



РЕЗОЛЮЦИЯ
Круглого стола №17
«Проблемы лечения боли в Российской Федерации»
XV Всероссийский конгресс пациентов
Россия, Москва, 27 ноября 2024 года

На площадке XV Всероссийского конгресса пациентов «Вектор развития: пациент-ориентированное здравоохранение» 27 ноября 2024 года состоялся Круглый стол «Проблемы лечения боли в Российской Федерации».

В ходе Круглого стола ведущие эксперты медицинского и пациентского сообществ обсудили проблемы доступности лечения болевых синдромов различной этиологии в России и пути их решения.

При проведении анализа действующих нормативных правовых актов РФ и судебной практики по вопросам распоряжения имуществом тяжелобольными пациентами рабочей группой Фонда «Вместе против рака» рассмотрены клинические рекомендации по лечению хронической боли у онкологических и паллиативных пациентов, а также российские и зарубежные подходы к этой терапии. В основу исследования легло действующее законодательство РФ, касающееся вопросов распоряжения имуществом и оформления соответствующих сделок.

Снизить риски и облегчить процесс оформления документов по распоряжению имуществом тяжелобольным пациентам может помочь использование в лечении ненаркотического опиоида. Данный препарат показан при хроническом болевом синдроме и в отличие от других препаратов не является наркотическим анальгетиком, не вызывает сильных побочных эффектов. Прием инновационного анальгетика помогает пациентам сохранить трезвость рассудка и избежать риска физического и психологического привыкания.

В ходе круглого стола, эксперты в своих докладах подчеркнули требования к работе врача-анестезиолога, отраженные в Приказе Минздрава России от 15.11.2012 N 919Н об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю анестезиология и реаниматология. Важно, что наблюдение за состоянием пациента осуществляется с момента подготовки к операции, во время операции и в послеоперационном периоде. Так же определена продолжительность наблюдения за пациентом в раннем послеоперационном периоде. Согласно Приказа Минздрава России от 15.11.2012 N 919Н пациент находится в палате пробуждения не более 6 часов, что иногда является недостаточным с точки зрения клинического подхода. Если стабилизация пациента, не наступает в указанный период времени, то врачи вынуждены переводить пациента в отделение реанимации, что влечет дополнительную нагрузку на врачей и ЛПУ.

ОИДД развивается в 85% случаев в течение первых 24 часов. Таким образом наблюдение за пациентом в палате пробуждения должно осуществляться в течение 24 часов после операции или пациент должен быть переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Если стационар не располагает ОРИТ, то появляются высокие риски несвоевременной диагностики и лечения дыхательной недостаточности, и как следствие осложнения, приводящие к дополнительным затратам в системе здравоохранения и повышающие внутрибольничную летальность. При госпитализации такого пациента в ОРИТ, также повышаются затраты в стационаре на проведенное лечение в виду высокой стоимости пребывания в указанном отделении.

В настоящее время в РФ доступен инновационный препарат, который способствует избеганию рассматриваемых осложнений и минимизирует затраты системы здравоохранения, так как не инициирует ОИДД и применение препарата позволяет избежать перевода пациента в ОРИТ.

Тирозил-D-аргинил-фенилаланил-глицин амид является ненаркотическим селективным $\mu 1$ -агонистом (фармакотерапевтическая группа «Прочие анальгетики и антипиретики») оказывает выраженное анальгетическое действие, не меньшее чем морфин и тримеперидин. Высокая специфичность препарата к $\mu 1$ -рецепторам обеспечивает выраженную анальгезию и оказывает минимальное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, отсутствие эйфорического действия, физического и психологического привыкания при многократном введении.

Необходимо разработать предложения о внедрении безопасного ненаркотического опиоидного обезболивания в формате региональных КСЛП и внести их в Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи регионов России

Мигрень является одной из самых распространённых форм головной боли. Большая распространённость, неуклонный рост заболеваемости у лиц молодого, трудоспособного возраста, а также трудности диагностики и терапии определяют огромный интерес к данной проблеме.

Согласно оценкам экспертов в настоящее время в России от мигрени страдает около 20% взрослого населения, у 6,8% (около 9,8 млн. человек) мигрень носит хронический характер, то есть проявляется ежедневной или почти ежедневной головной болью (более 15 дней в месяц на протяжении более 3 мес., из которых мигренозной головной боли соответствуют не менее 8 дней в месяц). Хроническая мигрень – заболевание, отличающееся значительным социально-экономическим бременем: в проведенном Колбиным А.С. и соавторами клинико-экономическом моделировании¹ на основе результатов опроса мнения экспертов с выборкой популяции 1 470 840 пациентов с хронической мигренью при текущем распределении применяемых терапевтических подходов затраты составили 444 918 119 377 руб.

Профилактическое лечение хронической мигрени направлено на уменьшение частоты приступов головной боли и считается эффективным, если в течение 3 месяцев терапии число дней с головной болью уменьшается на 50% и более от исходного уровня. Препаратами первого выбора являются топирамат, ботулинический токсин типа А – гемагглютинин комплекс, моноклональные АТ к CGRP или его рецептору.

Ботулинотерапия в профилактическом лечении хронической мигрени имеет самый высокий уровень доказательности эффективности (А), включена в действующие Клинические Рекомендации МЗ РФ «Мигрень» 2024 г., в «Стандарт медицинской помощи взрослым при мигрени (диагностика и лечение)» 2023 г., в Рекомендации российских экспертов по диагностике и лечению мигрени 2022 г., в Рекомендации российских экспертов по диагностике и лечению лекарственно-индуцированной головной боли 2022 г.

Российской Федерации тарифы ОМС по данной КСГ достаточны для осуществления ботулинотерапии пациентов, страдающих хронической мигренью

Так же отсутствие регистров пациентов данным заболеванием затрудняет планирование развития медицинских организаций и учреждений, предназначенных для лечения хронической мигрени и выделения федерального и регионального финансирования в достаточном объёме.

Исходя из вышеизложенного, в ходе работы круглого стола экспертами были выработаны следующие рекомендации:

¹ Колбин А.С., Наприенко М.В., Артеменко А.Р., Виллом И.А., Латышева Н.В., Проскурин М.А., Балыкина Ю.Е. Социально-экономическое бремя хронической мигрени в России // Качественная клиническая практика. — 2018. — №3.— С.26—44. DOI: 10.24411/2588-0519-2018-10049.

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. Провести экспертную оценку и масштабирование проекта «Безопасное и эффективное обезболивание у пациентов, с потребностью оформления юридических документов».
2. Рассмотреть проблему «Безопасное и эффективное обезболивание у пациентов, с потребностью оформления юридических документов» в рамках отдельных инициатив в субъектах государства и муниципальных организациях здравоохранения, реализующих пилотные проекты и технологии.
3. Подготовить и утвердить Приказ «Об утверждении нормативов для расчета потребности в ненаркотических опиоидных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения».
4. Способствовать условиям для налаживания регионального межведомственного взаимодействия.
5. Способствовать привлечению внимания к проблематике на различных площадках.
6. Рассмотреть возможность создания федерального регистра пациентов, страдающих хронической мигренью и погружения его в систему ЕГИСЗ.
7. Предусмотреть в разъяснениях о формировании и экономическом обосновании территориальных программ госгарантий использование данных регистра при расчете объемов оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хронической мигренью.
8. Рекомендовать ФФОМС разработать тариф для обеспечения помощи пациентам, страдающим хроническими мигренями и не находящимся на стационарном лечении

Министерству науки и высшего образования Российской Федерации совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации:

1. Подготовить учебные программы по проблеме лечения хронической мигрени для медицинских ВУЗов с целью улучшения качества подготовки студентов-медиков
2. Инициировать разработку специализированных программ по диагностике и лечению хронической мигрени для подготовки врачей в рамках системы последипломного образования
3. Проводить обучение специалистов по применению отечественных препаратов для ботулинотерапии в области хронической мигрени. Обучение должно иметь несколько ступеней: базовая (первичная) и углубленная (повышение квалификации для врачей ботулинотерапевтов, применяющих препараты БТА).

Федеральному фонду обязательного медицинского страхования:

1. Произвести пересчёт КСГ для оплаты лекарственной терапии при хронической мигрени для взрослых, при лечении с применением препаратов ботулинического токсина типа А - гемагглютинин комплекс в условиях дневного стационара исходя из фактических закупочных цен на лекарственные препараты с учетом затрат на введение препарата.
2. Утвердить тарифы оплаты ботулинотерапии профильным специалистам в рамках федерального финансирования оплаты труда медицинских работников.

Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций:

1. В виду появляющейся недостоверной информации о пользе и вреде ботулинотерапии в СМИ разработать программу работы с источниками сомнительных данных.

Территориальным фондам обязательного медицинского страхования, органам управления государственной системой здравоохранения субъектов Российской Федерации:

1. Разработать предложения о внедрении безопасного ненаркотического опиоидного обезболивания в формате региональных КСЛП и внести их в Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи регионов России

Департаменту здравоохранения Москвы, совместно с ФОМС г. Москвы:

1. Рассмотреть возможность увеличения тарифов на ботулинотерапию при хронической мигрени до уровня реальных затрат.

Профильным медицинским ассоциациям:

1. Разработать методические научно-информационные материалы в целях расширения практики применения препаратов для ботулинотерапии в профилактике хронической мигрени.
2. Разработать Программу внедрения в клиническую практику в т.ч. посредством проведения научно-информированных мероприятий для врачей и пациентов по хронической мигрени.