

УДК 614.2

## ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ «ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ – ОСНОВА ПРОЦВЕТЕНИЯ РОССИИ»: ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ – КОНСТИТУЦИОННОЕ ПРАВО ОНКОПАЦИЕНТА, ТРЕБУЮЩЕЕ ОХРАНЫ И ЗАЩИТЫ СТРАХОВЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ В СИСТЕМЕ ОМС

Н.И. Гришина, А.А. Старченко



Гришина Н.И.



Старченко А.А.

### Реферат

Участники панельной секции «Защита прав граждан в системе ОМС» Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России» под руководством Федерального фонда ОМС обратили самое пристальное внимание на необходимость расширения мер защиты прав онкологических больных в рамках реализуемого государством Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». В частности была отмечена озабоченность сопредседателя Всероссийского союза пациентов Ю.А. Жулева и председателя общественной организации «Движение против рака» Н.П. Дронова нарушениями прав онкопациентов на надлежащую поддерживающую терапию. Участники сессии констатировали, что полнообъемная и своевременная поддерживающая терапия и терапия, направленная на профилактику осложнений химиотерапии в соответствии с клиническими рекомендациями, является неотъемлемым законным правом онкопациента на доступную и качественную медицинскую помощь в соответствии с вновь принятой в 2020 году конституционной нормой пункта «ж» части 1 статьи 72 Конституции РФ, подлежащим охране и защите в системе ОМС.

### Для корреспонденции

Гришина Надежда Ивановна

Генеральный директор ООО «Капитал Медицинское Страхование»

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», доктор медицинских наук, профессор, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе»

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, дом 13, стр. 19

ООО «Капитал Медицинское Страхование»

### Ключевые слова:

Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», Национальный проект «Здравоохранение», защита прав пациентов в системе ОМС, доступность онкологической помощи, экспертиза качества медицинской помощи, поддерживающая терапия в онкологии.

Тел.: 8 (495) 287-81-27  
E-mail: oms@kapmed.ruТел.: 8 (495) 287-81-25, доб. 4079  
E-mail: oms@kapmed.ru

11 августа 2020 года в Москве состоялся очередной Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России», на котором в рамках секции «Защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования (ОМС)» под руководством Федерального фонда ОМС были представлены доклады о состоянии системы защиты прав граждан в системе ОМС и необходимости расширения мер защиты прав онкологических больных. В частности, реализации прав онкопациентов на получение медицинской помощи надлежащего качества были посвящены доклады сопредседателя Всероссийского союза пациентов Ю.А. Жулева, председателя общественной организации «Движение против рака» Н.П. Дронова и директора ТФОМС Свердловской области В.А. Шемякина, в которых были отмечены проблемы и нарушения прав пациентов, в том числе на надлежащую поддерживающую терапию.

Актуальность проблемы охраны и защиты права онкопациента на поддерживающую и сопровождающую терапию подтверждается и самим профессиональным онкообществом. В России учреждено Общество специалистов поддерживающей терапии в онкологии (<http://rassc.org>), которое объединяет онкологов, хирургов, лучевых терапевтов, химиотерапевтов, реабилитологов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, неврологов, кардиологов, гастроэнтерологов, инфекционистов, медсестер, фармацевтов и других специалистов, исследователей и ученых, представителей некоммерческих организаций – всех, чьи интересы связаны с лечением онкологических больных на всех стадиях заболевания. Общество специалистов поддерживающей терапии в онкологии ставит своими целями:

- привлечение интереса общественности, научных и практических медицинских кадров к решению вопросов поддерживающей терапии онкологических больных в России;
- содействие повышению уровня научных знаний и практических навыков специалистов в области поддерживающей терапии;
- внедрение научных разработок и усовершенствование методов диагностики, лечения онкологических заболеваний, а также медицинской, социальной и психологической реабилитации больных;
- содействие повышению качества медицинского обслуживания, снижению летальности в лечебных учреждениях Российской Федерации [24].

4 октября 2019 года в Челябинске состоялся III Международный симпозиум Общество специалистов

поддерживающей терапии в онкологии «Поддерживающая терапия в онкологии: от теории к практике».

Клинические рекомендации по поддерживающей и сопроводительной терапии размещены на сайте: <https://rosoncweb.ru/standarts/suptherapy/2019/>

«Золотыми» словами онкологов прозвучал девиз: «Для человека важно не только, сколько прожить, но и как прожить. При лечении онкологического заболевания надо убить опухоль, но не убить больного, а сохранить ему жизнь. Это и есть основная задача поддерживающей или сопровождающей терапии» (Снеговой А.В. и соавт., 2019) [23].

Диссонансом этим замечательным идеям и инициативам выступили ряд обращений онкологов онкодиспансеров к экспертному сообществу Всероссийского союза страховщиков с предложениями о прекращении применения санкций в системе ОМС за отказ от выполнения необходимой пациентам сопровождающей и поддерживающей терапии.

Вступление в юридическую силу после всенародного плебисцита поправок в 72 статью Конституции РФ, в частности пункта «ж» части 1 статьи 72 об обеспечении доступной и качественной медицины, обязывает и подвигает нас обратить самое пристальное внимание на теперь уже конституционные гарантии прав граждан на оказание доступной и качественной медицинской помощи, ранее предусмотренное статьей 18 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Пунктом 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» утверждена юрисдикция оказания медицинской помощи в систем ОМС и установлено правило правоприменительной практики: «9. К отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей».

Законом РФ «О защите прав потребителей» установлены следующие общие определения, используемые также в сфере здравоохранения и ОМС, которая отнесена к юрисдикции Закона РФ «О защите прав потребителей»: «недостаток услуги – несоответствие услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом, либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потреби-

телем при заключении договора; безопасность услуги – безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса оказания услуги».

Надлежащее качество онкологической помощи в соответствии с нормой пункта 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ определяется одновременным исчерпывающим и полнообъемным сочетанием трех характеристик – своевременное назначение и осуществление правильно выбранных медицинских вмешательств, целенаправленно обеспечивающих достижение ранее запланированного результата.

Э.Н. Рябова в диссертационном исследовании (2007) качества онкопомощи выявила: анализ качества медицинских услуг онкологического профиля показал, что в современных условиях первое ранговое место по частоте нарушений занимает свойство «своевременность» и ее снижение преимущественно за счет параметров «своевременность консультативных услуг», «своевременность информирования пациента» и «своевременность лабораторной диагностики», что определяет приоритетность экспертного контроля состояния данного свойства и этих параметров [20].

В отсутствие федерального определения и нормирования безопасности медицинской деятельности Национальная медицинская палата предложила медицинским работникам возможные критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности, основанные на нормах статьи 309 ГК РФ, как обычаи оборота и обычно предъявляемые требования в здравоохранении по проблеме безопасности медицинской деятельности [7–12, 16–18].

1. Безопасность медицинской помощи (услуги, вмешательства) – отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний к вмешательству, в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документов об образовании и сертификата специалиста.

2. Риск медицинского вмешательства – вероятность наступления неблагоприятного исхода для жизни или здоровья пациента, а также вероятность недостижения той цели, ради которой проводится

медицинское вмешательство; оценивается экспертом: а) по наличию объективных и субъективных условий для возникновения неблагоприятного исхода или недостижения поставленной цели медицинского вмешательства; б) по выполнению объема и качества профилактических мер неблагоприятного исхода и недостижения цели медицинского вмешательства.

3. Риск в здравоохранении является не обоснованным и медицинская услуга признается не отвечающей требованиям безопасности при следующих обстоятельствах:

- наступление вредных для жизни и здоровья последствий предлагаемого конкретного вмешательства неизбежно, а не только лишь возможно;
- не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения;
- врач не прогнозирует типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их предотвращения, своевременного выявления и лечения;
- пациенту не предоставлена необходимая информация о риске возникновения неблагоприятных последствий для его жизни и здоровья, или он не согласен на применение рискованных медицинских действий.

Федеральным Законом от 25.12.2018 № 489-ФЗ внесены изменения в Закон РФ № 323-ФЗ, касающиеся конкретизации сложившейся практики правоприменения института клинических рекомендаций в сфере здравоохранения и системе ОМС.

Указанным Законом РФ № 489-ФЗ закрепляется ранее существовавшее право медицинских профессиональных некоммерческих организаций разрабатывать клинические рекомендации, которые благодаря новому закону приобрели, полноценное определение, требования к составу и содержанию, а также процедуру вступления в юридическую силу.

Ранее законодательством медицинским профессиональным некоммерческим организациям было предоставлено право разработки и утверждения клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, позднее Минздрав России разработал требования к оформлению клинических рекомендаций с целью единообразного отображения сущности важной и необходимой практической информации и размещения их на специальном сайте Минздрава России. В Требованиях Минздрава России к оформлению клинических рекомендаций для размещения

в Рубрикаторе на специальном сайте впервые было дано определение: «Клинические рекомендации – документ, основанный на доказанном клиническом опыте, описывающий действия врача по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике заболеваний, помогающий ему принимать правильные клинические решения. Основу рекомендаций составляет доказательная медицина. Клинические рекомендации являются результатом длительной совместной работы специалистов, утверждаются профессиональными медицинскими обществами и предназначены врачам и организаторам здравоохранения, которые могут их использовать для подбора оптимальной терапии, разработки критериев качества и управления лечебно-диагностическим процессом, создания типовых таблиц оснащения, непрерывного повышения квалификации врачей». Данное опробованное в течение двух лет определение положено в основу уже законодательно утвержденного определения клинических рекомендаций в пункте 23 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ: «23) клинические рекомендации – документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи».

Правоприменительная практика использования клинических рекомендаций в сфере здравоохранения и системе ОМС до внесения указанных изменений в Закон РФ № 323-ФЗ строилась в строгом соответствии с нормой статьи 309 ГК РФ: «Обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований – в соответствии с обычаями или иными обычно предъявляемыми требованиями».

Совершенно очевидно, что разработанные и утвержденные профессиональным медицинским обществом клинические рекомендации приобретали статус обычая клинической практики и становились обычно предъявляемыми требованиями при оказании медицинской помощи специалистами, ассоциированными с профессиональным медицинским обществом по клиническому профилю, например, Ассоциация онкологов России (АОР), Федерация анестезиологов-реаниматологов России (ФАР) Ассоциа-

ция сердечно-сосудистых хирургов России, Общество хирургов России и др.

С одной стороны, установленный для клинических рекомендаций статьей 309 ГК РФ статус обычая практики и обычно предъявляемых требований, а, с другой стороны, высокий профессиональный авторитет авторов клинических рекомендаций – ведущих ученых и практиков – членов профессиональной ассоциации, явились основаниями для включения института клинических рекомендаций не только в повседневную клиническую практику оказания медицинской помощи, но и в независимую экспертную практику системы ОМС.

Таким образом, были сформулированы важнейшие принципы независимой медицинской экспертизы в системе ОМС:

- 1) невозможность игнорирования клинических рекомендаций, разработанных ведущими авторитетными специалистами профильной клинической ассоциации практическими врачами – представителями данной клинической специальности;
- 2) использование единых методов и критериев оценки качества оказанной медицинской помощи, основанных на единых требованиях к оказанию медицинской помощи, изложенных в клинических рекомендациях.

Правовыми основаниями выполнения экспертизы медпомощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) явились следующие нормы законодательства РФ:

1. Частью 1 статьи 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» определен орган, утверждающий порядок экспертизы в системе ОМС, – Федеральный фонд ОМС (ФОМС): «1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом».

2. Приказом ФОМС от 28.02.19 № 36 во исполнение нормы ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ утвержден Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее Порядок контроля).

3. При экспертизе медицинской помощи в систем ОМС неукоснительно должны применяться нормы Порядка контроля, утв. Приказом ФОМС от 28.02.19 № 36:

«6. Цели контроля:

3) предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.

29. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.

85. ... Нарушения при оказании медицинской помощи:

3) невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи или преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливаемое при полном или частичном несоответствии оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе не учитывающие состояние здоровья застрахованного лица.

105. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление риска прогрессирования имеющегося заболевания, возникновения нового заболевания, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию.

106. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:

2) предоставляет по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи, сведения об используемых нормативных документах, в том числе о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи.

4. Обязательность применения экспертом качества медицинской помощи клинических рекомендаций в процессе экспертизы диктуется формулировками кодов дефектов, выявляемых экспертом. Приложением № 8 к Порядку контроля (приказ ФОМС № 36) утверждены формулировки дефектов, в частности, например, код дефекта 3.2: «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи ...».

5. На необходимость использования клинических рекомендаций в качестве инструмента контроля в системе ОМС указывает пункт 2 поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации от 09.01.2017 № ОГ-П12-4нр, которым предписано страховым медицинским организациям провести анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи, оказанной пациентам с онкологическими заболеваниями за 2017 год, организованной в соответствии с порядком организации и проведения объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, утвержденный приказом ФОМС от 29.02.2019 № 36, и на соответствие клиническим рекомендациям (протоколам).

6. Постановлениями арбитражных судов РФ о признании клинических рекомендаций источником права, в частности Постановления Первого Арбитражного апелляционного Суда от 20.11.18 по делу № А11-13508/2017 и Постановления Арбитражного Суда кассационной инстанции Волго-Вятского округа от 10.04.19 по делу № А11-13508/2017.

С этого момента клинические рекомендации становятся, с одной стороны, еще и инструментом соблюдения конституционного права пациентов на равные объем и качество медицинской помощи вне зависимости от субъекта оказания помощи, а также инструментом выравнивания и восстановления указанного возможно нарушаемого права с помощью экспертных мероприятий, направленных на выявление

ние нарушений в выполнении клинических рекомендаций.

Внесение изменений в действующее законодательство придает большее законодательное значение институту клинических рекомендаций.

Возвращаясь к определению, изложенному в п. 23 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ, следует обратить внимание, что клинические рекомендации ориентированы не только на процесс диагностики и лечения, но также и представляют единые подходы к профилактике различных опасных состояний и осложнений, что очень важно в предупреждении причинения вреда здоровью пациента, в особенности онкологического профиля.

Часть 3 статьи 37 Закона РФ детализирует это важное для пациента, практического врача и эксперта качества медпомощи обстоятельство: «Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг». Исходя из указанных норм Закона РФ, следует, что профилактика, как таковая, так и профилактика состояний и осложнений, является содержанием клинических рекомендаций.

Особое значение это имеет для пациентов онкологического профиля, так как методы лечения злокачественных новообразований отличаются особой агрессивностью по отношению к организму больного и функционированию его непораженных органов и систем. Данные специальной литературы по профилю «онкология» и опросы пациентов, проведенные в 2017–2018 годах страховыми представителями СМО 3-го уровня (СП-3), показывают, что приверженность пациентов к лечению методом химиотерапии во многом определяется степенью исполнения онкологами мер профилактики состояний – синдромов, вызванных применением химиопрепаратов, вплоть до зафиксированного полного отказа пациента от химиотерапии при возникновении тяжелых синдромов осложнений химиотерапии (синдромы токсической тошноты и рвоты, токсической анемии, гепатопатии и нефропатии, кардиотоксичности и сердечной недостаточности, фебрильной нейтропении, тромбозов и тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии, кахексии и др.).

Предусмотренные пунктом 23 статьи 2 и частью 3 статьи 37 Закона РФ возможность и целесообразность утверждения клинических рекомендаций по вопро-

сам профилактики отдельных состояний устанавливает требование для соблюдения законного права онкопациента, получающего химиотерапию или лучевую терапию, на сопровождающую терапию надлежащей полноты и качества, необходимые для формирования, с одной стороны, приверженности пациента к лечению, а с другой стороны, обеспечивающие необходимый уровень качества его жизни.

Страховой представитель 3-го уровня СМО, на которого возлагаются задачи по формированию приверженности пациента к лечению, должен стать тем необходимым защитником права пациента, который обеспечит неукоснительность выполнения всех мер сопровождающей терапии.

Н.В. Жуков (2010) считает, что, несмотря на очевидный прогресс в области профилактики тошноты и рвоты, обусловленных проведением противоопухолевой терапии (химиотерапии и лучевой терапии), эти осложнения сохраняют свою значимость для многих пациентов. Причины неудач противорвотной терапии (развитие тошноты и рвоты у пациентов, которым проводится профилактика этих осложнений) различны в странах Западной Европы, США и нашей стране. В США и Европе существуют стандарты противорвотной терапии, и тошнота и рвота наблюдаются лишь у пациентов, которые резистентны к эффективной антиэметической терапии (т.е. неудачи в основном обусловлены объективными факторами). В нашей стране, к сожалению, неудачи зачастую обусловлены недостатком противорвотных препаратов или применением их в неадекватных дозах и режимах. В то же время подробные и регулярно пересматриваемые международные рекомендации позволяют проводить адекватную противорвотную терапию большинству пациентов [3].

И.В. Поддубная и соавт. (2011) представили «Клинические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у больных, получающих химио- и лучевую противоопухолевую терапию». Тошнота и рвота являются одним из наиболее частых побочных эффектов химиотерапии и существенно ухудшают качество жизни больных. В настоящее время действуют различные рекомендации по профилактике и лечению эметических реакций при проведении цитотоксической терапии. Группа российских экспертов разработала данные рекомендации с учетом рекомендаций Международной ассоциации по поддерживающей терапии при раке (MASCC), Европейского общества по медицинской онкологии (ESMO), Национальной сети по распространению подробных

знаний о раке (NCCN), Американского общества по клинической онкологии (ASCO) и с учетом зарегистрированных на территории Российской Федерации антиэметических препаратов [6]. Аналогичного мнения придерживаются Л.Ю. Владимирова и соавт. (2017) [1].

В.В. Птушкин (2015) в обстоятельном научном обзоре сообщает, что в 70–80% случаев химиотерапия сопровождается тошнотой и рвотой. Подобные осложнения встречаются и при радиотерапии, особенно захватывающей верхние регионы абдоминальной области, или при краниоспинальном облучении. Результаты исследований качества жизни свидетельствуют о том, что большинство онкологических больных тошноту и рвоту ставят на первое место среди нежелательных последствий терапии. Известны случаи отказа пациентов от потенциально излечивающего лечения из-за эметогенного эффекта, вызванного химиотерапией. Опасность представляют и объективные медицинские последствия рвоты. Дегидратация, анорексия, электролитные нарушения и надрывы слизистой оболочки желудка (синдром Мэллори–Вейсса) нередко имеют место после высокоэметогенной терапии [5].

А.В. Снеговой, В.Б. Ларионова, И.Б. Кононенко и соавт. (2016) также утверждают, что несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние 25 лет, рвота и, в особенности, тошнота продолжают оставаться двумя основными побочными эффектами химиотерапии, влияющими на качество жизни пациентов. Современная противорвотная терапия позволяет снизить частоту развития острой рвоты до 20–30%, в то время как эффективность профилактики тошноты намного выше [14, 15].

М.М. Забежинский (2018) считает, что субъективно тошнота и рвота представляются пациенту как самые тяжелые, подчас невыносимые, осложнения и могут привести к отказу от проводимой химиотерапии. Объективные последствия рвоты: нарушения водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса и связанные с этим расстройства работы сердца, мышц, головного мозга; повреждения желудочно-кишечного тракта и недостаточность питания [4].

А.В. Снеговой и соавт. (2015) сообщают, что нарушения протоколов лечения – снижение доз химиопрепаратов и отсроченные курсы химиотерапии приводят к ухудшению результатов лечения онкологического заболевания (Bonadonna G. и соавт. продемонстрировали этот факт в ретроспективном анализе 4 крупных исследований, оценивающих отдаленные

результаты адъювантной химиотерапии у пациентов с операбельным раком молочной железы (РМЖ)). Медиана наблюдения была 25,4–28,5 года. Общая выживаемость пациентов, получивших, по крайней мере, 85% от запланированной дозы, составила 40% (95% ДИ: 26–55%). В случае, когда доза была менее 85% от запланированной, тот же показатель снизился до 21% (95% ДИ: 14–26%), а у пациентов с дозой менее 65% безрецидивная и общая выживаемость не отличалась от таковой у нелеченых больных [14, 15].

А.Д. Снеговой в фундаментальном диссертационном исследовании соискание ученой степени доктора медицинских наук «Рациональная тактика поддерживающей терапии лекарственного противоопухолевого лечения» (2016) под руководством академика РАН М.И. Давыдова разработал практические рекомендации для онкологов России: 1. Цель поддерживающей терапии – повышение эффективности лечения и увеличение выживаемости за счет: профилактики осложнений противоопухолевого лечения и лечения осложнений противоопухолевого лечения; в результате – улучшение отдаленных результатов лечения и качества предстоящей жизни. 2. Перед началом проведения противоопухолевого лечения, для профилактики развития анемии, индуцированной химиотерапией, необходимо проводить скрининг на уровень ферритина, растворимых рецепторов трансферрина и уровень общего белка в сыворотке крови. 3. Частота лекарственно-индуцированного поражения печени регистрируются у 100% онкологических больных. При развитии гепатотоксичности, холестаза, депрессивного и астенического состояния показано применение гептрала в дозе 800–1600 мг/сут. 4. Пациентам с гипопроотеинемией на фоне химиолучевой терапии рекомендовано применение перорального энтерального питания для снижения частоты мукозитов, гастроинтестинальной токсичности, слабости, потери массы тела и анемии. 5. При противопоказании к применению дексаметазона возможно использование оригинальной комбинации ганатон+ондансетрон для профилактики тошноты и рвоты при умеренной и низкой эметогенной химиотерапии. 6. Для мониторинга эффективности бисфосфонатов рекомендовано использование маркеров P1NP и/или СТх в сыворотке крови с целью уточнения наличия метастазов в костях при неясной рентгенологической картине. 7. Использование липэгфилграстима позволяет повысить число пациентов, успешно ответивших на профилактику фебрильной нейтропении при снижении затрат [19].

Д.Д. Сакаева и соавт. (2015) со ссылкой на данные ВОЗ сообщают, что ряд режимов стандартной химиотерапии сопровождаются развитием фебрильной нейтропении с тяжелыми осложнениями (септический шок, смерть) и приводят к режимы химиотерапии, сопровождаемые высоким (>20%) риском развития фебрильной нейтропении [13].

А.Н. Шилова в диссертационном исследовании на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Оптимизация антитромботической профилактики и клинико-экономический анализ применения низкомолекулярного и нефракционированного гепаринов у онкологических больных» (2008) пришла к следующим выводам: 1. Внедрение в практику современных методов антикоагулянтной профилактики тромботических осложнений способствует снижению их количества в 6,7 раза и летальности от них в 8,3 раза ( $p < 0,001$ ). 2. У больных со злокачественными опухолями происходит достоверное повышение агрегации тромбоцитов. У женщин с опухолью молочной железы повышение агрегации тромбоцитов наблюдается достоверно чаще, чем у больных раком желудка и толстого кишечника соответственно 65,5% против 39,3% случаев ( $p < 0,001$ ). 3. Риск развития тромботических осложнений у большинства онкобольных сохраняется после радикального хирургического вмешательства от 3 до 6 месяцев [21].

Ш.Х. Ганцев и соавт. (2011) [2] сообщили, что для больных со злокачественными новообразованиями характерны повышенная склонность к тромбообразованию и повышенный риск тромбоэмболических осложнений. Авторы приводят данные ряда международных и отечественных исследований. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) стала причиной смерти 12,9% больных и занимает в целом 2-е место среди основных причин смерти онкологических больных. Тромбы чаще локализовались в долевых и сегментарных ветвях легочной артерии. Установлено, что при раке желудка и толстой кишки наблюдаются значительные нарушения гемореологии, которые формируют повышенный риск послеоперационных тромбоэмболических заболеваний. Тромбозы глубоких вен при онкологической патологии встречаются у 66–67% пациентов, что в 2 раза превышает аналогичный показатель в общей хирургии. В популяционных исследованиях злокачественные опухоли повышали риск тромбоза в 4 раза, а химиотерапия увеличивала риск развития тромбоэмболических осложнений в 6,5 раза. Немаловажным считается факт сопутствующих заболеваний,

и особенно в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы. ТЭЛА представляет собой одну из ведущих причин смерти в европейских странах и США. Тромбозы и эмболии ежегодно развиваются у 500 000 американцев, а от осложнений умирают, по меньшей мере, 100 000 из них. Частота выявления новых случаев ТЭЛА во Франции превышает 100 000 в год; в Великобритании – 65 000 в год среди госпитализированных пациентов. ТЭЛА обнаруживается при аутопсии у 12–15% пациентов, при этом от 27 до 68% этих смертей потенциально предотвратимы. Многочисленные данные свидетельствуют, что у госпитализированных пациентов профилактика тромбоэмболических осложнений используется недостаточно. Данные международного регистра ENDORSE показали, что профилактика госпитальных венозных тромбоэмболических осложнений в России проводится крайне недостаточно – из 52% хирургических пациентов, имевших риск венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), только 25,9% получали рекомендуемую профилактику, тогда как в мире из 64,4% хирургических пациентов 58,5% ее получают. В 2009 году в России стартовал Общенациональный проект Ассоциации флебологов России и Российского общества хирургов «Территория безопасности от венозных тромбоэмболических осложнений», в который было вовлечено 60 ведущих многопрофильных стационаров из 42 городов России: по предварительным данным, в 31% случаев риск ВТЭО был оценен неверно, в 25% был недооценен, а в 6% – переоценен. Проект позволил улучшить уровень профилактики ВТЭО с 25,9 до 68,7%, что позволило уменьшить риск ТЭЛА до уровня 0,03%.

Л.Н. Костюченко и соавт. (2019) указывают на необходимость проведения с сопроводительной нутриционной поддержки при опухолях пищеварительного тракта с целью профилактики метаболических осложнений. Существуют 3 направления сопроводительной нутриционной коррекции: 1) базовая сопроводительная нутритивная коррекция пациентов с онкопатологией в целом; 2) нутриционная реабилитация пациентов с онкопатологией и сопутствующими заболеваниями; 3) нутриционная помощь паллиативным пациентам. Сопроводительная нутриционная поддержка – одно из перспективных направлений персонализированного лечения, в частности при опухолях пищеварительного тракта, детоксикационная нутриционная поддержка при колоректальном раке способствует существенному очищению организма от токсикантов [22].

Таким образом, отказ некоторых онкологов от нормирования сопровождающей терапии в клинических рекомендациях, а также от выполнения в полном объеме требований клинических рекомендаций должен быть расценен как абсолютно непрофессиональный и поэтому неприемлемый, как прямое посягательство на жизнь онкопациента, ее продолжительность и качество.

Авторитетными специалистами Ассоциации онкологов России были разработаны клинические рекомендации, позволяющие предотвратить формирование негативных и опасных состояний пациентов – синдромов, препятствующих продолжению терапии злокачественного новообразования, лишаящих пациента необходимого качества жизни, а порой и самой воли к жизни.

Профессиональным, с одной стороны, и законным, с точки зрения буквы закона, является:

- 1) прогнозирование риска возникновения состояния, препятствующего продолжению в полном объеме выработанного онкоконсилиумом плана лечения: часть 1 статьи 20 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает обязанность врача-онколога определить риск возникновения осложнений химио- и лучевой терапии, негативных синдромов и состояний здоровья пациента;
- 2) включение в план лечения реальных мер профилактики возможных прогнозируемых осложнений (состояний, синдромов) с целью недопустимости их возникновения или максимального снижения их интенсивности и тяжести для пациента, тем самым не допуская отказа пациента от приверженности к лечению;
- 3) исполнение требований пункта 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ о качестве медицинской помощи: своевременная профилактика осложнений, правильный выбор мер профилактики, изложенных в клинических рекомендациях, достижение запланированного результата профилактики – явка пациента на очередной цикл полнообъемной терапии без редукции при сохраненном качестве и созданных условиях для соответствующей продолжительности жизни.

Без выполнения в полном объеме и своевременно клинических рекомендаций по сопровождающей поддерживающей онкопациента терапии, профилактике синдромов и состояний токсической тошноты и рвоты, анемии, гепатопатии и нефропатии, кардиотоксичности и сердечной недостаточности, фебрильной

нейтропении, тромбозов и тромбоземболий мелких ветвей артерий, кахексии и др. не мыслимо исполнение завета великого русского терапевта С.П. Боткина о лечении больного, а не только его болезни.

В целом же выполнение в полном объеме клинических рекомендаций АОР по сопровождающей терапии будет единственно правильным исполнением обязательств, предусмотренных статьей 401 ГК РФ, – той необходимой степенью заботливости и осмотрительности, какая требуется от врача-онколога для надлежащего исполнения обязательств по всестороннему ведению его онкопациента.

Не может быть расценено, как заботливое и осмотрительное исполнение обязанностей онколога, если онкологом проигнорированы требования Клинических рекомендаций АОР «Тошнота и рвота у больных, получающих химио- и лучевую противоопухолевую терапию» (2014) о выполнении в полном объеме Алгоритма профилактики и терапии тошноты и рвоты:

1. Определить эметогенный потенциал назначенного режима химиотерапии («Под уровнем эметогенности понимается риск развития рвоты у больных, получающих тот или иной цитостатик в монорежиме без противорвотной терапии. Например, высокий уровень эметогенности означает, что после введения препарата рвота будет развиваться более чем у 90% больных»).

2. Назначить профилактическую терапию, исходя из эметогенности режима химиотерапии (схемы приведены в Клинических рекомендациях»).

3. Назначить лечение в случае развития тошноты и рвоты на фоне профилактической терапии.

4. Внести изменения в профилактическую терапию тошноты/рвоты на последующих циклах химиотерапии.

Не соответствующим требованиям статьи 401 ГК РФ, т.е. невнимательным, неосмотрительным и безответственным со стороны онколога является отказ от выполнения в полном объеме Клинических рекомендаций АОР «Тромбоземболические осложнения у онкологических больных» (2014), которыми презюмировано: «Стационарные онкологические больные должны рассматриваться в качестве кандидатов для антикоагулянтной профилактики ВТЭО при отсутствии кровотечений или других противопоказаний. Антитромботическая профилактика необходима стационарным больным, получающим системную химиотерапию, гормонотерапию, иммуномодулирующие препараты при наличии дополнительных факторов риска»:

1. Отказ от стратификации факторов риска венозных тромбоземболических осложнений у онкобольных.

2. Отказ от выполнения антитромботической профилактики больным, получающим системную химиотерапию, гормонотерапию, иммуномодулирующие препараты при наличии дополнительных факторов риска: • возраст старше 40 лет: наличие сопутствующих заболеваний (болезни сердца, сосудов, почек, ожирение, и др.); инфекции; тромбоз глубоких вен голени или ТЭЛА в анамнезе; варикозная болезнь; - количество тромбоцитов более  $350 \times 10^9/\text{л}$ ; количество лейкоцитов более  $11 \times 10^9/\text{л}$ ; Нб  $< 100 \text{ г/л}$ ; • назначение эритропоэтина: признаки гиперкоагуляции – фибриноген более 400 мг/мл, D-димер  $> 0,5 \text{ мкг/мл}$ .

Аналогично не соответствующим требованиям статьи 401 ГК РФ является отказ от выполнения в полном объеме Клинических рекомендаций РУССКО «Практические рекомендации по назначению колониестимулирующих факторов с целью профилактики развития фебрильной нейтропении у онкологических больных» – игнорирование показаний для применения колониестимулирующих факторов с целью профилактики развития фебрильной нейтропении (ФН):

- при режимах химиотерапии, сопровождающихся риском развития ФН  $> 20\%$  (данные приведены в рекомендациях);
- у пациентов с низким резервом костного мозга (абсолютное число нейтрофилов менее  $1,5 \times 10^9/\text{л}$ ), то есть при облучении более 20% костного мозга;
- для предупреждения редукции дозы цитостатиков, негативно влияющей на выживаемость больного.

Клинические рекомендации АОР «Кардиоваскулярная токсичность, индуцированная химиотерапией и таргетными препаратами» (2014, согласно рекомендациям ESMO 2012) [26–29] установили требования к Мониторингу кардиотоксичности (ЭхоКГ, ЭКГ, Тропонин I, натрийуретический пептид В-типа), отказ от выполнения которых чреват для пациента тяжелой сердечной недостаточностью вплоть до летального исхода: «Всем пациентам, получающим противоопухолевое лечение, необходимо выполнять процедуры, контролирующие функцию сердечной и сосудистой систем. При лечении в адьювантном режиме антрациклинами и трастузумабом мониторинг функции сердечно-сосудистой системы следует проводить перед началом терапии и далее через 3, 6, 9, 12, 18 месяцев. Более частый контроль возможен по клиническим показаниям. Определение уровня Тропонина I и натрийуретического пептида В-типа рекомендовано для пациентов, имеющих факторы риска кардиотоксичности, особенно при лечении антрациклинами.

Пациентам с подтвержденной дисфункцией левого желудочка по данным ЭхоКГ ЭКГ, даже при отсутствии клинических проявлений, необходимо начинать кардиальную терапию как можно раньше. Особенно в случаях лечения антрациклинами и ожидаемой длительной продолжительности жизни пациентов».

Таким образом, отказ онколога от сопровождающей и поддерживающей терапии представляет собой ненадлежащее качество онкологической помощи в соответствии с нормой пункта 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ, т.к. не соответствует одновременно трех характеристикам – своевременное назначение и осуществление правильно выбранных медицинских вмешательств и препаратов, целенаправленно обеспечивающих достижение ранее запланированного результата:

- своевременность: отсутствие сопровождающей и поддерживающей терапии приводит к возникновению осложнений, препятствующих своевременному началу очередного цикла химиотерапевтического лечения;
- правильный выбор методов профилактики: отсутствие сопровождающей и поддерживающей терапии – неправильный отказ от применения мер профилактики химиотерапевтических осложнений, создающий угрозу возникновения новых заболеваний (сердечная недостаточность, тромбоземболические осложнения, неукротимая рвота с изменением электролитного состава внутренних сред, анемия, фебрильная нейтропения, сепсис и др.);
- правильный выбор методов лечения: отсутствие сопровождающей и поддерживающей терапии приводит к возникновению осложнений, препятствующих введению полного объема дозы химиопрепаратов, требует применения редукции их дозировок;
- степень достижения запланированного результата: отсутствие сопровождающей и поддерживающей терапии приводит к возникновению осложнений, препятствующих своевременному началу очередного цикла химиотерапевтического лечения и удлинению межциклового интервала, редукции дозировок химиопрепаратов, а в ряде экстремальных случаев – к отказу пациентов от химиотерапии, что препятствует достижению запланированного результата и создает риск прогрессирования злокачественного новообразования.

Отказ онколога от поддерживающей и сопровождающей терапии или ненадлежащее их качество должны рассматриваться как услуги, не отвечающие требованиям безопасности онкопациента по следующим критериям:

- наступление вредных для жизни и здоровья последствий предлагаемого конкретного химиотерапевтического вмешательства не неизбежно, а лишь возможно, т.е. в медицинской карте имеется обоснование заключения онкоконсилиума о выборе схемы химиотерапии с минимальными вредными последствиями для жизни и здоровья пациента с конкретной онкопатологией при прочих равных условиях, которые не станут препятствием для выполнения полного курса химиотерапии или не создадут необходимости редукции дозы химиопрепаратов;
- не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения, т.е. в медицинской карте имеется обоснование заключения онкоконсилиума о выборе необходимой линии химиотерапии с минимальными вредными последствиями для жизни и здоровья пациента с конкретной онкопатологией при прочих равных условиях;
- врач не определяет конкретный риск развития возможных неблагоприятных последствий и осложнений, не прогнозирует реальные типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их профилактики и предотвращения, а также своевременного выявления и лечения;
- врач не предоставляет пациенту информацию о динамике и времени возникновения неблагоприятных последствий и осложнений, тем самым создает препятствия для своевременного выявления и начала лечения неблагоприятных последствий;
- пациенту не предоставлена необходимая информация о риске возникновения неблагоприятных последствий для его жизни и здоровья, или он не согласен на применение рискованных медицинских действий.

Письмом ФОМС от 30.08.18 № 10868/30/и установлены выявляемые дефекты оказания медицинской помощи онкологическим больным, в т.ч. отсутствие полноценной и своевременной поддерживающей терапии и терапии, направленной на профилактику осложнений химиотерапии, что влечет применение кода дефекта «3.2.3 Невыполнение, несвоевременное

или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания». Приложения 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утв. приказом ФОМС от 28.02.19 № 36.

Таким образом, полнообъемная и своевременная поддерживающая терапия и терапия, направленная на профилактику осложнений химиотерапии в соответствии с клиническими рекомендациями, является неотъемлемым конституционным правом онкопациента на доступную и качественную медицинскую помощь в соответствии с нормой пункта «ж» части 1 статьи 82 Конституции РФ и статьи 18 Закона РФ № 323-ФЗ, подлежащим охране и защите в системе ОМС.

#### Список литературы

1. Владимиров Л.Ю., Гладков О.А., Когония Л.М., Королева И.А., Семглазова Т.Ю. Практические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у онкологических больных // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO. – 2017. – Т. 7. – С. 466-476.
2. Ганцев Ш.Х., Каримов А.И., Огий И.И., Хуснутдинов, Ш.М. и др. Тромбоз легочной артерии: частота, причины и пути профилактики в онкологии // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – № 4. – С. 16-21.
3. Жуков Н.В. Профилактика тошноты и рвоты, обусловленных проведением химиотерапии и лучевой терапии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2010. – Т. 9, № 2. – С. 13-22.
4. Забегинский М.М. К вопросу о механизмах тошноты и рвоты при химиотерапии в онкологии // Детская медицина Северо-Запада. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 120-121.
5. Птушкин В.В. Современные возможности предупреждения тошноты и рвоты при химио- и лучевой терапии в онкологии // Эффективная фармакотерапия. – 2015. – № 10. – С. 18-22.
6. Поддубная И.В., Личиницер М.Р., Тюляндин С.А. и др. Клинические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у больных, получающих химио- и лучевую противоопухолевую терапию // Современная онкология. – 2011. – Т. 13, № 2. – С. 50-56.
7. Рошаль Л.М., Старченко А.А. Требования Национальной медицинской палаты по безопасности медицинской деятельности // *Мат. XI науч.-практ. конф. «Безопасность больного в анестезиологии»*. Москва, 2013. – С. 80-81.
8. Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Старченко А.А. Требования национальной медицинской палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности в анестезиологии // *Эфферентная терапия*. – 2013. – Т. 19, № 2 – С. 23-24.
9. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И. Требования национальной медицинской палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности в педиатрии // *Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия [Электронный ресурс]: Материалы Седьмого Российского конгресса. Третьи Михельсоновские чтения (28 сентября – 1 октября 2013 г.) / Ред. С.Г. Суворов. – Электрон. дан. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2013. – С. 205-207.*
10. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И. Требования национальной медицинской палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности // *Сборник работ V Международной конференции «Проблема безопасности в анестезиологии»*. М., 2013. – С. 111-113.
11. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И. Требования Национальной медицинской палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности // *Мат. Научно-практической конференции «Актуальные проблемы оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре. Порядки, протоколы и стандарты оказания медицинской помощи взрослому населению»*. – СПб., 2013. – 50 с.
12. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Критерии национальной медицинской палаты по необоснованности риска медицинского вмешательства // *Эфферентная терапия*. – 2015. – Т. 21, № 5. – С. 83 с. / *Мат. Учредительного съезда Регионального Северо-западного отделения ФАР*.
13. Сакаева Д.Д., Орлова Р.В., Рыков И.В., Шабаева М.М. Практические рекомендации по лечению инфекционных осложнений фебрильной нейтропении и назначению колониестимулирующих факторов у онкологических больных // *Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO*. – 2017. – Т. 7. – С. 486-495.
14. Снеговой А.В., Ларионова В.Б., Кононенко И.Б. и др. Профилактика тошноты и рвоты в онкологии // *Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика*. – 2016. – Т. 9, № 1. – С. 75-83.
15. Снеговой А.В., Когония Л.М., Кононенко И.Б., Ларионова В.Б. и др. Практические рекомендации по назначению колониестимулирующих факторов с целью профилактики развития фебрильной нейтропении у онкологических больных // *Злокачественные опухоли*. – 2015. – № 4, спецвыпуск. – С. 342-349.
16. Старченко А.А. Дефекты онкологической помощи в системе ОМС: единство критериев и практики применения. – М., 2019. – 32 с.
17. Старченко А.А., Гришина Н.И., Аксенова Н.Л. Система адресного информационного сопровождения онкологических больных в системе ОМС // *Менеджер здравоохранения*. – 2017. – № 5. – С. 64-69.
18. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для тематических экспертиз медицинской помощи с целью снижения смертности населения: Том 2. – М., 2017. – 184 с.
19. Снеговой А.Д. Рациональная тактика поддерживающей терапии лекарственного противоопухолевого лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2016.
20. Рябова Э.Н. Оптимизация управления социально-гигиеническими и медико-организационными факторами, определяющими качество оказания онкологических услуг в системе ОМС: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 2007.
21. Шилова А.Н. Оптимизация антитромботической профилактики и клинико-экономический анализ применения низкомолекулярного и нефракционированного гепаринов у онкологических больных: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Барнаул, 2008.
22. Костюченко Л.Н., Костюченко М.В., Кузьмина Т.Н., Лычкова А.Э. Стратегия сопроводительной нутриционно-метаболической терапии больных колоректальным раком // *РМЖ*. – 2019. – № 2. – С. 37-44.
23. Снеговой А.В., Когония Л.М., Жукова Л.Г. Поддерживающая терапия и ее значение в современной онкологии // *Национальная онкологическая программа 2030*. – 2019. – № 2. – С. 32-34.
24. Кононеко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии. – М.: «АБВ-пресс», 2018. – 224 с.
25. Колесникова Е.А., Позднякова А.И., Тулинцев В.А. Современные подходы в поддерживающей терапии в онкологии // *Научный альманах*. – 2019. – № 4-2, Т. 54. – С. 110-112.
26. Чазова И.Е., Вицня М.В., Агеева Ф.Т. Сердечно-сосудистые осложнения противоопухолевой терапии: диагностика профилактика, лечение. – М.: ГРАНАТ, 2019. – 160 с.
27. Чазова И.Е., Тюляндин С.А., Вицня М.В. и др. Руководство по диагностике, профилактике и лечению сердечно-сосудистых осложнений противоопухолевой терапии. Часть I // *Системные гипертензии*. – 2017. – Т. 14, № 3. – С. 6-20.
28. Чазова И.Е., Тюляндин С.А., Вицня М.В. и др. Руководство по диагностике, профилактике и лечению сердечно-сосудистых осложнений противоопухолевой терапии. Часть II-V // *Системные гипертензии*. – 2017. – Т. 14, № 4. – С. 6-19.
29. Чазова И.Е., Тюляндин С.А., Вицня М.В. и др. Руководство по диагностике, профилактике и лечению сердечно-сосудистых осложнений противоопухолевой терапии. Часть VI-VII // *Системные гипертензии*. – 2018. – Т. 15, № 1. – С. 6-20.