



# Проблемы внедрения новейших методик лечения рака и пути развития паллиативной помощи

*На Межрегиональной научно-практической конференции «Инновационные подходы в онкологии и паллиативной медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом» 25 октября 2025 г. выступили ведущие российские эксперты с докладами о современных методах диагностики и лечения онкологических заболеваний, последних достижениях в области онкологии и паллиативной медицины. Специалисты из различных регионов России обсудили актуальные проблемы внедрения новейших методик лечения рака, основные пути развития современных технологий паллиативной медицинской помощи онкологическим пациентам, а также возможности и перспективы паллиативной медицины.*



К.м.н.  
Д.Ю. Юкальчук

**О** системных методах лечения рака мочевого пузыря рассказал онколог, заведующий отделением дневного стационара химиотерапии Областного онкологического диспансера (г. Иркутск), к.м.н. Денис Юрьевич ЮКАЛЬЧУК. Он отметил, что с 1980 годов комбинированная химиотерапия (ХТ) с использованием цисплатина является стандартом лечения метастатического уротелиального рака. Существует два основных варианта лечения с помощью ХТ на основе цисплатина: MVAC (метотрексат, винбластин, ариамицин и цисплатин) и GC (цисплатин и гемцитабин). Данные схемы терапии обеспечивают схожие преимущества

## Золотой стандарт третьей линии терапии рака мочевого пузыря

в показателях выживаемости пациентов. Медиана общей выживаемости (ОВ) составляет примерно 14 месяцев, при этом лишь 5% пациентов переживают пятилетний рубеж.

С появлением иммунотерапии возможности лечения уротелиального рака расширились, но остаются ограниченными. Около 50% пациентов с уротелиальным раком не подходит ХТ первой линии на основе цисплатина. 50% пациентов не отвечают на ХТ на основе препаратов платины и рано переходят на иммунотерапию. На терапию ингибиторами PD-1/L-1 не отвечают 70–80% пациентов с уротелиальным раком. По словам докладчика, сегодня разработаны стандарты терапии уротелиального рака после прогрессирования болезни на ХТ препаратами платины и ингибиторами PD-1/L-1. При наличии FGFR-мутации предпочтительно назначать препарат эрдафитиниб, при ее отсутствии – препарат энфортумаб ведотин.

Согласно рекомендациям RUSSCO, вторую линию терапии уротелиального рака выбирают в зависимо-

сти от предшествующего лечения. После ХТ с препаратами платины предпочтительно проведение иммунотерапии, альтернативой может быть назначение таксанов или винфлурина. Для пациентов с альтерациями FGFR возможно назначение терапии эрдафитинибом, особенно при опухолях верхних отделов мочевыводящих путей. При отсутствии данной мутации назначение препарата энфортумаб ведотин является предпочтительной опцией.

После иммунотерапии ингибиторами PD-1/L-1 пациентам показана комбинированная ХТ, основанная на препаратах платины, при противопоказаниях – моноклимотерапия таксанами или гемцитабином или их комбинацией. После ХТ платиновой и иммунотерапии ингибиторами PD-1/L-1 рекомендована терапия препаратом энфортумаб ведотин. При наличии патогенных мутаций генов FGFR3 применяется таргетная терапия эрдафитинибом.

Как известно, конъюгаты представляют собой моноклональные антитела, которые взаимодействуют с опухолевыми антигенами и до-



Межрегиональная научно-практическая конференция  
«Инновационные подходы в онкологии и паллиативной  
медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом»

ставляют цитотоксические средства в клетки опухоли. Поскольку конъюгаты связываются с антигенами, которые опухолевые клетки экспрессируют в большем количестве, чем здоровые, это позволяет ограничить риск побочной токсичности. Таким образом, конъюгаты обеспечивают высокую внутриклеточную концентрацию противоопухолевого препарата при сниженной системной токсичности.

Нектин-4 – молекула клеточной адгезии, которая располагается на поверхности клетки и участвует в процессах клеточного роста, пролиферации и миграции. В исследованиях показано, что нектин-4 – клинически значимая мишень для конъюгата, поскольку он в значительной мере экспрессируется на клетках уротелиального рака. В здоровых клетках нектин-4 экспрессируется в низкой степени, в клетках уротелиального рака – в высокой.

Как отметил докладчик, энфортумаб ведотин представляет собой конъюгат антитела и противоопухолевого препарата против нектина-4. Энфортумаб ведотин связывается с нектином-4 на поверхности клеток уротелиального рака и доставляет цитостатик, который разрушает сеть микротрубочек и вызывает апоптоз клеток уротелиального рака.

В многочисленных исследованиях изучена эффективность энфортумаба ведотина в первой, второй, третьей линиях терапии, а также

в схеме периоперационной терапии. Д.Ю. Юкальчук прокомментировал результаты исследования EV-301, в котором изучали эффективность применения энфортумаба ведотина у пациентов с прогрессирующим метастатическим уротелиальным раком, ранее получавших химиотерапию на основе платины и иммунотерапию ингибиторами PD-1/L-1. Первичной конечной точкой исследования являлась ОВ.

Результаты исследования показали, что применение энфортумаба ведотина в качестве третьей линии терапии оказалось эффективнее, чем химиотерапия по выбору врача. ОВ в группе пациентов, получающих энфортумаб ведотин, составила около 13 месяцев. На фоне терапии препаратом энфортумаб ведотин отмечено снижение риска смерти на 30%. При этом преимущество энфортумаба по сравнению с ХТ в отношении ОВ было достигнуто в большинстве подгрупп пациентов. Энфортумаб ведотин достоверно снижал риск прогрессирования и смерти на 38% по сравнению с ХТ. Кроме того, отмечено более чем двукратное преимущество энфортумаба ведотина над ХТ по частоте объективных ответов. В группе пациентов, получавших энфортумаб ведотин, наблюдалось сохранение качества жизни и выраженное уменьшение болевого синдрома по сравнению с группой ХТ.

Получены данные, что энфортумаб имеет управляемый специфичный

профиль токсичности. Наиболее частыми побочными эффектами терапии являются нейропатия, зуд, дисгевзия, сыпь. Пациенты с сахарным диабетом должны обследоваться перед назначением энфортумаба ведотина, поскольку на фоне применения препарата может развиваться гипергликемия. Пациентов с неконтролируемым сахарным диабетом не рекомендуется брать на терапию препаратом энфортумаб ведотин. Результаты исследования подтверждают клиническую пользу монотерапии энфортумабом ведотином по сравнению с ХТ у пациентов с уротелиальным раком, ранее получавших препараты на основе платины и ингибиторы PD-1/L-1. Данные по эффективности энфортумаба в реальной клинической практике соответствуют данным проспективных клинических исследований. Энфортумаб демонстрирует эффективность в клинически значимых подгруппах пациентов, не участвовавших в клинических исследованиях, включая пациентов с плохим соматическим статусом, низкой скоростью клубочковой фильтрации и пациентами с сопутствующими заболеваниями.

«Энфортумаб ведотин можно с уверенностью назвать золотым стандартом третьей линии терапии уротелиального рака у пациентов, ранее получавших ХТ с препаратами на основе платины и иммунотерапию», – подчеркнул Д.Ю. Юкальчук, заканчивая выступление.

**Клинические преимущества комбинации ленватиниба с пембролизумабом в первой линии терапии метастатического рака почки**

Другой доклад онколога Д.Ю. ЮКАЛЬЧУКА был посвящен современным подходам к комбинированному лечению метастатического рака почки. В соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава России 2023 г., комбинация ленватиниба с пембролизумабом рекомендована в качестве первой линии терапии

светлоклеточного почечно-клеточного рака (ПКР) у пациентов групп благоприятного, промежуточного и неблагоприятного прогнозов.

Комбинация ленватиниба с пембролизумабом – довольно новая опция среди зарегистрированных комбинированных препаратов в первой линии терапии метастатического ПКР в России, однако накопленный

опыт ее применения в течение трех лет после регистрации доказал высокую эффективность комбинации практически у всех групп пациентов. В исследованиях установлено, что на фоне терапии комбинацией ленватиниба и пембролизумаба наблюдалось снижение риска прогрессирования или смерти в группе благоприятного прогноза – на 50%, в группе промежуточного/неблагоприятного прогноза – на 57%. Анализ показателей общей выживаемости показал, что у пациентов с промежуточным/неблагоприятным



## Межрегиональная научно-практическая конференция «Инновационные подходы в онкологии и паллиативной медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом»

прогнозом при использовании комбинации ленватиниба и пембролизумаба выявлено преимущество перед терапией сунитинибом: медиана ОВ составила четыре года.

Кроме того, результаты исследований продемонстрировали, что комбинация ленватиниба и пембролизумаба сохраняет высокую частоту объективного ответа (ЧОО) при медиане наблюдения четыре года. Установлено, что применение монотерапии акситинибом или кабозантинибом во второй линии терапии после комбинации ленватиниба и пембролизумаба демонстрирует двукратное увеличение медианы времени до прекращения последующей терапии по сравнению с сунитинибом.

При оценке эффективности терапии ПКР следует учитывать исходный размер опухолевых очагов. Подгрупповой анализ эффективности в зависимости от исходного размера опухоли (CLEAR) показал, что чем меньше объем опухолевой массы, тем больше шансов у пациента достичь полного ответа при назначении комбинации ленватиниба и пембролизумаба.

Показатели выживаемости без прогрессирования (ВБП) в группе пациентов, получающих комбинацию ленватиниба и пембролизумаба, также коррелируют с опухолевой нагрузкой. Низкий уровень опухолевой нагрузки при ПКР ассоциирован с более высоким уровнем ВБП и более высоким ответом на терапию.

Таким образом, комбинация ленватиниба и пембролизумаба демонстрирует высокие результаты по ЧОО, ВБП и ОВ, независимо от размера опухолевого очага. Однако следует учитывать, что чем меньше размер опухолевой массы – тем больше шансов на получение полного ответа. Высокая ЧОО ассоциируется с наибольшей ОВ пациентов, делая комбинацию ленватиниба и пембролизумаба перспективной терапевтической опцией у пациентов со светлоклеточным ПКР.

По результатам исследований, комбинация ленватиниба и пембролизумаба продемонстрировала высокую эффективность при наличии таргетных очагов и при локализации метастазов в костях, легких, печени. Профиль безопасности комбиниро-

ванной терапии ленватиниб + пембролизумаб сопоставим с профилем безопасности монотерапии этими препаратами. Наиболее частыми осложнениями лечения пембролизумабом считаются гипотиреоз и гипертиреоз, ленватинибом – артериальная гипертензия.

В завершение Д.Ю. Юкальчук подчеркнул, что комбинация ленватиниба и пембролизумаба продемонстрировала эффективность при лечении не только светлоклеточного ПКР, но также несветлоклеточного ПКР. У пациентов с распространенным несветлоклеточным ПКР применение комбинации ленватиниба и пембролизумаба в качестве первой линии терапии показало высокие результаты по ЧОО, ВБП, ОВ. Использование данной комбинации в лечении позволит увеличить продолжительность жизни у пациентов с несветлоклеточным ПКР. Комбинация ленватиниба и пембролизумаба представляется универсальным и эффективным методом лечения для большинства групп пациентов в первой линии терапии метастатического рака почки.



К.м.н.  
Д.М. Пономаренко

### Особенности лечения гастроэнтеропанкреатических нейроэндокринных опухолей в практике клинического онколога

злокачественных новообразований (ЗНО), которые происходят из нейроэндокринных клеток эмбриональной кишки, обладающих биологически активными свойствами. При этом НЭО могут встречаться практически во всех органах, имеющих нейроэндокринные клетки: щитовидной железе, молочной железе, почках, яичниках и др. Чаще всего НЭО локализуются в органах пищеварительного тракта (66%) и легких (30%). У ГЭП НЭО наиболее преобладающее место расположения – тонкая кишка и ободочная кишка, встречаются клинически значимые локализации в поджелудочной железе.

Несмотря на то что НЭО относятся к достаточно редким видам ЗНО, в клинической практике все чаще встречаются пациенты с этими заболеваниями. Следует отметить, что в последние десятилетия распростра-

ненность НЭО неуклонно растет. Так, за последние 40 лет заболеваемость НЭО увеличилась более чем в шесть раз. В большей степени увеличение выявления НЭО в популяции обусловлено расширением знаний о патогенезе и этиологии заболевания, а также улучшением качества диагностики.

Тем не менее диагностика НЭО остается сложной задачей для клиницистов. У высокого процента больных в дебюте заболевания ставятся неверные диагнозы, примерно у трети пациентов НЭО диагностируются случайно. В частности, синдром раздраженного кишечника – один из самых распространенных ошибочных диагнозов у пациентов с ГЭП НЭО. Многие пациенты в течение нескольких лет получают лечение по поводу синдрома раздраженного



Межрегиональная научно-практическая конференция  
«Инновационные подходы в онкологии и паллиативной  
медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом»

кишечника, а на самом деле имеют НЭО. В связи с этим практически у 50% пациентов с ГЭП НЭО диагноз ставится на распространенных стадиях заболевания, которые характеризуются наличием отдаленных метастазов в других органах или тканях. Сложность постановки диагноза обусловлена широтой и неспецифичностью симптомов НЭО. Согласно клиническим рекомендациям Минздрава России, для диагностики НЭО используют патоморфологическую диагностику, в том числе иммуногистохимическое (ИГХ) исследование. С помощью ИГХ-исследования определяют уровень пролиферативной активности клеток опухоли и/или метастазов с учетом индекса Ki-67, основные нейроэндокринные маркеры, такие как хромогранин А, синаптофизин, CD56. Кроме того, применяют биохимические методы, которые включают исследование универсальных и специфических маркеров в сыворотке крови (серотонин, хромогранин А и др.) и моче (5-гидроксиндолуксусная кислота (5-ГИУК)). Для оценки распространенности процесса используют инструментальные методы (компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию, позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ), совмещенную с КТ (ПЭТ/КТ) и др.).

Среди универсальных биохимических маркеров НЭО выделяют хромогранин А, который характеризуется высокой диагностической чувствительностью при большинстве высококодифференцированных НЭО. В свою очередь, серотонин и 5-ГИУК

относятся к специфическим маркерам для диагностики карциноидного синдрома. Катехоламины являются специфическим маркером для феохромоцитомы и параганглиом, кальцитонин – для медуллярного рака щитовидной железы.

Для диагностики НЭО используют методы визуализации, основанные на наличии соматостатиновых рецепторов на клетках опухоли. К ним прежде всего относят ПЭТ/КТ с различными радиофармпрепаратами, меченными радионуклидным компонентом. Следует помнить, что у каждого из методов диагностики есть своя специфика применения. Так, ПЭТ с радиофармпрепаратом фтордезоксиглюкозой ограниченно эффективна при высококодифференцированных НЭО, но успешно используется для диагностики низкокодифференцированных опухолей.

По словам докладчика, не менее 20% больных с НЭО страдают карциноидным синдромом, характеризующимся совокупностью симптомов, которые возникают в результате массового высвобождения серотонина и нейропептидов непосредственно в системный кровоток. К клиническим симптомам карциноидного синдрома относят диарею, гиперемию, бронхоспазм, артериальную гипотензию, проявления поражения сердца (отек, одышка).

Эффективное лечение НЭО требует междисциплинарного подхода с участием различных специалистов: онкологов, лучевых диагностов, патоморфологов, генетиков, хирургов и др. В лечении НЭО широко используют-

ся хирургические, парахирургические методы и интервенционная хирургия, лекарственная системная терапия.

При лечении локализованных НЭО рекомендуется проведение радикальных вмешательств – резекция первичной опухоли и метастазов в локорегионарных лимфатических узлах, лимфаденэктомия.

Выбор методов системного лечения напрямую зависит от объема поражения, степени дифференцировки опухоли. Системная терапия высококодифференцированных НЭО основана на аналогах соматостатина, характеризующихся противоопухолевыми и антипролиферативными эффектами. Кроме того, аналоги соматостатина обладают непрямым модулирующим воздействием на замедление клеточного роста и ангиогенеза в опухоли. В исследованиях доказано, что применение аналогов соматостатина (ланреотид, октреотид) у пациентов с НЭО приводит к снижению риска прогрессирования заболевания, контролю симптомов и увеличению беспрогрессивной выживаемости больных.

В конце доклада Д.М. Пономаренко отметил, что препараты из группы аналогов соматостатина являются ключевым элементом фармакотерапии ГЭП НЭО и карциноидного синдрома. И хотя прямых сравнительных рандомизированных исследований между препаратами не проведено, ланреотид выглядит более эффективным и безопасным. Назначение ланреотида позволяет добиться выраженного и продолжительного контроля над опухолью у пациентов с ГЭП НЭО.

**Роль аналогов лютеинизирующего гормона  
рилизинг-гормона в терапии рака предстательной железы**

**В** начале выступления врач-онколог Научно-исследовательского института онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, к.м.н. Захар Александрович ЮРМАЗОВ отметил, что рак предстательной железы (РПЖ) занимает первое место

в структуре онкологической заболеваемости у мужчин в РФ. По статистическим данным 2023 г., ежегодно регистрируется более 50 000 новых случаев РПЖ, из них около 20 000 – пациенты с метастатическим РПЖ, требующим назначения пожизненной андроген-депривационной терапии (АДТ). Пик заболеваемо-



К.м.н.  
З.А. Юрмазов



## Межрегиональная научно-практическая конференция «Инновационные подходы в онкологии и паллиативной медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом»

сти РПЖ приходится на возраст 70–75 лет. В большинстве случаев пациенты имеют сопутствующие заболевания, и самая частая сопутствующая патология – сердечно-сосудистые заболевания.

При лечении РПЖ увеличивается риск сердечно-сосудистых и метаболических нарушений. Снижение уровня тестостерона вызывает нарушения соотношения мышечной и жировой масс, липидного обмена, обмена глюкозы. Эти изменения приводят к развитию метаболического синдрома. Наличие метаболического синдрома существенно увеличивает риск возникновения сосудисто-эндотелиальной дисфункции, воспалительных изменений в сосудистой стенке, развития и прогрессирования атеросклероза и ишемических событий, инфаркта миокарда.

В исследовании показано, что назначение АДТ мужчинам с РПЖ увеличивает риск смерти в возрастной группе 70–79 лет в пять раз. Получается, что большая часть пациентов умирает не от РПЖ, а от осложнений гормональной терапии.

В последние годы проведен ряд исследований и метаанализов сердечно-сосудистых рисков на фоне применения различных опций АДТ. Изучены возможности антагонистов и аналогов лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона (ЛГРГ) в лечении гормоночувствительного РПЖ, а также профиль кардиобезопасности терапии. Сегодня наиболее применяемым антагонистом ЛГРГ является дегареликс. В исследованиях, включавших сравнение антаго-

нистов ЛГРГ с агонистом ЛГРГ лейпрорелином, достоверных данных о преимущественной безопасности дегареликса не получено. Среди агонистов ЛГРГ лейпрорелин обладает сравнимой с антагонистами ЛГРГ кардиобезопасностью.

По словам докладчика, агонист ЛГРГ лейпрорелин является золотым стандартом АДТ распространенного РПЖ. По количеству назначений в мире лейпрорелин стоит на первом месте для проведения АДТ у пациентов с местнораспространенным и метастатическим РПЖ.

Перед началом АДТ у пациентов с РПЖ необходимо проводить оценку сердечно-сосудистого риска. Для этого существуют определенные шкалы, по которым выделяют пациентов с очень высоким и высоким рисками развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти на фоне проведения АДТ. Прежде всего к группе очень высокого риска относят курильщиков в возрасте 70 лет и старше. Риск смерти от прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний у них в 40 раз выше, чем от РПЖ. Также к группе очень высокого риска относят пациентов с сахарным диабетом. Перед началом АДТ они должны быть проконсультированы эндокринологом. Начинают лечение РПЖ после достижения целевых показателей гликированного гемоглобина, снижения уровня артериального давления и коррекции липопрофилида. Все пациенты с РПЖ, относящиеся к группе очень высокого риска, требуют консультации специалистов перед инициацией АДТ.

Согласно рекомендациям RUSSCO и Европейской ассоциации клинических онкологов (2022 г.), лейпрорелин является препаратом с наименьшей сердечно-сосудистой токсичностью среди всех препаратов для АДТ.

Докладчик подчеркнул, что лейпрорелин, как наименее кардиотоксичный препарат для АДТ, обладает дополнительными преимуществами для назначения пациентам с РПЖ при наличии сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета, хронической болезни почек, метаболического синдрома. Кроме того, лейпрорелин является препаратом выбора для пациентов, получающих комбинированную терапию, которая потенциально может вызвать сердечно-сосудистые нежелательные явления (например, доцетаксел, абиратерон, апалутамид и энзалутамид), при наличии лучевой терапии в анамнезе.

Подводя итог, З.А. Юрмазов подчеркнул, что сегодня российским пациентам с РПЖ доступна новая форма препарата лейпрорелин. Его преимуществом является инновационная система доставки действующего вещества (депо-форма), позволяющая обеспечить глубокое и стойкое снижение концентрации тестостерона до кастрационного уровня. На фоне АДТ с использованием новой формы препарата лейпрорелин отмечается поддержание кастрационного уровня тестостерона в течение всего периода лечения с удлинением времени до прогрессирования РПЖ и улучшением выживаемости.



А.А. Менз

### Гидразина сульфат (Сегидрин®) в клинической практике врача-онколога

О современных возможностях ненаркотической терапии в онкологии рассказал торакальный хирург, онколог, заместитель главного врача по медицинской части Областного онкологического диспансера (г. Иркутск) Андрей Александрович МЕНГ. Он подчеркнул,

что злокачественные новообразования занимают второе место среди причин смертности населения в России. Максимальный уровень онкологической заболеваемости в популяции приходится на возрастную группу 70–74 года. По данным исследований, в 2022 г. 32 672 опухоли не были радикально



## Межрегиональная научно-практическая конференция «Инновационные подходы в онкологии и паллиативной медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом»

пролечены по причине противопоказаний, тогда как 5892 пациента погибли вследствие осложнений противоопухолевого лечения. Полученные данные свидетельствуют о наличии группы онкологических пациентов, которым в силу возраста, особенностей течения опухолевого процесса и имеющихся соматических проблем, невозможно назначить противоопухолевое лечение.

Данная категория больных нуждается в паллиативной помощи. Паллиативная помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающий медицинские вмешательства (симптоматическая терапия, обезболивание, снятие проявлений расстройств пищеварения, снижения аппетита, дыхательной недостаточности и др.), психологическую помощь, мероприятия по уходу, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных и направленные на облегчение боли и других тяжелых симптомов заболевания.

Болевой синдром является одним из доминирующих симптомов в группе пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Хронический болевой синдром вызывает ряд патологических реакций, в том числе выброс катехоламинов, ведущих к развитию тахикардии, артериальной гипертензии, тахипноэ, повышению тонуса скелетных мышц и появлению их судорожной активно-

сти. Эти вегетативные реакции со временем ведут к дезадаптации организма. У пациентов нарушается сон, резко снижается аппетит, развиваются депрессия и психосоматические расстройства, нутритивная недостаточность. Длительно существующая боль является одним из самых мощных негативных проявлений болезни, снижающих качество жизни вплоть до суицидальных последствий.

Как отметил докладчик, подавляющее большинство пациентов с распространенной стадией заболевания проходят лечение амбулаторно. В ряде случаев у пациентов с ЗНО и их близких возникают проблемы с получением сильнодействующих обезболивающих препаратов. Кроме того, применение опиоидных анальгетиков характеризуется высоким риском развития существенных побочных эффектов. Сегодня назрела необходимость внедрения в клиническую практику высокоэффективных, безопасных, хорошо переносимых лекарственных препаратов для устранения болевого синдрома, которые можно использовать как в амбулаторных (домашних) условиях, так и в стационаре.

По словам А.А. Менга, сегодня для применения в онкологической практике в нашей стране представлен оригинальный препарат гидразина сульфат (Сегидрин®), разработанный в НМИЦ

онкологии им. Н.Н. Петрова. Данный препарат имеет полный цикл производства, включая синтез субстанции, на территории РФ. Гидразина сульфат (Сегидрин®) – противоопухолевый препарат, оказывает выраженное симптоматическое и паллиативное действие при ЗНО в далеко зашедших стадиях. Препарат выпускается в таблетированной форме, удобной для использования, особенно для пациентов в амбулаторных условиях. Гидразина сульфат подавляет рост опухолей, оказывает влияние на ряд биохимических показателей: ингибирует моноаминоксидазную активность, снижает проницаемость мембран клеток и биомембран субклеточных структур, является ингибитором метаболизма ксенобиотиков. Он оказывает выраженное симптоматическое действие, в том числе снижение или устранение болевого синдрома, при этом не обладает миелодепрессивными и другими побочными действиями, характерными для многих других противоопухолевых препаратов.

«Накопленные данные исследований свидетельствуют, что применение препарата гидразина сульфата в комплексной паллиативной терапии способствует оптимизации лечения, устранению болевой симптоматики и улучшению качества жизни онкологических пациентов», – подчеркнул докладчик.

### Возможности паллиативной медицины в обеспечении качества жизни онкологических пациентов

Как отметила в начале своего выступления заведующая краевым центром по организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Ставропольском крае ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», главный внештатный специалист по пал-

лиативной медицинской помощи Минздрава России в Северо-Кавказском федеральном округе Сима Аршаковна КАЗАРЯН, онкологические пациенты составляют около трети от всего контингента взрослых паллиативных пациентов. Пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, курируют не толь-



С.А. Казарян



## Межрегиональная научно-практическая конференция «Инновационные подходы в онкологии и паллиативной медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом»

ко медицинские организации, но и социальные службы, общественные некоммерческие, религиозные организации. Всесторонняя поддержка позволяет пациентам, страдающим неизлечимыми заболеваниями, максимально снизить выраженность симптомов заболевания, сохранять и поддерживать качество жизни, обеспечивать решение социальных, духовных, психологических вопросов.

Паллиативная медицинская помощь необходима пациентам с широким спектром угрожающих жизни состояний и заболеваний, в первую очередь различных форм злокачественных новообразований.

На сегодняшний день при наличии гистологически верифицированного диагноза медицинское заключение о необходимости присвоения взрослому пациенту паллиативного статуса при ЗНО выдает врач-онколог. Пациентам без гистологически подтвержденного диагноза медицинское заключение о необходимости паллиативной помощи выдает врачебная комиссия медицинской организации или консилиум врачей, в которой осуществляется наблюдение и лечение пациента. Медицинское заключение вносится в медицинскую документацию пациента, направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства пациента, а также выдается на руки пациенту или его законному представителю. По словам докладчика, на территории Ставропольского края онкологическим пациентам, которым уже невозможно продолжить специализированное лечение и для излечения которых исчерпаны ресурсы медицинской помощи, обеспечивается обязательное указание в выписке заключения о необходимости обеспечения дальнейшей палли-

ативной помощи с максимальным развернутым изложением требуемой симптоматической терапии, в том числе в условиях стационара. В течение двух рабочих дней медицинская организация, получившая информацию о пациенте, нуждающемся в оказании паллиативной помощи, организует первичный осмотр и дальнейшее наблюдение пациента. Кроме того, медицинская организация, в которой принято решение об оказании паллиативной помощи пациенту, направляет его на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности и предоставления социального обслуживания.

Минздрав России предоставляет и распределяет субсидии из федеральных средств бюджетам субъектов РФ для закупки лекарственных препаратов, в том числе наркотических анальгетиков, медицинских изделий для использования пациентами на дому, автомобилей для выездной патронажной бригады, оснащения стационарных отделений паллиативной помощи в соответствии со стандартами.

Сегодня в нашей стране активно развивается выездная служба паллиативной медицинской помощи. Она позволяет обеспечить паллиативным лечением пациентов, которые не могут самостоятельно добраться до медицинской организации. Оказание специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях является перспективным направлением по обеспечению адекватной поддержки пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и уходе.

Каждая выездная бригада оснащена укладкой, в которой содержится все необходимое для оказания помощи в разных клинических ситуациях. В состав укладки входят обезболивающие и симптоматиче-

ские препараты, перевязочные материалы и средства по уходу, инструменты и диагностические приборы. Одна из важных задач выездных бригад паллиативной помощи – обучение ухаживающих лиц навыкам правильной противопролежневой обработки лежачих пациентов, правилам ухода и выполнения гигиенических процедур.

С.А. Казарян отметила, что выездная паллиативная служба эффективно взаимодействует с врачами первичного звена медицинских организаций. При необходимости изменения тактики лечения или организации дополнительного обследования, госпитализации и других процедур врачами бригады после посещения пациента формулируется заключение.

Маршрутизация пациентов в отделения паллиативной медицинской помощи на территории Ставропольского края организована по принципу географической приближенности, однако данное разделение не является принципиальным, поскольку госпитализация может осуществляться с учетом предпочтений пациента или ухаживающих родственников, где может фактически находиться пациент, а также с учетом имеющихся свободных паллиативных стационарных коек.

Современные возможности паллиативной службы в обеспечении качества жизни онкологических пациентов постепенно расширяются. На сегодняшний день пациентам с неизлечимыми заболеваниями предоставляются обезболивающие средства, медицинские изделия (функциональные кровати, аппараты неинвазивной вентиляции легких, инвазивной вентиляции, трахеостомы, гастростомы и др.), перевязочные средства, противоопухолевые препараты (гидразина сульфат), энтеральное питание.



Межрегиональная научно-практическая конференция  
«Инновационные подходы в онкологии и паллиативной  
медицинской помощи. Межрегиональный обмен опытом»

**Особенности коммуникации в онкологии  
при переводе на паллиативную помощь**

С докладом об основных особенностях взаимодействия врача-онколога и пациента с онкологическим диагнозом, а также об алгоритме действий при переводе на паллиативную помощь выступила директор некоммерческой организации «Старость в радость – Ставрополь», конфликтолог-практик, психолог паллиативной помощи, эксперт коалиции «Забота рядом» Татьяна Владимировна ВАСИЛЬЕВА. Она отметила, что принятие решений о переводе пациента на паллиативное лечение представляет собой сложную задачу для врачей из-за специфики работы с тяжело больными людьми, высокой ответственности за жизнь пациента. В клинической практике могут возникать конфликтные ситуации, связанные с недостаточной информированностью пациентов и их родных о принципах паллиативной помощи, нарушением коммуникации между врачами-онкологами и специалистами паллиативной помощи.

По данным современных исследований, более 50% онкологов откладывают разговоры о паллиативной помощи и прогнозе из-за страха лишить пациента надежды на выздоровление, чувства вины за неэффективность лечения, нехватки времени и собственного эмоционального дискомфорта. Несвоевременное принятие решения о переводе больного с неизлечимым прогрессирующим заболеванием на паллиативное лечение может привести к упущенному времени и выраженному ухудшению качества жизни пациента.

Как отметила докладчик, при переводе онкологического пациента на паллиативную помощь врач обязан рассказать о том, что основное лечение исчерпало возможности, объяснить суть паллиативной помощи, прежде всего разрушив миф о том, что паллиатив – «это ничего не делать». Важно рассказать больному и его близким, что паллиативная помощь включает активное лечение боли, симптомов, психологическую поддержку. При этом врачу крайне важно подчеркнуть ценность оставшегося времени, сместить фокус

внимания на качество жизни. Пациенту и его близким нужно предоставить четкий план дальнейших действий. Безусловно, одним из важных условий ведения больного является понимание потребностей и эмоциональная поддержка пациента и его семьи.

Следует помнить, что паллиатив – не период бездействия, это активное лечение боли, тошноты, одышки, тревоги. Врач и пациент должны понимать, что паллиативная помощь означает поддержку, контроль качества жизни, сохранение достоинства и уважения, и самое главное – жизнь без боли. Необходимо помочь неизлечимо больному пациенту трансформировать установку на переход от надежды на излечение к стремлению прожить оставшееся время достойно.

Далее Т.В. Васильева представила алгоритм сообщения пациенту информации о переводе на паллиативную помощь. Первым шагом является подготовка к контакту, при которой важное значение имеют организация пространства, управление временем и отвлекающими факторами, выбор подачи информации. При общении с пациентом важное значение имеют невербальные навыки, такие как положение тела, зрительный контакт, проявление эмоций, голос, мимика, прикосновение. Прежде чем обсуждать паллиативную помощь, нужно узнать, что знает пациент о своем состоянии, как оценивает свое самочувствие в последнее время. Эти вопросы – диагностический инструмент, показывающий, есть ли у пациента готовность к этому разговору, понимает ли он сложность своего состояния. Врач анализирует ответы пациента, оценивает уровень тревоги, ожиданий, ресурсов больного и, в зависимости от полученных данных, принимает решение продолжить разговор с пациентом или отложить его. Необходимо честно, но максимально корректно объяснить пациенту, что активное лечение больше не дает эффекта. Врачам можно использовать фразы-помощники. Например, «мы сделали все, что могли для борьбы с болезнью. Сей-



Т.В. Васильева

час важнее всего убрать боль и поддерживать ваше самочувствие и качество жизни». При этом используют местоимение «мы». Таким образом, пациенту сообщается, что он не остается один на один с болезнью. Важное значение имеет пауза в разговоре после передачи информации пациенту. Наступившая тишина позволяет пациенту прожить новость о переходе на паллиативное лечение, осознать, что он сейчас услышал. Ему и его близким нужно позволить реагировать: плакать, злиться, задавать вопросы. Только после этого необходимо помочь пациенту прожить эмоции, не давая пустых утешений.

По словам докладчика, тревога рождается из неопределенности. Поэтому пациенту и его близким нужно объяснить суть паллиативной помощи, рассказать о планах ухода, дальнейшего лечения и предоставить четкий план действий. Важно дать понять, что вы передаете пациента в другую, не менее профессиональную команду специалистов. Завершая разговор, необходимо убедиться, что пациент и его близкие поняли информацию, ответить на возникшие вопросы и произнести слова поддержки. В заключение Т.В. Васильева подчеркнула, что задача врача в данном случае – стать опорой, дать правдивую информацию и быть рядом с пациентом. Перевод онкологического пациента на паллиативное лечение – это не поражение лечащего врача. Это профессиональное, гуманное решение, основанное на заботе о человеке. Честность, спокойствие и готовность быть рядом в этот момент – не менее важный этап, чем терапия. Онколог не просто лечит, он сопровождает пациента, и в этом огромная ценность этой профессии. ☺