

Терапия сопровождения и паллиативная помощь у онкологических пациентов с терминальной стадией заболевания

Стратегия управления осложнениями химиотерапии и своевременного перехода к паллиативному уходу



Рожин Александр Игоревич

г. Первоуральск 10.10.2025

Актуальность проблемы паллиативной химиотерапии

>80% пациентов с распространенным раком получают химиотерапию в **последние 6 месяцев жизни***

Дихотомия целей: Противоопухолевый эффект противопоставлен Качеству жизни.

Проблема: Высокий риск тяжелых осложнений (гематологическая токсичность, инфекции, истощение) ведет к прерыванию терапии, госпитализациям и ухудшению качества жизни.

Решение: Интеграция терапии сопровождения и раннего паллиативного подхода с момента постановки диагноза терминальной стадии.

**"Эффективность
против опухоли"**



**"Качество
жизни"**

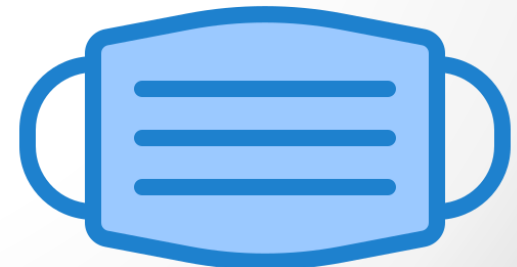
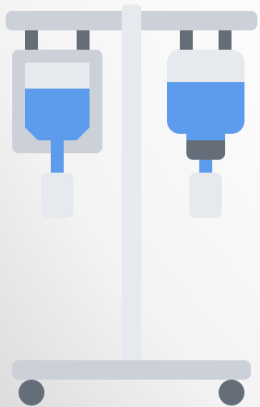
Терапия сопровождения: фундамент паллиативной химиотерапии

Определение:

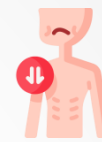
Комплекс мер, направленных на профилактику и лечение осложнений, вызванных болезнью и ее лечением.

Ключевые цели:

- Профилактика и лечение токсичности (рвота, нейтропения, анемия).
- Сохранение функции жизненно важных органов.
- Повышение переносимости лечения и приверженности.
- Улучшение качества жизни пациента



Осложнения химиотерапии: данные и реалии



Фебрильная нейтропения

Выраженная анемия (Hb < 80 г/л)

Тяжелая рвота (3-4 ст.)

Кахексия/анорексия

Встречается у 15-20% пациентов на стандартных режимах является причиной >50% госпитализаций. Смертность может достигать 5-10%.

Наблюдается у 30-40% пациентов, приводит к выраженной слабости.

~10-15% пациентов, несмотря на современную противорвотную терапию.

>80% пациентов с распространенным раком.

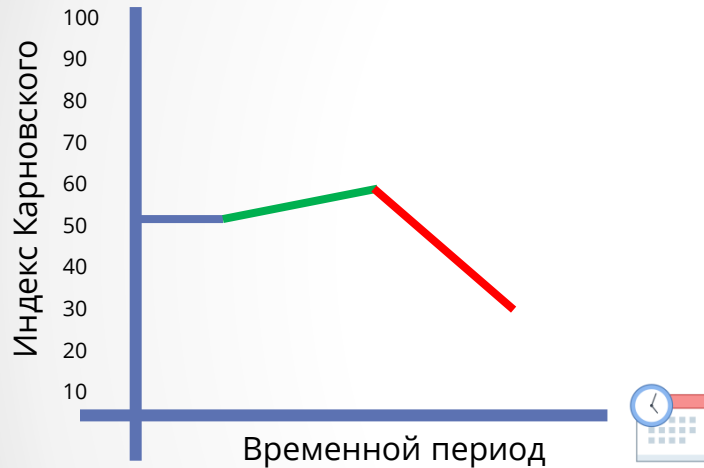
Эти осложнения — прямые причины отсрочек, снижения доз (>60% случаев) и полного прекращения химиотерапии (до 30% пациентов).

Клинический пример: Упреждающая терапия vs Реактивная

Пациент: Мужчина, 68 л., РЖ с метастазами, 1-й курс ХТ (режим на основе препараты платины).

Ситуация:

- День 7: Температура 38.8°C, нейтрофилы $0.3 \times 10^9/\text{л}$. Госпитализация.
- Диагноз: Фебрильная нейтропения. Сепсис?



Тактика (Реактивная):

- Экстренная госпитализация.
- Массивная антибиотикотерапия.
- Факторы роста (Г-КСФ)
- Риск летальности ~5%.
- Отсрочка следующего курса ХТ на 2-3 недели.

Альтернатива (Упреждающая/Профилактическая):

- Назначение первичной профилактики Г-КСФ по критериям (возраст >65 л., режим высокой токсичности).
- Вероятное избежание нейтропении и госпитализации.



Когда активное лечение исчерпано: критерии перехода

Клинические критерии:

- Прогрессирование заболевания на всех линиях доступной терапии.
- Индекс Карновского / ECOG \leq 40% (пациент неспособен к самообслуживанию).
- Множественные, неуправляемые симптомы (боль $>$ 6 баллов по VAS, одышка, кахексия).
- Отказ пациента или семьи от дальнейшей активной терапии.

Важный момент:

Переход — это не отказ от лечения, а смена его цели с противоопухолевой на симптоматическую.

0	Fully functional status.
1	Restricted in terms of physically strenuous activity but ambulatory and able to perform light work.
2	Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work. Out of bed more than 50% of waking hours.
3	Capable of only limited self-care, confined to a bed or chair for more than 50% of waking hours.
4	Completely disabled.
5	Dead

Интеграция паллиативной помощи: пример

Пациентка: Женщина, 55 л., метастатический РМЖ, прогрессия после 3-й линии химиотерапии.

Проблемы:

Сильная боль в костях (8/10), несмотря на оксикодон.

Тошнота, анорексия, потеря веса 15% за 2 мес.

Тревожность, депрессия ("Меня больше не лечат")

Действия паллиативной команды:

1

Коррекция обезболивания:
Добавлен габапентин (нейропатический компонент), титрована доза опиоида

2

Симптоматическая терапия:
Назначен миртазапин (аппетит, сон, настроение), оланзапин от тошноты

3

Нутритивная поддержка:
Консультация нутрициолога, подбор питательных смесей.

4

Психологическая поддержка:
Объяснение целей паллиативного лечения, работа с семьей.

Результат через 2 недели: Боль 3/10, улучшение аппетита, снижение тревожности. Пациентка выписана домой с амбулаторным наблюдением хосписа.

Междисциплинарный подход: краеугольный камень успеха



Синхронизация работы этой команды позволяет комплексно решать физические, психологические, социальные и духовные потребности пациента.

Клинический опыт: Интеграция паллиативной помощи в Первоуральской городской больнице

Ключевой тезис: Свыше 400 пациентов онкологического профиля получили помощь в условиях стационара

Структура работы
отделения (кратко)

Цель:

Обеспечение
специализированной
паллиативной помощи в
условиях стационара.



400+

Контингент:

Пациенты с
распространенными
стадиями онкологических
заболеваний,
нуждающиеся в
купировании тяжелых

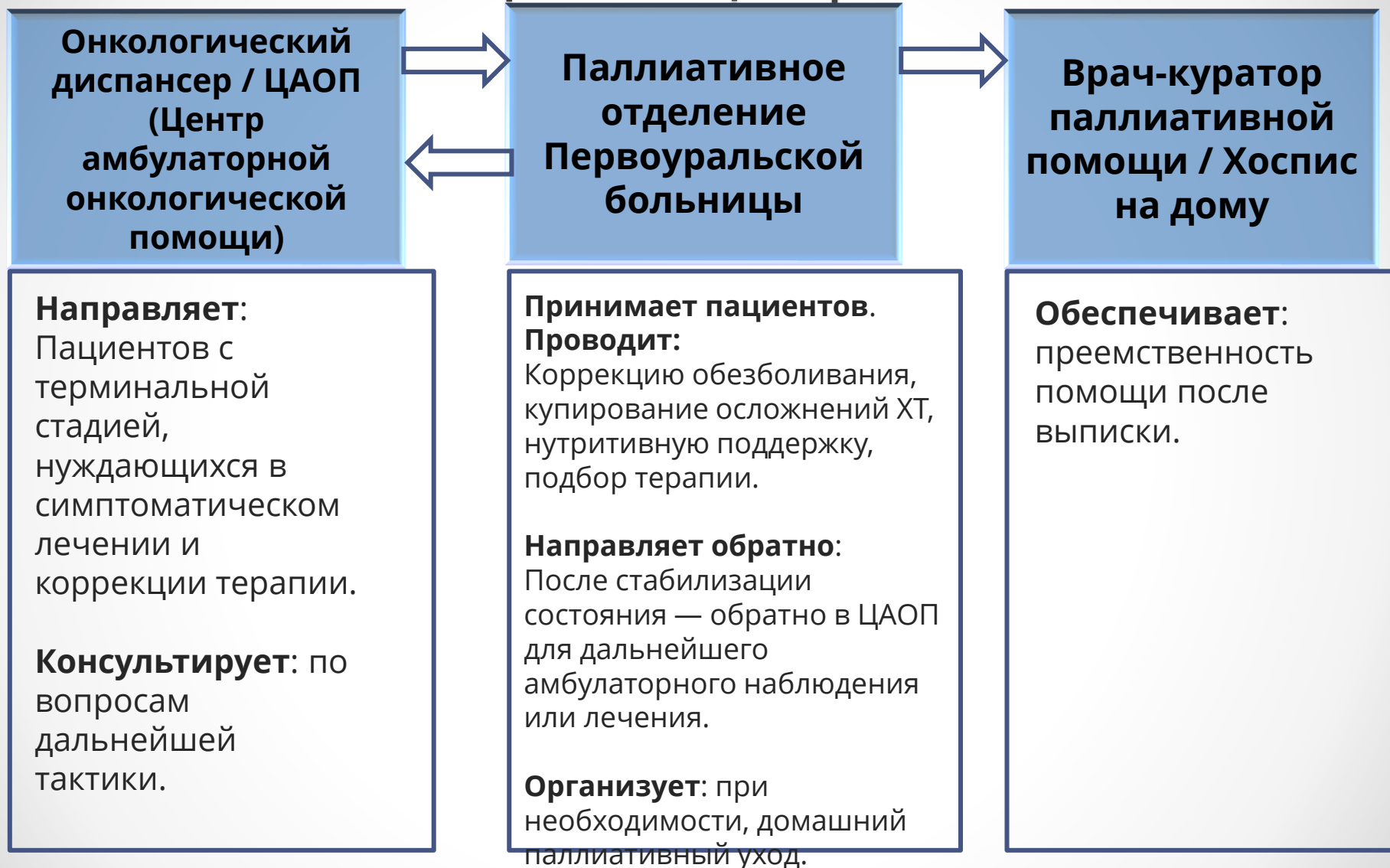
СИМПТОМОВ.

Основные направления:

комплексное обезболивание,
лечение тошноты и рвоты,
нутритивная поддержка, уход
за стомами, психологическая
помощь.

Тесное сотрудничество: Интегрированная модель "Онкодиспансер –

ЦАОП – Стационар"



Результат: Преемственность, непрерывность помощи, своевременная госпитализация.

Пример из практики: Купирование болевого синдрома и нутритивная поддержка

Пациент: Мужчина, 62 г., рак поджелудочной железы с метастазами. Направлен из ЦАОП после 2-го курса ХТ с выраженной интоксикацией.



Проблемы при поступлении:

Болевой синдром 8/10 по ВАШ.

Тошнота, рвота, невозможность принимать пищу.

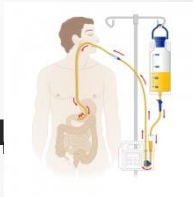
Выраженная слабость (ECOG 3).

Проведенная терапия в отделении:

1. Обезболивание: Титрация опиоидного анальгетика + адъювантная терапия (габапентин). Результат: боль снижена до 3/10.

2. Противорвотная терапия: Подбор комбинации препаратов.

3. Нутритивная поддержка: Парентеральное питание с последующим переходом на зондовое.



Результат через 10 дней:

• Стабилизация состояния.

• Возможность продолжить амбулаторное наблюдение в ЦАОП.

• Пациент переведен под наблюдение выездной паллиативной службы.



Заключение и выводы

- Терапия сопровождения должна быть назначена проактивно, а не реактивно, для профилактики осложнений ХТ.
- Раннее подключение паллиативной помощи (параллельно с активным лечением) улучшает качество жизни, может продлить выживаемость и снизить число агрессивных вмешательств в конце жизни.
- Четкие критерии перехода от паллиативной химиотерапии к чисто паллиативному уходу необходимы для принятия взвешенных решений.
- Междисциплинарная команда — золотой стандарт ведения

Основной лозунг:

пациентов в терминальной стадии

Не "лечить или не лечить", а "как лечить, чтобы не навредить и обеспечить достойное качество жизни".



Благодарю за внимание!

ГАУЗ СО Городская больница «город Первоуральск»

Отделение паллиативной помощи

8 (3439) 63-52-37