



КАПИТАЛ

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Сопровождающая и поддерживающая терапия - законное право онкопациента и обязанность врача-онколога

Правильность выбора методов лечения статьей 2 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отнесена к характеристикам качества медпомощи. Пациент вправе быть информирован о необходимости соблюдения правильности выбора методов лечения, несоблюдение которого является признаком нарушения права пациента на надлежащее качество медпомощи.

Пациенты онкологических диспансеров и клиник вправе знать, что Законом РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» с 2019 года установлена обязательность исполнения онкологами клинических рекомендаций, утвержденных Ассоциацией онкологов России (АОР) в 2014-2018 годах, к которым относятся клинические рекомендации АОР по сопровождающей и поддерживающей терапии.

Отказ врача онколога от выполнения в полном объеме требований клинических рекомендаций АОР по сопровождающей и поддерживающей терапии расценивается в системе ОМС как дефект онкологической помощи.

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.

Пациент вправе знать: выполнение в полном объеме требований клинических рекомендаций АОР по сопровождающей терапии будет единственно правильным исполнением обязательств, предусмотренных статьей 401 Гражданского Кодекса (ГК) РФ – той необходимой степенью заботливости и осмотрительности, какая требуется от врача-онколога для надлежащего исполнения обязательств по всестороннему ведению его онкопациента.

1. Пациент вправе знать, что имеет право на бесплатную профилактику тошноты и рвоты при получении химиотерапии. Поводом для обращения пациента в страховую медицинскую организацию и суд является игнорирование онкологом требований 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. Каждому пациенту, получающему химиотерапию, онколог обязан определить риск возникновения тошноты и рвоты – так называемый «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. Каждому пациенту, получающему химиотерапию, онколог обязан назначить профилактическую терапию, исходя из эметогенности режима ХТ (схемы приведены в Клинических рекомендациях).

3. Каждому пациенту, получающему химиотерапию, онколог обязан назначить лечение в случае развития тошноты и рвоты на фоне профилактической терапии.

4. Онколог обязан внести изменения в профилактическую терапию тошноты/рвоты на последующих циклах химиотерапии.

II. Пациент вправе знать, что имеет право на бесплатную профилактику тромбоэмболических осложнений в соответствии с требованиями Клинических рекомендаций АОР «Тромбоэмболические осложнения у онкологических больных» (2014), которыми установлено: *«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. Каждому пациенту, получающему химиотерапию, онколог обязан определить риск венозных тромбоэмболических осложнений.

2. Каждому пациенту, получающему химиотерапию, онколог обязан рассказать о факторах риска венозных тромбоэмболических осложнений: - 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 $> 350 \times 10^9/\text{л}$; количество лейкоцитов $> 11 \times 10^9/\text{л}$; - $\text{Hb} < 100 \text{ г/л}$; - назначение эритропоэтина: признаки гиперкоагуляции - фибриноген $> 400 \text{ мг/мл}$, Д-димер $> 0,5 \text{ мкг/мл}$.

3. Каждому пациенту, получающему химиотерапию, онколог обязан назначить антитромботическую профилактику при назначении системной химиотерапии и гормонотерапии **при наличии у пациента 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 $> 350 \times 10^9/\text{л}$; количество лейкоцитов $> 11 \times 10^9/\text{л}$; - $\text{Hb} < 100 \text{ г/л}$; - назначение эритропоэтина: признаки гиперкоагуляции - фибриноген $> 400 \text{ мг/мл}$, Д-димер $> 0,5 \text{ мкг/мл}$.

4. Если пациент, который имеет дополнительные факторы риска, не получает антитромботическую профилактику, то он вправе обратиться в страховую медицинскую организацию и суд.

III. Пациент вправе знать, что имеет право на бесплатное лечение анемии и снижения уровня лейкоцитов при получении химиотерапии:

1. Каждому пациенту, получающему химиотерапию, онколог обязан определить риск возникновения анемии и риск развития снижения уровня лейкоцитов менее $1 \times 10^9/\text{л}$.

2. Каждому пациенту, получающему химиотерапию, при возникновении анемии или снижения уровня лейкоцитов ниже $1 \times 10^9/\text{л}$ должен быть рассмотрен вопрос о назначении поддерживающей терапии.

Применение лекарственных препаратов для стимуляции эритропоэза считается целесообразным у больных с умеренной анемией (концентрация гемоглобина менее 100 г/л), получающих химиотерапию, при наличии симптомов анемии или для предотвращения дальнейшего снижения концентрации гемоглобина, а также у больных с быстро снижающейся концентрацией гемоглобина вследствие химиотерапии.

Пациент вправе получить информацию о назначении режима химиотерапии, сопровождающегося риском развития фебрильной нейтропении более 20%, который является показанием для назначения ее профилактики.

IV. Пациент вправе знать, что имеет право на бесплатную профилактику кардиоваскулярной токсичности, индуцированной химиотерапией и таргетными препаратами. Врач онколог обязан осуществлять бесплатный Мониторинг кардиотоксичности (ЭхоКГ, ЭКГ, Тропонин I, натрийуретический пептид В-типа), отказ от выполнения которого 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».*

V. Пациент вправе знать, что имеет право на бесплатную остеомодифицирующую терапию при выявлении метастазов опухоли в кости: «Основой успешного лечения метастазов в кости является эффективная противоопухолевая лекарственная терапия (химио-, гормоно- или таргетная) в комбинации с хирургическими и/или лучевыми методами. Остеомодифицирующие препараты являются средством поддерживающей терапии и должны назначаться в дополнение к основному лечению». К остеомодифицирующим агентам относятся: бисфосфонаты – золедроновая кислота и моноклональные антитела – деносумаб.

Пациент вправе знать, что терапию остеомодифицирующими агентами следует начинать сразу же после выявления метастазов в костях, даже при отсутствии клинических симптомов.

Пациент вправе знать, что перед каждым введением золедроновой кислоты необходим контроль уровня креатинина: при клиренсе креатинина менее 30 мл/мин золедроновая кислота не вводится. Длительность внутривенной инфузии золедроновой кислоты - не менее 15 минут.

Пациент вправе знать, что деносумаб (моноклональное антитело) в первую очередь следует назначать пациентам:

- с нарушением функции почек по клиренсу креатинина;
- с наличием болевого синдрома;
- с множественными метастазами (>2) солидных опухолей;
- с преимущественным поражением осевого скелета (позвоночник, кости таза);
- с существующей угрозой патологического перелома;
- при отсутствии адекватного венозного доступа.

VI. Пациент вправе знать, что имеет право на бесплатный мониторинг четырех степеней гепатотоксичности химиотерапии (исследование уровней активности щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), уровней билирубина, альбумина и МНО), а также на профилактику гепатотоксичности химиотерапии.

Пациент вправе знать, что развитие гепатотоксичности может привести к необходимости снижения (редукции) дозы химиопрепаратов в зависимости от уровня общего билирубина и уровней активности трансаминаз (АлАТ и АсАТ).

Пациент вправе знать, что при развитии гепатотоксичности следующие препараты требуют обязательной редукции дозы: Доцетаксел, Эрлотиниб, Гемцитабин, Иматиниб, Иринотекан, Паклитаксел, Сорафениб, Топотекан, Винорельбин.

VI. Онкопациент вправе обратиться с требованием о немедленном восстановлении его нарушенных законных прав к страховому представителю СМО, на которого возлагаются задачи по восстановлению нарушаемых прав пациента, который должен способствовать неукоснительности выполнения онкологом всех мер сопровождающей терапии.