

# БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

## ОНКОЛОГИЯ



### ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

#### Игорь Владимирович Решетов

Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор Института кластерной онкологии им. профессора Л.Л. Левшина ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, заведующий кафедрой онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского.

Читайте на стр. 3

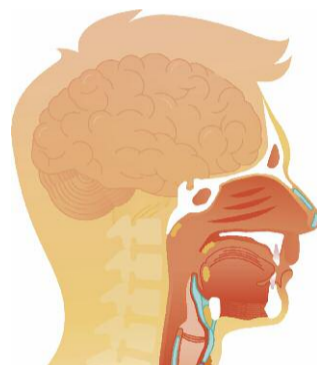
№6 2023

## Главная тема номера: ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

### ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: РАЗБИРАЕМСЯ В ТЕРМИНОЛОГИИ

Опухоли головы и шеи – это термин, используемый для описания ряда различных злокачественных новообразований, которые развиваются в области горла, гортани, носа, его придаточных пазух, рта и слюнных желез – органах, находящихся в голове и/или шее человека.

Читайте далее на стр. 4



### ПРОГНОЗ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

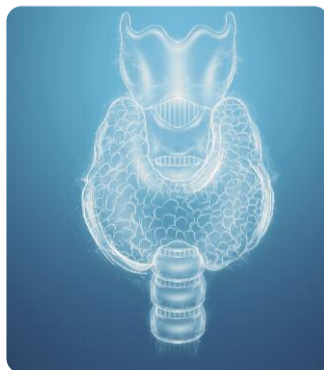
Показатели выживаемости при раке показывают процент людей, которые выживают при определенном типе рака в течение определенного периода времени. В онкологической статистике часто используется общая 5-летняя выживаемость – это своеобразный рубеж, принятый специалистами-онкологами, когда считается, что рак побежден, если за это время не произошло рецидивов и опухоль вновь не проявлялась. В такой ситуации считается, что прогноз «благоприятный». Показатели выживаемости обычно указываются в процентах или долях относительно числа заболевших.

Читайте далее на стр. 5

### РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак щитовидной железы – это заболевание, при котором злокачественные (раковые) клетки образуются в ткани щитовидной железы. Рак щитовидной железы может никак не проявляться и не давать ранних признаков или симптомов. Иногда опухоль обнаруживают во время обычного медицинского осмотра. Признаки или симптомы могут возникать по мере того, как опухоль увеличивается в размерах. Причем другие патологические состояния также могут вызывать аналогичные признаки или симптомы.

Читайте далее на стр. 8



#### ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА  
ОТМЕЧАЕТ 125-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ ОТКРЫТИЕМ  
ПАМЯТНИКА ВЕЛИКОМУ ХИРУРГУ >>> 2

XV ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД  
ОНКОПСИХОЛОГОВ ОБЪЕДИНИЛ БОЛЕЕ  
300 СПЕЦИАЛИСТОВ, ПОМОГАЮЩИХ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ  
И ИХ БЛИЗКИМ >>> 2

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫМ  
ПРЕДСТОИТ ХИМИОТЕРАПИЯ >>> 10

РАВНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ: БЕСПЛАТНАЯ  
ПОМОЩЬ ЛЮДЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ БЛИЗКИМ >>> 10

ПРОФИЛЬНЫЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ  
МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ РОССИИ >>> 11

РАЗГОВОР О СЧАСТЬЕ >>> 12

МАЙКЛ ДУГЛАС >>> 13

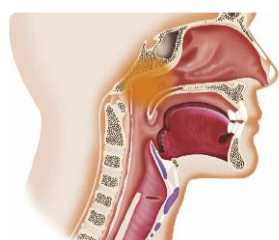
ГЛИОБЛАСТОМА: ТОЛЬКО САМОЕ ВАЖНОЕ >>> 14

ИСТОРИЯ МАРИНЫ, ОПУХОЛЬ МОЗГА,  
В РЕМИССИИ С 2014 ГОДА >>> 15

ФЕДЕРАЦИЯ ШАХМАТ РОССИИ И АССОЦИАЦИЯ  
ОНКОЛОГОВ РОССИИ РАЗВИВАЮТ  
СОТРУДНИЧЕСТВО >>> 15

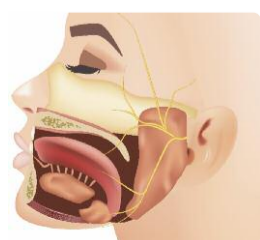
ОРГАНИЗАЦИЯ ДОКУМЕНТОВ  
ДЛЯ ОНКОПАЦИЕНТОВ: ЧТО, КАК И КОГДА  
ХРАНИТЬ >>> 16

#### ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



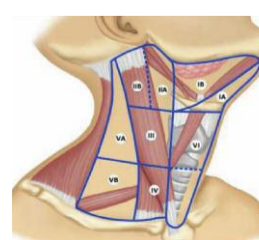
ПОГОВОРИМ  
ПРО РАК  
НОСОГЛОТКИ

>>> 6



ЧТО ТАКОЕ РАК  
ПОЛОСТИ РТА?

>>> 7



О МЕТАСТАЗАХ В ШЕЙНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ  
УЗЛЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ  
ПРИ НЕУСТАНОВЛЕННОМ ПЕРВИЧНОМ ОЧАГЕ

>>> 9

## Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. ГЕРЦЕНА отмечает 125-летний юбилей открытием памятника великому хирургу



Источник фото: <https://new.nmicr.ru/>

20 декабря 2023 года – особенное для всей российской медицины событие. В 2023 году 125 лет исполнилось Московскому научно-исследовательскому онкологическому институту им. П.А. Герцена, старейшему онкологическому центру в Европе. Институт отмечает эту дату открытием памятника выдающемуся хирургу, основателю оте-

чественной онкологической школы, блестящему ученому и педагогу Петру Александровичу Герцену.

Монумент открыли заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Евгений Камкин и директор МНИОИ им. П.А. Герцена, президент АОР Андрей Каприн.

Эта скульптурная композиция стала первой в Москве, посвященной П.А. Герцену. Также в торжественной церемонии приняли участие заместитель председателя Совета Федерации Инна Святенко, руководитель ФМБА Вероника Скворцова, председатель Комитета по охране здоровья Государственной Думы Бадма Башанкаев и заслуженный художник Российской Федерации Константин Чернявский – автор скульптурной композиции.

Президент Российской Федерации Владимир Путин поздравил коллектив института. «Это большая, значимая дата для всего отечественного здравоохранения», – отмечается в адресе. У истоков создания института стояли ученые, общественные деятели, предприниматели и меценаты, которые понимали важность становления и развития медицинской науки в стране. Эти люди своим самоотверженным трудом заложили традиции честного и беззаветного служения своему призванию, людям и Отечеству, подчеркивается в послании Владимира Путина. Также поздравительные адреса направили Председатель правительства Российской Федерации Михаил Мишустин, Председатель Совета Федерации Российской Федерации Валентина Матвиенко, Председатель Государственной Думы Вячеслав Володин.

«Под руководством Петра Александровича Герцена была воспитана целая плеяда замечательных хирургов, онкологов, исследователей. Этот монумент – дань уважения учителю и знак нашей гордости за сопричастность к блестящему созвездию отечественных врачей с мировой славой», – отметил Андрей Каприн.

Чествовали в этот день ветеранов МНИОИ им. П.А. Герцена, которых сегодня насчитывается более 30 человек. Академик Георгий Франк, профессор Валерий Старинский, Анатолий Мамонтов, Анна Бойко, Елена Новикова, Надежда Волченко и многие другие проработали в институте более 40, а кто-то – более 60 лет, отдав жизнь науке и искусству врачевания людей.

Настоящим сюрпризом стало приветствие от экипажа космонавтов Международной космической станции, которые сейчас находятся на орбите. Специальным грузом юбилейная эмблема МНИОИ им. П.А. Герцена была отправлена на орбиту, а затем вернулась обратно с автографами команды. Передал эмблему космонавт-испытатель отряда космонавтов Роскосмоса Андрей Федяев. ( ( (

Источник: Ассоциация Онкологов России (АОР)

## XV Всероссийский съезд онкопсихологов объединил более 300 специалистов, помогающих онкологическим пациентам и их близким

С 9 по 11 ноября в Москве проходил юбилейный XV Всероссийский съезд онкопсихологов – трехдневная дискуссионная площадка для специалистов помогающих профессий, работающих с онкопациентами. Мероприятие объединило 315 медицинских психологов, врачей-онкологов, специалистов по медицинской реабилитации, представителей научного сообщества, некоммерческих организаций и фондов из 38 городов России. Традиционно организатором съезда выступили Ассоциация онкопсихологов и Служба «Ясное утро». На XV Всероссийском съезде онкопсихологов выступили 49 спикеров, в программу были включены доклады, дискуссии, мастер-классы и супервизии.

Выступления докладчиков были разбиты по секциям:

- Научная работа и исследования в области онкопсихологии.
- Работа онкопсихолога и клинического психолога в медицинских учреждениях.
- Профессиональное выгорание. Профилактика, диагностика, преодоление.
- Опыт НКО в организации помощи онкологическим пациентам и их близким.
- Детская онкопсихология. Системный подход к сопровождению семьи на разных этапах заболевания.

Директор Службы «Ясное утро» Ольга Гольдман открыла юбилейный XV съезд и в своем выступлении поделилась достиже-

ниями Службы за прошедший год, а также планами и перспективами дальнейшего развития.

«Наша Служба работает более 15 лет. Мы видим свою миссию быть якорем для онкологических пациентов и их близких и содействовать улучшению их положения, предоставляя психологическую, юридическую и информационную помощь на горячей линии.

В прошлом году консультанты «Ясного утра» обработали 31 824 обращения на горячей линии и провели 2133 очные консультации в Москве: 34% обращений пришлось на Москву и Московскую область, 66% поступило из российских регионов, 48% обращений на линию было адресовано психологу, а кризисными из них оказались 16%. За 10 месяцев 2023 г. наши консультанты уже обработали 27 069 обращений на горячую линию.

Благодаря слаженной работе наших психологов, волонтеров, юристов, координаторов, всех, кто помогает Службе работать, мы продолжаем служить опорой для наших пациентов, их близких, а наши сервисы продолжают быть доступны для них в любое время дня и ночи».

С приветственным словом к участникам съезда обратился главный внештатный онколог Минздрава России, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор А.Д. Каприн.



Участников съезда приветствовала заместитель председателя Комитета общественных связей и молодежной политики г. Москвы М.А. Головченко.

Значительная часть программы была посвящена междисциплинарному подходу в онкопсихологии. Участники знакомились с представленными разработками в сфере психологического сопровождения пациентов с онкологическими заболеваниями, особенностями работы с детьми, находящимися на различных этапах лечения онкологического заболевания, и их семьями. Были затронуты вопросы психологической поддержки пациентов, находящихся

на паллиативном сопровождении. О своем опыте рассказали спикеры из Москвы, Санкт-Петербурга, Томска, Челябинска, Барнаула и Саратова.

Благодарим ГБУ «Московский дом общественных организаций» за поддержку и помощь в организации съезда. ( ( (

Материал подготовлен Службой помощи онкобольным «Ясное утро»: 8 (800) 100-01-91 [ясноеутро.рф](http://ясноеутро.рф)



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

# Игорь Владимирович Решетов: «Задача любого хирурга-онколога – улучшение качества жизни пациента»

**ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ РЕШЕТОВ**, директор Института кластерной онкологии им. профессора Л.Л. Левшина ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), заведующий кафедрой онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор.



– Игорь Владимирович, от каких специалистов чаще всего приходят к онкологу пациенты с подозрением на опухоли головы и шеи?

– Все зависит от локализации опухоли. Так, при поражениях полости рта первично пациент попадает на прием к стоматологу, при раке щитовидной железы – направляется терапевтом и эндокринологом, ну и меланомы, и рак кожи выявляются чаще всего дерматологом или терапевтом, врачом общей практики.

– Наши читатели присылают свои вопросы. Вот один из них: «Сколько по времени может занять лечение, на какой срок «настраиваться», если предстоит операция и лучевая терапия? Опухоль под языком (рак слизистой)».

– Злокачественные новообразования полости рта (ЗНО) и ротоглотки – вторая по частоте встречаемости локализация рака головы и шеи. Длительность терапии и прогноз при раке слизистой оболочки полости рта зависят от многих факторов: размер, степень дифференцировки и локализация первичной опухоли, наличие метастазов, вовлечение в процесс нижней челюсти, особенности пациента (пол, возраст, состояние здоровья). Основным методом лечения ЗНО данной локализации остается хирургический. Лучевая терапия применяется в зависимости от стадии процесса до и/или после операции. В целом процесс лечения занимает до 1 года, много зависит от объема пораженных тканей, потребности в протезировании и реабилитации. После удаления опухоли и длительности восстановительного периода определяется, какая реконструкция потребует и в какие сроки произойдет восстановление функций.

– «Мужу планируют постановку протеза челюсти после операции по удалению опухоли. Мы хотим сделать все наилучшим образом. Какие протезы бывают?»

– Костная пластика дефектов челюсти проводится с помощью аутогенных (пересадка имплантата из собственных тканей), аллогенных (донорский имплантат), ксеногенных (имплантат животного происхождения), синтетических и комбинированных костных материалов. Среди материалов для костной пластики подобных дефектов на первый план выступают аутокость, аллогенные и синтетические материалы, в том числе с использованием 3D-технологий. Однако каждому трансплантату присущи определенные недостатки и идеального на сегодняшний день не существует. Выбор осуществляется исходя из конкретной клинической ситуации лечащим врачом.

– Вопрос про реабилитацию. «Бытует мнение, что в онкологической службе при операциях на лице только восстановят функцию (речь, прием пищи), а за эстетикой нужно идти к пластическому хирургу. Так ли это?»

– Задача любого хирурга-онколога – улучшение качества жизни пациента. В нашей службе работают специалисты с уникальным опытом и навыками в реконструктивно-пластических вмешательствах, поэтому во время хирургического лечения и на втором этапе реконструкции обязательно учитывается эстетическая составляющая. Для полной реабилитации действительно могут потребоваться повторные реконструктивные вмешательства, которые также относятся к службе онкологической помо-

щи и выполняются нашими хирургами.

– «Как качественно восстановить речь после лечения? Какие хирургические методы для восстановления речевого аппарата существуют?»

– В первую очередь, необходимо уточнить причину нарушений речи. Если речь идет, скажем, о восстановлении голосовой функции у больных раком гортани, то изначально фактором успеха будет проведение органосохраняющих и функционально-щадящих операций. А на следующем этапе проводится реабилитация с использованием методик лечебной физкультуры, артикуляционной гимнастики, формирования нового механизма голосообразования. Если нарушение голоса развивается у пациентов после трахеостомии, существуют варианты восстановления способности говорить, даже если у пациента были удалены голосовые связки и трахея. Для этого разработаны специальные голосообразующие аппараты. Но наиболее надежным методом голосовой реабилитации является формирование так называемого пищевого голоса. Овладеть им могут практически все пациенты после полного удаления гортани. Такой способ голосовой реабилитации длительный, требует совместной работы пациента с логопедом и занимает в среднем до полугода.

– «Прочитал, что после лучевой и химиотерапии как осложнение разрушается кость челюсти. Как восстанавливают ткани в таком случае? Сколько по времени занимает реабилитация?»

– Основные стоматологические осложнения после химиолучевой терапии – ксеростомия («сухость во рту») и лучевой кариес. Данные осложнения имеют высокую частоту встречаемости и требуют стоматологической помощи. Лучевой остеонекроз (radionecrosis) – некроз ткани (чаще всего костной ткани или кожи) за счет угнетения ее регенераторной способности после проведенного курса противоопухолевой радиотерапии. Остеорадионекроз, являясь грозным осложнением лучевой терапии, к счастью, имеет не столь широкое распространение. Стоматологическая помощь таким пациентам оказывается непосредственно после выписки из онкологического учреждения, далее в течение первого года стоматологический осмотр необходимо осуществлять каждые 3 мес, что будет сочетаться с контролем у врача-онколога. После первого года стоматологическое обследование выполняется каждые 3–6 мес в зависимо-

**ПАЦИЕНТАМ С ЗНО ПОЛОСТИ РТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАБЛЮДЕНИЕ У ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДО, ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРИЕСА И ПАРОДОНТОЗА, УДАЛЕНИЯ «ПРОБЛЕМНЫХ» ЗУБОВ, УСТРАНЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФЕКЦИИ. «ПРОБЛЕМНЫЕ» ЗУБЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УДАЛЕНЫ НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ ЗА 2 НЕД ДО НАЧАЛА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ.**

сти от индивидуальных факторов: уровня гигиены, степени развития ксеростомии, наличия восстанавливающих ортопедических конструкций.

– «Если после лучевой терапии возникла патология слюнных желез (сухость, ксероз), когда восстанавливается их работа, как раньше? Какое лечение назначается в таком случае?»

– Пациенты могут столкнуться с болевыми ощущениями, сухостью в ротовой полости при попадании слюнных желез в объем облучения. Степень поражения слюнных желез зависит от общей дозы и общего объема облучения. По окончании лучевой терапии сначала, как правило, наблюдается обильное слюноотделение. Однако вскоре оно может смениться ксеростомией, когда слюна выделяется в недостаточном количестве и имеет ущербный состав. В таких случаях для устранения ощущения сухости во рту и других побочных эффектов чаще всего применяются имеющиеся в продаже слюнозаместители. Однако полностью имитировать естественную слюну сложно, поэтому основными задачами слюнозаместителей считаются обеспечение смазки тканей полости рта, устранение ощущения сухости и защита тканей зуба от разрушения. Слюнозаместители отличаются друг от друга, в особенности по базовой субстанции, хи-

мическому составу и вязкости. На сегодняшний день на рынке большое количество слюнозаместителей, в частности на основе муцина, карбоксиметилцеллюлозы, гидроксиметилцеллюлозы, ксантановой камеди, льняного семени и полиэтиленоксида.

– «Читал о таких побочных эффектах после операции, как потеря обоняния и вкуса. Как это лечится? И сколько по времени будет приходиться в норму?»

– Реабилитация обоняния и вкусовых ощущений – большая проблема для многих трахеостомированных пациентов, поскольку дыхание происходит через отверстие в шее, а значит, воздух с запахами не попадает в нос и запахи не ощущаются. Чтобы компенсировать этот побочный эффект, можно или выдыхать воздух через нос (если такая возможность сохранилась), или научиться «ловить воздух ртом», чтобы почувствовать запах. Также почувствовать вкус можно при более интенсивном жевании и при приеме горячей пищи, запах от которой сильнее. В настоящее время разработаны специальные приборы, которые позволяют пациентам с трахеостомией даже плавать и заниматься другими активными видами спорта.

– «Говорят об обязательном лечении – подготовке у стоматолога перед началом курса («лучи»). Пока я не пролечу зубы, меня не возьмут на лечение? И что конкретно у стоматолога нужно сделать?»

– Лучевая терапия на область головы и шеи может являться причиной ксеростомии и дисфункции слюнных желез, что существенно повышает риск развития кариеса. Более того, инфекционные процессы в полости рта ухудшают эффективность репарации после хирургического лечения, требуют усиления режимов антибактериальной терапии. Пациентам с ЗНО полости рта рекомендуется наблюдение у врача-стоматолога до, во время и после специализированного лечения для выявления кариеса и пародонтоза, удаления «проблемных» зубов, устранения потенциальных источников инфекции. «Проблемные» зубы должны быть удалены не менее чем за 2 нед до начала специализированного лечения.

– «Если у меня возникнет подозрение на рецидив опухоли, как срочно нужно обращаться к онкологу? Слышала, что опухоли в области головы и шеи агрессивные и растут быстро, а направление в онкодиспансер сложно бывает получить на участке. Можно и нужно активно самим обращаться к онкологу?»

– Согласно существующим клиническим рекомендациям в 1-й год после окончания интенсивного этапа терапии рекомендуется посещение онколога каждые 1–3 мес, во 2-й год – 2–6 мес, на сроке 3–5 лет – 1 раз в 4–8 мес. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен. Поэтому в эти сроки или при возникновении подозрения на рецидив опухолевого процесса пациент должен активно сам обращаться на прием к онкологу по месту жительства.

– «Если выявлена запущенная стадия рака, то такого пациента уже не берут на хирургию? Возможно ли вылечиться в таких случаях? Опухоль гортани?»

– Лечение ЗНО гортани на четвертой стадии ориентировано на смягчение тяжелых симптомов. В большинстве случаев органосохраняющие методы становятся недоступными, требуется удаление всей гортани. Это тяжелая операция, после нее человек не может разговаривать и дышать, поэтому требуется протезирование. Если в злокачественный процесс вовлечены другие органы головы и шеи, обсуждается необходимость их резекции. Для уменьшения объема опухоли перед хирургическим лечением рекомендуется провести комбинированное противо-

опухолевое лечение с применением химио- или лучевой терапии. Эти методы позволяют перевести опухоль в разряд резектабельных и выполнить ее хирургическое удаление. Однако такая тактика срабатывает не у всех. В случае неоперабельного рака проводится паллиативная лучевая и химиотерапия для уменьшения размера опухоли и облегчения боли.

– «Про отказ от курения понятно. А что касается острой и горячей пищи как провокатора развития опухолей языка, глотки и проч.? Считаются пищевые привычки провоцирующим фактором развития подобных опухолей?»

– Имеющиеся в литературе данные не подтверждают прямой зависимости таких пищевых привычек, как потребление острой пищи, на развитие рака пищевода, например Р. Хие и соавт. (2022 г.)\*. Тем не менее при наличии наследственной предрасположенности и иных факторов риска усугублять дополнительно какой-то нагрузочной диетой пищеварительную систему нерационально.

– Игорь Владимирович, благодарим Вас за столь важные и подробные ответы. ☺☺☺

\* Xie P, Xia W, Lowe S et al. High spicy food intake may increase the risk of esophageal cancer: A meta-analysis and systematic review. Nutr Res 2022; 107: 139–151. DOI: 10.1016/j.nutres.2022.09.006. Epub 2022 Sep 18. PMID: 36215887.

# Опухоли головы и шеи: разбираемся в терминологии

**В медицине разные локализации опухолевого процесса принято разделять по группам. Это группы органов и систем, в которых выявлена патология. Например, опухоли костной ткани, опухоли центральной нервной системы, опухоли кожи, опухоли легких и т.д.**

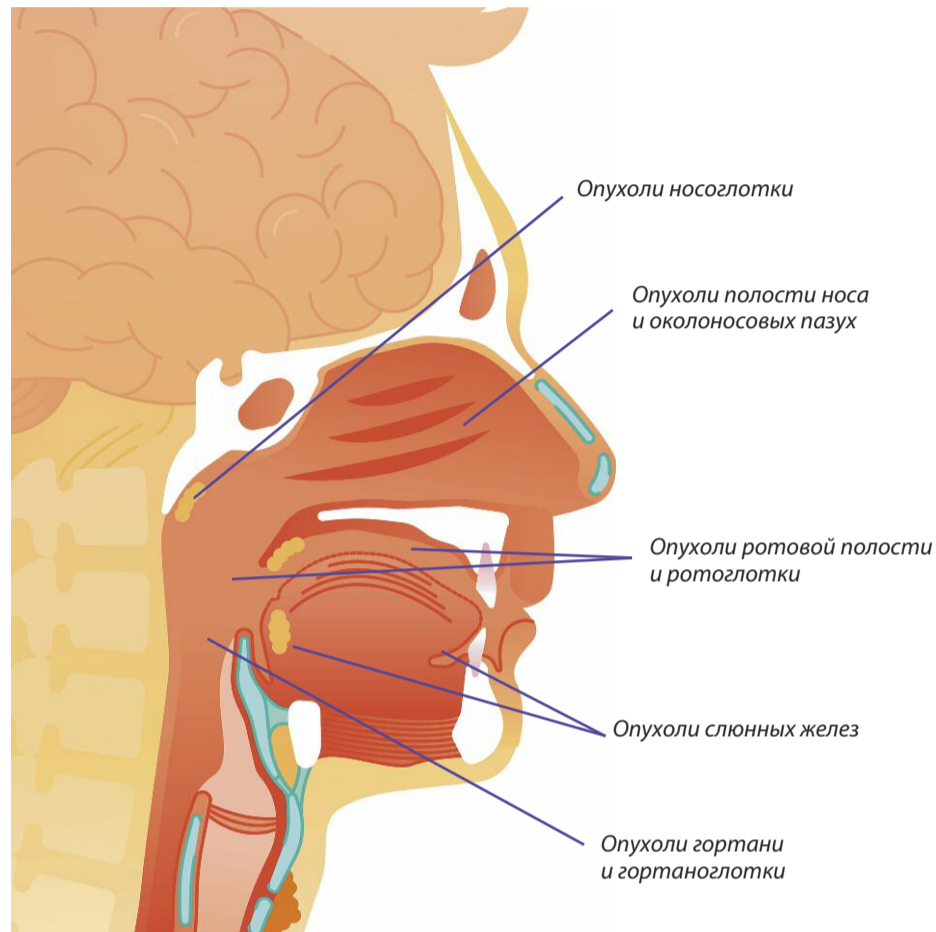
**О**пухоли головы и шеи – это термин, используемый для описания ряда различных злокачественных новообразований, которые развиваются в области горла, гортани, носа, его придаточных пазух, рта и слюнных желез – органах, находящихся в голове и/или шее человека.

В подавляющем большинстве случаев опухоли этой области развиваются из клеток слизистой оболочки, выстилающей всю поверхность упомянутых органов, и носят характер плоскоклеточного рака. Если процесс начинается в области слюнных желез, то характер процесса может быть железистый, так называемый аденогенный характер. Рак – опухоль из поверхностного эпителия слизистой оболочки органов головы и шеи – самая частая его разновидность. Поэтому очень часто упоминания об опухолях этой зоны организма начинаются со слова «Рак...». Вместе с этим, малая доля приходится на другие гистологические варианты, которые не относятся к раку.

Стоит отметить, что, хотя группа болезней и называется «опухоли головы и шеи», новообразования головного мозга и шейного отдела спинного мозга, глаз и нервов к этой группе не относятся и рассматриваются в других разделах онкологии.

Существует пять основных видов злокачественных новообразований головы и шеи, каждое из которых названо в соответствии с той частью тела, где оно обнаружено (см. рисунок):

- Опухоли полости носа и околоносовых пазух. Носовая полость – это пространство позади носа. Околоносовые пазухи – заполненные воздухом области в



костях черепа, окружающие носовую полость. Их четыре – две верхнечелюстные (гайморовы), лобная, пазуха основной кости. Также существуют ячейки решетчатого лабиринта.

- Опухоли носоглотки. Носоглотка – это воздушная полость в верхней части глотки за носовой полостью.
- Опухоли ротовой полости и ротоглотки. Полость рта включает в себя внутрен-

ние поверхности щек, губы, дёсна, нёбо, миндалины и язык. Ротоглотка включает область от миндалин до надгортанника.

- Опухоли гортани и гортаноглотки. Гортань – основная часть голосового аппарата. Этот трубчатый орган в области шеи предназначен для дыхания, синтеза голоса и глотания.
- Опухоли слюнных желез. Слюнная железа вырабатывает слюну. Слюна – жид-

кость, которая выделяется во рту для поддержания его влажности, она содержит ферменты, расщепляющие пищу.

Опухоли головы и шеи отличаются явными и яркими симптомами, которые человек может обнаружить самостоятельно, что позволит вовремя начать лечение.

Стоит обращать внимание на следующие признаки болезни и при их обнаружении немедленно записаться на консультацию к участковому врачу или даже врачу-онкологу:

- длительно незаживающая ранка внутри рта или носа, которая сохраняется до 2–3 недель;
- неисчезающие высыпания или налет на слизистой полости рта или в глотке;
- дискомфорт во время еды (болезненность или затруднение в момент проглатывания пищи);
- искажение тембра голоса;
- сохраняющиеся болевые ощущения в верхних дыхательных путях без признаков острой респираторной вирусной инфекции;
- асимметричные болевые ощущения в ушах;
- локальная отечность или плотная припухлость на лице или голове;
- локальное онемение мягких тканей головы;
- частые и беспричинные кровотечения из носа.

Также тревожным звонком развития онкологического заболевания, в частности опухоли головы и шеи, может являться увеличение шейных лимфоузлов, особенно если это сопровождается описанной выше симптоматикой. В такой ситуации следует незамедлительно обратиться к врачу по месту жительства для определения причин данных проявлений и скорейшего начала специального лечения в случае установления диагноза онкологического заболевания. )))

## Факторы риска развития опухолей головы и шеи

**Для новообразований головы и шеи, как и опухолей любой другой локализации, имеется свой ряд факторов риска, то есть таких факторов, которые повышают в той или иной степени риск развития онкологического заболевания.**

Степень влияния факторов риска неодинакова. В этой связи выделяют облигатные (или доказанные) и факультативные факторы. Первая группа факторов приведет к развитию опухоли с высокой степенью вероятности, а вторая – в гораздо меньшем проценте случаев станет причиной злокачественного перерождения. В целом пациенты с опухолями головы и шеи в подавляющем большинстве случаев все же имеют уже доказанные факторы риска. Знание возможных персональных факторов риска и обсуждение их с врачом помогут сделать более осознанный выбор образа жизни, что в свою очередь может существенно повлиять на прогноз заболевания.

Существует два фактора риска, значительно увеличивающие шансы развития опухолей головы и шеи:

- **Табак.** Под употреблением табака подразумевают курение сигарет, сигар или трубок; жевательный или нюхательный табак. Это наиболее значимый фактор риска развития раковых опухолей головы и шеи.
- **Алкоголь.** Злоупотребление алкогольными напитками также повышает риск развития злокачественных новообразований.

Большинство пациентов, 85% и более, с опухолями головы и шеи имеют отягощенный анамнез в виде употребления алкоголя и/или курения табака. Хронические курильщики и потребители алкоголя имеют почти в 40 раз более высокий риск развития плоскоклеточного рака.

Факторы, которые могут повысить риск развития опухолей головы и шеи, также включают:

- **Длительное пребывание на солнце.** Это особенно касается открытых частей головы и шеи и влияет на возникновение рака в области губ, а также рака кожи.
- **Вирус папилломы человека (ВПЧ).** Половые отношения с партнером, носителем ВПЧ, являются наиболее распространенным способом инфицирования. Существуют различные виды ВПЧ, называемые штаммами. Различные штаммы вызывают разные виды рака. ВПЧ является важным фактором риска при раке гортани.
- **Вирус Эпштейна–Барр (EBV).** Воздействие EBV (вирус, вызывающий мононуклеоз) играет весомую роль в развитии рака носоглотки.
- **Пол.** У мужчин в 2–3 раза чаще развивается рак органов головы и шеи. Тем не менее уровень заболеваемости раком головы и шеи у женщин возрастает уже несколько десятилетий подряд.
- **Возраст.** Люди в возрасте старше 45 лет более подвержены риску заболеть раком органов головы и шеи.

- **Плохая гигиена полости рта и зубов.** Является принципиально важным фактором риска, так как плохая гигиена полости рта обуславливает наличие патогенных микроорганизмов в зубном налете, что может стать основой для хронического воспаления и метаплазий слизистой оболочки. Также стоит отметить, что частое использование спиртосодержащего ополаскивателя для рта повышает риски возникновения опухолевых заболеваний слизистой оболочки.
  - **Экологические или профессиональные ингалянты.** Вдыхание различных химических соединений (лакокрасочные материалы, асбест, дым сварки и т.п.) может повысить риск развития опухолевых заболеваний как дыхательных путей, так и органов головы и шеи.
  - **Неправильное питание.** Диета с низким содержанием витаминов А и В увеличивает риски развития опухолей, и не только области головы и шеи.
  - **Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ларингофарингеальная рефлюксная болезнь.** В основе лежат раздражающее действие кислого содержимого на слизистую оболочку при его забрасывании из желудка и постоянное хроническое воспаление, что может стать основой для неадекватной репарации тканей с последующим развитием истинной опухоли.
- Так как ротовая полость доступна самостоятельному осмотру, стоит упомянуть о предраковых состояниях, которые можно выявить самостоятельно, регулярно осматривая полость рта и визуально доступные локализации головы и шеи.
- **Лейкоплакия – появление образований серовато-белого оттенка на слизистой оболочке полости рта.** Могут иметь большие размеры, часто пугают пациентов своим видом и размером, что заставляет обращаться к врачу. Вместе с тем, сами по себе не представляют опасности для жизни, хотя требуют лечения и наблюдения, так как относятся к возможным предраковым состояниям.
  - **Кератоакантома –** чаще всего развивается на красной кайме губ или языке из тканей эпителия. Симптоматика выражается в появлении безболезненного серо-красного уплотнения с углублением по центру.
  - **Ограниченный предраковый гиперкератоз –** проявляется четко очерченным пятном белого оттенка с плотными чешуйками на поверхности, которые не удаляются при соскабливании.
  - **Бородавчатый предрак –** появляется из-за регулярных ожогов горячей пищей и напитками, вредных привычек. Симптомы: появление твердого образования на губе сбоку; бугристый узелок с чешуйками; изменение пораженного участка губы до темно-красного.
  - **Болезнь Боуэна –** проявляется в ротовой полости в виде белесой бляшки с мягкой поверхностью.
  - **Папилломатоз –** появление образования на ножке с бугристой поверхностью; отсутствие боли при нажатии.
  - **Кожный рог –** уплотнение и ороговение кожи или слизистой оболочки с появлением образования в форме цилиндра или конуса.
- Все перечисленные состояния имеют одну общую характеристику – они заметны невооруженным глазом, так



## ЗНАНИЕ ВОЗМОЖНЫХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ОБСУЖДЕНИЕ ИХ С ВРАЧОМ ПОМОГУТ СДЕЛАТЬ БОЛЕЕ ОСОЗНАННЫЙ ВЫБОР ОБРАЗА ЖИЗНИ, ЧТО В СВОЮ ОЧЕРЕДЬ МОЖЕТ СУЩЕСТВЕННО ПОВЛИЯТЬ НА ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

как выделяются на фоне неизменной слизистой или кожи. Обывателю вряд ли удастся определить заболевание по внешнему виду, поэтому необходимо обратиться к врачу при обнаружении описанных изменений. В остальных случаях при патологии в органах, которые недоступны для самостоятельного осмотра, при появле-

нии длительно не проходящих болевых ощущений: появившихся осиплости голоса, затрудненного дыхания или прохождения пищи, беспричинной заложенности носа, «шишек» на лице или шее – также требуется незамедлительно обратиться к врачу, что поможет сберечь драгоценное время жизни пациента. )))

# Прогноз при опухолях головы и шеи

**При установлении диагноза рака многие люди первым делом спрашивают о своем жизненном прогнозе. Пациенты также хотят узнать, является ли выявленный рак легким или трудным для лечения. Врач-онколог не может предсказать будущее, но может сделать оценку, основанную на опыте лечения других людей с тем же видом опухоли.**

Показатели выживаемости при раке показывают процент людей, которые выживают при определенном типе рака в течение определенного периода времени. В онкологической статистике часто используется общая 5-летняя выживаемость – это своеобразный рубеж, принятый специалистами-онкологами, когда считается, что рак побежден, если за это время не произошло рецидивов и опухоль вновь не проявлялась. В такой ситуации считается, что прогноз «благоприятный». Показатели выживаемости обычно ука-

зываются в процентах или долях относительно числа заболевших. Показатели выживаемости при раке основаны на исследованиях, в рамках которых собирается информация о сотнях или тысячах людей с конкретным видом рака. Общий показатель выживаемости охватывает людей всех возрастов и состояний здоровья, у которых был диагностирован аналогичный рак, включая тех, у кого рак был диагностирован очень рано, и тех, у кого диагноз был поставлен очень поздно. Также можно получить при таких

анализах более конкретную статистику выживаемости в зависимости от стадии рака. Существует также понятие о безрецидивной выживаемости – это число людей, у которых нет признаков рака после лечения. Выживаемостью без прогрессирования называют то время, которое прожили определенное число людей после лечения от рака и либо не имеющие признаков рецидива рака, либо опухоль остается стабильной и не увеличивается в размерах. В показателях выживаемости при раке часто также используется 5-летняя выживаемость. Это не значит, что рак не может рецидивировать после 5 лет. Некоторые виды рака могут рецидивировать через много лет после того, как они были впервые обнаружены и вылечены. Но в целом для большинства видов рака, если он не рецидивировал в течение 5 лет после первоначального диагноза, вероятность более позднего рецидива очень мала.

с. 5

Прогноз при раке головы и шеи сильно варьируется в зависимости от размера и морфологического вида опухоли, первичной локализации, этиологии и наличия регионарных или отдаленных метастазов, возможности провести радикальный курс лечения. В целом прогноз благоприятный, если диагноз поставлен на ранней стадии, а лечение начато своевременно и оно адекватно клинической ситуации.

Опухоль головы и шеи сначала развивается локально, а затем метастазирует в регионарные шейные лимфатические узлы. Распространение на регионарные лимфатические сосуды частично связано с размером, распространенностью и агрессивностью опухоли и снижает общую выживаемость почти наполовину. Отдаленные метастазы (чаще всего в легкие), как правило, возникают позже, обычно у пациентов с поздней стадией заболевания. Отдаленные метастазы значительно влияют на выживаемость и снижают ее, они почти всегда неизлечимы.

Прогрессирующее локальное заболевание с прорастанием в мышцы, кости или хрящи также значительно снижает вероятность излечения. Периневральное распространение, о чем свидетельствует боль, паралич или онемение, указывает на высокоагрессивную опухоль, что связано с узловым метастазированием и имеет менее благоприятный прогноз, чем аналогичное поражение без периневральной инвазии.

При правильно выбранном первичном лечении 5-летняя выживаемость может достигать 90% для стадии I, 75–80% – для стадии II, от 45 до 75% – для стадии III и до 50% – для некоторых стадий рака IV стадии. Показатели выживаемости сильно варьируются в зависимости от первичной локализации и этиологии. Рак гортани I стадии имеет хорошую выживаемость по сравнению с другими локализациями. Рак ротоглотки, вызванный вирусом папилломы человека (ВПЧ), имеет значительно лучший прогноз по сравнению с опухолями ротоглотки, вызванными

табаком или алкоголем. Поскольку прогноз между ВПЧ-положительным и ВПЧ-негативным раком ротоглотки отличается, все опухоли ротоглотки должны регулярно проверяться на ВПЧ.

Резюмируя сказанное, важно отметить, что имеется принципиальная разница между размерами опухоли на этапе первого установления диагноза: локальные опухоли хорошо поддаются лечению, что предопределяет благоприятный прогноз. Напротив, выявление регионарных или отдаленных метастазов делает все, даже самые современные, методы лечения опухолей бесполезными и позволяет лишь выиграть для пациента некоторое время. Поэтому мероприятия, направленные на профилактику как факторов риска, так и раннее выявление опухоли, должны быть хорошо известны гражданам прежде всего в тех половозрастных группах, в которых чаще всего выявляются опухоли головы и шеи, а также лицам, имеющим факторы риска их развития. ☺☺☺

# Поговорим про рак носоглотки

**Злокачественные новообразования носоглотки представлены прежде всего опухолями из эпителия слизистой оболочки – карциномами (или раком). Но стоит помнить, что небольшая доля приходится и на другие морфологические варианты, которые также могут быть выявлены в носоглотке.**

**Р**ак носоглотки – это достаточно редкий вид рака, который поражает часть горла, соединяющую заднюю стенку носа с задней стенкой глотки (до входа в гортань). К сожалению, значительная часть пациентов приходят на первый прием к онкологу с распространенными опухолями, когда уже имеется поражение регионарных (шейных) лимфатических узлов. Рак носоглотки не следует путать с другими видами рака, которые также поражают горло, такими как рак гортани и рак пищевода.

## Симптомы рака носоглотки

Распознать симптомы рака носоглотки часто бывает не просто, поскольку они похожи на другие, менее серьезные заболевания. Кроме того, у многих людей – больных раком носоглотки, часто долго нет никаких проявлений. Симптомы могут включать:

- опухолевидное образование («шишка») на шее, которое не проходит через 3 и более недели;
- потерю слуха (обычно страдает только одно ухо);
- шум в ушах (слышны звуки, исходящие изнутри организма, а не от внешнего источника);
- заложенность носа (обычно только с одной стороны);
- носовые кровотечения;
- головные боли;
- двоение в глазах;
- онемение нижней части лица;
- проблемы с глотанием;
- изменение голоса, он становится хриплым;
- непреднамеренную потерю веса.

Весьма вероятно, что описанные симптомы могут быть вызваны не раком носоглотки, а другими заболеваниями, но в любом случае – стоит пройти обследование.

## Причины возникновения рака носоглотки

Точная причина развития злокачественных новообразований носоглотки точно не определена, но ряд факторов может повысить риск развития этого заболевания. К ним относятся:

- контакт с вирусом Эпштейна–Барр – распространенным вирусом, который вызывает железистую лихорадку;
- работа, на которой происходит регулярный контакт с древесной пылью или химическим веществом под названием «формальдегид»;
- наличие родственника первой степени родства, например, родителя, который страдал этим заболеванием;
- вирус папилломы человека;
- диета с высоким содержанием соленого мяса и рыбы;
- этническая принадлежность (южно-китайское или североафриканское происхождение);

Мужчины страдают раком носоглотки в 3 раза чаще, чем женщины, а средний возраст постановки диагноза составляет около 50 лет.

## Диагностика рака носоглотки

При обращении к терапевту с симптомами, похожими на симптомы рака носоглотки, врач обычно расспросит вас о симптомах и проведет дополнительные обследования. Это может включать осмотр горла с помощью маленького зеркала (по типу стоматологического) и лампы. В больнице также может быть проведен ряд различных тестов, чтобы исключить другие заболевания.

Среди тестов могут быть следующие исследования:

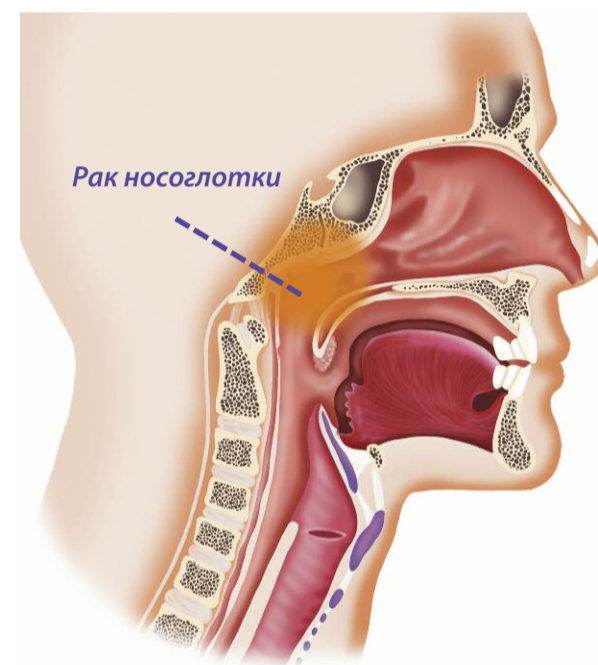
- назэндоскопия – тонкий гибкий эндоскоп (камера) вставляют в нос и проводят по горлу, чтобы найти какие-либо отклонения; обычно пациент находится в сознании, но для обезболивания носа и горла может использоваться легкая местная анестезия;
- сканирование – МРТ, КТ или ПЭТ-КТ могут быть использованы для поиска опухолей и оценки их распространения;
- панэндоскопия – более детальный осмотр носа и горла, проводимый под общим наркозом (когда пациент находится без сознания) с помощью ряда небольших жестких телескопов, соединенных вместе;
- биопсия – во время панэндоскопии удаляется небольшой образец ткани, чтобы его можно было исследовать в лаборатории.

По завершении этих исследований врачи смогут определить, есть ли у пациента злокачественное новообразование носоглотки или стоит продолжить поиск другого заболевания.

## Как лечат рак носоглотки

Существует два основных метода лечения рака носоглотки:

- **Лучевая терапия, или радиотерапия**, – используется локальное облучение для уничтожения клеток опухоли при помощи ионизирующего излучения. Лечение достаточно длительное и может занимать до 6–7 недель. Сама



ния нужно непременно сообщить лечащему врачу, чтобы подобрать корректное лечение и не прекращать радиотерапию.

- **Химиотерапия** – для уничтожения раковых клеток используются противоопухолевые лекарственные препараты. Такое лечение является системным, когда все опухолевые очаги, даже те, которые не были определены (так называемые субклинические очаги), будут подвергнуты лечебному воздействию химиопрепаратов.

Часто используется комбинация радиотерапии и химиотерапии. Нужно учитывать, что такая комбинация более эффективная, но вместе с тем она является причиной и более выраженных лучевых реакций со стороны слизистых оболочек. Здесь первостепенно важным становится конструктивное общение врача и пациента, когда пациент вовремя сообщает о всех происходящих изменениях и врач назначает соответствующее лечение, которое позволит провести полный курс терапии.

Хирургия обычно не используется для лечения рака носоглотки, поскольку органы головы и шеи весьма сложны в анатомическом плане и хирургам зачастую сложно полу-

**“ ЕСЛИ ПАЦИЕНТ КУРИТ, ТО САМОЕ ВРЕМЯ БРОСИТЬ, ТАК КАК КУРЕНИЕ ВЛИЯЕТ НА СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ И УСИЛИВАЕТ ВОСПАЛЕНИЕ. ”**

процедура облучения безболезненная, но поскольку в зону попадают чувствительные слизистые оболочки, то возможны временные реакции с их стороны, которые купируются симптоматическими лекарственными средствами и проходят после окончания лучевой терапии. В ряде случаев при выраженных реакциях со стороны слизистых приходится прекращать на время облучение: в этом случае опухоль не получает необходимой дозы и не все раковые клетки погибают. Поэтому при первых признаках «ангины» или других необычных ощущениях в зоне облуче-

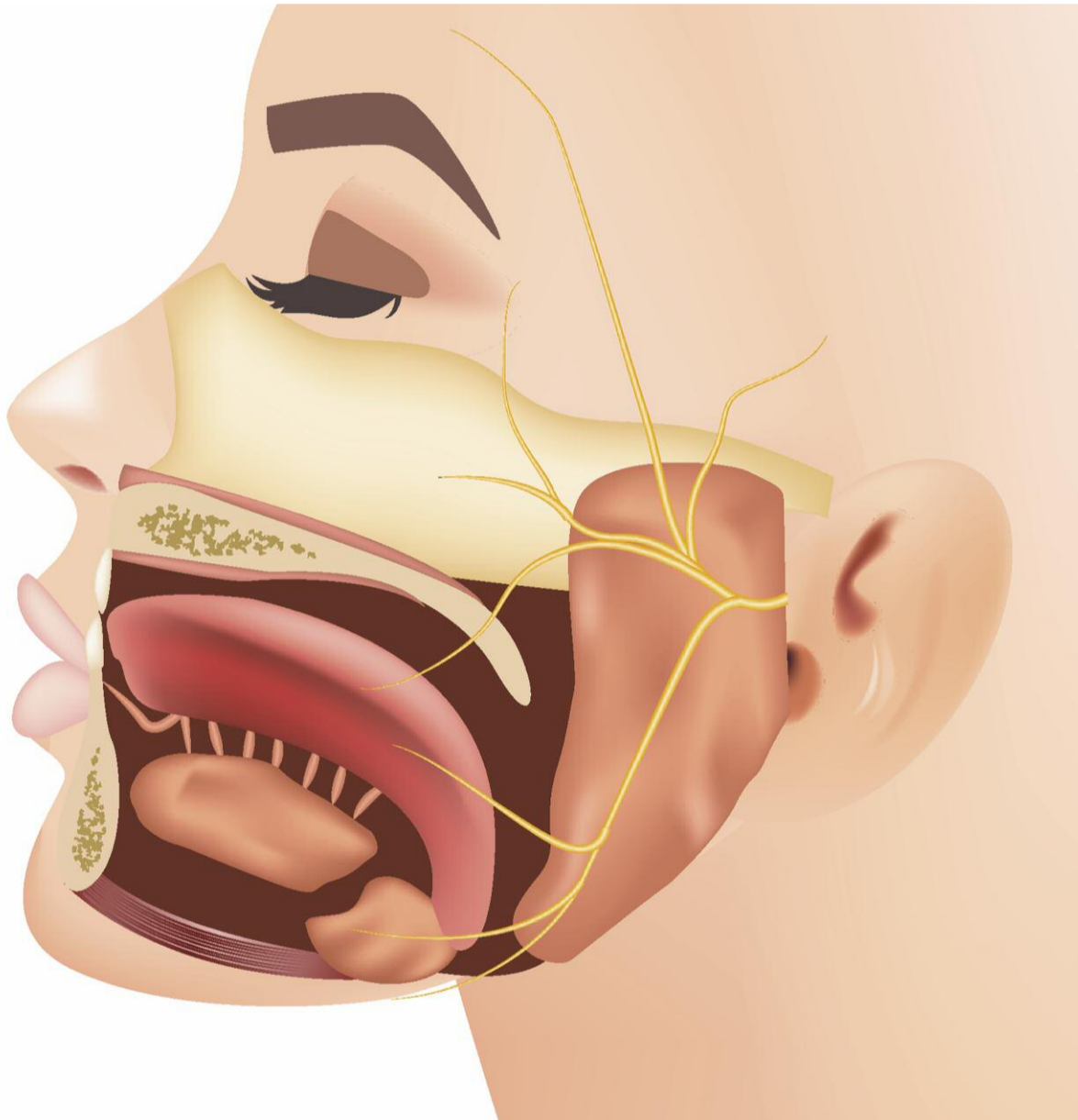
чить адекватный доступ к пораженной области, не затронув соседние структуры.

Если пациент курит, то самое время бросить, так как курение влияет на слизистые оболочки и усиливает воспаление. Кроме того, курение само по себе и особенно – курение табака низкого качества, повышает риск рецидива рака и может вызвать больше трудностей и побочных эффектов от лечения.

Источник: <https://www.nhs.uk/conditions/nasopharyngeal-cancer/>

# Что такое рак полости рта?

**Рак полости рта, также известный как рак ротовой полости, часто используется для описания ряда онкологических заболеваний, которые происходят из эпителия слизистых оболочек органов и локализируются в полости рта. Чаще всего они возникают на языке и дне полости рта, но могут также появляться на внутренних поверхностях щек, деснах, нёбе, миндалинах и слюнных железах. Рак полости рта обычно классифицируется как опухоль головы и шеи. Средний возраст при постановке диагноза составляет около 67 лет.**



## Признаки и симптомы рака ротовой полости

Могут включать:

- опухольное образование или «шишку» во рту или на шее;
- расшатанность зубов;
- припухлость или незаживающую ранку;
- затрудненное или болезненное глотание;
- изменения речи, голоса;
- кровотечение или онемение во рту;
- белые или красные пятна во рту, на языке или деснах;
- необъяснимую потерю веса.

## Причины развития рака полости рта

Основными факторами риска развития большинства видов злокачественных опухолей полости рта являются чрезмерное употребление табака и алкоголя. Другие факторы риска:

- вирус папилломы человека;
- вирус Эпштейна–Барр;
- семейный анамнез и наличие рака полости рта у близких родственников;
- плохая гигиена полости рта и заболевания десен;
- привычное жевание семян арековой пальмы (иногда называемой арековым или бетелевым орехом).

## Диагностика рака полости рта

Признаки рака полости рта часто впервые обнаруживает стоматолог. Врач или стоматолог, скорее всего, произве-

**« ПРИНЦИПИАЛЬНО ВАЖНО КАК МОЖНО РАНЬШЕ ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ РТА.**

дет осмотр полости рта, горла, языка и щек. Вас также могут направить к специалисту для проведения дополнительных исследований, таких как:

- 1 Эндоскопия.** При этой процедуре гибкая трубка (эндоскоп) с системой чувствительных линз и специального освещения используется для осмотра носа, носовых пазух, гортани (голосового аппарата) и глотки (горла).
- 2 Биопсия.** Это забор небольшого количества ткани тонкой иглой. Ткань отправляется к патологоанатому для определения наличия злокачественных клеток, а также варианта опухолевого строения.
- 3 Рентгеновские снимки.** Рентгеновские снимки головы и шеи позволяют определить наличие очагов злокачественной опухоли в челюсти, легких или других тканях.
- 4 Сканирование.** ПЭТ, КТ и МРТ для определения местоположения и распространения раковых очагов в организме.

## Стадирование

Именно такие исследования, как КТ и МРТ, помогают определить, насколько далеко распространилось заболевание от первичного очага. Стадирование помогает врачу выбрать оптимальные варианты лечения.

## Лечение рака полости рта

Лечение рака ротовой полости зависит от типа опухоли, ее локализации и степени распространения на окружающие ткани.

## Хирургия

Частым методом лечения рака полости рта является хирургическая операция по удалению опухоли, особенно на ранних стадиях. Объем операции может зависеть от размера опухоли и степени распространения рака. Также могут быть удалены окружающие ткани и пораженные лимфатические узлы.

## Лучевая терапия (радиотерапия)

Лучевая терапия (также известная как радиотерапия) может использоваться самостоятельно для лечения некоторых видов рака ротовой полости. Лучевая терапия может применяться в сочетании с химиотерапией при более запущенных формах рака. Врач может также назначить лучевую терапию после операции.

## Химиотерапия

Химиотерапия использует лекарства для уничтожения опухолевых клеток и уменьшения размеров опухоли. Такая терапия может применяться самостоятельно или вместе с лучевой терапией. Пациенту могут назначить химиотерапию для уменьшения опухоли перед операцией или если рак рецидивировал после других методов лечения.

## Паллиативное лечение

Паллиативное лечение направлено на улучшение качества жизни пациента, когда очевидно, что попытки вылечить рак не будут иметь успеха. Оно может быть рекомендовано врачом для облегчения симптомов рака или побочных эффектов лечения.

## Симптоматическое лечение или сопроводительная терапия

Достаточно часто при опухолях полости рта пациенты испытывают интенсивные болевые ощущения – как по причине опухоли, которая прорастает здоровые ткани, так и за счет проводимого лечения и скорого развития лучевых

реакций при проведении радиотерапии. В таких ситуациях пациенты нуждаются в применении комбинированных анальгетических средств под контролем врача, местных обволакивающих и противовоспалительных средств и других препаратов. Часто нарушается прием пищи, когда пациент может питаться только жидкими или пюреобразными смесями. На этот случай врачи знают достаточное количество препаратов клинического питания, которые составляют дневной рацион пациента на время лечения или дольше – при необходимости.

В любом случае лечение должно подбираться индивидуально, исходя из особенностей клинической ситуации. Поэтому принципиально важно как можно раньше обратиться к врачу при появлении подозрительных симптомов опухоли полости рта.

# Рак щитовидной железы

**Рак щитовидной железы – это заболевание, при котором злокачественные (раковые) клетки образуются в ткани щитовидной железы. Рак щитовидной железы может никак не проявляться и не давать ранних признаков или симптомов. Иногда опухоль обнаруживают во время обычного медицинского осмотра. Признаки или симптомы могут возникать по мере того, как опухоль увеличивается в размерах. Причем другие патологические состояния также могут вызывать аналогичные признаки или симптомы.**



Основными симптомами при наличии образования щитовидной железы являются: видимая припухлость шеи, прощупываемый узел, возможно – затрудняющий дыхание и/или глотание, вызывающий боль в горле и хрипоту.

## Факторы риска

Существует ряд факторов риска развития рака щитовидной железы, к которым относятся: молодой и средний возраст от 25 до 65 лет, женский пол, наличие в анамнезе зоба (увеличение щитовидной железы), воздействие радиации на организм пациента в младенческом или детском возрасте (рак может возникнуть уже через 5 лет после воздействия), наличие в семейном анамнезе заболеваний щитовидной железы или рака щитовидной железы, а также принадлежность к монголоидной расе.

## Возможности терапии

Существуют различные виды лечения пациентов со злокачественными новообразованиями щитовидной железы.

**Хирургическое вмешательство** является наиболее распространенным и радикальным методом лечения рака щитовидной железы. К операциям, проводимым на щитовидной железе, относятся: удаление 1/2 щитовидной железы (гемитиреоидэктомия), то есть удаление одной из долей – левой или правой, почти полное или полное удаление щитовидной железы (субтотальная тиреоидэктомия и тотальная тиреоидэктомия соответственно).

Также к методам лечения относится лучевая терапия, которую подразделяют на дистанционную лучевую терапию, когда при помощи специальной установки производится облучение щитовидной железы, и на системную лучевую терапию, когда используется радиоактивное вещество (обычно йод<sup>131</sup>), которое вводится пациенту внутривенно. Лучевая терапия может быть назначена и после операции, чтобы нейтрализовать клетки рака щитовидной железы, которые не были удалены. Также радионуклидная лучевая терапия играет существенную роль при генерализованных случаях опухолей щитовидной железы, когда имеются отдаленные метастазы, например, в

Щитовидная железа – это железа, которая расположена на передней части шеи в средней и нижней ее третях, у основания горла рядом с трахеей. По форме железа похожа на бабочку, с правой и левой долями. Перешеек, представляющий собой тонкий кусочек ткани, соединяет две доли. Размеры здоровой щитовидной железы обычно не больше 4 см. Обычно ее нельзя прощупать через кожу. Гормоны щитовидной железы оказывают влияние на частоту сердечных сокращений, температуру тела и скорость превращения пищи в энергию (метаболизм), а также на концентрацию кальция в крови.

легкие: радиоактивный йод может приниматься внутрь и накапливаться в оставшейся ткани щитовидной железы, а также клетках рака щитовидной железы, которые распространились в другие места тела. Поскольку йод поглощает только ткань щитовидной железы, радиоактивный йод разрушает пораженную ткань щитовидной железы с раковыми клетками, не нанося вреда другим тканям. Перед введением полной лечебной дозы радиоактивного йода вводится небольшая тестовая доза, чтобы увидеть, поглощает ли опухоль йод.

**Химиотерапия** – это метод лечения рака, при котором используются препараты для остановки роста раковых клеток либо путем уничтожения клеток, либо путем прекращения их деления. Когда химиотерапевтические препараты вводятся в организм, они попадают в кровоток и могут достигать раковых клеток по всему организму (системная химиотерапия). Используется редко при опухолях данной локализации.

**Гормональная терапия** – это метод лечения рака, который угнетает гормональную активность и останавливает рост раковых клеток. При лечении рака щитовидной железы могут назначаться препараты, предотвращающие выработку организмом тиреотропного гормона (ТТГ) – гормона, который может увеличить вероятность роста или рецидива рака щитовидной железы. Однако из-за того, что гормонотерапия рака влияет и на клетки самой железы, она становится неспособна вырабатывать достаточное количество важных для организма тиреоидных гормонов. Поэтому пациентам часто назначают таблетки для заместительной терапии гормонами щитовидной железы.

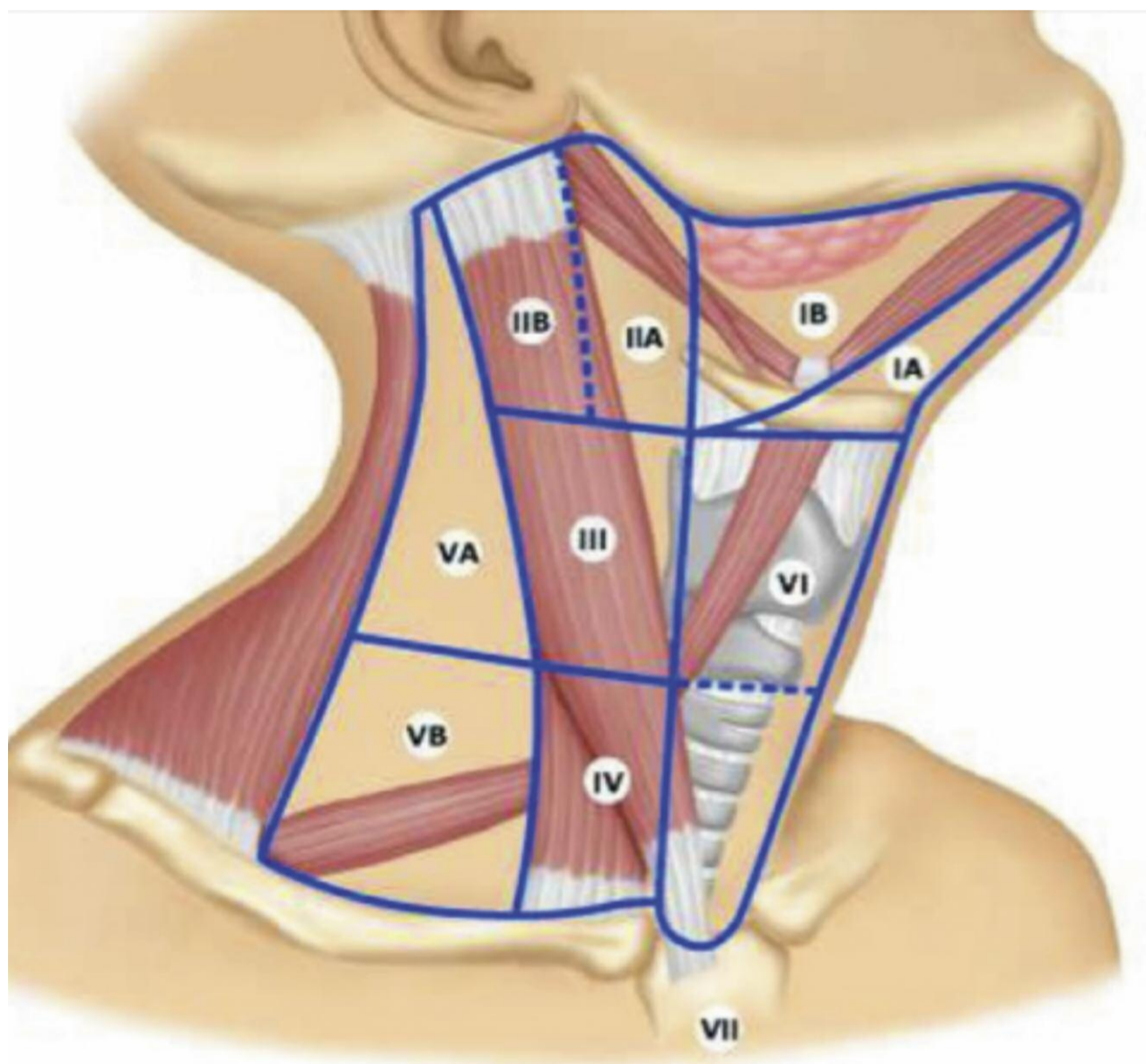
**Таргетная терапия** – это вид лечения, при котором используются лекарственные препараты или другие вещества для выявления конкретных раковых клеток или их рецепторов и атаки на них. Существуют различные виды таргетной терапии, к которым относят ингибиторы тирозинкиназы, блокирующие сигналы, необходимые для роста опухоли, и ингибиторы протеинкиназы, блокирующие белки, необходимые для роста клеток, и убивающие раковые клетки (дабрафениб и траметиниб). Ингибиторы протеинкиназы применяются для лечения рака щитовидной железы у пациентов с определенной мутацией в гене BRAF.

*Рак щитовидной железы, таким образом, относится не к самой распространенной онкологической патологии. Вовремя назначенная терапия, которая весьма эффективна, способна излечить пациента. Вместе с тем, в последние годы стало увеличиваться количество первично-генерализованных злокачественных новообразований щитовидной железы, когда прогноз заболевания уже не так благоприятен, несмотря на все достижения современной медицины в этой области. Поэтому принципиально важным моментом является активное отношение граждан к своему здоровью и обращение за консультацией к врачу при первых симптомах. ☺☺☺*



# О метастазах в шейные лимфатические узлы злокачественных опухолей при неустановленном первичном очаге

Метастазы в шейные лимфатические узлы выявляются до 10% случаев у пациентов с неизвестной локализацией первичной опухоли. Метастазы в верхней и средней части шеи (уровни I–II–III–V) обычно связывают с наличием злокачественных опухолей лор-органов или органов головы и шеи, в то время как поражение нижней части шеи (уровень IV) часто связано с расположением первичных опухолей в органах и тканях ниже ключиц (грудная, брюшная полости).



Уровни шейных лимфатических узлов.

Диагностические процедуры включают комплексную клиническую оценку и фиброоптическое эндоскопическое исследование доступных слизистых

оболочек органов головы и шеи, биопсию из всех подозрительных участков или мест возможного происхождения первичной опухоли, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, ультразвуковое обследование и другие методы.

При гистологическом исследовании измененной ткани лимфатического узла наиболее частой находкой является сквамозно-клеточная карцинома, особенно при поражении узлов верхней части шеи. В таких случаях в плане лечебно-диагностического мероприятия обсуждается тонзиллэктомия, поскольку до 25% первичных опухолей могут быть обнаружены в этом месте. В случае аденокарциномы и поражения лимфатических узлов нижней части шеи следует искать торакальные и абдоминальные первичные опухоли (чаще всего происходящие из легких, пищевода, желудка, поджелудочной железы или даже – яичников).

Позитронно-эмиссионная томография с фтор-2-дезоксиглюкозой позволяет установить локализацию первичной опухоли примерно в 1/4 (25%) случаев, но эта процедура пока считается исследовательской. Терапевтические подходы включают: хирургическое вмешательство (эксцизионная биопсия лимфоузлов шеи) с послеоперационной лучевой терапией на зоны поражения или без нее; самостоятельную лучевую терапию или предоперационную лучевую терапию с последующей операцией. На условно «ранних» стадиях (когда поражение лимфоузлов классифицируется как N1) иссечение лимфоузлов шеи и лучевая терапия, по-видимому, имеют одинаковую эффективность, тогда как более распространенные случаи поражения (N2, N3) требуют комбинированных подходов. Вопрос об объеме лучевой терапии (двустороннее облучение шейных лимфоузлов и слизистой или ипсилатеральная лучевая терапия) остается спорным. Потенциальная польза от обширной радиотерапии должна быть сопоставлена с ее острой и поздней токсичностью и лучевыми реакциями со стороны кожи и слизистых оболочек, входящих в зону облучения. Также стоит прогнозировать определенные трудности повторного облучения в случае последующего обнаружения первичного очага в соседствующей зоне.

Роль других методов, таких как химиотерапия и гипертермия, обсуждается. Химиотерапия имеет ряд существенных преимуществ при выявлении первичной опухоли и понимании ее характера, когда возможно подобрать соответствующий препарат или схему противоопухолевой лекарственной терапии. Роль гипертермии при подобных клинических ситуациях сегодня активно изучается. Возможно, что при накоплении достаточного опыта этот метод займет свое законное место среди лечебных методик. Вместе с этим принципиальное значение для достижения наилучшего эффекта от проводимой терапии – полноценное обследование пациента и определение местоположения первичной опухоли.

Роль гипертермии при подобных клинических ситуациях сегодня активно изучается. Возможно, что при накоплении достаточного опыта этот метод займет свое законное место среди лечебных методик. Вместе с этим принципиальное значение для достижения наилучшего эффекта от проводимой терапии – полноценное обследование пациента и определение местоположения первичной опухоли.

Роль гипертермии при подобных клинических ситуациях сегодня активно изучается. Возможно, что при накоплении достаточного опыта этот метод займет свое законное место среди лечебных методик. Вместе с этим принципиальное значение для достижения наилучшего эффекта от проводимой терапии – полноценное обследование пациента и определение местоположения первичной опухоли.

Источник: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2639847/>

**ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?**

Заходите на официальный сайт газеты «Беседы о здоровье. Онкология»

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



**БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ  
ОНКОЛОГИЯ**

НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:

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

# ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫМ ПРЕДСТОИТ ХИМИОТЕРАПИЯ

**В этой памятке – краткая информация по самым часто задаваемым вопросам перед началом химиотерапии. Пожалуйста, ознакомьтесь с ней внимательно. Если остались вопросы – задайте их своему лечащему доктору**

**1** Хорошая новость: ваш врач считает, что эта терапия вам поможет. Тем, кому мы помочь не можем, мы не предлагаем токсичное лечение. Поэтому просто нужно воспринимать это как неизбежный этап и пройти через него. Хотя приятно точно не будет.

**2** Вы с врачом в одной команде. Это значит, что о проблемах нужно говорить. Лечение при выраженных побочных эффектах может их усугубить и привести к чудовищным последствиям. В абсолютном большинстве случаев мы можем адаптировать дозу и уменьшить побочные эффекты!

*Обязательно нужно обращать внимание на подъемы температуры и любые другие признаки инфекции, тошноту и рвоту более 3 раз в сутки, снижение веса, повышение артериального давления, объем и частоту мочеиспускания, регулярность и консистенцию стула, появление сыпи, онемение и покалывание в руках и ногах, любые болевые ощущения.*

*Ведите дневник, чтобы не забывать рассказывать о своих ощущениях лечащему врачу.*

**3** В лечении важны не только и не столько дозы препаратов, сколько ритмичность их введения, то есть соблюдение сроков проведения курсов. Да, лечение может «плавать» по датам в пределах 3 дней, ничего не случится. А вот перенос на более длительный срок – это не очень хорошо, так что важно адаптировать свои жизненные планы под расписание лечения и соблюдать его как можно точнее.

**4** Есть можно практически все. Нежелательно есть грейпфруты и пить их сок, в остальном питайтесь так, как привыкли. Важно, чтобы у вас были силы выносить лечение, а это возможно только при полноценном питании. Белок и углеводы не «кормят» рак, это миф!

**5** Не забывайте про все таблетки, что вы пьете! Да, перед началом лечения обязательно нужно сказать о них своему доктору, но абсолютное большинство совместимо с химиотерапией. Обострение хронических заболеваний на фоне лечения онкологического заболевания не позволит продолжить химиотерапию. Запишите свои препараты в следующую таблицу, покажите врачу и не забывайте принимать.

	Препарат	Доза	Кратность приема
1			
2			
3			
4			
5			

**6** Не занимайтесь «художественной самодеятельностью» в виде употребления альтернативных препаратов. Скорее всего, они только помешают и увеличат токсичность лечения. Это касается всех биологически активных добавок, травяных сборов и других препаратов, не одобренных вашим лечащим врачом.


**7** Спорт – это классно и здорово, но интенсивные занятия придется отложить на некоторое время. В целом физическая активность поможет вам чувствовать себя лучше. Просто пусть она будет умеренной: погулять в парке или сделать с утра зарядку. Если у вас недавно было оперативное вмешательство или есть метастазы в костях, то ЛЮБАЯ нагрузка должна быть одобрена лечащим врачом.

**8** Если вы хотите и можете работать – мы только «за»! Можно и нужно! Только рассчитывайте свои силы. Работа на износ не пойдет на пользу: ваши главные силы должны оставаться все же на лечение.

**9** Вы не представляете угрозы для окружающих. Вы не выделяете ничего такого, что может повредить вашим близким. А вот окружающие для вас могут быть опасны: если кто-то рядом болеет инфекционным заболеванием, пожалуйста, воздержитесь от близких контактов с этим человеком.

**10** Не игнорируйте помощь близких. Каким бы вы ни были сильным и независимым человеком, вы проходите, вероятно, через самое сложное испытание в своей жизни. Такое нельзя переживать в одиночку. Лучше лечатся те, у кого за спиной – близкие любящие люди. Забота о вас – фактор вашего выздоровления. Помните об этом!

Эта памятка опубликована в Телеграм-канале «Онкология простыми словами», который ведет **Ольга Олеговна Гордеева** – врач-онколог, химиотерапевт, кандидат медицинских наук. Ольга Олеговна пишет про лечение опухолей простым языком, обозревает новости, развенчивает мифы и отвечает на вопросы пациентов. <https://t.me/oncolya>

 **Телеграм-канал «Онкология простыми словами»**  
[t.me/oncolya](https://t.me/oncolya)



## Равные консультанты: бесплатная помощь людям с онкологическими заболеваниями и их близким



**Р**ак – один из самых страшных диагнозов, но, к сожалению, касается он очень многих семей. Лечение долгое, много непонятных терминов, человек с диагнозом часто чувствует тревогу или отчаяние, а люди рядом с ним – семья и друзья – хотят поддержать, но не знают как. Врачи вряд ли могут помочь с этим справиться: их задача лечить, у них много пациентов и часто мало времени. К психологу готовы обратиться совсем не все. Но есть еще одна возможность – равные консультанты фонда «Александра»: это люди, кото-

рые сами прошли через рак, осмыслили свой опыт и теперь по телефону или онлайн помогают тем, кто только столкнулся с заболеванием. Их помощь всегда бесплатна. Человеку, которой только узнал об онкодиагнозе, нужна поддержка близких. Но иногда он или она не готовы поговорить с кем-то по душам, попросить о помощи, принять ее, получить тепло и чувство не одиночества. Многие считают, что их чувства не смогут понять люди, которые сами такого не переживали, которые не болеют.

А когда лечение уже идет, людям бывает очень важно пообщаться с кем-то, кто уже прошел этот путь, у кого получилось справиться с раком и жить свою жизнь дальше. Равные консультанты помогают как раз с этим.

При составлении плана лечения равные тоже нужны: они помогают понять, где и как лучше лечиться, на что человек с диагнозом имеет право, как пользоваться ОМС. Важно, что они никогда не дают прямых советов пойти к какому-то человеку или в какую-то больницу: они делятся информацией, рассказывают о вариантах, а выбор всегда делает сам человек. Еще они разбираются с не всегда понятными медицинскими терминами и советуют, как легче переносить побочные эффекты от лечения. Тут может возникнуть вопрос – как можно доверять помощи равных, ведь они обычные люди, не врачи и не психологи? Чтобы стать равным консультантом, недостаточно просто желания: нужно быть пациентом в ремиссии, пройти специальный образовательный курс, постоянно повышать квалификацию и быть на связи с более опытными коллегами и психологами. Кроме службы равного консультирования, куда всегда можно позвонить или написать и договориться о разговоре, в

фонде «Александра» есть бесплатный онлайн-курс для близких людей с онкологическими заболеваниями – «Научиться быть рядом». В течение нескольких недель психологи, врачи и опытные равные учат, какими словами поддерживать человека рядом, как самому справляться с огромными переменами в жизни и что делать, чтобы действительно помочь. Проходить курс можно с помощью смартфона, записаться на следующий поток курса можно на сайте <https://rk-school.ru/ryadom> В фонде «Александра» верят, что онкологическое заболевание – это не повод оставаться в одиночестве, что помощь есть. Равные – это люди, которым можно задавать самые неловкие и стыдные вопросы и рассчитывать на понимание: они сами через все это прошли.

*Помощь равных консультантов всегда бесплатна и доступна для каждого человека. Для того чтобы ее получить, достаточно позвонить по бесплатному федеральному номеру:*  
**8 (800) 444-13-50** или отсканировать QR-код на этой странице.



# Профильные онкологические медицинские учреждения России

Федеральные округа России:

- 1 Центральный
- 2 Северо-Западный
- 3 Приволжский
- 4 Южный
- 5 Северо-Кавказский
- 6 Уральский
- 7 Сибирский
- 8 Дальневосточный



Федеральные референсные профильные НМИЦ (4)/Федеральные округа (8)/Регионы (89)/Онкодиспансеры (80+)

- НМИЦ радиологии (МНИОИ им. П.А. Герцена, МРНЦ им. А.Ф. Цыба, НИИ им. Н.А. Лопаткина)/НМИЦ радиологии Минздрава России
- НМИЦ им. Н.Н. Блохина/НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России
- НМИЦ им. Н.Н. Петрова/НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова
- НМИЦ онкологии/НМИЦ онкологии Минздрава России (Ростов-на-Дону)

## I. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ (ЦФО) – 18 регионов:

- 1) Белгородская область/ОГБУЗ «Белгородский областной онкологический диспансер»
- 2) Брянская область/ГАУЗ «Брянский областной онкологический диспансер»
- 3) Владимирская область/ГБУЗ ВО «Областной клинический онкодиспансер»
- 4) Воронежская область/БУЗ «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»
- 5) Ивановская область/ОБУЗ «Ивановский областной онкодиспансер»
- 6) Калужская область/Калужская онкологическая служба
- 7) Костромская область/ОГБУЗ «Костромской клинический онкологический диспансер»
- 8) Курская область/ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова»
- 9) Липецкая область/ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»
- 10) Москва (город федерального значения):
  1. Московская городская онкологическая больница №62.
  2. Московский клинический научный центр/МКНЦ.
  3. Городская клиническая онкологическая больница №1.
  4. Боткинская больница.
  5. ММКЦ «Коммунарка»
- 11) Московская область: <https://onco.zdrav.mosreg.ru/clinics>
- 12) Орловская область/БУЗ «Орловский онкологический диспансер»
- 13) Рязанская область/ГБУ «Областной клинический онкологический диспансер»
- 14) Смоленская область/ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер»/Смоленский онкодиспансер
- 15) Тамбовская область/ГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер»
- 16) Тверская область/ГБУЗ «Тверской областной клинический онкологический диспансер»
- 17) Тульская область/ГУЗ «Тульский областной клинический онкологический диспансер»
- 18) Ярославская область/ГБУЗ «Клиническая онкологическая больница»

## II. ПРИВОЛЖСКИЙ (ПФО) – 14 регионов

Центр округа – город Нижний Новгород  
Республики (6):

- 1) Башкортостан/ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
- 2) Марий-Эл/ГБУ РМЭ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
- 3) Мордовия/ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер»
- 4) Татарстан/ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер»
- 5) Удмуртия/БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер им. С. Г. Примушко»

- 6) Чувашия/АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер»

Области (7):

- 7) Кировская/<https://onko-kirov.ru/>
- 8) Нижегородская/ГБУЗ «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»
- 9) Оренбургская/ГАУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер»
- 10) Пензенская/ГБУЗ «Областной онкологический клинический диспансер»
- 11) Самарская/ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
- 12) Саратовская/ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
- 13) Ульяновская/ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
- 14) Пермский край/ГБУЗ «Пермский краевой онкологический диспансер»

## III. СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ (СКФО) – 7 регионов.

Центр округа – город Пятигорск

Республики (6):

- 1) Дагестан/ГБУ РД «Республиканский онкологический центр»
- 2) Ингушетия/ГБУ «Республиканский онкологический центр»
- 3) Кабардино-Балкария/ГБУЗ «Онкологический диспансер»
- 4) Карачаево-Черкесия/Онкологический диспансер им. С.П. Бутова
- 5) Северная Осетия – Алания/РГБЛПУ «Карачаево-Черкесский онкологический диспансер им. С.П. Бутова»
- 6) Чеченская/Республиканский онкодиспансер, Грозный
- 7) Ставропольский край/ГБУЗ «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»/ГБУЗ «Пятигорский межрайонный онкологический диспансер»

## IV. УРАЛЬСКИЙ (УрФО) – 6 регионов

Центр округа – город Екатеринбург

Области (4):

- 1) Курганская/ГБУЗ «Курганский областной онкологический диспансер»
- 2) Свердловская/ГАУЗ «Свердловский областной онкологический диспансер»
- 3) Тюменская/Служба здоровья. Медицинский город (Тюмень), <https://medgorod.info/>
- 4) Челябинская область/ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»

Автономные округа (2):

- 5) Ханты-Мансийский/БУ «Окружная клиническая больница»
- 6) Ямало-Ненецкий/ГБУЗ «Салехардская окружная клиническая больница»

## V. СИБИРСКИЙ (СФО) – 10 регионов

Центр округа – город Новосибирск

- 1) Республика Алтай/КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»
- 2) Республика Тыва/ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер»
- 3) Республика Хакасия/ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер»

- 4) Алтайский край/КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»
- 5) Красноярский край/КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского»
- 6) Иркутская область/ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
- 7) Кемеровская область/ГБУЗ «Кузбасский клинический онкологический диспансер им. М.С. Раппопорта»
- 8) Новосибирская область/ГБУЗ «Новосибирский областной клинический онкологический диспансер»
- 9) Омская область/БУЗ «Клинический онкологический диспансер»
- 10) Томская область/ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер»

## VI. ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ (ДФО) – 11 регионов

Центр округа – город Владивосток

- 1) Амурская область/ГАУЗ «Амурский областной онкологический диспансер»
- 2) Еврейская автономная область/ОГБУЗ «Онкологический диспансер»
- 3) Забайкальский край/ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер»
- 4) Камчатский край/ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер»
- 5) Магаданская область/<https://onko.49med.ru/>
- 6) Приморский край <https://oncoprим.ru/?ysclid=lp9t3ukf7935352500>
- 7) Республика Бурятия/ГБУЗ «Бурятский республиканский онкологический диспансер»
- 8) Республика Саха (Якутия)/ГБУ «Якутский республиканский онкологический диспансер»
- 9) Сахалинская область/ГБУЗ «Сахалинский областной клинический онкологический диспансер»
- 10) Хабаровский край/КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии»
- 11) Чукотский автономный округ/ГБУЗ «Чукотская окружная больница»

## VII. СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ (СЗФО) – 11 регионов

Центр округа – город Санкт-Петербург

- 1) Санкт-Петербург/СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»
- 2) Архангельская область/ГБУ «Архангельский клинический онкологический диспансер»
- 3) Вологодская область/БУЗ ВО «Вологодский областной онкологический диспансер»
- 4) Калининградская область/ГБУЗ «Онкологический центр Калининградской области»
- 5) Республика Карелия/ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер»
- 6) Республика Коми/ГУ «Коми республиканский клинический онкологический диспансер»
- 7) Ленинградская область/ГБУЗ «Ленинградский областной клинический онкологический диспансер»
- 8) Мурманская область/ГОБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер»
- 9) Ненецкий автономный округ/ГБУЗ «Ненецкая окружная больница»
- 10) Новгородская область/ГОБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
- 11) Псковская область/ГБУЗ «Псковский областной клинический онкологический диспансер»

## VIII. ЮЖНЫЙ (ЮФО) – 8 (+4) регионов

Центр округа – Ростов-на-Дону

- 1) Адыгея/ГБУЗ РА «Адыгейский республиканский клинический онкологический диспансер им. М.Х. Ашхамафа»
- 2) Калмыкия/БУ «Республиканский онкологический диспансер им. Э.С. Тимошкаевой»
- 3) Крым (город федерального значения Севастополь)/ГБУЗРК «Крымский республиканский онкологический клинический диспансер им. В.М. Ефетова»
- 4) Краснодарский край/Онкологическая помощь населению Кубани
- 5) Астраханская область/ГБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
- 6) Волгоградская область/Волгоградская онкология
- 7) Ростовская область/ГБУ «Онкологический диспансер»
- 8) Луганская Народная Республика <https://vk.com/club219975223>
- 9) Донецкая Народная Республика/Городской онкологический диспансер г. Донецк
- 10) Херсонская область
- 11) Запорожская область

Автор: Информационный  
равный консультант  
Светлана Неретина



# Разговор о счастье

Анастасия Кербабина, психолог фонда «Я люблю жизнь»



Статью о том, как смотрит на феномен «счастья» экзистенциальный анализ, я начала писать достаточно давно. Трава точно была еще зеленой, а дни длинными. Потом меня отвлекли другие планы, цели и интересы. И вот за окном снег, а на календаре предновогодье. Думаю, это прекрасное время для того, чтобы налить себе чашечку чая, завернуться в плед, прочитать статью и задуматься:

- Знакомо ли мне ощущение счастья?
- Как часто я ощущаю себя счастливым?
- Как я понимаю, что я счастлив?
- Какие воспоминания приходят, когда я думаю: «В тот момент я был абсолютно счастлив».

Ощущение счастья уникально. Счастье невозможно измерить или описать с научной точки зрения. Ответ на вопрос, что такое счастье, можно обнаружить, лишь прислушавшись к тихому голосу, который звучит в каждом из нас. Только вы сами можете определить, счастливы ли вы. А также обнаружить свой уникальный путь к счастливой жизни.

Основатель школы экзистенциального анализа, Альфريد Ленгле, в своей статье «Смысл, чувствование и счастье» дает понятию «счастье» такие определения:

- Счастье – позитивное чувство, благодаря которому жизнь «доставляет больше удовольствия».
- Счастье – это чувство, которое наполняет нас здесь и сейчас.

Кажется, что счастье – это слово, значение которого очевидно. На самом же деле не всегда легко понять: быть счастливым – это как?

Альфريد Ленгле говорит, что счастье человека состоит в том, чтобы он мог жить с внутренним согласием.

Чтобы понять, что это значит – «жить с внутренним согласием», оглянемся на свою жизнь и задумаемся: многое ли из того, что я делаю, происходит автоматически. Как часто в повседневной жизни мы говорим «да» на то или иное предложение или погружаемся в привычную рутину, не задумываясь, хорошо ли это для нас? Именно сейчас важно это сделать? Чаще всего – мы просто делаем. Иногда

Счастье – это не цель, это побочный продукт хорошо прожитой жизни.

Элеонора Рузвельт

это действительно необходимо. Есть задачи, которые важно решить безотлагательно. Но все ли задачи именно такие?

Опасность здесь заключается в том, что автоматических «да» может стать непосильное количество. Чувство радости, наполненности, удовлетворения, да и просто хорошее настроение покидают нас.

## Что же делать?

Практически всегда есть возможность остановиться и дать себе время на то, чтобы в том, что делается, из состояния «надо» обнаружить то важное и ценное, ради чего вы это делаете.

**Основа внутреннего согласия – эмоциональный отклик, который приходит из глубины. Ощущение того, что то, что вы делаете, хорошо для вас. Что это правильно.**

Иллюстрацией обнаружения внутреннего «да» может быть отказ от приглашения на вечеринку, где вас ждет приятный вечер в кругу друзей, ради того, чтобы выспаться и завтра чувствовать себя уверенно на важной встрече. Хотя, на первый взгляд, кажется, что встреча с друзьями принесет больше удовольствия и подарит минуты счастья. Но так ли это важно именно сегодня? Или, наоборот, вы чувствуете достаточно сил, чтобы быть активным сегодня вечером. Понимаете, что встреча с друзьями добавит вам энергии, и, несмотря на то, что завтра рано вставать, решаете провести вечер с близкими.

В конечном итоге на так важно, что именно вы выбираете. Важно, что вы принимаете это решение осознанно, прислушавшись к своему внутреннему голосу, и выбираете то, что будет для вас действительно хорошо.

Но всегда ли можно однозначно ответить на вопрос, что именно будет «хорошо» для меня? Что может дать возможность утвердиться в том, что выбор сделан правильно?

В экзистенциальном анализе основой для поиска ответа являются **четыре фундаментальные мотивации**, суть которых сводится к:

- **Мочь-быть.** Здесь речь в первую очередь идет о физической и психической безопасности.

Основное утверждение 1ФМ: Я могу присутствовать в этом мире и чувствовать, что моей жизни ничего не угрожает. Или я могу выдержать эту угрозу и продолжать быть.

- **Мне нравится.** Находясь в безопасности, мы можем открыться своим ценностям и через это обнаружить то, что нравится; также мы можем испытывать весь спектр эмоций и вступать в доверительные отношения.

- **Понимание, что я имею право,** рождается из признания ценности и уникальности своей жизни. Из ощущения, что то, как я живу, какие решения принимаю, какие поступки совершаю, правильно для меня.

- **Четвертая фундаментальная мотивация** подводит нас к теме смысла жизни, ставя перед нами вопрос: что я должна делать? **Какая основная задача моей жизни?**

*Реализация четырех фундаментальных мотиваций позволяет не только прийти к пониманию своего уникального жизненного пути, но и реализовать его.*

Теперь, имея представление о содержании каждой мотивации и используя его как структуру, вернемся к вопросу о том, что же такое счастье.

**Мочь быть или присутствовать в этом мире.** Будучи уверенным в физической безопасности человек обнаруживает возможность использовать свои способности, опираясь на ранее полученные знания и опыт. В то же время, находясь среди людей, мы можем чувствовать связанность и причастность к общему делу, чувствовать поддержку, доверять, обмениваться опытом и быть нужными.

Еще один аспект «мочь» – способность принять ситуацию (жизнь) такой, какая она есть в данный момент (иногда для того, чтобы потом это изменить). Способность реально смотреть на ситуацию, видеть в неудачах развитие или возможность выбора иного пути ведет к обретению спокойствия, самообладания, выдержки, которые приходят на смену напряжению или ощущению угрозы.

Здесь ярким примером может быть собеседование, после которого вас не пригласили на работу. Такая ситуация может на некоторое время выбить из колеи, испортить настроение или заставить сомневаться в своих профессиональных и личных качествах. А может стать мостиком к лучшему предложению и профессиональному развитию. Таким образом, **одним из источников возможности ощущать себя счастливым является отказ от «хотеть большего, чем можешь прямо сейчас», оставляя за собой право изменить ситуацию.**

Как уже упоминалось, основой второй фундаментальной мотивации является важность обнаружить то, что нравится; возможность испытывать весь спектр эмоций; готов-

Обнаружение ответов на эти и подобные вопросы помогает утвердиться в ценности себя и своей жизни, найти подходящие слова для того, чтобы провести границу в отношении других, сделать это бережно и уважительно и тем самым приблизиться к пониманию, **что есть мое личное счастье.**

Один из самых сложных вопросов на пути к исполненной (счастливой) жизни – вопрос об уникальности жизни.

А звучит он достаточно просто: что я должен делать?

Здесь не идет речь о каждодневных обязанностях, таких как писать рабочие майлы, формировать отчеты или мыть посуду. Речь идет о взгляде на будущее и больший контекст, в котором живешь, в согласии своих действий с

С другой стороны, чувство неудовлетворенности может стать хорошим компасом и указать направление движения в более счастливой жизни.

Важно понимать, **что счастливая жизнь – не гарантия, не конечное состояние. Это постоянное участие, длительный диалог и обмен, течение, начало, развитие и окончание, появление и исчезновение и вслед за окончанием начало нового.**

Проще говоря, наше чувство удовлетворенности в наших руках и мы можем к нему прийти.

В заключение предлагаю задуматься:

● Привычно ли нам обращать внимание на то, счастлив(а) ли я?

Скорее всего, ответ будет «нет». А если все-таки спросить себя об этом, то первое, что придет в голову, будет описанием текущего настроения. И если дела в целом идут хорошо, то и настроение, вероятно, будет хорошим. И тогда я могу ответить, что у меня все хорошо. Я вполне счастлив(а).

Но ведь бывают периоды, когда захватывают тревоги, сомнения и не все идет так, как хочется. Что же тогда происходит с ощущением счастья? Можно ли его обнаружить?

Думаю, несомненно, но для этого понадобится обнаружить в себе силы и найти возможность опуститься на глубину, соприкоснуться с той частью души, которая верит, что то, **что я просто живу, это уже «хорошо».** Это очень личное, интимное ощущение счастья, до которого не всегда легко добраться. Да и не очень привычно для нас думать о счастье, когда штормит.

И все-таки важно помнить, что мы постоянно несем в себе ощущение счастья, ощущая, что я могу жить, что я могу принимать участие в чем-то, могу быть рядом с близкими, могу воспринимать, переживать, отдавать, получать, идти вперед, останавливаться, выбирать, могу просто жить.

Быть счастливым – находиться в движении, в динамике жизни.

Счастье – прожить что-то.

Принять свои решения – те, которые подходят именно вам.

Остаться верным себе и открыть себя в этом.

Счастье – быть хорошим для чего-то.

Бесплатную психологическую помощь вы можете получить в фонде «Я люблю жизнь». Для этого оставьте заявку на сайте [ilovelife.ru](http://ilovelife.ru)



## « ОБЩАЯСЬ, МЫ ПОЛУЧАЕМ И ОТДАЕМ ЧТО-ТО ЦЕННОЕ, В ДИАЛОГЕ РОЖДАЕТСЯ ЧУВСТВО НАПОЛНЕННОСТИ, РАДОСТИ, УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ.

ность к близким и доверительным отношениям, основой которых является способность быть восприимчивым как к своему эмоциональному состоянию, так и к чувствам окружающих. Общаясь, мы получаем и отдаем что-то ценное, в диалоге рождается чувство наполненности, радости, удовлетворенности жизнью.

Еще одной возможностью прожить свое «нравится» является деятельность, будь то участие в создании двигателя внутреннего сгорания, выращивание кактусов или приготовление обеда. Ощущение сопричастности, интегрированности, включенности в сообщества и процессы делает жизнь более объемной и содержательной, помогая обнаружить личные смыслы и ценности. **Быть вовлеченным в течение жизни и чувствовать, что это хорошо, – еще одна составляющая часть бытия счастливым.**

Следующая предпосылка к счастливой жизни – это ощущение ценности своей жизни; ощущение, что то, как я живу, какие поступки совершаю, правильно для меня, что я имею право быть таким и следовать велению своего сердца. Только так можно быть самим собой. И если говоря об обнаружении «нравится», мы говорили также об отношениях с другими, о включенности в социум, то, вопросы третьей фундаментальной мотивации вновь разворачивают нас к себе и предлагают обратиться к потаенным глубинам души в поисках ответа на вопросы:

- Что будет хорошо и правильно для меня?
- Что я об этом думаю?
- Если я поступлю именно так, будет ли мне спокойно?
- Чувствую ли я, что поступаю по совести?

окружающими; обращаешь внимание на то, что от тебя требует ситуация; хорошо ли для тебя то, что ты делаешь, есть ли в этом смысл. **Через такое согласование со своим миром, когда человек чувствует себя нужным, жизнь становится более осмысленной, содержательной и интересной.**

Рассмотрев понятие «счастье» через призму четырех фундаментальных мотиваций, можно сказать, что:

- Счастье – это возможность переживать, что мы что-то можем, что нам это нравится, что мы имеем на это право.
- Счастье – это чувствовать себя востребованными, понимая, для чего я делаю то, что делаю.

\*\*\*

Еще несколько интересных мыслей о том, **что может оказывать влияние на ощущение себя счастливым.**

Если смотреть на бытие счастливым через призму сопричастности, ощущение счастья перестает напрямую зависеть от успеха.

Говоря о счастье, неправильным будет упустить из вида такое понятие, как удовлетворенность. Широко распространено мнение, что недовольный человек не может быть счастливым. Ведь недовольный страдает от отсутствия чего-то, в чем он, с его точки зрения, нуждается. А у довольного человека есть чувство, что то, кем он является, и то, что он имеет и рассматривает в своей «жизненной философии» как существенное, соответствует ему.

### ИСТОРИЯ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

# Майкл Дуглас

В Соединенных Штатах Америки есть социальная реклама, направленная на борьбу с онкологическими заболеваниями. В ней человеку сообщают о том, что у него обнаружен рак, и это происходит так, как будто бы его поздравляют с днем рождения: толпа друзей и знакомых, воздушные шары, веселые клоунские носы и конфетти. Все это на фоне того, что «счастливчику» вручают праздничный торт со свечами со словами: «Поздравляем, у вас рак». Это реклама о втором рождении человека, ведь рак коренным образом меняет всю жизнь.

Если через призму этой рекламы говорить о Майкле Дугласе, то первый раз он родился 25 сентября 1944 года, второе рождение актера приходится на август 2010 года, когда у него обнаружили рак горла IV стадии. Впоследствии сообщалось, что на самом деле

актеру был поставлен диагноз – злокачественная опухоль на языке. Но так или иначе он смог перебороть болезнь. Майкл прошел через курс химиотерапии и уже 11 января 2011 года сообщил о том, что ему удалось победить рак.

В немногочисленных интервью того времени Майкл говорил, что рак заставил его пересмотреть жизненные приоритеты: «Я прекрасно понимаю, что это третий акт [пьесы] и нужно чуть больше думать о том, на что тратить время».

Материал подготовлен

Службой помощи онкобольным «Ясное утро»:

8 (800) 100-01-91

[ясноеутро.рф](http://ясноеутро.рф)



Фотография публикуется по открытой лицензии CC BY-SA 3.0

# ГЛИОБЛАСТОМА: ТОЛЬКО САМОЕ ВАЖНОЕ



**ЛОДЫГИНА КРИСТИНА СЕРГЕЕВНА – врач-онколог, химиотерапевт, Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко**

Глиобластома – наиболее часто встречающаяся первичная высокозлокачественная опухоль головного мозга [1]. Несмотря на многочисленные усилия по поиску оптимальных подходов к лечению данного онкологического заболевания, смертность от глиобластомы остается высокой. Даже комплексный подход, сочетающий в себе хирургическое лечение, лучевую терапию, применение химиотерапевтических препаратов, не позволяет добиться значимых успехов в лечении этой болезни и преодолеть двухлетний порог, в течение которого погибают большинство пациентов.

Говоря о проблеме опухолей центральной нервной системы (ЦНС), следует отметить, что в небольшом проценте случаев (5%) данные опухоли могут быть связаны с наследственными факторами, в большинстве же случаев заболевание не имеет явных причин и возникает спорадически [2]. Около 30 тыс. новых случаев опухолей ЦНС диагностируют в России ежегодно. При этом глиобластомы (наиболее неблагоприятные опухоли головного мозга) вы-

являются с частотой примерно 6 на 100 тыс. населения [3].

Интересно, что чаще глиобластомы диагностируются у людей среднего и пожилого возраста, в небольшом проценте случаев заболевание может быть диагностировано у молодых пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. При этом именно глиобластомы молодых пациентов представляют наибольшую сложность, поскольку остаются недостаточно изучены с точки зрения биологических аспектов и терапевтических подходов влияния на опухоль.

Также может представлять интерес тот факт, что глиобластомы у лиц молодого возраста ассоциируются с более благоприятным прогнозом в сравнении с опухолями у детей и лиц пожилого возраста [4]. В зависимости от злокачественности глиомы могут развиваться годами, не проявляя себя какими-либо симптомами, или, наоборот, появляются и развиваются в течение нескольких месяцев (например, глиобластома).

Интересно, что, в отличие от опухолей других локализаций, глиомы (опухоли ЦНС) не метастазируют за пределы головного мозга, хотя описаны случаи распространения опухоли по оболочкам спинного мозга, чаще при глиобластомах.

Основными симптомами опухолей ЦНС могут быть головная боль, головокружение, судорожный синдром. Важно, что, в отличие от других локализаций опухолей (рак кишки, рак простаты и др.), при глиомах не проводят скрининговых диагностических программ по раннему выявлению заболевания, поскольку они неэффективны и не влияют на выживаемость таких пациентов.

Что касается хирургического лечения глиом, их особенностью является невозможность радикального удаления опухоли, поскольку при попытке иссечения максимального объема опухолевой массы возникает риск повреждения соседних структур и отделов головного мозга.

В обычной практике следуют разобраться с характером образования в головном мозге.

Дифференциальную диагностику необходимо провести с неопухолевыми заболеваниями, например, с кровоизлиянием на фоне сосудистой аномалии, воспалительными процессами (абсцесс головного мозга, токсоплазмоз и др.). Кроме этого, следует дифференцировать первичные и метастатические опухоли ЦНС, то есть ситуации, когда первичная опухоль локализуется в другой области организма, а ее метастазы распространяются в головной мозг. Сегодня с использованием МРТ-технологий можно успешно проводить дифференциальную диагностику опухолей ЦНС с другими заболеваниями.

Основным критерием для постановки диагноза опухоли ЦНС является заключение гистологического исследования. Гистоло-

В настоящее время опухоли ЦНС активно исследуются на предмет молекулярных нарушений. Это крайне важное направление в исследовании опухолей центральной нервной системы в целом, поскольку продолжительность жизни пациента и контроль роста глиом могут зависеть от возможностей влияния лекарственных препаратов на «слабые места» опухоли, те механизмы, которые обеспечивают жизнедеятельность опухолевых клеток и создают условия для их дальнейшего роста.

Надо отметить, что молекулярное тестирование при опухолях ЦНС не столь широко представлено, как, к примеру, при раке легкого или других онкологических заболеваниях. Одним из молекулярных нарушений при опухолях ЦНС является мутация в гене BRAF. Впервые данная мутация была обнаружена в 2002 г. в меланомах и в широком спектре других видов рака, включая колоректальный рак. Среди опухолей головного мозга мутация BRAF наиболее часто встречается при плеоморфной ксанстроцитоме (60–70%). Мутация BRAF V600E была обнаружена в эпителиоидной глиобластоме, являющейся агрессивным видом глиобластом, характеризующимся неблагоприятным прогнозом (около 6 месяцев) и частым распространением по мозговым оболочкам [5].

Обнаружение мутации в гене BRAF, особенно при глиобластоме, является важным событием, поскольку позволяет назначить терапию направленного действия, что значительно улучшает прогноз жизни пациента.

Согласно современным представлениям о диагностике и лечении опухолей ЦНС, молекулярное тестирование при глиомах должно быть широко использовано в клинической практике для подбора наиболее оптимальных вариантов терапии пациентов в отсутствие адекватных альтернативных опций медикаментозного лечения. ☺

**ПАЦИЕНТОМ С ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДОЛЖНА ЗАНИМАТЬСЯ КОМАНДА ВРАЧЕЙ С УЧАСТИЕМ НЕЙРОХИРУРГОВ, РАДИОТЕРАПЕВТОВ, ОНКОЛОГОВ, ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ТРЕБУЕТСЯ ПРИВЛЕЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ.**

гические признаки зависят от происхождения опухоли, при этом выделяют гистологические признаки опухолей высокой степени злокачественности, которые отличаются наиболее интенсивным ростом и крайне неблагоприятным прогнозом [3].

Пациентом с опухолью головного мозга должна заниматься команда врачей с участием нейрохирургов, радиотерапевтов, онкологов, при необходимости требуется привлечение врачей смежных специальностей. Стандартными лечебными процедурами у пациентов с первичными опухолями ЦНС в настоящее время являются хирургия, радиотерапия, противоопухолевая лекарственная терапия.

#### Литература

1. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK. WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System. Revised 4th edition. IARC: Lyon. 2016.
2. Zhao YH, Wang ZF, Cao CJ et al. The Clinical Significance of O6-Methylguanine-DNA Methyltransferase Promoter Methylation Status in Adult Patients With Glioblastoma: A Meta-analysis. Front Neurol 2018; 9: 127.
3. Клинические рекомендации. Первичные опухоли центральной нервной системы. 2020.
4. Sturm D, Witt H, Hovestadt V et al. Hotspot mutations in H3F3A and IDH1 define distinct epigenetic and biological subgroups of glioblastoma. Cancer Cell 2012; 22 (4): 425–37.
5. Kazutaka Sugimoto, Makoto Ideguchi, Tokuhiro Kimura et al. Epithelioid/rhabdoid glioblastoma: a highly aggressive subtype of glioblastoma. Brain Tumor Pathology 2016; 33 (2): 137–46. DOI: 10.1007/s10014-015-0243-3.

При поддержке ООО «Новартис Фарма»  
757308/onco/dap/12.23/0

ИСТОРИЯ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

# История Марины, опухоль мозга, в ремиссии с 2014 года



Марина Брысенкова, г. Воронеж

В 2014 году с зимы я стала чувствовать постоянную усталость, потом добавились утренние головные боли. Я тогда не придавала значение тому, что просыпалась и у меня уже болела сильно голова. Все списывала на стрессы: много работы и т.д. Все откладывала визит к врачу!

В апреле я полетела с сыном в Италию, думала, отдохну и все будет хорошо. Но там мне стало еще хуже! По возвращении – опять в работу. Головная боль не проходила. Я стала замечать, что не помню, что было 5–10 минут назад. Мои родители настаивали на МРТ, я поехала его делать. Мне сказали, что это займет около 20 минут, но буквально через 5 минут приостановили диагностику, и молодые девочки с круглыми глазами смотрели на меня и пяtilись назад, не в силах ничего сказать. Я все сразу поняла! Это было 11 мая 2014 года.

На следующий день – повторное МРТ с контрастом. Опухоль правой лобной доли

около 7 см, пошел отек мозга, времени думать не было! Я сразу же через знакомых связалась с врачами в Москве, поехали с

**“ ВЕРЬТЕ В НАШИХ ВРАЧЕЙ! ВЕРЬТЕ В СЕБЯ! РАК ИЗЛЕЧИМ!**

мамой на поезде. Меня положили в отделение нейрохирургии Российского научного центра хирургии им. академика Б.В. Петровского (заведующий отделением – Васильев Сергей Амурабиевич), сделали дообследование, прокололи курс противоопухолевых препаратов и стали готовить к трепанации. Лечение, операция были платными. Не имея я такой возможности, не знаю, что бы было. 22 мая нейрохирург С.А. Васильев и Руслан Салаудиевич

Левин подарили мне второе рождение! За что я всю жизнь буду их благодарить. Диагноз – анапластическая олигодендроглиома мозга Grade 3.

После операции я вернулась в свой город Воронеж и началось лечение: одновременно химиотерапия и облучение. Я была настроена быстрее выздороветь! Меня, конечно, очень поддерживали близкие лю-

хосоматики, взаимосвязи стресса и рака, правильного питания. Я была уверена в своих силах – и ментальных, и физических, и докопалась до сути своей проблемы.

Я в ремиссии 10 лет! Занимаюсь спортом, живу полной жизнью здесь и сейчас, изменились мои ценности, больше времени уделяю близким. Поняла, что самое важное, – быть и жить в настоящем!



ди: родители, муж, сын и друзья. Можно сказать, я достаточно легко пережила 7 курсов хими и 60 Грей облучения. Конечно, выпали волосы, но о них я тогда думала меньше всего. Я себя чувствовала нормально во время лечения. Несмотря на это, похудела на 12 кг. Соблюдала диету.

В момент борьбы с заболеванием я поняла, что это дается нам для того, чтобы мы изменились, многое переосмыслили, стали лучше! Онкологическое заболевание, в первую очередь, – это внутренний конфликт, и я стала разбираться в его причинах, чтобы проработать их и избавиться раз и навсегда! Много читала на тему пси-

Тем, кто только услышал страшный диагноз – злокачественная опухоль мозга, скажу: «Верьте в наших врачей! Верьте в себя! Рак излечим! Будьте спокойны, примите свою болезнь, проанализируйте причину и избавьтесь от нее! Рак победим!»

История предоставлена Фондом «Я люблю жизнь»



## Федерация шахмат России и Ассоциация онкологов России развивают сотрудничество



В рамках проекта «Шахматы против рака» состоялся блицтурнир. Фотография Владимира Барского

Федерация шахмат России и Ассоциация онкологов России продолжают развивать совместный проект «Шахматы против рака».

Проект направлен на консолидацию онкологического сообщества Российской Федерации, популяризацию шах-

матного спорта, раскрытие интеллектуального ресурса и стратегического мышления, объединение прогрессивного мыслительного потенциала в борьбе с раком.

В рамках проекта планируются создание шахматных клубов для врачей и пациентов в лечебно-профилактических учреждениях онкологического профиля, проведение шахматных турниров, соревнований, лекций, игр с признанными мастерами, посещение шахматных выставок и музеев, другие совместные активности.

В субботу 16 декабря врачи и специалисты по онкологии, успешно выступившие на первом онлайн-турнире этого проекта 26 ноября, стали гостями Центрального дома шахматиста на Гоголевском бульваре. Сначала для них состоялась экскурсия по Музею шахмат, которую провела Татьяна Колесникович, потом прошел блицтурнир с призами, в том числе – шахматной литературой из серии «Библиотека ФШР». А завершился вечер небольшим мастер-классом, который провел главный тренер сборных команд России гроссмейстер Сергей Яновский.

Победителями блицтурнира стали:

- 1-е место – Михаил Кузнецов;
- 2-е место – Илья Солдатов;
- 3-е место – Александр Наумов.



Фотография Владимира Барского

Следующее мероприятие проекта планируется провести 4 февраля 2024 года во Всемирный день борьбы с раком.

Источник: [ruchess.ru](http://ruchess.ru)

# Организация документов для онкопациентов: что, как и когда хранить

**Первое, что нужно сделать при постановке онкодиагноза, – завести «домашнюю» папку, а лучше органайзер для документов. Иначе можно запутаться во всех этих анализах, эпикризах, описаниях диагностики и консультациях. Но мало завести такую папку, надо еще и внутри организовать все так, чтобы было просто и быстро найти нужное.**



## Разбираемся с внутренней организацией органайзера

1. Отдельная папка с основными документами (можно копии некоторых документов): полис ОМС, СНИЛС, по социальной карте, справка о противопоказании или вакцинации, справка по инвалидности, анализ с группой крови, рецепты на лекарства – в органайзере все это можно положить в боковые кармашки.
2. Отдельная папка для снимков, дисков.
3. Папка для файлов по текущему. Безусловно, лучше сразу приобрести органайзер, так как документов соберется много, еще снимки/диски, потом документы после лечения, общие документы... В общем, лучше сразу порядок.

## А теперь про внутреннюю организацию папок

Лучше выбирать папки с металлическими пружинными скоросшивателями-кольцами. Так удобно будет доставать/вкладывать файлы с документами. Для дисков (с ПЭТ-КТ, маммографии и т.п.) – отдельную небольшую папочку-карман.

**Файлы у тех, кто на активном лечении и кто уже прошел, будут разные.**

### Папки внутри:

1. Папка с основными документами.
  2. Папка со снимками, дисками.
  3. Папка с документами в период активного лечения (химиотерапия, операция, лучевая терапия, диагностика, эпикризы).
  4. Папка с текущими обследованиями.
  5. Папка с отчетными документами.
- Все файлы внутри папок надо подписать – вложить бумажки с названием, какие в этом файле документы.

## Примеры внутренней организации папок

### Файлы папок для проходящих лечение

Пример, какие файлы были у меня на лечении

#### 1. Папка по лечению:

- первые консультации;
- анализы крови (складывать по порядку ближайшей даты сверху);
- анализы мочи (такой же порядок);
- биопсия, гистология, ИГХ;
- молочные железы: маммография, УЗИ;
- рентген, КТ, сцинтиграфия;
- УЗИ органов брюшной полости и др.;
- консультации специалистов (терапевт, хирург, гематолог и т.д.);
- невролог и обследование ног (из-за полинейропатии);
- операция (консилиум, выписной эпикриз);
- химиотерапия (все выписные эпикризы);
- лучевая терапия (все консультации и выписной эпикриз);
- реабилитация (все консультации, выписной эпикриз);
- справка по инвалидности (копия), ИПРА (+ протокол МСЭК, другие документы);
- прочее (в том числе ответы на заявления).

#### 2. Папка по отчетным документам (если будете оформлять налоговый вычет):

- договоры по платным услугам, лицензии клиник
- чеки по медуслугам;
- чеки по лекарствам.

### Файлы папок для прошедших лечение

К примеру, вот такие файлы и подписи к ним у меня:

#### 1. Папка по прошедшему лечению:

- выписные эпикризы;
- лечащий онколог, консультации;
- невролог, консультации (так как у меня полинейропатия);
- гистология, ИГХ, генетика;
- УЗИ молочных желез, маммография, заключения;
- рентген, КТ, сцинтиграфия;
- УЗИ матки, придатков; кольпоскопия;
- ноги, исследования: УЗИ вен, ЭНМГ;
- сердце: ЭКГ, ЭхоКГ;
- УЗИ: органов брюшной полости, щитовидной железы, лимфоузлов;
- консультации специалистов: онколог ЦАОП, радиолог, гематолог, хирург, терапевт и т.д.;
- выписные эпикризы (операция, химиотерапия, лучевая терапия);
- реабилитация (НИИ): эпикриз, консультации специалистов;
- первые консультации;
- справки по инвалидности прежние;
- прочее (в том числе запросы и ответы на некоторые заявления).

Не храню анализы – показатели есть в выписных эпикризах. Из консультаций специалистов оставила только акцентные. Из частых обследований (например ЭКГ) оставила до начала лечения, на химии и после лечения. УЗИ по такому же принципу. Выписные эпикризы все (операция, химия, лучевая).

#### 2. Папка по текущему:

- анализы крови и мочи;
- ноги (диагностика, консультации невролога);
- сердце (ЭКГ, Холтер);
- онколог, консультации;
- диагностика по молочным железам;
- генетика;
- общая диагностика (УЗИ, консультации);
- КТ, ПЭТ-КТ;
- ИПРА, протокол МСЭК.

#### 3. Папка по отчетным документам

Если вы собираетесь оформлять налоговый вычет (также сохраняете договоры, лицензии клиник, чеки или потом запрашиваете общим документом у клиник).

### Примечание

У вас могут быть свои надписи и очередность файлов в папке – в зависимости от вашего состояния и акцентных осложнений онкозаболевания. Порядок в файлах выбираете, какой вам удобней. Но если выберете папку со скрепляющими кольцами, то не имеет особого значения – с ней удобно и доставать, и вкладывать документы. Поиск облегчат вкладыши с надписями.

## Другие виды организации и хранения документов

Электронные варианты:

1. ЕМИАС – но в ней будут отсутствовать документы по вашим обследованиям в других клиниках (например, не все частные клиники подключены к ней). Как вариант – закачивайте самостоятельно важные документы (там есть такая возможность).
2. Папки в облачных пространствах – можете создать папку, к примеру на Яндекс-диске, и закачивать туда оперативную информацию.
3. Письма – можно отправлять на свой же адрес нужные документы (фотокопии) и в почтовом ящике сохранять в отдельную папку. Только не забывайте писать в теме письма, что за документы отправляете, – иначе запутаетесь.
4. Флешка – принцип тот же, что и описала выше. Лучше сначала создать общую папку по здоровью и в ней подпапки: можно по датам, можно по области исследования (сердце, ноги и т.п.), можно по курсам (кто на химии) и т.д. Не надейтесь на цифровые дубликаты – сохраняйте важные документы с подписями и печатями в бумажном виде. И дублируйте важных документов в электронном виде – как удобный вариант, который всегда будет под рукой, если нужен какой документ. 📄

Больше практической информации по онкологии в Телеграм-канале «ОНКОРУС про ОНКОЛОГИЮ» <https://t.me/onkorus>



Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №6, 2023  
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

### Учредитель:

Рег. номер ПИ №ФС77-83374 от 03.06.2022.

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва,

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

Адрес типографии:

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

### Над номером работали:

Научный руководитель проекта д-р мед. наук А.С. Доможирова

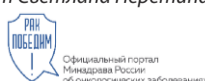
Авторский коллектив

Совет пациентских организаций



Равный онкоконсультант Светлана Неретина

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



Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2023 г.

Газета распространяется бесплатно.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

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

Дата выхода: 29.12.2023

Возрастное ограничение 16+