

**aston**  
health

**АОР**

Ассоциация  
Онкологов  
России

# ОНКОНАВИГАТОР 23

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 изменения по профилю Онкология  
и основные показатели состояния онкологической помощи.... стр. 16
- 3 Основные показатели состояния онкологической  
помощи в России в 2024 году ..... стр. 23



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ



## Новости от АОР:

- [Как прошёл 4-й день VIII Международного Форума онкологии и радиотерапии «Ради жизни — FOR LIFE»?](#)
- [Яркий старт форума ForLife: профессиональный диалог и церемония награждения](#)
- [Премия имени академика А.И. Савицкого: открытие, которое объединяет сердца](#)
- [Топ самых влиятельных пациентских НКО в России — кто в лидерах?](#)

# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

## Одобрено новое показание к применению препарата Кстанди (энзалутамид)

14 августа 2025 года Министерство Здравоохранения Российской Федерации одобрило новое показание к применению препарата Кстанди (энзалутамид). Теперь препарат энзалутамид можно применять у пациентов **с неметастатическим гормоночувствительным раком предстательной железы (нмГЧРПЖ) с биохимическим рецидивом и высоким риском метастазирования (БХР высокого риска).**

Таким образом, Кстанди (энзалутамид) показан взрослым мужчинам для лечения:

- Кастрационно-резистентного рака предстательной железы (КРРПЖ).
- Метастатического гормоночувствительного рака предстательной железы (мГЧРПЖ).
- Неметастатического гормоночувствительного рака предстательной железы (**нмГЧРПЖ**) с биохимическим рецидивом и высоким риском метастазирования (БХР высокого риска).

Пациенты с неметастатическим гормоночувствительным раком предстательной железы (нмГЧРПЖ) с биохимическим рецидивом высокого риска (БХР высокого риска) могут получать лечение препаратом Кстанди с аналогом лютеинизирующего гормона релизинг-гормона (аналог ЛГРГ) или без него.

Основанием для решения регулятора стали результаты исследования MDV3100-13 (EMBARC), в котором Кстанди (энзалутамид) в комбинации с андрогендепривационной терапией (АДТ) и в режиме монотерапии продемонстрировал статистически достоверное улучшение выживаемости без метастазирования (ВБМ) по сравнению с плацебо в комбинации с АДТ у пациентов с неметастатическим ГЧРПЖ с БХР высокого риска.



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

В исследование EMBARK были включены 1068 пациентов с нмГЧРПЖ с БХР высокого риска (определен как время удвоения ПСА  $\leq 9$  месяцев), которые были рандомизированы в соотношении 1 : 1 : 1 на прием энзалутамида внутрь в дозе 160 мг один раз в сутки одновременно с АДТ (N = 355), на прием Кстанди (энзалутамида) внутрь в дозе 160 мг один раз в сутки в режиме монотерапии по открытой схеме (N = 355) или на прием плацебо внутрь один раз в сутки одновременно с АДТ (N = 358) (в качестве АДТ использовался лейпролид). Для пациентов, у которых уровни ПСА являлись неопределяемыми ( $< 0,2$  нг/мл) на 36-й неделе, лечение было приостановлено на 37-й неделе, а затем возобновлено после повышения ПСА до  $\geq 2,0$  нг/мл у пациентов, которым ранее была выполнена простатэктомия, или до  $\geq 5,0$  нг/мл у пациентов, которым простатэктомия ранее не выполнялась. Для пациентов, у которых уровни ПСА были определяемыми на 36-й неделе ( $\geq 0,2$  нг/мл), лечение продолжалось без остановки до достижения критериев полной отмены лечения.

В исследовании EMBARK у пациентов с нмГЧРПЖ и БХР высокого риска комбинация Кстанди (энзалутамида) + АДТ продемонстрировала статистически достоверное и клинически значимое улучшение ВБМ по сравнению с монотерапией АДТ со снижением риска развития метастазов или смерти **на 58%** (ОР 0,42; 95% ДИ, 0,30–0,61;  $P < 0,0001$ ).

**5-летняя ВБМ в группе Кстанди + АДТ составила 87.3%** по сравнению с 71.4% в группе плацебо + АДТ. Сопоставимая эффективность наблюдалась в заранее определенных подгруппах. Также достоверно увеличивалось время до ПСА-прогрессирования и время до кастрационной резистентности. При промежуточном анализе отмечена тенденция к улучшению ОВ (ОР 0,59; 95% ДИ, 0,38–0,90;  $P = 0,0142$ ); исследование продолжается для финального анализа.

# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

Монотерапия Кстанди (энзалутамидом) также продемонстрировала статистически достоверное и клинически значимое улучшение показателей ВБМ (ОР 0,63; 95% ДИ 0,46–0,87; P=0,0049), времени до ПСА-прогрессирования и времени до начала новой линии противоопухолевой терапии.

В ходе исследования не было получено новых сигналов безопасности при лечении Кстанди (энзалутамидом). Наиболее распространенными нежелательными явлениями (частота развития  $\geq 10\%$ ) у пациентов, принимавших энзалутамид, были утомляемость, приливы, артериальная гипертензия, падения, тошнота.

СПРАВКА: Препарат энзалутамид представляет собой мощный ингибитор андрогенных рецепторов (AR), который конкурентно ингибирует связывание андрогенов с андрогенными рецепторами, угнетает ядерную транслокацию активированных рецепторов и ингибирует связывание активированных рецепторов андрогенов с ДНК даже в условиях избыточной экспрессии андрогенных рецепторов и в клетках опухоли, резистентных к антиандрогенам.

# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

## Обновление Программы Государственных Гарантий 2025: алпелисиб включен в КСГ

В Программе Государственных Гарантий на 2025 год произошли следующие изменения: в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации №1365 от 04.09.2025 схема sh1152 (Фулвестрант 500 мг в/м 1 раз в мес (500 мг 2 раза в первый месяц терапии) + **АЛПЕЛИСИБ** 300 мг внутрь ежедневно\*) **включена в Программу государственных гарантий на 2025 год в КСГ ds19.147** Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) для оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара [1]. Таким образом, в ближайшее время ожидается обновление Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской и включение схемы в Тарифные соглашения регионов. **Изменения вступили в силу с 04.09.2025.**

С учетом уровня КСГ объем возмещения **в среднем** составит **235 959 руб. за 1 цикл терапии\*\***. В этом случае разница между затратами на лекарственные препараты и объемом возмещения составит **59,8 тыс. руб\*\*\* за цикл:**

Наименование схемы****	КСГ [1]	КЗ [3]	Стоимость КСГ, руб. [3]	МНН		Цена уп., руб.***	Стоимость цикла терапии, руб. [4,5]	Разница между затратами и возмещением, руб.
Фулвестрант 500 мг в/м 1 раз в мес. + <b>АЛПЕЛИСИБ</b> 300 мг внутрь ежедневно, цикл 30 дней*	ds19.147 ЗНО (ур. 13)	13,39	235 959	Алпелисиб	1,07	148 348	176 118	59 841
				Фулвестрант	1	17 174		

# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

\*Название схемы и число дней в цикле указано в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2023 год [2]

\*\*Для расчета тарифа использована минимальная базовая ставка в соответствии с ПГГ на 2025 год [3]. В зависимости от территориальной надбавки и региональных коэффициентов расчеты могут меняться.

\*\*\*В расчетах учитываются зарегистрированные предельные отпускные цены с НДС 10% без учета региональной надбавки в соответствии с реестром предельных отпускных цен [4]. Для препарата фулвестрант учитывается минимальная зарегистрированная цена. Расчет стоимости цикла терапии осуществлен с учетом ОХЛП препаратов алпелисиб и фулвестрант [5].

\*\*\*\*В расчетах не учитывается нагрузочная доза фулвестранта

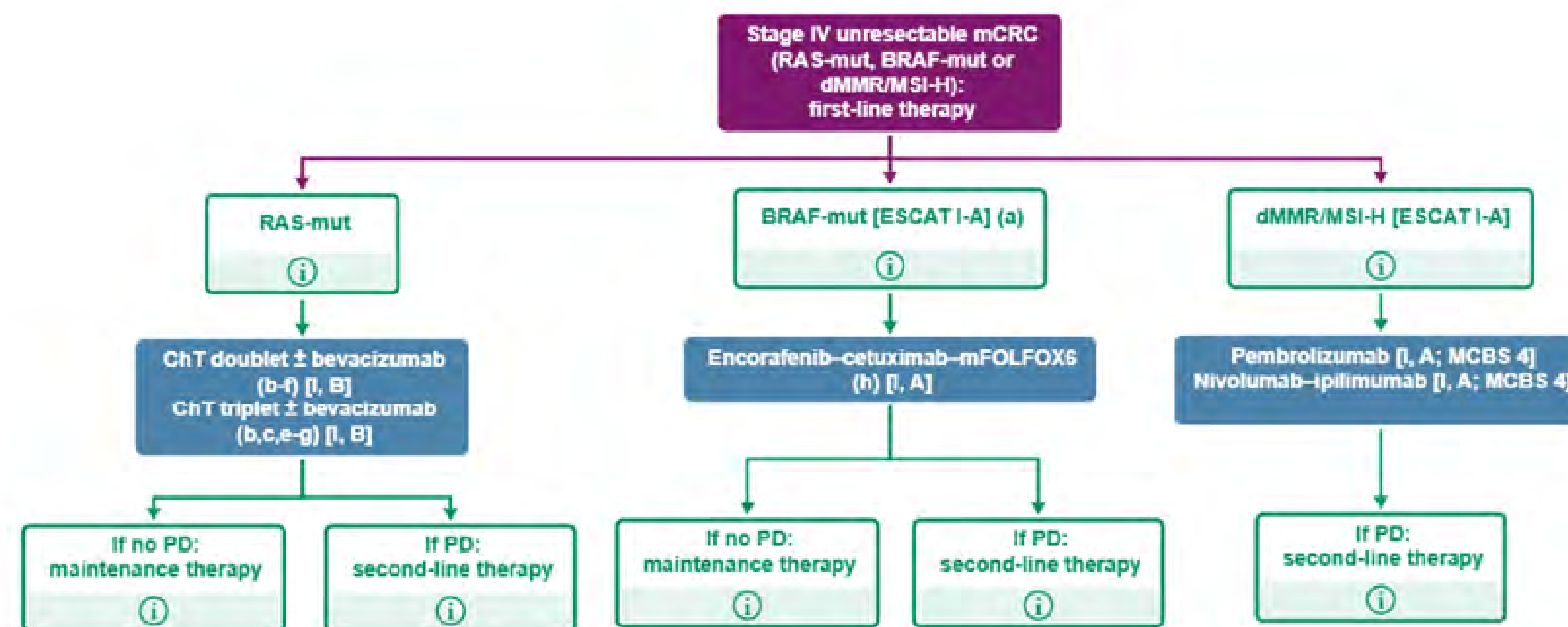


# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

## Обновленные практические рекомендации ESMO по лечению метастатического колоректального рака

В июле 2025 г. были обновлены онлайн практические рекомендации ESMO по лечению метастатического колоректального рака (мКРР) - ESMO Metastatic Colorectal Cancer Living Guidelines, v1.3 July 2025. Основные изменения коснулись **1-й линии терапии нерезектабельного мКРР с мутацией BRAF**:

- Пациентам с мутацией BRAF и dMMR/MSI-h статусом в 1-й линии терапии рекомендованы ингибиторы контрольных точек (I, A).
- Пациентам с мутацией BRAF V600E и MSS статусом в 1-й линии терапии рекомендована комбинация энкорафениб + цетуксимаб + mFOLFOX6\* (I, A). Данная комбинация одобрена FDA в США, но пока не одобрена EMA в Европе.
- Если тройная комбинация энкорафениб + цетуксимаб + mFOLFOX6 по каким-либо причинам является недоступной, то возможно назначение комбинации бевацизумаб + FOLFOX (II, B), при этом некоторым пациентам с правосторонней локализацией опухоли может быть рекомендована комбинация бевацизумаб



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

\*В России комбинация энкорафениб + цетуксимаб + mFOLFOX6 в 1-й линии терапии мКРР с MSS статусом с мутацией BRAF также вошла в обновленные клинические рекомендации МЗ РФ «Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода» (2025), однако данная комбинация является off-label. Таргетные препараты из данной комбинации для лечения мКРР зарегистрированы в РФ по следующим показаниям:

- энкорафениб зарегистрирован в РФ только в комбинации с цетуксимабом для лечения взрослых пациентов с мКРР с мутацией BRAF V600E, которые ранее получали системную терапию.
- цетуксимаб зарегистрирован в РФ для лечения мКРР с экспрессией EGFR и «диким» типом генов RAS для лечения взрослых пациентов (в возрасте от 18 лет) в качестве монотерапии в случае неэффективности предшествующей химиотерапии на основе иринотекана и оксалиплатина, а также при непереносимости иринотекана, а также в комбинации с химиотерапией на основе иринотекана или продолжительной инфузии фторурацил/кальция фолинат с оксалиплатином.



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

В 3 номере 2025 года журнала «Диагностика и лечение опухолей головы и шеи» опубликован **статья «Влияние терапии эритропоэзстимулирующими препаратами на выживаемость пациентов с анемией при метастатических злокачественных новообразованиях»**. Авторы из Научно-исследовательского центра урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина (филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России), А.В. Снеговой и И.Б. Кононенко выполнили всесторонний систематический обзор и метаанализ эритропоэзстимулирующих препаратов (ЭСП), которые занимают ключевое место в лечении анемии у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Клиническая эффективность ЭСП подтверждена результатами многочисленных исследований, включая метаанализы. Вместе с тем влияние ЭСП на общую выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП), иногда является предметом дискуссий, что обусловлено разнородностью результатов и различиями в дизайне клинических исследований.

**Вывод авторов: применение ЭСП у пациентов с метастатическими ЗНО и анемией, получающих химиотерапию (ХТ) и/или химиолучевую терапию (ХЛТ), не оказывает отрицательного влияния на ОВ, ВБП и частоту объективного ответа (ЧОО). Также не выявлено статистически значимого увеличения частоты развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), что свидетельствует о благоприятном профиле безопасности ЭСП при соблюдении показаний к их назначению.**

Согласно клиническим рекомендациям Минздрава России, назначение ЭСП показано онкологическим пациентам с анемией на фоне ХТ или ХЛТ, и не требует дополнительной профилактики ВТЭО. Результаты проведенных систематического обзора и метаанализа служат дополнительным подтверждением клинической целесообразности применения ЭСП у таких больных.



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

## В России зарегистрирована подкожная форма лекарственного препарата атезолизумаб<sup>1</sup>

*Атезолизумаб – первый подкожный иммуноонкологический препарат в РФ, сопоставимый по эффективности и безопасности с внутривенной формой<sup>2</sup>.*

- 22 апреля 2025 [зарегистрирована](#) первая в России подкожная форма иммунологического препарата атезолизумаб, предназначенного для терапии злокачественных новообразований;
- Исследование [IMscin001](#) продемонстрировало сопоставимость подкожной и внутривенной форм атезолизумаба по ключевым параметрам: системной экспозиции, эффективности, безопасности и иммуногенности;
- Рекомендуемая доза препарата атезолизумаб в лекарственной форме для п/к введения при применении в качестве монотерапии или комбинированной терапии составляет 1875 мг в виде п/к инъекции каждые 3 недели;
- Раствор для подкожного введения 1875 мг необходимо вводить подкожно в область бедра в течение приблизительно 7 минут (готовый к применению раствор, не требует асептического приготовления или разведения перед использованием)<sup>3</sup>.

В исследовании [IMscin002](#) 79% пациентов отдали предпочтение подкожной форме введения атезолизумаба перед внутривенной. Предпочтение обусловлено сокращением времени введения до 4-8 минут, повышенным удобством и комфортом, а также меньшим уровнем стресса.



# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

1. ОХЛП препарата Тецентрик®, раствор для подкожного введения, одобренная Минздравом РФ
2. Burotto M, Zvirbule Z, Mochalova A, Runglodvatana Y, Herraез-Baranda L, Liu SN, Chan P, Shearer-Kang E, Liu X, Tosti N, Zanghi JA, Leutgeb B, Felip E. IMscin001 Part 2: a randomised phase III, open-label, multicentre study examining the pharmacokinetics, efficacy, immunogenicity, and safety of atezolizumab subcutaneous versus intravenous administration in previously treated locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer and pharmacokinetics comparison with other approved indications. *Ann Oncol*. 2023 Aug;34(8):693-702. doi: 10.1016/j.annonc.2023.05.009. Epub 2023 Jun 1. Erratum in: *Ann Oncol*. 2024 May;35(5):482. doi: 10.1016/j.annonc.2023.12.005. PMID: 37268157
3. Cappuzzo F, Zvirbule Z, Korbenfeld E, Kolb-Sielecki J, Isla D, Szczesna A, Castro Sanchez AY, Bustillos A, Liu X, Young F, Tosti N, Monteiro MF, Majem M. Primary Results from IMscin002: A Study to Evaluate Patient Preferences and Perceptions of Health Care Professionals for Atezolizumab Subcutaneous Versus Intravenous for the Treatment of NSCLC. *JTO Clin Res Rep*. 2025 Feb 19;6(5):100815. doi: 10.1016/j.jtocrr.2025.100815. Erratum in: *JTO Clin Res Rep*. 2025 May 09;6(7):100842. doi: 10.1016/j.jtocrr.2025.100842. PMID: 40248457; PMCID: PMC12005273.

# НОВОСТИ ОНКОЛОГИИ

**Roche представила 10-летние данные исследования APHINITY: снижение риска смерти на 21% у пациентов с ранним HER2-положительным РМЖ с поражением лимфатических узлов.**

Исследование III фазы APHINITY показало, что добавление **пертузумаба (Перьета®)** к стандартной адъювантной терапии **трастузумабом (Герцептин®)** в сочетании с химиотерапией у пациентов с ранним HER2-положительным раком молочной железы с поражением лимфатических узлов снижает риск смерти **на 21%** через 10 лет наблюдения. Преимущество по **безрецидивной выживаемости** у таких пациентов, продемонстрированное ранее, сохраняется (OR=0.72; 95% ДИ: 0.60-0.87). Профиль безопасности не изменился: новых сигналов по безопасности не зафиксировано.

**APHINITY** — международное рандомизированное двойное слепое исследование с участием **4804 пациентов**. Первичная конечная точка — безрецидивная выживаемость, вторичные включают общую выживаемость и безопасность. Наблюдение за участниками будет продолжаться 15 лет.

HER2-положительный рак молочной железы встречается у **15–20% пациентов**. Разработка таргетных препаратов Roche — **Перьета®, Герцептин®, Кадсила®, Фесго®** — радикально изменила прогноз заболевания, обеспечив долгосрочную выживаемость.

Узнать подробнее можно на [сайте](#).



**Препарат Нубека® (даролутамид) рекомендован ко включению в перечень ЖНВЛП с 2026 года!\***

Это долгожданный шаг вперед! Теперь у значительно большего числа пациентов с прогрессирующими формами рака предстательной железы появилась перспектива получить доступ к эффективной и безопасной терапии\*<sup>1</sup>

**Нубека® (даролутамид)** показан к применению у взрослых мужчин для лечения:

- неметастатического кастрационно-резистентного рака предстательной железы (нмКРРПЖ) и метастатического
- гормоночувствительного рака предстательной железы (мГЧРПЖ) в комбинации с доцетакселом<sup>1</sup>

*\* комиссией Минздрава России на заседании 07 августа 2025 г.*

*ЖНВЛП – список жизненно-важных лекарственных препаратов*

*Источники информации: 1. Общая характеристика лекарственного препарата НУБЕКА® ЛП №(007078)-(РГ-RU).*

*Актуальная версия от 01.10.2024.*

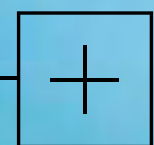


# Актуальные изменения по профилю Онкология и основные показатели состояния онкологической помощи

Сентябрь 2025



# ГЛОССАРИЙ



## Список основных сокращений:

- АО – автономный округ
- ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты
- ЗНО – злокачественное новообразование
- КСГ – клинико-статистическая группа
- ЛТ – лекарственная терапия
- МНН – международное непатентованное наименование
- МО – медицинская организация
- МП – медицинская помощь
- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ПГГ – Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи
- ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования





**Актуальные изменения по профилю Онкология**



# Изменения в ПГГ 2025

## Схемы лекарственной терапии в стационарах

В текущем году в ПГГ включили новые препараты, попавшие в ЖНВЛП в марте 2025

В дневном стационаре добавилась новая схема лекарственной терапии ЗНО:

Код схемы	МНН лекарственных препаратов	Наименование и описание схемы	Количество дней введения в тарифе	КСГ
sh1152	Алпелисиб + фулвестрант	Фулвестрант 500 мг в/м 1 раз в мес (500 мг 2 раза в первый месяц терапии) + алпелисиб 300 мг внутрь ежедневно	30	ds19.147

И новый код для онкогематологии:

Код схемы	МНН лекарственных препаратов	КСГ
гемор27	L01EL03 - Занубрутиниб	ds19.075, ds19.076, ds19.077, ds19.078

В круглосуточном стационаре добавился новый код для онкогематологии:

Код схемы	МНН лекарственных препаратов	КСГ
гемор27	L01EL03 - Занубрутиниб	st19.100, st19.101, st19.102

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. N 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» в редакции Постановления Правительства России от 4 сентября 2025 г. N 1365 (Приложение 4)

# Изменения в ПГГ 2025

## ВМП-2 (онкогематология)

Из ВМП-2 исключили группу:

№	Вид МП	МКБ	Модель пациента	Метод лечения	Норматив, руб.
34	Иммунотерапия острых лейкозов	C91.0	острый лимфобластный лейкоз у взрослых, в том числе рецидив, включая минимальную остаточную болезнь (МОБ), или рефрактерность	иммунотерапия острого лимфобластного лейкоза биспецифическими и конъюгированными моноклональными антителами	5 291 859

Вместо нее **добавили четыре группы** с указанием конкретных МНН (с более низким нормативом финансовых затрат):

№	Вид МП	МКБ	Модель пациента	Метод лечения	Норматив, руб.
34 <sup>1</sup>	Иммунотерапия острых лейкозов у взрослых	C91.0	острый лимфобластный лейкоз у взрослых	иммунотерапия острого лимфобластного лейкоза у взрослых биспецифическим моноклональным антителом <b>блинатумомаб</b>	4 218 922
34 <sup>2</sup>	Терапия острых лейкозов у взрослых	C91.0	острый лимфобластный лейкоз у взрослых	терапия острого лимфобластного лейкоза у взрослых конъюгированным моноклональным антителом <b>инотузумаб озогамицин</b>	2 490 510
34 <sup>3</sup>	Терапия неfolликулярных лимфом у взрослых	C83	неfolликулярная лимфома у взрослых	лечение неfolликулярных лимфом у взрослых с применением <b>полатузумаб ведотин</b> (1 цикл или 1 блок)	916 872
34 <sup>4</sup>	Терапия множественной миеломы у взрослых	C90.0	множественная миелома у взрослых	лечение множественной миеломы у взрослых с использованием лекарственного препарата <b>изатуксимаб</b> (первый цикл (4 введения))	1 616 451

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. N 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» в редакции Постановления Правительства России от 4 сентября 2025 г. N 1365 (Приложение 1, Раздел 2)



# Новые онкопрепараты в ЖНВЛП 2026 (проект)

## Проект распоряжения об утверждении лекарственных перечней на 2026 год

В проекте вместо традиционных лекарственных форм указаны агрегированные

МНН	Лекарственная форма	Торговое наименование	Показание
Капивасертиб	твердые лекарственные формы для приема внутрь с обычным высвобождением	<i>Акдайна</i>	Гормон-рецептор-положительный, HER2-отрицательный местно-распространенный или метастатический рак молочной железы с одной или несколькими альтерациями PIK3CA/AKT1/PTEN
Камрелизумаб	лекарственные формы для парентерального применения	<i>Арейма</i>	Рак пищевода, носоглотки
Энфортумаб ведотин	лекарственные формы для парентерального применения	<i>Падцев Онко</i>	Местно-распространенный или метастатический уротелиальный рак
Даролутамид	твердые лекарственные формы для приема внутрь с обычным высвобождением	<i>Нубека</i>	Неметастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы, метастатический гормоночувствительный рак предстательной железы
Лорлатиниб	твердые лекарственные формы для приема внутрь с обычным высвобождением	<i>Лорвиква</i>	Положительный по ALK распространенный немелкоклеточный рак легкого

Согласно Проекту распоряжения Правительства Российской Федерации об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи

# Обновление медицинского оборудования 2026-2027

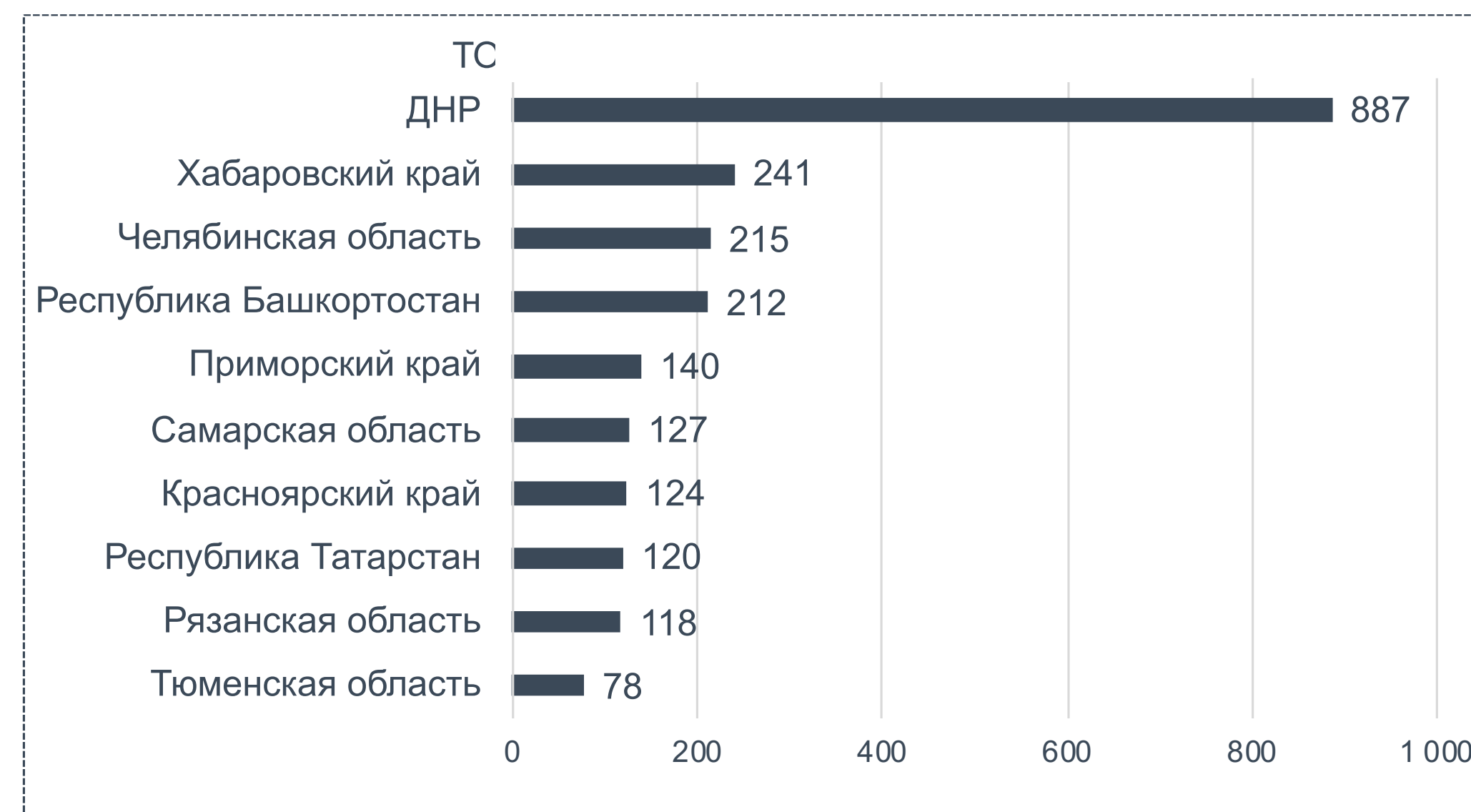
## В рамках региональных проектов «Борьба с онкологическими заболеваниями»

- Федеральное финансирование получат **56 регионов**
- Субсидии пойдут на модернизацию, дооснащение и переоснащение медицинскими изделиями и иного оборудования, которое используется при радиологических методах диагностики или терапии онкологических заболеваний
- В 2026 году регионы получат более **3,9 млрд рублей**, в 2027 году — более **3,5 млрд рублей**

ТОП-10 регионов в 2026 г., млн руб.\*



ТОП-10 регионов в 2027 г., млн руб.\*



\*Согласно Распоряжению Правительства РФ от 5 сентября 2025 г. № 2460-р (распределение субсидий)



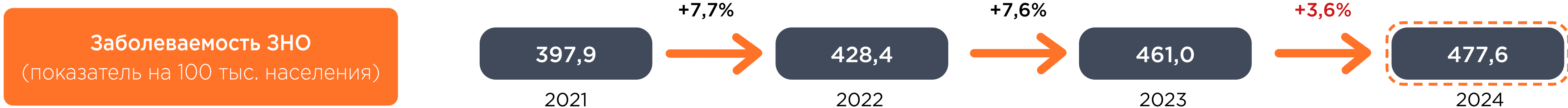


# Основные показатели состояния онкологической помощи в России в 2024 году

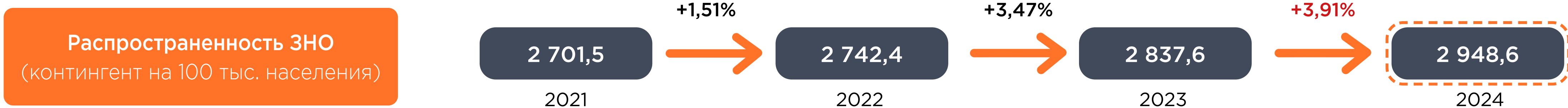
По данным сборника «Состояние онкологической помощи населению в России» за 2024 год под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России



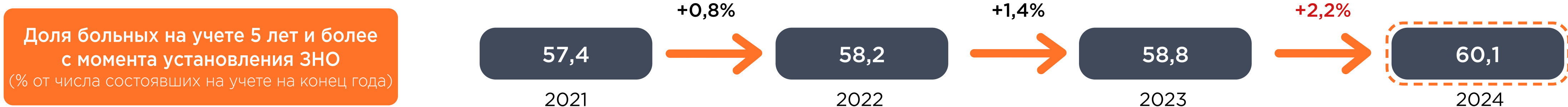
# Заболеваемость, распространенность и доля больных ЗНО на учете 5 лет и более в РФ за 2021-2024 гг.



В 2024 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлены 698 693 случая злокачественных новообразований (в том числе 322 198 и 376 495 у пациентов мужского и женского пола, соответственно). «Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения России составил 477,6 (для расчета ряда показателей использовались данные Росстата о среднегодовой численности населения административных территорий России за 2023 г.), что на 3,6% выше уровня 2023 г.



Для расчета показателей распространенности ЗНО в 2024 году (2 948,6 на 100 тыс. населения) использовались данные Росстата о среднегодовой численности населения субъектов Российской Федерации за 2023 г. Рост данного показателя обусловлен как ростом заболеваемости и выявляемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных



2 590 996 пациентов или 60,1% всех больных со злокачественными новообразованиями, находившихся под наблюдением в онкологических учреждениях, состояли на диспансерном учете 5 лет и более. В субъектах РФ показатель варьировал от 47,9% в Чукотском автономном округе, 51,5% в Еврейской АО, 53,8% в Республике Алтай до 64,4% в Республике Коми, 64,1% в Ростовской области, 63,3% в Ленинградской области, 63,1% в Республике Карелии.

Данные представлены согласно сборнику «Состояние онкологической помощи населению в России» за 2024 год под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой М.: МНИОИ им. П.А. Герцена

# Смертность от ЗНО. Запущенность онкологических заболеваний

В 2024 г. от злокачественных новообразований умерли 36 778 больных, **не состоявших на учете в онкологических учреждениях России**, т.е. на каждые 100 умерших от злокачественных новообразований больных 14,1 не состояли на учете. Из них диагноз был установлен посмертно в 36 286 случаях, что составляет 6,2 больных на 100 больных с впервые в жизни установленным диагнозом.

**Осложнения специального противоопухолевого лечения** явились причиной смерти 598 больных, что составляет 0,2 на 100 умерших больных со злокачественными новообразованиями в отчетном году и 0,1 на 100 больных, учтенных в предыдущем году.

Доля больных со злокачественными новообразованиями, умерших **в течение первого года** после установления диагноза из взятых на учет в предыдущем году, составила 17,3% (2023 г. – 18,3%, в 2014 г. – 24,8%). В течение последних 10 лет наблюдается снижение данного показателя.

Высокие **показатели запущенности заболевания** отмечены при диагностике новообразований визуальных локализаций. В поздних стадиях (III-IV) выявлены 79,7% опухолей ротоглотки, 62,9% опухолей полости рта; 53,7% прямой кишки; 32,2% – шейки матки; 27,1% – прочих визуальных локализаций (учет с 2024 г.); 23,4% – молочной железы; показатель запущенности при меланоме кожи составил 17,9%; 16,1% – опухолей глаза и его придаточного аппарата (учет с 2024 г.); 14,4% - губы; 6,0% – щитовидной железы

В 16 регионах России показатель одногодичной летальности 2024 г. **выше уровня 2023 г.** В 57 регионах показатель превышает среднероссийский, в 2 субъектах Российской Федерации он выше или равен 25% (Чукотский автономный округ – 26,7%, Магаданская область – 25,0%).

# Первично-множественные ЗНО

В 2024 г. впервые выявлено 80 995 первично-множественных злокачественных опухолей, что составляет 11,6% (2023 г. – 11,5%) от всех впервые выявленных злокачественных новообразований (в отчетах 81 регионов наблюдается колебание удельного веса данного показателя от 5,3 до 18,5%). В 4 территориях данный показатель составил 4,9% и менее (Тамбовская область – 4,9%, республики Калмыкия – 4,9%, Дагестан – 4,9%, Алтай – 2,9%).

**Максимальные** значения показателя распространенности синхронных опухолей наблюдаются в следующих регионах:

- **Брянская область (10,4%)**
- Свердловская область (9,7%)
- Иркутская область (9,5%)
- Ставропольский край (9,4%)
- Томская область (9,4%)
- Тверская область (9,3%)
- Орловская область (9,1%)
- Тюменская область (9,1%)

Регионы с **минимальным** значением показателя распространенности синхронных опухолей:

- **Республика Алтай (2,2%)**
- Республика Крым (2,2%)
- Республика Ингушетия (2,4%)
- Республика Дагестан (2,5%)
- Республика Чечня (2,6%)

*\*минимальные значения данного показателя могут свидетельствовать о дубляже больных в статистике при появлении у них второй опухоли*

Из числа первично-множественных опухолей 27,1% (21 964 случаев) выявлены у больных, **впервые взятых на учет** в отчетном году (2023 г. – 28,7%). Контингент больных с первично-множественными опухолями на конец 2024 г. составил 309 824 человека, что соответствует 7,2% **от общего числа больных**, состоящих под диспансерным наблюдением.



# ЗНО у детей и подростков в 2024 году

Из общего числа пациентов, состоявших под диспансерным наблюдением, дети до 18 лет – 0,6%, пациенты старше трудоспособного возраста – 64,0%, трудоспособного с 15 лет – 35,4%, с 18 лет – 35,3%

В 2024 г. **впервые взяты под диспансерное наблюдение** 2 954 ребенка в возрасте 0-14 лет, число впервые выявленных опухолей составило 3 009; в возрасте 0-17 лет – 3 792, соответственно.

Доля злокачественных новообразований, **выявленных активно** у детей для возрастной группы 0-14 лет составила 6,1%, для возрастной группы 0-17 лет – 6,4%.

Доля злокачественных новообразований **с морфологически подтвержденным диагнозом** составила 96,2% (0-14 лет) (2023 г. – 95,8%) и 96,7% (0-17 лет) (2023 г. – 95,8%).

Показатели распределения впервые выявленных злокачественных новообразований в возрасте 0-14 лет **по стадиям опухолевого процесса** составили: I стадия – 13,7% (2023 г. – 13,0%), II стадия – 14,3% (2023 г. – 11,9%), III стадия – 7,0% (2023 г. – 7,3%), IV стадия – 8,7% (2023 г. – 9,0%); для возрастной группы 0-17 лет – 16,6% (15,7%), 15,8% (13,2%), 7,9% (7,6%), 9,4% (9,8%), соответственно.

*Высокий удельный вес опухолей **с неустановленной стадией заболевания**, составивший в 2024 г. для детей 0-14 лет 56,2% (0-17 лет – 50,3%), обусловлен тем, что около половины злокачественных новообразований у детей составляют опухоли кроветворной и лимфатической ткани.*

*В значительном числе регионов России состояние учета детей, больных гемобластозами, по-прежнему требует пристального внимания.*

Индекс накопления контингента детей 0-14 лет в 2024 г. составил 8,2, 0-17 лет – 8,7; показатель одногодичной летальности – 5,5% и 5,7% для детей в возрасте 0-14 и 0-17 лет, соответственно (2023 г. – 6,9% и 6,7%, соответственно).

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/>