



**БУЗ ВО «Воронежский областной научно-клинический
онкологический центр»**

Отделение паллиативной медицинской помощи

**Клинический случай оказания
специализированной
паллиативной медицинской помощи
в БУЗ ВО «ВОНКОЦ»**

Главный врач, к.м.н, врач высшей категории Мошуров Руслан Иванович

Лечащий врач, докладчик: Головенко Мария Александровна – врач-онколог

Заведующий отделением: Кузнецов Евгений Александрович – зав. отделением паллиативной медицинской помощи, врач-онколог.

Воронеж, 2026



Паллиативная медицинская помощь

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

Паллиативная медицинская помощь подразделяется на:

паллиативную первичную медицинскую помощь, в том числе доврачебную и врачебную;

паллиативную специализированную медицинскую помощь.



Паллиативная медицинская помощь

Основные медицинские показания к оказанию паллиативной специализированной медицинской помощи взрослым в отделении паллиативной медицинской помощи:

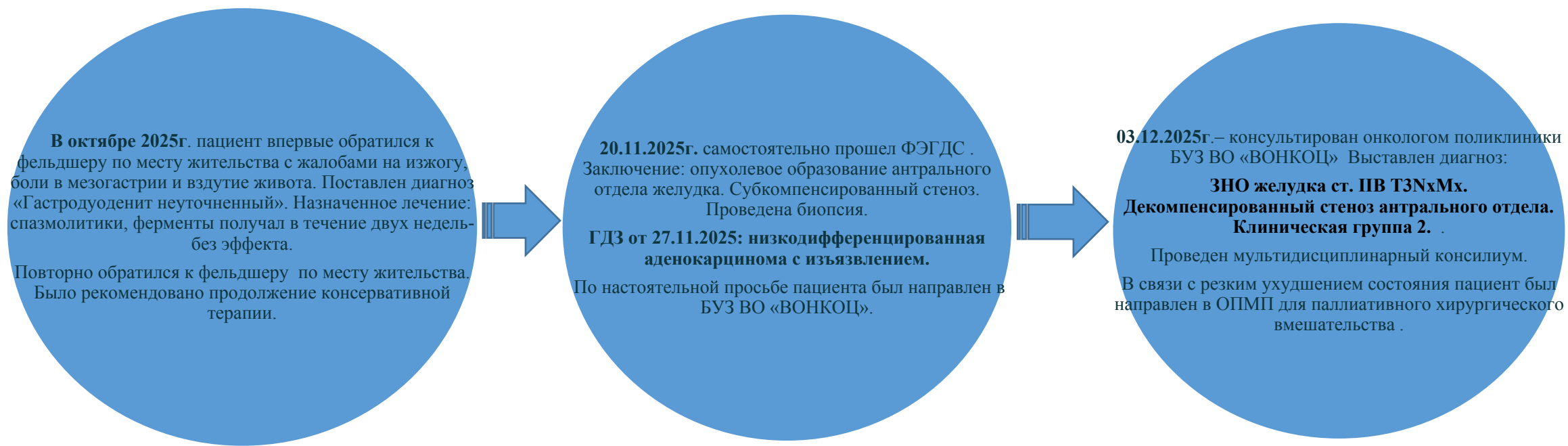
выраженный болевой синдром, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому, или в стационарных организациях социального обслуживания;

тяжелые проявления заболеваний, требующие симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях;

необходимость проведения медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

необходимость подбора схемы терапии для продолжения лечения на дому;

Клинический случай. Пациент В., 69 лет



Состояние пациента
ECOG 0-1



Состояние пациента
ECOG 2

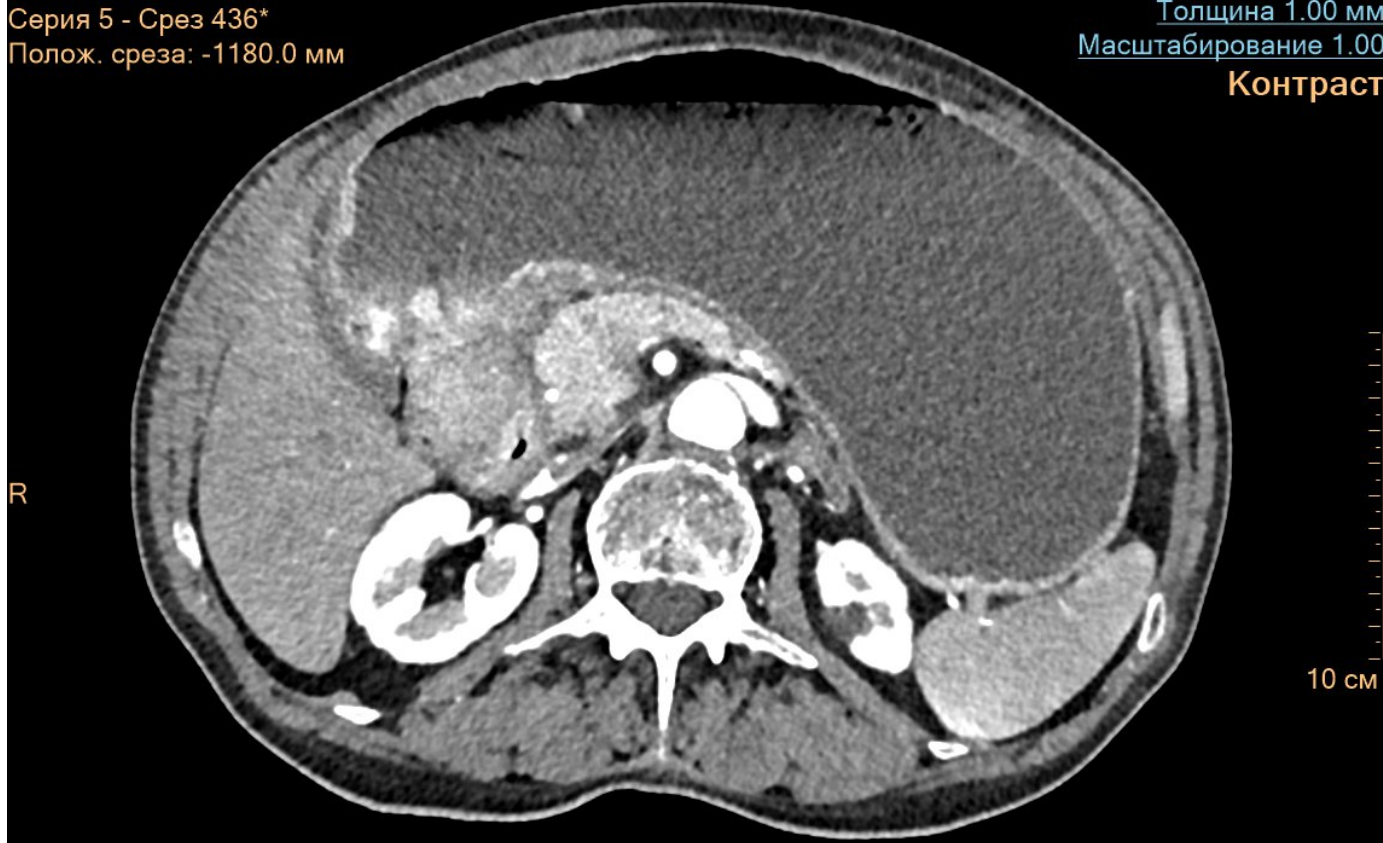


Состояние пациента
ECOG 3

Клинический случай. Пациент В., 69 лет

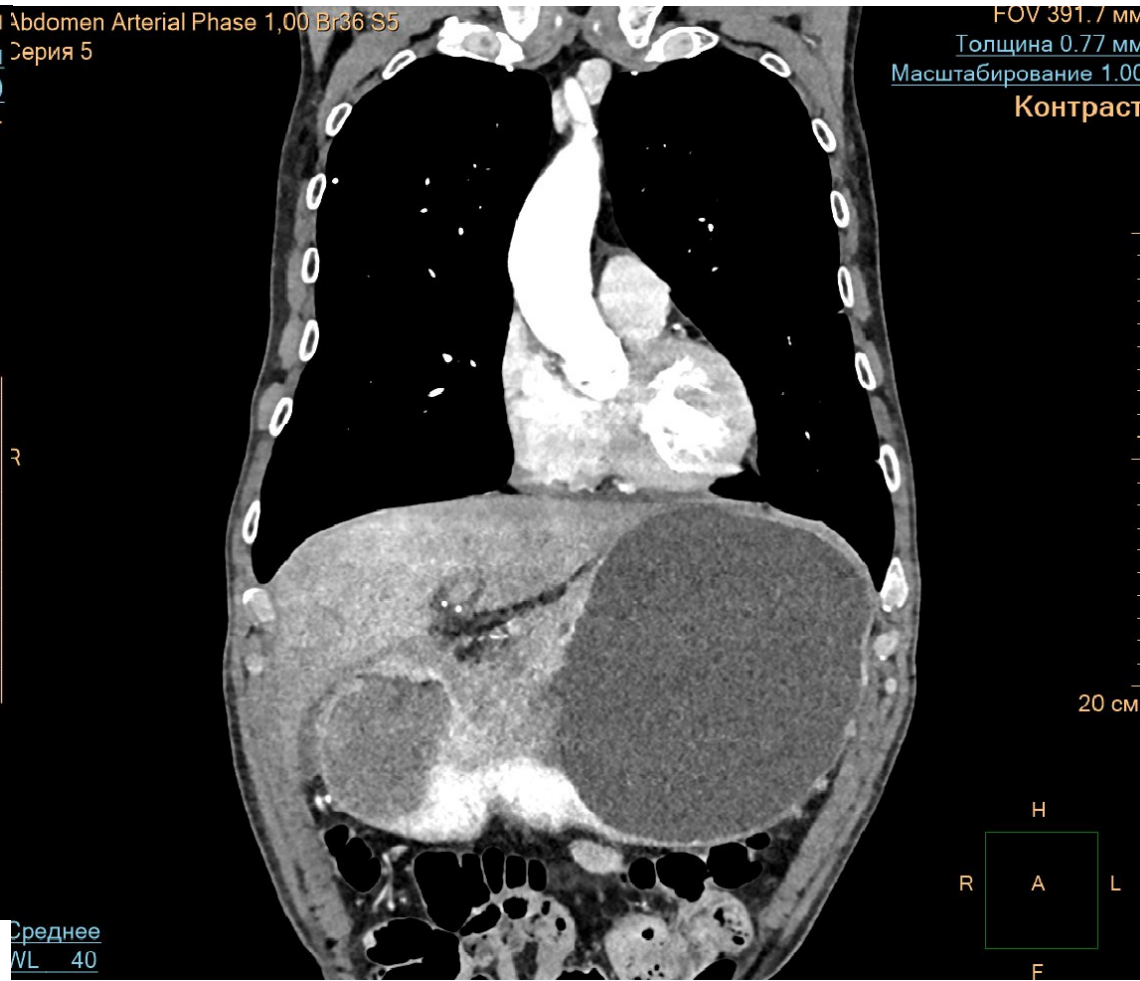
- **При поступлении 04.12.2025г.** пациент предъявлял жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, тошноту и многократную рвоту после каждого приема пищи до 6 раз в сутки, тяжесть и вздутие живота после приема пищи, изжогу.
Общее состояние средней тяжести. ECOG 3. Ориентирован правильно. Кожные покровы сухие. Живот мягкий, слабо болезненный при пальпации в эпигастрии и мезогастррии. Задержка стула около недели.
- **Общий анализ крови от 05.11.2025г.:** Hb - 113 г/л, эритроциты - $3,5 \cdot 10^6$ /мкл, тромбоциты - $278 \cdot 10^3$ /мкл, лейкоциты - $5,2 \cdot 10^3$ /мкл;
- **Биохимический анализ крови от 05.11.2025г.:** общий белок – 67 г/л, глюкоза – 6,0 ммоль/л, амилаза – 57 Е/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, креатинин – 65 мкмоль/л, АСТ – 23 Е/л, АЛТ – 16 Е/л; общий билирубин – 7,4 мкмоль/л.
- **ФЭГДС от 20.11.2025г. Заключение:** :в антральном отделе на малой кривизне с переходом на заднюю стенку бугристое регидное образование с неровными краями. Привратник сужен за счет сдавления указанным выше процессом. Аппаратом войти в просвет ЛДПК не удалось.
- **КТ ОБП с в\в контрастированием от 03.12.2025г. Заключение:** Желудок туго наполнен, перерастян. В антральном отделе с переходом на проксимальную часть ДПК циркулярное утолщение стенок до 24мм с выраженным стенозом ДПК. Измененные опухолью отделы желудка тесно прилежат к печени. Парагастральная и парадуоденальная клетчатка уплотнена.

Abdomen Arterial Phase 1,00 Br36 S5
Серия 5 - Срез 436*
Полож. среза: -1180.0 мм



FOV 391.7 мм
Толщина 1.00 мм
Масштабирование 1.00
Контраст

Abdomen Arterial Phase 1,00 Br36 S5
Серия 5



FOV 391.7 мм
Толщина 0.77 мм
Масштабирование 1.00
Контраст

Среднее
WL 40



Клинический случай. Пациент В., 69 лет

05.12.2025г. пациент был проконсультирован врачом-хирургом ОТАО. Рекомендовано паллиативное хирургическое вмешательство в объеме наложения обходного гастроэнтероанастомоза, установка назогастрального зонда и продолжение нутритивной поддержки и дезинтоксикационной терапии.

05.12.2025г. Пациенту установлен назогастральный зонд. **Проведено дообследование** в объеме ОАМ, коагулограмма, ЭКГ, определение группы крови с фенотипированием.

08.12.2025г. Проведено дообследование: УЗИ сердца и сосудов нижних конечностей. Заключение: УЗ-признаков венозного тромбоза не выявлено. Нарушения общей и локальной сократительной ф-ии ЛЖ не выявлено, ФВ удовлетворительная 62% по Симпсон. Диастолическая ф-я ЛЖ нарушена по 1 типу.

Консультация терапевта. Диагноз: ИБС кардиосклероз атеросклеротический. Гипертоническая болезнь 3 стадии риск ССО4. Хронический бронхит курильщика, ремиссия. **Абсолютных противопоказаний для оперативного вмешательства не выявлено.**

09.12.2025г. проведено оперативное вмешательство в объеме наложения обходного гастроэнтероанастомоза. Кровопотеря 50мл. Из желудка удалено около 3 литров содержимого.

В раннем послеоперационном периоде пациент находился под наблюдением в ОАРИТ.

10.12.2025г. переведен в отделение ПМП.



Клинический случай. Пациент В., 69 лет

Интраоперационно установлен диагноз: ЗНО желудка St.ШС T4aN2M0. Декомпенсированный стеноз антрального отдела. Состояние после наложения гастроэнтероанастомоза 09.12.2025. Клиническая группа 2

11.12.2025г. Удален дренаж из брюшной полости. **12.12.2025 г.** удален назогастральный зонд. Послеоперационный период протекал удовлетворительно, без осложнений. В послеоперационном периоде пациент получал дезинтоксикационную терапию, адекватное обезболивание, нутритивную поддержку, антибиотикотерапию, антикоагулянтные препараты. Осуществлялась ежедневная обработка послеоперационного шва.

19.12.2025г. проведен мультидисциплинарный онкоконсилиум. В связи с общим состоянием пациента ECOG-3 рекомендовано адекватное обезболивание и продолжение симптоматической терапии по месту жительства с последующей явкой в БУЗ ВО «ВОНКОЦ» при улучшении состояния.

22.12.2025г. пациент выписан из отделения в состоянии средней тяжести. Тошнота и рвота купированы, пациент питается самостоятельно, передвигается и способен к ограниченному самообслуживанию. Рекомендовано: адекватное обезболивание по месту жительства(препараты для купирования умеренной боли), гемостимулирующая и гепатотропная терапия, нутритивная поддержка. Информация о пациенте передана онкологу, выездной патронажной службе по месту жительства.



Выводы:

- Данный клинический пример наглядно демонстрирует, что в настоящее время отделение паллиативной медицинской помощи БУЗ ВО «ВОНКОЦ» обладает полным спектром возможностей (высокотехнологичные методы обследования, паллиативные хирургические вмешательства, рентгеноваскулярные методы лечения) для оказания профильным пациентам специализированной паллиативной медицинской помощи.
- Благодаря тесному и слаженному взаимодействию паллиативного отделения с отделением функциональной диагностики, а также торакоабдоминальным отделением и отделением реанимации и анестезиологии пациент получил помощь в объеме наложения гастроэнтероанастомоза, что позволило сохранить жизнь и улучшить её качество.
- **В ходе разбора случая выявлены следующие дефекты оказания медицинской помощи:**
 - ✓ Отсутствие обследования пациента согласно клиническим рекомендациям по диагнозу «Гастродуоденит» в поликлинике по месту жительства
 - ✓ Отсутствие необходимых лабораторных и инструментальных исследований для направления в БУЗ ВО «ВОНКОЦ».



Благодарю за внимание!

