



Анемия злокачественного
новообразования.
Что о ней знают и как ее лечат в
России.



Снеговой Антон Владимирович

ЧТО ЗНАЕМ

АНЕМИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ.

«Дефицитные» анемии

связанные с недостаточностью железа (включая постгеморрагические) или витамина В12, иногда – фолиевой кислоты

Анемии хронических заболеваний, включая анемию злокачественного новообразования

сопровождают длительно текущие опухолевые, аутоиммунные и инфекционно-воспалительные заболевания. Часто провоцируются основным лечением (химиотерапия, химиолучевая терапия)

**Осложнение
противоопухолевой терапии
и токсическое действие
опухоли**

- Супрессия костного мозга (химиотерапия, лучевая терапия)
- Угнетение выработки эндогенного эритропоэтина цитокинами

«Гематологические» анемии

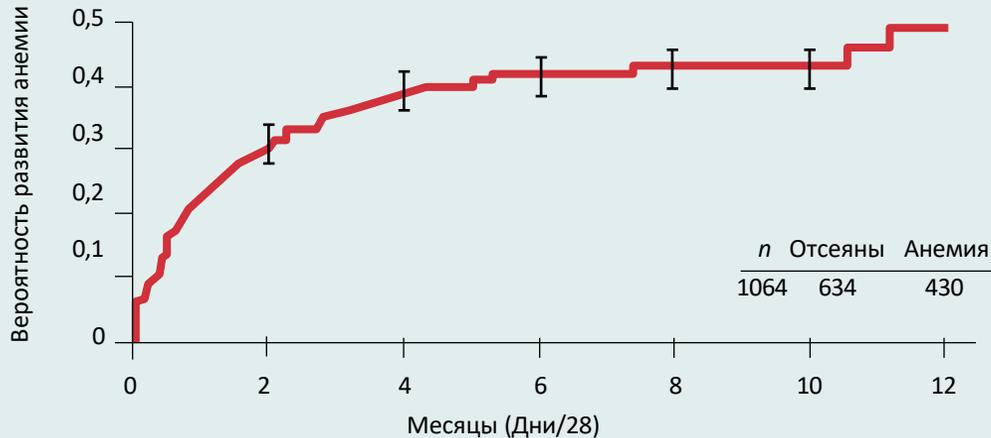
Вызванные замещение ткани костного мозга опухолевыми гематологическими клетками и гемолитические анемии. Основное лечение (химиотерапия, химиолучевая терапия) «лечит» анемию.

ЧТО ЗНАЕМ

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ХТ И РИСКОМ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ

ХТ является одной из важнейших причин развития анемии у онкологических пациентов. Кроме того, имеется прямая связь между дозой и длительностью ХТ и развитием анемии

Частота развития анемии средней и тяжелой степени после начала ХТ2



- Данные ретроспективного анализа распространенности анемии ($Hb \leq 120$ г/л)², проведенного во Франции.
- Пациенты с колоректальным раком, раком молочной железы, легких, яичников, болезнью Ходжкина, НХЛ, получавшие ХТ неплатиновыми препаратами в течение более 3-х циклов или 3 месяцев (N=1 064 чел.)

ДЛИТЕЛЬНАЯ ХТ УВЕЛИЧИВАЛА РИСК РАЗВИТИЯ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

ХТ – химиотерапия; ЛТ – лучевая терапия; НХЛ – неходжкинская лимфома

1. Spivak JL, et al. Oncologist. 2009;14:43-56; 2. Coiffier B, et al. Eur J Cancer. 2001;37(13):1617-1623.

ЧТО ЗНАЕМ

АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПЛОХИМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

ПРИ ТЕРАПИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО



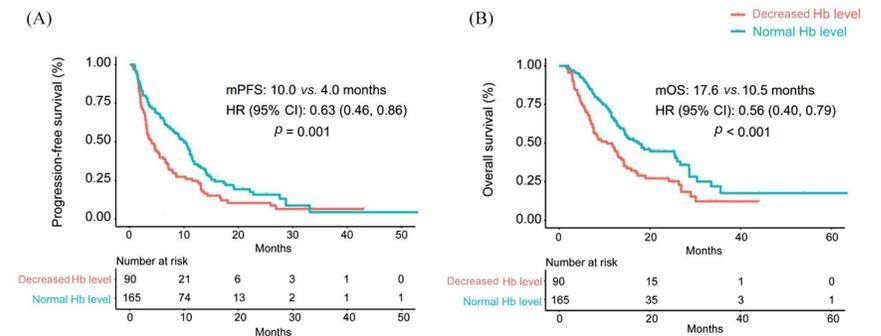
Zang et al. (2020)
Когортный анализ



310 пациентов
с метастатическим
немелкоклеточным
раком легкого,
получавших ИКТИО
в период с января
2015 г. по март 2019 г.

Медиана времени до прогрессирования (mPFS): 10.0 мес.
(в группе пациентов без анемии) vs. **4.0 мес.** (в группе пациентов с анемией), HR (95% CI): 0.63 (0.46, 0.86) $p = 0.001$
Медиана общей выживаемости (mOS): 17.6 мес.
(в группе пациентов без анемии) vs. **10.5 мес.** (в группе пациентов с анемией), HR (95% CI): 0.56 (0.40, 0.79) $p < 0.001$

Нормальная концентрация $Hb \geq 110g/l$ до лечения, благоприятный прогностический маркер у пациентов с мНМРЛ, получавших ИКТИО



Pembrolizumab, Nivolumab, Atezolizumab, Durvalumab

ЧТО ЗНАЕМ

ПРИМЕНЕНИЕ ЭРИТРОПОЭЗСТИМУЛИРУЮЩИХ СРЕДСТВ (ЭПО) У ПАЦИЕНТОВ РАКОМ ЛЕГКОГО СНИЖАЕТ СМЕРТНОСТЬ.

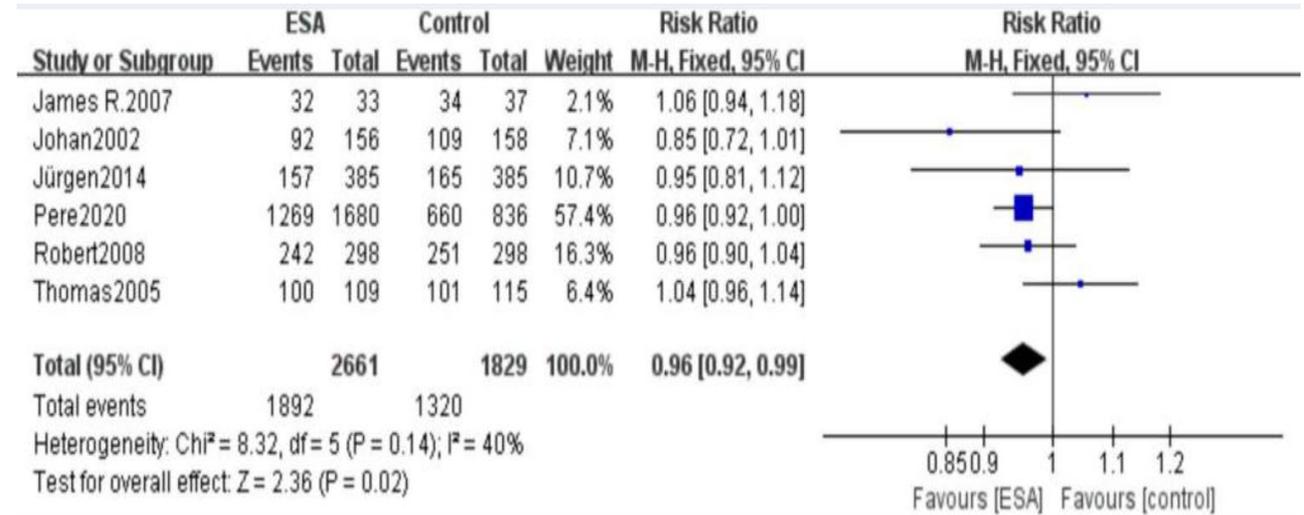
Tong Z и соавторы (2024г) Метаанализ 8 исследований с общим размером выборки 4240 пациентов раком легких.

- 2548 пациентов в группе ЭСП
- 1692 пациентов в контрольной группе.

Результат:

Общий риск смертности был ниже в группе ЭСП по сравнению с контрольной группой (RR= 0,96; 95% CI: 0,92–0,99; p = 0,02)

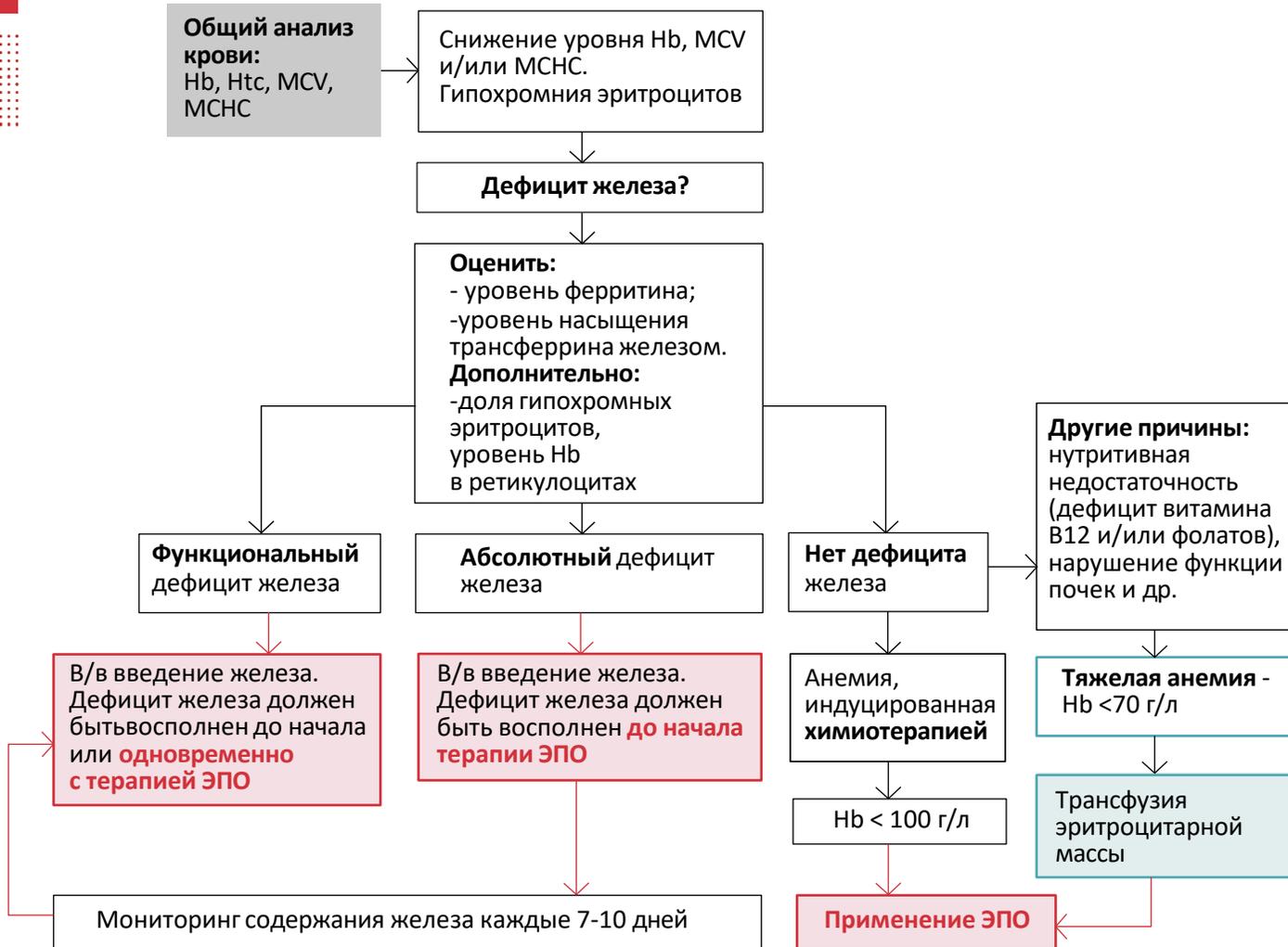
После исключения исследования Pere 2020 с самой большой выборкой пациентов (1680 в группе ЭСП и 860 в группе плацебо) разница в риске смертности между группами стала статистически незначимой (RR = 0,99; 95% CI: 0,92–1,06; p = 0,69).



Вывод: Применение ЭПО для лечения анемии у пациентов раком лёгких может снижать риск смерти.

ЧТО ЗНАЕМ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ МЗ РФ – ДОКУМЕНТ, ПОДРОБНО ОПИСЫВАЮЩИЙ ДИАГНОСТИКУ, ЛЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ



Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови, развернутый с определением гематокрита, ретикулоцитов (при установлении диагноза, контрольных исследованиях)	Да/нет
2.	Выполнено определение уровня железа в сыворотке крови, исследование уровня ферритина в крови, исследование насыщения трансферрина железом при подозрении на дефицит железа (при установлении диагноза)	Да/нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование при подозрении на развитие внутреннего кровотечения (в зависимости от предполагаемой локализации источника кровотечения)	Да/нет
4.	Выполнено эндоскопическое исследование при подозрении на развитие внутреннего кровотечения (в зависимости от предполагаемой локализации источника кровотечения)	Да/нет
5.	Выполнено рентгенологическое исследование при подозрении на развитие внутреннего кровотечения (в зависимости от предполагаемой локализации источника кровотечения)	Да/нет
6.	Выполнена трансфузии эритроцитсодержащих компонентов крови при гемоглобине крови ниже 70 г/л или при клинических признаках анемической гипоксии (при отсутствии противопоказаний)	Да/нет
7.	Выполнена терапия эритропоэстимулирующими препаратами при гемоглобине крови ниже 100 г/л или клиническими признаками анемической гипоксии (при отсутствии противопоказаний)	Да/нет
8.	Выполнена терапия препаратами железа при железодефицитной анемии	Да/нет

ЭРИТРОПОЭТИНЫ – ПРЕПАРАТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА – ПРИ УСТАНОВЛЕННОМ ДЕФИЦИТЕ.

КАК ЛЕЧИМ

ТЕКУЩАЯ ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНЕМИИ ЗНО В РЕГИОНАХ

Лечение в круглосуточном стационаре

- **Число случаев лекарственного обеспечения в стационарных условиях и процент от общего числа зафиксированных случаев по кодам МКБ - доля случаев обеспечения лекарственными препаратами составила менее 1%.**

Лечение пациентов в амбулаторных условиях

- **Проводится лечение железодефицитного состояния малоэффективными таблетированными препаратами железа без патогенетического лечения эпоэтинами**
- **Медиана затрат на обеспечение 1 пациента в амбулаторных условиях с анемией при ЗНО составили:**
 - **6 452 тыс. руб/курс- препаратами железа (69,8% пациентов)**
 - **2 792 тыс. рублей/курс – эпоэтинами (30,2% пациентов)**

ВЫВОД

НЕДОСТАТОК ОПЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Дневной стационар
Профиль гематология

Ds05.001
Болезни крови (уровень 1)
КЗ – 0,91

Круглосуточный стационар
Профиль гематология

St05.001
Анемии (уровень 1)
КЗ - 0,94

1

Нет возможности одновременного лечения анемии с ХТ/ХЛ

2

Нет возможности лечить «Анимию онкологического генеза» у онкологов

3

Нет возможности применения КСЛП для лечения «Анемии онкологического генеза»

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

При оказании медицинской помощи пациентам с анемией ЗНО

- Диагностика и лечение (преимущественно в амбулаторном звене) не соответствует КР
- Средняя стоимость законченного случая превышает норматив финансовых затрат



Предложения

- Внести изменения в систему оплаты - увеличение финансирования случаев лечения анемии за счет разработки КСЛП.
- Увеличить просветительную работу среди врачей-терапевтов, врачей-онкологов в плане принципов лечения, показаний к экстренной и плановой госпитализации пациентов с анемиями при ЗНО