

DOI: <https://doi.org/10.17650/1818-8346-2024-19-2-147-148>

Для цитирования: Резолюция по итогам региональной конференции по множественной миеломе «Современный взгляд на терапию пациента с множественной миеломой в реальной клинической практике». 21 февраля 2024 г., Иркутск. Онкогематология 2024;19(2):147–8. DOI: <https://doi.org/10.17650/1818-8346-2024-19-2-147-148>

For citation: Resolution on the results of the regional conference “Modern view of the multiple myeloma patient treatment in real clinical practice”. February 21, 2024, Irkutsk. Onkogematologiya = Oncohematology 2024;19(2):147–8. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17650/1818-8346-2024-19-2-147-148>

Резолюция по итогам региональной конференции по множественной миеломе «Современный взгляд на терапию пациента с множественной миеломой в реальной клинической практике». 21 февраля 2024 г., Иркутск

Resolution on the results of the regional conference “Modern view of the multiple myeloma patient treatment in real clinical practice”. February 21, 2024, Irkutsk

21 февраля 2024 г., Иркутск

Во время региональной конференции «Современный взгляд на терапию пациента с множественной миеломой в реальной клинической практике» была затронута важная тема, посвященная болевому синдрому. С докладами о проблемах болевого синдрома выступили Али Мурадович Мудунов, Максим Бокманович Пак и Вадим Евгеньевич Груздев.

Около 90 % всех заболеваний связано с болью, лидерами среди них являются злокачественные новообразования. Докладчики отметили, что болевой синдром наблюдается у 24–60 % пациентов в процессе лечения злокачественных новообразований и у 62–86 % больных с распространенными или метастазирующими формами заболевания. Многочисленные исследования, проведенные в разных странах, выявили недостаточную аналгезию в раннем послеоперационном периоде почти у 50 % больных. Частота хронической боли, возникающей в результате хирургического вмешательства и неадекватного лечения острой послеоперационной боли, достигает 30–70 %. Хроническая боль оказывает серьезное негативное влияние на качество жизни человека и создает существенную финансовую нагрузку на общество.

Борьба с болью является одной из важных задач в послеоперационном периоде. Для ее решения В.Е. Груздев предлагает изменить качественную наполняемость схемы обезболивания (опиоидсберегающие технологии), использовать нейрохирургические, регионарные и нейроаксиальные методы с применением современных инструментов навигации (ультразвуковое исследование, компьютерная томография), а также изменить подходы к получению обезболивающих препаратов после операции (не спотыкаться о «ступени лестницы» Всемирной организации здравоохранения).

Тафалгин® (тирозил-D-аргинил-фенилаланил-глицин амид) — инновационный отечественный препарат для терапии интенсивной боли с управляемым профилем безопасности. Это высокоспецифичный агонист

μ1-опиоидных рецепторов и антагонист кальциевых каналов N-типа (нарушает межнейронную передачу болевых импульсов на различных уровнях центральной нервной системы). Фармакотерапевтическая группа Тафалгина® — прочие анальгетики и антипиретики.

По мнению докладчика, использование Тафалгина® на современном этапе можно описать в следующих тезисах:

- Перспективность применения Тафалгина® в качестве средства для лечения прорывной боли в составе схем обезболивания, принятых в клинике, не вызывает сомнения.
- Применение Тафалгина® как средства «спасения» при инициации антиноцицептивной терапии интенсивного хронического болевого синдрома позволяет быстро и комфортно ввести пациента в рамки противоболевого протокола.
- «Ротация опиоида» в схеме лечения опиоидной зависимости — возможная ниша данного препарата.

М.Б. Пак сообщил, что частота возникновения сильной боли у пациентов с опухолями головы и шеи превосходит таковую при опухолях других локализаций. У трети пациентов боль является первым признаком заболевания, к моменту постановки диагноза уже половина пациентов испытывают боль. Противоопухолевая терапия зачастую не только не приносит облегчения, а, наоборот, может усугубить боль, что снижает приверженность пациента к лечению и, соответственно, ухудшает прогноз. Часть пациентов, находящихся в стадии ремиссии, продолжают испытывать боль как последствие проведенного противоопухолевого лечения.

Необходимо, чтобы подобранное обезболивающее лечение было доступно как на стационарном, так и на амбулаторном этапе.

А.М. Мудунов отметил высокую значимость болевого синдрома у онкологических больных. По данным метаанализа 52 исследований, более половины онкологических пациентов испытывают боль. Частота боли выше у пациентов с опухолями головы и шеи (>70 %). В настоящее время к принципам терапии боли относятся ступенчатый выбор анальгетиков, индивидуальный подбор их доз «по нарастающей», прием «по часам», а не по требованию больного, активное применение адъювантов, а также приоритетное использование малоинвазивных форм лекарственных препаратов.

Тафалгин® эффективен при болевом синдроме, обусловленном любым противоопухолевым лечением (химиотерапия, лучевая терапия, гормонотерапия, хирургические вмешательства, фотодинамическая терапия). Дозу препарата следует подбирать индивидуально до достижения адекватного обезболивания. Режим дозирования зависит от интенсивности боли и переносимости препарата. Оптимальный режим дозирования — введение препарата Тафалгин® по 4 мг 2–3 раза в сутки.

Али Мурадович Мудунов обратил внимание, что Тафалгин® имеет ряд значимых преимуществ и возможностей назначения:

- применяется для лечения выраженной и умеренной боли при злокачественных новообразованиях у пациентов с ожидаемой высокой продолжительностью жизни;
- применяется при неэффективности и непереносимости нестероидных противовоспалительных препаратов, плохой переносимости опиоидных анальгетиков;
- не вызывает физического и психологического привыкания;
- не влияет на трансформацию химиотерапевтических препаратов в печени и почках;
- может использоваться у пациентов с ороральной болью (мукозит, злокачественное новообра-

зование ротоглотки и др.), которые не могут принимать пероральные анальгетики;

- применяется при неэффективности фентанила (кахексия, гипертермия, гипергидроз, синдром гиперкортицизма, у пациентов преклонного возраста, у которых диффузия через кожу из трансдермальных терапевтических систем затруднена).

В настоящее время Тафалгин® не входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, что обуславливает целесообразность обеспечения пациентов данным препаратом на региональном уровне. В дискуссии специалисты Иркутского региона высказали предложение рассмотреть обеспечение пациентов, нуждающихся в назначении препарата Тафалгин®, на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», который предусматривает меры медико-социальной помощи.

Со стороны медицинского сообщества поступило обращение обеспечить пациентов препаратом Тафалгин® (4 мг № 10 инъекции) согласно заявлениям, на основании Приказа от 15 марта 2013 г. № 37-мпр Минздрава Иркутской области «Об обеспечении граждан Российской Федерации, проживающих на территории Иркутской области, лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания, не входящими в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренными соответствующей клинической рекомендацией, в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинских организаций, расположенных на территории Иркутской области, за счет средств областного бюджета» с приложением регистра пациентов.

Участники экспертного совета:

Зейналова Первин Айдыновна, д.м.н., профессор, заместитель директора онкологического центра, заведующая отделением онкогематологии Клинического госпиталя «Лапино» группы компаний «Мать и дитя», профессор кафедры онкологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (Москва)

Мудунов Али Мурадович, д.м.н., профессор Российской академии наук, президент Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи, председатель Проблемной комиссии по опухолям головы и шеи при Российской академии наук, заместитель главного редактора журнала «Опухоли головы и шеи», заведующий отделением опухолей головы и шеи онкологического центра Клинического госпиталя «Лапино» группы компаний «Мать и дитя» (Москва)

Пак Максим Бокманович, к.м.н., онколог-хирург отделения опухолей головы и шеи онкологического центра Клинического госпиталя «Лапино» группы компаний «Мать и дитя» (Москва)

Груздев Вадим Евгеньевич, к.м.н., заведующий отделением анестезиологии-реанимации онкологического центра Клинического госпиталя «Лапино» группы компаний «Мать и дитя» (Москва)