ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА
ФОНД ПОДДЕРЖКИ ПРОТИВОРАКОВЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Персонификация терапии 4
Нутритивная поддержка 6

АБВ-пресс в Telegram

Онкология Сегодня

www.medvedomosti.media/oncology
www.abvpress.ru

ИЗДАНИЕ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ
НОЯБРЬ 2025 № 3 (63)

Оформляйте бесплатную подписку на наше издание!

слово редактора

Николай Владимирович ЖУКОВ
Д.м.н., профессор, руководитель отдела междисциплинарной онкологии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России

Дорогие коллеги!

Новый выпуск газеты содержит обзоры экспертов, посвященные лечению рака желудка, первично-множественных опухолей и роли нутритивной поддержки в реабилитации онкологических больных. Надеюсь, вы прочтете их с удовольствием и пользой для себя. А на первой полосе соседствуют два материала, казалось бы, очень далекие друг от друга: разбор дела краснодарских онкологов, обвиненных во взяточничестве, и новость об открытии клинического доступа к двум инновационным противоопухолевым вакцинам.

Тем не менее эти темы во многом пересекаются — они про инновации, мотивацию, спасение жизней и выделяемые на это ресурсы. Судите сами! Спасали ли герои первого сюжета жизни больных? Да, спасали! Использовали ли инновационные методы? Да, использовали! Получали ли за это деньги от государства? Да, получали в виде зарплаты! Имели ли они право брать дополнительные деньги с пациентов? Нет, не имели! Ведь те уже заплатили за лечение своими налогами, и часть этих денег пошла на оплату труда героев сюжета.

Новость про вакцины — тоже про инновационное лечение, потенциально спасающее жизни (хотя это еще предстоит доказать в клинических испытаниях). Комментируя ее на сайте РБК (*https://www.rbc.ru/rbcfreenews/675d9cd39a79470c45c63129*), академик А.Д. Каприн сообщил, что, будучи бесплатной для пациентов, вакцина обойдется государству в «умеренную цену» — около 300 тыс. руб. Так что эта новость тоже отчасти про деньги, выделяемые обществом на инновационное лечение, спасающее жизни… Но в чем же разница по отношению к инновациям, спасению жизни и деньгам в этих двух примерах? Ответ на этот вопрос ищите в конце номера.

ОСТРАЯ ТЕМА

Краснодарский детектив: ну, посадите, а кто лечить будет?

В последнее время возбуждается все больше административных и уголовных дел против врачей. В связи с этим возникают два вопроса. Первый: кто виноват в этой ситуации — враждебно настроенные пациенты, правовые органы, предвзято относящиеся к медикам, или же порой мы сами, к сожалению, даем повод для подобных разбирательств? Второй вопрос: что делать, как защитить себя от обвинений с перспективой тюремного заключения? Разбираем ситуацию на примере дела краснодарских онкологов, взорвавшего профессиональную среду в начале лета.

В кратком изложении история выглядит следующим образом. Заведующий урологическим отделением краснодарского ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», доктор медицинских наук, хирург онкоурологического профиля Игорь Борисович Сосновский и его коллега — Андрей Ашотович Ширвари 5 июня были задержаны ФСБ по подозрению в вымогательстве взяток у пациентов. Сосновского поместили в СИЗО, с Ширвари взяли подписку о невыезде, видимо, потому, что он начал давать показания против своего руководителя. В частности, сообщил, что тот «создавал особые условия для особых пациентов, которые были готовы платить деньги в карман заведующего».

Масштабы поборов, практиковавшихся в отделении, демонстрируют записи разговоров медиков, которые даже придумали свой «птичий язык», чтобы посторонним была непонятна их бухгалтерия. Следственный комитет (СК) Краснодарского края возбудил уголовное дело по части 2 статьи 290 УК РФ: получение должностным лицом взятки в значительном размере. Поскольку правоохранители предполагают, что речь идет о многих эпизодах взяточничества на миллионы рублей, данное дело стало самым серьезным за многие годы случаем коррупции именно среди врачей-клиницистов, а не медицинских чиновников. Хотя в отношении последних следствие тоже ведется. Силовики выясняют, не было ли у подозреваемого сообщников или покровителей в минздраве региона.

В поле зрения правоохранительных органов Сосновский попал в феврале 2025 года. К нему обратилась жена пациента, которому требовалась срочная операция. За быструю госпитализацию и хирургическое вмешательство Сосновский потребовал 150 тысяч рублей, прекрасно зная, что пациент имел все основания лечиться бесплатно по полису ОМС. Супруги согласились на предложенные условия, выплатив затребованную Сосновским сумму на следующий день после операции. А затем обратились в краевой СК.

Когда уже в июне Сосновский был задержан, а на рабочем месте и дома у него прошли обыски, силовики изъяли более 7,8 млн рублей, 5,4 тыс. долларов и 900 евро. По предварительным данным, Сосновский вместе с Ширвари вымогал деньги не только за выполнение операций (обычно высокотехноло-

Продолжение на с. 2

НОВОСТИ

В России одобрено использование первых противоопухолевых вакцин

20 ноября произошло знаковое событие в отечественной онкологии: Минздрав России выдал разрешения на использование в клинической практике двух индивидуальных биотехнологических противоопухолевых препаратов нового поколения — лечебной вакцины на платформе мРНК против меланомы и пептидной вакцины для терапии колоректального рака. Об этом на заседании коллегии Минздрава по вопросам лекарственного обеспечения сообщил министр здравоохранения России Михаил Альбертович Мурашко.

«На начальном этапе речь не идет о массовом применении данных препаратов,— подчеркнул М.А. Мурашко.— Об этом можно будет говорить в том числе после оценки их эффективности и безопасности в реальной клинической практике. Отмечу, что данная технология — не панацея, а лишь один из передовых методов лечения, которые мы сейчас разрабатываем и внедряем».

Первым из препаратов, на использование которых выдано разрешение, оказался Неоонковак — персонализированная мРНК-вакцина для лечения меланомы. Технологию производства Неоонковака разработали совместно сотрудники двух научных учреждений — ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи» и ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России. Вакцина производится для конкретного пациента по индивидуальным показаниям в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России. По словам его генерального директора, главного онколога Минздрава России, академика Андрея Каприна, Неоонковак станет бесплатным для пациентов.

Окончание на с. 11

Краснодарский детектив: ну, посадите, а кто лечить будет?

Продолжение, начало на с. 1

гичных, роботических, при помощи аппарата da Vinci), но и за ускорение госпитализации, улучшение условий в больнице и лечения в целом. Описанный выше случай попал в поле зрения краевых и федеральных телеканалов. Особенно жестко критиковал подозреваемых в коррупции врачей Андрей Куницын в своей передаче «Человек в праве» от 22 июня. Тележурналист сообщил, что к нему обратились еще несколько потерпевших с рассказами о своих злоключениях, и вдобавок он получил от правоохранителей данные «прослушки». В результате телеведущий представил краснодарских онкологов как беспощадных, циничных, предельно алчных и уверенных в своей безнаказанности преступников.

Вот, например, аудиозапись переговоров Сосновского и Ширвари: «Слушай, нам на следующей неделе должно хватить сверху. И простата легла, и потом опять две простаты. Почка еще ляжет в среду. У меня уже есть один, но очень-очень скромный. С 20-м трамваем приехал». То есть суммы, получаемые от пациентов, врачи называли «трамваями». А номер трамвая 20 обозначал взятку в 20 тыс. руб.

«Сосновский и Ширвари всячески подчеркивали,— сообщает Андрей Куницын,— что торгу не место и не время. С дерзостью и наглостью они выносили вердикт больным людям. Хочешь жить — плати. Нужно было давать взятки, чтобы попасть на прием к докторам и получить необходимое лечение. Без денег ты не пройдешь в любом случае».

А вот рассказ пациентки, который приводит журналист НТВ: «Я ему задала вопрос сама. Сколько? Он: тридцать. Я достала из тумбочки, отдала. Уточнила: это сумма с анестезиологом? Сказал: нет, анестезиолог отдельно. А сколько ему? От десяти. Я попала в онкодиспансер с раком груди. От других больных узнала: у спасения жизни тут своя цена. И чем квалифицированнее врач, тем она выше. К примеру, услуги хирурга стоят 30 тысяч. Личное вмешательство заведующего — еще 50. А у кого тяжелее стадия, с тех еще больше берут. Тех, кто откажется платить, направят в другие больницы. Откуда такие таксы? Почему народ должен платить? Я пришла сюда не наращивать грудь, а по болезни, потому что я жить хочу. Тогда почему такое отношение к людям?»

— По словам пациентов, с которыми нам удалось побеседовать,— продолжает ведущий программы «Человек в праве»,— преступная опухоль разрослась по всему диспансеру. Метастазы проникли и в другие отделения. Следователи выяснили, что взятка в больнице была нормой. Благодаря сарафанному радио пациенты точно знали, как устроена система. К примеру, хирурги привыкли получать деньги в журнал во время утреннего обхода. Анестезиологи брали мзду себе в карман, а вот заведующие отделением, как лица более высокопоставленные, принимали наличные в ящик стола в кабинете.

Другой пациентке анестезиолог сказал, что, если она не заплатит, «мы вам поставим плохую анестезию, вы вообще можете умереть». Но у женщины не было денег на взятку. От наркоза, сообщил Андрей Куницын, больная отходила тяжело, но ее состояние никого не волновало. Сразу после удаления опухоли теряющую сознание пациентку заставили самостоятельно идти в палату. Когда врачи сняли бинты, она обнаружила на теле глубокие шрамы.

— Конечно,— подчеркивает тележурналист,— не хочется верить, что это было сделано специально, в отместку за то, что она оказалась платить. Но тревожные мысли не покидают.

НЕ ВЕШАТЬ ЯРЛЫКИ

Казалось бы, все идет правильным путем, злодеев разоблачат и сурово накажут в назидание всем врачам страны. И прежде всего — тем онкологам, которые не прочь нажиться на своих больных, пользуясь тем, что их болезни внушают особый страх. Но в выступлении А. Куницына чувствуется какой-то перебор. Особенно в случае со шрамами «в отместку» за отказ платить и угрозами анестезиолога, что если ему не дадут взятку, то больная умрет от наркоза. Кстати, врач заведомо не мог сказать «поставим анестезию», это сленг не самых грамотных пациентов, у которых и уколы «ставят», и все на свете.

К тому же Куницын заявляет, что «преступная опухоль разрослась по всему диспансеру, взятка в больнице была нормой». В конце июля 2025 года в учреждении работали 275 специалистов. Выходит, что все они поголовно мерзавцы-коррупционеры? Но, может быть, правом предъявлять врачам обвинения СМИ могут воспользоваться только после того, как их подтвердит суд? Приходит на ум бессмертный роман М.А. Булгакова «Мастер и Маргарита», где чем дольше финдиректор варьете Римский слушал рассказ ставшего вампиром администратора Варенухи о неслыханных бесчинствах директора Лиходеева в ресторане «Ялта», тем яснее понимал: «Все врет Варенуха! Даже Степа на такое не способен!»

ДОСЬЕ НА СОСНОВСКОГО

Игорю Борисовичу Сосновскому 52 года, его жена работает в том же диспансере, у них две дочери. Врачебный стаж — 27 лет, все эти годы он лечил больных в данном учреждении. Сосновский — потомственный врач, с 14 лет начал работать санитаром, затем поступил в медучилище, а далее — в Кубанскую государственную медакадемию. Провел свыше 5 тысяч операций. «Один из опытных роботических хирургов-онкоурологов страны, оперирует на комплексе Da Vinci Si с 2014 года»,— говорится на официальном сайте системы Da Vinci в России.

В 2014 году Сосновский стал победителем Всероссийского конкурса врачей в номинации «Лучший онколог России». Сообщалось, что в Краснодарском крае доктор Сосновский вместе с коллегами снизил смертность от онкоурологических опухолей на 5 %.

На популярном кубанском портале «93.RU Краснодар Онлайн» о задержании Сосновского люди оставили десятки комментариев, среди них и рассказы о коррупции. И вдруг находишь такое:

«Делали операцию мужу у Сосновского, ни слова о деньгах сказано не было, назначил дату операции как можно быстрее. Благодарны очень».

«Я лежал в урологическом отделении у Сосновского, они с Ширвари и оперировали. Никаких намеков на деньги. Все обследования прошел бесплатно. Очередь на операцию была — ну, может, месяц ждал, но я же не один такой больной. Затем лежал на "химиях", тоже ничего про деньги не слышал. Благодарен всем врачам, кто меня вылечил — третий год уже ремиссия!»

«Перед операцией была доброжелательная беседа с Сосновским, посоветовал, как ускорить анализы, которые потеряли в поликлинике. Пыталась вручить ему деньги — не взял. До сих пор жива, никаких последствий после операции. Сейчас про него много плохого говорят. Но если уж сказать начистоту, все хорошие и известные у нас врачи — люди не бедные. Так что, если копнуть поглубже, обвинить можно каждого. То же и с Сосновским. Ну, посадите. А кто лечить будет?»

НОВАЯ КАМПАНИЯ?

Вспоминается череда громких судебных дел против врачей в 2010-х годах. Их обвиняли в ошибках или халатности, которые приводили к гибели людей или тяжелым последствиям для здоровья, привлекали к уголовной ответственности и оправдали (как это случилось с московским гематологом Еленой Мисюриной) далеко не всех. Так, 29 июля нынешнего года присяжные Московского областного суда признали врачей Елену Белую и Элину Сушкевич виновными в убийстве новорожденного. С 2018 года по этому делу была целая череда судов. Преступление, в котором их обвиняют, предусматривает от 8 до 20 лет лишения свободы.

«Дела врачей» вызывали большой резонанс. Медицинское сообщество дружно вступалось за подсудимых. Доктора обвиняли власти в том, что таким образом они ищут внутреннего врага, на которого хотят переложить ответственность за усугубляющиеся проблемы нашего здравоохранения. А не может ли арест Сосновского и Ширвари оказаться продолжением тех же «дел против врачей», но уже в формате новой и более агрессивной кампании? Там докторов обвиняли в ятрогенных преступлениях. А теперь коррупция, взяточничество. Да еще в огромном масштабе и по отношению к онкобольным, где промедление в лечении смерти подобно и поэтому пациент отдаст любые деньги, лишь бы остаться в живых.

Николай Викторович КИСЛОВ

К.м.н., онколог ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая онкологическая больница», Ярославль

КОММЕНТАРИЙ СПЕЦИАЛИСТА

Прокомментировать эту ситуацию мы попросили кандидата медицинских наук Николая Викторовича Кислова, онколога ГБУЗ «Областная клиническая онкологическая больница» Ярославской области:

— Была такая советская байка: нарком здравоохранения Семашко попросил Сталина повысить зарплату врачам. Но тот отказался со словами: «Хороших врачей народ прокормит сам, а плохие нам не нужны». Независимо от того, было так на самом деле или нет, фраза до сих пор упоминается, причем даже в положительном контексте. Хотя на самом деле это предельно циничное высказывание: дескать, государству нет дела ни до пациентов, ни до врачей. Пусть народ разбирается сам, как считает нужным. Вот он и разбирается до сих пор…

На вопрос «А кто лечить будет?», вынесенный в заголовок статьи, хочется ответить: тот, кто не будет вымогать деньги у пациентов — людей, заведомо находящихся в зависимом положении! В страхе, сомнениях, порой в отчаянии. Вопрос о том, виновен человек или невиновен, решает суд. Все дальнейшие рассуждения в данном случае имеют условный характер. Хочется избежать высокопарных изречений, но есть вещи, которые делать нельзя, потому что их нельзя делать по определению. И если предварительная информация соответствует действительности, то речь идет о преступлении. И в данном контексте журналистские преувеличения, если они и были, вполне оправданны. На этом можно было бы закончить комментарий, но у любого социального явления — а в данном случае приходится обсуждать вымогательство у онкологических пациентов — есть системные условия.

Невозможно представить подобную ситуацию в условной государственной больнице или университетской клинике Германии, Финляндии или Испании: условный хирург подошел к условному пациенту, поступившему на хирургическое лечение, и потребовал деньги за операцию. Мне кажется, что наш воображаемый пациент даже с пятого раза не поймет, о чем речь. Это сложно представить, и причины всем понятны: достойная оплата труда врача и уверенность пациента в своих правах. Также невозможно это вообразить в частной медицине в России, которая бурно развивается вследствие нарастающего несовершенства медпомощи в системе ОМС.

У нас есть два участника ситуации: тот, кто вымогает, и тот, кто платит.

Врачи. Сегодня практически не существует государственной системы, позволяющей отличить врача, интересующегося медициной, от того, кто просто работает на работе, «хорошего» от «плохого». Доплаты за ученые степени в практическом здравоохранении отсутствуют. Они и были-то смешные, а сейчас их вообще нет. Подготовка докладов и написание статей никак не оцениваются. Зарплата заведующего отделением в провинциальном здравоохранении отличается от зарплаты врача едва ли на 10 тыс. рублей. Система присвоения квалификационных категорий архаична и не отражает фактическую ценность специалиста: главное в ней — стаж. А в материальном выражении категории между собой отличаются парой тысяч рублей. Вновь выстроенная система непрерывного медицинского образования (НМО) оказалась более чем формальной. Получается, что стремящийся к высотам своей профессии врач, затратив кучу времени и энергии, должен монетизировать свою высокую квалификацию как-то сам. Главным образом — искать пути, мало связанные с государственной медициной, в которой все как было, так и есть, а «писанины прибавилось». Некоторые, видимо, выбирают незаконный путь, к сожалению, вполне сочетающийся с их высокими профессиональными навыками, ключевой должностью и близостью к какой-либо высокой технологии лечения, доступа к которой на всех не хватает.

Пациенты. Если ни один из пациентов не будет «платить в карман», отделение опустеет? Никого не будут лечить? Никто об этом не задумывается. Этому способствует имеющееся несоответствие фактических возможностей системы здравоохранения декларируемым. На деле

Окончание на с. 11

Пожалуйста, ознакомьтесь с полными инструкциями по применению препарата Диферелин® (трипторелин), Диферелин® 3,75 мг. П N011452/01 или ЛП-№(008701)-(РГ-RU), Диферелин® 11,25 мгЛСР-005557/08 или ЛП-№(007094)-(РГ-RU), Диферелин® 22,5 мг ЛП-№(003269)-(РГ-RU)

*Художественный образ
Образ на изображении является вымышленным, все совпадения случайны
РПЖ – рак предстательной железы

Краткая информация из инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Диферелин® 11,25 мг (информация по применению при раке предстательной железы). Регистрационный номер: ЛСР-005557/08. **Торговое наименование:** Диферелин®. МНН: трипторелин. **Лекарственная форма:** лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного и подкожного введения с пролонгированным высвобождением. **Показания к применению:** Лечение местнораспространенного рака предстательной железы в монотерапии или в качестве адъювантного средства на фоне лучевой терапии; лечение метастатического рака предстательной железы. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к препарату Диферелин®, его компонентам, растворителю или другим аналогам гонадотропин-рилизинг гормона. У мужчин – состояние после предшествующей хирургической тестикулэктомии. **С осторожностью:** У пациентов с остеопорозом и при высоком риске его развития; у пациентов с депрессией; при проведении долговременной андрогенной депривации у пациентов с синдромом врожденного удлиненного интервала QT, с электролитными нарушениями или хронической сердечной недостаточностью, или у пациентов, принимающих лекарственные препараты, которые могут вызвать удлинение интервала QT, или лекарственные препараты, которые могут вызвать развитие двунаправленной веретенообразной желудочковой тахикардии; при проведении андрогенной депривации у мужчин с высоким риском развития метаболических нарушений или сердечно-сосудистых заболеваний. **Способ применения и дозы:** Рак предстательной железы. Препарат Диферелин® вводится внутримышечно или подкожно в дозе 11,25 мг каждые 3 месяца. У пациентов с метастатическим кастрат-резистентным раком предстательной железы, которым не была выполнена хирургическая кастрация, получающих трипторелин (или любой другой ГнРГ) и которым показана антиандрогенная терапия, прием трипторелина должен быть продолжен. При лечении в комбинации с лучевой терапией длительная антиандрогенная терапия (3 года) является предпочтительнее краткосрочной антиандрогенной терапии (6 месяцев). **Побочное действие:** Побочные эффекты у мужчин. Поскольку пациенты, страдающие от местнораспространенного или метастатического, рака предстательной железы, в основном люди пожилые и имеют другие, часто встречающиеся в данной возрастной группе, заболевания, более 90 % пациентов, включенных в клинические исследования, сообщили о нежелательных явлениях, при которых часто было сложно определить истинную причину их развития. Как видно из опыта применения других агонистов ГнРГ, как и после хирургической кастрации, наиболее частые нежелательные явления, регистрируемые при применении трипторелина были связаны с проявлением ожидаемого фармакологического эффекта (т.е. непосредственно кастрации). Эти эффекты включают «приливы» и снижение либидо. За исключением иммунно-алергических реакций (редко) и реакций в месте введения (< 5%), все остальные нежелательные реакции связаны с изменением уровня тестостерона. Сообщалось о следующих побочных реакциях, возможно связанных с применением трипторелина. Большинство из них наблюдается как при медикаментозной, так и хирургической кастрации. Частота нежелательных реакций классифицируется следующим образом: очень часто (≥1/10); часто (≥1/100 до <1/10). Очень часто: Снижение либидо, парестезии в нижних конечностях, «приливы», гипергидроз, боль в спине, эректильная дисфункция (включая отсутствие эякуляции, расстройство эякуляции), астения. Часто: анемия, гиперчувствительность, депрессия, потеря либидо, изменения настроения, головокружение, головная боль, повышение артериального давления, тошнота, сухость слизистой оболочки ротовой полости, костно-мышечная боль, боль в конечностях, боль в области малого таза, эритема в месте инъекции, воспаление в месте инъекции, боль в месте инъекции, отек, повышение веса тела. **Форма выпуска:** Лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного и подкожного введения с пролонгированным высвобождением 11,25 мг. **Условия отпуска:** Отпускают по рецепту. **Полная информация содержится в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Диферелин® 11,25 мг.**
Материал предназначен для специалистов здравоохранения.

DIP-RU-000395-02112023

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Полная информация о препарате содержится в полной ИМП
Компания не рекомендует применять препараты способами, отличными от описанных в ИМП. Информация предоставляется медицинским работникам в соответствии с пп. 4 п.1 и п. 2 ст. 74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Служба медицинской поддержки по препаратам компании «Ипсен»:
Электронная почта: medical.Information.russia.CIS@ipsen.com; Телефон: +7 800 700-40-25 (бесплатный номер телефона по всей Российской Федерации)
В случае обращения на почтовый адрес medical.Information.russia.CIS@ipsen.com и по телефону +7 800 700-40-25 Ваши данные будут обрабатываться компанией Ipsen Pharma SAS (Адрес: улица Балар 70, 75015, Париж, Франция / 70 rue Balard, 75015, Paris, France), ООО «Ипсен» и аффилированным лицам группы компаний Ипсен (если это будет необходимо для ответа), а также по поручению компании Ipsen Pharma SAS специалистами контактного центра ProPharma Group MIS Ltd. (Адрес: Olliver, Aske, Richmond, North Yorkshire DL10 5HX UK). Если Вы не согласны, чтобы ваши персональные данные обрабатывались компанией ProPharma Group MIS Ltd. просьба обращаться по телефону: 84952585400.
Контакты для сообщений о нежелательных явлениях/реакциях и/или особых ситуациях: Электронная почта: pharmacovigilance.russia@ipsen.com; Телефон: +7 495 258-54-00
Контакты для сообщений о претензиях по качеству продуктов: Электронная почта: qualitycomplaints.russia.cis@ipsen.com; Телефон: +7 495 258-54-00

ООО «Ипсен», 109147, г. Москва, внутригородская территория (внтуригородское муниципальное образование) города федерального значения муниципальный округ Таганский, Таганская ул., д. 17-23, этаж 2, помещение I, комнаты 16, 18, 18А, 18Б, 18В, 19-27, 30-36, 36А, 38, 39А, 39Б, 39В. +7 495 258-54-00, факс +7 495 258-54-01, сайт https://www.ipsen.com/russia

DIP-RU-000761-06102025

IPSEN

Реклама

Персонификация лекарственной терапии диссеминированного рака желудка в рамках молекулярной классификации

Химиотерапия (ХТ) – это, безусловно, ведущий метод лечения диссеминированного рака желудка (РЖ), однако при применении этого метода в качестве единственного показатели выживаемости далеки от желаемых.

Алексей Александрович ТРЯКИН

Внедрение молекулярных классификаций злокачественных новообразований (ЗНО) улучшает понимание биологии опухоли и ведет к становлению персонализированных подходов к терапии, считает профессор Алексей Александрович Трякин, заместитель директора по научной работе НИИ клинической онкологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, заведующий отделением противоопухолевой лекарственной терапии № 2 того же учреждения.

— Правда ли, что рак желудка по-прежнему остается одной из лидирующих по смертности опухолей среди онкологических заболеваний?

— Это так. РЖ занимает четвертое место в структуре смертности от онкозаболеваний. Сегодня в мире регистрируется около 1 млн новых случаев РЖ и 0,7 млн смертей от него, что составляет около 8 % всех смертельных исходов ЗНО. Однако до недавнего времени, как и много лет назад, основным и единственным вариантом лекарственного лечения РЖ была ХТ. Стандартом первой линии служат режимы, чаще всего включающие фторпиримидин и препарат платины. К сожалению, если использовать химиотерапию в качестве единственного метода лечения, показатели выживаемости крайне низки. Так, медиана выживаемости без прогрессирования (мВБП) обычно не превышает 6 месяцев, а медиана общей выживаемости (мОВ) — 11 месяцев. Поэтому в мировой онкологии шел интенсивный поиск новых методов терапии с учетом определенных молекулярно-генетических характеристик опухоли. Сейчас уже понятно, что РЖ — гетерогенное заболевание с неоднозначным прогнозом, и это требует персонализированного подхода к ведению пациентов. Клинические и патоморфологические характеристики опухоли, определяющие прогноз, помогают отчасти предсказать ответ на терапию.

С появлением секвенирования нового поколения (Next Generation Sequencing, NGS) и других геномных технологий стало возможным разделить РЖ на молекулярные подтипы, получив более детализированную информацию об опухоли помимо ее гистологических и клинических характеристик. Внедрение молекулярных классификаций ЗНО улучшает понимание биологии опухоли и делает более доступным изучение персонализированных подходов к лекарственной терапии.

— Каковы современные реалии в лечении РЖ?

— Основным методом лечения при локализованном процессе является хирургический, а для пациентов с метастазами — лекарственная терапия. Вот почему необходимо учитывать набор молекулярных маркеров, которые помогут расширить круг лекарственных препаратов.

Противоопухолевая терапия РЖ включает в себя различные группы цитостатиков. Однако они не оказывают селективного действия на клетки опухоли и отличаются высокой токсичностью. Сегодня появилось уже несколько молекулярно-направленных средств со значительно более благоприятным профилем токсичности и эффективностью, которая в определенных ситуациях превышает таковую у химиотерапевтических препаратов. Современные тенденции в разработке лекарств для борьбы с РЖ с 2000 по 2022 гг. демонстрируют увеличение доли исследований новых таргетных препаратов (85 %) по сравнению с цитостатиками (15 %). Это говорит о перспективности молекулярно-направленного подхода.

> Рак желудка занимает четвертое место в структуре смертности от онкологических заболеваний. Сегодня в мире регистрируется около одного миллиона новых случаев этого диагноза и 0,7 млн смертей от него, что составляет около 8 % всех смертельных исходов от злокачественных новообразований

— Но это же настоящий прорыв в лечении РЖ!

— Увы, пока это не совсем так. Ведь, несмотря на большое количество исследований эффективности таргетных и иммуноонкологических препаратов, только небольшая их часть нашла применение в стандартах терапии РЖ. Иммуноонкологические препараты пембролизумаб и ниволумаб используются лишь в ограниченной популяции пациентов. В целом их применение оправданно при микросателлитно-нестабильных опухолях (MSI) и при гиперэкспрессии PD-L1.

Исследования также показали, что ответ на иммунотерапию с увеличением мОВ зависит от уровня экспрессии PD-L1, измеренного по CPS (Combined Positive Score) — комбинированному показателю позитивности, который как раз и используется для оценки экспрессии белка PD-L1. Это было продемонстрировано в исследованиях CHECKMATE-649 с ниволумабом и в KEYNOTE-062/061 с пембролизумабом. В первой работе была показана бóльшая польза от иммунотерапии при CPS ≥5 по сравнению с CPS ≥1, а во второй — более выраженный ответ при CPS ≥10 по сравнению с CPS ≥1.

Недавний метаанализ трех исследований (KEYNOTE-059, KEYNOTE-061, KEYNOTE-062) с применением пембролизумаба у пациентов с распространенным РЖ и с CPS ≥10 убедительно подтвердил этот вывод.

— Какие таргетные препараты уже применяются при лечении РЖ?

— Их пока тоже всего два. Это трастузумаб и рамуцирумаб. Трастузумаб используют в первой линии при гиперэкспрессии/амплификации Her2/neu. В исследовании ToGA мОВ составила 13,8 месяца при добавлении трастузумаба к цисплатин-содержащей терапии по сравнению с 11,1 месяца у получавших только ХТ.

Удручает, что многие альтерации, являющиеся стандартными мишенями для таргетной терапии при других локализациях, не продемонстрировали своего предиктивного значения при РЖ. Например, в исследовании III фазы METGAST ингибитор c-MET онартузумаб в сочетании со стандартной ХТ первой линии не показал улучшения ОВ, ВБП и частоты объективных ответов (ЧОО) по сравнению с одной лишь ХТ при MET-позитивном РЖ.

Рамуцирумаб — единственный таргетный препарат, применяющийся во второй и последующих линиях терапии метастатического РЖ. В исследовании RAINBOW мОВ была значительно выше в группе рамуцирумаба вместе с паклитакселом по сравнению с группой плацебо вместе с паклитакселом (9,6 против 7,4 месяца). Однако не всем пациентам с РЖ удается провести вторую линию лечения. По разным данным, частота применения второй линии терапии в европейской популяции не превышает 14–55 %.

— Расскажите о молекулярных подтипах РЖ.

— Этот рак обычно представлен аденокарциномами кишечного, диффузного и смешанного типа в соответствии с классификацией Лорена. Но есть и альтернативная система, предложенная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), согласно которой РЖ подразделяется на папиллярный, тубулярный, муцинозный (коллоидный) рак и то, что по-английски называют poorly cohesive carcinoma (дискогезивная карцинома).

Дальнейшим шагом в выделении подгрупп многих опухолей, включая РЖ, становится распределение на подтипы на основе экспрессионного анализа РНК. Например, Азиатская группа по исследованию рака (ACRG) разделяет рак желудка на нестабильные типы MSI и микросателлитно-стабильные (MSS). Затем MSS подразделяются на группы эпителиально-мезенхимального перехода (EMT), TP53+ и TP53-.

— Какая классификация наиболее удачна, с вашей точки зрения?

— Это классификация «Атлас генома рака» (The Cancer Genome Atlas, TCGA), опубликованная в 2014 году. Не только я, но и многие коллеги в России и за рубежом считают ее оптимальной. Данная классификация — результат анализа на основе геномных и молекулярных платформ, включающих секвенирование ДНК в геноме, экзоме, метиломе, РНК-секвенирование и изучение массивов белков. Комплексная молекулярная характеристика проведена 295 пациентам, ранее не получавшим химио- или лучевую терапию. Согласно TCGA, выделяют четыре молекулярных подтипа РЖ:

- EBV (ассоциированный с вирусом Эпштейна — Барр, EBV(+) РЖ);
- MSI (РЖ с микросателлитной нестабильностью);
- GS (геномно-стабильный);
- CIN (хромосомно-нестабильный).

EBV(+) РЖ в России составляет около 5 % от общего числа случаев подобных опухолей, встречаясь преимущественно у молодых мужчин и локализуясь чаще всего в области дна желудка. В крупном анализе M.C. Camargo и соавт. EBV-позитивный РЖ показал лучшую выживаемость, чем EBV-негативный, что прежде всего связано с биологическими особенностями опухоли. Дело в том, что при EBV(+) РЖ обычно отсутствует мутация *TP53*. По данным TCGA, все проанализированные EBV-позитивные опухоли демонстрировали гиперметилирование промотора *CDKN2A*. 80 % указанных ЗНО характеризовались мутациями *PIK3CA*, 55 % — мутацией *ARID1A*.

Исследования продемонстрировали, что мутации в hotspot *PIK3CA* приводят к конститутивной передаче сигналов по пути *PIK3CA* в отсутствие факторов роста. Персистирующая передача сигналов *PIK3CA* является важным компонентом приобретенной устойчивости к ингибиторам вышестоящих сигналов. Это может обусловливать неудовлетворительные результаты использования ингибиторов пути PI3K/AKT/mTOR, включая молекулы BYL-719 (анти-p110), MK2206 (анти-AKT) и GDC-0068 (анти-AKT).

— А что бы вы могли сказать об эффективности при EBV(+) РЖ более известных препаратов?

— Ингибитор mTOR эверолимус показал потенциальную пользу в исследованиях II фазы. Однако в III фазе значимые результаты не были продемонстрированы. Правда, в другом исследовании двойной ингибитор PI3K/mTOR — BEZ235 — продемонстрировал более высокую терапевтическую эффективность, чем эверолимус, в клеточных линиях

РЖ *in vitro* и на мышах с опухолями HGC-27R, устойчивыми к паклитакселу.

— Использовались ли в лечении EBV(+) РЖ иммуноонкологические препараты?

— Да, и здесь появились работы, вселяющие надежду. При метастатических EBV-ассоциированных случаях РЖ в исследовании II фазы комбинация синтилимаба и IBI310 (анти-CTLA4) показала многообещающую эффективность терапии как в первой, так и во второй линии. Возможно, причина столь высокой эффективности заключается в том, что по сравнению с опухолями MSI случаи EBV-РЖ имеют меньшую мутационную нагрузку, но более существенную иммунную инфильтрацию и более высокую экспрессию генов пути иммунных контрольных точек (PD-1, CTLA-4).

Подтип EBV(+) РЖ также ассоциирован с преобладанием инфильтрации клетками CD8+ и экспрессией PD-L1 и 2. У 15 % пациентов EBV-РЖ демонстрирует амплификацию локуса хромосомы 9p24.1 CD274, также известного как PD-L1 и PDCD1LG2 (PD-L2). Подобная амплификация приводит к усилению презентации неоэпитопа (фрагмента молекулы, который позволяет иммунной системе распознать белок на злокачественной клетке и затем атаковать ее). Есть данные о большей эффективности таких ингибиторов контрольных точек иммунитета, как ниволумаб и пембролизумаб, при данном подтипе относительно GS и CIN-подтипов.

Делать из того, что я вам сейчас рассказал, сколько-нибудь значительные выводы преждевременно, ведь результаты пока еще носят предварительный характер. Однако уже сейчас не вызывает сомнений, что применение анти-PD-1 и PD-L1-антител может стать прорывом в лечении EBV(+) РЖ.

— Чем вызвана микросателлитная нестабильность при РЖ?

— Инактивацией системы репарации несоответствий ДНК. Это влечет за собой дефицит системы репарации неспаренных оснований ДНК — dMMR (mismatch repair deficiency) — в результате мутаций, в частности, в *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* и *PMS2*. Данное нарушение молекулярной структуры приводит к появлению в клетках опухоли нестабильности микросателлитов — участков ДНК, состоящих из повторяющихся фрагментов длиной от 1 до 6 пар нуклеотидных оснований.

Напомним, что система репарации неспаренных оснований (MMR) отвечает за распознавание и удаление неправильно спаренных оснований, образовавшихся в результате ошибок в процессе репликации ДНК. При сбоях в этой системе полноценный рабочий белковый комплекс не формируется и ошибка не исправляется. Распространенность данного подтипа ЗНО желудка в России варьирует от 3–4 % при метастатическом РЖ до 10–12 % при резектабельном РЖ. В опухолях с dMMR/MSI накапливается больше мутаций и неоантигенов по сравнению с опухолями с неповрежденным механизмом репарации.

Несмотря на разные типы опухолей, пациенты с фенотипом опухоли dMMR с большей вероятностью будут реагировать на блокаду PD-1, нежели те, у кого диагностирован «бездефицитный» рак желудка. Это связано главным образом с высокими уровнями неоантигенов и PD-L1-положительной инфильтрацией Т-клетками опухолей dMMR.

Патогенные варианты зародышевой линии в одном из четырех генов репарации несоответствия ДНК (*MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2*) или делеция *EPCAM* приводят к развитию синдрома Линча — аутосомно-доминантного наследственного заболевания, при котором повышается риск возникновения ЗНО различных локализаций. Зарегистрированная заболеваемость РЖ при синдроме Линча колеблется от 6 до 13 %. При наследственном РЖ часто обнаруживаются герминальные мутации в генах *MLH1* и *MSH2*. В большинстве случаев dMMR обусловлен соматическими мутациями, из них более 50 % — метилирование промоторной области гена *MLH1*.

MSI-статус ассоциирован с женским полом, пожилым возрастом, дистальной локализацией опухоли и встречается чаще всего у пациентов с I–II стадиями заболевания. Наличие MSI у больных РЖ может служить маркером благоприятного прогноза.

Специалисты из TCGA также выявили интересные результаты в отношении MSI-подтипа РЖ. Мутации *BRAF V600E*, в отличие от колоректального рака с MSI, обнаружены не были. Были идентифицированы целевые мутации в *PIK3CA*, *ERBB3*, *ERBB2* и рецепторе эпидермального фактора роста (EGFR). Но при подтипе MSI, как правило, отсутствовали таргетируемые амплификации.

— Каковы особенности лекарственной терапии данного подтипа РЖ?

— Прежде всего это менее выраженный ответ на цитостатическую и более высокий — на иммунную терапию. Данная закономерность нашла отражение как в зарубежных, так и в отечественных рекомендациях по лечению РЖ в виде возможного отказа от периоперационной или адъювантной ХТ.

В НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина изучалась эффективность периоперационной ХТ у пациентов с локализованным РЖ. Более чем в половине случаев наблюдался полный патоморфологический ответ. Шестимесячная БРВ у пациентов с MSI-статусом равнялась 58 %, в то время как у больных с MSS-РЖ она составила 95 %.

При добавлении иммунопрепаратов к ХТ при MSI-статусе опухоли шестимесячная БРВ достигла 100 %. Однако двенадцатимесячная БРВ была оценена только в группах MSS плюс ХТ и MSI вместе с ХТ (89 % против 33 %).

— А что насчет геномно-стабильного (GS) РЖ?

— Такие опухоли составляют примерно 20 % всех ЗНО желудка. Они характеризуются наименее выраженными генетическими перестройками, чаще возникают у молодых людей и могут локализоваться в любом отделе этого органа. В большинстве случаев речь идет о диффузном гистологическом типе опухоли желудка по Lauren.

Подтип GS проявляет повышенную экспрессию путей клеточной адгезии со следующими генетическими особенностями:

- мутации *CDH1*, *RHOA*;
- *PLK*-амплификация;
- *AURK* A/B-амплификация.

Напомню, что *AURKA* и *AURKB* являются двумя основными представителями киназ семейства Aurora и участвуют в клеточном цикле.

— Какие препараты могут быть эффективными при лечении GS РЖ?

— В исследовании II фазы 9 % пациентов с диссеминированным РЖ ответили на использование ингибитора *AURK* A/B алисертиба. Действие других ингибиторов *AURK* A/B, таких как MK-5018 и ENMD-2076, сейчас оценивают в ходе испытаний I и II фазы.

Другие значимые альтерации в этом подтипе затрагивают *PLK*. Это киназы семейства Polo, которые играют существенную роль в нормальном клеточном цикле. Воласертиб, мощный и селективный ингибитор PLK, в исследованиях при участии пациентов с данным подтипом РЖ продемонстрировал противоопухолевую активность с управляемым в большинстве случаев профилем безопасности. Сегодня продолжаются испытания воласертиба во II фазе, но пока все подобные исследования не продвинулись далее I–II фаз.

При подтипе GS также была выявлена межхромосомная транслокация между клаудином 18 (CLDN18) и белком 26, активирующим RHO ГТФазу (ARHGAP26). В анализе TCGA, по данным РНК-секвенирования, данное нарушение было обнаружено у 3 % пациентов с GS-подтипом РЖ. Белок CLDN18 участвует в адгезии плотных межклеточных соединений, а фермент ARHGAP26 активирует другой фермент — RHO-ГТФазу, которая связана с киназой фокальной адгезии.

Клаудин 18.2 в норме содержится в плотных соединениях эпителия слизистой оболочки желудка, но при злокачественной трансформации эпитопы CLDN18.2 становятся открытыми. Недавно были представлены результаты III фазы исследования SPOTLIGHT, посвященного роли препарата золбетуксимаб. Это химерное моноклональное антитело опосредует специфическое уничтожение CLDN18.2-позитивных клеток с помощью иммунных эффекторных механизмов. Пациенты с местнораспространенным или метастатическим РЖ получали стандартную ХТ в режиме mFOLFOX6 в сочетании с золбетуксимабом или плацебо. Исследование продемонстрировало достоверное увеличение мВБП с 8,67 до 10,61 месяца, а мОВ — с 15,54 до 18,23 месяца.

— Наша последняя тема — CIN (хромосомно-нестабильный) рак желудка.

— На долю CIN-РЖ приходится 50 % случаев опухолей этого органа. Хромосомная нестабильность — один из основных признаков многих солидных опухолей — рассматривается как тип геномной нестабильности, приводящей к канцерогенезу в результате постоянного приобретения геномных изменений, включающих увеличение или потерю целых хромосом или только их частей.

Выделяют 4 фенотипа, связанных с CIN:

- дефекты контрольных точек клеточного цикла;
- нарушения репликации;
- митотические нарушения, связанные с активацией протоонкогенов;
- неполная сегрегация хромосом во время митоза.

В данном подтипе встречается наибольшее количество альтераций. Для него характерны следующие молекулярные особенности: VEGFR-амплификация, активация RTK/RAS, AKT/ mTOR.

Потенциально эффективной терапией в данном случае может быть анти-VEGFR2-антитело рамуцирумаб. В исследовании RAMIRIS была показана тенденция к снижению риска смерти при использовании комбинации режима FOLFIRI вместе с рамуцирумабом по сравнению с режимом паклитаксел плюс рамуцирумаб (мОВ 7,5 против 6,6 мес). Показатели ЧОО и мВБП в группе FOLFIRI вместе с рамуцирумабом были численно лучше. Однако эти различия в значительной степени обусловливались благоприятными результатами эффективности среди пациентов, получавших ранее доцетаксел. Данная комбинированная опция уже включена в клинические рекомендации.

Среди терапевтических возможностей блокады *VEGF*, еще не нашедших практического применения, можно выделить исследование AVAGAST, в котором комбинация бевацизумаба и ХТ против одной лишь химиотерапии продемонстрировала достоверное увеличение мВБП (6,7 против 5,3) и статистически недостоверное увеличение мОВ.

Также было показано, что в подтипе CIN наблюдалось повышенное фосфорилирование EGFR, которое соответствовало усилению последнего. Однако в исследованиях EXPAND и REAL-3 добавление к ХТ анти-EGFR-антител цетуксимаба или панитумумаба ухудшало показатели выживаемости по сравнению с ХТ в монорежиме. И даже в амплифицированных EGFR-опухолях не удалось добиться выигрыша от добавления панитумумаба.

При хромосомно-нестабильном РЖ часто встречается амплификация *HER*-2. В исследовании II фазы DESTINY-GASTRIC 01 была показана эффективность трастузумаба дерукстекана во второй и последующих линиях HER2(+++) РЖ по сравнению с ХТ паклитакселом или иринотеканом (мОВ 12,5 против 8,4 месяца). Подводя итоги, можно отметить, что молекулярная классификация РЖ уже сложилась, альтерации каждого из подтипов уточнены, идет разработка соответствующих терапевтических опций.

Александр Рылов, *к.м.н.*

АБВ ПРЕСС
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
www.abvpress.ru

Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.

↗ ГАЗЕТЫ
↗ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
↗ СПРАВОЧНИКИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
↗ УДОБНЫЙ ФУНКЦИОНАЛ: ВОЗМОЖНОСТЬ ЧТЕНИЯ OFF-LINE.

Реклама

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Роль нутритивной поддержки в реабилитации онкологических пациентов

Почти треть пациентов, госпитализированных в онкологические стационары, имеет нутритивную недостаточность (НН) той или иной степени выраженности, а большинство находятся в группе повышенного риска ее развития.

Александра Михайловна Степанова

НН влияет на результаты и переносимость лечения злокачественных новообразований (ЗНО), увеличивая частоту его осложнений и повышая длительность госпитализации и стоимость лечения в целом, ухудшая общую и безрецидивную выживаемость и качество жизни. О значении нутритивной поддержки (НП) в реабилитации онкологических пациентов рассказывает кандидат медицинских наук Александра Михайловна Степанова, заместитель генерального директора по науке ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии ФМБА России» (Москва).

— Какими принципами должен руководствоваться онколог при медицинской реабилитации пациента в целом и при НН в частности?

— Это раннее начало, обоснованность, непрерывность и преемственность, индивидуальный подход, использование методов контроля эффективности. Подчеркну, что все это применимо и к НП. С учетом особенностей течения ЗНО спектр реабилитационных технологий, разрешенных к применению у данной категории пациентов, ограничен. НП признана основной технологией медицинской реабилитации у онкологических больных и должна проводиться на всех ее этапах.

Выделяют 4 ее стадии:

- *Предреабилитация* начинается с момента постановки диагноза до начала противоопухолевого лечения.
- *Первый этап реабилитации* осуществляется в период лечения по профилю основного заболевания в любых отделениях медицинских организаций.
- *Второй этап* выполняется в стационарных условиях ЛПУ реабилитационного профиля как в раннем восстановительном, так и в позднем реабилитационном периоде, а также в периоде остаточных явлений заболевания.
- *Третий*, заключительный, этап проходит в амбулаторных условиях или дневных стационарах. Имеются в виду отделения реабилитации, лечебной физкультуры, физио-, рефлексо- и мануальной терапии, психотерапии и медицинской психологии, кабинеты логопеда, а также специалисты в области восстановительной медицины, выезжающие на дом. Подчеркну, что выбор методов реабилитации онкологических больных не привязан к срокам госпитализации.

У 50–80 % таких пациентов в процессе комбинированной терапии ЗНО обнаруживается НН, а синдром рефрактерной кахексии служит непосредственной причиной их смерти в 20 % случаев. Зачастую проявления НН выявляются уже на момент постановки диагноза. Так, в исследовании M. Muscaritoli и соавт. (2017), куда были включены 1952 пациента, впервые обратившихся к онкологу, у 51 % в этот момент уже имелись признаки НН: потеря за последние 6 месяцев более 10 % массы тела отмечалась у 28 %, от 5 до 10 % — у 36 %, менее чем 5 % — у 35 % участников.

Развитие НН при онкологических заболеваниях многофакторно и обусловлено, в частности, паранеопластическим влиянием самой опухоли, которое приводит к хроническому воспалению, значительному замедлению синтеза собственных белков, нарушению аппетита. Опухоль синтезирует протеин- и липидмобилизующий факторы, ускоряющие распад белков и липолиз.

Если предполагаемая длительность зондового питания меньше 30 дней, стоит рассмотреть вопрос об установке назогастрального или назоинтестинального зонда

— Какое проявление НН можно назвать самым характерным?

— Это, конечно, дефицит мышечной массы — саркопения. Как правило, при обращении к врачу пациенты с НН жалуются на потерю веса, выраженное прогрессирующее снижение мышечной массы и мышечной силы. Согласно определению Британского гериатрического общества, саркопения — это «синдром, характеризующийся прогрессирующей потерей массы и силы скелетных мышц, сопровождающийся высоким риском неблагоприятных исходов, таких как физическая нетрудоспособность, низкое качество жизни и смерть». Однако риск развития саркопении зачастую остается недооцененным в связи с высокой частотой развития саркопенического ожирения у онкологических пациентов.

— Но разве дополнительный жир не защищает пациента от НН?

— Отчасти да, но саркопеническое ожирение ассоциировано с высоким уровнем коморбидности и смертности, повышенным на 23 % риском развития кардиоваскулярной патологии и на 42 % — сердечной недостаточности.

У пациентов со ЗНО саркопения встречается в 15–50 % случаев, а у длительно пребывающих в ОРИТ — в 60–70 % случаев. По некоторым данным, за 10 суток нахождения в таком отделении больной теряет около 17 % массы мышц бедра. После 6 недель иммобилизации сила в нижних конечностях снижается на 20 %. Величина потери мышечной массы имеет прямую связь с развитием полиорганных нарушений. При потере от 5 до 10 % массы мышц возрастает риск нарушения работы одного органа, от 10 до 20 % — двух или трех, более 20 % — четырех органов и более.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации клинического питания и метаболизма (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism — ESPEN), у пациентов с высоким риском НН предоперационную нутритивную поддержку необходимо проводить, даже если операция по каким-то причинам откладывается. Рекомендуемая продолжительность такой подготовки составляет 10–14 дней. Ее проведение достоверно снижает частоту развития послеоперационных осложнений и длительность госпитализации.

Кроме того, в рекомендациях ESMO (2021) впервые появился термин «профилактическая НП». Это значит, что пациентам со ЗНО, которым планируется лечение с высоким риском нарушений питания, необходимо профилактически проводить НП независимо от их текущего нутритивного статуса. Все это свидетельствует о важности проведения как скрининга НН, так и нутритивной поддержки уже на амбулаторном этапе в период обследования и подготовки пациента к лечению в рамках предреабилитации.

— Обратимся теперь к НП на первом из вышеупомянутых этапов реабилитации.

— Безусловно, НН усугубляется в процессе лечения, что связано с операционным стрессом при хирургической операции, побочными действиями лучевой и лекарственной терапии, нарушением вкуса, отвращением к пище, тошнотой и рвотой, болевым синдромом, трудностями при жевании и глотании, социально-экономическими сложностями в приобретении продуктов или их приготовлении. Недостаточному потреблению пищи также способствуют тревога, депрессия, потеря социальной значимости и независимости. Лечение ЗНО, особенно комбинированное, приводит к прогрессирующему нарастанию недостаточности питания также и за счет развития ятрогенной НН.

Яркий пример подобной «ятрогении» — пациенты с опухолями головы и шеи после хирургического лечения, в результате которого часто сокращается прием пищи из-за нарушения глотания и болевого синдрома в области послеоперационной раны. Операции на желудке могут привести к НН за счет того, что пациенты отказываются от еды вследствие развития диспептических явлений после приема пищи, частого присоединения синдрома мальабсорбции, пареза кишечника, демпинг-синдрома. После операций на тонкой кишке недостаточность питания может развиваться и прогрессировать за счет синдрома мальабсорбции, панкреатобилиарной недостаточности, диареи.

Не менее важно в рамках первого этапа реабилитации при проведении хирургического вмешательства следовать протоколам fast track rehabilitation (быстрый путь восстановления) и так называемым протоколам ERAS (enhanced recovery after surgery — ускоренное восстановление после операции). В частности, они предусматривают раннее начало перорального питания в послеоперационном периоде.

В ряде исследований показано, что подобная мера после гастрэктомии, резекций желудка и эзофагэктомии безопасна и не приводит к увеличению риска послеоперационных осложнений, в том числе несостоятельности анастомозов. В то же время раннее начало перорального питания позволяет сократить сроки госпитализации и количество послеоперационных койко-дней, ускорить восстановление кишечника, повысить качество жизни.

Нарастание НН на фоне системной терапии ЗНО также объяснимо, и мне очень жаль, что многие врачи недостаточно это учитывают. Ведь недостаточность питания оказывает негативное влияние на переносимость лечения, включая химио- и лучевую терапию, и в конечном итоге — на выживаемость. Также НН негативно сказывается на последующем восстановлении больного после любых видов лекарственной терапии. Тошнота, рвота, выраженное снижение аппетита, изменения обоняния и вкуса приводят к ограничению приема пищи в течение нескольких дней после введения большинства онкологических препаратов.

Развитие мукозита на фоне лечения вынуждает пациента отказываться от приема пищи или ограничивать питание вследствие болевого синдрома. Это особенно ярко проявляется у больных с опухолями головы и шеи. Паранеопластическая энтеропатия, выражающаяся синдромом мальабсорбции с развитием быстрого насыщения и гипоальбуминемии, также негативно сказывается на пищевом статусе больных. Нельзя не учитывать и диарею, в результате которой пациенты не только теряют электролиты, но и отказываются от еды, боясь повторения эпизодов жидкого стула.

Применение НП при химио- и лучевой терапии улучшает их переносимость, снижая частоту осложнений, их тяжесть и вероятность вынужденных перерывов в лечении, что положитель-

но сказывается на его отдаленных результатах. Многочисленные данные подтверждают важнейшую роль оценки нутритивного статуса и НП как во время предреабилитации, так и на первом этапе реабилитации.

Не менее важна и дальнейшая поддержка хорошего нутритивного статуса пациентов в ранний и поздний восстановительный периоды как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, то есть на втором и третьем этапах реабилитации. В этот период также важна НП, способствующая восстановлению нутритивного и функционального статусов, влияющая на скорость репаративных процессов и восстановления организма.

— Как проводить диагностику и скрининг НН?

— Для оценки нутритивного статуса используют комплекс соматометрических и клинико-лабораторных параметров: ростовесовые показатели и их производные (масса тела, рост, идеальная масса тела и величина ее отклонения, индекс массы тела — ИМТ), окружность плеча и толщина кожно-жировой складки. Причем чаще всего на практике для ориентировочной оценки нутритивного статуса используется ИМТ, способ вычисления которого был разработан бельгийским ученым Адольфом Кветелетом (1769–1874) в 1869 г. ИМТ позволяет оценить соответствие массы тела человека его росту.

К лабораторным показателям, главным образом использующимся для оценки нутритивного статуса, относятся:

- общий белок крови;
- альбумин крови;
- абсолютное число лимфоцитов.

Для выявления НН или риска ее развития также применяются скрининговые шкалы, которые должны использоваться при госпитализации и постановке диагноза, повторяясь на каждом этапе лечения или реабилитации. Эти шкалы достаточно просты, высокочувствительны и специфичны.

На амбулаторном этапе может применяться упрощенный вариант скрининга — MUST (Malnutrition Universal Screening Tool, универсальная скрининговая шкала недостаточности питания, она же Шкала MUST, онлайн-калькулятор). Методика MUST разработана консультативной группой по недостаточности питания Британской ассоциации парентерального и энтерального питания и рекомендована ESPEN для скрининга вне стационаров.

Шкала основана на оценке ИМТ, темпов потери массы тела и потенциальной или фактической невозможности приема пищи вследствие заболевания или выполненной операции. В результате пошагового следования алгоритму оценки нутритивного статуса формируется один из вариантов решения:

- лечебно-профилактические мероприятия в прежнем объеме;
- внимательное наблюдение за нутритивным статусом;
- проведение НП.

— Какая шкала подходит для более детальной оценки нутритивного риска, что особенно важно на госпитальном этапе?

— Для этого рекомендуется шкала Nutritional Risk Screening-2002 (NRS-2002), а также MNA (Mini Nutritional Assessment). Шкала NRS-2002 разработана рабочей группой ESPEN в 2002 году. Ее клиническую ценность подтвердили 128 контролируемых исследований.

В рекомендациях 2020-х годов по НП онкологических пациентов, как зарубежных (ESPEN, ESMO), так и российских (RUSSCO, RASSC, рекомендации Минздрава России по лечению ЗНО различных локализаций), шкала NRS-2002 оказывается предпочтительной для оценки нутритивного риска и на госпитальном, и на амбулаторном этапах ведения пациентов. Шкала состоит из двух частей: первичного и финального скрининга.

При ответе «Нет» на все вопросы первичного скрининга повторный скрининг проводится через неделю. При наличии ответа «Да» на любой вопрос выполняется финальный скрининг.

Вопросы первичного скрининга таковы:

- Ваш ИМТ ниже 20,5?
- Наблюдалась ли потеря массы тела на протяжении предыдущих трех месяцев?
- Было ли снижено питание на предыдущей неделе?
- Страдаете ли серьезным заболеванием, проходите ли интенсивную терапию или противоопухолевое лечение?

Теперь о финальном скрининге. Здесь две группы показателей, каждый из которых оценивается в диапазоне от 1 до 3 баллов.

Во-первых, это различные нарушения нутритивного статуса. Например, 3 балла присваиваются за самые тяжелые нарушения:

- потеря массы тела более чем на 5 % за 1 месяц;
- ИМТ 18,5 вместе с ухудшением общего состояния или потребление 0–25 % пищи от обычной нормы за предшествующую неделю.

Во-вторых, речь идет о степени тяжести заболевания. Прозвучит довольно странно, но за онкологические заболевания, а также перелом шейки бедра, цирроз печени, хроническую обструктивную болезнь, хронический гемодиализ, сахарный диабет пациент получает 1 балл (легкая степень). Три балла — выраженная степень — это, например, черепно-мозговая травма и трансплантация костного мозга.

Если общая сумма более 3 баллов — у пациента имеется высокий риск питательной недостаточности, требующий разработки индивидуальной программы НП. При сумме менее 3 баллов рекомендуется повторный финальный скрининг каждую неделю. Если планируется хирургическая операция, необходима программа предоперационной нутритивной подготовки. Если возраст пациента 70 лет и более, автоматически прибавляется 1 балл к общей сумме.

— Какая шкала самая совершенная?

— Альтернативным методом оценки питательного статуса у госпитализированных больных при проведении клинических исследований является шкала SGA (Subjective Global Assessment), рекомендованная Американским обществом парентерального и энтерального питания (ASPEN).

Данный метод впервые был внедрен в практику в 1987 г. В оцениваемые SGA параметры включены потеря пациентом массы тела, ограничение рациона питания, признаки диспептических расстройств, функциональная активность и ряд антропометрических и клинических показателей. По сравнению с NRS шкала SGA включает больше первично оцениваемых показателей. Это, например, пищевой рацион, диспепсия, функциональная активность, особенности течения основного заболевания, подкожный жир, мышечная масса, ортостатический отек, асцит и так далее.

С точки зрения многих экспертов, именно SGA детально оценивает большинство факторов, влияющих на метаболизм, а также параметров, отражающих изменения метаболических процессов. Несмотря на это, шкала не пользуется особой популярностью у специалистов. Для диагностики саркопении применяется шкала «Опросник SARC-F» (Sarcopenia Fast). К инструментальным методам диагностики саркопении относятся антропометрия, биоимпедансный анализ, двухэнергетическая адсорбциометрия, скелетно-мышечный индекс.

Необходимо включать НП в общий план лечения пациентов и проводить ее индивидуализированно, т.е. соответственно диагнозу, стадии заболевания, степени НН, пищевым предпочтениям пациента и ряду других факторов.

— Какую тактику НП в реабилитации онкологических пациентов советуют последние российские и международные клинические рекомендации?

— Нутритивная поддержка — это процесс субстратного обеспечения больных, не имеющих возможности адекватного естественного питания, всеми необходимыми для жизни веществами с помощью специальных методов и искусственно созданных питательных смесей различной направленности. Формы и методика НП зависят от анамнеза пациента, его аппетита, типа опухоли, этапа лечения, сопутствующих заболеваний и осложнений и др.

В качестве одного из ключевых методов реабилитации подобная поддержка позволяет достичь следующих целей:

- удовлетворить потребности организма в макро- (белки, жиры, углеводы), микро- (витамины, микроэлементы) и фармаконутриентах (в частности, антиоксиданты, глутамин, аргинин, омега-3 жирные кислоты);
- восстановить азотистый баланс;
- провести профилактику и лечение ассоциированной со ЗНО недостаточности питания;
- сократить частоту инфекционных, в том числе нозокомиальных, осложнений, а также послеоперационных, включая полиорганную недостаточность;
- улучшить переносимость химио- или лучевой терапии, чтобы провести ее в запланированном объеме;
- уменьшить длительность пребывания больного в ОРИТ и в целом в стационаре;
- снизить летальность, а также расход дорогостоящих лекарств и препаратов крови;
- повысить качество жизни.

Консультирование по питанию — первый шаг к коррекции НН у пациентов со ЗНО и функционирующим ЖКТ. В ходе таких бесед необходимо донести до пациента основные цели коррекции диеты, обоснованно мотивировать его на употребление достаточного количества нутриентов и повышенного количества белка. За рубежом сформулированы разные тактики ведения пациентов с НН в зависимости от прогноза его опухолевой болезни.

Согласно рекомендациям ESMO (2021), всем пациентам, получающим противоопухолевое лечение, с ожидаемой продолжительностью жизни более чем несколько месяцев показан регулярный скрининг питания и НП, включая при необходимости энтеральное или парентеральное питание. В то же время больным с ожидаемой выживаемостью менее нескольких месяцев рекомендуется снижение инвазивности диетических вмешательств с упором на лечебное и энтеральное питание. Пациентам с ожидаемой выживаемостью менее нескольких недель рекомендован уход, ориентированный на комфорт, включая профилактику жажды, исключение жалоб, связанных с приемом пищи.

— Можно ли как-то предсказать, насколько полезной в плане общей реабилитации окажется питательная поддержка?

— Согласно рекомендациям ESMO (2021), следует ожидать хороший результат НП, если:

- на фоне противоопухолевого лечения проявления системного воспаления минимальны или их нет вовсе либо они поддаются коррекции;
- потеря массы тела медленная или отсутствует;
- основное заболевание находится в стадии стабилизации или прогрессирует медленно;
- нарушения потребления пищи очевидны для пациента, и он понимает, что ему необходима помощь.

И результат может быть отрицательным, если нарушения приема пищи незначительные, за счет чего пациент не видит необходимости в НП. Либо больной паллиативный, то есть с ожидаемо короткой продолжительностью жизни, имеется синдром системного воспаления, не поддающийся терапии, скорость потери массы тела высокая, основное заболевание прогрессирует без перспектив системной терапии, у пациента отсутствует физическая активность и мотивация к продолжению жизни.

— Какие особенности содержатся в российских рекомендациях?

— Согласно отечественным рекомендациям, основными показаниями к НП пациентов на предоперационном этапе являются:

- потеря более 10 % массы тела за последние 6 месяцев;
- ИМТ менее 20 кг/м^2;
- гипопротеинемия менее 60 г/л или гипоальбуминемия менее 30 г/л.

Специально для введения НП во время системной и лучевой терапии рекомендации RUSSCO относят к основным показаниям:

- ИМТ менее 20 кг/м^2;
- потерю более 5 % массы тела за полгода;
- гипопротеинемию менее 60 г/л или гипоальбуминемию менее 30 г/л;
- отсутствие возможности адекватного питания через рот;
- энтеропатию средней и тяжелой степени.

Согласно рекомендациям ESPEN, ESMO, RUSSCO, необходимо считать потребности в энергии онкологических больных (если это не измерялось индивидуально) такими же, как у здоровых людей — от 25 до 30 ккал/кг, а обеспечение белком — от 1 до 2 г/кг в сутки. При этом необходимо обеспечение суточной потребности в витаминах и минералах. Использование высоких доз микронутриентов при отсутствии специфического дефицита не рекомендовано.

Выделяют 3 основные формы НП:

- дополнение обычного перорального питания специализированным лечебным сипинговым;
- энтеральное питание через назогастральный или назоинтестинальный зонд либо через стому (чрескожную, эндоскопическую, лапароскопическую, лапаротомную);
- парентеральное питание.

При хотя бы частичном сохранении функции ЖКТ предпочтение всегда отдается энтеральному питанию, по возможности пероральному. Оно является наиболее физиологичным, поскольку обеспечивает поступление нутриентов через пищеварительный тракт. Как правило, оно включает фиксированный

Окончание на с. 11

Первично-множественные опухоли — до конца не решенный вопрос.

Что мешает достичь прогресса в этой области?

В последнее десятилетие число диагностированных первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) выросло более чем вдвое — с 24, 8 тыс. до 58,2 тыс., что составляет около 10 % впервые выявленных случаев онкологических заболеваний.

Константин Сергеевич ТИТОВ

Об этой проблеме рассказывает доктор медицинских наук Константин Сергеевич Титов, ведущий научный сотрудник ГБУЗ «ММНКЦ им. С.П. Боткина», профессор кафедры онкологии и рентгенорадиологии им. академика В.П. Харченко Медицинского института РУДН, президент Национального альянса специалистов по опухолям наружных локализаций.

— Что мы называем ПМЗО?

— На протяжении последних ста лет предпринималось множество попыток сформулировать критерии первичной множественности при злокачественных новообразованиях (ЗНО). Наибольшую популярность получили критерии, предложенные С. Уорреном и О. Гейтсом (S. Warren и O. Gates) в далеком 1932 году. Они считали, что, во-первых, злокачественный потенциал каждого ЗНО среди различных ПМЗО необходимо подтвердить патогистологически. А во-вторых, что подобные опухоли должны располагаться независимо друг от друга в различных органах и системах или в пределах одного органа, но в разных морфологических вариантах. И что, в-третьих, должна быть исключена метастатическая связь между ними, то есть метастазы из выявленного или невыявленного первичного очага.

Сегодня установлены еще более конкретные критерии синхронности и метахронности ЗНО. Так, по мнению академиков РАН В.И. Чиссова и М.И. Давыдова, сформулированному ими в 2008 году в Национальном руководстве по онкологии, синхронными называют ПМЗО, выявленные с интервалом менее, а метахронными — более 6 месяцев. Последние преобладают в структуре ПМЗО как в России, так и в мире. Например, в 2021 году в нашей стране они составили 74 % выявленных случаев, а синхронные — 26 %.

— В последние годы интерес к ПМЗО стремительно растет. С чем это связано?

— Думаю, что причина в быстром и не совсем понятном, а потому тревожащем нас увеличении доли пациентов с ПМЗО относительно общего числа впервые выявленных случаев ЗНО. Так, в 2021 году в РФ было зарегистрировано 580 415 случаев впервые выявленных ЗНО, из них 58 217 — это ПМЗО, что соответствует 10 %. Причем за тот же период в 2011 году было диагностировано 522 410 новых случаев, среди которых ПМЗО составили только 4,7 %. Двукратный рост всего за 10 лет!

Тенденция неуклонного роста числа случаев ПМЗО является эволюционной. Так, на рубеже XVIII века в зарубежной и отечественной литературе сообщалось только о единичных случаях ПМЗО. Впервые метахронный рак обеих молочных желез и матки описал в 1793 году британский врач Джей Пирс (J. Pearse). В отечественной литературе о первом выявленном первично-множественном раке пищевода сообщил доктор А.А. Серебряков в 1849 году. В XX веке число случаев ПМЗО неуклонно увеличивалось. Данная тенденция продолжилась и в нынешнем столетии.

Этому способствует множество факторов, прежде всего хорошая диагностика и совершенствование методов противоопухолевого лечения. В рутинной онкологической практике повышается доступность таких методов диагностики, как компьютерная, магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография, а также других радиоизотопных исследований, совершенствуется и эндоскопическая диагностика. Благодаря прогрессу данных диагностических методов удается распознать опухоль маленького размера без метастазов, то есть на ранних стадиях, что значительно увеличивает шансы пациента на полное излечение и благоприятный прогноз. Повышение качества оказания медицинской помощи, развитие мини-инвазивной и органосохраняющей онкохирургии, современных радио- и лекарственной терапии сделали возможным излечение пациентов и при III–IV стадиях болезни, а также способствовали увеличению выживаемости и росту ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) таких больных, а следовательно, дожитию до возникновения второй злокачественной опухоли — повышению риска ПМЗО.

— Какую роль в развитии ПМЗО играют факторы окружающей среды и образ жизни пациента?

— Доказано влияние курения как значительного фактора риска (ФР) в развитии ЗНО многих локализаций. Среди них рак губы, полости рта, гортани, трахеи и легкого, а также мочевого пузыря, почки, пищевода, поджелудочной железы и др. В 2019 году академик Д.Г. Заридзе и доктор медицинских наук А.Ф. Мукерия проанализировали результаты 26 исследований, в которых определялись ФР возникновения второго ЗНО. Курение приводило к возникновению рака легкого как второго ЗНО в 6–24 раза чаще, чем у пациентов без этой вредной привычки. Похожие показатели были получены и для ЗНО других локализаций.

Значительный канцерогенный эффект оказывает злоупотребление алкоголем. Главные мишени — органы головы и шеи, верхний отдел желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и печень. Логично предположить влияние этих факторов и на развитие первично-множественных опухолей.

Сильным и независимым ФР также является ожирение, ответственное примерно за 17–20 % случаев разных онкологических заболеваний. При ожирении происходит стимуляция тканей инсулином, а также мужскими и женскими половыми гормонами. Избыточная жировая ткань синтезирует медиаторы воспаления и цитокины, которые приводят к хронической воспалительной реакции в организме, что способствует избыточной пролиферации клеток и их мутациям. А высокий уровень глюкозы при сахарном диабете (СД) 2-го типа на фоне ожирения служит хорошим источником энергии для злокачественных клеток в начале их развития и далее в процессе опухолевой прогрессии (роста и метастазирования).

Определенную роль в развитии ПМЗО играет инфицирование онкогенными штаммами вируса папилломы человека (ВПЧ). В ходе анализа данных Национального института онкологии США (National Cancer Institute, NCI) Э.А. Боуэ (E.A. Boaye) и соавт. изучили случаи злокачественных эпителиальных опухолей головы и шеи за 2000–2014 гг. Пациентов разделили на группы ЗНО, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией и не связанных с ней. Выяснилось, что вероятность развития ПМЗО у больных с обычными новообразованиями составляет 14 %, а с ВПЧ-ассоциированными — 9 %, что реже, но тоже достаточно много. Кроме того, оказалось, что чаще всего вторые ЗНО встречаются у пациентов с первичной опухолью гортаноглотки, тогда как при ее локализации в ротоглотке риск развития второго ЗНО значительно ниже. Наиболее часто вторые опухоли развиваются в органах головы и шеи (50–89 % случаев), легком (11–34 %), пищеводе (8 %), а прочие локализации встречаются в 4 % случаев. Метахронные процессы наблюдаются значительно чаще, чем синхронные, обладают менее агрессивным клиническим течением и лучшим прогнозом.

— В последние десятилетия выявлен ряд герминальных мутаций в отдельных генах, вызывающих повышенный риск развития наследственных ЗНО. Как эти генетические нарушения связаны со вторыми опухолями?

— Особенно часто герминальные мутации, передающиеся по наследству, встречаются в генах *BRCA 1* и *2*, выделенных в 1994 и 1995 годах соответственно и в норме отвечающих за репарацию двунитевых разрывов поврежденной по разным причинам ДНК. Накопление ошибок репарации влечет за собой нарушение клеточного цикла, процессов пролиферации клеток и апоптоза. Это ведет к генетической нестабильности — решающему событию в опухолевой трансформации клеток. Мутации в этих генах приводят к высокому риску развития ЗНО, а их выявление имеет значение не только для прогнозирования течения онкологического заболевания, но и для изменения тактики лечения.

> Нерешенную проблему представляют вторые злокачественные новообразования, выявленные, когда лечение по поводу первой опухоли все еще не закончено или когда пациент уже находится на паллиативной терапии в связи с первым диссеминированным опухолевым процессом

Частоте встречаемости рака, ассоциированного с *BRCA 1* и *2*, было посвящено исследование А.М. Строгановой, Н.И. Поспеховой с соавт. на базе НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина (2022). Были проанализированы результаты молекулярно-генетического тестирования методом ПЦР периферической крови 5043 пациентов. Из них 80,3 % женщин (4050) страдали раком молочной железы (РМЖ), 19,7 % оставшихся участниц и участников — раком яичников (РЯ), поджелудочной (РПДЖ) и предстательной желез (РПЖ), часть из которых были ПМЗО. Суммарная же частота выявляемости мутаций *BRCA 1* и *2* у 5043 онкологических больных составила 8 %. У женщин с РМЖ данный показатель равнялся 6,7 %, при двустороннем РМЖ — 13,5 %. У пациенток с РЯ мутации встречались в 17 % случаев, при РПДЖ — в 3,1 %. Ни одного эпизода мутаций не было выявлено в группе мужчин с РПЖ. И вот важная цифра: в группе ПМЗО частота герминальных мутаций составила 13,1 %. Это не критический, но достаточно высокий показатель заметной роли наследственных мутаций генов в возникновении вторых ЗНО.

Существует связь между ПМЗО и наследственными синдромами, в частности синдромом Линча, играющим важную роль в развитии колоректального рака (КРР). И не только его одного! Данный синдром также может быть причиной рака яичников, эндометрия, желудка и других органов. У пациентов с синдромом Линча выявляются мутации в генах системы репарации ДНК: *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2*, *PMS1*,— что ведет к микросателлитной нестабильности и накоплению генетических ошибок. Вероятность развития КРР при синдроме Линча достигает 75 %, причем в течение жизни может образоваться более одной злокачественной опухоли, в том числе синхронно. Частота встречаемости данного наследственного синдрома среди всех пациентов с КРР — 3 %, а при раке эндометрия — 1,8 %.

В целом же при синдроме Линча синхронные или метахронные опухоли отмечаются примерно в 30 % случаев: новообразования

Окончание на с. 10

Акинзео®

нетупитант/палоносетрон

ПЕРВАЯ и ЕДИНСТВЕННАЯ

ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ АНТИЭМЕТИКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТОШНОТЫ И РВОТЫ, ИНДУЦИРУЕМЫХ ХИМИОТЕРАПИЕЙ, ИМЕЮЩАЯ ДВОЙНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ В ОДНОЙ КАПСУЛЕ[2,6,7,*]

Комбинация палоносетрона – мощного антагониста 5-HT_3 рецепторов, и нетупитанта – высокоселективного длительно действующего антагониста NK_1 рецепторов[1,3,4]

Полный ответ** на применение **Акинзео®** наблюдался у ~90%*** пациентов, получающих ВЭХТ с цисплатином[5]

***Краткая инструкция по применению препарата Акинзео®**

Показания к применению: профилактика острой и отсроченной тошноты и рвоты у взрослых, вызванных проведением высокоэметогенной химиотерапии на основе цисплатина; профилактика острой и отсроченной тошноты и рвоты у взрослых, вызванных проведением умеренной химиотерапии. **Противопоказания:** гиперчувствительность к нетупитанту, палоносетрону или к любому из вспомогательных веществ; беременность и период грудного вскармливания.
Способ применения и дозы: для приема внутрь. Капсулу необходимо проглатывать целиком и не вскрывать, поскольку она содержит 4 отдельных фармацевтических компонента, которые следует принимать одновременно. Препарат можно принимать независимо от приема пищи. Одну капсулу принять примерно за 1 час до начала каждого цикла химиотерапии[1].

***Полный ответ: отсутствие рвоты и отсутствие потребности в применении резервной терапии (rescue medication)[5]*
****Полный ответ наблюдался у 89,6% пациентов в течение обеих фаз ТРХТ в острую фазу – у 98,5%; в отсроченную фазу – у 90,4%)[5]*

Международное мультицентровое, рандомизированное, параллельное, двойное-слепое, контролируемое клиническое исследование с участием 694 пациентов. Эффективность и безопасность перорального приема однократной дозы комбинации нетупитанта и палоносетрона сравнили с однократной пероральной дозой палоносетрона у онкологических больных, проходивших курс химиотерапии, включавший цисплатин. Эффективность препарата Акинзео оценивали у 135 пациентов, которые получали однократную пероральную дозу (нетупитант 300 мг + палоносетрон 0,5 мг), и у 136 пациентов, которые получали перорально только палоносетрон 0,5 мг. Первичной конечной точкой эффективности был полный ответ (ПО: отсутствие рвоты, отсутствие потребности в применении резервной терапии) в течение всех (0–120 ч) фаз в цикле 1[5].

Многонациональное двойное слепое рандомизированное исследование III фазы с участием 413 пациентов, проходивших курсы высоко- и умеренно-эметогенной химиотерапии. Эффективность и безопасность перорального приема однократной дозы комбинации нетупитанта и палоносетрона сравнили с 3-дневным режимом перорального приема Апрепитанта плюс Палоносетрон, в обеих группах добавлялся дексаметазон (309 пациентов в 1 группе и 104 во второй). Всего пациенты завершили 1961 цикл химиотерапии. Первичной конечной точкой эффективности был полный ответ (ПО: отсутствие рвоты, отсутствие потребности в применении резервной терапии) в течение всех (0–120 ч) фаз. Данные этого исследования являются экспериментальными.

Ознакомьтесь с полной информацией о лекарственном препарате Акинзео®, **используя QR-код.**

Список литературы:
1. Ознакомьтесь с полной информацией о лекарственном препарате Акинзео®, используя QR-код.
2. Aapro M. et al. Future Oncol. 2019;15(10):1067-1084
3. Aapro M. et al. Ann Oncol. 2014;25(7):1328-33
4. Price K.L. et al. ACS Chem Neurosci. 2016 Dec 21;7(12):1641-1646.
5. Hesketh P.J. et al. Ann Oncol. 2014 Jul;25(7):1340-1346.
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology; Version 2.0 2024 Available at: www.nccn.org
7. State Register of Medicines of the Russian Federation Available at: https://grls.rosminzdrav.ru/GRLS

Реклама

Распространяется по лицензии Хелсинн Хелскеа СА, Швейцария. Для специалистов здравоохранения. Отпускается по рецепту.
RU-AKY-02-2024-v2-print. Одобрено: 21.03.2025
ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини» 123317, Москва, Пресненская набережная д. 10, БЦ «Башня на Набережной», Блок Б. Тел.: (495)-785-01-00, доб. 158; факс: (495)-785-01-01

БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ

Первично-множественные опухоли — до конца не решенный вопрос.

Что мешает достичь прогресса в этой области?

Окончание, начало на с. 8

толстой кишки сочетаются со ЗНО яичников, матки, мочевого пузыря, почки, мочеточника, желудка, желчных путей и тонкого кишечника. То есть связь между синдромом Линча и вторыми опухолями значительно более выраженная, чем между ними и ЗНО, ассоциированным с ВПЧ или мутациями *BRCA 1*, *2*.

Нередко ПМЗО возникают и при двух других очень редких наследственных синдромах: синдроме Ли — Фраумени и болезни Гиппеля — Линдау. Первый ассоциирован с риском развития сарком, лейкозов, глиом, РМЖ, рака ЖКТ и других органов. Вторая (болезнь Гиппеля — Линдау) может стать причиной синхронного или метахронного развития таких опухолей, как гемангиобластомы сетчатки и ЦНС, рак почки, поджелудочной железы и нейроэндокринные опухоли.

— Насколько распространены ПМЗО за рубежом?

— Мы проанализировали их статистику по данным литературы. Частота встречаемости таких опухолей в мире колеблется от 2 до 18 %. Низкие показатели демонстрируют наши китайские коллеги. Наименьшая цифра (1,09 %) приводится в исследовании C. Zhai, Y. Cai с соавт. (2018), где из 15 321 пациента, пролеченного с марта 2006 г. по июнь 2016 г., первично-множественные опухоли имели только 167 человек. Интересно, что в данной работе метахронные ЗНО составили 42 %, а синхронные — 59 %, что расходится с общемировыми данными. На наш взгляд, это могло быть связано с неудовлетворительным наблюдением после лечения первой опухоли.

Наибольшую часть составляют пациенты с двумя локализациями. Случаи тройной локализации описывались в разных работах с частотой от 0,75 до 16 %. Крайне редко (не более 0,1 % случаев) сообщалось о пациентах с комбинациями четырех опухолей. Однако в одном из исследований доля таких больных составила 4 %. Частота метахронных опухолей варьировала от 71 % до 88 %, синхронных — от 12 до 29 %.

Международная классификация ЗНО выделяет 23 основные локализации опухолей без учета их гистологической структуры. Учитывая этот факт, можно сделать вывод о многообразии сочетаний ПМЗО между собой, что крайне затрудняет статистический анализ. Поэтому многие авторы берут за основу наиболее распространенные ЗНО и анализируют их сочетания в составе ПМЗО. При этом рак легкого (РЛ), РМЖ, колоректальный рак (КРР), РПЖ и РМЖ наиболее часто сочетаются с опухолью второй железы (при РМЖ), КРР, раком яичников (РЯ), легкого, щитовидной железы (РЩЖ) и тела матки.

В одном из сообщений возникновение рака второй молочной железы было на уровне 41 %. РЛ наиболее часто сочетается с такими опухолями, как РМЖ, КРР и рак мочеполовой системы. Интересные данные получены исследователями из Китая, проводившими анализ 1902 историй болезни пациентов с ПМЗО. Если в результатах анализа не учитывать ЗНО, специфические по гендерному признаку, то самыми частыми сочетаниями оказались следующие: рак толстой кишки и легких — 26 (1,36 %) случаев, рак прямой кишки и легких — 20 (1,05 %), рак желудка и легких — 17 (0,89 %), рак мочевого пузыря и легких — 17 (0,89 %) случаев. Как видно, РЛ присутствовал в каждом варианте, причем сочетался со ЗНО желудочно-кишечного тракта или мочеполовой системы. РПЖ наиболее часто ассоциировался с КРР, раком мочевого пузыря (РМП), а КРР в качестве первой опухоли — со второй опухолью в виде другого КРР, раком предстательной железы и желудка.

— Лечение ПМЗО — всегда очень сложное дело?

— Я бы не сказал, что всегда. Обычно лечение метахронных ПМЗО не вызывает дискуссий при условии, что при выявлении второго новообразования лечение первого уже окончено. Тогда последовательно лечится вторая или даже третья последующая опухоль согласно действующим клиническим рекомендациям (КР). При этом, конечно, необходимо учитывать ранее проведенный объем противоопухолевого лечения. Например, оценить суммарную дозу лучевой терапии (ЛТ) в ситуациях, когда вторая опухоль локализуется в той же анатомической области, что и первая, то есть рассчитать радиационный резерв тканей. При выборе схемы лекарственной терапии необходимо учитывать ранее применявшиеся препараты, время после окончания предыдущей системной терапии, предвидеть возможную кумулятивную токсичность лекарств.

Отдельную проблему представляют вторые ЗНО, выявленные, когда лечение по поводу первой опухоли еще не закончено или когда пациент находится на паллиативной терапии в связи с первым диссеминированным опухолевым процессом. В таких случаях будут применяться другие подходы и принципы лечения. При одновременном выявлении двух или более опухолей ситуация также вызывает трудности в терапии, и порой серьезные. Несмотря на все достижения последних десятилетий, проблема выбора лечения синхронных ЗНО остается нерешенной. До сих пор нет четких КР для этой категории пациентов. Не представлено крупных рандомизированных исследований, доказывающих преимущество определенных методов терапии. Каждый отдельный случай требует мультидисциплинарного подхода и мозгового штурма с проработкой индивидуальной тактики лечения, включая все доступные методы.

> Несмотря на все достижения последних десятилетий, проблема выбора терапии синхронных ЗНО все еще не решена: нет четких клинических рекомендаций для таких пациентов

Команда врачей должна ответить на два вопроса: какое из отдельно взятых ЗНО определяет прогноз пациента и какое из них требует первостепенного лечения? Как известно, прогноз заболевания и эффективность терапии зависят от многих факторов: стадии опухолевого процесса, патоморфологического варианта ЗНО, а также степени его дифференцировки и биологических особенностей, наличия и тяжести сопутствующих заболеваний (коморбидности). При синхронных опухолях зачастую трудно дать однозначный ответ относительно оптимальной тактики терапии.

Необходимо также определить, возможно ли радикальное лечение или оно будет носить паллиативный характер. Нужно решить, допустимо ли одновременное лечение обеих опухолей или следует предпочесть последовательный подход. К примеру, одновременным лечением может стать симультанная операция либо химио- или иммунотерапия, воздействующая сразу на оба ЗНО. При этом важно добиться минимальной токсичности и максимально снизить возможные риски осложнений выбранного лечения.

В ситуациях, когда не существует терапевтического режима, позволяющего контролировать обе опухоли, должно быть вынесено решение о его последовательном назначении. Как правило, начинают с терапии новообразования, находящегося на более запущенной стадии и биологически более агрессивного.

При локализованных синхронных опухолях (I–II стадия) основная роль будет отводиться радикальным хирургическим (как правило, мини-инвазивным и органосохраняющим) или, при невозможности выполнения оперативного вмешательства, лучевым функционально щадящим методам лечения. При местнораспространенных стадиях ЗНО применяется преимущественно комбинированное и комплексное лечение, при диссеминированном процессе — лекарственное в самостоятельном варианте или в комбинации с циторедуктивной хирургией и (или) лучевой терапией (ЛТ).

C. Zhai, Y. Cai с соавт. (2018) оценивали истории болезни 167 пациентов со следующим распределением стадий заболевания:

- **Первое ЗНО:** рак *in situ* — 0,6 %, I стадия — 22,7 %, II — 32,52 %, III — 29,45 %, IV — 14,72 %.
- **Второе ЗНО:** рак *in situ* — 0,63 %, I стадия — 32,5 %, II — 21,25 %, III — 25 %, IV — 20,62 %.

Авторы сообщают, что как минимум одна радикальная и условно-радикальная операция была проведена у 114 (68,26 %) пациентов. У ста из них была достигнута R0-резекция. Симультанную операцию выполнили 27 пациентам с синхронными опухолями (16,16 %). Только хирургический метод использовали у 55 больных при лечении первой и у 49 — второй опухоли.

Хирургия вместе с лекарственным лечением использовалась у 47 пациентов при первой опухоли и у 30 — при второй. Химиотерапия (ХТ) вместе с ЛТ применялась у 49 и 71 пациента соответственно. Таргетная терапия как единственный метод — у четырех и девяти больных. Симптоматическое лечение было назначено только четырем пациентам с первой опухолью и семи — со второй. Двух- и пятилетняя выживаемость составила 54,3 и 31,4 % соответственно.

В другой работе китайских авторов представлены результаты ретроспективного исследования 27 пациентов с ПМЗО, одним из которых был рак почки. Синхронный рак диагностирован у 10 пациентов, метахронный — у 17. По поводу рака почки прооперированы 25 пациентов, двое оставшихся получали симптоматическое лечение. Вторым ЗНО в десяти случаях оказались опухоли мочевыделительной и в девяти — пищеварительной системы, в шести — легкого, а также в двух случаях — РМЖ. Всех пациенты со ЗНО мочевыделительной системы были прооперированы. Хирургическое лечение также получили восемь из девяти больных с опухолями ЖКТ, а одному была назначена ХТ.

Методы лечения РЛ в данном исследовании распределились следующим образом: в двух случаях лечение было только хирургическим, в одном — только лекарственным и еще в двух — медикаментозное плюс криоабляция. Все опухоли молочной железы подверглись хирургическому лечению. Наблюдение за пациентами проводилось в течение 237 месяцев. За этот период умерли 13 из них, а выжили 14.

— Выполнялись ли подобные исследования в России?

— В МРНЦ им. А.Ф. Цыба (Обнинск) — филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России — были ретроспективно проанализированы истории болезней 1003 пациентов с первичным раком желудка (РЖ). Первично-множественный рак был зарегистрирован в 65 случаях (у 23 пациентов — синхронный, в 42 — метахронный). Рак желудка сочетался со ЗНО толстой кишки (14 случаев), мочеполовой системы (11), головы и шеи (7), кожи, легкого, женских половых органов (по 6 случаев).

Радикальное хирургическое вмешательство в связи с РЖ выполнено 94 % пациентов, паллиативное — 6 %. Симультанная операция при синхронных опухолях производилась пяти больным, комбинированное лечение применялось реже. По поводу второго образования в 38 % случаев использовался хирургический метод, 27 % — комбинированное лечение (сочетание хирургического вмешательства с ЛТ или ХТ), в 22 % — только ЛТ, в 10 % — сочетание ХТ и ЛТ, в 3 % — только ХТ в самостоятельном варианте. Трехлетняя выживаемость пациентов составила 60 %, а пятилетняя — 54 % . Опухоли мочеполовой системы оказались в фокусе внимания другой российской научной работы. Были проанализированы 253 истории болезни пациентов с первично-множественными опухолями и ЗНО мочеполовой системы. Наиболее часто эти ЗНО сочетались с опухолями ЖКТ (58 случаев), а также головы/шеи и кожи (тоже 58 случаев). Второе место (57 случаев) также заняли опухоли мочеполовой системы в сочетании со ЗНО другой локализации. В 37 и 35 случаях имелись сочетания с опухолями женской половой системы и органов грудной клетки соответственно. Синхронные опухоли были у 89 (35,2 %) пациентов, метахронные — у 159 (62,8 %), синхронно-метахронные либо метахронно-синхронные опухоли (а это, конечно, наиболее сложные случаи) наблюдались у 5 (2 %) больных. Хирургическое лечение применялось у 35,6 %, комбинированное — у 29,2 %, комплексное — у 6,1 % пациентов. У 10,5 % больных в качестве основного метода использовалась ЛТ. Симптоматическое лечение получили 7,5 % пациентов. Пятилетняя выживаемость в этой группе составила 32 %.

— Вы привели интересные данные о современных методах борьбы с ПМЗО, но, думаю, вы и сами ощущаете дефицит информации о выборе тактики лечения.

— Таких данных не хватает. Это связано с невысокой встречаемостью ПМЗО, многообразием сочетаний первичных локализаций и морфобиологических подтипов, что затрудняет формирование групп в рандомизированных исследованиях, достаточных по числу пациентов для создания КР по лечению ПМЗО.

Александр Рылов, *к.м.н.*

Краснодарский детектив: ну, посадите, а кто лечить будет?

Окончание, начало на с. 1

получается, как в том анекдоте про «положено и не положено». В результате у большинства пациентов присутствует стойкое ощущение, что если не подсуетиться, то чего-нибудь хорошего не достанется. Что умножается на недоверие к официальным органам и принцип «правду искать — себе дороже».

Ну, и еще пара аспектов общественной жизни. Редкий современный отечественный сериал обходится без сюжета, когда главный или не главный герой попадает в сложную жизненную ситуацию в связи с необходимостью собрать крупную сумму денег на операцию маме, папе, сыну, дочке и пр., так как это вопрос жизни и смерти. Сериалы смотрят много людей, и будущие пациенты в том числе. Критическое осмысление содержания: «Почему это операция по спасению жизни — платная?» — не подразумевается. Еще одно явление в нашем обществе, способствующее обсуждаемой ситуации,— сакрализация или героизация профессии врача (не путать с уважением!). Экономическая выгода на уровне страны очевидна. Можно спеть песню «Люди в белых халатах» один раз в год, наговорить кучу банальностей про призвание, подвиг и альтруизм. И далее, заплатив зарплату, как у курьера, сказать: «Старик, ну ты же клятву давал, а мы тебе песню спели!» С моей точки зрения, сакрализация любой профессии способствует неадекватной оценке труда специалиста с обеих сторон: одни думают, что можно меньше платить, другие работают за две копейки, видимо, ощущая себя в одном ряду с апостолами. Ну, например, давайте транспонируем ситуацию на строителей: «Вау! Они строят многоэтажные здания, которые не падают! Ну, чисто герои! Пусть героически больше работают за ту же зарплату!» Думаете, прокатит?

МНЕНИЕ ГЛАВРЕДА

Начатый в колонке редактора разговор о том, что общего между новостью об инновационных вакцинах и делом краснодарских врачей, профессор Н.В. Жуков продолжил следующим образом:

— К сожалению, труд медицинского работника — нечто эфемерное, его цена определяется обществом в «вольном порядке», а разницу между необходимым врачу для мотивации заработком и тем, что он реально получает, можно легко оправдать тем, что врачебный долг — спасать пациента в любом случае. Но, увы, это работает далеко не всегда, и некоторые врачи либо абсолютно незаконно «добирают» материальную мотивацию с пациентов (как герои сюжета) и вместо того, чтобы дальше спасать жизни за счет инновационного лечения, отправляются в тюрьму, либо уходят из государственной медицины в другие сферы деятельности. А оставшихся, довольных зарплатой и/или готовых работать за идею, увы, не хватает…

В случае же с материальным активом — таблеткой, вакциной, медицинской техникой, даже спасающей жизни, даже не имеющей альтернатив, все обстоит иначе. Если на разработку и производство нужно 500 тыс., а выделяют 300 тыс., процесс просто не начнется или не дойдет до финала. И никто не будет удивляться — почему? Так что, возможно, для решения проблемы нужно просто уравнять в правах разные компоненты спасающих жизни инноваций. Я не предлагаю ввести для компаний-разработчиков инновационных препаратов замену значительной части финансовой мотивации долгом спасения жизней пациентов, я за действительно мотивирующую оставаться в профессии оплату труда медработников! Хотя, конечно, все равно найдутся отдельные «товарищи», которым любой оплаты будет мало (как и нечестные разработчики, пытающиеся обмануть платящее им общество). Но, уверен, что их потерю медицинское сообщество и тем более общество легко переживет.

МЕРА ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Привлечь врача к уголовной ответственности за взяточничество могут по статьям 290 (получение взятки) или 291.2 (мелкое взяточничество) УК при соблюдении некоторых условий. **Первое:** медработник должен занимать административную должность в госучреждении здравоохранения (заведующий отделением, врач, который выдает пациентам листки временной нетрудоспособности, справки или рецепты). **Второе:** между получением вознаграждения от пациента и выполнением конкретной трудовой обязанности врача должна существовать связь. Например, если больной по своей собственной инициативе захотел отблагодарить доктора, который успешно провел операцию, взяткой это не будет. В этом случае врач выполнял свою основную трудовую функцию — оказание медицинской помощи. Он не занимал административную должность, а успех операции не зависел от того, передаст пациент ему деньги или нет. Если же врач получил вознаграждение за выдачу рецепта на бесплатные лекарства или потребовал деньги за операцию, на которую больной имел право в рамках ОМС, то такие действия уже можно квалифицировать как взятку. За ее получение по статье 290 УК медработнику грозит уголовная ответственность в зависимости от размера взятки: до 25 тыс. руб. (незначительный размер); более 25 тыс. руб. (значительный размер); более 150 тыс. руб. (крупный размер); более 1 млн руб. (особо крупный размер). Максимальное наказание за указанное преступление — штраф в размере от 3 млн до 5 млн руб. Суд может лишить врача права занимать соответствующие должности в течение 15 лет или посадить в тюрьму на срок от 8 до 15 лет со штрафом в размере семидесятикратной суммы взятки. В УК предусмотрена ответственность за мелкое взяточничество, то есть за получение не более 10 тыс. руб. Минимальный размер не установлен, поэтому даже 100 руб. могут посчитать взяткой. За такое преступление грозит менее суровое наказание: от штрафа в размере до 200 тыс. руб. до лишения свободы на срок до одного года.

Вадим Кириллов, *к.м.н.*

В России одобрено использование первых противоопухолевых вакцин

Окончание, начало на с. 1

Противоопухолевая мРНК-вакцина — это персонализированный препарат, который помогает иммунитету «увидеть» опухоль и начать бороться против нее. Принцип его действия основан на технологии персонализированной иммунотерапии, а процесс создания состоит из четырех этапов.

1. Анализ опухоли. У пациента берут образец ткани опухоли и проводят полногеномное секвенирование, выявляя мутации (неоантигены), уникальные для злокачественных клеток конкретной опухоли данного больного.

2. Создание противоопухолевого препарата. На основе этих данных искусственный интеллект подбирает 20–30 наиболее иммуногенных мутаций. Синтезируется индивидуальная мРНК-вакцина, кодирующая эти неоантигены.

3. Введение вакцины. Пациенту делают инъекции вакцины: обычно вводят 8–10 доз, в результате чего мРНК попадает в клетки опухоли, заставляя их производить метки злокачественного новообразования (ЗНО) — неоантигены. В результате иммунная система учится распознавать и уничтожать такие клетки.

4. Комбинация с иммунотерапией. Вакцину часто сочетают с ингибиторами PD-1 (пембролизумабом и ниволумабом), чтобы усилить ответ.

Директор НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, академик Александр Леонидович Гинцбург сообщил, что для проведения лечения разработанной в России персонифицированной мРНК-вакциной отобраны 30 пациентов, пояснив, что «технология мРНК позволяет доставлять как персонифицированные антигены, так и различные молекулы, стимулирующие иммунитет пациента и повышающие ответ на применяемую терапию».

Вторым из одобренных Минздравом препаратов стал Онкопепт, персонализированная пептидная вакцина, разработанная для лечения пациентов с метастатическим колоректальным раком. Ее производитель — ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины имени академика Ю.М. Лопухина Федерального медико-биологического агентства России».

Ирина Ковалева

Роль нутритивной поддержки в реабилитации онкологических пациентов

Окончание, начало на с. 6

суточный рацион (завтрак, обед и ужин) с дополнительным питанием готовыми смесями (сбалансированными по белкам, жирам, углеводам, витаминам и микроэлементам) в промежутках между основными приемами пищи. Подобные продукты специализированного лечебного питания позволяют восполнять потребности в энергии, белке и других нутриентах, улучшая качество жизни и результаты лечения. Употребляют их методом сипинга (маленькими глотками). При выборе сипинга предпочтение отдается высокоэнергетическим высокобелковым смесям, которые в небольшом объеме обеспечивают достаточное поступление белка и энергии. Такие смеси могут быть дополнены омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами рыбьего жира, бета-гидрокси-бета-метил-бутиратом, незаменимыми аминокислотами. Важно отметить, что потребность в белке у онкологических пациентов в 2 раза выше по сравнению с таковой у здоровых людей. Если перорального потребления пищи недостаточно, рекомендуется зондовое энтеральное питание. Если предполагаемая длительность такого питания составляет меньше 30 дней, стоит рассмотреть вопрос об установке назогастрального или назоинтестинального зонда, если больше 30 дней — наложение гастро- или еюностомы. Если нутритивные потребности пациента не удовлетворяются, используется парентеральное питание. Правда, оно противопоказано при механической кишечной непроходимости, выраженных тошноте и рвоте, не купируемых антиэметической терапией, гипоксии, дыхательном и метаболическом ацидозе. Парентеральное питание назначается в случаях, когда пероральное или зондовое питание не обеспечивает потребности организма в энергии и нутриентах.

Показания к парентеральному питанию:

- нет доступа через ЖКТ (перфорация, кишечная обструкция, хилоторакс);
- невозможность доступа к ЖКТ (наличие кожно-кишечных свищей с высокой пропускной способностью, для которых нет зонда, способного обеспечить дистальное положение места введения);
- паралитическая кишечная непроходимость и др.

Для достижения оптимальных результатов обязательно сочетание НП с повышением уровня физической активности.

Александр Рылов, *к.м.н.*

Онкология Сегодня
№ 3 (63) 2025

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Генеральный директор: Баходур Шарифович Камолов

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Жуков Николай Владимирович
Шеф-редактор: Камолов Б. Ш.

Руководитель проекта: Строковская О. А.
Выпускающий редактор: Ковалева И.В.
Корректор: Бурд И. Г.
Дизайн и верстка: Степанова Е. В.
Директор по рекламе: Петренко К. Ю. petrenko@abvpress.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ
115478, Москва, Каширское шоссе, 24, стр. 15.
Тел.: +7 (499) 929-96-19. E-mail: abv@abvpress.ru
abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
Типография ООО «Юнион Принт»
Нижний Новгород, Окский съезд, 2К1
Тираж 5000 экз. Заказ № 253045

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций, связи и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-52892 от 20.02.2013.
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.

Арфлейда®

Р-ФАРМ

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОДОЛЖИТЬ ПУТЬ

PROMO-240824001

На правах рекламы

Перед применением следует ознакомиться с подробной инструкцией по медицинскому применению препарата Арфлейда®, отсканировав QR-код. Данный материал подготовлен исключительно для специалистов здравоохранения и предназначен для размещения в специализированных печатных изданиях, а также для использования на специализированных мероприятиях, проводимых для медицинских работников. **Рег.№: ЛП-008840 от 13.02.24.** За любой информацией о препарате Арфлейда®, а также в случаях возникновения нежелательных явлений следует обращаться к держателю регистрационного удостоверения: АО «Р-Фарм». Адрес: РФ, 123154, г. Москва, ул. Берзарина, д.19. корпус 1. Тел. +7 (495) 956-79-37; факс +7 (495) 956 79 38; адрес электронной почты: info@rpharm.ru.

Реклама