

Поддерживающая терапия в клинических рекомендациях

Трякин А.А.

НМИЦ онкологии им.Н.Н. Блохина

В расчетах стоимости схем не учитываются расходные материалы и сопутствующая терапия

| КСГ ДС | Название КСГ | Схемы | Описание схем | Число дней в тарифе | Тариф | Стоимость ЗС | Кол-во госпит. | Разница: тариф - стоимость ЗС |
|----------|--|--------|--|---------------------|------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| ds19.046 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) | sh0208 | Оксалиплатин + иринотекан + кальция фолинат + фторурацил + панитумумаб | 1 | 149 456,48 | 145 327,16 | 1 | 4 129,32 |

Игла Губера 500 руб.
 Инфузионная помпа 2500 руб.
 Фильтр для введения цетуксимаба 800 руб.
 Пластырь для фиксации иглы Губера 30 руб.
 Шприц 50 мл с иглой 30 руб.
 Система для в/в инфузии 20 руб.
 Перчатки, шприцы 20 мл, растворы хлорида натрия...

+ лабораторные и инструментальные методы диагностики

Димедрол 1% 5 мл
 Атропин 0,1% 0,5мл
 Дексаметазон 8 мг
 Ондансетрон 8 мг – 4 ампулы
 Апрепитант 3 таб
 Филграстим 300 мкг – 4 амп.

200 руб.
 4000 руб. (30% курсов)
 4000 руб. (20% курсов)



+6100 руб

Остеомодифицирующие препараты

Золедроновая кислота

Деносумаб

1000-2000 руб / введение

15000-18000 руб / введение

2021 год

st19.062 - <10000 руб.

st19.064

Только для лечения гигантоклеточных опухолей, D48

Деносумаб 120 мг п/к в 1-й, 8-й, 15-й, 28-й дни первого месяца, затем 1 раз в 28 дней

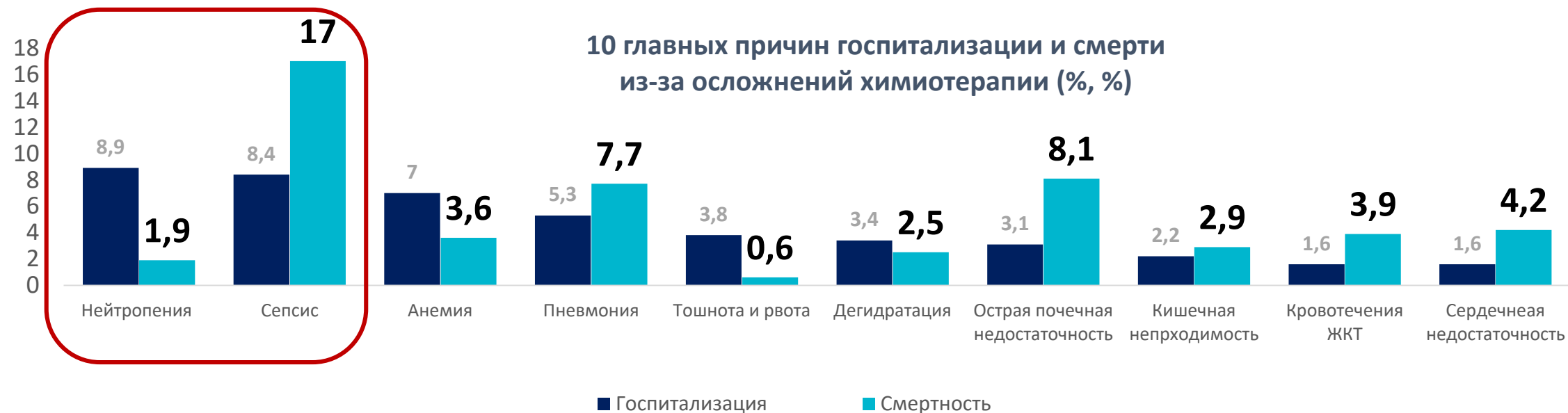
2022 год

| B | C | D |
|----------|--|------|
| КСГ | Наименование КСГ | КС |
| ds36.008 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) | 1,29 |
| ds36.009 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) | 3,23 |
| ds36.010 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) | 8,93 |

Профилактика и лечение фебрильной нейтропении

Нейтропения — самая частая причина госпитализаций при цитотоксической терапии

Анализ 1,5 миллиона случаев госпитализаций с 2006 по 2015 годы (солидные опухоли и лимфопролиферативные заболевания)



DOI: 10.18027/2224-5057-2021-11-3s2-39

Цитирование: Сакаева Д.Д., Борисов К.Е., Булавина И.С., Когония Л.М., Курмуков И.А., Орлова Р.В. и соавт. Практические рекомендации по диагностике и лечению фебрильной нейтропении. Злокачественные опухоли : Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2021 (том 11). 39

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ФЕБРИЛЬНОЙ

Не проведение первичной профилактики ФН ГКСФ при данных комбинациях – серьезные правовые риски (вплоть до уголовных)

4.1. Первичная профилактика ФН

Первичная профилактика целесообразна либо при высоком прогнозируемом риске ФН, либо при существенных негативных последствиях ФН:

- при нозологиях и режимах противоопухолевого лечения с высоким риском развития ФН (табл. 3);
- истощении (малом резерве) костного мозга, в том числе у пациентов старше 65 лет, или вследствие повторных курсов противоопухолевого лечения;
- для обеспечения оптимальной интенсивности лечения в тех случаях, когда редукция доз цитостатиков может негативно влиять на выживаемость.

Первичная профилактика Г-КСФ не рекомендуется при ХЛТ с облучением органов грудной клетки (возможно, увеличивает частоту ФН и общую летальность).

Таблица 3. Нозологии и режимы химиотерапии с высоким (>20%) риском развития ФН

| Нозология | Режим |
|------------------------------|--|
| Рак мочевого пузыря | M-VAC (метотрексат, винбластин, доксорубицин, цисплатин), ddM-VAC Паклитаксел, цисплатин |
| Рак молочной железы | Дозо-уплотнённые режимы AC/P (доксорубицин, циклофосфамид/паклитаксел 1 раз в 2 нед.) TCH (доцетаксел + карбоплатин + трастузумаб) |
| Рак шейки матки | Паклитаксел, цисплатин |
| Немелкоклеточный рак лёгкого | Доцетаксел, карбоплатин |
| Мелкоклеточный рак лёгкого | Циклофосфамид, доксорубицин, этопозид |
| Саркомы | Доксорубицин, ифосфамид, дакарбазин VAI (винкристин, доксорубицин, ифосфамид) Доксорубицин, цисплатин IA (доксорубицин, ифосфамид) IE-VAC (ифосфамид, этопозид-винкристин, доксорубицин, циклофосфамид) GEMTAX (гемцитабин, доцетаксел) |
| Рак яичников | Топотекан 1,5 мг/м ² (1–5-й дни) |
| Опухоли яичка | PEI (этопозид, ифосфамид/+ месна, цисплатин) TIP (паклитаксел, ифосфамид/+ месна, цисплатин) VEIP (винбластин, ифосфамид/+ месна, цисплатин) |
| Рак головы и шеи | TIP (паклитаксел, ифосфамид/+ месна, цисплатин) DCF (доцетаксел + цисплатин + фторурацил) |
| Рак желудка | DCF (доцетаксел, фторурацил, цисплатин) |
| Колоректальный рак | FOLFIRI (фолинат кальция, фторурацил, оксалиплатин, иринотекан) |
| Рак поджелудочной железы | FOLFIRINOX (фолинат кальция, фторурацил, оксалиплатин, иринотекан) |

Схемы для лечения РМЖ с Г-КСФ в 2021 г. и в проекте на 2022 г

| Код схемы | Наименование и описание схемы | КСГ | Тариф, руб. | Стоимость ЛП, руб. | Остаток, руб. |
|-----------|---|----------|-------------|--------------------|---------------|
| sh0994 | Паклитаксел 175 мг/м ² в/в в 1-й день + филграстим 5 мкг/кг п/к во 2-10-й дни; цикл 14 дней | st19.068 | 102 784 | 21 227 | 81 557 |
| sh0995 | Паклитаксел 175 мг/м ² в/в в 1-й день + эмпэгфилграстим 7,5 мг п/к во 2-й день; цикл 14 дней | st19.067 | 80 671 | 48 280 | 32 391 |
| sh0996 | Доксорубицин 60 мг/м ² в/в в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м ² в/в в 1-й день + филграстим 5 мкг/кг п/к во 2-10-й дни; цикл 14 дней | st19.067 | 80 672 | 24 147 | 56 525 |
| sh0991 | Доксорубицин 60 мг/м ² в/в в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м ² в/в в 1-й день + эмпэгфилграстим 7,5 мг п/к во 2-й день; цикл 14 дней | st19.066 | 59 045 | 51 199 | 7 846 |
| sh0992 | Эпирубицин 90-100 мг/м ² в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м ² в/в в 1-й день + филграстим 5 мкг/кг п/к во 2-10-й дни; цикл 14 дней | st19.067 | 80 672 | 23 117 | 57 555 |
| sh0993 | Эпирубицин 90-100 мг/м ² в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м ² в/в в 1-й день + эмпэгфилграстим 7,5 мг п/к во 2-й день; цикл 14 дней | st19.066 | 59 045 | 50 170 | 8 875 |
| sh0997 | Паклитаксел 175 мг/м ² в/в в 1-й день + трастузумаб 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в 1 раз в 7 дней + филграстим 5 мкг/кг п/к во 2-10-й дни; цикл 14 дней | st19.069 | 124 896 | 29 732 | 95 164 |
| sh0998 | Паклитаксел 175 мг/м ² в/в в 1-й день + трастузумаб 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в 1 раз в 7 дней + эмпэгфилграстим 7,5 мг п/к во 2-й день; цикл 14 дней | st19.066 | 59 045 | 56 785 | 2 260 |
| sh1052 | Доцетаксел 75 мг/м ² в/в в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м ² в/в в 1-й день + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день + филграстим 5 мкг/кг п/к во 2-10-й дни; цикл 21 день | st19.070 | 174 463 | 54 943 | 119 520 |
| sh1053 | Доцетаксел 75 мг/м ² в/в в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м ² в/в в 1-й день + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день + эмпэгфилграстим 7,5 мг п/к во 2-й день; цикл 21 день | st19.070 | 174 463 | 81 995 | 92 467 |
| sh1054 | Доцетаксел 75 мг/м ² в/в в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м ² в/в в 1-й день + филграстим 5 мкг/кг п/к во 2-10-й дни; цикл 21 день | st19.069 | 124 896 | 29 428 | 95 468 |
| sh1055 | Доцетаксел 75 мг/м ² в/в в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м ² в/в в 1-й день + эмпэгфилграстим 7,5 мг п/к во 2-й день; цикл 21 день | st19.068 | 102 783 | 56 480 | 46 302 |
| sh1057 | Доцетаксел 75 мг/м ² в/в в 1-й день + карбоплатин AUC 6 в/в в 1-й день + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день + филграстим 5 мкг/кг п/к во 2-10-й дни; цикл 21 день | st19.070 | 174 463 | 58 211 | 116 252 |
| sh1058 | Доцетаксел 75 мг/м ² в/в в 1-й день + карбоплатин AUC 6 в/в в 1-й день + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день + эмпэгфилграстим 7,5 мг п/к во 2-й день; цикл 21 день | st19.070 | 174 463 | 85 263 | 89 200 |
| sh1059 | Доцетаксел 75 мг/м ² в/в в 1-й день + карбоплатин AUC 6 в/в в 1-й день + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день + пертузумаб 420 мг (нагрузочная доза 840 мг) в/в в 1-й день + филграстим 5 мкг/кг п/к во 2-10-й дни; цикл 21 день | st19.072 | 325 114 | 231 960 | 93 154 |
| sh1060 | Доцетаксел 75 мг/м ² в/в в 1-й день + карбоплатин AUC 6 в/в в 1-й день + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день + пертузумаб 420 мг (нагрузочная доза 840 мг) в/в в 1-й день + эмпэгфилграстим 7,5 мг п/к во 2-й день; цикл 21 день | st19.072 | 325 114 | 259 012 | 66 101 |

Судьба филграстима

| Схемы | Группировщик 2021 | Группировщик 2022 |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| С филграстимом | 32 | 20 |
| С эмпэгфилграстимом | 8 | 1 |

Исчезла комбинация ddAC, широко применяемая в лечении рака молочной железы

Клинические рекомендации МЗ РФ

ФИЛГРАСТИМ И ЭМПЕГФИЛГРАСТИМ ВКЛЮЧЕНЫ В ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Показано профилактическое назначение Г-КСФ: #филграстим 5 мкг/кг подкожно (п/к) через 24–72 часа после окончания введения химиопрепаратов и до восстановления нормального числа нейтрофилов после надира или #пэгфилграстим в дозе 6 мг или **#эмпэгфилграстим** в дозе 7,5 мг подкожно, однократно, не менее чем через 24 часа после окончания введения цитотоксической терапии.

Документом установлено назначение препарата Экстимия® для профилактики нейтропении при неоадъювантной и адъювантной терапии рака молочной железы.

Рекомендуемые режимы неоадъювантной терапии

- AC × 4 → P × 4 [доксорубицин+циклофосфамид → паклитаксел]
- AC × 4 → P × 12 [доксорубицин+циклофосфамид → паклитаксел]
- AC × 4 → (P + карбо) × 12 [доксорубицин + циклофосфамид → паклитаксел+карбоплатин]
- DCH × 6 [доцетаксел + карбоплатин + трастузумаб]
- AC × 4 → (P + трастузумаб) × 12 [доксорубицин + циклофосфамид → паклитаксел+трастузумаб]
- AC × 4 → (D + трастузумаб + пертузумаб) × 4 [доксорубицин+циклофосфамид → доцетаксел + трастузумаб + пертузумаб]
- DCH+пертузумаб × 6 [доцетаксел+карбоплатин + трастузумаб + пертузумаб]

Рекомендуемые режимы адъювантной терапии

- AC × 4 [доксорубицин+циклофосфамид]
- AC × 4 → P × 4 [доксорубицин + циклофосфамид → паклитаксел]
- AC × 4 → P × 12 [доксорубицин + циклофосфамид → паклитаксел]
- DC × 4 [доцетаксел + циклофосфамид]
- DC + трастузумаб × 4 [доцетаксел + циклофосфамид + трастузумаб]
- AC × 4 → (P+трастузумаб) × 12 [доксорубицин + циклофосфамид → паклитаксел + трастузумаб]
- AC × 4 → (P+трастузумаб) × 4 [доксорубицин + циклофосфамид → паклитаксел + трастузумаб]
- DCH + пертузумаб × 6 [доцетаксел + карбоплатин + трастузумаб + пертузумаб]



Клинические рекомендации

Рак молочной железы

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: D05, C50

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 379

Разработчик клинической рекомендации

- Ассоциация онкологов России
- Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»
- Общероссийская общественная организация «Российское общество онкомаммологов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Клинические рекомендации. Рак молочной железы. Год утверждения 2020 ID: КР379/1 Профессиональные ассоциации Общероссийский национальный союз "Ассоциация онкологов России"

• Общероссийская общественная организация Российское общество клинической онкологии"

• Общероссийская общественная организация "Российское общество онкомаммологов" Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. <http://cr.rusminzdrav.ru/#/recommend/236>

Клинические рекомендации МЗ РФ

ФИЛГРАСТИМ И ЭМПЕГФИЛГРАСТИМ ВКЛЮЧЕНЫ В ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ НЕВЫЯВЛЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ



3.12 Поддерживающая (сопроводительная) терапия
- При режимах химиотерапии, сопровождающихся риском развития фебрильной нейтропении (ФН) более 20% пациентам с опухолью с невыявленной первичной локализацией рекомендуется терапия филграстимом**, или эмпэгфилграстимом**, или пэгфилграстимом, или другими колониестимулирующими факторами с целью первичной профилактики фебрильной нейтропении (ФН)

RUSSCO рекомендует назначение ГКСФ для профилактики ФН

Версия 2021

ФЕБРИЛЬНАЯ НЕЙТРОПЕНИЯ

55

DOI: 10.18027/2224-5057-2021-11-3s2-39

Цитирование: Сакаева Д.Д., Борисов К.Е., Булавина И.С., Когония Л.М., Курмуков И.А., Орлова Р.В. и соавт. Практические рекомендации по диагностике и лечению фебрильной нейтропении. Злокачественные опухоли : Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2021 (том 11). 39

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ФЕБРИЛЬНОЙ НЕЙТРОПЕНИИ

Коллектив авторов: Сакаева Д.Д., Борисов К.Е., Булавина И.С., Когония Л.М., Курмуков И.А., Орлова Р.В., Шаббаева М.М.

Ключевые слова: поддерживающая терапия, противоопухолевая терапия, нежелательное явление, фебрильная нейтропения, антибиотикотерапия, колониестимулирующие факторы

Международные и российские клинические рекомендации по лечению и профилактике фебрильной нейтропении (RUSSCO¹, NCCN², ESMO³, ASCO⁴, EORTC⁵) строго рекомендуют использовать следующие колониестимулирующие факторы (КСФ):

- липэгфилграстим
- эмпэгфилграстим
- пэгфилграстим (филграстим, соединенный с полиэтиленгликолем)
- филграстим (негликозилированный Г-КСФ)
- ленограстим (гликозилированный Г-КСФ).

1. Сакаева Д. Д., Орлова Р. В., Шаббаева М. М. Практические рекомендации по лечению инфекционных осложнений фебрильно чению колониестимулирующих факторов у онкологически больны //Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2018 (том 8). С. 521–530

2. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/growthfactors.pdf

3. <https://www.esmo.org/guidelines/supportive-and-palliative-care>

4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6339667/>

5. [https://www.ejancer.com/article/S0959-8049\(10\)01029-4/abstract](https://www.ejancer.com/article/S0959-8049(10)01029-4/abstract)

Клинические рекомендации МЗ РФ

ФИЛГРАСТИМ И ЭМПЕГФИЛГРАСТИМ ВКЛЮЧЁНЫ В ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

С целью профилактики фебрильной нейтропении при применении режима FOLFOXIRI возможно назначение филграстима** в дозе 5 мкг/кг п/к через 24 часа после завершения химиотерапии до восстановления показателей нейтрофилов или пэгфилграстима** 6 мг п/к или эмпэгфилграстим** 7,5 мг п/к и через 24 часа после окончания химиотерапии 1 раз в 15 дней [198].

Рекомендуемые режимы терапии

- FOLFOXIRI

#Иринотекан** 165 мг/м² в виде 90-минутной инфузии в 1-й день,
оксалиплатин** 85 мг/м² в виде 2-часовой инфузии в 1-й день, кальция
фолинат** 200 мг/м² в/в в течение 2 ч с последующей 48-часовой инфузией
#фторурацила** 3200 мг/м²[127]

Начало очередного курса на 15-й день



Клинические рекомендации

Рак прямой кишки

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: C20

Год утверждения (частота пересмотра): 2022

Возрастная категория: Взрослые

Пересмотр не позднее: 2024

ID: 554

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»
- Российское общество специалистов по колоректальному раку
- Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"
- Ассоциация онкологов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

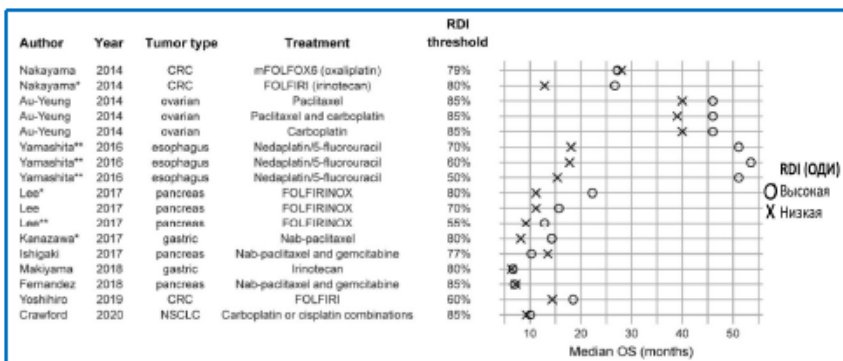
Для чего нужна вторичная профилактика?

- Профилактика фебрильной нейтропении;
- Поддержание относительной дозовой интенсивности (ОДИ)

Пациенты с ОДИ ≥ 80% неoadъюватной терапии солидных опухолей имеют значимо длительные БРВ и ОВ

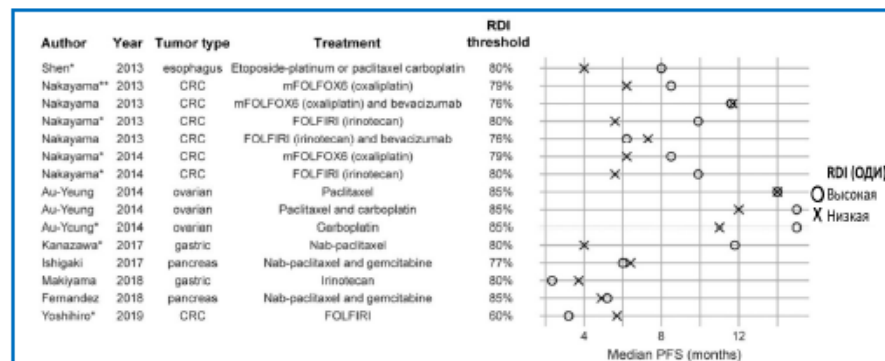
- Карбоплатин-содержащие режимы для РМЖ, НРМЛ, РЯ
- FOLFOX-, FOLFIRI-, FOLFIRINOX режимы для КРР и РПЖ

Влияние поддержания ОДИ на ОВ



МОВ, мес

Влияние поддержания ОДИ на БРВ



МБРВ, мес

“o” выше заданного cut-off ОДИ

“x” ниже заданного cut-off ОДИ

В США и Японии показатели продаж препаратов Г-КСФ (только оригинальные препараты) показывают объемы значительно превосходящие РФ



Данные продаж в США и Японии взяты из аналитики Global data по препаратам Неуласта, Нейподжен, Джи-Ласта, Филграстим БС

Данные продаж РФ основаны на аналитике Headway Company, сегмент Г-КСФ (пэгфилграстим, эмпэгфилграстим, липеграстим, ленограстим, филграстим)

Продажи РФ пересчитаны по курсу 76,78 руб. за 1 доллар США

Иммуноопосредованные побочные явления

2.3. Обследования при подозрении на наличие иНЯ

При подозрении на наличие иНЯ необходимо, во-первых, исключить возможные альтернативные причины развития подобного иНЯ. Для подтверждения наличия некоторых иНЯ необходимо проведение ряда дополнительных исследований, направленных на уточнение степени иНЯ и его дифференциальную диагностику.

2.3.1. Дополнительные обследования при подозрении на наличие колита

- Колоноскопия
- Дополнительно в план обследования рекомендуется по возможности включать
 - Консультация гастроэнтеролога
 - Посев кала на патогенную кишечную группу
 - Определение токсинов (A и B) *C. Difficile* в стуле
 - Копрограмма
 - Фекальный кальпротектин.

2.3.2. Дополнительные обследования при подозрении на наличие гастрита

- Консультация гастроэнтеролога
- ЭГДС.

2.3.3. Дополнительные обследования при подозрении на гипопизит или надпочечниковую недостаточность

- Консультация эндокринолога
- Определение уровня калия, натрия, кальция в крови
- МРТ головного мозга
- Общий анализ мочи (с акцентом на удельный вес и объем, выделяемый за сутки)
- Дополнительно в план обследования по показаниям возможно исследование:
 - уровня ФСГ, ЛГ,
 - тестостерона (у мужчин)
 - ТТГ, кортизола и АКТГ в крови.

2.3.6. Дополнительные обследования при подозрении на синдром повышенной проницаемости капилляров или синдром выброса цитокинов

- Определение СРБ
- Оценка сатурации кислорода в крови
- Контроль АД, ЧСС, температуры каждые 15–30 мин
- Контроль водного баланса каждый час
- Контроль электролитов 2–3 раза в день
- При доступности методов обследования дополнительно оценка уровня ИЛ-6, TNF, интерферона-гамма в крови.

2.3.7. Дополнительные обследования при наличии кожной токсичности

- Оценка состояния слизистых
- Оценка функции печени и почек (АЛТ, АСТ, Билирубин, креатинин, мочевины)
- Дополнительно возможно определение уровня IgE, триптазы.

2.3.8. Дополнительные обследования при наличии нарушения функции печени

- Определение HBs, HCV
- Оценка прямого и непрямого билирубина
- Оценка наличия опухолевых очагов в печени, признаков портальной гипертензии, тромбоза вен печени (УЗИ печени, по возможности — КТ или МРТ с контрастированием)
- Дополнительно может быть включено обследование на CMV.

2.3.9. Дополнительные обследования при подозрении на панкреатит

- Амилаза, липаза
- Дополнительно: уровень триглицеридов, кальция в сыворотке, глюкозы в моче и крови, pH мочи, pH слюны, pH желудочной ж

2.3.10. Дополнительные обследования при подозрении на миокардит или новых симптомах со стороны сердечно-сосудистой системы

- Консультация кардиолога
- Фракция выброса левого желудочка
- Тропонин (количественно)
- ЭКГ
- Дополнительно:
 - МРТ сердца
 - Многопроекционное радиоизотопное исследование сердца (MUGA)
 - Определение уровня NT-proBNP в крови
 - Биопсия миокарда.

ализации

Пример. Пациентка М., с развившемся осложнением во время химиотерапии.

Аутоимунный миозит; синдром Гийена-Барре; двусторонняя пневмония, вызванная полирезистентными м/о, ИВЛ; токсическая и аутоимунная тромбоцитопения.

47 дней в ОРИТ.

ИТОГО по процедурам 3 362 230 руб.
лек. препараты 986 799 руб.

4 349 029 руб.

В КСГ (профиль онкология) отделений реанимации
как будто и не существует
(мизерный КСЛП для сах диабета и полирезистентной флоры).

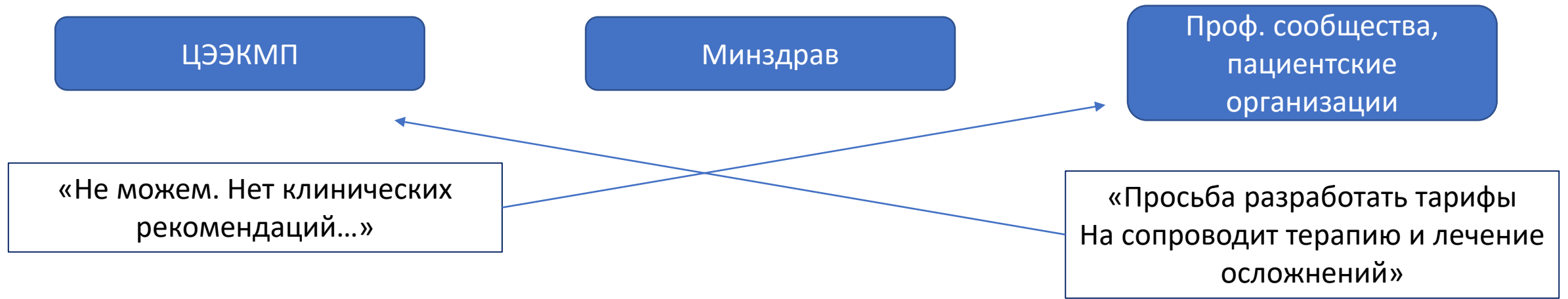
По ОМС мед организация получила бы ~20000 руб...

Отсутствие финансирования поддерживающей терапии и лечения осложнений приводит:

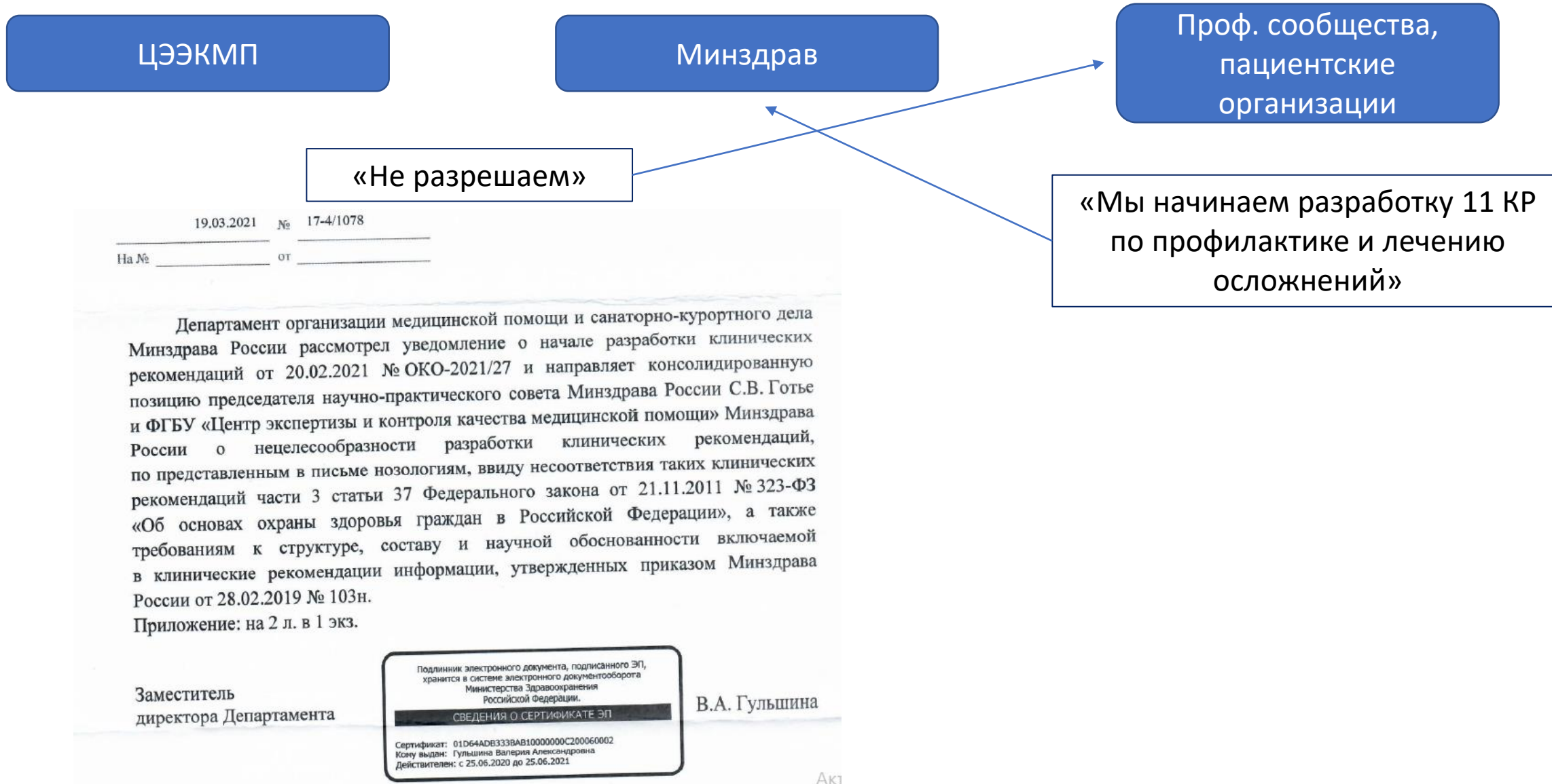
- **к экономии МО на поддерживающей терапии (профилактика тошноты и рвоты, антикоагулянты, коррекция анемии)**
 - Увеличение интервалов между курсами, редукция доз препаратов, отказ пациентов от продолжения лечения → ухудшение результатов лечения
- **к отказам в госпитализации для лечения осложнений пациентов в онкологические МО**
 - Лечение «онкологических» осложнений непрофильными специалистами (за исключением кардиологических?) → ухудшение результатов лечения

Необходимо решение проблемы в виде разработки прозрачной системы финансирования

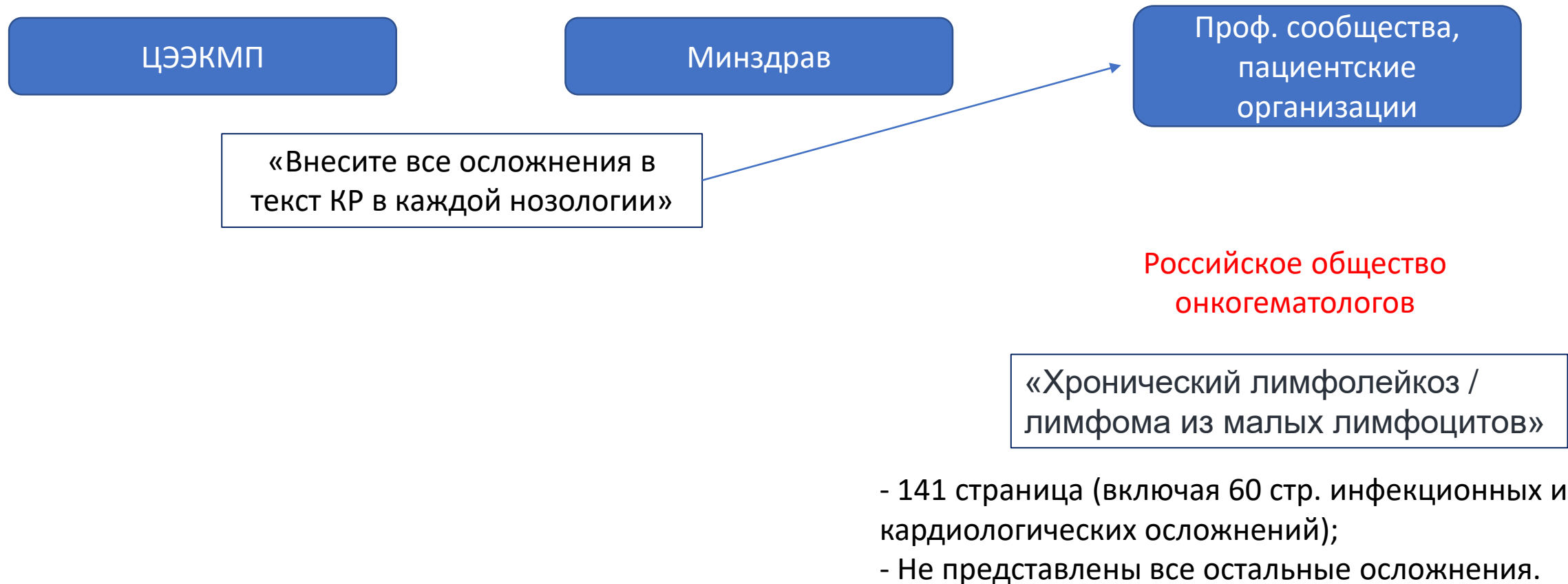
Что мешает разработать тарифы на поддерживающую терапию и лечение осложнений?



Что мешает разработать тарифы на поддерживающую терапию и лечение осложнений?



Что мешает разработать тарифы на поддерживающую терапию и лечение осложнений?



Практические рекомендации RUSSCO по поддерживающей терапии на 2022 год – **216** страниц

Работа, проведенная АОР и RUSSCO

Завершена работа по разработке
(внесены отдельные главы при «онкологии»)

КР по венозным тромбозам

КР по анемиям

Идет работа над самостоятельными КР:

КР по фебрильной нейтропении;

КР по костным осложнениям;

КР по иммуноопосредованным осложнениям

Как может выглядеть оплата поддерживающей терапии?

Колониестимулирующие факторы

Предложения

6000-20000 руб / курс

Филграстим

Оплата по 2 КСГ

Выделение отдельной
схемы в КСГ (2-3 схемы?)

40000 руб / курс

Эмпегфилграстим

Оплата по 2 КСГ

Выделение отдельной
схемы в КСГ

Оплата в рамках одной
госпитализации с ХТ

Оплата в рамках отдельной
госпитализации

Остеомодифицирующие препараты

Предложения

Золедроновая
кислота

Деносуаб

Оплата в рамках одной
госпитализации с ХТ

1. Учесть в стоимость всех схем ХТ;
2. Оплачивать через КСЛП

Оплата по 2 КСГ

Оплата в рамках отдельной
госпитализации

В рамках
«прочих» схем

Выделение отдельной
схемы в КСГ

Критерий для применения деносуаба:

- Снижение скорости клубочковой фильтрации (клиренс креатинина) < 35 мл/мин.
- Непереносимость золедроновой кислоты



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Новослободская ул. 37, корп. 4А, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 870-9680, доб. 1513, факс: (499) 973-4455
e-mail: general@ffoms.gov.ru, http://www.ffoms.ru

08.08.2022 № 00-10-26-1-06/9002

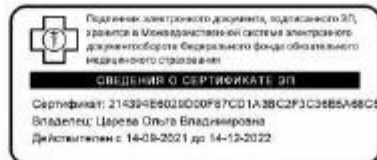
на № ОКО-2022/59 от 22.07.2022

ООО «Российское общество
клинической онкологии»

office@russco.org

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд), рассмотрев обращение по вопросу включения в клинко-статистические группы заболеваний оплаты сопроводительной (поддерживающей) терапии для профилактики и лечения серьезных и жизнеугрожающих побочных эффектов, которые наиболее опасны и могут привести к госпитализации, дорогостоящему лечению в случае неполноценной коррекции и летальному исходу, возникающих при использовании отдельных противоопухолевых лекарственных препаратов, по компетенции сообщает, что указанный вопрос Федеральный фонд считает целесообразным рассмотреть на заседании Рабочей группы Минздрава России по актуализации методологических подходов к оплате медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при подготовке проекта Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2023 год, а также при подготовке проекта Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

Заместитель председателя



О.В. Царева



Проект группировщика на 2023 год



| | A | B | E | F | G | H |
|----|---------|--|--------------------------------------|-------|--------------------------------------|--------|
| 1 | Код ДКК | Наименование ДКК | КСГ КС | КЗ КС | КСГ ДС | КЗ ДС |
| 2 | supt01 | Филграстим 4 дня введения по 300 мкг | Сопроводительная терапия (уровень 1) | 0,49 | Сопроводительная терапия (уровень 1) | 0,71 |
| 3 | supt02 | Деносумаб 1 день введения 120 мг при клиренсе креатинина < 35 мл/мин | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,07 | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,61 |
| 4 | supt03 | Тоцилизумаб 1 день введения 4 мг/кг | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,07 | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,61 |
| 5 | supt04 | Филграстим 8 дней введения по 300 мкг | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,07 | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,61 |
| 6 | supt05 | Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг | Сопроводительная терапия (уровень 3) | 1,65 | Сопроводительная терапия (уровень 3) | 2,81 |
| 7 | supt06 | Филграстим 10 дней введения по 300 мкг | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,07 | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,61 |
| 8 | supt07 | Микофенолата мофетил 30 дней введения по 500 мг 2 раза в день | Сопроводительная терапия (уровень 3) | 1,65 | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,61 |
| 9 | supt08 | Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг | Сопроводительная терапия (уровень 3) | 1,65 | Сопроводительная терапия (уровень 2) | 1,61 |
| 10 | supt09 | Ведолизумаб 1 день введения 300 мг | Сопроводительная терапия (уровень 4) | 4,22 | Сопроводительная терапия (уровень 4) | 7,26 |
| 11 | supt10 | Инфликсимаб 1 день введения 800 мг | Сопроводительная терапия (уровень 5) | 6,40 | Сопроводительная терапия (уровень 5) | 11,02 |
| 12 | supt11 | Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня введения по 1000 мг/кг | Сопроводительная терапия (уровень 6) | 28,31 | Сопроводительная терапия (уровень 6) | 48,86 |
| 13 | supt12 | Иммуноглобулин антигимоцитарный 8-14 дней введения 10-20 мг/кг | Сопроводительная терапия (уровень 7) | 63,71 | Сопроводительная терапия (уровень 7) | 109,69 |