

**aston**  
health

**АОР**

Ассоциация  
Онкологов  
России

# ОНКОНАВИГАТОР 22

информационно-аналитический бюллетень  
ОНС «Ассоциация Онкологов России» и компании Aston Health

2025



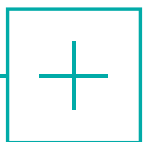
# СОДЕРЖАНИЕ

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

- 1 Новости онкологии ..... стр. 3
- 2 Актуальные статистические показатели онкозаболеваний  
в рамках ФП «Борьба с онкологическими заболеваниями».... стр. 11
- 3 Показатели федерального проекта  
«Борьба с онкологическими заболеваниями»..... стр. 13
- 4 Показатели ФП «Борьба с онкологическими заболеваниями»  
и НП «Продолжительная и активная жизнь» ..... стр. 17



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ



## Новости от АОР:

- [XIII Съезд онкологов России](#)
- [III Всероссийский конгресс Диагностика в онкологии](#)
- [90 лет - онкологической службе Омской области!](#)
- [80 лет российской онкологической службе: история мужества, науки и надежды!](#)
- [В Москве состоялась междисциплинарная конференция «Экономика в онкологии»!](#)
- [10 апреля прошел Научно-практический совет Минздрава России](#)
- [ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ВИЧ. ВОПРОСЫ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ](#)

# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

## **Влияние исходного уровня ПСА на клинические результаты у пациентов с мГЧРПЖ, получавших триплетную терапию даролутамидом в исследовании ARASENS**

На ежегодном конгрессе EAU 2025 в рамках сессии, посвященной терапии пациентов с раком предстательной железы был представлен доклад о влиянии надира и динамики уровня ПСА на клинические исходы у пациентов с метастатическим гормоночувствительным раком предстательной железы (мГЧРПЖ), получавших триплетную терапию с применением препарата даролутамид в исследовании ARASENS.

В исследовании ARASENS комбинация даролутамид + доцетаксел+ АДТ снижала риск смерти на 32,5% (HR 0,68; 95% ДИ 0,57–0,80) по сравнению с АДТ + доцетаксел + плацебо у пациентов с мГЧРПЖ. Кроме того, триплетная терапия даролутамидом обеспечивала глубокий и устойчивый ответ по снижению уровня ПСА: 67% пациентов достигли неопределяемого уровня ПСА (<0,20 нг/мл) в группе даролутамида по сравнению с 29% в контрольной группе, а также терапия с применением препарата даролутамид продемонстрировала значительное увеличение времени до прогрессирования уровня ПСА. При этом глубокая редукция ПСА ассоциировалась с улучшением клинических исходов независимо от объема заболевания.

В представленном post-hoc анализ исследования ARASENS оценивалась связь между исходным уровнем ПСА и клиническими исходами изучаемой терапии. Пациенты в группах даролутамид обеих группах были стратифицированы на 3 подгруппы по исходному уровню-ПСА:



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

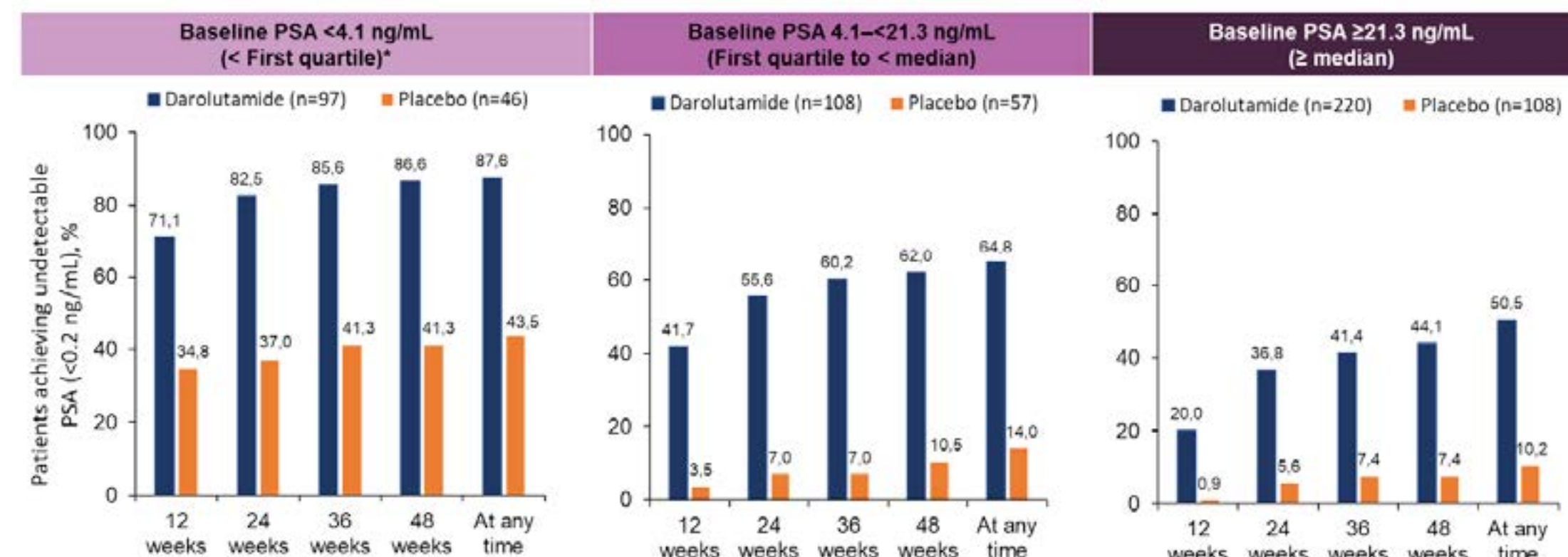
- Низкий уровень ПСА -  $<4,80$  нг/мл;
- Средний уровень ПСА - от  $\geq 4,80$  до  $<27,55$  нг/мл;
- Высокий уровень ПСА -  $\geq 27,55$  нг/мл.

Неопределяемый уровень ПСА определялся как доля пациентов со снижением ПСА менее 0,2 нг/мл.

## Результаты:

В анализ включены 651 пациент в группе даролутамида и 653 пациента в группе контроля. Наблюдалась тенденция к более высоким показателям достижения неопределяемого уровня ПСА у пациентов, получающих терапию комбинацией с применением препарата даролутамид, и преимущество сохранялось во всех подгруппах:

- Низкий уровень ПСА: 87,6% vs 43,5%;
- Средний уровень ПСА: 64,8% vs 14%;
- Высокий уровень ПСА: 50,5% vs 10,2%.



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Время до прогрессирования уровня ПСА было дольше в группе даролутамида по сравнению с группой контроля во всех подгруппах. Среди пациентов, получавших даролутамид, время до развития КРРПЖ было значительно больше в группе пациентов с низким исходным ПСА по сравнению с высоким (HR 0,67; 95% ДИ 0,47–0,94). Профиль безопасности даролутамида был сопоставим с ранее продемонстрированными данными независимо от исходного уровня ПСА.

## Выводы:

1. Более низкий исходный ПСА ассоциировался с:
  - Более высокой частотой достижения неопределяемого ответа по снижению ПСА в любой момент времени.
  - Более длительным временем до прогрессирования ПСА.
  - Более длительным временем до развития КРРПЖ.
2. Триплетная терапия с применением препарата даролутамид обеспечивала преимущества по сравнению с группой контроля во всех подгруппах пациентов вне зависимости от исходного уровня ПСА.
3. Данные Post-hoc анализа подтверждают эффективность и клиническую ценность добавления даролутамида к АДТ и доцетакселу у пациентов различным исходным уровнем ПСА.

*АДТ – андроген-депривационная терапия; ДИ – доверительный интервал; КРРПЖ – кастрационно-резистентный рак предстательной железы; мГЧРПЖ – метастатический гормоночувствительный рак предстательной железы; ПСА – простатический специфический антиген; HR – коэффициент риска (Hazard Ratio) — показатель, отражающий отношение вероятностей наступления события в сравниваемых группах.*

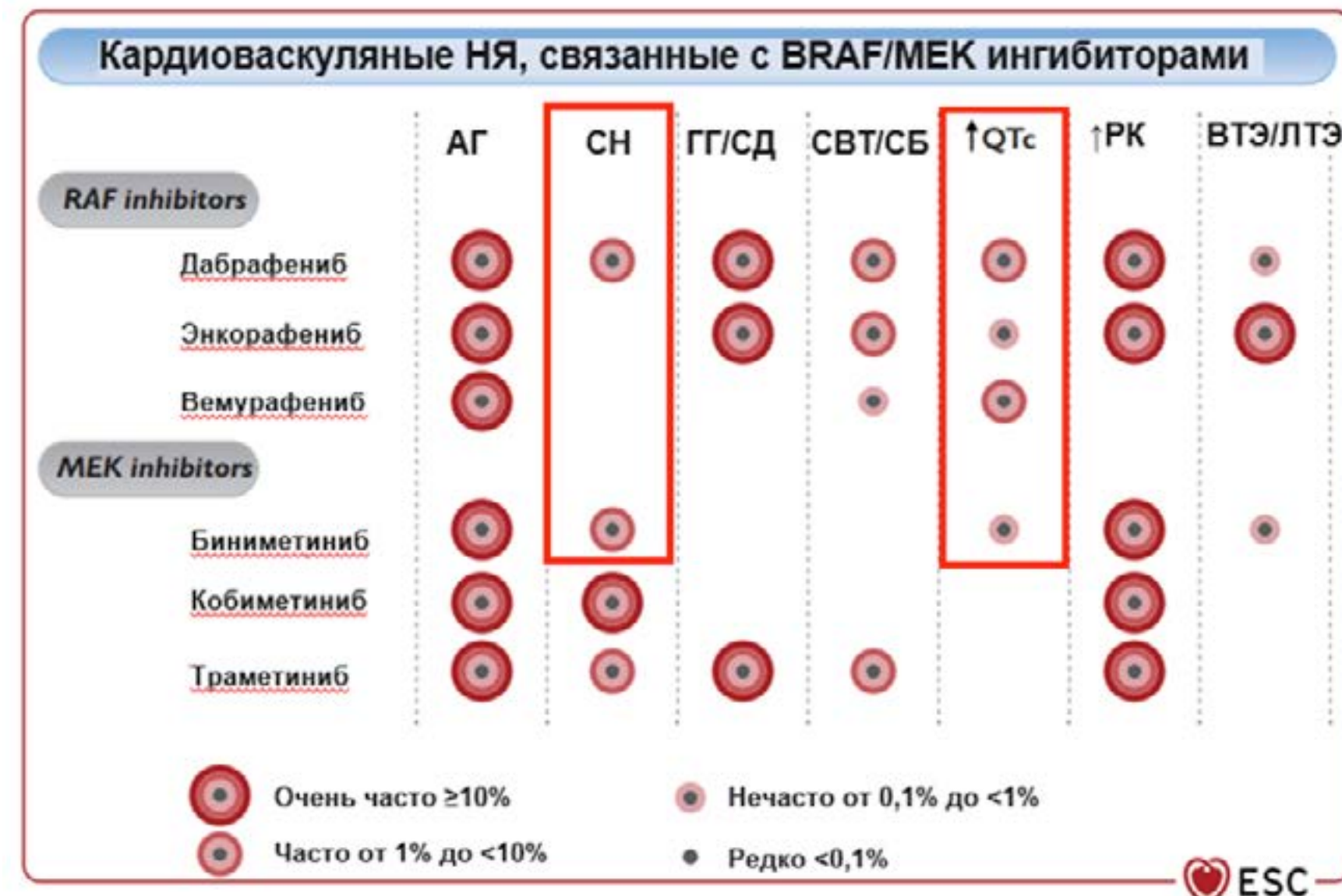
# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

## Обновленные данные по кардиотоксичности BRAF/MEK ингибиторов

В рамках конгресса EADO/WCM 2025 г. один из докладов был посвящен новым данным по токсичности BRAF/MEK ингибиторов в лечении нерезектабельной и метастатической меланомы с мутацией BRAF. В исследовании J. Koustrup и соавт. (2025) реальной клинической практики, посвященном кардиотоксичности BRAF/MEK ингибиторов, в которое вошли 170 пациентов с метастатической меланомой получавших лечение разными таргетными комбинациями, было показано, что все случаи клинически значимой кардиотоксичности были зарегистрированы в течение 12 месяцев с момента начала терапии BRAF/MEK ингибиторами. Значимым фактором риска развития кардиотоксических эффектов было наличие у пациентов аритмии в анамнезе (ОШ 13,67,  $p=0,008$ ). Прием комбинации энкорафениба и биниметиниба достоверно уменьшал риск развития кардиотоксичности (ОШ 0,17,  $p=0,013$ ), по сравнению с другими комбинациями BRAF/MEK ингибиторов. Снижение фракции выброса левого желудочка на фоне терапии BRAF/MEK ингибиторами не влияло на прогноз заболевания. Исследователи предположили, что во время терапии BRAF/MEK ингибиторами возможно прекращение регулярного мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы через 12 месяцев при условии, что за это время не было зарегистрировано признаков кардиотоксичности (Koustrup J. et al. EADO/WCM 2025 – Abstract A-192/Oral presentation). В клинических рекомендациях Европейского общества кардиологов (2022), посвященных управлению НЯ со стороны сердечно-сосудистой системы у онкологических пациентов, указано, что наименьшей кардиотоксичностью среди других BRAF/MEK ингибиторов обладает комбинация энкорафениб и биниметиниб, особенно в отношении развития таких НЯ, как сердечная недостаточность и увеличение интервала QT (ESC Guidelines on cardio-oncology. European Heart Journal (2022) 43, 4229–4361).



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ



АГ – артериальная гипертензия, СН – сердечная недостаточность, ГГ/СД – гипергликемия/сахарный диабет, СВТ/СБ – суправентрикулярная тахикардия/синусовая брадикардия, QTc – скорректированное увеличение интервала QT, РК – увеличение риска кровотечения, ВТЭ/ЛТЭ – венозная тромбоэмболия/легочная тромбоэмболия

В соответствии с ОХЛП энкорафениба и биниметиниба, во время терапии комбинацией препаратов следует соблюдать рекомендации по мониторингу симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы: перед назначением биниметиниба, затем через 1 месяц и в последующем через каждые 3 месяца необходимо оценивать фракцию выброса левого желудочка с помощью ЭКГ или многоимпульсной радионуклидной ангиографии (МРА).



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

## **Традиционным местом обмена опытом для множества практикующих врачей и специалистов из России стала Конференция RUSSCO «Поддерживающая терапия»**

Безусловно это главное отечественное событие для специалистов поддерживающей терапии, где обсуждаются самые последние клинические рекомендации и результаты самых знаковых клинических исследований. 27-28 мая она состоялась в городском клиническом онкологическом диспансере города Санкт-Петербурга в 11 раз. Большой интерес во время мероприятия вызвал сателлитный симпозиум ЗАО «ФармФирмы «Сотекс» «Правовые и клинические аспекты лечения анемии».

Анемия при злокачественных новообразованиях (ЗНО) является не только медико-социальной проблемой, но и снижает эффективность противоопухолевой терапии, ухудшает прогноз течения злокачественного новообразования. Во время симпозиума Шкитин Сергей Олегович представил результаты анализа распространенности анемии ЗНО. Согласно статистическим данным, клинически значимая анемия имеет распространенность не более 8 % среди пациентов, получающих специализированное лечение. По оценкам компании «АльфаСтрахование-ОМС» (в России это 10 % страхового поля компании), анемия развивается у 531 пациента (в пересчете на все застрахованное население России – 5 310 пациентов) в год, то есть диагностируется умеренная и тяжелая степень анемии с уровнем гемоглобина менее 100 г/л и требующая медикаментозного лечения. Серьезная разница в распространенности АЗН согласно российским и международным данным связана с научным прогрессом в области лекарственной терапии, который произошел в течение 20 лет.

# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Самое крупное международное исследование The European Cancer Anaemia Survey (ECAS): A large, multinational, prospective survey defining the prevalence, incidence, and treatment of anaemia in cancer patients, посвященное АЗН было опубликовано в 2004 году. В настоящее время представляются данные 2024 года. Получается, что российских пациентов с анемией и ЗНО не так много. Это простая в диагностике и лечении, но опасная по своим последствиям коморбидность.

Терапевтические подходы в лечении осветила Елена Викторовна Ткаченко, эритропоэтины как почечные гормоны гликопротеиновой природы являются ключевыми и незаменимыми стимуляторами и контролерами созревания эритроцитов на всех стадиях этого процесса. Препараты рекомбинантного эритропоэтина (эритропоэзстимулирующие препараты (ЭПСП)) восполняют недостаток эндогенного эритропоэтина, возникший как вследствие развития самой опухоли, так и на фоне противоопухолевой терапии. Поэтому применение подобных лекарств – единственное доступное патогенетически обоснованное лечение АЗН. В настоящее время в России по полному циклу производится препарат Эральфон®. Необходимо так же отметить комментарии выступающих касательно гемотрансфузий. Как заметила Елена Викторовна, гемотрансфузии часто становятся неизбежной лечебной мерой, но следует всегда с осторожностью принимать решение об их применении. Крупные систематические обзоры и метаанализы, в частности работа M. Cho et al. (2021), показали, что такие процедуры связаны с уменьшением выживаемости больных, повышением частоты метастазов и рецидивов рака при целом ряде локализаций. Поэтому в клинических рекомендациях назначение заместительных гемотрансфузий жестко регламентировано.

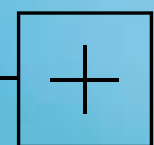




**Актуальные статистические показатели онкозаболеваний  
в рамках ФП «Борьба с онкологическими заболеваниями»**



# ГЛОССАРИЙ



## Список основных сокращений:

- АО – автономный округ
- ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- ЛТ – лекарственная терапия
- ЗНО – злокачественное новообразование
- МО – медицинская организация
- МП – медицинская помощь
- НП – национальный проект
- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ФП – федеральный проект



# Показатели федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»

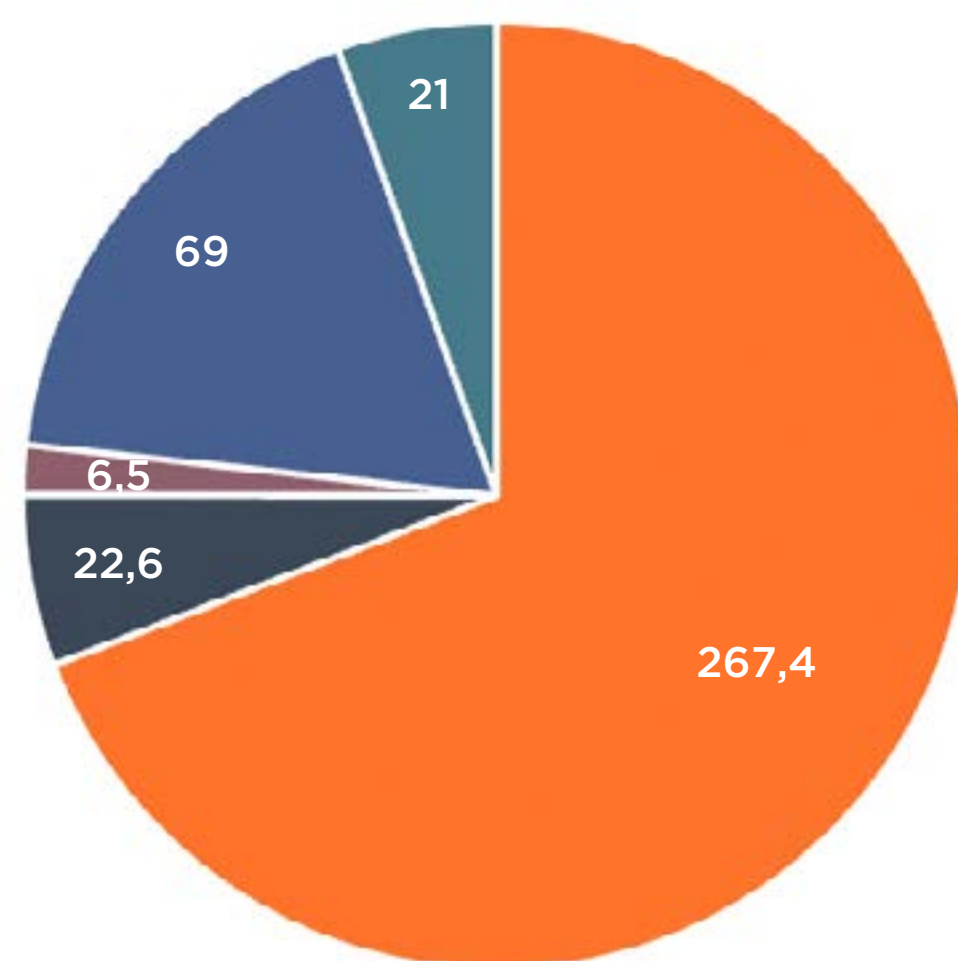
Итоги 2024



# Отчетные показатели ФФОМС в 2024 году

В 2024 году на оплату онкологической МП **в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров** в рамках территориальных и базовой программ ОМС ФФОМС использовано 386,6 млрд. руб. (на 4,6% выше уровня 2023 года – 369,5 млрд. руб., в 2,1 раза выше уровня 2019 года – 185,7 млрд. руб.), из них на:

Направления использования средств  
в разрезе типов лечения (млрд. руб.)



- Противоопухолевая ЛТ
- Лучевая терапия
- Лучевая терапия в сочетании с противоопухолевой ЛТ
- Хирургическое лечение
- Неспецифическое лечение

## Противоопухолевую лекарственную терапию

267,4 млрд. руб. (на 0,6% выше уровня 2023 года – 265,9 млрд. руб., в 2,3 раза выше уровня 2019 года – 117,2 млрд. руб.);

## Лучевую терапию

22,6 млрд. руб. (на 15,2% выше уровня 2023 года – 19,6 млрд. руб., на 29,4% выше уровня 2019 года – 17,4 млрд. руб.);

## Лучевую терапию в сочетании с противоопухолевой ЛТ

6,55 млрд. руб. (на 14,2% выше уровня 2023 года – 5,73 млрд. руб., на 1,3% выше уровня 2019 года – 6,46 млрд. руб.);

## Хирургическое лечение

69,0 млрд. руб. (на 14,9% выше уровня 2023 года – 60,1 млрд. руб., в 2 раза выше уровня 2019 года – 33,9 млрд. руб.)



# Отчетные показатели ФФОМС в 2024 году

**В 2024 году оказано 4 060 095 случаев лечения (в 1,7 раз выше уровня 2019 года – 2 410 712 случаев лечения, на 7,5% выше уровня 2023 года – 3 778 332 случая лечения) из них:**

- **в стационарных условиях** – 1 772 426 госпитализаций (на 27,5% выше уровня 2019 года – 1 390 389 госпитализаций, на 3,3% выше уровня 2023 года – 1 716 320 госпитализаций);
- **в условиях дневного стационара** – 2 287 669 случаев лечения (в 2,2 раза выше уровня 2019 года – 1 020 323 случая лечения, на 10,9% выше уровня 2023 года – 2 062 012 случаев лечения).

**В 2024 году в сравнении с 2023 годом рост объемов медицинской помощи, оказанной в Федеральных государственных учреждениях, составил 8,8% (с 309,7 тыс. случаев лечения до 336,9 тыс. случаев лечения)**

- **рост финансового обеспечения** медицинской помощи, оказанной в федеральных государственных учреждениях, составил 10,5% (с 39,0 млрд. руб. до 43,1 млрд. руб.).

**С 2019 по 2024 год отмечается увеличение уровня использования дорогих препаратов:**

- на 5,1% **в условиях круглосуточного стационара** с 7,2% (КСГ 9-10 уровни) до 12,3% (КСГ 12-19 уровни);
- на 10,5% **в условиях дневного стационара** с 6,1% (КСГ 9-10 уровни) до 16,6% (КСГ 12-19 уровни);
- **увеличение кратности курсов химиотерапии** на 1 пациента на 15,4% (с 4,94 до 5,70)

# Показатели федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Итоги 2024

Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, %	2024 план	2024 факт
	80,0	83,2
Доля злокачественных новообразований, выявленных на 1-2 стадиях, %	59,1	61,2
Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением, %	60,0	60,1
Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение в предыдущем году), %	19,1	17,3

**Задачи на 2025 год:**

финансовое обеспечение медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров в 2025 году в соответствии с нормативами объемов и финансовых затрат на оказание онкологической медицинской помощи установленными базовой программой ОМС предусмотрено в размере 389,9 млрд. рублей (на 14,8% больше, чем в 2024 году) на оказание 3 698,6 тыс. случаев лечения.

\* Доклад Заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Е.Г. Камкина

\*\* Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2024 году. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2025 г.



# Показатели ФП «Борьба с онкологическими заболеваниями» и НП «Продолжительная и активная жизнь»

Прогноз на 2025

# Показатели федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» НП «Продолжительная и активная жизнь» в 2025-2030г.

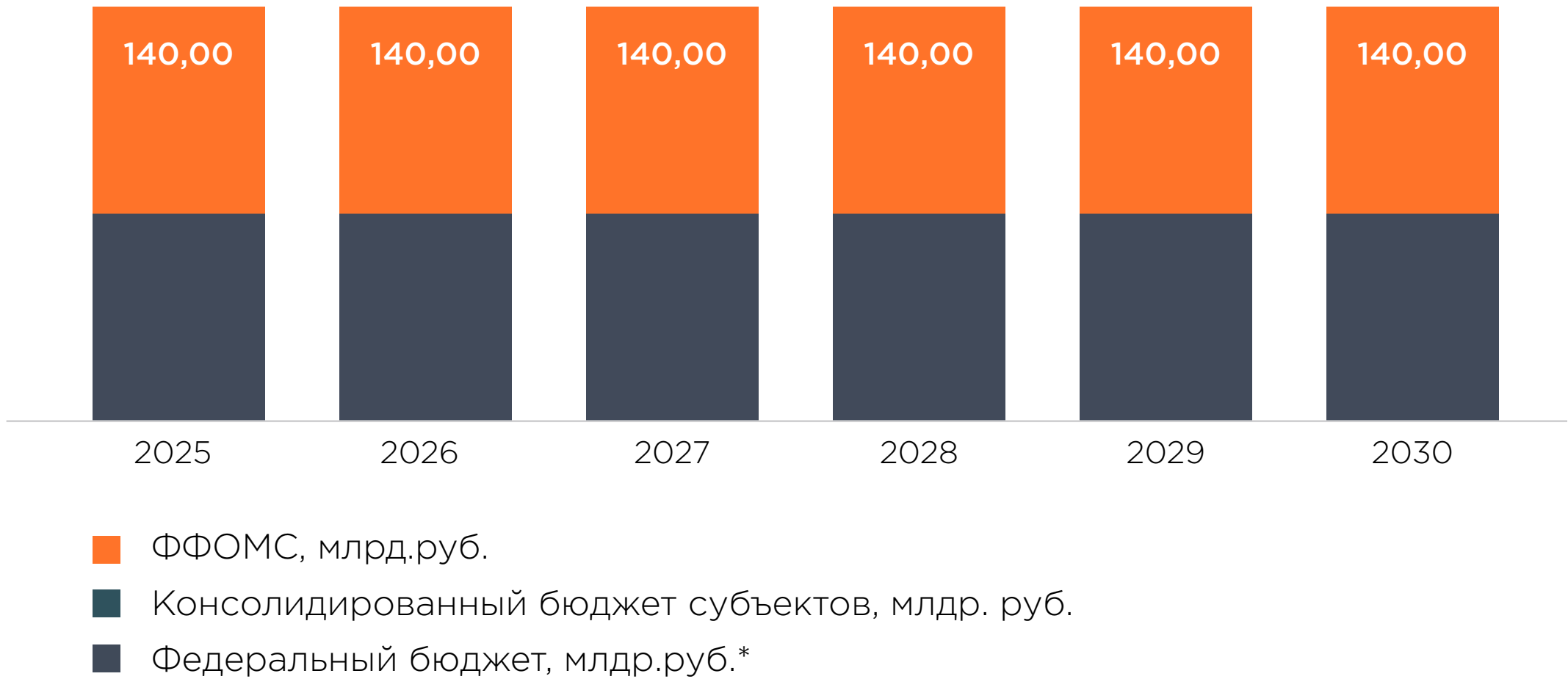
С 2025 года реализуется национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». Бюджет проекта: 2053,2 млрд руб. Состоит из 11 федеральных проектов, в числе которых федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями»

**Сроки реализации:** 1 января 2025 – 31 декабря 2030 гг.

**Бюджет проекта:** 840,0 млрд руб.\*

**Источники финансирования:**

- федеральный бюджет: 840,0 млрд. руб., из них межбюджетные трансферты ФФОМС 840,0 млрд. руб.
- бюджеты государственных внебюджетных фондов (ФОМС): 840,0 млрд руб.



К 2030 году доступность диагностики и лечения онкологических заболеваний позволит увеличить на 7% количество пациентов со злокачественными новообразованиями, живущих более 5 лет

*В соответствии с паспортом национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, 2025 г.)*



# Показатели федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» НП «Продолжительная и активная жизнь» в 2025-2030 гг.

	2023	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Доля злокачественных новообразований, выявленных на I стадии, от общего числа случаев злокачественных новообразований визуальных локализаций, %	52,1	52,9	53,7	54,5	55,3	56,1	57,0
Доля лиц, живущих 5 и более лет с момента установления диагноза злокачественного новообразования, %	62,6	63,9	64,5	65,2	65,8	66,4	67,0
Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течении первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение в предыдущем году), %	18,3	18,0	17,6	17,2	16,8	16,5	16,0
Доля лиц, прошедших обследование в соответствии с индивидуальным планом ведения в рамках диспансерного наблюдения из числа онкологических больных, завершивших лечение, %	-	70,0	73,0	78,0	82,0	86,0	90,0

\* Доклад Заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Е.Г. Камкина

# Фактическая однегоди́чная летальность больных с ЗНО

По данным на май 2025 года, усредненный по регионам показатель однегоди́чной летальности больных со злокачественными новообразованиями (пациенты, умершие в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году) составляет **17,8%**

Рейтинг регионов с наибольшими фактическими показателями, топ-10	
Регион	Показатель, %
Приморский край	25,1%
Республика Тыва	24,2%
Ненецкий АО	23,8%
Магаданская область	23,6%
Брянская область	23,2%
Республика Коми	23,0%
Иркутская область	22,9%
Кировская область	21,9%
Смоленская область	21,2%
Самарская область	21,1%

Рейтинг регионов с наименьшими фактическими показателями, топ-10	
Регион	Показатель, %
Тамбовская область	15,0%
Кабардино-Балкарская Республика	14,3%
Нижегородская область	13,9%
Ростовская область	13,9%
Тюменская область	13,2%
Карачаево-Черкесская Республика	12,9%
Москва	11,5%
Ленинградская область	11,2%
Московская область	10,7%
Республика Адыгея	9,4%

\* Пациенты, умершие в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году

\* По данным Федеральной службы государственной статистики <https://fedstat.ru/>



# Фактический удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более

По данным на май 2025 года, усредненный по регионам удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более, составляет **66,0%**

Рейтинг регионов с наибольшими фактическими показателями, топ-10	
Регион	Показатель, %
Чукотский автономный округ	92,7%
Чеченская Республика	80,8%
Республика Алтай	79,5%
Республика Ингушетия	79,2%
Республика Адыгея	78,5%
Карачаево-Черкесская Республика	75,1%
Тюменская область	74,8%
Республика Татарстан	74,5%
Московская область	74,4%
Санкт-Петербург	73,9%

Рейтинг регионов с наименьшими фактическими показателями, топ-10	
Регион	Показатель, %
Ненецкий автономный округ	59,3%
Псковская область	59,1%
Республика Саха (Якутия)	58,9%
Вологодская область	58,8%
Архангельская область	55,9%
Республика Тыва	55,4%
Краснодарский край	52,4%
Ленинградская область	44,2%
Магаданская область	42,1%
Еврейская АО	27,5%

\* По данным Федеральной службы государственной статистики <https://fedstat.ru/>

# Фактическая доля злокачественных новообразований, выявленных на I стадии

По данным на май 2025 года, усредненное по регионам значение доли злокачественных новообразований, выявленных на I стадии (от общего числа случаев злокачественных новообразований визуальных локализаций) составляет **52,1%**

Рейтинг регионов с наибольшими фактическими показателями, топ-10	
Регион	Показатель, %
Республика Мордовия	65,1%
Москва	62,6%
Севастополь	61,8%
Курская область	60,8%
Воронежская область	60,7%
Ханты-Мансийский АО — Югра	60,6%
Оренбургская область	60,5%
Белгородская область	60,2%
Сахалинская область	59,0%
Ненецкий АО	58,7%

Рейтинг регионов с наименьшими фактическими показателями, топ-10	
Регион	Показатель, %
Омская область	45,7%
Костромская область	45,4%
Республика Хакасия	44,7%
Ленинградская область	44,2%
Чеченская Республика	43,1%
Новгородская область	43,0%
Республика Северная Осетия — Алания	41,3%
Республика Бурятия	40,5%
Республика Алтай	37,0%
Республика Ингушетия	32,0%

\* По данным Федеральной службы государственной статистики <https://fedstat.ru/>



# Фактическая доля лиц с ЗНО, прошедших обследование в соответствии с индивидуальным планом ведения в рамках диспансерного наблюдения

По данным на май 2025 года, усредненное по регионам значение данного показателя составляет **26,4%**

Рейтинг регионов с наибольшими фактическими показателями, топ-10	
Регион	Показатель, %
Чукотский АО	60,3%
Республика Алтай	56,4%
Республика Саха (Якутия)	48,4%
Ленинградская область	47,1%
Новосибирская область	46,0%
Самарская область	42,3%
Челябинская область	42,3%
Брянская область	39,6%
Тульская область	38,7%
Севастополь	37,0%

Рейтинг регионов с наименьшими фактическими показателями, топ-10	
Регион	Показатель, %
Свердловская область	18,3%
Карачаево-Черкесская Республика	18,0%
Ямало-Ненецкий АО	14,4%
Еврейская автономная область	14,3%
Омская область	13,8%
Ростовская область	13,8%
Калининградская область	13,7%
Калужская область	13,5%
Республика Тыва	12,0%
Москва	4,0%

\* По данным Федеральной службы государственной статистики <https://fedstat.ru/>

# 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/>