

ПРОЕКТ РЕЗОЛЮЦИИ

круглого стола «Диалог экспертов: совершенствование клинических рекомендаций: от текстов и алгоритмов к цифровым сервисам»

11 ноября 2025 года в Москве состоялось заседание круглого стола «Диалог экспертов: совершенствование клинических рекомендаций: от текстов и алгоритмов к цифровым сервисам» с участием ведущих специалистов по лечению рака молочной железы. В дискуссии приняли участие:

- Белохвостова Анна Сергеевна, заведующий отделением противоопухолевой лекарственной терапии в МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, к.м.н., модератор.
- Болотина Лариса Владимировна, д. м. н., профессор, заведующий отделением химиотерапии МНИОИ им. П. А. Герцена — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России;
- Пайчадзе Анна Александровна, к. м. н., врач-онколог, заведующий отделением комбинированных методов лечения № 1 МНИОИ им. П. А. Герцена ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России;
- Семиглазова Татьяна Юрьевна, д. м. н., профессор, заведующий научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова Минздрава России;
- Снеговой Антон Владимирович, д. м. н., заведующий отделом лекарственного лечения опухолей НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

Эксперты обсудили результаты опроса 2053 врачей, посвященного действующим клиническим рекомендациям (КР) по раннему раку молочной железы (РМЖ), включая структурные, содержательные и цифровые решения, с целью повышения удобства их применения.

Первый блок дискуссии — анализ ключевых выводов опроса: нерешенные задачи в рамках действующих клинических рекомендаций

Первым вынесенным на обсуждение вопросом стала **низкая определенность в сложных клинических сценариях.**

По данным опроса, в среднем около 20% врачей сомневаются в выборе тактики даже в формально стандартных клинических ситуациях. В отнесенных опрошенными к сложным случаям (смена HER2-статуса, наличие BRCA-мутации, резидуальная болезнь после

неoadъювантной терапии) доля сомневающихся достигает 27–35%. Это указывает на наличие «серых зон», где действующие КР не дают врачу однозначного маршрута.

Значительная часть сомнеющихся респондентов в открытых комментариях указывала на недостаток собственного опыта и необходимость обсуждения сложных случаев с коллегами. При этом даже специалисты, уверенные в своих ответах, демонстрировали различающиеся подходы к лечению при раннем РМЖ и неклассических формах заболевания: в одних и тех же клинических сценариях предлагались различные режимы химио- и гормонотерапии, сочетание с лучевой терапией, различный выбор последовательности этапов лечения.

В ходе обсуждения эксперты подчеркнули, что наличие «серых зон» в клинических рекомендациях при сложных и редких ситуациях неизбежно и полностью устранить их за счет детализации текста КР невозможно. Отмечалось, что часть клинических примеров, вызвавших разночтения в ответах респондентов, уже отражена в действующих рекомендациях, а выявленные расхождения во многом связаны с недостаточной информированностью и разным уровнем подготовки врачей.

Участники круглого стола акцентировали роль межколлегальных обсуждений и врачебных комиссий/онкоконсилиумов в принятии решений по сложным клиническим случаям. В качестве возможного ориентира обсуждалось закрепление в алгоритмах напоминания о необходимости выносить особенно сложные ситуации на консилиум, а также усиление образовательной компоненты (разборы клинических примеров, участие в конференциях, специальные обучающие форматы), в том числе на базе профессиональных сообществ.

Второй вопрос, представленный к экспертному обсуждению, — **запрос на цифровизацию и инструменты поддержки**. Результаты опроса показали выраженный запрос на цифровые инструменты поддержки работы с КР:

- 90% врачей указали, что чек-лист основных параметров пациента и заболевания был бы удобен;
- 86% поддержали идею системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР), интегрированной в МИС;
- 88% высказались за инструмент, который прописывает план наблюдения, анализов и обследований.

В обсуждении эксперты отмечали, что структурированный чек-лист может служить удобной «входной точкой» к клиническим рекомендациям и помогать систематизировать сбор данных о пациенте, а различные калькуляторы и электронные сервисы уже используются врачами как вспомогательные инструменты при принятии решений. При этом отдельно подчеркивалось, что речь не шла о включении чек-листа в текст КР и о создании единой обязательной для всех МИС системы; указывалось наличие юридических и организационных ограничений и риск дополнительной нагрузки на врача при попытке прямой интеграции подобных инструментов в регламентированную документацию.

По итогам обсуждения участники согласились, что выявленный запрос на цифровые инструменты и чек-листы следует учитывать при дальнейшей работе над форматами представления информации и образовательными материалами на базе профессиональных сообществ (в том числе Ассоциации онкологов России).

Конкретные решения о разработчике, площадке размещения и возможной интеграции таких инструментов в информационные системы в рамках круглого стола не принимались и требуют отдельного обсуждения.

Третьим вопросом на обсуждении стала **проблема интерпретации и опыта.**

Значительная часть респондентов в открытых комментариях указывала на недостаток собственного опыта и необходимость консилиума. При этом даже «уверенные» врачи в ряде клинических примеров либо критиковали исходную тактику, либо предлагали различающиеся схемы лечения.

Эксперты подчеркнули, что это отражает не только пробелы в КР, но и закономерную вариативность врачебных подходов при редких и сложных ситуациях, и отметили целесообразность:

- Рассмотреть возможность включения в КР краткого раздела, посвященного типичным ошибкам и «ловушкам» в диагностике и тактике при раннем РМЖ, с описанием наиболее частых причин расхождений.
- На базе актуальных КР организовать целевые образовательные программы (вебинары, разборы клинических случаев, онлайн-курсы), направленные на унификацию интерпретации рекомендаций и отработку «серых зон», с указанием, на какой уровень базовых знаний они будут рассчитаны.
- Систематически использовать данные опросов и обратную связь от региональных специалистов при планировании содержания образовательных мероприятий, чтобы закрывать выявленные дефициты опыта и знаний.

Тема второго блока дискуссии — «Обязательный минимум» применения КР

В ходе обсуждения эксперты поддержали идею **выделить в КР блок «Обязательный алгоритм действий»** для каждого пациента с ранним РМЖ, независимо от локации и уровня учреждения. Отмечалось, что такой блок позволит минимизировать риск недообследования и недолечения и станет основой для внутреннего контроля качества.

Под «обязательным минимумом» понимается набор диагностических и лечебных мероприятий, которые не могут быть опущены ни при каких организационных ограничениях, в отличие от расширенных опций, зависящих от оснащенности и доступности препаратов и технологий.

По этому вопросу были высказаны следующие основные предложения:

- При обновлении КР по раннему РМЖ выделить для основных клинико-биологических подтипов РМЖ базовый алгоритм обследования и лечения, включающий обязательные элементы диагностики (полный ИГХ-профиль, стадирование по TNM, рассмотрение на ВК в определенных ситуациях) и базовые элементы терапии.
- Четко разграничить в тексте КР «обязательный минимум» и расширенные опции, зависящие от уровня учреждения, с соответствующей маркировкой.
- Рекомендовать использовать блок «обязательного минимума» как ориентир для внутреннего контроля качества в медицинских организациях, с возможностью оценки полноты диагностики от «обязательного минимума» до «расширенных опций».

Далее специалисты перешли к вопросу внедрения практики NCCN — раздел «Изменения».

Эксперты предложили по аналогии с международной практикой рассмотреть возможность введения в обновленных КР отдельного блока, в котором кратко перечисляются добавленные, измененные и удаленные положения.

Также участники круглого стола рекомендовали:

- рассматривать частоту и формат обновлений КР с учетом реальных ресурсных, регуляторных и организационных ограничений;
- ориентироваться на сочетание периодического пересмотра базовой версии КР и более оперативного учета ключевых изменений доказательной базы и регистрационных показаний.

Второй блок дискуссии логически перешел в обсуждение частоты обновлений КР и механизмов их адаптации к практическим нуждам.

На основе полученных данных эксперты считают необходимым:

- Обеспечить пересмотр КР по раннему РМЖ не реже одного раза в два года с возможностью внеочередных обновлений при появлении значимых изменений в доказательной базе и регистрационных показаниях.
- Разработать механизм промежуточных «точечных» обновлений, позволяющих оперативно отражать новые препараты и схемы до полного пересмотра текста, с четкой пометкой периода действия таких дополнений.
- Скоординировать работу экспертных групп и регулятора для сокращения сроков согласования изменений по наиболее значимым препаратам и схемам терапии.

Третий блок был посвящен визуальному представлению информации в клинических рекомендациях и возможным цифровым решениям. Участники обсуждали, какие форматы помогают врачу в рутинной работе: блок-схемы, таблицы выбора терапии, «карманные» алгоритмы, а также варианты их последующего упрощения или автоматизации с помощью цифровых инструментов. Отдельно подчеркивалась важность четких и непротиворечивых информационных блоков, которые легко использовать в ежедневной практике.

В рамках обсуждения упоминались существующие примеры калькуляторов и интерактивных сервисов для врачей, а также возможные форматы цифровых «помощников» при работе с клиническими рекомендациями. Вместе с тем высказывались опасения относительно легитимности автоматически формируемых рекомендаций, сложности обеспечения их своевременного обновления, а также риска дополнительной нагрузки на врача при попытке интеграции таких решений в медицинские информационные системы. Отмечалось, что при нынешнем уровне регламентации и ресурсных ограничений преждевременно рассматривать подобные инструменты как готовый элемент повседневной практики.

В связи с этим участники вопросы о запуске пилотных проектов СППВР, создании отдельной платформы — «помощника врача», интеграции цифровых сервисов с МИС или формировании отдельной рабочей группы под эти задачи были отнесены к сфере дальнейшего обсуждения на площадках профессиональных сообществ. В качестве ближайшего шага акцент был сделан на совершенствовании визуальной части уже

существующих клинических рекомендаций и развитии образовательных форматов (в том числе материалов и программ на базе Ассоциации онкологов России).

Вопрос визуального оформления КР стал завершающим в основной части круглого стола. По данным опроса, 79% врачей высоко оценили наглядность действующих КР (оценки 8–10 баллов по 10-балльной шкале), однако оценки удобства использования в рутинной практике показали более широкий разброс.

В дискуссии обсуждалось, что объем текста затрудняет оперативный поиск нужной информации, а визуальные элементы — блок-схемы алгоритмов, таблицы выбора терапии, инфографика по токсичностям и планам наблюдения — воспринимаются как более удобный формат для повседневной работы. Предложена модель двух форматов КР: «полный» и «карманный».

Эксперты отметили, что при разработке и оформлении КР по раннему РМЖ необходимо:

- усилить визуальную составляющую: представить ключевые алгоритмы лечения в виде блок-схем, оформить выбор схем терапии для основных подтипов РМЖ в виде сводных таблиц, дополнить документ инфографикой по мониторингу эффективности и токсичности;
- разработать два взаимосвязанных формата КР:
 - полный — с подробными обоснованиями и ссылками на исследования;
 - компактный — минимально необходимый набор алгоритмов, таблиц и чек-листов для быстрого использования в стационаре и на приеме;
- обеспечить кросс-ссылки между полной и сокращенной версиями (единая структура разделов, единые обозначения), чтобы врач мог при необходимости быстро переходить от краткого алгоритма к развернутому обоснованию.

По итогам круглого стола участники отметили необходимость продолжения работы по следующим направлениям:

1. Работа с «серыми зонами» и образовательные материалы — подчеркнута важность повышения информированности врачей о сложных клинических ситуациях и роли консилиумов при принятии решений; поддержана идея подготовки образовательных материалов на базе Ассоциации онкологов России (разборы клинических случаев, обучающие циклы, видеоматериалы) с опорой на действующие клинические рекомендации и русскоязычные источники.
2. «Обязательный минимум» в клинических рекомендациях — поддержана идея дальнейшей проработки блока, отражающего «обязательный алгоритм действий» для пациента с ранним РМЖ как ориентира для внутреннего контроля качества; отмечено, что вопрос разграничения «обязательного минимума» и расширенных опций требует дополнительного обсуждения с учетом организационных и экономических ограничений.
3. Прозрачность и структура обновлений КР — отмечен запрос практикующих врачей на более наглядное отражение изменений в клинических рекомендациях (в том числе обсуждался вариант отдельного раздела «Изменения» и маркировки обновленных пунктов); подчеркнута необходимость учитывать регуляторные и организационные ограничения при обсуждении частоты и формата обновлений.
4. Визуальные и цифровые решения — обсуждалась польза схем, таблиц и «карманных» материалов как вспомогательного инструмента для практикующего врача при работе с КР.

При этом вопросы разработки и внедрения цифровых сервисов (систем поддержки принятия решений, интеграции с медицинскими информационными системами и др.) требуют дальнейшего обсуждения с учетом высказанных мнений относительно нагрузки на врача и юридического статуса таких инструментов.

5. Продолжение проекта — участники договорились о проведении последующих встреч; запланирована подготовка научной публикации по результатам опроса и практического продукта для врачей-онкологов на основе обсужденных материалов.

Реализация указанных предложений повысит удобство и единообразие применения клинических рекомендаций при раннем раке молочной железы и улучшит качество принимаемых клинических решений в практике врачей-онкологов.