



**РЕЗОЛЮЦИЯ**  
**Круглого стола №23**  
**«Онкология. Поддерживающая терапия»**  
***XVI Всероссийский конгресс пациентов***  
***Россия, Москва, 21 ноября 2025 года***

В рамках Всероссийского конгресса пациентов впервые прошло обсуждение темы поддерживающей и сопроводительной терапии для онкологических пациентов, хотя и ранее этот вопрос поднимался в дискуссиях о лекарственной терапии.

На современном этапе встала острая необходимость обсуждения этой темы в отдельности, поскольку практически постоянно бремя обеспечения поддерживающей и сопроводительной терапией ложится на плечи пациентов полностью. Назначается в не полном объеме, а то и совсем не назначается. Весь эффект лечения зависит от данного вида поддержки. И самое главное качество жизни пациента может очень сильно различаться с поддерживающей терапией и без нее.

По результатам дискуссионного обсуждения с экспертами разного уровня, включая: онкологов экспертной группы по написанию клинических рекомендаций по поддерживающей терапии, главного внештатного онколога, организаторов здравоохранения федерального и региональных уровне, лидеров онкопациентских сообществ Всероссийского масштаба была принята настоящая резолюция.

Цель круглого стола заключалась в комплексном рассмотрении поддерживающей терапии как неотъемлемой части онкологического лечения, начиная с момента постановки диагноза и на всех последующих этапах.

Ключевым содержательным блоком обсуждения стали системные изменения в организации онкологической помощи, реализованные с 2018 года в рамках национального проекта здравоохранения и федерального проекта по борьбе с онкологическими заболеваниями. Представитель Минздрава России подробно остановилась на переходе к оказанию помощи на основе клинических рекомендаций и масштабной модернизации материально-технической базы. За шесть лет были обновлены сотни медицинских организаций, введены в эксплуатацию тысячи единиц оборудования и построены современные онкологические диспансеры. Существенно расширена сеть центров амбулаторной онкологической помощи, что позволило приблизить лекарственную терапию к месту жительства пациентов. Одновременно была реформирована система оплаты медицинской помощи, введены новые клинико-статистические группы и учтены затраты на сопроводительную терапию в тарифах ОМС.

Отдельным направлением дискуссии стало содержание и статус сопроводительной терапии в клинических рекомендациях и финансовых механизмах. Было отмечено, что в 2024 году впервые сопроводительная терапия получила отдельное место в программе государственных гарантий, проведена разгруппировка коэффициентов сложности лечения и выделены уровни затрат как в стационаре, так и в дневном стационаре. В тарифы включены расходы на лечение анемии, фебрильной нейтропении и других состояний, связанных с противоопухолевой терапией, а также предусмотрена возможность госпитализации пациентов исключительно для проведения сопроводительной терапии. Вместе с тем представители Минздрава подчеркнули, что пока сопроводительная терапия не в полной мере закреплена в клинических рекомендациях, ее финансовое обеспечение остается затрудненным. Поэтому требуется активная совместная работа

профессионального и пациентского сообществ по своевременному обновлению рекомендаций и включению в них всех необходимых аспектов поддерживающего лечения.

Значительная часть обсуждения была посвящена реабилитации как расширенному пониманию сопроводительной терапии, выходящему за рамки исключительно лекарственной поддержки. Специалисты по реабилитации настаивали, что сопровождение пациента должно начинаться с момента постановки диагноза и продолжаться на всех этапах лечения и после его завершения. Были представлены данные о влиянии качества жизни на выживаемость, показана связь между физической активностью, нутритивной поддержкой, психологической помощью и онкологическими результатами. Подробно разобраны возможности применения массажа, физиотерапии, низкоинтенсивной лазерной терапии, электростимуляции, методов борьбы с полинейропатией, лимфедемой, мукозитами и другими осложнениями. Отдельно подчеркивалось, что многие из этих методов уже прямо прописаны в клинических рекомендациях, несмотря на устаревшие приказы, формально ограничивающие их использование у онкологических пациентов. Это требует дальнейшей методической работы, обновления нормативной базы и проведения крупных многоцентровых исследований для укрепления доказательной базы.

Практикующие онкологи и химиотерапевты из регионов и Москвы представили конкретные примеры организации сопроводительной терапии и обозначили существующие барьеры. Отмечалось, что в крупных городах, особенно в Москве, выстроены маршруты, позволяющие пациентам получать заместительную и поддерживающую терапию как в стационаре, так и амбулаторно, в том числе за счет региональных льгот. В то же время в регионах пациенты часто оказываются в «пустом пространстве» между циклами химиотерапии, когда доступ к необходимой поддержке ограничен временем, расстоянием и дефицитом специалистов. Особо подчеркивалась проблема не жизнеугрожающих, но значимых осложнений, таких как анемия средней степени, хроническая усталость, полинейропатия, при которых маршрутизация растягивается на недели. Участники настаивали на необходимости четкого определения роли центров амбулаторной онкологической помощи в ведении таких состояний, сокращения сроков доступа к поддерживающему лечению и усиления координирующей роли лечащего онколога.

По итогам обсуждения участники круглого стола рекомендуют:

**Министерству здравоохранения Российской Федерации:**

1. Обеспечить систематическое включение всех ключевых аспектов сопроводительной и реабилитационной терапии в онкологические клинические рекомендации с регулярным пересмотром не реже одного раза в три года.
2. Ускорить актуализацию нормативных актов. Отменить устаревшие противопоказания к реабилитационным методам у онкологических пациентов и привести приказы в соответствие с современными клиническими рекомендациями.
3. Разработать и внедрить единые маршруты оказания сопроводительной терапии и онкорезабилитации, четко определив роль стационаров, дневных стационаров, центров амбулаторной онкологической помощи и первичного звена.
4. Организовать целевые образовательные программы для онкологов, реабилитологов и врачей первичного звена по вопросам сопроводительной терапии, иммуноопосредованных осложнений и мультидисциплинарного ведения онкологических пациентов.
5. Обеспечить своевременное информирование онкологических пациентов и их близких о побочных явлениях терапии и возможности их купирования при помощи сопроводительной терапии..
6. При коморбидности онкологического пациента у врачей должна быть возможность междисциплинарного консилиума, в том числе с применением телемедицинских технологий.

7. Обеспечить корреляцию всех клинических рекомендаций с Программой государственных гарантий.

**Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному фонду обязательного медицинского страхования:**

1. Поддерживающая терапия должна стать неотъемлемой частью лечебного процесса. Необходимо создание и внедрение рекомендаций по поддерживающей и сопроводительной терапии. Они должны быть неотъемлемой частью всех клинических рекомендаций по лечению ЗНО. Для полноценного сопровождения пациента данной терапией в каждой онкологической нозологии должны быть разработаны свои КСГ по профилактике и лечению осложнений лекарственной и иной терапии злокачественных образований.
2. Расширить и детализировать тарифы ОМС и перечни КСГ таким образом, чтобы затраты на сопроводительную терапию, включая современные лекарственные и нелекарственные методы, были полноценно учтены и финансово обеспечены.

**Органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:**

1. Создать на базе центров амбулаторной онкологической помощи устойчивую инфраструктуру для оказания сопроводительной терапии и онкореконвалитации между циклами лечения.
2. Обеспечить доступность ключевых препаратов для профилактики и лечения анемии, нейтропении, тромбозмбических осложнений и болевого синдрома за счет региональных программ льготного лекарственного обеспечения.
3. Наладить межведомственное и межуровневое взаимодействие между онкодиспансерами, центральными районными больницами и поликлиниками для сокращения сроков маршрутизации при не жизнеугрожающих осложнениях.
4. Развивать региональные программы обучения врачей и среднего медперсонала по вопросам онкореконвалитации, нутритивной поддержки и коммуникации с пациентами.
5. Внедрить механизмы мониторинга качества жизни онкологических пациентов на региональном уровне и используйте полученные данные для корректировки организационных решений.