

# БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

## ОНКОЛОГИЯ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

№3 2025

Главная тема номера:  
**РАК ЖЕЛУДКА,  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
И GIST-ОПУХОЛИ**



**ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ**  
**Лядов Владимир Константинович,**  
доктор медицинских наук, профессор кафедры  
онкологии и паллиативной медицины  
им. акад. А.И. Савицкого РМАНПО

Читайте на с. 4

### ВСЕ САМОЕ ВАЖНОЕ, ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О РАКЕ ЖЕЛУДКА

Рак желудка – одно из самых опасных заболеваний нашего времени. Но есть хорошая новость: современная медицина не стоит на месте. Сегодня у пациентов гораздо больше шансов на выздоровление, чем раньше. В данной статье вы узнаете, как распознать первые тревожные сигналы, какие методы диагностики существуют, какие варианты лечения предлагает современная медицина. Знание – это сила. Чем больше вы знаете о болезни, тем лучше можете ей противостоять. Читайте статью и будьте в курсе самой важной информации о раке желудка.

с. 6

### РЕДКИЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ

Среди онкологических заболеваний существует множество гистологических разновидностей опухолей, и все они имеют разное происхождение. Чаще всего встречаются злокачественные опухоли, произрастающие из эпителиальных клеток, – раки или карциномы. Из выстилки желез эпителия слизистой оболочки развиваются аденокарциномы – частые представители опухолей органов желудочно-кишечного тракта. Однако также существуют опухоли из других видов клеток. Одним из таких заболеваний является ГИСО, или GIST, – гастроинтестинальная стромальная опухоль. Сегодня мы расскажем, что это за болезнь, откуда она берется и как проявляется.

с. 9

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

### ОТ БОРЬБЫ ЗА СВОЮ ЖИЗНЬ – К СПАСЕНИЮ ТЫСЯЧ

Каждый год сотни тысяч россиян получают диагноз «рак». И многие из них сталкиваются не только с болезнью, но и с трудностями в получении своевременной помощи.

Сегодня мы расскажем историю удивительной женщины, которая превратила личный опыт борьбы с раком в триумф общественного служения.

**Ирина Валерьевна Боровова** – человек, который прошел путь от пациента до создателя крупнейшей в России Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!».

Как одна женщина смогла стать голосом сотен тысяч пациентов?

Какие препятствия пришлось преодолеть на этом пути?

Каким образом личный опыт борьбы с раком превратился в масштабное общественное движение?

Читайте эксклюзивное интервью с человеком, который изменил правила игры в сфере поддержки онкобольных в России.

с. 2



### ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



**О ПИТАНИИ И ОБРАЗЕ ЖИЗНИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА**

»» 7



**КАК ПИТАТЬСЯ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ?**

»» 8



**ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ, СТАТИСТИКА, КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ**

»» 11

### ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

ВСЕ САМОЕ ВАЖНОЕ, ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О РАКЕ ЖЕЛУДКА »» 6

КАКУЮ ТЕРАПИЮ ПРОВОДЯТ ПРИ GIST-ОПУХОЛЯХ? »» 10

О ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОНКОПАЦИЕНТОВ ЗА СЧЕТ ГОСУДАРСТВА »» 10

ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ »» 12

О БОЛЕЗНИ, ЛЮБВИ И ПОДДЕРЖКЕ »» 13

ПЯТЬ ФАКТОВ О НЕИЗЛЕЧИМЫХ БОЛЕЗНЯХ, КОТОРЫЕ ОБЩЕСТВО БОИТСЯ ОБСУЖДАТЬ »» 14

НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА У ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ: ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА »» 15

«Я УВЕРЕНА, ЧТО В МОЕЙ ЖИЗНИ БУДЕТ ЕЩЕ МНОГО ХОРОШИХ МОМЕНТОВ» »» 16

# Преодолеть болезнь – вдохновить миллионы: история успеха Ассоциации «Здравствуй!»

**Всероссийская ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» – крупнейшая общественная организация, которая активно работает над улучшением качества онкологической помощи в России, защищает права пациентов и популяризирует знания о профилактике и лечении онкологических заболеваний.**



**Ежегодно сотни тысяч россиян сталкиваются с онкологическими заболеваниями и испытывают трудности в получении своевременной и квалифицированной медицинской помощи. Организация эффективной системы поддержки онкобольных становится приоритетом государственной политики и гражданского общества. Предлагаем вашему вниманию откровенный разговор с Ириной Валерьевной Боровой – президентом Всероссийской ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!».**

**Ее история – это пример того, как личная борьба с болезнью может стать источником вдохновения для помощи тысячам людей. Пройдя путь от пациента, столкнувшегося с онкологическим диагнозом, до лидера крупного общественного объединения, она смогла превратить свой опыт преодоления болезни в серьезный инструмент для изменения системы медицинской помощи в России.**

– Ирина Валерьевна, примите искренние поздравления с заслуженным первым местом Ассоциации «Здравствуй!» в рейтинге влияния среди некоммерческих организаций (НКО), поддерживающих пациентов с тяжелыми заболеваниями. Это признание еще раз подтверждает значимость вашей работы для людей. Расскажите, какие ключевые этапы развития и стратегические решения помогли Ассоциации не только достичь таких высот, но и удерживать лидирующие позиции.

– Мы благодарим всех, кто причастен к успеху Ассоциации «Здравствуй!» – нашу замечательную команду врачей, волонтеров, партнеров и, конечно, самих пациентов. Именно благодаря их усилиям и поддержке мы смогли достичь таких высот и занять первое место в рейтинге влиятельных НКО, поддерживающих людей с тяжелыми заболеваниями.

История создания Ассоциации тесно связана с судьбами онкологических пациентов, включая мою собственную. Мы начинали как небольшая инициативная группа людей, которые сами проходили через тяжелый путь борьбы с болезнью. Наш личный опыт показал, насколько сложна эта дорога: больного сопровождают проблемы с диагностикой, отсутствие информации о раннем выявлении и об эффективном лечении. Все это подтолкнуло нас к созданию платформы, которая могла бы изменить ситуацию. Сначала мы были небольшой группой поддержки в социальных сетях, где люди делились своим опытом и оказывали друг другу моральную помощь. Со временем количество пациентов, нуждающихся в помощи, росло, а мы накапливали знания и опыт, которыми могли делиться. В какой-то момент стало очевидно, что одного чата для взаимной поддержки недостаточно, и возникла необходимость создания полноценной организации.

Важным этапом стало официальное создание межрегиональной общественной организации «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» в 2016 г.

Главная особенность нашей организации заключена в том, что она создавалась самими пациентами, многие из которых в то время находились в активной стадии лечения или реабилитации. За несколько лет мы выросли из небольшой инициативной группы в крупнейшее всероссийское пациентское объединение. Благодаря широкой региональной сети, которая включает 83 отделения по всей стране, Ассоциация объединяет пациентов, врачей и волонтеров для взаимопомощи и решения системных проблем в онкологии.

Организация помогает пациентам найти своего врача, получить доступ к современным методам лечения, решить вопросы маршрутизации и реабилитации. Мы активно занимаемся просветительской деятельностью, проводим вебинары, мастер-классы, детские праздники в больницах, ежегодный Всероссийский конгресс онкопациентов, вручаем премию «Будем жить!», проводим региональные форумы онкопациентов и экспертные круглые столы по актуальным вопросам.

Благодаря этой деятельности Ассоциация «Здравствуй!» занимает лидирующие позиции среди организаций, защищающих права пациентов. Мы продолжаем работать над тем, чтобы каждый человек, столкнувшийся с онкологическим диагнозом, мог получить своевременную помощь, поддержку и шанс на выздоровление.

**– Многие пациенты сталкиваются с проблемами получения качественной медицинской помощи. Какие изменения произошли в системе оказания онкологической помощи благодаря работе Ассоциации?**

– Изначально наша работа была сосредоточена на точечной помощи: мы поддерживали конкретных пациентов, собирали средства на лечение, консультировали по юридическим вопросам. Однако вскоре стало очевидно, что для реального изменения ситуации необходимы системные перемены.

Это осознание привело нас к тесному сотрудничеству с ведущими специалистами в области онкологии, Министерством здравоохранения РФ и федеральными медицинскими центрами. Мы активно участвовали в обсуждении и разработке федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» Минздрава России, инициировали законодательные изменения и способствовали реализации масштабных реформ в системе здравоохранения.

Сегодня наша деятельность охватывает три ключевых направления:

1. Юридическая поддержка. Мы помогаем пациентам ориентироваться в сложной структуре правовых норм, способствуя эффективному использованию имеющихся возможностей и уменьшению бюрократической нагрузки.
2. Психологическое сопровождение. Оказываем необходимую психологическую помощь самим пациентам и их семьям, создавая условия для преодоления стресса и адаптации к жизни с болезнью.
3. Материальная поддержка. От точечного сбора средств под нужды конкретного больного мы перешли к системному решению проблем нехватки медикаментов и других ресурсов. Благодаря нашему участию произошло обновление региональной инфраструктуры, увеличение числа высококвалифицированных специалистов и снижение очередей на диагностику и лечение. Согласно официальной статистике, за последние несколько лет количество обращений по поводу недостатка лекарственных препаратов сократилось вдвое, улучшилась доступность современных методов диагностики и терапии.

**– Ирина Валерьевна, расскажите о проекте «Онкопатруль». Какие задачи он решает и как помогает пациентам?**

– Всероссийский проект «Онкопатруль» – это масштабная инициатива, направленная на повышение уровня профилактики онкологических заболеваний и формирование культуры заботы о здоровье среди граждан России. Ассоциация «Здравствуй!» активно участвует в реализации этого проекта, который стартовал 2 февраля 2019 г., накануне Всемирного дня борьбы против рака. Инициаторами выступили главный онколог Министерства здравоохранения Российской Федерации Андрей Дмитриевич Каприн и на тот момент первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике, сенатор от Ярославской области Игорь Николаевич Каграманян.

Основная цель – раннее выявление онкологических заболеваний и информирование населения о важности профилактики. Мы понимаем, что своевременная диагностика может спасти тысячи жизней, поэтому «Онкопатруль» направлен на решение сразу нескольких ключевых задач. Во-первых, это проведение регулярных медицинских осмотров, которые позволяют выявить признаки онколо-

с. 2

гических заболеваний на ранних стадиях. Во-вторых, это популяризация здорового образа жизни и формирование осознанного отношения к своему здоровью. И наконец, это повышение осведомленности граждан о рисках развития рака и методах его предотвращения.

Проект реализуется в два этапа. На первом этапе специализированные медицинские бригады, состоящие из высококвалифицированных специалистов федеральных и региональных онкодиспансеров, выезжают на предприятия в регионах, сотрудники которых проходят комплексное обследование прямо на рабочем месте. Для женщин это осмотры онкогинекологов, маммологов, дерматологов, а также скрининговые исследования для выявления ранних форм рака молочной железы, шейки матки и других заболеваний. Для мужчин – тесты на рак предстательной железы, колоректальный рак и другие виды диагностики.

Второй этап включает просветительские мероприятия в городах-участниках. Это открытые лекции, консультации врачей, мастер-классы и семинары, где специалисты рассказывают о профилактике, методах самодиагностики и способах снижения рисков.

Ассоциация «Здравствуй!» играет важную роль в просветительской части проекта. Мы организуем встречи с пациентами, проводим открытые лекции, посвященные важным темам, таким как донорство костного мозга, и активно привлекаем региональные НКО к участию в гражданском диалоге с местными властями. Благодаря нашим усилиям проект «Онкопатруль» становится все более популярным среди пациентского сообщества, что позволяет охватить большее количество людей и повысить их осведомленность о профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний.

**– Ирина Валерьевна, кто и каким образом может присоединиться к Вашей Ассоциации, чтобы поддержать онкологических пациентов? Какие формы участия Вы предлагаете?**

– Присоединиться к Ассоциации «Здравствуй!» может каждый, кто хочет внести свой вклад в помощь онкологическим пациентам. Мы открыты для всех, кто готов поддерживать нашу миссию – «люди помогают людям». Для этого достаточно зайти на наш официальный сайт и нажать кнопку «Присоединиться к Ассоциации». Процедура проста и доступна каждому, а после регистрации вы станете частью большого сообщества, объединяющего людей разных профессий и возможностей.

Ассоциация предлагает множество форм участия, чтобы каждый мог найти то, что ему ближе. Например, автовладельцы могут помочь с доставкой анализов или продуктов питания, волонтеры культурных мероприятий участвуют в организации праздничных акций и развлекательных программ для детей и взрослых. Те, кто прошел через онкологическое лечение, могут делиться своим опытом, становясь источником надежды и поддержки для тех, кто только начинает свой путь.

Мы также гордимся нашими врачами, которые безвозмездно консультируют пациентов, предоставляя экспертные рекомендации, и юристами, которые помогают решать правовые вопросы, связанные с лечением и реабилитацией. Кроме того, мы активно развиваем социальные инициативы, такие как мототерапия, участие детских аниматоров и аквагримеров, которые помогают пациентам получать эмоциональную разгрузку и радость общения. Ассоциация «Здравствуй!» создает все условия для эффективного взаимодействия волонтеров, специалистов и партнеров. Независимо от ваших возможностей и профессии, вы можете стать частью нашей команды и внести свой вклад в общее дело помощи людям, столкнувшимся с онкологическими заболеваниями.

**– Ассоциация активно развивает практику проведения региональных конгрессов. А как появились эти форумы, какие регионы принимают участие, как проходят дискуссии и почему такие мероприятия важны для борьбы с онкологическими заболеваниями в России?**

– Проведение региональных конгрессов стало важной частью работы Ассоциации «Здравствуй!». Эти форумы предоставляют пациентам, врачам и представителям власти уникальную возможность обсуждать актуальные вопросы онкологической помощи непосредственно на местах.

Первый Всероссийский конгресс онкопациентов, состоявшийся в 2015 г. в Общественной палате Российской Федерации, показал, насколько важна такая платформа, объ-

единяющая медицинское сообщество, государственные структуры и самих пациентов. Этот формат оказался настолько востребованным, что мы начали развивать его на региональном уровне, чтобы охватить как можно больше людей и учесть специфику каждого региона.

Первым региональным мероприятием стал конгресс, проводившийся в Краснодарском крае, который объединил представителей Южного федерального округа. Затем форумы прошли в Санкт-Петербурге, где пациенты и специалисты Северо-Западного федерального округа смогли по-

**“ БЛАГОДАРИ НАШЕЙ СОВМЕСТНОЙ С ВЛАСТЯМИ И ВРАЧАМИ РАБОТЕ УДАЛОСЬ ДОБИТЬСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. В РЕГИОНАХ БЫЛА ОБНОВЛЕНА МЕДИЦИНСКАЯ ИНФРАСТРУКТУРА, УВЕЛИЧИЛОСЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ЧТО ПОЗВОЛИЛО СОКРАТИТЬ ОЧЕРЕДИ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ. КРОМЕ ТОГО, КОЛИЧЕСТВО ОБРАЩЕНИЙ ПО ПОВОДУ НЕХВАТКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СОКРАТИЛОСЬ ВДВОЕ, А ДОСТУПНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ЗНАЧИТЕЛЬНО УЛУЧШИЛАСЬ. ЭТИ ДОСТИЖЕНИЯ СТАЛИ ВАЖНЫМ ШАГОМ НА ПУТИ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УЛУЧШЕНИЮ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ”**

знакомиться с новыми технологиями и методами лечения. Следующие конгрессы состоялись в Республике Бурятия, Башкортостане, а также в Омске, Томске и других городах за Уралом.

Эти мероприятия играют ключевую роль в развитии онкологической помощи в регионах. Они позволяют обмениваться опытом, обсуждать проблемы и находить решения, которые помогают улучшить качество диагностики и лечения. Особое внимание уделяется регионам с развивающейся высокотехнологичной медициной. Например, сентябрьский конгресс в Екатеринбурге соберет экспертов из соседних областей, которые расскажут и покажут, что современные методы лечения есть не только в Москве и Санкт-Петербурге, но и в других городах.

Конгрессы – это не только дискуссионные площадки, но и образовательные мероприятия. Участники получают актуальную информацию о новых методах диагностики и лечения, обсуждают вопросы маршрутизации пациентов и взаимодействия с медицинскими учреждениями. Кроме того, такие форумы способствуют повышению осведомленности населения о последних достижениях науки и медицины.

**– Ирина Валерьевна, расскажите о важном событии – X Всероссийском конгрессе онкопациентов, который пройдет в Москве с 22 по 24 октября и объединит участников со всей России для обсуждения ключевых вопросов онкологической помощи. Каковы цели и задачи форума?**

– С 22 по 24 октября 2025 г. в Общественной палате Российской Федерации состоится юбилейный X Всероссийский конгресс онкопациентов – крупнейшее событие года в сфере онкологии. Этот трехдневный форум объединит пациентов, врачей, представителей власти, общественных организаций и экспертов для обсуждения самых актуальных вопросов, связанных с профилактикой, диагностикой и лечением онкологических заболеваний.

Программа конгресса включает 31 тематическую сессию, каждая из которых посвящена ключевым аспектам онкологической помощи. Среди спикеров – ведущие российские и международные специалисты, профессора и ученые, которые представят результаты новейших исследований и разработок. Особое внимание будет уделено международной панельной дискуссии, где участники обсудят глобальные вызовы в онкологии и возможности сотрудничества с зарубежными организациями.

Главной целью конгресса является выработка конкретных решений, направленных на улучшение качества жизни онкопациентов и повышение доступности современной медицинской помощи. Итогом форума станет принятие резолюции, содержащей рекомендации и планы действий для дальнейшего развития системы онкологической помощи в России. Мы приглашаем всех, кто заинтересован в

развитии онкологической помощи и поддержке пациентов, посетить Конгресс. Всю необходимую информацию об участии можно получить на сайте: <https://www.russcpra.ru/congress/>.

**– Ирина Валерьевна, что бы Вы посоветовали людям, которые впервые столкнулись с диагнозом рака, исходя из Вашего личного опыта и опыта Ассоциации?**

– Когда человек впервые слышит диагноз «рак», это всегда шок и страх перед неизвестностью. Я хорошо помню

свои собственные переживания и опыт многих членов нашей Ассоциации. Прежде всего важно не впадать в отчаяние и не позволять болезни полностью захватить ваши мысли. Сосредоточьтесь на том, что вы можете сделать прямо сейчас, чтобы помочь себе.

Первое, что я советую, – это доверять врачам. Найдите специалиста, которому вы сможете доверять, и не бойтесь задавать вопросы. Если у вас есть сомнения в диагнозе или методах лечения, проконсультируйтесь с несколькими врачами. Это поможет вам почувствовать уверенность в выбранном пути.

Позитивный настрой играет огромную роль. Даже в самые сложные моменты важно сохранять веру в лучшее. Побочные эффекты лечения, такие как выпадение волос или тошнота, можно воспринимать как временные трудности, которые ведут к выздоровлению. Например, я всегда думала, что волосы обязательно отрастут, а неприятные ощущения – это лишь часть процесса очищения организма.

И самое главное – помните, что вы не одни. Есть люди, которые готовы поддержать вас, помочь советом и делом. Пусть ваша жизнь будет наполнена надеждой, любовью и верой в лучшее!

**– Ирина Валерьевна, благодарим Вас за откровенный и содержательный разговор. Ваше стремление сделать мир добрее и справедливее, помогая онкологическим пациентам, вызывает искреннее уважение и восхищение. Благодаря Вашему энтузиазму, самоотверженности и огромной работе Ассоциации «Здравствуй!» тысячи людей получают необходимую помощь и обретают надежду даже в самые сложные моменты своей жизни. Мы искренне желаем Ассоциации успехов в достижении поставленных целей, крепкого здоровья и благополучия каждому члену Вашей команды. Пусть Ваш труд будет услышан и оценен обществом, а государство и медицинское сообщество продолжат активно поддерживать ваши инициативы. Самое главное – пусть каждый человек, нуждающийся в помощи, сможет вовремя обратиться и получить поддержку, которая изменит его жизнь к лучшему. Спасибо за этот важный разговор и за вдохновение, которым Вы поделились с нашими читателями. Ваш пример – это напоминание о том, что даже в самых сложных обстоятельствах можно найти силы для борьбы и помощи другим.**

Всероссийская ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

Ассоциация работает круглосуточно.

Вы можете обратиться за помощью по телефону горячей линии  
8 (800) 301-02-09  
или на сайте [russcpra.ru](https://russcpra.ru)



# Возраст пациента, семейный анамнез, скорость деления клеток опухоли – каковы ключевые критерии, определяющие тактику лечения?



Сегодня мы обсудим эти проблемы с Владимиром Константиновичем Лядовым – доктором медицинских наук, заведующим отделением онкологии №4 Онкологического центра №1 ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ», профессором кафедры онкологии и паллиативной медицины имени академика А.И. Савицкого РМАНПО, а также заведующим кафедрой онкологии НГИУВ – филиала РМАНПО. Владимир Константинович поделится своим опытом и знаниями, расскажет о современных методах терапии и перспективах развития онкологической помощи пациентам с этими заболеваниями.

– Владимир Константинович, расскажите, пожалуйста, являются ли доброкачественные образования желудка предшественниками злокачественного процесса. Всегда ли такая связь существует?

– Когда мы пытаемся отличить доброкачественные и злокачественные опухоли, важно понимать, что основным признаком злокачественности является способность опухоли выделять клетки в кровотоки, что постепенно приводит к появлению отсевов опухоли – метастазов – в других органах и тканях. Доброкачественные опухоли такой способностью не обладают.

Целый ряд доброкачественных заболеваний желудка не относится к предшественникам злокачественного процесса: например, липомы – опухоли из жировой ткани, гиперпластические полипы – утолщение слизистой оболочки желудка. Существуют фоновые и предраковые заболевания желудка, повышающие риск развития злокачественного новообразования: хронический атрофический гиперпластический гастрит, аденоматозные полипы, пернициозная анемия, состояния после резекции желудка, болезнь Менетрие. Аденоматозные полипы (аденомы) желудка относятся к предраковым образованиям и требуют

**Новообразования желудка, поджелудочной железы и гастроинтестинальные стромальные опухоли (gastrointestinal stromal tumor – GIST) представляют собой серьезные медицинские проблемы, требующие комплексного подхода к диагностике и лечению. Эти заболевания отличаются сложной клинической картиной, трудностями диагностики и выбора оптимальной терапевтической стратегии. Многие пациенты сталкиваются с проблемами своевременного выявления заболевания, а современные подходы требуют индивидуального подбора терапии с учетом особенностей каждого случая.**

эндоскопического удаления. Однако технически невозможно удалить значительные по размеру образования эндоскопически — такие случаи требуют хирургического вмешательства.

Связь между доброкачественными и злокачественными процессами существует не всегда. Если в гистологическом заключении после биопсии образования желудка указано «аденоматозный полип», это считается предраковым состоянием, требующим удаления для профилактики развития рака.

– Какие современные методы позволяют наиболее точно диагностировать опухоли желудка?

– Здесь очень важным вопросом являются методы ранней диагностики заболеваний желудка. Ультразвуковое исследование (через переднюю брюшную стенку) неэффективно для диагностики опухолей желудка. Основным методом ранней диагностики – эндоскопия (эзофагогастродуоденоскопия) с биопсией. Это связано с тем, что такие образования возникают изначально со стороны слизистой оболочки же-

атрофическим гастритом в целях раннего выявления опухолей недостаточно стандартной гастроскопии. Необходимо применять дополнительные методики исследования слизистой оболочки желудка, такие как узкоспектральная эндоскопия и хромоэндоскопия. Современные приборы оснащены специальными функциями обработки изображений, позволяющими заметить мельчайшие изменения слизистой оболочки еще на самой начальной стадии. Чтобы воспользоваться такими методами диагностики, необходимо уточнить в медицинской организации, где проводят обследование, каким оборудованием оснащен центр и какие именно протоколы обследования слизистой желудка применяются. Обо всем этом нужно помнить.

– Можно ли самостоятельно распознать признаки возможного начала болезни и принять меры раньше появления серьезных симптомов?

– Самостоятельное выявление опухоли желудка на ранней стадии, к сожалению, невозможно. Любые проявления болезни, жалобы, которые могут привлечь внимание

## У НАС ЕСТЬ МНОЖЕСТВО ЭФФЕКТИВНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ – КАК ХИРУРГИЧЕСКИХ, ТАК И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ – ДЛЯ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ

лудка, в просвете органа. Конечно, основным методом ранней диагностики является эндоскопия или гастроскопия – осмотр желудка специальным прибором. К счастью, в настоящее время эта процедура стала значительно менее дискомфортной для пациентов, так как часто выполняется под наркозом: пациент спит. За одно исследование можно оценить слизистые оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и даже провести колоноскопию, исследовав толстый кишечник. Такое обследование гораздо комфортнее для пациента, чем традиционная гастроскопия без наркоза. Хотя одновременно следует отметить, что современное оборудование позволяет сделать процедуру вполне приемлемой и без наркоза. Колоноскопия – отдельное исследование, проводимое при необходимости в один и тот же день, в рамках комплексного обследования под одной седацией при подозрении на новообразование желудка.

Важно осознавать, что если речь идет о хронических изменениях слизистой оболочки желудка, например таком заболевании, как гастрит – хроническом воспалении стенки желудка, – то не каждый случай гастрита сопровождается риском развития рака. Хронический атрофический гастрит и болезнь Менетрие являются фоновыми заболеваниями с повышенным риском развития рака желудка. Пациенты с такими диагнозами находятся в группе повышенного риска и требуют регулярного эндоскопического наблюдения. Гастроскопию таким пациентам нужно проходить регулярно и чаще обычного. Более того, пациентам с

пациента, такие как затруднение прохождения пищи, возможно, рвота съеденной пищей или рвота с примесью крови, черный стул вследствие кровотечения из желудка или резкое снижение массы тела, – все это признаки далеко зашедшего опухолевого процесса. А вот ранняя диагностика, безусловно, требует эндоскопии.

Кроме того, следует учитывать, что программы массового скрининга для раннего выявления опухолей желудка пока не введены в практическое здравоохранение большинства стран мира, за исключением отдельных стран Азии, где уровень заболеваемости раком желудка особенно высок. По сути, раннее обнаружение таких опухолей зависит от самого пациента. Важно знать свою семейную историю, особенно пациентам, у которых несколько членов семьи страдали онкологическими заболеваниями желудка. Им рекомендуется проконсультироваться у медицинского генетика и врача-гастроэнтеролога, чтобы установить личный риск развития болезни. Если в семье были случаи заболевания раком желудка, здоровым членам семьи рекомендуется начать регулярные профилактические осмотры примерно на десять лет раньше возраста, в котором заболел самый молодой родственник. Такие пациенты должны регулярно посещать врача-гастроэнтеролога и своевременно проходить эндоскопическое обследование.

– Каков прогноз после успешного оперативного удаления опухоли желудка? Насколько сильно операция влияет на качество жизни пациента в дальнейшем?

с. 4

– По данным статистики, примерно половине пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении рака желудка, выполняют гастрэктомию – полное удаление желудка. В тех случаях, когда производится резекция желудка, т.е. удаление его части, обычно удаляют две трети или большую часть органа, следовательно, оставшаяся часть желудка небольшая. Безусловно, это может повлиять на качество жизни, что вызывает беспокойство у многих пациентов. Можем отметить, что в целом, опираясь на накопленный опыт хирургического лечения в большинстве специализированных онкологических центров в нашей стране, значительных ухудшений качества жизни после резекции желудка не наблюдается. Через несколько месяцев после операции культя желудка увеличивается в объеме, позволяя пациенту вести жизнь почти такую же, какой была до вмешательства. Если желудок удален полностью, в первые месяцы после операции могут возникать некоторые ограничения, связанные с объемом потребляемой пищи. Тем не менее большинство пациентов способны поддерживать хорошее качество жизни, если отсутствуют серьезные осложнения после операции. Особенностью является то, что иногда возникает нарушение обмена витаминов группы В, которые обычно усваиваются в желудке. Поэтому многим пациентам рекомендуют ежегодно проходить курс витаминотерапии для улучшения общего самочувствия и коррекции анемии, если она развивается. Во всех остальных аспектах качество жизни пациентов остается высоким и существенно не отличается от его уровня до операции. Оно также определяется прогнозом, т.е. наличием или отсутствием метастазов и новых проявлений болезни после операции. Сегодня, благодаря достижениям онкологии, мы можем вылечить большое количество пациентов с первой, второй, иногда третьей стадией заболевания.

**– Владимир Константинович, существуют ли эффективные меры профилактики болезней желудка?**

– Разумеется, одним из сложных вопросов является возможность профилактики онкологических заболеваний желудка – можно ли снизить риск развития этих заболеваний путем соблюдения здорового образа жизни и правильного питания? Профилактика рака желудка включает: исключение чрезмерного употребления соли, копченых, жареных и маринованных продуктов; отказ от курения и алкоголя; употребление свежих овощей и фруктов; лечение фоновых заболеваний (атрофический гастрит, инфекция *H. pylori*); регулярное эндоскопическое наблюдение при высоком риске.

Что касается рекомендаций по диете, то Всемирная организация здравоохранения рекомендует придерживаться принципов средиземноморской диеты, которая включает больше свежих овощей, фруктов, богатых клетчаткой продуктов, регулярного потребления рыбы и умеренное – злаковых культур. Полностью исключается чрезмерное ежедневное потребление жареных продуктов, соленых мясopодуков и копченостей.

Наконец, говоря о профилактике заболеваний желудка, нельзя обойти стороной тему атрофического гастрита. Это редкое заболевание, характеризующееся истончением слизистой оболочки желудка, чаще встречается среди пожилого населения. Пациенты с установленным диагнозом атрофического гастрита находятся в группе повышенного риска развития онкологии. Хотя само заболевание необратимо, его своевременное выявление и наблюдение у специалистов – гастроэнтерологов и реже онкологов – помогает минимизировать возможные негативные последствия.

**Продолжим наше обсуждение и плавно перейдем от проблем, связанных с желудком, к вопросам, касающимся другого жизненно важного органа – поджелудочной железы. Мы рассмотрели широкий спектр вопросов, включая диагностику и лечение различных новообразований желудка, подчеркнув важность своевременного выявления признаков потенциального злокачественного перерождения тканей. Теперь обратимся к специфике онкологического профиля поджелудочной железы.**

**– Владимир Константинович, какие современные методы позволяют наиболее точно диагностировать опухоли поджелудочной железы на ранних стадиях заболевания?**

– Рак поджелудочной железы представляет собой болезнь с относительно неблагоприятным прогнозом, которая особенно часто встречается в развитых странах. Уровень заболеваемости, например, в Соединенных Штатах постоянно растет, аналогичная тенденция наблюдается и в нашей стране. Рост числа случаев объясняется увеличением доли пациентов старшего и пожилого возраста, поскольку рак поджелудочной железы чаще диагностируется именно у этой возрастной категории. Старение населения, происходящее повсеместно, включая Россию, ведет к увеличению количества больных раком поджелудочной железы. Несмотря на прогресс современной медицины, успехи лечения этого заболевания пока не столь высоки и показатели смертности остаются высокими. Отсюда возникает необходимость разработки методов ранней диагностики.

Другие распространенные методы диагностики, такие как компьютерная и магнитно-резонансная томографии, эффективны при диагностике крупных новообразований, но выявление небольших опухолей размером менее 1 см крайне затруднено. Обычно симптомы проявляются поздно: боль в животе и спине, снижение массы тела, механическая желтуха из-за обструкции желчевыводящих путей. Эти признаки чаще всего указывают на позднюю стадию рака поджелудочной железы.

Тем не менее развитие хирургии и, конечно, химиотерапии ведет к тому, что продолжительность жизни пациентов значительно увеличилась по сравнению с показателями десятилетней давности, что вселяет надежду на дальнейшее повышение эффективности борьбы с данным заболеванием.

**– Некоторые наследственные синдромы повышают вероятность возникновения опухолей поджелудочной железы. Расскажите немного о генетической предрасположенности и семейном анамнезе в отношении этих видов онкологических заболеваний.**

– Генетически обусловленные или семейные формы рака поджелудочной железы встречаются редко: считается, что не более 5–10% всех пациентов страдают именно наследственной формой болезни. В российской практике подобные наблюдения нечасто, поскольку в нашей стране пока отсутствует единый регистр или база данных, включающая семьи с историями опухолей поджелудочной железы, хотя создание подобной системы чрезвычайно важно.

Важно помнить, что критерии семейного характера болезни включают наличие у пациента минимум двух ближайших родственников, имеющих подтвержденный диагноз злокачественной опухоли поджелудочной железы. Подобные ситуации возможны, но, к сожалению, единой службы, куда могли бы обращаться такие семьи, пока не создано. Если вы обнаружили подобную проблему в своей родословной, настоятельно рекомендуем обратиться к медицинскому генетику в одной из региональных генетических лабораторий или в федеральный генетический научный центр в Москве, который располагает специализированной лабораторией медицинской генетики. Например, на базе Онкологического центра №1 ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» пациенты и их родственники могут пройти онкогенетические исследования.

При подтверждении наличия семейной формы заболевания начинают действовать специальные протоколы наблюдения, предусматривающие регулярные обследования с использованием таких методов, как магнитно-резонансная томография, а также эндосонография (эндоскопическое ультразвуковое исследование) поджелудочной железы. Данные процедуры проводятся с определенной частотой в ведущих медицинских учреждениях, специализирующихся на диагностике опухолей поджелудочной железы.

**– Часто звучит термин «таргетная терапия». Что она означает применительно к лечению рака поджелудочной железы?**

– Таргетная терапия при раке поджелудочной железы применяется в определенных клинических ситуациях (например, при наличии мутаций), решение о назначении лекарственной терапии принимает онкологический консилиум и лечащий врач пациента на основании молекулярно-генетического анализа.

Всем пациентам с раком поджелудочной железы рекомендуется молекулярно-генетическое исследование: герминальные мутации, а также определение микросателлитной нестабильности в опухолевой ткани. Эти данные

влияют на выбор терапии, включая иммунотерапию. Несмотря на низкий шанс успеха, врач может рекомендовать проведение дополнительного тестирования биоптата опухоли или операционного материала, чтобы рассмотреть возможность назначения иммунотерапии. Решение о проведении подобного теста принимается индивидуально пациентом.

В то же время стандартная цитотоксическая терапия с каждым годом становится все более эффективна. В каком-то смысле благоприятным фактором при раке поджелудочной железы является то, что схемы стандартного лечения этого заболевания доступны практически везде и применение рекомендованных комбинаций препаратов позволяет достигать положительных результатов в подавляющем числе регионов нашей страны.

**– Владимир Константинович, что бы Вы посоветовали людям, столкнувшимся с диагнозом рака поджелудочной железы?**

– Мой совет пациентам, страдающим опухолями поджелудочной железы, – узнать, каков опыт лечения этих заболеваний в учреждении, где планируется лечение, и обращаться именно в специализированные клиники, имеющие постоянный опыт работы с подобными случаями. Согласно множеству научных публикаций и аналитических исследований, проведенных в мире, важнейший фактор, влияющий на улучшение результатов в лечении рака поджелудочной железы, – это именно опыт медицинского учреждения. Об этом надо помнить пациентам и никогда не стесняться задать соответствующие вопросы при обращении к врачу.

**Мы подробно поговорили о заболеваниях поджелудочной железы, затронув вопросы диагностики, лечения и важности обращения в специализированные медицинские центры. Продолжая нашу беседу, предлагаем перейти к обсуждению другой важной темы, связанной с онкологическими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), – гастроинтестинальных стромальных опухолей (GIST).**

**– Владимир Константинович, что такое GIST-опухоль? Чем она отличается от обычных злокачественных новообразований ЖКТ?**

– Термин «гастроинтестинальные стромальные опухоли» (сокращенно: ГИСО или GIST) нередко вызывает тревогу у пациентов, впервые столкнувшихся с этим диагнозом. Но на самом деле среди онкозаболеваний органов пищеварения они относятся к числу наиболее благоприятных по клиническому течению и прогнозу. Мы сейчас немного поговорим о них.

По своей природе стромальная опухоль (ГИСО) – это опухоль, возникающая не из эпителия слизистой оболочки (как аденокарцинома), а из клеток интерстициальной ткани мышечного слоя желудочно-кишечного тракта.

Стромальные опухоли являются с этой точки зрения одним из вариантов сарком желудочно-кишечного тракта. «Саркома» – слово, которое также пугает и еще иногда сильнее пугает, чем слово «рак», но этот термин лишь отражает, из каких клеток исходит образование. Стромальные опухоли относятся к новообразованиям, которые могут быть излечены у многих пациентов. Поэтому нужно понимать, как проходит диагностика и лечение этих заболеваний.

Итак, стромальные опухоли могут развиваться в разных отделах ЖКТ: чаще всего поражается желудок, реже – тонкий и толстый кишечник, совсем редко – пищевод. Наиболее благоприятным течением отличаются опухоли желудка. Специфичность диагноза состоит в том, что выделить так называемые ранние стадии при этом заболевании затруднительно. Вероятность метастазирования или агрессивного течения болезни главным образом зависит от размера первичной опухоли и скорости деления ее клеток, которую удается определить только после полного удаления новообразования или проведения биопсии.

**– Что определяет выбор метода лечения – удалять хирургически или лечить лекарственными препаратами?**

– Тактика лечения ГИСО определяется размером опухоли, локализацией, индексом митозов (скорость деления клеток) и молекулярно-генетическими характеристиками. При малых ГИСО желудка (<2 см) без признаков агрессив-

с.5

ности возможно динамическое наблюдение. Удаление обязательно при локализации вне желудка. Такие маленькие образования могут годами оставаться стабильными, не увеличиваясь в размерах. Однако это правило действует исключительно для ГИСО желудка. Если же опухоль расположена в другом отделе ЖКТ, независимо от ее размера рекомендовано обязательное удаление.

Объем хирургического вмешательства – полное удаление опухоли с сохранением псевдокапсулы и с отступом от здоровых тканей. При локализованных ГИСО допускается малоинвазивное (лапароскопическое, эндоскопическое) удаление. Резекция органа целиком, как правило, не требуется. Чаще всего это небольшие операции, после которых пациент через 2–3 дня может выписаться и жить так же, как и до операции.

Опухоли, расположенные в тонкой кишке, часто приводят к внутренним кровотечениям, что может стать первым проявлением заболевания. В таких ситуациях проводят удаление участка кишки с последующим сшиванием, формированием соустья между участками кишки выше и ниже опухоли. Хирургическое лечение ГИСО, как правило, хорошо переносится. Однако при осложненных формах (кровотечение, перфорация) требуется экстренная хирургия по стандартам неотложной помощи.

**– Применяется ли таргетная терапия при лечении GIST-опухолей?**

– Если у пациента на момент постановки диагноза уже обнаружены метастазы, то, несмотря на относительную благоприятность прогноза при этом виде опухолей, требуется комплексный подход к лечению. В таких случаях, помимо хирургического вмешательства, также назначается таргетная терапия – терапия, прицельно воздействующая на определенные мутации, генетические изменения в клетках.

Как раз стромальные опухоли стали моделью для внедрения в здравоохранение, в онкологию, таргетной терапии. Первый препарат этой группы, зарегистрированный в мире, – иматиниб мезилат («Иматиниб») был разработан для лечения опухолей крови, однако показал великолепную эффективность именно при лечении метастатических стромальных опухолей. Имеется российский биоаналог оригинального препарата, абсолютно эффективный и качественный. Существует целый ряд препаратов второй и третьей линии терапии, поскольку все-таки с годами развивается нечувствительность к тому или иному таргетному препарату, появляются клетки, которые растут вопреки его приему, поэтому требуются иные варианты лечения. Но в целом таргетная терапия

очень эффективна при этом заболевании и случаи резистентности, нечувствительности к лечению встречаются очень редко.

**– Каков прогноз после успешного хирургического вмешательства при GIST-опухолях? Насколько сильно операция влияет на качество жизни пациента?**

– Прогноз для пациентов, конечно, зависит от того, на каком этапе развития болезнь была выявлена. При локальном, местном процессе и успешно проведенной операции большинство пациентов живут без рецидива, т.е. повторного появления заболевания, без прогрессирования, сохраняя отличное качество жизни. Еще раз подчеркну, что стромальные опухоли, особенно желудка – это, в общем-то, благоприятно протекающая группа болезней. Хотя мы их относим к злокачественным новообразованиям и лечим в онкологических учреждениях, все же эта группа имеет благоприятное течение и прогноз. У нас есть множество эффективных инструментов – как хирургических, так и медикаментозных – для успешного лечения данной группы опухолей.

**– Владимир Константинович, благодарим Вас за интересную беседу!**

## ГЛАВНАЯ ТЕМА

# Все самое важное, что нужно знать о раке желудка

**Рак желудка – одно из распространенных онкологических заболеваний в мире. В данной статье мы постараемся предоставить вам достоверную информацию о раке желудка, его симптомах, методах диагностики и лечения. Чем больше вы знаете о болезни, тем лучше сможете защитить себя и своих близких. Современная медицина постоянно развивается, и сегодня у пациентов гораздо больше шансов на выздоровление, чем раньше.**



## Факторы риска и предрасполагающие условия для развития опухолей желудка

Среди факторов риска возникновения любого онкологического заболевания особым образом выделяется нездоровый образ жизни, где до 60% приходится на такие факторы риска, как курение, алкоголизация и неправильное питание, приводящее к ожирению или, напротив, к истощению и потере мышечно-жирового каркаса.

Всемирная организация здравоохранения относит курение сигарет к доказанным факторам риска развития ряда опухолевых процессов, среди которых и рак желудка. Воз-

можно, в связи с этим мужчины болеют этим заболеванием несколько чаще женщин. Совместное длительное и чрезмерное употребление алкогольсодержащих, особенно крепких, напитков кратно повышает риск возникновения этого заболевания.

Неправильное питание и алкоголь существенно влияют на развитие опухолей слизистой оболочки желудка. Избыточное употребление соленых, копченых и консервированных продуктов связано с повышением риска заболевания, поскольку эти продукты содержат нитрозамины и другие канцерогены, способные повреждать клетки сли-

зистой оболочки желудка и провоцировать их злокачественное перерождение. При этом голодание «стимулирует канцерогенез; приводит к атрофическим изменениям в железах внутренней секреции, т.е. нарушению гомеостаза и ослаблению резистентности организма» [1]. Таким образом, факторы питания и состояние организма взаимодействуют, влияя на риск развития онкологических заболеваний.

Генетическая предрасположенность также играет роль в развитии злокачественного новообразования желудка. Наследственный диффузный рак желудка (hereditary diffuse gastric cancer, HDGC) связан с мутациями в гене CDH1, что нарушает клеточную адгезию и способствует злокачественному перерождению эпителиальных клеток. Эти мутации передаются по наследству, что делает их важным аспектом при анализе семейных анамнезов. Вместе с тем после хирургического вмешательства на желудке могут развиваться функциональные заболевания, такие как демпинг-синдром (когда пища быстро перемещается в кишечник, не успев должным образом перевариться), требующие внимания в процессе реабилитации [2]. Таким образом, при оценке рисков и последствий злокачественного заболевания желудка необходимо учитывать как генетические факторы, так и потенциальные осложнения, связанные с хирургическим лечением.

Экологические и социальные факторы играют важную роль в развитии злокачественного заболевания желудка. Загрязнение воздуха, высокое содержание нитратов в питьевой воде и ограниченный доступ к качественному медицинскому обслуживанию представляют собой ключевые аспекты, учитываемые при диагностике и лечении этого заболевания [3]. Эти факторы не только увеличивают риск возникновения болезни, но и усиливают воздействие канцерогенов на организм, что затрудняет раннюю диагностику.

Хронический гастрит может быть вызван не только инфекционными агентами, но и аутоиммунными процессами, что приводит к атрофии слизистой оболочки желудка.

Этот процесс сопровождается нарушением регенерации тканей и может стать основой для формирования предраковых изменений. Хроническое воспаление, вызванное как инфекционными, так и аутоиммунными факторами, играет важную роль в развитии опухолей желудка [4].

### Клиническая картина и диагностика

#### Основные симптомы и их особенности

Около 70% пациентов со злокачественным заболеванием желудка испытывают режущие боли вверху живота (подреберная центральная зона, или область эпигастрия), зачастую не связанные с приемом пищи (в отличие от гастрита и язвы желудка). Этот симптом может быть первым проявлением заболевания и играет важную роль в диагностике. Характер боли варьирует в зависимости от локализации опухоли и стадии ее развития, что требует внимательного анализа для точной постановки диагноза. Отсутствие аппетита часто встречается при различных заболеваниях. Пациенты могут ощущать быстрое насыщение даже после употребления небольшого количества пищи, что может быть обусловлено уменьшением объема желудка из-за опухоли или его обструкцией (сужением), ограничивающими нормальное поступление пищи. Изжога – хотя и менее специфичный симптом, но может указывать на опухоли желудка, возникая в результате рефлюкса или обструкции, вызванной опухолевым процессом. Эти проявления способны значительно ухудшать качество жизни пациента, что требует пристального внимания со стороны врачей [5].

Зачастую рак развивается на измененной слизистой оболочке – при гастрите или язвенной болезни. Тогда пациенту достаточно сложно уловить разницу в изменении характера боли. Именно дополнительные симптомы должны насторожить пациента и заставить его обратиться ко врачу.

Кровотечения часто возникают из-за изъязвлений опухоли или повреждений кровеносных сосудов в ее области. Эти состояния представляют серьезную угрозу для жизни пациента и требуют своевременной диагностики и лечения [6]. Анемия часто сопровождает опухоли желудка, встречаясь у 30–50% онкологических пациентов. Она может возникать как следствие хронической кровопотери из-за изъязвления опухоли или из-за недостаточного усвоения железа ор-

ганизмом. Снижение уровня гемоглобина негативно сказывается на общем самочувствии пациента и требует коррекции. Если злокачественное новообразование желудка распространилось на другие части тела, оно называется метастатическим или распространенным. Опухоль вызывает симптомы, характерные для места ее распространения. Например, при распространении заболевания на лимфатические узлы могут появиться плотные узелки, которые можно прощупать через кожу. Распространение в печень может вызвать пожелтение кожи и белков глаз. Список возможных клинических симптомов при злокачественном заболевании желудка приведен далее [7]:

- проблемы с глотанием;
- боль в животе;
- ощущение вздутия живота после еды;
- чувство сытости после приема небольшого количества пищи;
- отсутствие чувства голода, когда вы, казалось бы, должны быть голодны;
- изжога, отрыжка;
- несварение желудка;
- тошнота;
- рвота;
- потеря массы тела без причины;
- чувство сильной усталости;
- черный стул.

### Заключение

Опухоли желудка представляют собой значительную проблему в области здравоохранения, что обусловлено их высокой заболеваемостью и смертностью. Основные факторы риска включают образ жизни пациента, генетическую предрасположенность, инфекцию *Helicobacter pylori*, а также воздействие внешних факторов. Симптоматика заболевания варьирует от диспепсических расстройств до выраженных болевых синдромов и анемии, что подчеркивает важность ранней диагностики. Современные методы лечения опухолей желудка включают хирургическое вмешательство, химиотерапию и таргетную терапию, которые позволяют значительно улучшить выживаемость пациентов. После завершения терапии важно уделять внимание реабилитации, включая правильное питание, психологическую поддержку и предотвращение возможных

осложнений. Комплексный подход к лечению и восстановлению пациентов играет ключевую роль в улучшении их качества жизни.

В ряде стран, где рак желудка занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности, для повышения эффективности борьбы с этими опухолями внедрены национальные программы скрининга, направленные на раннее выявление заболевания. В нашей стране важным моментом профилактики этого заболевания является регулярное диспансерное наблюдение за группой пациентов с так называемыми фоновыми, предраковыми заболеваниями, в числе которых находятся атрофический гастрит и язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки. Также повышение осведомленности населения о симптомах и факторах риска способствует своевременному обращению за медицинской помощью. В процессе лечения важно учитывать индивидуальные особенности пациента, а в реабилитации – применять мультидисциплинарный подход, включающий участие диетологов, психологов и других специалистов. Дальнейшие исследования в области молекулярной биологии и генетики позволят разработать новые методы диагностики и лечения опухолей желудка. Также важно уделять внимание изучению эффективности профилактических мероприятий – например, таких как вакцинация против *H. pylori* и разработка новых диетологических рекомендаций. Эти усилия помогут снизить заболеваемость и улучшить прогноз для пациентов.

#### Литература

1. Снеговой А.В., Салтанов А.И., Манзюк Л.В., Сельчук В.Ю. Нутритивная недостаточность и методы ее лечения у онкологических больных. Практическая онкология. 2009; 10 (1): 49–50.
2. Родионова Т.Р. Реабилитация больных после хирургического лечения опухолей желудка. [б. м.]: Минский городской клинический онкологический диспансер, [б. г.]. [б. с.].
3. Юнаковская И.В. Профессиональная деятельность фельдшера в профилактике опухоли желудка: дипломная работа. Белгород, 2019. 40 с.
4. Назарова И.А., Жевелюк А.Г., Прохоров А.В. и др. Редкий случай гигантской гастроинтестинальной стромальной опухоли желудка. Российский электронный журнал радиологии. 2013; 3 (4): 120–1.
5. Шестакова И.Г. Реабилитация эндометрия после потери беременности. Гинекология. 2009; 11 (4): 55–6.
6. Зайцева А.А., Богданова Т.М. Онкологические аспекты органов желудочно-кишечного тракта. [б. м.], [б. м.], [б. г.]. [б. с.].
7. Электронный ресурс. URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/stomach-cancer/symptoms-causes/syc-20352438>

#### ГЛАВНАЯ ТЕМА

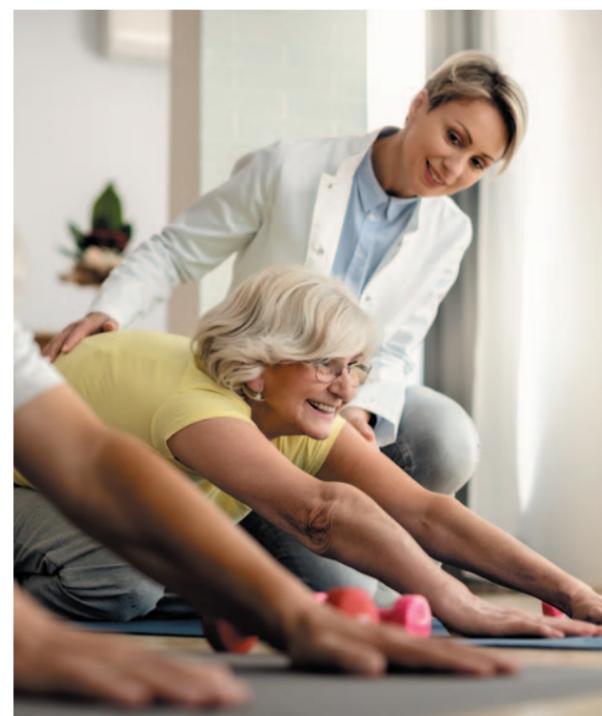
# О питании и образе жизни после лечения опухолей желудка

**Питание играет центральную роль в восстановлении организма после терапии опухолей желудка. Во время лечения организм пациента испытывает значительный стресс, что может приводить к потере массы тела, недостатку питательных веществ и ослаблению иммунной системы. Потеря массы тела более 10% наблюдается у 45% больных, что подчеркивает необходимость адекватного питания [1]. Сбалансированное питание помогает восполнить утраченные микро- и макроэлементы, способствует заживлению тканей и поддерживает энергетический баланс, необходимый для восстановления функций организма. Правильно организованное питание становится важным компонентом реабилитации.**

Для пациентов, перенесших терапию опухолей желудка, рекомендуется придерживаться диеты, основанной на легкоусвояемой пище. В рационе должны преобладать продукты, богатые белками, такие как нежирное мясо, рыба, яйца и молочные продукты, а также овощи и фрукты, содержащие витамины и минералы. Следует избегать острых, жирных и трудно перевариваемых продуктов, которые могут раздражать слизистую оболочку желудка. При этом установлена высокая частота выявления *Helicobacter pylori* (100%) при обострении хронического гастрита и язвенной болезни [2]. Важно также соблюдать режим питания, принимая пищу небольшими порциями несколько раз в день, чтобы снизить нагрузку на пищеварительную систему. В ряде случаев пациенту назначают специальное клиническое питание, которое составлено из полноценных белков, жиров и углеводов и может заменить даже дневной рацион – когда пациенту сложно пережевывать пищу или усваивать ее через рот. Иногда одним из этапов лечения

является наложение гастростомы – тогда проводится зондовое питание этими сбалансированными питательными смесями.

Безусловно, здоровый образ жизни играет ключевую роль в реабилитации пациентов после лечения опухолей желудка. Регулярная физическая активность, адаптированная к состоянию пациента, способствует улучшению общего самочувствия и укреплению организма. Отказ от вредных привычек, таких как курение и употребление алкоголя, снижает риск осложнений и рецидива заболевания. Соблюдение специальной диеты также является важным аспектом восстановления после хирургического лечения, включая ограничение определенных продуктов и увеличение потребления овощей и фруктов [3]. Кроме того, режим сна и отдыха играет значительную роль в восстановлении энергии и поддержании психоэмоционального равновесия, что в совокупности улучшает качество жизни пациента.



#### Литература

1. Снеговой А.В., Салтанов А.И., Манзюк Л.В., Сельчук В.Ю. Нутритивная недостаточность и методы ее лечения у онкологических больных. Практическая онкология. 2009; 10 (1): 49–50.
2. Шестакова И.Г. Реабилитация эндометрия после потери беременности. Гинекология. 2009; 11 (4): 55–6.
3. Родионова Т.Р. Реабилитация больных после хирургического лечения опухолей желудка. [б. м.]: Минский городской клинический онкологический диспансер, [б. г.]. [б. с.].

# Как питаться через гастростому?

**Гастростомия – хирургическая операция, в ходе которой создают искусственный доступ в полость желудка через переднюю брюшную стенку, т.е. накладывают гастростому, через которую и осуществляется питание пациента. Правильная организация процесса питания через гастростому обеспечивает достаточное поступление питательных веществ, поддерживает гидратацию и предотвращает развитие недостаточности питания. Важно помнить, что цель гастростомии – это адекватное обеспечение организма всем необходимым, предупреждение развития и прогрессирования белково-энергетической недостаточности. На сегодняшний день предпочтение отдается мини-инвазивным технологиям, обеспечивающим максимально высокое качество жизни при наложенной гастростоме.**

## Что вводить через гастростому?

Существует предубеждение, что пациент с гастростомой может питаться обычной протертой пищей, т.е. домашними гомогенизированными смесями.

Приготовление питания для гастростомы из обычных продуктов возможно, но это трудоемко и требует тщательного следования рецептуре и соблюдения правил гигиены. К тому же без участия врача-диетолога трудно составить ежедневный рацион, который обеспечивал бы пациенту все необходимые нутриенты. Пациенты не в состоянии справиться с трудоемким приготовлением пищи самостоятельно и нуждаются в помощи сторонних лиц. В настоящее время наиболее удобным и безопасным вариантом является так называемое клиническое питание. Это готовые сбалансированные смеси для энтерального питания, т.е. такие, которые вводятся минуя ротовую полость. Клиническое питание содержит все необходимые питательные вещества (белки, жиры, углеводы, а также витамины и минералы) в сбалансированном соотношении. Оно стерильно и уже готово к употреблению. Выбор конкретной смеси должен осуществляться врачом (диетологом или онкологом) – как правило, это полимерные сбалансированные (стандартные) смеси. Важно понимать, что стандартные смеси могут выступать в качестве единственного источника питания. Продаются смеси для энтерального питания исключительно в аптечной сети.

Очень важно соблюдать правила гигиены при подготовке, введении и хранении специализированного питания, чтобы предотвратить инфекционные осложнения.

## Как вводить питание через гастростому?

Существует два основных типа питания через гастростому.

- **Болюсное питание.** Объемы питания (обычно 50–250 мл) вводятся несколько раз в день (обычно 4–6 раз) с помощью шприца в течение не менее 20 мин.
- **Непрерывное питание.** Клиническое питание, обычно со скоростью 20–50 мл/ч, вводится длительно в течение почти всего дня или в ночное время с помощью специального аппарата, который называется «энтеромат».
- **Прерывистое введение.** Введение объема 300–500 мл в течение 1–2 ч. Такой тип питания имитирует физиологичный прием пищи и осуществляется с помощью специального насоса.

Перед тем, как начать вводить питание через гастростомическую трубку:

- Убедитесь, что трубка правильно установлена и функционирует. Регулярно проверяйте место введения трубки

на наличие признаков инфекции (покраснение, отек, выделение).

- Выберите подходящий размер шприца для болюсного введения в зависимости от объема питания.
- Убедитесь, что насос для непрерывного энтерального питания настроен правильно и работает исправно.
- Для отмеривания необходимого количества питания понадобится мерный стакан.
- Для промывания трубки и профилактики обезвоживания понадобится кипяченая вода.
- Антисептик и перчатки нужны для обработки рук, места введения трубки и выполнения процедуры кормления с соблюдением правил гигиены.

## Подготовка к процедуре кормления

1. Вымойте руки с мылом.
2. Наденьте перчатки.
3. Пациент должен находиться в полусидячем положении (угол положения тела 30–45°) во время и после кормления (в течение 30–60 мин), чтобы снизить риск аспирации.
4. Проверьте проходимость трубки: для этого аккуратно введите небольшое количество воды (5–10 мл) в трубку с помощью шприца. Если вода проходит свободно, трубка проходима. Если вода не проходит, попробуйте промыть трубку теплой водой с помощью шприца. Если это не помогает, обратитесь к врачу.

## Подготовка питания к введению через гастростому

- Готовые смеси клинического питания. Вскройте упаковку и налейте необходимое количество смеси в мерный стакан, затем наберите его в шприц.
- Домашние гомогенизированные смеси. Тщательно измельчите продукты питания в блендере и обязательно процедите смесь через сито, чтобы избежать засорения гастростомической трубки. Убедитесь, что смесь имеет однородную консистенцию. Проверьте температуру подготовленной смеси: вводимое питание должно быть комнатной температуры. Холодное питание вводить недопустимо!

## Введение питания

### Болюсное введение

1. Подсоедините шприц с питанием к гастростомической трубке.
2. Медленно вводите питание в трубку. Время введения должно составлять не менее 20–30 мин. Не торопитесь и следите за реакцией пациента.

3. Если пациент испытывает дискомфорт, тошноту или рвоту, немедленно прекратите кормление и обратитесь к врачу.

4. После введения питания промойте трубку теплой водой (30–50 мл).

## Непрерывное питание с помощью насоса для энтерального питания

1. Подсоедините мешок с питанием к насосу.
2. Подсоедините насос к гастростомической трубке.
3. Установите скорость введения питания в соответствии с рекомендациями врача.
4. Включите насос.
5. Регулярно проверяйте работу насоса и состояние пациента.
6. Каждые 4–6 ч промывайте трубку теплой водой (30–50 мл).

## Уход за гастростомой

- Регулярно осматривайте место введения трубки на наличие признаков покраснения, отека или выделения.
- Промывайте кожу вокруг трубки теплой водой с мылом.
- Следите за чистотой трубки: регулярно промывайте трубку водой после каждого кормления.
- Меняйте повязку вокруг трубки по мере необходимости.
- Избегайте натяжения гастростомической трубки.
- Не используйте острые предметы для очистки трубки.
- При появлении каких-либо проблем (засорение трубки, подтекание питания мимо трубки, признаки инфекции) немедленно обратитесь к врачу.

## Оценка эффективности проводимого питания

- Регулярно взвешивайте пациента.
- Оценивайте общее состояние пациента (аппетит, активность, настроение).
- Следите за появлением отеков или признаков обезвоживания.
- Регулярно, по назначению врача, сдавайте анализы крови для оценки уровня электролитов, белковых фракций и других показателей.



Кукош М., врач-онколог, автор ТГ-канала «Онколикбез»

**ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?**

**Заходите на официальный сайт газеты**

**«Беседы о здоровье. Онкология»**



**БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ  
ОНКОЛОГИЯ**

**НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:**

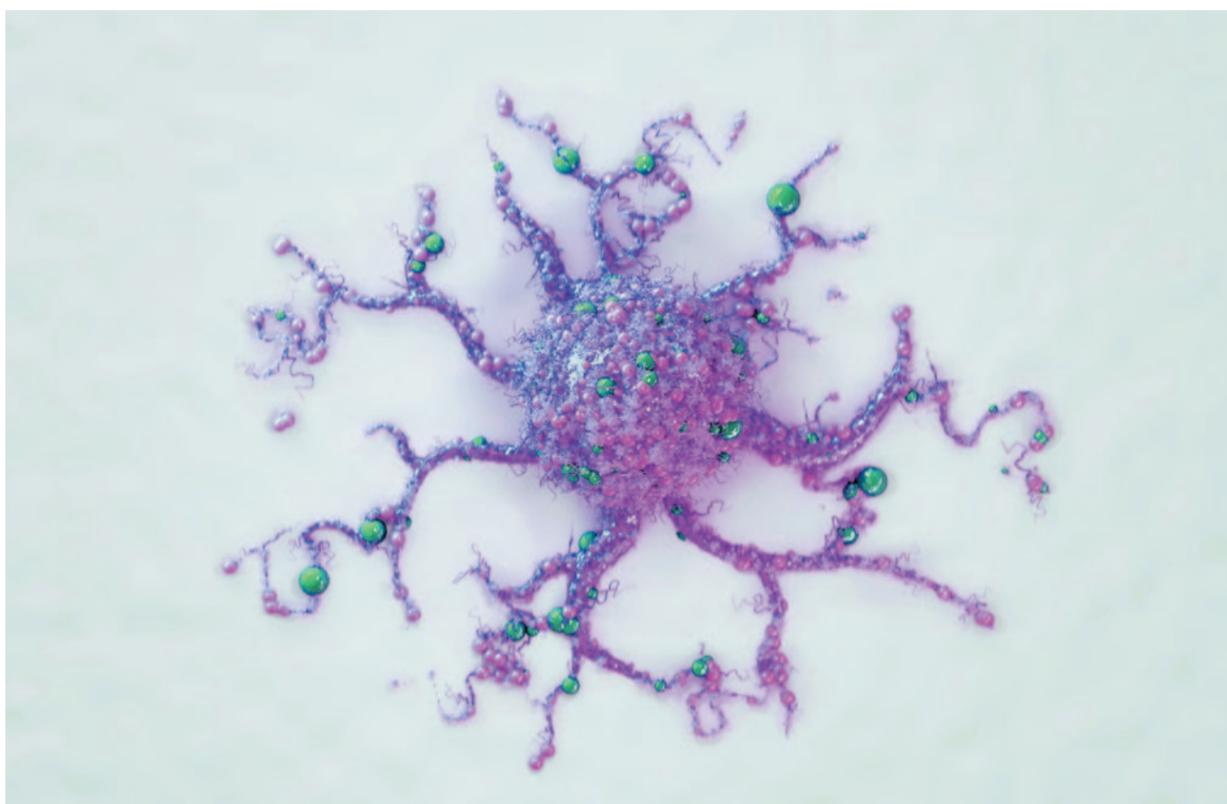
- Все ранее вышедшие номера газеты
- Дополнительные полезные материалы
- Карту онкологических клиник вашего региона
- Ссылки на полезные ресурсы

[беседы-о-здоровье.рф](https://беседы-о-здоровье.рф)



# Редкие опухоли желудочно-кишечного тракта: гастроинтестинальная стромальная опухоль

**Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО, термин «gastrointestinal stromal tumors, GIST» ввели в 1983 г. М.Т. Mazur и Н.В. Clark) являются наиболее распространенными саркомами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), составляя 1% всех злокачественных новообразований указанной локализации, но 80% от всех сарком ЖКТ. Эта опухоль имеет признаки поражения как нервной, так и гладкомышечной ткани и происходит из клеток стенки ЖКТ, известных под названием интерстициальных клеток Кахаля (ICC). ГИСО – это гистологически и молекулярно-генетически гетерогенная группа новообразований с признаками нейрогенной и мышечной дифференцировки, с неуточненным происхождением и трудно прогнозируемым биологическим поведением. Отличительной особенностью этой опухоли является экспрессия ее клетками иммуногистохимических маркеров CD34, CD117.**



Частота встречаемости ГИСО составляет 10–20 случаев на 1 млн населения в год. В США ежегодно регистрируется около 5000–6000 новых случаев подобных заболеваний; в России, по расчетным данным, – 2000–2500 случаев. Распространенность данного заболевания одинакова в разных географических районах и этнических группах населения. Одинаково часто поражаются мужчины и женщины. Средний возраст заболевших приходится на 55–65 лет, достаточно редко – на лиц моложе 40 лет. Перерождение нормальных клеток стенки ЖКТ с последующим их аномальным разрастанием происходит вследствие мутации («поломки») в генах KIT и PDGFRA. Причин данной «поломки» достаточно много, но чаще всего это спровоцировано наследственной предрасположенностью, хроническим стрессом, пониженным иммунитетом, курением, злоупотреблением алкоголем, воздействием радиации и т.д. В некоторых случаях ГИСО возникают ассоциированно с некоторыми редкими синдромами, такими как: триада Карнея, включающая ГИСО с дефицитом субъединицы В сукцинатдегидрогеназы (в основном ГИСО желудка), параганглиому и хондрому легких (возможно возникновение каждой из опухолей в разном возрасте – метакронный рост); синдром Карнея–Стратакиса, при котором отмечаются зародышевые мутации А-, В-, С- и D-субъединиц сукцинатдегидрогеназы, приводящие к диаде «ГИСО + параганглиома»; нейрофиброматоз 1-го типа, при котором отмечается ГИСО «дикого» типа, часто мультицентричной формы, с преимущественной локализацией в тонкой кишке. Частота поражения разных отделов ЖКТ: желудок – 70%, тонкая кишка – 20%, толстая и прямая кишка – 5%, пищевод – менее 5%, неорганный опухоль – менее 1%. Специфических симптомов, характерных только для ГИСО, не существует. На ранних стадиях болезнь себя никак не проявляет. При увеличении опухоли в размерах могут появиться следующие симптомы: боли в животе, же-

лудочные кровотечения, ощущение перенаполнения и дискомфорта в верхних отделах живота, тошнота, рвота. Чаще всего опухоль выявляют случайно при обследовании по поводу другого заболевания. Эндоскопические и лучевые методы диагностики являются основными и наиболее информативными.

При эндоскопическом исследовании (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия) данный вид опухоли может описываться как сдавление исследуемого органа извне, и на слизистой оболочке желудка изменений врач-эндоскопист не видит. Данная локализация затрудняет забор биопсии и верификацию опухоли, так как она находится глубоко в мышечной ткани. Для точности проведения забора материала в некоторых случаях выполняют эндоскопическое ультразвуковое исследование, что позволяет максимально точно увидеть все слои стенки желудка.

При выполнении компьютерной или магнитно-резонансной томографии можно оценить размер и распространение опухоли на другие органы и ткани, а также наличие метастазов. Позитронно-эмиссионная томография может быть полезна для оценки метаболической активности опухоли.

Патоморфологический диагноз устанавливается на основании гистологического и обязательного иммуногистохимического (ИГХ) исследования (CD117 и/или DOG1) биоптата или хирургически удаленной опухоли. ИГХ-исследование позволяет подтвердить диагноз ГИСО путем исключения других опухолей ЖКТ. Анализ мутационного статуса генов KIT (экзоны 9, 11, 13 и 17) и PDGFRA (12, 14 и 18) должен являться стандартом обследования больных с ГИСО. В гистологическом заключении обязательно указываются размер, локализация, тип клеточного строения и митотический индекс опухоли (количество митозов в 50 полях зрения при большом увеличении).

При опухолях менее 2 см с локализацией опухоли в желудке и двенадцатиперстной кишке допустимо динамиче-

ское наблюдение. При локализации опухоли в тонкой, толстой или прямой кишке стандартным подходом является лапароскопическое или открытое удаление опухоли, поскольку риск прогрессирования у этих пациентов значительно выше. В остальных случаях (размеры опухоли более 2 см) хирургическое или лапароскопическое удаление является стандартным подходом. На момент диагностирования заболевания у 15–50% больных уже имеются метастазы, но распространение процесса, как правило, ограничено пределами брюшной полости. При этом в 65% наблюдений выявляются метастазы в печени, в 21% случаев встречается диссеминация по брюшине. Основным хирургическим принципом является полная резекция опухоли. Частичная резекция – метод выбора только при локализации ГИСО в пищеводе, поджелудочной железе и прямой кишке. Поскольку риск лимфогенного метастазирования низок (6–8%), нет необходимости в лимфаденэктомии. Установлен ряд особенностей хирургической техники при ГИСО различных локализаций: пищевод – резекция с пластикой; желудок – при небольшой опухоли ее клиновидная резекция, более 5 см – гастрэктомия или резекция; двенадцатиперстная кишка – панкреатодуоденальная резекция; тонкая кишка – резекция участка кишки с участком брыжейки; ободочная кишка – гемиколэктомия.

Основным методом лекарственного лечения ГИСО является применение таргетных препаратов, под которыми подразумеваются специальные моноклональные антитела, воздействующие избирательно на определенные механизмы развития опухоли. Химиолучевая терапия при данном виде опухоли не проводится.

Определение стадии и прогноз определяются после операции. Прогноз зависит от размера опухоли, локализации и митотической активности (число деления клеток в поле зрения), которую врач-патоморфолог определяет в ходе ИГХ-исследования.

В большинстве случаев при своевременной диагностике и лечении прогноз благоприятный. Однако при метастатических формах или высоком риске рецидива требуются длительное наблюдение и терапия.

В течение первых 3 лет после хирургического лечения рекомендуется компьютерная томография брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием каждые 3–6 мес при высоком и промежуточном риске (на фоне проведения адьювантной терапии); в течение 4–5 лет наблюдения – каждые 6 мес, далее – ежегодно. При низком риске прогрессирования в течение первых 5 лет после операции – каждые 6–12 мес. При очень низком риске прогрессирования пациенты в наблюдении не нуждаются.

*Азовская В.В. – врач-онколог Отделения торакоабдоминальной онкологии и хирургии, ассистент кафедры онкологии и лучевой терапии Российского университета медицины;*

*Габоян А.С. – заведующий Отделением торакоабдоминальной онкологии и хирургии, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии Российского университета медицины;*

*Кочанов Д.А. – врач-онколог Отделения торакоабдоминальной онкологии и хирургии, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Российского университета медицины*

# Какую терапию проводят при GIST-опухолях?

Несмотря на то что гастроинтестинальная стромальная опухоль (gastrointestinal stromal tumour, GIST) относится к злокачественным образованиям, за последние годы прогноз для пациентов с этим диагнозом значительно улучшился благодаря появлению новых препаратов и методов терапии. В данной статье мы расскажем, как лечат GIST-опухоли сегодня, от чего зависит исход болезни и какие перспективы есть у пациентов.

Главный прорыв в лечении GIST произошел в начале 2000-х годов с появлением таргетной терапии – лекарств, которые избирательно действуют на мутировавшие белки. Это стало настоящей революцией: раньше пациентам с распространенной GIST практически не могли помочь, а теперь они получают шанс на долгую и полноценную жизнь.

Если опухоль выявлена на ранней локализованной стадии, т.е. когда она еще не распространилась за пределы органа, основным методом лечения является операция. Хирург полностью удаляет опухоль вместе с участком органа, в котором она обнаружена (например, частью желудка или тонкой кишки).

При GIST крайне важно не повредить капсулу опухоли во время операции. Наличие капсулы у опухоли, собственно, и определяет ее относительную биологическую благополучность. Но если клетки GIST «рассыпаются» по брюшной полости, возрастает риск рецидива. Поэтому оперировать GIST должен только опытный хирург-онколог.

В иных случаях, когда избрание хирургической тактики лечения не представляется возможным: имеется нерезектабельность процесса, невозможность выполнения операции в связи с общим состоянием пациента, наличие других неизлечимых злокачественных новообразований и пр. или если пациент по собственной инициативе отказывается от операции – в наше время существует такой метод лечения, как таргетная лекарственная терапия.

Наиболее известный препарат – Иматиниб (торговые названия: Гливек, Иматиб и др.). Он блокирует мутантный белок KIT, тормозя рост опухоли. В большинстве случаев Иматиниб помогает уменьшить размер опухоли, стабилизировать болезнь на годы и улучшить качество жизни пациента.

Если опухоль устойчива к Иматинибу или со временем теряет к нему чувствительность, применяют другие препараты: Сунитиниб, Регорафениб, Рипретиниб.

В отдельных случаях до операции пациенту назначают таргетную терапию, чтобы уменьшить размер опухоли и сделать ее удаление более безопасным. Это особенно важно при сложной локализации – например, если опухоль расположена в пищеводе, прямой кишке или рядом с крупными сосудами.

У многих пациентов уже через несколько месяцев после начала таргетной терапии уменьшается размер опухоли, улучшается общее состояние, исчезают боли и анемия. Однако в редких случаях обнаруживается устойчивость опухоли и к таргетным препаратам. Поэтому важно проводить генетическое исследование опухоли еще на этапе первичного диагностического обследования. Это позволяет предсказать чувствительность к лечению и подобрать оптимальную схему.

Прогноз зависит от нескольких факторов. К ним относятся: размер опухоли – чем она больше, тем выше риск рецидива; скорость деления клеток (митотическая активность); локализация – опухоли желудка, как правило, ме-

нее агрессивны, чем в тонкой кишке; радикальность выполненной операции.

У пациентов с локализованной формой опухоли, прошедших успешное лечение, пятилетняя выживаемость превышает 85%. Если болезнь диагностирована в запущенной стадии, выживаемость снижается, но даже в этих случаях с помощью таргетной терапии удается добиться контроля над опухолью и продлить жизнь на долгие годы.

Важно помнить, что GIST – это не приговор. При правильной диагностике и современном лечении заболевание можно контролировать. Лечение должно проводиться в специализированных онкологических центрах, где есть опыт работы с GIST и доступ к таргетной терапии. После завершения активного лечения пациенту важно регулярно проходить обследование – ультразвуковое исследование, эндоскопию, компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию, – чтобы вовремя выявить возможный рецидив. Не стоит самостоятельно прерывать или изменять прием препаратов – это может привести к утрате контроля над болезнью.

В заключение стоит обозначить, что GIST – это пример того, как современные научные открытия меняют судьбу пациентов. Еще 20 лет назад прогноз был мрачным, но сегодня благодаря таргетной терапии у больных с GIST есть шанс жить долго и активно. Главный залог успеха – это ранняя диагностика, правильное лечение и регулярное наблюдение.

## О лекарственном обеспечении онкопациентов за счет государства

Лекарственное обеспечение гарантируется Программой государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год (постановление Правительства РФ от 27 декабря 2024 г. №1940).

Источники закупки лекарственных препаратов (ЛП) определяются в соответствии с положениями раздела V ПГГ №1940 в зависимости от видов, условий и форм (ФЗ №323-ФЗ, ст. 32) оказания медицинской помощи и в зависимости от видов заболеваний и иных социально значимых задач. Система ОМС никогда не финансирует использование лекарственных препаратов для лечения больных в амбулаторных условиях, в том числе для обеспечения льготной категории пациентов, где задействуются исключительно средства бюджета.

**Необходимое лекарственное обеспечение граждан гарантировано при оказании:**

**1. Первичной медико-санитарной помощи:**

- в дневных стационарах;
- в неотложной форме (в том числе в амбулаторных условиях).

**2. Специализированной медицинской помощи:**

- в стационарах;
- в дневных стационарах.

**3. Скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной:**

- вне медицинской организации;
- в амбулаторных и стационарных условиях (в экстренной и неотложной форме);
- в стационарах и дневных стационарах;
- при посещениях на дому.

**Как распределяется финансирование закупки ЛП?**

**За счет средств ОМС:**

- при оказании медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) (раздел I), в

стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе больным с онкологическими заболеваниями, больным гепатитом С в соответствии с клиническими рекомендациями;

- при оказании скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), которая предусмотрена ПГГ по ОМС;

- **НОВОЕ:** при организации стационара на дому (для жителей малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктов).

Контроль за выполнением всех рекомендаций врача осуществляется средним медицинским персоналом с одновременной оценкой состояния здоровья пациента и передачей соответствующей информации врачу в порядке, установленном Минздравом России.

**За счет средств бюджета:**

- при оказании ВМП, не включенной в программу ОМС (раздел II), в стационарных условиях;
- в целях лекарственного обеспечения льготной категории лиц (для лечения в амбулаторных условиях);
- для лечения лиц, больных тяжелыми жизнеугрожающими, в том числе редкими (орфанными), заболеваниями (перечень ЛП утвержден распоряжением Правительства РФ от 12.10.2019 №2406-р).

**Какие лекарства можно закупать в рамках оказания медпомощи по ПГГ?**

**Лекарственные препараты, которые:**

- включены в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) (утв. распоряжением Правительства РФ от 12.10.2019 №2406-р) и

определены клиническими рекомендациями и (или) стандартами медицинской помощи;

- назначены пациенту решением врачебной комиссии по жизненным показаниям или в случае индивидуальной непереносимости (не включены в перечень ЖНВЛП).

**НОВОЕ в ПГГ на 2025 год:**

- Граждане с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями имеют право на назначение им врачебными комиссиями не зарегистрированных в РФ лекарственных препаратов в порядке, устанавливаемом Минздравом России (включая критерии назначения таких лекарственных препаратов, а также порядок их применения).

**Критерии назначения пациентам не зарегистрированных в России лекарственных препаратов:**

- отсутствие зарегистрированных в России аналогов лекарственных препаратов;
- отсутствие эффекта от проводимой терапии и прогрессирующее ухудшение состояния здоровья пациента;
- отсутствие альтернативных (немедикаментозных) методов профилактики, лечения и медицинской реабилитации;
- наличие индивидуальной непереносимости зарегистрированных в России аналогов лекарственных препаратов.

*Неретина С.,  
равный онкоконсультант*



# Опухоли поджелудочной железы: что нужно знать, статистика, классификация, причины, симптомы

Поджелудочная железа – важнейший орган нашего организма, отвечающий за выработку ферментов для переваривания пищи и гормонов, в том числе наиболее известного и важного – инсулина. Опухоли поджелудочной железы – это группа заболеваний, при которых в тканях железы образуются атипичные клетки из железистого эпителия органа, способные к неконтролируемому росту. К сожалению, такие опухоли часто выявляются на поздних стадиях из-за скрытого течения болезни и отсутствия эффективных программ скрининга данной патологии. В данной статье мы расскажем о том, что важно знать о заболеваниях поджелудочной железы, чтобы быть начеку и вовремя обратиться к врачу.



## Насколько часто встречаются опухоли поджелудочной железы?

Рак поджелудочной железы занимает примерно шестое место по заболеваемости и смертности среди онкологических заболеваний. В России ежегодно выявляется более 18 тысяч новых случаев этого недуга. Чаще всего опухоль развивается у людей старше 60 лет. Мужчины заболевают немного чаще женщин. Важно отметить, что число случаев заболевания во всем мире растет – в том числе за счет улучшения диагностики на ранних стадиях. Около 25% первичных случаев рака поджелудочной железы выявляется посмертно, что говорит о трудностях диагностики этого заболевания при жизни пациента и о несвоевременном оказании медицинской помощи этому контингенту больных по разным причинам, зависящим как от системы здравоохранения, так и от самого больного.

## Причины и факторы риска

Как и у многих других видов рака, точные причины опухолей поджелудочной железы до конца не изучены. Однако выделяется несколько факторов, которые повышают риск.

- Курение. Эта вредная привычка повышает вероятность заболевания в два раза и более.

- Хронический панкреатит. Длительное воспаление поджелудочной железы увеличивает риск развития опухоли.
- Сахарный диабет. Особенно если он возник в зрелом возрасте без видимых причин.
- Ожирение и неправильное питание с избытком жирной и жареной пищи.
- Наследственность. У людей с близкими родственниками, заболевшими раком поджелудочной железы, риск заболевания выше среднего.
- Возраст. Заболеваемость растет с возрастом, особенно после 60 лет.

## Виды опухолей поджелудочной железы

Опухоли поджелудочной железы могут быть доброкачественными и злокачественными.

Доброкачественные опухоли встречаются реже и чаще всего выявляются случайно при обследованиях по другому поводу. Часто проявляются различными гормональными нарушениями (инсулинома) и не обладают признаками злокачественности, хотя и лечатся зачастую хирургическим методом.

Злокачественные опухоли – это в подавляющем большинстве случаев и есть рак поджелудочной железы. Чаще все-

го речь идет об аденокарциноме, которая развивается из клеток протоков железы. Реже встречаются нейроэндокринные опухоли, образующиеся из клеток, вырабатывающих гормоны. Эти опухоли могут давать гормональные сбои и проявляться необычными симптомами.

## КАКИЕ СИМПТОМЫ ДОЛЖНЫ НАСТОРОЖИТЬ?

Ранние стадии рака поджелудочной железы обычно протекают без ярких признаков, особенно если ему предшествует хронический процесс – панкреатит, который имеет свои, весьма схожие симптомы. Когда же появятся первые симптомы онкологического заболевания, процесс может быть уже достаточно запущенным.

На что стоит обратить внимание:

- Боли в верхней части живота или спины, усиливающиеся ночью.
- Потеря массы тела без видимой причины.
- Пожелтение кожи и слизистых (желтуха), особенно при опухолях головки поджелудочной железы, так как они могут сдавливать желчные протоки печени.
- Снижение аппетита, тошнота.
- Слабость, быстрая утомляемость.
- Изменение стула – он может стать светлым и жирным, с неприятным запахом.

**Важно помнить**, что эти симптомы могут быть связаны и с другими хроническими заболеваниями. Но их появление – повод как можно скорее обратиться к врачу.

## Почему важна ранняя диагностика?

Как показывает практика, чем раньше выявлена опухоль поджелудочной железы, тем выше шанс на успешное лечение. К сожалению, из-за бессимптомного или неочевидного начала болезни большинство пациентов обращаются к врачу уже на поздних стадиях, когда лечение становится сложным, а прогноз неблагоприятным. Сегодня в медицине существуют методы, позволяющие обнаружить опухоль на более ранних этапах: это ультразвуковое исследование, эндоскопическая ультрасонография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, биохимические анализы и анализы крови на опухолевые маркеры.

## Что можно сделать для снижения риска?

Хотя предотвратить рак поджелудочной железы полностью невозможно, есть меры, которые помогут снизить риск. Прежде всего это факторы здорового образа жизни:

- Отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя.
- Поддержание нормальной массы тела и регулярная физическая активность.
- Правильное питание с достаточным количеством овощей, фруктов и ограничением жирной пищи.
- Своевременное лечение заболеваний поджелудочной железы, в том числе хронического панкреатита.
- При наличии семейных случаев заболевания – регулярные обследования по рекомендации врача.

## Заключение

Опухоли поджелудочной железы – это серьезное заболевание, которое долгое время может не подавать сигналов о своем существовании. Внимательное отношение к своему здоровью, периодическое обследование и своевременное обращение к врачу при появлениистораживающих симптомов – это залог ранней диагностики и эффективного лечения. Заботьтесь о себе и будьте здоровы!

# Опухоли поджелудочной железы: диагностика и лечение

Поджелудочная железа – орган, о котором мы редко задумываемся до тех пор, пока он не начинает доставлять проблемы. Стив Джобс, бывший глава «Apple», даже не знал, что такой орган существует, до того момента, пока не заболел. Между тем опухоли поджелудочной железы – одна из самых проблемных форм рака, и важнейшим фактором успешного лечения является раннее выявление болезни. В данной статье мы расскажем, какими методами на сегодняшний день диагностируют опухоли поджелудочной железы и как они лечатся.



## Почему диагностика так сложна?

Главная трудность в диагностике опухолей поджелудочной железы заключается в том, что болезнь на ранних стадиях практически никак не проявляется. Поджелудочная железа расположена глубоко в брюшной полости и забрюшинном пространстве, и даже большие опухоли долгое время не вызывают болей или других заметных симптомов. Поэтому важную роль играет внимательное отношение к первым признакам проявления болезни, таким как потеря массы тела, появление желтухи кожи и склер глаз, боли в верхней части живота или спины, изменение характера стула. Хотя при появлении этих симптомов болезнь уже может иметь распространенный характер, но все же важно уточнить диагноз и провести противоопухолевое лечение.

## Методы диагностики

Сегодня медицина располагает целым арсеналом инструментов для выявления опухолей поджелудочной железы, в том числе на ранних стадиях. Как правило, диагностический поиск начинается с жалоб и посещения врача, который собирает детальный анамнез и назначает обследование.

### Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Это доступный и безболезненный метод. С его помощью можно заподозрить наличие образования в поджелудочной железе. Однако из-за особенностей расположения органа УЗИ не всегда дает полную информацию о положении дел.

### Эндоскопическое ультразвуковое исследование

Этот метод совмещает возможности эндоскопии и УЗИ. При нем датчик вводится через эндоскоп в пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку, что позволяет подойти максимально близко к поджелудочной железе и получить детальную УЗ-картину. При необходимости можно сразу взять биопсию – небольшой образец ткани для исследования – из наиболее подозрительного участка железы.

### Компьютерная томография (КТ)

КТ с контрастированием – «золотой стандарт» диагностики опухолей поджелудочной железы. Она позволяет с высокой точностью определить размер, расположение опухоли, ее связь с окружающими сосудами и органами, предположить ее характер до проведения биопсии, а также выявить возможные метастазы.

### Магнитно-резонансная томография (МРТ)

МРТ применяется в сложных случаях для уточнения характера опухоли и ее распространенности, а также для оценки состояния желчных протоков. В большей части случаев является уточняющим методом диагностики.

### Анализ крови

Врач может назначить анализы на так называемые опухолевые маркеры. Например, повышение уровня маркера СА 19-9 может свидетельствовать о наличии рака поджелудочной железы. Но важно помнить: ни один анализ крови не позволяет точно подтвердить диагноз без дополнительных обследований. Исследование маркеров является дополнительным.

## Как лечат опухоли поджелудочной железы?

Лечение подбирается индивидуально для каждого пациента в зависимости от гистологического типа опухоли, ее размера, локализации и стадии заболевания. В большинстве случаев речь идет о комбинации методов лечения.

### Хирургическое лечение

Операция остается основным и наиболее радикальным методом лечения рака поджелудочной железы. Если опухоль можно удалить полностью, выполняется резекция пораженной части железы вместе с окружающими тканями и лимфатическими узлами. Наиболее известной операцией является панкреатодуоденальная резекция (операция Уиппла) – удаление головки поджелудочной железы, части желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря и части желчного протока.

В случае небольших нейроэндокринных опухолей может быть выполнено менее обширное вмешательство.

### Химиотерапия

Противоопухолевая лекарственная терапия применяется как до операции (для уменьшения опухоли и облегчения ее удаления), так и после нее (для уничтожения оставшихся опухолевых клеток). В случаях, когда хирургическое вмешательство невозможно, химиотерапия помогает сдерживать рост опухоли и продлевать жизнь пациента.

### Лучевая терапия

Лучевая терапия используется достаточно редко, в силу ее ограниченной эффективности при этой локализации опухолей; чаще в комбинации с химиотерапией. Она позволяет воздействовать на опухоль локально. Также возможно облучение рецидива заболевания после хирургического лечения.

### Паллиативное лечение

Если опухоль нерезектабельна, врачи направляют усилия на улучшение качества жизни пациента. Это может быть установка стента в желчный проток для устранения желтухи, обезболивание, подбор специального клинического питания.

## Почему важна мультидисциплинарная команда?

Лечение опухолей поджелудочной железы требует участия команды врачей – хирурга, онколога, химиотерапевта, гастроэнтеролога, радиотерапевта. Только совместная работа специалистов позволяет выбрать оптимальную тактику лечения и добиться наилучших результатов.

## Заключение

Опухоли поджелудочной железы – это серьезный вызов как для врача, так и для пациента. Но современные методы диагностики и лечения дают шанс на спасение, продление жизни и ее улучшение даже в сложных случаях. Главное – не откладывать визит к врачу при появлении тревожных симптомов. Чем раньше начато лечение, тем больше возможностей для эффективной помощи. И самое важное – проходить периодическое обследование, тогда болезнь можно выявить на самых ранних стадиях до появления симптомов.

# О болезни, любви и поддержке

Онкологические заболевания желудочно-кишечного тракта часто обнаруживаются поздно, когда лечение становится сложным и интенсивным. Это диагнозы, которые пугают. Слова, после которых привычная жизнь рушится. Они касаются не только тела – но и всей жизни. И самого человека, и тех, кто рядом. Меняется все: еда, ощущения в теле, самочувствие, взаимоотношения, представления о будущем. Важно, чтобы и пациент, и его близкие знали: их чувства – нормальны, а поддержка возможна.



## Если вы – пациент

Диагноз может вызвать шквал эмоций. Страх, растерянность, злость, ощущение несправедливости, одиночества. Может быть больно смотреть на родных, которые страдают. Трудно говорить о себе – и не хочется нагружать других. Хочется либо бежать вперед и бороться, либо лечь и все отменить.

Важно знать: **все эти реакции – естественны**. Болезнь – это не только медицинский, но и психологический кризис. И вы имеете право проживать его по-своему.

## Что может помочь

- **Говорите о своих чувствах, если есть кому.** Родным, врачу, психологу. Не обязательно быть сильным все время.
- **Дайте себе время на адаптацию.** Не ждите, что вы «примете» все за день. Перестройка психики требует времени.
- **Не сравнивайте себя с другими.** Кто-то «держится», кто-то «верит в лучшее» – у всех разная психика и разный путь. Ваш путь – достаточен.
- **Разрешите себе быть живым.** Даже во время болезни можно смеяться, злиться, скучать, хотеть. Это не отменяет тяжести ситуации – но делает ее выносимой.

## Что особенно тяжело при раке желудочно-кишечного тракта

Часто приходится **переосмысливать тело и еду**. После операций, химиотерапии, изменения аппетита и массы тела может меняться самоощущение.

Могут появиться **вопросы о будущем, страх рецидива**. Снижается энергия, появляется **физическая слабость**, которая влияет на настроение.

Иногда возникает **ощущение изоляции**: «никто не поймет, через что я прохожу».

Важно помнить – у вас есть право на поддержку. Вы не обязаны справляться в одиночку. Психолог, группа поддержки, бережное окружение – это не «для слабых», а для живых.

## Если болен близкий человек

Когда болеет кто-то родной – страшно. Кажется, что нужно собрать всю волю в кулак, взять на себя организацию лечения, поддерживать морально. И очень легко в этом потерять себя. В какой-то момент близкие начинают жить в режиме «я не должен чувствовать», «не могу жаловаться, ведь ему/ей тяжелее».

Это путь в эмоциональное выгорание.

**Поддерживать – не значит жертвовать собой. Поддерживать – это в том числе заботиться о себе, чтобы быть в ресурсе.**

## Что может помочь

- **Признать свои чувства.** Страх, гнев, бессилие, обида – естественны.
- **Разговаривать.** Не только с больным, но и с друзьями, психологом.
- **Не замыкаться в роли «сильного».** Можно просить о помощи. Можно отдыхать.

- **Уважать темп и выбор больного.** Не настаивать на борьбе любой ценой.
- **Разрешить себе жить** – работать, пить кофе, смеяться. Это не предательство, это жизнь.

## Если накрывает тревога

Пациенты и их близкие часто задают себе одни и те же внутренние вопросы:

- «Я не справлюсь».
- «Я не могу так жить».
- «Я больше не тот/не та, кем был(-а)».
- «А вдруг он/она умрет?»
- «Почему это случилось со мной/с нами?»

Эти мысли – не признак слабости. Это признак того, что вы живой человек в трудной ситуации. И лучший ответ на них – не в поиске мгновенного решения, а в постепенном возвращении к себе. В нормализации чувств. В возможности проживать, а не подавлять.

## Что помогает обеим сторонам – пациенту и близким

- Честные, живые разговоры – без «позитивного давления» и стремления всех немедленно обнадежить.
- Поддержка от профессионалов – врачей, медсестер, психологов. У всех этих людей есть опыт и желание быть рядом.
- Простые ритуалы: еда, прогулки, музыка, короткие звонки. Это напоминает: жизнь продолжается, несмотря ни на что.
- И самое главное – **присутствие**. Когда вы рядом. Без громких слов. Без обязательств «все исправить». Просто – рядом.

## Вместо вывода

Онкологическое заболевание – это не просто медицинская история. Это опыт, затрагивающий все: тело, психику, отношения, ценности. И пройти его одному – почти невозможно. Если вы – пациент, вы имеете право быть услышанным. Если вы – близкий, вы имеете право быть уставшим. Если вы – просто рядом, вы уже делаете много. Иногда важно просто сказать себе: *«Сейчас так. Это трудно. Но я не один».*

Психологическая поддержка доступна бесплатно, анонимно и круглосуточно – достаточно позвонить на горячую линию Службы «Ясное утро» по номеру 8 (800) 100-01-91. Здесь вас выслушают – спокойно, бережно, без осуждения и спешки.

Здесь можно говорить о страхе, усталости, злости, надежде – обо всем, что живет внутри, когда рядом болезнь.

Алина Морозова,  
специалист-психолог Службы «Ясное утро»



ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПОМОЩИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ И ИХ БЛИЗКИМ

8-800-100-0191

АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО. КРУГЛОСУТОЧНО.



ясноеутро.рф

# Пять фактов о неизлечимых болезнях, которые общество боится обсуждать

**Проблемы неизлечимых заболеваний, страшных диагнозов – прежде всего онкологических, как и тема смерти в целом, сильно стигматизированы. Говорить об этом не принято и неудобно, замалчивание же ведет к серьезным проблемам, в центре которых оказывается тот самый пациент со смертельным диагнозом. Вместе с главным врачом Центра хронических болезней «Golden Care» (входит в ГК «Медскан») Анастасией Гольцман обозначим острые вопросы, которые следует обсудить.**



Именно в этом заключается суть оказания паллиативной помощи. Она нужна для улучшения качества жизни даже в том случае, если вылечить болезнь нельзя. Пользу от ее оказания получают не только пациенты с терминальным диагнозом, но и те, кто заботится о них, – в России это больше 25 млн человек.

Тема хосписов, паллиатива, инкурабельных пациентов – то, что ассоциируется со смертью и страданиями. В обществе проблемам таких больных зачастую уделяется мало внимания, из-за чего даже врачи оказываются недостаточно осведомлены о том, какая помощь нужна пациентам и как она может изменить жизнь. Недостаток информации приводит к циркуляции мифов и заблуждений, мешающих как пациентам, так и медицинским специалистам.

## 1. Люди с паллиативным статусом могут жить долго

Присвоение паллиативного статуса в сознании многих расценивается как проигрыш. Нередко пациенты и его родственники до последнего отказываются от паллиативной помощи, не принимая во внимание тот факт, что помощь нужна, а также считая, что в подобной помощи нуждаются лишь те, кто скоро умрет.

В действительности человек с паллиативным статусом может прожить много месяцев и даже лет. Это возможно, если дискомфортные симптомы, прежде всего болевой синдром, будут устранены, а своевременно оказанная психологическая поддержка поможет принять и диагноз, и смерть как естественный конец жизни.

## 2. Остановка неэффективной терапии может улучшить самочувствие

Отмена терапии из-за ее неэффективности, например химиотерапевтического курса при онкозаболеваниях, может пугать пациента и его близких, заставляя их искать

новые опции терапии, получать второе, третье и последующие мнения.

Однако в ряде случаев прекращение лечения, которое не вызывает улучшений, а лишь ослабляет организм, становится оптимальным решением при непростою диагнозе. Отмена агрессивной терапии в ряде случаев позволяет не просто минимизировать страдания, но и продлить жизнь.

## 3. Паллиативная помощь не заменяет и не отменяет основное лечение

Присвоение паллиативного статуса не означает, что пациент лишится доступных ему терапевтических опций и будет просто «доживать» жизнь. В том случае, если лечение показано, паллиативная помощь способна помочь переносить его лучше и легче.

Кроме того, паллиативному пациенту становятся доступны дополнительные медицинские мероприятия – например, оказание помощи выездными бригадами на дому.

## 4. Справляться с болью помогают не только сильнодействующие лекарства

Часто оказание паллиативной помощи ассоциируется исключительно с купированием болевого синдрома путем назначения наркотических препаратов. Они действительно могут быть назначены при необходимости, но этим спектр паллиативных мероприятий не ограничивается.

Их много, и все они направлены на устранение так называемой «общей боли» неизлечимого пациента, вклад в которую вносит не только физическая боль, но и эмоциональная, и душевная.

## 5. Хоспис и смерть – не синонимы

Одно из самых распространенных заблуждений связано с тем, что хоспис – место, где умирают неизлечимо больные пациенты. Но так происходит не всегда.

Нахождение в хосписе или паллиативном отделении стационара – один из этапов получения паллиативной помощи, который не всегда требуется в последние дни жизни. Госпитализация может потребоваться после ухудшения состояния, а также при необходимости подобрать лечение при болях, запорах, рвоте. Как только самочувствие улучшится, человек снова сможет отправиться домой.

Кстати, подобные учреждения, вопреки распространенному мнению, – не унылые заведения с гнетущей атмосферой, а места с домашней или почти домашней обстановкой, в которых часто о больнице и медицине напоминают лишь лекарства и медицинское оборудование.

В обществе распространено мнение, что инкурабельный статус – это конец, своеобразное клеймо, означающее, что человеку больше ничем невозможно помочь. Однако это ошибка. Даже тогда, когда терапевтические возможности исчерпаны, помощь и поддержка необходимы.

**Клиника «GoldenCare»** переосмыслила традиционное представление о больничных палатах, создав уникальные пространства, где современные технологии здравоохранения гармонично сочетаются с домашним уютом. Каждый апартамент сконструирован с учетом принципов адаптивной среды, где реализована концепция безбарьерного пространства – благодаря этому любой пациент чувствует себя независимо и комфортно.

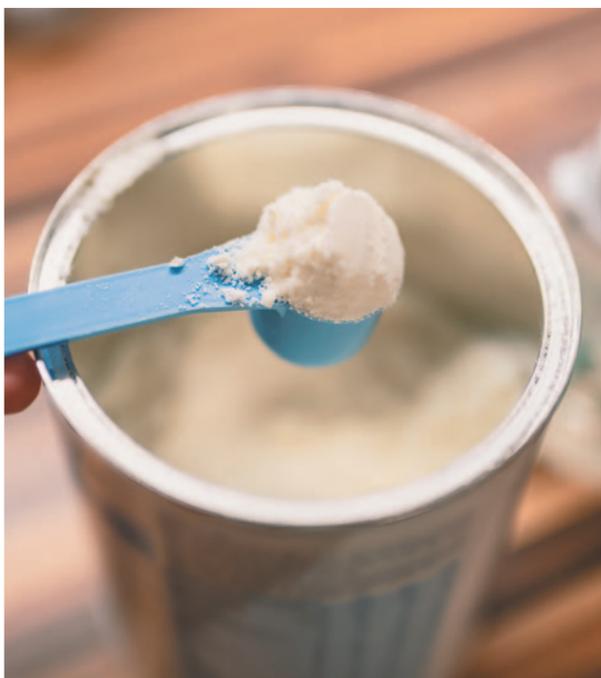
Особое внимание уделено созданию атмосферы домашнего комфорта: этого удалось добиться, используя спокойные цвета, мягкое освещение. Интеграция кухонного уголка в каждый апартамент возвращает пациентам «домашний уют» и позволяет им поддерживать привычный образ жизни. Апартаменты разработаны с учетом салютотенного дизайна, благотворно влияющего на самочувствие, и представляют новый стандарт медицинского размещения, объединяющего домашний уют с возможностью получения высококлассной медицинской помощи.

Неизлечимо больные пациенты могут жить комфортной жизнью с минимумом страданий, иметь круг общения, любимые занятия. Право на паллиативную помощь и комфортную жизнь имеет каждый больной с инкурабельным заболеванием – возраст, пол, социальный статус и тяжесть состояния значения не имеют.



# Нутриционная поддержка у паллиативных пациентов: особенности и тактика

**Нутриционная поддержка – это комплекс лечебных мероприятий, направленных на поддержание питательного статуса пациента, метаболического равновесия и гидробаланса организма.**



Чаще всего необходимость в проведении нутриционной поддержки появляется у пациентов онкологического профиля, хотя потребность в ней может возникнуть при многих тяжелых заболеваниях – тяжелой сердечной недостаточности, сепсисе, системных васкулитах, циррозах печени, тяжелой хронической обструктивной болезни легких и пр. Во всех этих случаях создаются все условия для формирования синдрома гиперкатаболизма-гиперметаболизма.

Не углубляясь в патогенетические и патофизиологические аспекты, следует отметить тяжелые последствия формирующейся при гиперкатаболизме гипоальбуминемии, которая служит предиктором неблагоприятного исхода заболевания. Поэтому нутриционная поддержка должна быть оказана всем пациентам онкологического профиля, а при наличии паллиативного статуса это обязательное условие.

К сожалению, паллиативный статус подразумевает, что возможности лечения исчерпаны или у пациента уже нет возможности получить необходимое лечение в связи с тяжестью состояния. Очень часто сложно продолжить нутриционную поддержку, если у пациента выраженный дефицит массы тела, и именно по причине выраженной кахексии и других сопутствующих факторов пациент признается паллиативным.

## Ситуация: «Пациент истощен и признан паллиативным»

Питание в паллиативной помощи направлено на поддержание качества жизни пациента, облегчение симптомов и обеспечение комфорта до конца его дней. Оно может включать в себя как изменение рациона, режима питания, так и применение клинического питания (сипинговые смеси, энтеральное или парентеральное питание), если это необходимо. Важно учитывать индивидуальные потребности пациента, его предпочтения, клиническую ситуацию и возможности его организма усваивать получаемый объем пищи или смеси.

## Основные принципы питания в паллиативной медицине

Прежде всего важен индивидуальный подход. Рацион пациента должен быть адаптирован с учетом его состояния (принимаются во внимание все факторы: возможность глотать жидкую или твердую пищу, наличие рвоты, тошноты, запора или диареи), важно учесть и его вкусовые пред-

почтения, однако не стоит уходить в крайность ограничений, если, конечно, обратное не рекомендовано врачом и не ухудшит состояние пациента; также учитываются возможности пациента принять необходимый объем пищи. Очень важно стремиться облегчить состояние больного, т.е. питание должно минимизировать такие симптомы, как тошнота, рвота, запоры, сухость во рту. Например, сладкое или мясные продукты часто плохо воспринимаются пациентами, а соленое или кислое лучше – нужно индивидуально отследить, что легче переносит пациент, а что хуже. В таком случае рекомендовано ведение дневника наблюдения, но для пациента паллиативного статуса в нем следует фиксировать диурез, стул и учитывать парентеральное питание (записывать объем вводимой жидкости, если такое питание используется). В целом очень важно обеспечить адекватный питьевой режим, чтобы избежать обезвоживания. Если обезвоживание плохо корректируется, при тщательном контроле электролитов крови пациентам могут назначаться водно-электролитные солевые растворы или минеральная вода не более 500 мл/сут и под наблюдением врача паллиативной помощи. Рекомендовано кормить пациента небольшими порциями пищи, комфортными для него, важно предлагать еду каждые 2 ч, а не делать большие перерывы. Хочется отметить и качество принимаемой пищи: необходимо отдавать предпочтение свежим, натуральным продуктам, богатым витаминами и микроэлементами. Конечно же, исключить вредные продукты: следует избегать жирной, жареной, острой пищи, фастфуда, сладостей, газированных напитков и алкоголя. Необходима поддержка семьи и близких. Важно, чтобы близкие пациента знали о принципах питания и могли оказать поддержку в кормлении и уходе.

## А если пациент не ест или не может есть в должном объеме?

В таком случае подключается дополнительное лечебное клиническое питание. Если пациент не в состоянии получать достаточное питание через рот, может быть рассмотрено энтеральное или парентеральное питание.

## Какие виды клинического питания существуют?

Это может быть сипинговое питание. Белково-энергетические смеси могут использоваться в разных формах: либо в виде жидких готовых вариантов, либо в виде порошка; данные смеси можно приобрести в аптеках или на маркетплейсах, в которых предусмотрен раздел аптечных препаратов. Объем данных смесей составляет от 125 до 200 мл, суммарно пациенты пьют по 1–2 бутылочки в день, суммарный калораж должен достигать 500–600 ккал. Питательные смеси отличаются по составу: есть более концентрированные, встречаются смеси со сниженным содержанием углеводов, что может быть незаменимым при наличии у больного сахарного диабета. Так как у пациента с паллиативным статусом может быть декомпенсация функции печени и почек, следует подобрать смеси, которые разрешены при данном диагнозе.

Поскольку пациенту в тяжелом состоянии крайне сложно или невозможно четко следовать инструкции по применению этого продукта, а у его родственников часто есть еще и другие заботы по уходу за больным, часто рекомендуют жидкий либо готовый вариант смеси. Это позволит лучше контролировать потребление продукта больным, эффективнее организовать нутриционную поддержку.

Если приема пищи через рот недостаточно или прием вообще невозможен, то показано энтеральное питание. При таком виде питания питательные смеси вводятся через зонд, он может быть установлен либо в желудок или про-

веден чуть дальше в тонкую кишку. Также может быть установлена гастростома напрямую в область желудка. Дополнительно может применяться парентеральное питание: при таком виде питания все вводится через вену – могут вводиться различные растворы, включающие в себя глюкозу, жиры и аминокислоты. Введение питательных веществ непосредственно в кровоток через вену чаще всего проводится в стационаре, причем при наличии паллиативного статуса предпочтение больше отдается питательным смесям (сипингу) и энтеральному способу питания.

## ИНСТРУКЦИЯ ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ ЛЕЧЕБНЫХ ПИТАТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ (СИПИНГОВ)

- Смеси следует пить 30–40 минут минимум.
- Желательно по возможности употреблять смеси в сидячем положении, но если это не позволяет сделать состояние пациента, попробуйте поднять головной конец кровати или положить высокую подушку.
- Если это разведенная в воде сухая смесь, важно соблюдать сроки хранения готового продукта (чаще всего это не более 6 ч).
- Употреблять смесь следует в удобном стакане, красивой или любимой кружке, можно украсить продукт цветной трубочкой для поднятия настроения больного.
- Если продукт не подходит больному или ему не нравится вкус смеси, пациента не следует заставлять употреблять ее, чтобы не возник отказ от приема лечебного питания. В этом случае нужно поменять продукт на любую другую лечебную смесь, согласовав эти действия с врачом.
- Не следует пить смесь залпом, так как может возникнуть диарея, которая приведет к тому, что пациент откажется от употребления смеси.

## Какие особенности питания могут использоваться при паллиативном статусе пациента?

При паллиативном статусе больного важно учитывать психологический аспект по отношению к питанию и собственному состоянию здоровья пациента. Важную роль в данном случае играют именно люди, находящиеся рядом, прежде всего члены семьи. Близкие должны осознавать важность питания и нутриционной поддержки, ухаживать за больным и помогать с оказанием нутриционной поддержки пациенту. Питание может быть источником радости и удовольствия для пациента, поэтому важно учитывать его предпочтения и создавать комфортную атмосферу во время еды.

## Обеспечение питанием, способ и виды смесей могут меняться в зависимости от прогрессирования заболевания и общего состояния пациента.

В заключение отметим, что питание в паллиативной поддержке – это вид комплексной помощи, направленной на улучшение качества жизни пациента. Важно понимать, что каждый пациент уникален и питание должно быть адаптировано к его индивидуальным потребностям и возможностям.

Смирнова О.А., канд. мед. наук,  
научный сотрудник лаборатории нутрицевтики  
ГБУЗ «Московский клинический научный центр  
им. А.С. Логинова» ДЗМ

# «Я уверена, что в моей жизни будет еще много хороших моментов»

**Елена Берая из Воронежа борется с раком молочной железы III стадии с 2021 г. Держаться ей помогает поддержка близких и фонда «Я люблю жизнь».**



История Елены началась с обычного утра, когда она вдруг почувствовала дискомфорт в груди. Сначала женщина решила, что просто во сне ее толкнула пятилетняя дочь, которая в ту ночь болела и спала рядышком, но когда боль не прошла и через неделю – женщина забеспокоилась.

Она провела самодиагностику и почувствовала в груди уплотнение. Тогда стало ясно, что нужно бежать к врачу.

По хмурому лицу узиста Елена все поняла. «Пронеслась вся жизнь перед глазами, сдержать свои слезы не смогла. Доктор меня успокоила только одной фразой: “Вам помогут, вам нужно в онкодиспансер”», – вспоминает она.

За четыре года пришлось многое пережить: химиотерапию, три операции, лучевую и таргетную терапию.

Для Елены поддержкой и опорой всегда были и остаются родные люди: муж Георгий, дочери Полина и Вероника, сестры и друзья. «Смотрю в глаза своим родным и друзьям и вижу такую мощную поддержку».

Несмотря на то что капельницы, уколы и таблетки все еще входят в ее рутину, она не падает духом. Ведь у нее есть мечты и цели, которых так хочется достичь. Например, попутешествовать! Елена очень хочет побывать в Петербурге, Сочи, на Байкале... еще так много мест, где она не была.

«А самая заветная мечта: увидеть выпускной из университета моей старшей, а потом и младшей дочери. Они всегда рассказывают взахлеб о своих достижениях, чтобы я ими гордилась и в душе была спокойна за них».

**“ СМОТРЮ В ГЛАЗА СВОИМ РОДНЫМ И ДРУЗЬЯМ И ВИЖУ ТАКУЮ МОЩНУЮ ПОДДЕРЖКУ ”**

Близкие люди – главная мотивация Елены бороться с онкологией. В данный момент она находится на лекарственной терапии, иногда необходимые препараты отсутствуют. Тогда Елене приходится сражаться не только с раком, но и с разными инстанциями либо приобретать дорогостоящие лекарства за свой счет.

«Много можно рассказать о трудностях, которые я переживаю ежедневно. Но нужно понять одно: никто и никогда в жизни не сделает плохо своему пациенту. Все, что переживает онковыздоравливающий человек физически, – это побочные эффекты от нужных лекарств».

Рецепт выздоровления у Елены такой: гнать от себя плохие мысли и настраивать себя на счастливую жизнь. В самые трудные моменты ей помогает молитва, муж, который держит за руку, а также хобби – Елена печет торты. Она надеется, что однажды испечет по вкусному тортику для своих любимых дочечек по случаю выпуска их из университетских стен во взрослую жизнь.



Газета «Беседы о здоровье. Онкология» №3, 2025  
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Каталог «Почта России». ПВ819.

Учредитель: ООО «МЕДИАФОРМАТ»  
Рег. номер ПИ №ФС77-83374 от 03.06.2022.

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва,

Жуков проезд, д. 19, эт. 2, пом. XI, комната 7

Адрес типографии:

г. Москва, ул. Клары Цеткин, дом 28, стр. 2, пом. 6

Над номером работали:

Научный руководитель проекта – д-р мед. наук А.С. Доможирова  
Авторский коллектив  
Совет пациентских организаций



Равный онкоконсультант – Светлана Неретина

При поддержке  
НФПО  
им. П.А. Герцена



При поддержке  
Ассоциации  
онкологов России



При сотрудничестве  
с порталом [onco-life.ru](https://onco-life.ru)



Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2025 г.

Газета распространяется бесплатно.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции газеты. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.

Дата выхода: 30.07.2025

Возрастное ограничение: 16+