

2. Сычев Д. А., Казаков Р. Е., Отделенов В. А. и др. Прикладные аспекты применения фармакогенетического тестирования для персонализации применения пероральных антикоагулянтов в российских // РФК. – 2013. – № 5. – С. 525–531.
3. Михин В. П., Дюмина Н. В., Колтунова Т. Ю. и др. Дисфункция сосудистого эндотелия и методы ее коррекции цитопротекторами // Поликлиника. – 2008. – № 5. – С. 52–55.
4. Veerasamy M., Bagnall A. Endothelial Dysfunction and Coronary Artery Disease: A State of the Art Review // *Cardiol. Rev.* – 2015. – Vol. 23 (3). – P. 119–129.
5. Rader D. L. Inflammatory marker of coronary risk // *N. Engl. J. Med.* – 2000. – Vol. 343. – P. 1179–1182.
6. Акимцева Е. А., Котовицкова Е. Ф. Маркеры эндотелиальной дисфункции как предикторы развития тромбозов коронарных стентов // *Медицинские науки.* – 2012. – № 8. – С. 271–273.
7. Ross R. Atherosclerosis – an inflammatory disease // *N. Engl. J. Med.* – 1999. – Vol. 340. – P. 115–126.
8. Bushardt R. L., Massey E. B., Simpson T. W., et al. Polypharmacy: misleading, but manageable // *Clin. Interv. Aging.* – 2008. – Vol. 3 (2). – P. 383–389.
9. URL:<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm172268.htm> Access date: 02.04.2012

КОНЦЕПЦИИ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

М. Ф. Микаэлян, В. Л. Аджиенко

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России

В России, как и во всем мире, на протяжении последних десятилетий стабильно растет число больных, перенесших инфаркты, операционные вмешательства, травмы, имеющих онкологические заболевания, ВИЧ-инфекции и др.

Все эти патологии сопряжены с острой или хронической болью, требующей анальгезии наркотическими лекарственными препаратами (НЛП). Особую медико-социальную проблему составляет хронический болевой синдром (ХБС) с длительным (или пожизненным в терминальной стадии заболевания) применением указанных препаратов. Примерно, каждый пятый житель страны испытывает персистирующую боль. Основными структурообразующими классами патологий, сопровождающихся хронической болью, являются скелетно-мышечные заболевания (преимущественно ревматоидные артриты и остеоартрозы) – около 40 %; дорсопатии (30 %) и онкология 2–3 % [2].

Чрезвычайно важной задачей для российского здравоохранения является помощь инкурабельным онкологическим больным, качество жизни которых имеет крайне

низкий уровень, связанный с прогрессированием ХБС. На 2013 г. в России было зарегистрировано свыше 3 млн больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО).

Ежегодно выявляется около 500 тыс. новых случаев ЗНО, умирает, примерно, 300 тыс. человек взрослых и 1 тыс. детей в возрасте до 19 лет. Количество онкобольных, нуждающихся в наркотических анальгетиках, составляет около 1,5 млн человек, при этом ежесекундно требуют обезболивания 400 тыс. пациентов.

При существующей потребности в НЛП около 80 % больных, которым необходима была сильная анальгезия, уходят из жизни с нелеченой болью. Длительность лечения НЛП в среднем составляет от месяца до года с различными вариациями в тактике лечения [1].

Еще одним важным аспектом является учет количества больных с ХБС. Истинное число таких больных может быть существенно выше, поскольку многие из них длительно получают неопиодные анальгетики, «малые» наркотики или анальгетик, влияющий на опиоидные рецепторы – трамадол.

В настоящее время в РФ отсутствуют: полноценная система учета больных с сильной болью, единые стандарты ее лечения и специальная документация.

Лечение инкурабельных больных представляет собой трудную задачу, требующую многостороннего подхода, часто включающего не только средства основной терапии, но и адьювантной. В настоящее время, согласно международным и европейским стандартам, во многих странах мира для пациентов, нуждающихся в длительном или пожизненном лечении, применяются инновационные формы обезболивания, такие как: индивидуально носимые помпы; аппараты для дозированного введения; различные блокады нервов; эпидуральное или субарахноидальное ведение опиоидов; химический нейролизис; введение препаратов в миофасциальные триггерные пункты; различные вегетативные блокады; PCA (Patient Control Analgesia) – анальгезия, контролируемая пациентом. Если же имеется локальное опухолевое поражение, то используются проводниковая анестезия, длительная помповая инфузия или эпидуральный катетер. Среди хирургических методов применяются хордо- и ризотомии, микрохирургические методы [2].

Однако до сих пор Россия находится среди стран, в которых проводится неадекватное обезболивание. Это обусловлено множественными факторами (правовыми, социальными, финансовыми и др.), тем не менее, в результате такого подхода к анальгезии формируются тяжелые формы ХБС, требующие длительного, часто комбинированного и дорогостоящего лечения. Учитывая, что доминирующая часть пациентов с ХБС имеет право на льготное и бесплатное обезболивание, а некоторые из них госпитализируются в специализированные отделения стационаров или хосписы, то терапия осложненных форм ложится дополнительным бременем на бюджет страны.

На протяжении многих лет у нас продолжают применять наркотические анальгетики преимущественно в инъекционном виде (морфин, промедол, фентанил и омнопон) и крайне мало используют пролонгированные неинвазивные лекарственные формы, особенно в педиатрической практике, где для детей до 2 лет вообще отсутствуют детские

формы и дозировки. Это значительно ограничивает возможности полноценной анальгезии, в то время как экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) разработаны основные принципы противоболевой терапии, включающие индивидуальный подход к выбору эффективной дозы, использование неинвазивных пролонгированных форм, начало терапии с «малых» наркотиков и далее – вверх по «анальгетической лестнице», а также введение препаратов только по «по часам», не дожидаясь вновь возникновения боли. Широкое применение инвазивных лекарственных форм в нашей стране дало основание ВОЗ (по результатам совместных международных исследований) внести Россию в «черный список» стран, где не соблюдаются цивилизованные нормы обезболивающей терапии [4].

Принципы ВОЗ очень долго отвергались отечественной медициной, особенно в части применения таблетированных форм морфина и, прежде всего, у детей из-за опасения возникновения наркозависимости. Но в России морфин короткого действия доступен только в форме инъекций, что делает процесс обезболивания менее качественным, так как требуется введение необходимых доз до 6 раз в сутки. К этому следует добавить увеличение финансовой нагрузки на здравоохранение по обучению персонала или самих родственников правилам введения наркотических средств, вызовам неотложной помощи, созданию определенных условий, дополнительному расходному материалу (шприцы, вата, асептические растворы) и т. д. В конечном итоге мучительные манипуляции часто приводят к отказу от обезболивания.

Исходя из этого, ФГБУ «ФНИМЦ им. П. А. Герцена» Минздрава России в 2015 г. были разработаны методические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома в соответствии с рекомендациями ВОЗ и международными рекомендациями по паллиативной помощи, в основу которых положена 3-ступенчатая фармакотерапия преимущественно неинвазивными формами опиоидов. Данная терапия должна применяться, как на амбулаторно-поликлиническом, так и стационарном этапах лечения вне зависимости от стадии заболевания [5].

В настоящее время «сильные» опиоиды применяются в виде следующих неинвазивных лекарственных форм:

1. Трансдермальные терапевтические системы (ТТС):

– фентанил (Фендивия, Фентадол Матрикс, Фентадол Резервуар, Дюрогезик Матрикс) – пластыри с различной дозировкой 12,5; 25; 50; 75 и 100 мкг/ч (1 пластырь на 3 дня);

– бупренорфин (Транстек) – пластыри 35 мкг/ч, 52,5 мкг/ч или 70 мкг/ч (3–4 дня).

2. Таблетки пролонгированного действия:

– дигидрокодеин (ДГК Континус) – 60, 90, 120 мг;

– морфина сульфат (МСТ континус) – 10, 30, 60, 100 мг;

– оксикодон + налоксон (Таргин) – 5 мг/2,5 мг; 10 мг/5 мг; 20 мг/10 мг; 40 мг/20 мг;

– тампентадол (Палексия) – 50 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 250 мг.

3. Капсулы пролонгированного действия:

– морфина сульфат (Морфина сульфат) – 10, 30, 60, 100 мг.

4. Таблетки сублингвальные или защечные:

– пропионил фенилэтокси-этилперидин (Просидол) – 20 мг;

– фентанил (Луналдин) – 100, 200, 300, 400, 600, 800 мкг;

– бупренорфин + налоксон.

Анализ отечественного фармацевтического рынка показал, что Транстек в 2016 г. зарегистрирован в России, но отсутствует на рынке, ДГК континус не поставляется в страну, Луналдин представлен всего в двух дозировках, Таргин и Палексия являются пока неизвестными для врачей препаратами, вследствие чего они практически не назначаются, Просидол применяется очень ограниченно, а бупренорфин + налоксон до сих пор не прошел регистрацию.

Кроме того, за рубежом разработаны специальные детские лекарственные формы морфина короткого действия (сиропы, капли, растворы для приема внутрь). Для России и этот вопрос пока остается открытым. В настоящее время проводится разработка, регистрация и внедрение в производство ФГУП «Московский эндокринный завод» препаратов морфина короткого действия для детей: морфина гидрохлорид, таблетки, покрытые оболочкой 5, 10, 20 мг; морфина сульфат 20 мг/мл 20 мл, капли для приема внутрь; морфина сульфат 10 мг/5 мл и 100 мг/5 мл, раствор для приема внутрь, однодозные флаконы. В перспективе предусмотрено расширение линейки неинвазивных анальгетиков центрального действия.

По отчетам Минздрава РФ, заканчивается регистрация опиоидного анальгетика подъязычного применения. Но выход данных лекарственных форм на отечественный фармацевтический рынок и внедрение в медицинскую практику предполагается не ранее 2018 г., а это значит, что до этого времени у детей будут применяться только инъекционные формы.

С целью повышения качества анальгетической терапии Минздравом РФ было поручено ввести дополнительные образовательные программы учебного модуля «Терапия острой и хронической боли».

Все вышесказанное свидетельствует о том, что проблемы доступности лечения современными лекарственными формами взрослых и детей должны рассматриваться в комплексе и включать в себя широкий спектр вопросов, необходимых для скорейшего их разрешения. Только всесторонний подход к изучению клинических проявлений боли сможет помочь решить злободневную задачу времени – избавление людей от мучительных страданий и повышение качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 г. (заболеваемость и смертность) / Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М., 2015. – 250 с.
2. *Корячкин В. А.* Организация лечения хронического болевого синдрома. Стандарты и рекомендации. – СПб.: Медицинская литература: ЭЛБИ-СПб. – 2016. – 144 с.
3. Практические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у онкологических больных / Г. Р. Абузарова, Л. М. Когония, В. Б. Ларионова и др. // Злокачественные опухоли. – М., 2015. – № 4 (спец. вып.). – С. 417–428.

4. Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. – М.: Практическая медицина, 2014. – 208 с.

5. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях. Методические рекомендации. – М., 2015. – 46 с.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ (КСГ) КАК НОВЫЙ МЕТОД ОПЛАТЫ СТАЦИОНАРНОЙ И СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

М. В. Авксентьева, С. К. Салахутдинова

**Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте РФ;**

Представительство Всемирного банка в России

С 2012 г. в Российской Федерации осуществляется внедрение клинико-статистических групп (КСГ) как метода оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи. КСГ – это классификация стационарных случаев в группы, однородные с точки зрения клинической практики и сходные по средней ресурсоемкости. Каждая КСГ включает в себя случаи со схожими клиническими характеристиками и схожей ресурсоемкостью, то есть средней стоимостью, структурой затрат и набором используемых клинических ресурсов.

Подобные КСГ классификации обозначаются и другими терминами, такими как клиничко-затратные группы (КЗГ) или диагностически родственные группы (ДРГ, от англ. diagnostic-related groups, DRG). Общим англоязычным термином, объединяющим подобные классификации, является «case-mix» – «смесь случаев» в буквальном переводе, но наиболее известен термин DRG. Так называется первая модель классификации случаев госпитализации в сходные по ресурсоемкости группы, которая была разработана в Йельском университете в США, внедрена в системе Медикейд и используется до сих пор, систематически обновляясь. В настоящее время КСГ применяются для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях во многих странах мира, что обусловлено их высоким управленческим потенциалом, а именно возможностью на их основе

стимулировать медицинские организации к повышению эффективности расходования ресурсов [1].

В РФ принято следующее определение КСГ: «группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)». С начала внедрения системы обязательного медицинского страхования (ОМС) специалистами поднимался вопрос об оплате стационаров на основе аналогичных ДРГ систем.

Тем не менее такого решения принято не было и вплоть до недавнего времени в субъектах РФ применялись различные методы платы медицинской помощи. Решение о разработке единой модели для всей страны было принято только в 2012 г. Программой государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. был предложен способ оплаты медицинской помощи в стационарных условиях за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе КСГ. С 2015 г. на оплату по КСГ переводятся и дневные стационары [2, 3].

Ежегодно Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) с 2012 г. готовятся рекомендации по формированию