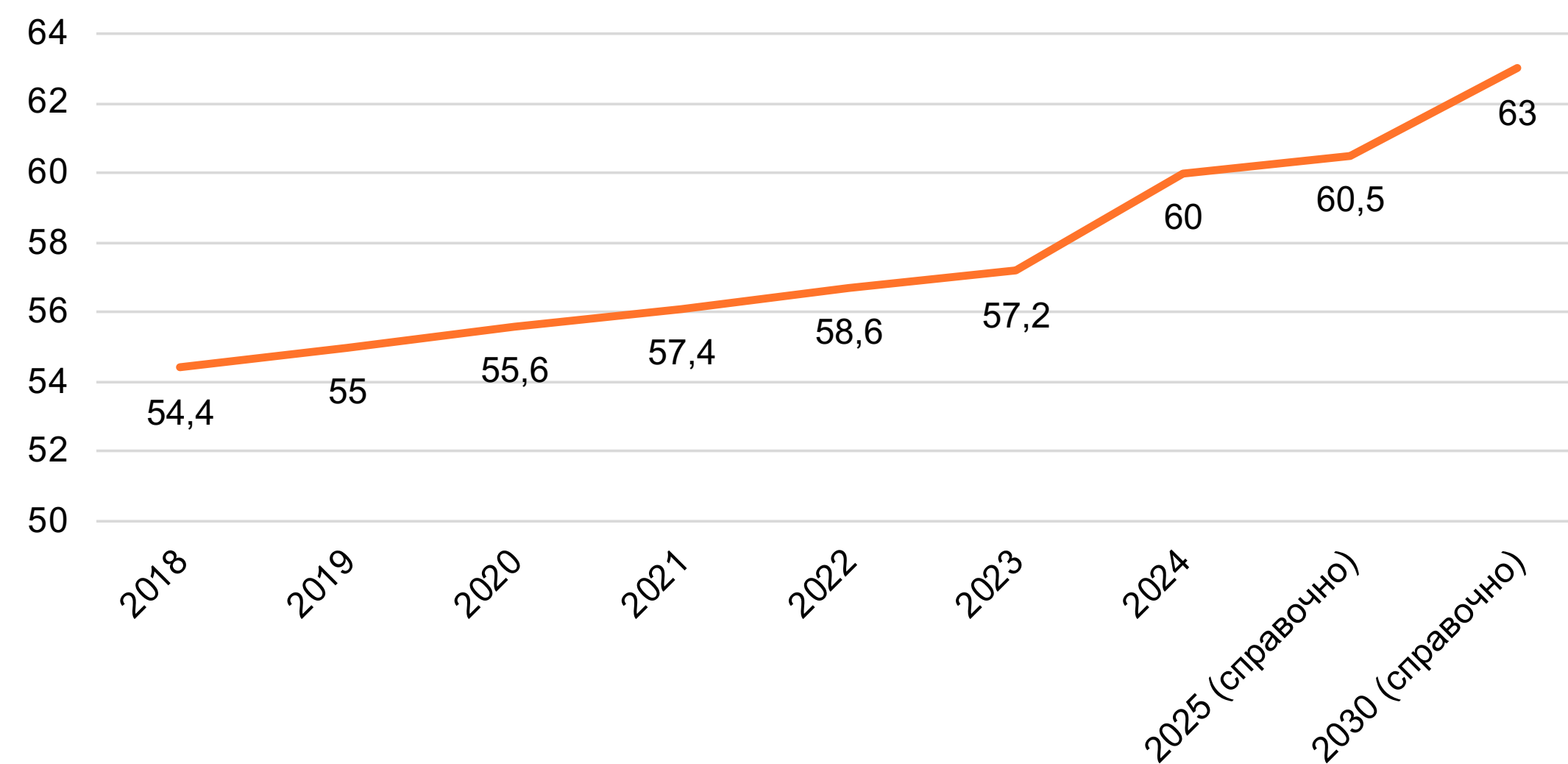
Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более

Показатель рассчитывается как соотношение числа пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих под диспансерным наблюдением с момента установления диагноза 5 лет и более, к числу пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода. К 2030 году планируется повышение процента больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, до 63%. Регионы с наибольшими и наименьшими фактическими показателями на август 2022 представлены в таблице

Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, %
(данные по регионам РФ)

	2021	2022	
MAX	Ростовская область	61,6%	64,8%
	Республика Крым	60,8%	63,8%
	Республика Коми	62,5%	63,7%
	Забайкальский край	61%	62,5%
	Новосибирская область	58%	62,3%
MIN	Республика Алтай	50,6%	44,8%
	Республика Тыва	55,3%	49,6%
	Ямало-Ненецкий АО	48,4%	49,9%
	Республика Саха (Якутия)	51,4%	51,5%
	Кировская область	52,4%	52,4%

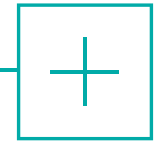
Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, %
(данные по РФ)





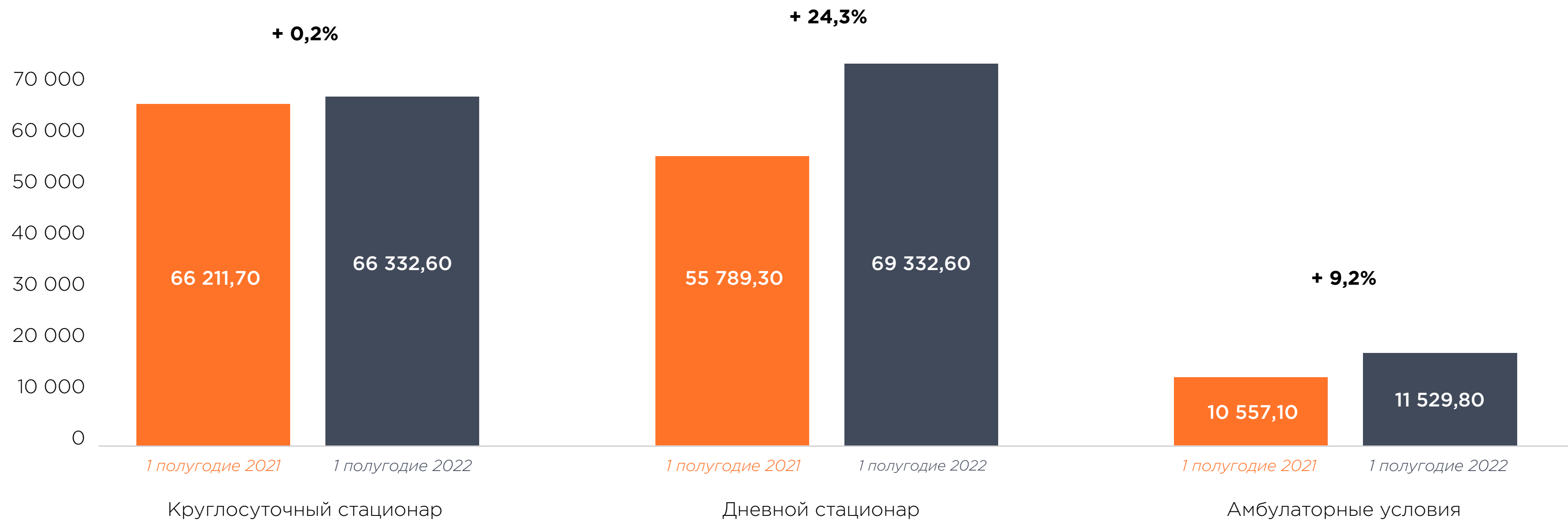
Оказание медицинской помощи (ОМС)
по профилю «Онкология» за I квартал 2022 г.

Финансовое обеспечение ОМС по профилю «Онкология»



Общий объем финансового обеспечения онкологической помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) **увеличился более чем в 1,5 раза** – с 200 млрд. рублей в 2019 году до 317 млрд. рублей в 2022 году.

Финансовое обеспечение пациентам с онкологическими заболеваниями за 1 полугодие 2021 г. и 1 полугодие 2022 г.*, млн руб.

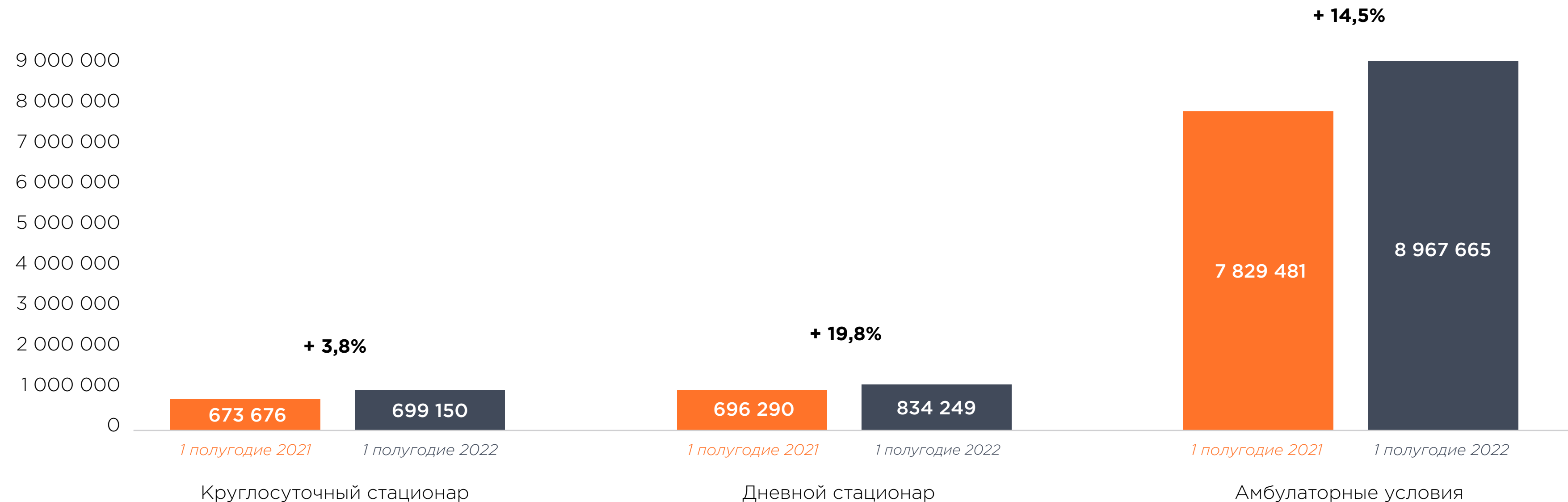


По итогам II квартала 2022 года доля расходов на оказание ВМП в рамках базовой программы ОМС (от годового объема финансирования) по профилю «Онкология» – 11,4 % (6 249,5 млн. рублей)

*По данным Оперативного доклада об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, январь – июнь 2022 года

Объем оказанной МП ОМС по профилю «Онкология»

Объем оказанной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями за 1 полугодие 2021 г. и 1 полугодие 2022 г.*, количество случаев

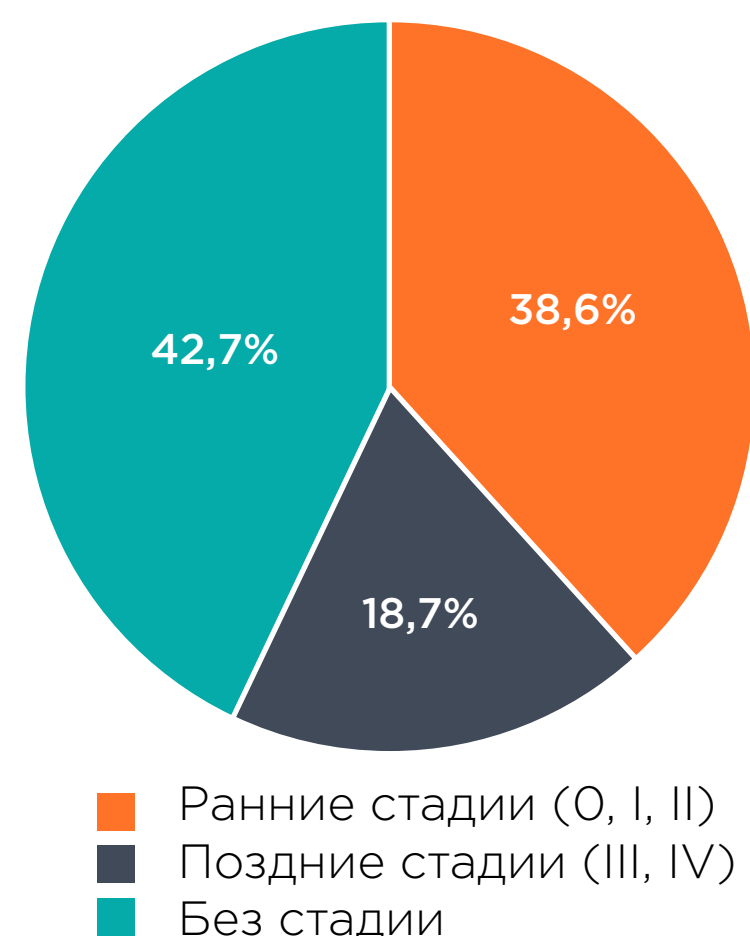


В целом по Российской Федерации за 6 месяцев 2022 года фактическое исполнение показателей по количеству проведенных молекулярно-генетических исследований и финансовому обеспечению их проведения составляет **порядка 60% плановых показателей**. Однако анализ данных в разрезе субъектов Российской Федерации показал, что **в 18 субъектах** Российской Федерации **молекулярно-генетические исследования** в целях выявления онкологических заболеваний **не проводились**, при том что указанными комиссиями были установлены плановые значения на 2022 год (распределены финансовые объемы и натуральные показатели)

*По данным Оперативного доклада об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, январь – июнь 2022 года

Доля пациентов с впервые установленным диагнозом «ЗНО» по профилю «Онкология»

Количество пациентов по профилю «Онкология» с впервые установленным диагнозом ЗНО, %



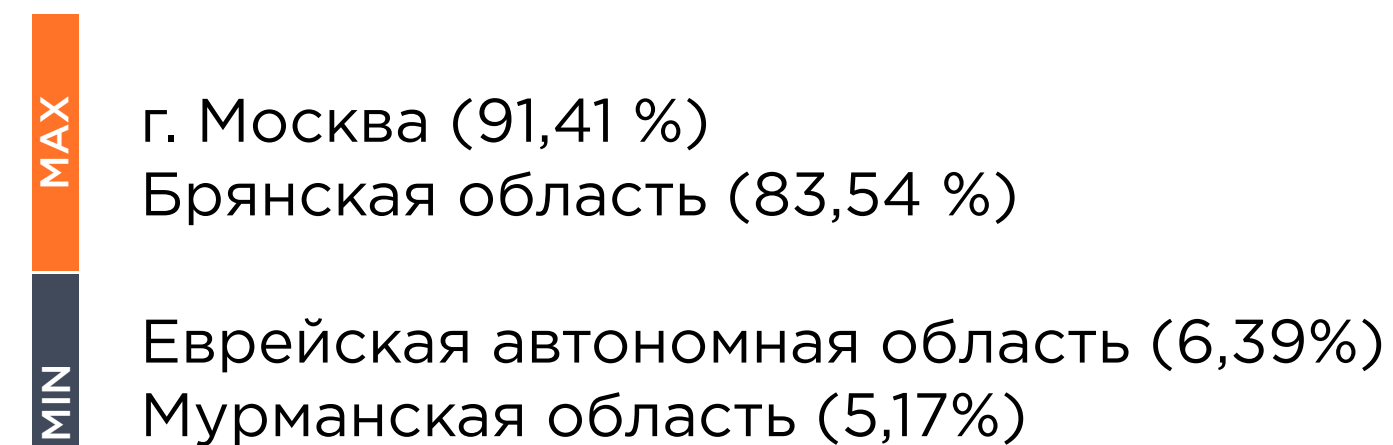
По информации ФОМС, в январе – июне 2022 года всего по Российской Федерации количество пациентов по профилю «Онкология» с впервые установленным диагнозом ЗНО **составило 596 217 человек**, из них:

Выявлено **на ранних стадиях** – 38,6 % пациентов
Выявлено **на поздних стадиях** – 18,7 % пациентов
Без стадии - 42,7 % пациентов

По сравнению с итогами I квартала 2022 года количество субъектов Российской Федерации, в которых доля пациентов с впервые выявленным ЗНО без стадии превышает 50% (от общего числа пациентов с впервые выявленным ЗНО в субъекте Российской Федерации), **увеличилось на 2 субъекта** Российской Федерации (с 7 до 9).

По пояснениям руководителя ФФОМС, причиной превышения общероссийского показателя доли пациентов с ЗНО без стадии в ряде субъектов Российской Федерации является то, что данный показатель связан с большой долей поводов обращения **«диагностика»** и **«симптоматическое лечение»**. На этапе диагностики недостаточно клинических данных для уточнения диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания, поэтому количество субъектов, в которых доля пациентов с впервые выявленным ЗНО без стадии превышает 50%, увеличивается.

Наблюдается значительный разброс по доле пациентов с впервые выявленным ЗНО **без стадии**:



Межбюджетные трансферты 2022 г.

Наименование межбюджетного трансферта	Утвержденные прогнозные данные, млн рублей Утвержденные прогнозные данные, млн рублей	Исполнено на 1 июля 2022 г., млн руб.	Исполнено на 1 июля 2022 г., %	Удельный вес в общем объеме трансфертов, %
Межбюджетный трансферт на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	140 000,0	135 463,8	96,8	38,2

- Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 3908-р утверждено распределение в 2022 году **иных межбюджетных трансфертов** из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС на финансовое обеспечение осуществления денежных **выплат стимулирующего характера** медицинским работникам **за выявление онкологических заболеваний** в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения на общую сумму **155 462,6 тыс. рублей**.
- По данным ФОМС*, по итогам II квартала 2022 года всего в бюджеты территориальных фондов ОМС на выплаты медицинским работникам **за выявление онкологических заболеваний** поступило **66 101,4 тыс. рублей**.
- Фактически медицинскими организациями на осуществление выплат за выявление онкологических заболеваний **использовано только 0,52% объема средств**, поступивших из ФОМС в ТФОМС.

Региональные тарифы по КСГ, включающие применение лекарственной терапии при ЗНО

На август 2022 в круглосуточных стационарах дополнительные **региональные подгруппы** с схемами лекарственной терапии по КСГ st19.102 - st19.121, включающим применение лекарственной терапии при ЗНО, введены в 6 регионах:

Свердловская область + 109 КСГ

Московская область + 51 КСГ

Пермский край + 35 КСГ

Нижегородская область + 28 КСГ

Хабаровский край + 15 КСГ

г. Санкт-Петербург + 2 КСГ

В дневных стационарах по КСГ ds19.058 - st19.096, включающим применение лекарственной терапии при ЗНО, также в 6 регионах:

Свердловская область + 154 КСГ

Московская область + 55 КСГ

Пермский край + 52 КСГ

Хабаровский край + 29 КСГ

Нижегородская область + 26 КСГ

г. Санкт-Петербург + 2 КСГ

Пример введенных региональных подгрупп со схемами терапии* по КСГ st19.118, ds19.093 в Московской области

st19.118.1	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0962 niv)
st19.118.2	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0769)
st19.118.3	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0533, sh1113)
st19.118.4	Лекарственная терапия при ЗНО(кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0450)
st19.118.5	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0070, sh0872, sh0067, sh0958, sh0976)
st19.118.6	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0160)
st19.118.7	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0576.1)
st19.118.8	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0533 nag)
st19.118.9	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0070 nag, sh0067 nag)
st19.118.10	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0576.1 nag)
st19.118.11	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0962 niv+ipi)
ds19.093.1	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0962 niv)
ds19.093.2	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh1084 niv)
ds19.093.3	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0513, sh0446)
ds19.093.4	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0070, sh0576.1, sh0067)
ds19.093.5	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0578.1, sh1126, sh0115)
ds19.093.6	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh1073, sh0048)
ds19.093.7	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0592, sh0109, sh0924)
ds19.093.8	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0114, sh0021)
ds19.093.9	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0491, sh1135)
ds19.093.10	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0181)
ds19.093.11	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0513 nag, sh0446 nag)
ds19.093.12	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0070 nag, sh0576.1 nag, sh0067 nag)
ds19.093.13	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh0962 niv+ipi)
ds19.093.14	Лекарственная терапия при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) (sh1084 niv+ipi)

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ БЮЛЛЕТЕНЬ
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ОНКОЛОГИИ
ПОДГОТОВЛЕН ПРИ ПОДДЕРЖКЕ

aston
health

АОР

Ассоциация
Онкологов
России

Подписаться на новости можно на сайте

<https://oncology-association.ru/>