

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ Гамаюнов Сергей Викторович

Доктор медицинских наук, главный врач ГАУЗ НО НИИКО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер», главный внештатный специалист-онколог министерства здравоохранения Нижегородской области

Читайте на стр. 3

№5 2024

Главная тема номера:
**РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
И ШЕЙКИ МАТКИ**

НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ КАЖДОЙ

Злокачественные новообразования шейки матки и молочной железы являются двумя самыми распространенными и значимыми онкологическими заболеваниями у женщин во всем мире. Они представляют собой серьезную угрозу для здоровья и жизни, но, несмотря на различия в происхождении, патогенезе и методах лечения, они имеют много общего.

Читайте на стр. 4



ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ТОЛЬКО САМОЕ ВАЖНОЕ

Как и другие онкологические заболевания, рак молочной железы (РМЖ) развивается в результате бесконтрольного деления и роста злокачественных клеток. Они растут, распространяются по организму и в конечном итоге истощают организм и отравляют его продуктами своей жизнедеятельности, что может приводить к возникновению сопутствующих нарушений и летальному исходу.

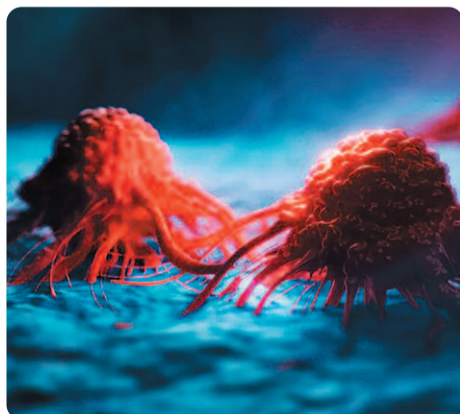
Читайте на стр. 6



КУДА УХОДЯТ МЕТАСТАЗЫ?

Злокачественные новообразования шейки матки являются наиболее часто выявляемыми онкологическими заболеваниями у женщин по всему миру. Одной из серьезных проблем, связанных с течением любого злокачественного процесса, является метастазирование – процесс распространения раковых клеток из первичной опухоли в другие органы и ткани. Такое событие может значительно изменить подход в лечении.

Читайте на стр. 8



ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

НОВАЯ ЭРА В ОНКОЛОГИИ: ФОКУС
НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ >>> 2

НАЛИЧИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ ОПРЕДЕЛЕННЫХ
МУТАЦИЙ МОЖЕТ КАРДИНАЛЬНО
ИЗМЕНИТЬ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ >>> 5

ВСЕ КРАСКИ В ПАЛИТРЕ ЖИЗНИ >>> 7

КАК БОРЬТЬСЯ С ПРИЛИВАМИ >>> 7

СИЛА СООБЩЕСТВА: КАК ЖЕНЩИНЫ
С РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОМОГАЮТ
ДРУГ ДРУГУ >>> 10

ПРАВА ПАЦИЕНТА >>> 12

ИСТОРИЯ ИРИНЫ: «ЖЕЛАЮ ВСЕМ,
КТО В НАЧАЛЕ ПУТИ, ВЕРЫ ВО ВРАЧА,
ВЕРЫ В СЕБЯ И В СВОИ СИЛЫ» >>> 13

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА
ВО ВРЕМЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ >>> 14

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПЕЧЕНИ >>> 15

«ЭТА БОЛЕЗНЬ НЕ ЛЮБИТ,
КОГДА ОПУСКАЮТ РУКИ»:
ИСТОРИЯ АЛЬБИНЫ АБРАМЯН >>> 16

ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



КАК ЛЕЧИТЬ РАК
ШЕЙКИ МАТКИ?

>>> 9



МЫ СИЛЬНЕЕ ВМЕСТЕ –
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОДДЕРЖКА ЖЕНЩИН
С РАКОМ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ И ШЕЙКИ МАТКИ

>>> 11



«БЫЛО ПРОСТО ОЧЕНЬ
СТРАШНО»: КАК РАВНЫЕ
КОНСУЛЬТАНТЫ ПОМОГАЮТ
ЖЕНЩИНАМ С РАКОМ

>>> 14

НОВОСТИ

Новая эра в онкологии: фокус на улучшение качества жизни пациентов



Академик РАН, лауреат Государственной премии Российской Федерации в области науки и технологий, директор МКНЦ имени А.С. Логинова, главный внештатный специалист-онколог Департамента здравоохранения города Москвы **Игорь Хатьков** рассказал о современных возможностях лучевой терапии, которая на сегодняшний день достигла наивысшей степени развития. Она с успехом реализована в МКНЦ имени А.С. Логинова, на базе которого специалисты внедряют самые перспективные разработки. Одна из них – это объединение амбулаторной и стационарной службы, что повысило управляемость лечением и улучшило маршрутизацию пациентов от момента возникновения подозрения на онкозаболевание. Кроме того, в научном центре проводится немало исследований новых лекарственных препаратов, которые имеют большой потенциал выхода на рынок и использования в реальной клинической практике. Модернизация онкологической помощи проходит на фоне тесного взаимодействия и сотрудничества профессиональных медицинских сообществ и административно-управленческого аппарата столицы.

Главный внештатный онколог Северо-Западного Федерального округа, заведующий кафедрой онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, председатель Ассоциации онкологов Северо-Западного Федерального округа, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» **Алексей Беляев** отметил, что сегодня операции на молочной железе стремятся сделать как можно менее инвазивными и бережными. Помимо продления жизни работа врачей направлена на улучшение качества жизни, на предоставление качественной социальной реабилитации. Сегодня активно модернизируются системы диагностики и набирают обороты эндоскопическая и роботизированные технологии, которые позволяют больным быстрее вернуться к привычной жизни и снижают число осложнений. Стремительное развитие медицинских технологий, онкохирургии и передовых методов персонализированной терапии позволяет добиться высокой эффективности лечения и полного регресса опухоли, достигающего 80% при некоторых ее видах, при условии раннего выявления заболевания и качественной реабилитации, а также соблюдения принципов здорового образа жизни. Большую роль в диагностике и терапии играет искусственный интеллект, который улучшает визуализацию тканей, предупреждает о рисках кровотечений, создает виртуальные образы опухоли для ее дальнейшего изучения, участвует в 3D-биопринтинге.

Генеральный директор НМИЦ онкологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН **Олег Кит** посвятил свое выступление психосоматической реабилитации после онкологического лечения. На базе московского научного центра активно внедряются методы восстановления после радикального удаления молочной железы, необходимые для профилактики развития осложнений. С такими пациентками работают реабилитологи и психологи, способствуя улучшению качества жизни этих больных.

В октябре 2024 г., в месяц борьбы против рака молочной железы, состоялся III Национальный конгресс «Национальное здравоохранение 2024», на котором встретились ведущие эксперты в области онкологии. Модератором мероприятия выступил **Андрей Каприн** – один из ведущих ученых в области онкологии и радиологии, доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии наук, академик Российской академии образования. Профессор Каприн отметил, что еще 40 лет назад главной целью любого онколога было спасти пациента, перевести его из «острого» состояния в «хроническое», хотя бы немного продлить жизнь. Сегодня можно смело говорить о наступлении новой эры, связанной с улучшением качества жизни пациентов.

Доктор медицинских наук, заведующий отделом лекарственного лечения опухолей НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина **Антон Снеговой** рассказал о достижениях лекарственной терапии, кардинально изменивших результаты общей выживаемости при онкозаболеваниях. Так, раньше пятилетняя выживаемость в группе больных метастатическим раком молочной железы (РМЖ) варьировала от 10 до 30%, а сегодня

Заместитель директора по организационно-методической работе Медицинского радиологического научного центра имени А.Ф. Цыба, руководитель Центра координации деятельности учреждений регионов РФ в области радиологии и онкологии **Жанна Хайлова** обратила внимание на то, что сегодня актуальными становятся новые практики скрининга и ранней диагностики онкозаболеваний. Модернизации медицинской помощи онкопациен-

“ СЕГОДНЯ МОЖНО СМЕЛО ГОВОРИТЬ О НАСТУПЛЕНИИ НОВОЙ ЭРЫ, СВЯЗАННОЙ С УЛУЧШЕНИЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ”

результаты улучшились практически в 1,5 раза. Кроме того, наличие таблетированных препаратов с хорошим профилем безопасности для терапии определенных типов РМЖ позволяет осуществлять терапию в условиях дневного стационара или амбулаторно, что дает возможность пациенткам придерживаться привычного ритма жизни.

Руководитель координационного центра по реализации мероприятий Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» рассказал о принципах обработки данных онкобольных и об активном использовании для этого искусственного интеллекта. Так, иссле-

там способствует не только привлечение высокотехнологичной помощи и смежных специалистов – генетиков, кардиологов, гастроэнтерологов и т.д., но и реализация Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», которая показала ощутимые результаты. Благодаря совершенствованию нормативной базы, оптимизации маршрутизации пациентов и оснащению медицинских учреждений современным оборудованием, а также развитию телемедицины и повышению доступности инновационных препаратов значительно укрепилась позиция системы здравоохранения в противодействии наиболее распространенным видам рака, в частности РМЖ.



дователи, работающие в Санкт-Петербурге, сопоставляют данные лабораторных исследований и информацию из системы ОМС и получают точную клиническую и лабораторную картину заболевания. Активно развивается телемедицина, с помощью которой врач может дистанционно помочь больному на основании представленных искусственным интеллектом данных о течении болезни.

В России активно реализуются программы, направленные на повышение осведомленности населения о первых признаках онкологических заболеваний и необходимости своевременного медицинского обследования. Активная работа по этим направлениям ведется практически во всех регионах страны, что способствует улучшению качества жизни онкологических пациентов.

Гамаюнов Сергей Викторович: «Диспансеризация, полноценное обследование и своевременное лечение помогают быстро вернуться к полноценной жизни»



Гамаюнов Сергей Викторович
 Доктор медицинских наук, главный врач
 ГАУЗ НО НИИКО «Нижегородский областной
 клинический онкологический диспансер»,
 главный внештатный специалист-онколог
 министерства здравоохранения
 Нижегородской области

– Уважаемый Сергей Викторович, как заподозрить злокачественный процесс в области молочных желез и шейки матки?

– На самом деле проходить регулярное обследование нужно ежегодно, в рамках диспансеризации, независимо от наличия или отсутствия симптомов. Рак шейки матки и рак молочной железы — это те заболевания, которые могут быть выявлены на ранней, доклинической стадии, так как специфические симптомы долгое время могут отсутствовать, поэтому их практически невозможно обнаружить самостоятельно. В случае прогрессирующего злокачественного процесса в шейке матки характерными симптомами являются кровянистые выделения из половых путей, возможны болезненные ощущения во время полового акта. Для молочной железы характерны изменения кожи, кровянистые выделения из соска, наличие уплотнений в молочной железе или подмышечной области. Наличие этих симптомов говорит о необходимости срочной консультации врача и обследования.

– Кто входит в группу риска по раку шейки матки и раку молочной железы?

– Учитывая то, что более 90% рака шейки матки связано с вирусом папилломы человека, то здесь в группе риска находятся женщины с большим количеством половых партнеров, так как возрастает вероятность инфицирования. Если говорить о раке молочной железы, то это, в основном, заболевания, связанные с гормональным воздействием на клетки протоков молочной железы. Таким образом, особое внимание следует уделить женщинам, у которых менопауза началась рано, а менопауза наступила поздно, а

также тем, кто мало рожал и недолго, либо совсем не кормил грудью, и женщинам с избыточной массой тела.

– Врач обнаружил фиброаденому и предлагает пункцию для уточнения диагноза. Правда ли, что она может переродиться в рак?

– На сегодняшний день считается, что истинные фиброаденомы крайне редко перерождаются в злокачественные новообразования. Кроме того, методы мультимодальной диагностики позволяют получить данные о структуре фиброаденомы, кровотоке в этом образовании и с большой долей вероятности определить ее природу и необходимость выполнения пункции.

– Что такое мультимодальная диагностика рака молочной железы?

– Мультимодальная диагностика — это сочетание нескольких видов обследования пациента в рамках одного посещения, позволяющая ответить на наибольшее количество вопросов касательно заболевания и его распространенности. Сейчас во многих крупных онкологических центрах работают такие врачи-мультимодальные диагносты, способные в одном кабинете провести женщине все варианты обследований, а именно: физикальный осмотр,

причем на сегодняшний день в медицинскую практику широко вошло применение иммунотерапии, таргетной терапии. Часто к нашему лечению мы добавляем лучевую терапию при необходимости.

– Как подготовиться к лечению?

– Обнаружение злокачественного процесса, в любом случае, не позволяет нам сразу принять решение об оптимальной схеме лечения. Во-первых, необходимо провести полное комплексное обследование, чтобы понимать распространенность этого процесса, изменения в лимфатических узлах, наличие отдаленных метастазов, биологический подтип опухоли. Безусловно, необходимо понимать, существуют ли какие-то другие сопутствующие заболевания, которые нужно учитывать при назначении лечения. Однако сразу стоит настраиваться на длительное лечение. Даже если мы не можем вылечить пациента окончательно, то сможем перевести заболевание в хроническую стадию с сохранением качества жизни, а при ранних стадиях речь идет вообще о полном излечении.

– Возможна ли беременность и грудное вскармливание после лечения рака шейки матки или молочной железы?

« НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ НИ РАК ШЕЙКИ МАТКИ, НИ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ЭТО НЕ ПРИГОВОР, А ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ ХОРОШО ПОДДАЮТСЯ ЛЕЧЕНИЮ »

ультразвуковое исследование (УЗИ), маммографию, пункцию подозрительного участка под контролем УЗИ и дать окончательное заключение. Раньше это были разрозненные обследования, разделенные по разным кабинетам, и это, конечно, доставляло определенные неудобства.

– Могу ли я в случае обнаружения злокачественного процесса пройти лечение не по месту жительства? Как это сделать?

– Конечно, ведь наша система здравоохранения позволяет проходить лечение в рамках ОМС не только в том регионе, где проживает пациент, но и в федеральных центрах. Для этого необходимо обратиться по телемедицинской консультации либо приехать на очный прием. Кроме того, пациент может обратиться и в частную клинику. Это тоже широко практикуется.

– Какие существуют методы лечения злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки? Есть ли метод, вытеснивший все остальные?

– Для этих заболеваний применяются стандартные методы, используемые в онкологии: хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия. Все зависит от стадии заболевания и ее биологического подтипа. Однако если обнаружить злокачественный процесс на ранней стадии, то объем вмешательства будет небольшим, будь то удаление части шейки матки или небольшой части молочной железы, что может привести к полному излечению без внешних изменений или нарушения функции органов.

– Для чего определяют тип рака молочной железы и шейки матки?

– Это более актуально для рака молочной железы, так как от типа заболевания будет зависеть лечение, которое будет проводиться у этой пациентки, и его последовательность. При раке шейки матки таких различий гораздо меньше, так как 90% плоскоклеточного рака связано с вирусом папилломы человека. Однако при обнаружении другой этиологии, конечно, будут и другие подходы к лечению.

– А если процесс уже распространенный?

– Если процесс уже распространен, то помимо хирургического лечения мы используем лекарственную терапию,

– Да, учитывая те успехи, которые достигнуты в лечении онкологических заболеваний, наши пациентки все чаще и чаще задают этот вопрос, потому что после излечения они хотят иметь полноценную жизнь и семью, а также иметь возможность рожать детей. При раке шейки матки разработаны такие методы хирургического лечения, когда удаляется только шейка матки, но при этом сама матка сохраняется. Таким образом, у женщины сохраняется возможность выносить ребенка. При раке молочной железы, если мы говорим про ранние стадии, то у нас есть большие надежды на то, что мы сможем успешно контролировать это заболевание, чтобы после завершения лечения женщина смогла забеременеть и родить ребенка. Более того, сейчас, если речь идет о молодой женщине, у которой еще нет детей, то решение вопроса о репродуктивной функции до начала лечения обязательно. Существуют различные программы, позволяющие заморозить яйцеклетку или эмбрион и в последующем использовать этот материал для рождения ребенка.

– Существует ли реабилитация после удаления молочной железы или операции на шейке матки?

– Пожалуй, после лечения злокачественного новообразования молочной железы вопрос реабилитации более актуален. Однако благодаря щадящим методикам хирургического лечения и лучевой терапии вред для окружающей молочную железу здоровой ткани существенно снижен. Поэтому таких осложнений, как лимфостаз окружающих тканей, становится значительно меньше. Но любое вмешательство так или иначе влияет на функцию верхней конечности, поэтому женщины с раком молочной железы — это та группа пациенток, которая в наше время наиболее активно включается в программу реабилитации, содержащей в себе различные методики массажей, бинтования, психологическую поддержку. После объемных вмешательств в области малого таза, мочевого пузыря и кишечника разработаны свои программы, направленные на восстановление нормальной работы смежных органов.

– Сергей Викторович, благодарим Вас за столь подробные ответы!

Необходимо знать каждой

Злокачественные новообразования шейки матки и молочной железы являются двумя самыми распространенными и значимыми онкологическими заболеваниями у женщин во всем мире. Они представляют собой серьезную угрозу для здоровья и жизни, но, несмотря на различия в происхождении, патогенезе и методах лечения, они имеют много общего.



В данной статье мы рассмотрим ключевые аспекты, связанные с опухолями шейки матки и раком молочной железы, включая их типы, факторы риска, симптомы, методы диагностики и современное лечение. Понимание этих вопросов важно для повышения осведомленности о профилактике и раннем выявлении этих заболеваний. Необходимо отметить, что рак – наиболее частый гистологический тип этих опухолей.

Рак шейки матки – это злокачественное новообразование, чаще всего возникающее в органах малого таза. Шейка матки является нижней частью матки, соединяющей ее с влагалищем, она играет важную роль в женском организме, обеспечивая функции, необходимые как для репродуктивной способности женщины, так и для психологического здоровья женщины, состоящей в близких отношениях.

По данным Всемирной организации здравоохранения и Международного агентства по исследованию рака (IARC), в 2020 г. рак шейки матки стал четвертым по распространенности среди женщин во всем мире: было зарегистрировано более 600 тыс. новых случаев и более 340 тыс. смертей от этого заболевания.

Наиболее высокая распространенность рака шейки матки наблюдается в развивающихся странах, где доступ к скрининговым программам и вакцинации против вируса папилломы человека ограничен, а также отмечается невысокий уровень культуры межполовых взаимоотношений и знаний об инфекциях, передающихся половым путем. В странах с высокоразвитыми системами здравоохранения уровень заболеваемости и смертности от рака шейки матки значительно ниже, в том числе благодаря программам ранней диагностики и вакцинации.

Согласно гистологической классификации опухолей различают два вида рака шейки матки: плоскоклеточный рак и аденокарциному, а также интраэпителиальное поражение (предраковое состояние), при котором обнаруживаются аномальные клетки плоского эпителия шейки матки. Кроме того, встречаются опухоли железистого эпителия и нейроэндокринные опухоли. Хотя последний весьма редкий вид поражения.

Плоскоклеточный рак шейки матки – это один из наиболее распространенных типов рака шейки матки, который возникает из плоских клеток, выстилающих шейку матки. Этот вид рака представляет собой около 70–90% всех случаев рака шейки матки и зачастую ассоциируется с инфекцией вируса папилломы человека.

Плоскоклеточный рак шейки матки делится на два основных подтипа: **кератинизирующий** (ороговевающий), когда клетки приобретают способность образовывать кератин, что зачастую делает такую опухоль более агрессивной, и **некератинизирующий** (неороговевающий).

Аденокарцинома шейки матки – это вид рака, который менее распространен, чем плоскоклеточный рак шейки матки, однако его частота в последние годы увеличивается. Аденокарцинома шейки матки составляет примерно 10–30% всех случаев рака шейки матки и развивается из железистого эпителия.

Также различают 3 вида рака шейки матки по дифференцировке патологических клеток.

- **Высокодифференцированный.** Патологические клетки незначительно отличаются от здоровых. Опухоль медленно растет и редко или поздно дает метастазы.
- **Умеренно дифференцированный.** Атипичные клетки имеют заметные отличия от нормальных, риск метастазирования высокий, рост опухоли происходит со средней скоростью.
- **Низкодифференцированный.** Злокачественные клетки существенно отличаются от окружающих тканей, практически потеряна первичная структура исходных клеток, опухоль агрессивная и быстрорастущая.

Рак молочной железы – это заболевание, возникающее при появлении злокачественных клеток в тканях молочной железы. Это один из самых распространенных видов рака среди женщин, но у мужчин также может возникать рак грудной железы, хотя и гораздо реже, примерно 1 случай у мужчин на 50–100 случаев у женщин.

Рак молочной железы включает несколько типов, которые могут различаться по происхождению, агрессивности и метастазированию. Вот основные виды рака молочной железы:

1. Неинвазивный или инвазивный рак грудных протоков – протоковый рак (или карцинома), который может как проникать в окружающие ткани, так и находиться в пределах пораженной области. К нему же относится и тубулярный рак, встречающийся крайне редко.
2. Неинвазивный или инвазивный рак долек молочной железы – дольковый рак (карцинома).
3. Смешанный рак, содержащий как протоковые, так и дольковые компоненты.
4. Другие разновидности опухолей молочной железы:

- **папиллярный рак**, характеризующийся наличием пальцевидных выростов;
- **медуллярный** – этот тип рака имеет более мягкие, «медуллярные» (т.е. мозговидные) клеточные структуры и может иметь лучший прогноз по сравнению с другими, более агрессивными формами рака;
- **саркома мягких тканей** – не относится по своей структуре к ракам, развивается из соединительных тканей молочной железы (очень редко), а также встречаются опухоли нервов и сосудов, питающих молочную железу.
- 5. Относительно рецепторного статуса различают: HER2-негативный рак – имеет плохой прогноз и требует специальной терапии и подбора препаратов, и HER2-позитивный рак. Последний вид рака имеет высокий уровень экспрессии белка HER2, что делает его агрессивным, но поддающимся целевой терапии.
- 6. **Метастатический рак молочной железы.** Это состояние, когда рак молочной железы распространился на другие органы и ткани вне молочной железы, например на кости, печень или легкие. Также не редки случаи распространения опухоли в парный орган – другую молочную железу или лимфатические узлы противоположной стороны. Факторами риска возникновения данных заболеваний являются:

- курение;
- избыточная масса тела или ожирение;

- раннее начало менструаций и поздняя менопауза, а также малое количество родов и кормления грудью;
- заражение инфекциями, передающимися половым путем, в том числе вирусом папилломы человека;
- частая смена половых партнеров;
- генетические мутации – наличие мутаций в генах BRCA1 и BRCA2;
- отягощенная наследственность по аналогичным злокачественным заболеваниям.

Совокупно образ жизни – курение, избыточная масса тела и недостаток физической активности – определяет высокий риск развития этой онкологической патологии.

ВАЖНО ПОМНИТЬ

Диагностика рака молочной железы и шейки матки любого происхождения включает:

- **Ежегодный профилактический осмотр** специалистом и диспансеризацию. На данном этапе осуществляется осмотр, во время которого могут быть обнаружены новообразования, изъязвления, изменения пораженного органа либо наличие патологических выделений. Нормальный внешний вид не исключает наличия злокачественного процесса, поэтому физикальный осмотр сочетается с забором материала для цитологического исследования.
 - **Цитологическое исследование.** Суть анализа заключается в том, что врач с помощью специального инструмента (щеточки) забирает материал с шейки матки или иглы – для молочной железы, наносит его на стекло или в специальную жидкостную среду, которое потом подвергается изучению с целью обнаружения клеток с измененной структурой. Цитологическое исследование отделяемого с поверхности шейки матки производится в обязательном порядке в рамках диспансеризации, в то время как молочная железа без выделений не обследуется с помощью этого метода. При выделениях из соска или наличия язвенного дефекта может производиться мазок-отпечаток.
 - **Кольпоскопия** – это осмотр шейки матки под большим увеличением с помощью специального аппарата (кольпоскопа). Шейка матки обрабатывается раствором Люголя и уксусной кислотой, которые по-разному окрашивают здоровую и пораженную слизистую.
 - **Маммография** – это ежегодное стандартное обследование молочной железы в рамках диспансеризации у женщин старше 45–50 лет.
 - **Ультразвуковое исследование** молочной железы помогает выявить структуру образования в молочной железе при обнаружении подозрительных участков. Используется у молодых женщин, а также в качестве дополнительного метода после маммографии.
 - **Биопсия** – это забор и специальный микроскопический анализ ткани для определения наличия раковых клеток любой локализации.
 - **Магнитно-резонансная томография** может использоваться для более детальной оценки ракового процесса и наличия метастазов.
- Профилактика рака молочной железы и шейки матки включает:
- регулярное самообследование и профилактический осмотр у врача;
 - вакцинацию от вируса папилломы человека у девочек;
 - поддержание здорового образа жизни, включая сбалансированное питание и достаточную физическую активность;
 - ограничение потребления алкоголя и отказ от курения;
 - консультации с врачом по результатам генетического тестирования, если есть семейная история рака молочной железы.

Необходимо помнить, что злокачественные или пограничные процессы могут быть успешно излечимы при ранней диагностике, поэтому так важно регулярно проходить медицинские обследования и быть внимательными к своему организму. При любых подозрительных симптомах – обратитесь к врачу!

Источники

1. Всемирная Организация Здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets> (Дата обращения 20.11.2024)
2. Интернет-портал российского общества клинической онкологии. URL: <https://www.rosoncology.ru/> (Дата обращения 20.11.2024)

ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Наличие или отсутствие определенных мутаций может кардинально изменить план лечения



Представление о диагностике онкологических заболеваний сильно изменилось за последние годы. Сегодня, чтобы назначить лечение, врачу недостаточно определить наличие злокачественных клеток, поэтому необходимы дополнительные исследования. Особенно критично узнать все об опухоли, если болезнь прогрессирует. О подходах к диагностике «женских» типов рака мы поговорили с **Анастасией Сергеевной Мочаловой**, кандидатом медицинских наук, врачом-онкологом, химиотерапевтом.

струаций, более внизу живота вместе с необъяснимой потерей массы тела и слабостью. Все эти симптомы могут встречаться не только при онкологических заболеваниях, но установить их причину и пройти лечение нужно в любом случае. Раннее выявление дает нам больше шансов на полное излечение. Но, к сожалению, около 30% пациенток узнают о своем диагнозе на продвинутой стадии. В этом случае особенно важно установить точный тип опухоли, чтобы подобрать оптимальную схему лечения. Генетические мутации, фенотип опухоли могут коренным образом влиять на течение, эффективность лечения и прогноз заболевания.

– Вы говорите о методах молекулярного генетического исследования?

– Да. Благодаря различным тестам врач-онколог может получить так называемый паспорт опухоли, который позволит проанализировать все значимые генетические изменения в контексте онкологического заболевания. Для

новационные методы научного тестирования, которые исследуют более 300 онкозначимых мутаций, действительно оправданы в современных реалиях.

– Всем ли пациентам нужны такие расширенные методы тестирования?

– Нет, не всем. КГП может быть показано в первую очередь, если заболевание выявлено на поздней стадии, либо в случае рецидива или неэффективности терапии. Исследование позволяет найти ответ на вопрос, почему болезнь вернулась или по какой причине назначенное лечение не приносит результата. Вполне возможно, что разгадка в том, что стандартная терапия не подходит пациенту из-за специфической генетической картины опухолевого процесса и тактику лечения нужно поменять. При этом, для наиболее точной диагностики, необходимо исследовать наиболее свежий гистологический материал, выполнять исследования по выявлению максимально возможного числа геномных изменений в очаге патологи-



МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ГЕНОМНОГО ПРОФИЛИРОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАТЬ ПОДХОД К КАЖДОМУ ПАЦИЕНТУ



– Анастасия Сергеевна, в чем специфика «женских» онкологических заболеваний – рака молочных желез и репродуктивной системы?

– Хотя это большая группа заболеваний и специфические характеристики каждого из них разнообразны, объединяет их то, что это органы, подверженные постоянным гормональным изменениям в течение жизни женщины. Злокачественные новообразования, характерные для женщин, делят на рак женских репродуктивных органов (влагалище, вульва, матка, шейка матки, яичников) и рак молочной железы (преимущественно для женщин, у мужчин рак грудной железы – менее 1%).

Рак молочной железы – самый распространенный тип рака у женщин среди всех видов рака. Рак тела матки является наиболее часто встречающейся опухолью женской репродуктивной системы. Следующий по распространенности – рак шейки матки. Рак яичников – третий по числу новых случаев. Рак вульвы и влагалища относят к одним из редких злокачественных новообразований женских половых органов.

– Как распознать рак на ранней стадии, какие анализы нужно сдавать и какие обследования проходить?

– Начнем с того, что на ранних стадиях онкологических заболеваний симптомов еще нет, поэтому очень важно проходить регулярные профилактические обследования, даже если ничего не беспокоит. Осмотр врача акушера-гинеколога, ультразвуковое исследование малого таза и молочных желез, маммография после 40 лет, цитологическое исследование мазков из цервикального канала и шейки матки, а также самообследование груди в домашних условиях.

Если вы заметили уплотнение в молочной железе, втяжения и выделения из соска, огрубение кожи в области молочной железы, появление в подмышечной области плотных лимфатических узлов, то нужно обязательно показаться маммологу в самое ближайшее время. Со стороны гинекологии не стоит игнорировать возникновение кровянистых выделений между менструациями, после полового акта и в менопаузе, обильных и длительных мен-

решения этой задачи существуют различные методы, от стандартных (ИГХ, ПЦР, FISH) до инновационных, таких как комплексное геномное профилирование (КГП). Стандартные тестирования достаточно ограничены в объеме изучения мутаций, так как исследуют лишь отдельные участки гена. Метод КГП же дает возможность в рамках исследования одного биоматериала (парафиновый блок/ гистологический срез или кровь) обнаружить все возможные генетические изменения в более 300 онкозначимых генах, важных для понимания течения онкологического процесса. Так что КГП позволяет нам персонализировать подход для выбора или коррекции тактики терапии пациента. Еще одним преимуществом этого метода являются сжатые сроки получения результатов – в течение месяца с даты передачи образцов в клинику мы получаем расширенную информацию о заболевании.

– Неужели для всех 300 мутаций сейчас есть специфическое лечение?

– Действительно, основные геномные изменения, важные для подбора терапии, насчитывают порядка нескольких десятков мутаций в генах. И это много, потому что существует достаточно большое количество опций для выбора эффективной тактики лечения этих опухолей. Но надо помнить, что исследования и разработка новых молекул таргетных препаратов, а также клинические рекомендации постоянно обновляются, поэтому важно рассматривать полученный результат с прицелом на будущее. Бывает, что нужный препарат все-таки находит своего пациента. И второй важный момент – случается так, что генетические находки пациенток с онкогинекологическими заболеваниями содержат в себе мутации, не характерные для того или иного типа опухоли. То есть, если бы мы взяли исследование с узкой панелью только для изучения типичных для такого рака мутаций, мы не знали бы об этой особенности и не назначили бы нужное лечение. Так что ин-

ческого изменения (особенно актуально для тех случаев, когда единичные изменения генов уже были проверены). Однако следует помнить, что назначение любого тестирования делает лечащий врач, опираясь на данные анамнеза и стадии онкологического процесса. Поэтому не спешите заказывать и выполнять исследование без консультации с лечащим врачом. А в сложных клинических ситуациях может потребоваться получение второго мнения, в том числе привлечение других профильных специалистов (генетик, молекулярный биолог и др.). Именно такой мультидисциплинарный подход позволит рационально подойти к подбору эффективной тактики лечения и контролю заболевания.

– Какие ограничения существуют при необходимости выполнения генетического тестирования опухоли у пациенток с онкогинекологическими заболеваниями?

– В первую очередь это длительность выполнения большинства тестов. Например, время на проведение рутинного патоморфологического тестирования в среднем может занимать более 1-й недели. Для выбора тактики лечения может потребоваться несколько молекулярно-генетических исследований, зачастую выполняемых последовательно и требующих дополнительного времени. Следующий фактор, с которым может столкнуться пациентка (особенно с длительным анамнезом заболевания), – это отсутствие либо недостаточный объем биологического материала. В таком случае лечащий врач принимает решение о целесообразности назначения комплексного геномного профилирования, в котором одновременно будет тестироваться большое количество онкозначимых генов. И как уже было сказано, назначение любых молекулярно-генетических исследований – это решение лечащего врача.

– Анастасия Сергеевна, благодарим Вас за столь подробные ответы!

Диагностика рака молочной железы: только самое важное

Как и другие онкологические заболевания, рак молочной железы (РМЖ) развивается в результате бесконтрольного деления и роста злокачественных клеток. Они растут, распространяются по организму и в конечном итоге истощают организм и отравляют его продуктами своей жизнедеятельности, что может приводить к возникновению сопутствующих нарушений и летальному исходу.



РМЖ – часто весьма агрессивная опухоль, без лечения она быстро растет и распространяет метастазы, поэтому очень важно начинать лечение своевременно, а для этого необходимо выявить заболевание уже на ранней стадии, когда опухоль не вышла за пределы первичного очага.

Важно понимать, что лучше всего поддаются лечению опухоли, обнаруженные на ранних стадиях, когда очевидных проявлений заболевания еще нет. В этом случае обнаружить опухоль можно только на профилактическом обследовании у маммолога при проведении ультразвуковой диагностики (для молодых женщин) или маммографии (для женщин старше 45 лет). И ни в коем случае нельзя пропускать это исследование, потому что самые маленькие уплотнения и опухоли можно обнаружить только с помощью специального оборудования.

Какие симптомы могут указывать на РМЖ?

- Уплотнение/опухоль/узел в ткани молочной железы. Важно приучить себя периодически проводить самостоятельное обследование груди. До сих пор большинство женщин находят опухоль у себя в груди самостоятельно благодаря привычке самообследования.
 - Опухоль чаще плотная, даже твердая. Она плотно срастается с тканями и не «перекатывается» под кожей. Нередко кожа вокруг опухоли натягивается и образуется «втяжение» – морщинистость, похожая на шрам от ожога или лимонную корку. При запущенных процессах возможно изъязвление кожи над опухолью и появление незаживающей ранки (язвы).
 - Обычно опухоль безболезненна.
 - Увеличенный плотный лимфоузел в подмышечной зоне может быть симптомом рака, но в отличие от лимфоузла, который реагирует на воспаление, при раке он не болит и не исчезает при лечении противовоспалительными препаратами.
 - Возможны кровянистые выделения из соска или его деформация.
- Следует различать симптомы, характерные для распространенных форм опухоли, к ним относятся:
- заметная на глаз деформация кожи молочной железы над определяемой опухолью (особенно при осмотре с поднятыми вверх руками);
 - выраженный симптом втяжения кожи над опухолью;
 - симптом «лимонной корки» над опухолью или за ее пределами;
 - выраженное утолщение соска и складки ареолы;
 - втяжение соска;
 - выделения из соска;

- деформация молочной железы, уменьшение или увеличение ее размеров, изменение ее формы, подтягивание ее вверх, фиксация к грудной стенке;
- множественные плотные малоподвижные или неподвижные лимфатические узлы в подмышечной области на стороне опухоли, иногда сливающиеся друг с другом;
- плотные надключичные лимфатические узлы на стороне поражения.

Первичная диагностика

Диагностика заболеваний молочной железы, в том числе и опухолевых, основывается на осмотре молочных желез, их пальпации и инструментальном обследовании – маммографии, ультразвуковом исследовании, дуктографии, пункции узловых образований с последующим цитологическим, гистологическим и при необходимости иммуногистохимическим исследованием. Такие методы, как рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (МРТ) молочных желез могут быть использованы с целью комплексной диагностики заболеваний молочных желез в сложных случаях. Но, учитывая трудоемкость этих обследований, их высокую стоимость, они ограничены в применении для первичной диагностики патологических состояний молочных желез.

Коротко разберем основные методы инструментальной диагностики.

- **Маммография** – это рентгенография молочной железы без применения контрастных веществ, выполняемая в двух проекциях для каждой молочной железы. Маммографию проводят в первую фазу менструального цикла (на 5–12-й день менструального цикла). Женщинам, находящимся в менопаузе, маммографическое обследование производят в любое время.
- **Ультразвуковое исследование (УЗИ)** молочных желез – наиболее информативно у женщин до 35–40-летнего возраста. Рекомендуется выполнять УЗИ в первую фазу менструального цикла (на 5–12-й день). Женщинам, находящимся в менопаузе, исследование производят в любое время.
- **Дуктография** – метод рентгеновского исследования с введением контрастного вещества в протоки молочной железы. Показанием к данному исследованию является наличие у пациентки кровянистых или серозных выделений из соска, когда причину их возникновения с помощью клинических методов и обычной маммографии выявить не удастся. До проведения дуктографии обязательно проводят цитологическое исследование выделений протоков молочной железы.
- **Соноэластография** – относительно новый метод визуализации мягких тканей на основе различий характеристик их упругости, при котором с помощью ультразвуковой волны и небольшой механической компрессии можно определять степень деформации ткани органа. При этом мягкие части ткани деформируются в большей степени, а твердые – в меньшей.
- **МРТ молочных желез** – преимущества данного метода заключаются в высокой разрешающей способности и контрастности отображения мягкотканых элементов, неинвазивности, возможности получения изображения в любой произвольной плоскости без механических перемещений.
- **Рентгеновский томосинтез** – новый и особый вид маммографического исследования, в котором сочетаются принципы маммографии и 3D-моделирования объема молочной железы из послойных рентгеновских снимков (срезов). Таким образом, врач может не только оценить объем опухоли и ее местоположение, но также и просмотреть видеополученный из сделанных снимков и оценить структуру новообразования. Этот метод по своей эффективно-

сти превышает стандартную маммографию, но далеко не все медицинские организации располагают таким оборудованием. Поэтому на такое исследование в ряде случаев направляются пациентки для уточнения результатов предыдущего лучевого обследования, при подозрении на злокачественную опухоль.

При обнаружении узлового новообразования или подозрительного участка в молочной железе необходимо выполнение биопсии этого очага с целью его морфологической верификации. Часто пункция образования молочной железы производится под контролем УЗИ.

Биопсия молочной железы – метод исследования, с помощью которого врач забирает кусочек тканей или жидкость из подозрительного участка молочной железы.

Биопсия молочной железы бывает трех типов:

- тонкоигольная аспирация (пункционная биопсия);
- толстоигольная биопсия (трепанобиопсия);
- хирургическая биопсия (удаление части или всей опухоли).

Полученный кусочек ткани изучают под микроскопом (гистологическое исследование), чтобы выяснить, есть ли в нем злокачественные клетки. Гистологическое исследование позволяет также определить источник раковых клеток, выяснить, где они зародились первоначально (в протоках, дольках или других структурах молочной железы).

Имуногистохимия раковых клеток – метод исследования, при котором с помощью специального окрашивания гистологического материала определяется очень важная для лечения характеристика раковых клеток – наличие на их поверхности особого белка-рецептора человеческого эпидермального фактора роста второго типа – HER2.

Выделяют следующие биологические подтипы рака молочной железы:

- люминальный или гормоночувствительный (HER2-позитивный и HER2-негативный);
- нелюминальный HER2-позитивный;
- трижды негативный.

Наиболее благоприятный по течению – люминальный HER2-негативный рак. В опухоли есть рецепторы к гормонам эстрогену и прогестерону. Данный тип рака отвечает на гормонотерапию, но мало восприимчив к химиотерапии.

HER2-позитивный рак молочной железы – в опухоли есть рецепторы к человеческому эпидермальному фактору роста (HER2). Отвечает на таргетную терапию препаратом Трастузумаб.

Самый неблагоприятный по течению рак молочной железы – трижды негативный. В опухоли нет ни гормональных рецепторов, ни рецепторов HER2, и поэтому она маловосприимчива к стандартной противоопухолевой лекарственной терапии.

Оценка степени распространения опухоли

Для оценки степени распространения опухолевого процесса используют следующие методы обследования пациентов:

- рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки;
- УЗИ и компьютерная томография органов брюшной полости;
- консультация гинеколога, УЗИ или МРТ органов малого таза;
- остеосцинтиграфия – системное исследование всей костной системы при помощи радиофармпрепаратов;
- МРТ головного мозга (в случае появления симптомом поражения центральной нервной системы: головные боли, изменение поведения, изменение походки, гемипарез и др.);
- лимфосцинтиграфия;
- позитронно-эмиссионная томография.

Эти методы призваны оценить наличие регионарных и отдаленных метастатических очагов, часто не проявляющихся клинически. Также эти методы используются и в последующем времени – для оценки эффекта от проводимого специального лечения и при диспансерном наблюдении за пациентами.

Все краски в палитре жизни

Слова Виктора Франкла «жизнь не в том, чтобы жить, а в том, чтобы чувствовать, что живешь» — подходящий девиз для обсуждаемой деликатной темы, не правда ли?

Развитие генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) – такой неприятный, но, казалось бы, несущественный минус в жизни женщины, поборовшей рак. Но это совсем не так. Достижения современной онкологии привели к значительному увеличению числа женщин, которые не имеют клинических проявлений злокачественной опухоли и хотят жить не только долго, но и хорошо. Сексуальные дисфункции, одно из проявлений ГУМС, ведут к снижению самооценки, невротизации, возникновению депрессивных состояний, нарушению интимной жизни, угрожают семейному благополучию.

Что обсуждаем?

ГУМС – это целый комплекс симптомов, связанных с развитием атрофических изменений в тканях влагалища и вульвы, мышцах тазового дна, связочном аппарате матки, а также в нижних мочевыводящих путях. Женщин мучают такие проявления, как сухость влагалища, жжение, раздражение, контактные кровянистые выделения, диспареуния (боль и дискомфорт во время полового акта), нарушение мочеиспускания, частые инфекции мочевыводящих путей.

Кто страдает от ГУМС?

ГУМС – частый спутник женщин перименопаузального возраста, находящихся в процессе гормонотерапии по поводу рака молочной железы (РМЖ), особенно ингибиторами ароматазы. Иногда синдром до того тяжел, что некоторые женщины бросают принимать препарат, что влияет на эффективность противоопухолевого лечения.

Женщины с хирургической менопаузой (после овариэктомии) – еще одна фокусная группа, требующая коррекции ГУМС. Проведение лучевой терапии на область таза не только подавляет функцию яичников, но и негативно влияет на состояние влагалища. Ситуация усугубляется при проведении химиолучевой терапии.

Чрезвычайно важно, что в отличие от вазомоторных симптомов менопаузы («приливы»), выраженность которых снижается со временем, неконтролируемый ГУМС только прогрессирует и требует индивидуального подхода к лечению в связи с различными формами и особенностями течения.

Как лечить ГУМС?

На сегодняшний день предложен ряд способов коррекции ГУМС, но большинство из них предписывается женщинам без онкологических заболеваний. Всю базу применяющихся методов можно разделить на две большие группы – гормональные (системные и местные) и негормональные. Учитывая противопоказания к заместительной гормонотерапии при гормонозависимых опухолях (РМЖ, раке эндометрия) и осторожность в отношении их потенциальной безопасности при других онкозаболеваниях, внимание сосредоточивается на негормональных методах коррекции ГУМС. Итак, что у нас в арсенале?

1. Вагинальные лубриканты. Они доступны без рецепта, безопасны при любых онкологических диагнозах, оказывают действенный, но, к сожалению, не длительный эффект в борьбе с сухостью влагалища и диспареунией. Как правило, в их состав входит гиалуроновая кислота. Также

такие средства могут содержать фитоэстрогены, витамины D и E, пробиотики.

2. Изменение образа жизни (сексуальная активность, отказ от курения).
3. Местные обезболивающие, например лидокаин (в виде геля или спрея), обеспечивают сугубо симптоматический кратковременный эффект.
4. Вагинальные дилататоры (расширители), применяются с целью профилактики стеноза влагалища.
5. Тренировка мышц тазового дна (упражнения Кегеля).
6. Инъекционные технологии (гиалуроновая кислота, аллогенная плацентарная терапия, PRP-терапия).
7. Аппаратные методики (лазеротерапия, радиочастотные воздействия, карбокситерапия).

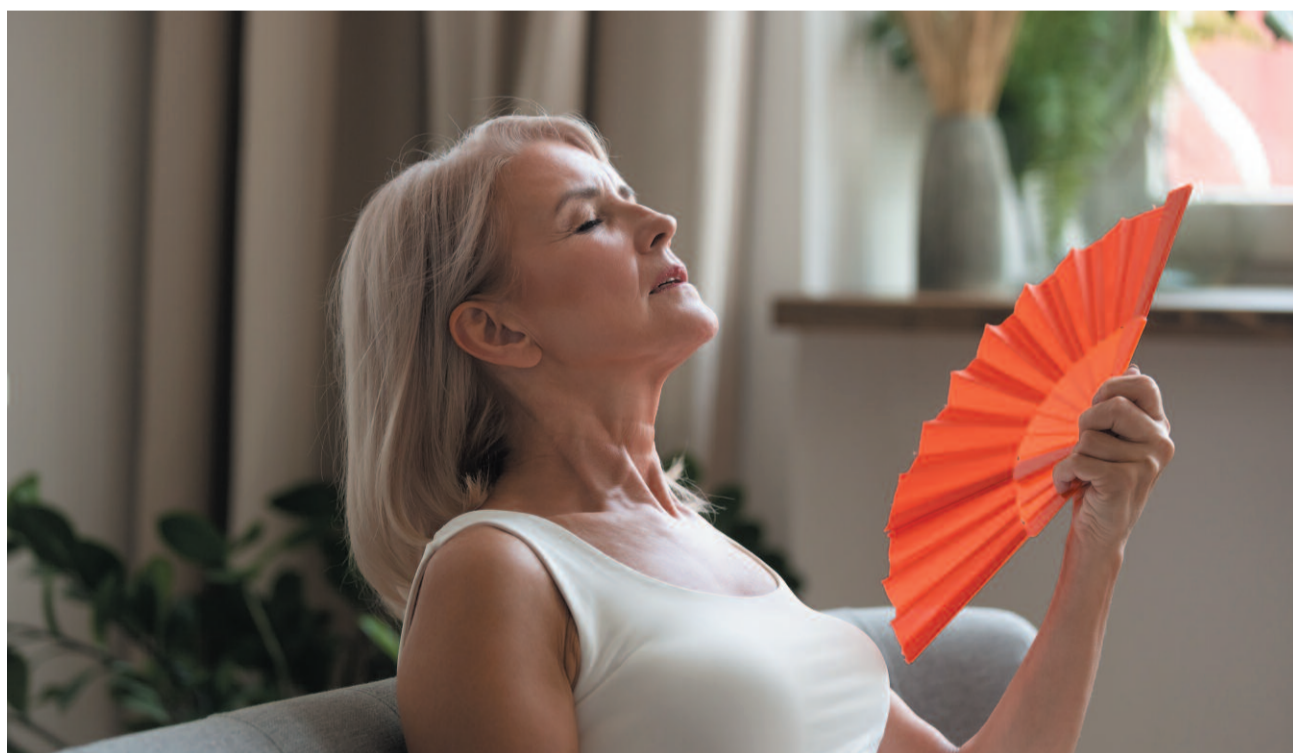
В терапии ГУМС важен комплексный подход: активная сексуальная жизнь, с использованием лубрикантов, регулярное применение вагинальных дилататоров, а также тренировки мышц тазового дна.

Будем честны: врачебное сообщество (онкологи, гинекологи, реабилитологи) и психологи только в самом начале пути к обеспечению высокого качества «жизни после рака». Но дорогу осилит идущий.

*Марина Кукош, автор
Телеграмм-канала «ОнкоЛикбез».*



Как бороться с приливами



Прилив – это ощущение внезапного сильного жара, не связанного с внешними источниками тепла. Обычно он начинается с теплоты, ощущаемой в области лица, шеи, груди или спины, и может распространиться по всему телу. В это время могут наблюдаться такие симптомы, как потливость, покраснение кожи, учащенное сердцебиение и покалывание в пальцах рук.

Продолжительность прилива варьируется: они могут длиться от нескольких секунд до нескольких минут, в среднем не превышая 10 минут. У одних женщин прили-

вы возникают 1–2 раза в день, у других же могут повторяться многократно в течение часа. Они могут возникнуть неожиданно в течение дня или разбудить ночью. Основной причиной приливов являются изменения уровня гормонов. Это может происходить в результате лечения рака или его профилактики, поскольку такие методы воздействия могут влиять на гормональный фон. У женщин приливы часто являются естественным симптомом менопаузы (прекращения менструаций).

Контроль над приливами может значительно облегчить вашу жизнь. Вот несколько способов, которые могут помочь в этом:

Избегайте триггеров: Определение и исключение провоцирующих факторов. Старайтесь избегать:

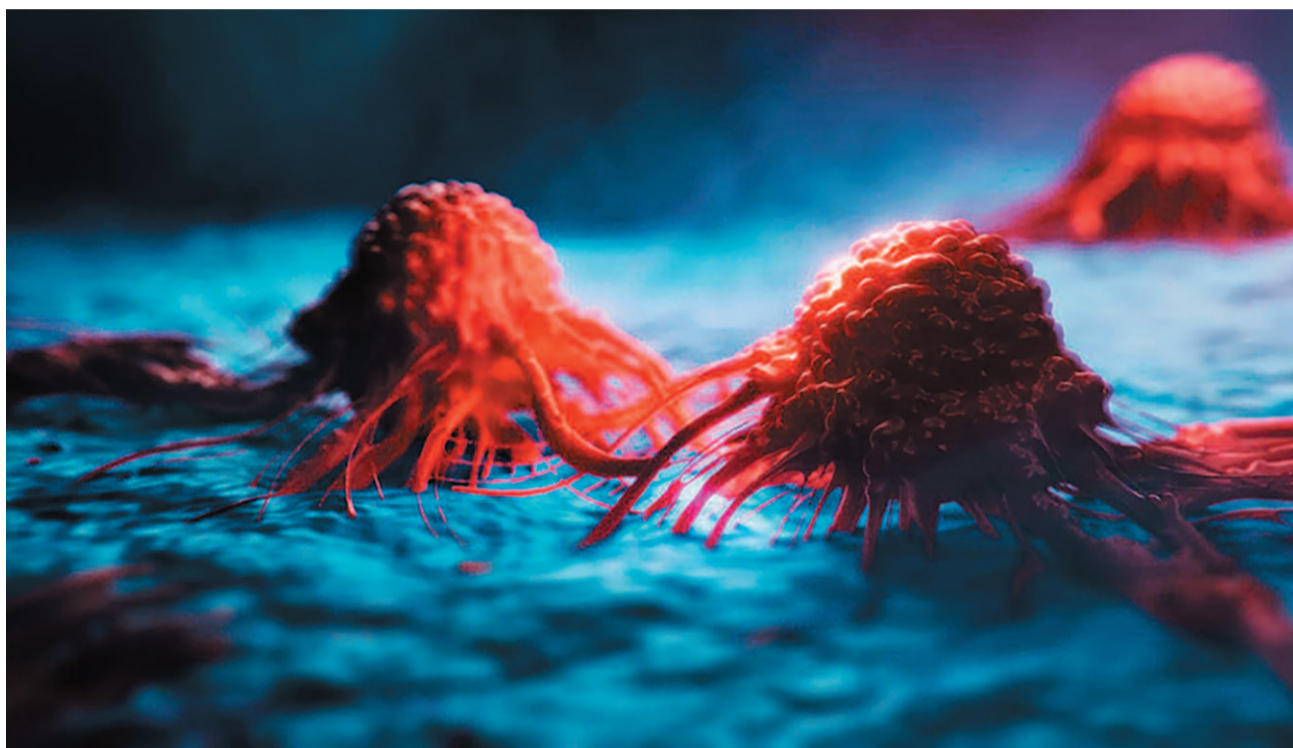
- Курение сигарет, использование электронных сигарет или нахождение в задымленных помещениях;
- Употребление кофе и других напитков, содержащих кофеин, а также острой пищи, алкогольных напитков;
- Сильный стресс;
- Жаркая погода или пребывание в горячих помещениях.

Постарайтесь вести дневник, куда вы будете записывать возникающие симптомы. Записывайте, чем вы занимались, что ели и пили, что чувствовали, и что было на вас надето, когда начался прилив. Возможно, вы увидите некоторую закономерность, что поможет вам в дальнейшем.

- Носите удобную одежду из хлопка или других легких материалов.
- Надевайте несколько легких вещей одна на другую, чтобы снять один слой одежды в случае прилива.
- Чтобы не перегреваться, спите в свободной хлопчатобумажной пижаме или без одежды. Выберите для постельного белья более легкие ткани, например хлопок, лен или трикотаж джерси.
- Когда начинается прилив, пейте воду со льдом небольшими глотками.
- Снижайте температуру в помещении до комфортного для вас уровня, если у вас есть такая возможность.
- Спице у открытого окна.
- Исключите горячую ванну или душ.
- Ежедневная физическая нагрузка, например ходьба, танцы или йога, поможет вам снять стресс и контролировать возникновение приливов.

Куда уходят метастазы?

Злокачественные новообразования шейки матки являются наиболее часто выявляемыми онкологическими заболеваниями у женщин по всему миру. Одной из серьезных проблем, связанных с течением любого злокачественного процесса, является метастазирование – процесс распространения раковых клеток из первичной опухоли в другие органы и ткани. Такое событие может значительно изменить подход в лечении.



Метастазы опухоли шейки матки означают, что онкологический процесс распространился из шейки матки в другую область тела, например в лимфатические узлы или в легкие. Такой онкологический процесс называется:

- вторичным процессом;
- прогрессированием онкологического заболевания;
- метастатическим распространением;
- распространенным или генерализованным раком шейки матки.

Рак шейки матки чаще всего распространяется:

- на региональные лимфатические узлы в паховой области;
- в пространство между другими тазовыми органами и костями;
- в забрюшинное пространство;
- в печень;
- в легкие;
- в кости.

Более редкими путями метастазирования рака являются соседние органы: мочевой пузырь и мочеточники; прямая кишка; верхняя треть и своды влагалища.

Пути распространения опухоли с шейки матки на стенки влагалища следующие:

- прорастание стенки влагалища в месте соприкосновения ее с опухолью;
- по лимфатическим путям в различные отделы влагалища;
- путем контактной имплантации в местах соприкосновения опухоли со стенкой влагалища;
- ретроградные метастазы из опухолевых тромбов, образующихся в венах.

Процесс образования отдаленных метастазов включает несколько этапов:

- Отделение клеток: атипичные клетки начинают активно делиться и отделяться от первичной опухоли в шейке матки.
- Транспортировка: опухолевые клетки попадают в кровеносные или лимфатические сосуды и перемещаются по организму. Лимфатическая система часто является первым путем распространения.
- Заселение новых органов: метастазы могут задержи-

ваться в новых местах, проникая в окружающие ткани и образуя новые опухоли.

- Рост: метастазы начинают расти в новых органах, используя ресурсы ткани и создавая микросреду для дальнейшего роста.

Процесс метастазирования достаточно сложен и не до конца изучен. Некоторые опухолевые клетки отрываются от первичного очага и проникают в кровеносный или лимфатический сосуд. В дальнейшем они мигрируют по организму с током лимфы или крови. Попадая в мелкий сосуд какого-либо органа, опухолевая клетка буквально застревает в нем и проникает в окружающие ткани. Там она может долго находиться в «спящем» состоянии, а затем, когда наступают благоприятные условия, начинает активно размножаться и дает начало вторичному очагу.

Проявления метастазов могут быть различными и зависят в первую очередь от локализации. Вот некоторые из первых симптомов, на которые стоит обратить внимание.

- Мочевыделительная система: задержка мочеиспускания, либо учащенное мочеиспускание, сопровождающееся болезненностью и жжением.
- Опорно-двигательный аппарат: метастазы в кости часто проявляются болевыми ощущениями, особенно в поясничном отделе позвоночника.
- Дыхательная система: если метастазы затрагивают легкие, могут возникнуть кашель, одышка или другие проблемы с дыханием.
- Желудочно-кишечный тракт: метастазы в печени могут вызывать дискомфорт в животе, тошноту, потерю аппетита и желтуху.
- Нервная система: метастазы в мозг могут приводить к головным болям, изменениям в зрении, проблемам с координацией или неврологическим расстройствам.
- Лимфатическая система: увеличение лимфатических узлов в области шеи, подмышек или живота может указывать на распространение опухоли.
- Общие симптомы: усталость, необъяснимая потеря массы тела, субфебрильная температура и общая слабость могут быть симптомами прогрессирования заболевания. Если вы или кто-то из ваших близких замечает подобные симптомы, важно обратиться к врачу для проведения обследования и получения своевременной медицинской помощи.

Методы диагностики

Для того чтобы обнаружить метастазы при раке тела матки, применяют следующие методы диагностики:

- Рентгенография грудной клетки. Быстрое, несложное и информативное исследование, которое помогает обнаружить вторичные очаги в легких и органах грудной клетки.
- Компьютерная томография. Не используется для первичной диагностики опухолей шейки матки, но помогает выявить вторичные очаги в других органах, диагностировать и оценить рецидив.
- Магнитно-резонансная томография. Этот метод диагностики особенно полезен при поиске метастазов в головном и спинном мозге, лимфатических узлах.
- ПЭТ-сканирование. Во время этого исследования в организм вводят радиофармпрепарат, который накапливается в опухолевых клетках и делает их видимыми на снимках, выполненных специальным аппаратом. Часто этот метод используется и для оценки эффективности проводимого противоопухолевого лечения.
- Цистоскопия и ректоскопия – эндоскопические исследования мочевого пузыря и прямой кишки. Их назначают, когда есть подозрение, что опухоль распространилась на эти органы.

Лечение метастатического рака шейки матки прежде всего включает системную противоопухолевую лекарственную терапию: химиотерапию, гормональную терапию, терапию таргетными препаратами (например, препараты, направленные на HER2-позитивные опухоли).

Кроме того, в паллиативном лечении пациенток с распространенными и генерализованными опухолями шейки матки применяют:

- Лучевую терапию: используется для уменьшения опухоли и облегчения симптомов.
- Хирургическое вмешательство: иногда рекомендуется для удаления вторичных опухолей, особенно если они вызывают серьезные симптомы.
- Отдельным видом хирургического вмешательства являются рентгенэндоваскулярные манипуляции с целью профилактики кровотечения из опухоли. При этом в крупные сосуды под контролем рентген-аппарата вводится тонкий зонд. По нему к опухолевым сосудам подаются специальные вещества или препараты, которые блокируют кровоток и предупреждают грозные осложнения.



Метастазирование рака шейки матки представляет собой сложный и многофакторный процесс, который требует комплексного и индивидуального подхода в терапии. Современные достижения в медицине позволяют достигать все больших положительных результатов лечения. И, несмотря на вызовы, связанные с метастазами, сегодня такие пациенты живут дольше. Ранняя диагностика и применение эффективных методов лечения играют важную роль в улучшении прогноза для женщин, страдающих от этого заболевания.

Источники

1. Всемирная Организация Здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets>
2. Интернет-портал российского общества клинической онкологии. URL: <https://www.rosoncweb.ru/>

Как лечить рак шейки матки?

Лечение рака шейки матки, как и любого другого злокачественного новообразования, зависит от различных факторов, включая стадию заболевания и сопутствующие заболевания пациента. К основным методам терапии относят хирургическое вмешательство, лучевую терапию, противоопухолевую лекарственную терапию. Стадия заболевания показывает степень распространения опухолевого процесса в организме.



На нулевой стадии на поверхности шейки матки находятся предраковые клетки. На первой стадии опухоль локализована в шейке матки, но может прорасти в матку. При второй стадии рак распространяется за пределы шейки матки и затрагивает верхнюю часть влагалища. На третьей стадии опухоль охватывает нижнюю часть влагалища и стенки таза, возможен блок мочеточников и распространение в тазовые лимфоузлы. Четвертая стадия свидетельствует о том, что рак метастазировал в прямую кишку, мочевой пузырь или отдаленные органы.

Ранняя диагностика хронических заболеваний, вакцина для профилактики ВПЧ-инфекции, скрининговые тесты, лечение рака шейки матки у женщин имеют решающее значение для снижения уровня смертности. Если новообразование выявлено в нулевой и первой стадии, то процент излечиваемости высок и колеблется от 80 до 100%.

План лечения обсуждается коллегиально врачами-онкологами разных специализаций.

В консилиум для обсуждения и разработки плана лечения рака шейки матки обычно входят следующие специалисты:

- онкогинеколог – врач-онколог, занимающийся диагностикой и лечением злокачественных заболеваний женских репродуктивных органов;
- радиотерапевт – врач, который отвечает за проведение лучевой терапии и определение ее необходимых параметров;
- химиотерапевт – врач, который разрабатывает план химиотерапии, если она необходима для лечения.

Часто в состав консилиума приглашают лучевых диагностов и патоморфологов.

Патоморфологическое заключение также играет ключевую роль в диагностике и планировании лечения рака шейки матки, так как оно позволяет точно определить тип

“ НА РАННИХ СТАДИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИЛИ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ МЕТОДАМИ – С ХИМИОТЕРАПИЕЙ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ”

опухоли и ее характеристики. Специалисты, входящие в консилиум, совместно разрабатывают комплексный и индивидуализированный подход к терапии, что способствует повышению эффективности лечебного процесса и улучшению качества жизни пациента.

Хирургическое лечение является распространенным методом лечения рака шейки матки, когда злокачественные клетки находятся в пределах этого органа.

Существует три основных типа оперативного вмешательства при данном виде онкологии.

- Удаление шейки матки, окружающих ее тканей и верхней части влагалища. Но матка остается.
- Удаление шейки вместе с маткой. В зависимости от стадии заболевания может потребоваться удаление яичников, маточных труб.

● При распространенной стадии во время вмешательства могут быть удалены шейка матки, яичники, влагалище, мочевой пузырь, матка, маточные трубы, прямая кишка. Хирургическое лечение при рецидиве болезни выбирается индивидуально – в зависимости от пораженной зоны.

Химиотерапия – это способ лечения, когда используются специальные лекарства для уменьшения либо уничтожения рака. Лекарства могут быть в виде таблеток или растворов, которые вводятся внутривенно, или сочетания и тех, и других.

Способ лечения опухоли шейки матки химиотерапией менее изучен. Чаще всего этот метод используют при злокачественном поражении органа либо в случае рецидива болезни, либо при опухоли с метастазами, проникшими в отдаленные участки тела.

Химиотерапия рака шейки матки направлена на облегчение течения болезни или замедление ее развития. Хотя ее можно назначать перорально, чаще всего все препараты, применяемые для лечения, вводятся внутривенно – или непосредственно в кровеносный сосуд, или через тонкую трубочку, называемую катетером, который для обеспечения длительных или многократных инъекций устанавливается в крупную вену.

Целью лучевой терапии является уничтожение клеток, из которых состоит опухоль, при помощи высокоэнергетических излучений (схожи с рентгеновскими), являющихся основным элементом современных радиотерапевтических установок. На ранних стадиях онкологического заболевания может применяться лучевая терапия как самостоятельный метод или в сочетании с другими методами – с химиотерапией или хирургическим вмешательством. На более поздних стадиях лечения, когда операция невозможна, методы обычно комбинируют, сочетая облучение с химиотерапией. Нередко после химиолучевого лечения появляется шанс на проведение хирургического этапа.

Лечение рака шейки матки лучевой терапией выполняется тремя способами.

1. Дистанционно. Высокоэнергетическое внешнее облучение направлено на новообразование в малом тазу. Наружное облучение с помощью дистанционной лучевой терапии проводится на протяжении одного-полутора месяцев ежедневно. Длительность, терапевтическая методика зависят от формы и расположения опухоли, ее стадии, зоны распространения метастазов и других факторов.

2. Внутриполостное облучение. Источник ионизирующего излучения располагается рядом со злокачественным образованием (так называемая брахитерапия). Это контактный вид лучевой терапии, при которой радиоактивный элемент (кобальт, цезий, иридий, др.) через влагалище по специальным проводникам вводится внутрь шейки матки, ближе к опухоли, и остается там на определенное время, оказывая лечебный эффект.

3. Разновидность комбинированного лечения – радиотерапия с модуляцией интенсивности и химиотерапия в низких дозах. Такое химиолучевое комбинированное лечение используется при пораженных лимфоузлах либо определенной форме новообразования в лечении местно-распространенной опухоли. Используют метод лечения и для предотвращения рецидива опухоли при его высоком риске.

Лечение рака шейки матки требует индивидуального подхода и зависит от многих факторов, включая стадию заболевания, возраст пациента и общее состояние здоровья. На ранних стадиях опухоли лечение чаще всего включает хирургическое вмешательство и лучевую терапию, что позволяет достичь высокой вероятности излечения или длительной ремиссии. В более запущенных случаях комбинируют различные методы, такие как химиотерапия и радиационная терапия, чтобы повысить эффективность лечения и снизить риск рецидива.

Раннее выявление опухоли и своевременное лечение играют критически важную роль в улучшении прогнозов для пациентов с этим заболеванием, что подчеркивает важность регулярных обследований и внимания к своему здоровью.

Источник
Рак шейки матки. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2019.

Сила сообщества: как женщины с раком шейки матки помогают друг другу

Рак шейки матки (РШМ) оказывает особое влияние на психологическое состояние женщины. Как и любой онкологический диагноз, это сильный стресс для психики, который зачастую приводит к депрессии, изоляции, унынию, снижает эффективность лечения.

Однако гинекологические онкозаболевания связаны еще со страхом утратить женскую сущность, потерять (или не найти) партнера и семью, не стать матерью. Об этом говорят авторы работы «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов». Они приводят данные обследования, которое психологи провели в онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Кроме того, РШМ затрагивает органы, продуцирующие гормоны. Из-за гормонального дисбаланса женщины с РШМ подвержены тяжелым эмоциональным состояниям: депрессии, астении (физической и психологической утомляемости), апатии, дисфории (мрачной раздражительности). Душевная боль, не имея конструктивного выхода, создает у пациентки внутреннее напряжение и влияет на ее отношение к лечению и жизни в целом.

Вот почему женщинам, которые борются с РШМ, особенно важно поддерживать эмоциональное здоровье. Помимо психотерапевтов и психиатров в этом помогает общение с другими пациентками. Форматом такого взаимодействия может быть группа поддержки, но не только.

Как работают группы поддержки для онкологических пациентов

Обычно группы поддержки встречаются очно. Например, у благотворительного фонда «Онкологика», помогающего взрослым онкологическим пациентам и их близким, они действуют в Москве и Петербурге, скоро откроется группа в Казани.

Когда человек оказывается среди людей со схожим диагнозом и опытом – это колоссальный психологический ресурс, говорит Игорь Сибиряков, руководитель психологического направления «Онкологика»:

Участники групп сообщают о снижении уровня тревожности и депрессии, о повышении настроения. Контакт с людьми, которые переживают аналогичные трудности, укрепляет чувство общности.

В группе отступает чувство одиночества и появляется возможность выразить свои эмоции в безопасной среде, а обсуждение успехов других участников вдохновляет и мотивирует. Здесь можно найти новых друзей, что также важно для эмоциональной поддержки.

Как получить пользу от группы поддержки: особенности, которые стоит учесть

Одни входят в группу легко, другим нужен период адаптации, чтобы начать делиться своими переживаниями

и отзываться на чужие. **Игорь Сибиряков** рассказывает:

Адаптироваться помогает обсуждение правил взаимодействия. С этого начинается группа. Участники договариваются о конфиденциальности, о праве каждого не отвечать на вопросы. Можно ли обнять другого, чтобы поддержать? Давать советы? Выходить? Все это группа решает вместе.

Помимо этого, психолог отмечает, что многим комфортнее начинать работу в группе с малых шагов: делиться менее чувствительной информацией. Постепенно женщина начинает чувствовать безопасность и доверять другим участникам.

Групповая работа – долгий процесс, ведь участникам предстоит адаптировать свою психику и поведение к жизни с онкологическим диагнозом. Для устойчивого результата стоит планировать минимум 3–6 мес регулярных групповых встреч.

Какие еще «равные» форматы, кроме группы, дают поддержку женщине?

Группа – это взаимодействие равных: здесь встречаются люди со схожим опытом и переживаниями. Именно в этом ее сила.

Получить такую эмоциональную помощь можно не только в группе, но и у равного консультанта. Равный – это тот, который прошел лечение от рака и теперь помогает другим. В «Онкологике» обучают таких специалистов по собственной программе.

Каждый месяц равные консультанты «Онкологика» проводят от 500 до 800 встреч с онкологическими пациентами и их близкими. Они помогают составить план лечения, сориентироваться в медицинских учреждениях, а еще оказывают эмоциональную поддержку, делятся личным опытом, рассказывают о бытовых ситуациях жизни с раком.

Причем эмоциональную отдачу от такого общения чувствует не только онкологический пациент, но и сам равный: возможность помочь другому наполняет жизнь новым смыслом. Именно по такому пути пошла **54-летняя Елена из Москвы**, которая победила рак шейки матки II стадии в октябре 2022 г.:

У меня появились новые знакомые, от них я узнала про «Онкологика» и равных консультантов. Мне очень не хватало общения во время лечения. Поэтому я подала заявку в фонд на обучение равному консультированию, отучилась – и

теперь сама помогаю женщинам: оказываю им эмоциональную поддержку, рассказываю про услуги фонда, делюсь личным опытом лечения.

В фонде проходят групповые супервизии, там мы разбираем ситуации, возникшие в процессе консультирования клиентов. И это очень полезный опыт. Я получаю и личные консультации с психологом, где можно обсудить не только рабочие ситуации, но и личные проблемы.

Помогают ли групповые чаты онкологических пациентов?

Еще один формат взаимной поддержки – групповой чат для людей, борющихся с раком. В «Онкологике» уже несколько лет действует такой чат. Здесь онкологические пациенты находят ответы на свои переживания и вопросы, здесь их понимают с полуслова.

О том, насколько важна была поддержка группового чата, рассказала **51-летняя Оксана из Балтийска**, победившая рак шейки матки III стадии:

Я не трясла интернет в поисках, что у меня за рак и как долго с ним живут, но набрала: помощь онкобольным. Нашла «Онкологику». Фонд помог финансово: мне оплатили проживание на время лечения в Питере и такси, вернули затраты на авиабилеты, одобрили продуктовую корзину на три месяца, оплатили курс препарата, который выписала врач.

А самое главное, в фонде есть чат, в котором такие же, как я, онко. Это такая мощная поддержка – когда ты лежишь на съемной квартире после химии и лучей, и тебе так плохо, что хочется бросить лечение и лететь домой. Но вот эти девочки и мальчики пишут тебе в чате, поддерживают, жалеют, ругают, – и ты берешь себя за волосы и вытаскиваешь на улицу дышать свежим воздухом и идти дальше бороться.

Я в себя верила, но минуты слабости от лечения тоже были, и чат помог все пережить. Я не знаю, что будет завтра и буду ли я там, но я живу именно сейчас, и сейчас я здорова.

Для себя Оксана определила: рак – это обычная болезнь, от которой можно вылечиться. Но не стоит впадать в безрассудный оптимизм: лечение – это трудный и долгий процесс, и на этом пути Оксане помогло общение с другими онкологическими пациентами.

В борьбе с раком стоит использовать любую возможность. «Онкологика» бесплатно предоставляет 17 видов помощи взрослым онкологическим пациентам и их близким с любым диагнозом по всей России. В фонде работает команда психологов и равных консультантов, действует сообщество онкологических пациентов.

Оформить заявку на любой вид помощи можно на горячей линии с 8 до 22 ч по Москве: 8 800 350 57 85.



ОНКОЛОГИКА

Благотворительный фонд всесторонней поддержки и навигации взрослых онкопациентов и их близких

8 800 350 57 85

Бесплатная горячая линия

Мы сильнее вместе – психологическая поддержка женщин с раком молочной железы и шейки матки

Когда женщина слышит диагноз «рак», ее жизнь меняется мгновенно.

Это не просто болезнь, это кризис, затрагивающий все сферы жизни, – физическую, эмоциональную, социальную. Помимо медицинского лечения, крайне важной становится поддержка близких и психологическая поддержка специалистов, которая помогает справиться с эмоциональными потрясениями, найти смысл и силы жить дальше. С какими психологическими трудностями чаще всего сталкиваются женщины и как их преодолеть?



«Почему именно я?»

Один из первых вопросов, который часто возникает у женщин при постановке диагноза – «Почему именно я?». Для многих это событие становится шоком, они начинают искать причины: «Что я сделала не так?», «За что мне это?». Эти вопросы могут усиливать чувство вины и несправедливости, с которым сложно справиться самостоятельно. Женщины чувствуют, что их жизнь нарушена, многие сталкиваются с ощущением потери контроля над своей судьбой.

Психологическая помощь в таких ситуациях направлена на то, чтобы помочь пациенткам пройти через этот кризис смысла. Важно помнить, что болезнь – это не наказание, а случайное событие, которое может произойти с кем угодно. Это дает возможность не заикливаться на поиске виноватых, а сосредоточиться на том, как справиться с болезнью и жить дальше.

Изменение восприятия себя

Диагноз рака молочной железы или шейки матки, особенно на этапе лечения, часто сильно меняет восприятие собственного тела. Операции, химиотерапия, потеря волос, изменения внешности – все это может привести к чувству потери собственной женственности. Многие женщины жалуются на то, что перестают чувствовать себя привлекательными, их самооценка падает. Это может негативно влиять на отношения с партнером и создавать дополнительные психологические трудности.

Здесь важно помнить, что ценность человека не ограничивается внешним видом, а женственность не

сводится только к физическим характеристикам. Вместо этого фокус необходимо сменить на внутренние качества, на принятие себя и своего тела в его новой реальности. Важно научиться прислушиваться к своему телу, не отвергая его, а заботясь о нем с любовью. Также можно применять техники самосострадания – например, говорить с собой так, как говорила бы с близким, которому нужна поддержка.

Страх перед будущим и возможным возвратом болезни

Одним из наиболее тяжелых эмоциональных состояний, с которым сталкиваются женщины, пережившие рак, является страх перед возможным возвратом болезни. Этот страх может быть парализующим и отравлять жизнь даже тогда, когда медицинские показатели указывают на ремиссию. Мысли о том, что рак может вернуться, мешают пациенткам наслаждаться жизнью и чувствовать себя свободными.

«Как можно жить спокойно, когда в любой момент может случиться рецидив?» – этот вопрос часто задают пациентки психологам. Чтобы справиться с таким страхом, можно освоить методы управления тревогой, сфокусироваться на настоящем моменте и учиться находить баланс между жизнью с осознанием болезни и полноценным существованием. Важно понять, что жизнь продолжается, несмотря на прошлые и возможные будущие испытания.

Эмоциональное истощение

Прохождение лечения, особенно если оно включает химиотерапию, операции и реабилитацию, – это изнуряющий процесс. Многим женщинам кажется, что они теряют энергию и интерес к жизни. Усталость от постоянных визитов к врачам, процедур и боли становится не только физической, но и эмоциональной. Женщины могут чувствовать себя выгоревшими, потерянными и лишенными сил даже после завершения лечения.

Важно научиться принимать свое состояние, перестать требовать от себя больше устойчивости, находить источники энергии и поддерживать эмоциональный баланс даже в сложные моменты. Забота о себе и о своем эмоциональном состоянии – это такой же важный элемент выздоровления, как и медицинские процедуры.

Принятие жизненно важных решений

Женщинам с раком иногда приходится принимать крайне сложные решения, связанные с выбором методов лечения. Некоторые виды терапии могут влиять на фертиль-

ность, другие – на качество жизни. В такие моменты многие пациентки испытывают тяжелый моральный груз, не зная, какой выбор сделать, чтобы не пожалеть о нем в будущем. Этот процесс может сопровождаться сильными внутренними конфликтами.

Возникают вопросы: как сохранить качество жизни? Какое решение будет наиболее соответствовать их представлениям о будущем? Поддержка близких и психологов помогает снизить уровень стресса при принятии трудных решений и делает этот процесс более осознанным.

Как близкие могут поддержать женщин, столкнувшихся с болезнью?

Болезнь может сильно повлиять на отношения женщины с ее семьей и друзьями. Для близких важно понимать, что правильная поддержка – это не всегда интуитивно понятный процесс, и женщины часто чувствуют себя одиночками, даже когда рядом находятся родные. Некоторые начинают чрезмерно опекать женщину, что может вызывать ощущение потери независимости. Другие, наоборот, дистанцируются, не зная, как правильно поддержать или боясь сказать что-то неуместное. Это создает напряжение и усиливает чувство одиночества у пациентки.

Чтобы избежать таких проблем, важно быть рядом, слушать женщину и проявлять готовность помочь, не навязывая решений. Прежде всего стоит спрашивать, чего она действительно хочет: больше общения, простого присутствия или времени наедине. Важно предложить помощь, но при этом уважать ее личные границы и позволить ей принимать самостоятельные решения.

Полезно говорить открыто и честно, выражать свою поддержку словами: «Я здесь для тебя», «Я готов помочь, когда тебе будет нужно». Вместо избегания трудных тем можно задавать вопросы и показывать готовность обсудить то, что ее беспокоит. Главное – это быть внимательным к ее эмоциональным и физическим потребностям, уметь выслушать без осуждения и давать пространство для того, чтобы женщина сама выражала свои чувства.

Психологи советуют близким быть терпеливыми и не бояться давать женщине возможность рассказать, как именно она хочет получать поддержку. Такие открытые разговоры помогают избежать недопонимания и укрепляют эмоциональную связь.

Рак молочной железы и шейки матки – это испытание, которое затрагивает не только физическое, но и эмоциональное состояние женщины. Психологическая поддержка помогает справиться с чувством вины, страхами и тревогами, восстановить самооценку и адаптироваться к новой реальности. Важно помнить, что помощь психолога – это неотъемлемая часть лечения, ее можно получить на любом этапе борьбы с болезнью. Вы всегда можете обратиться за психологической поддержкой на бесплатную, анонимную и круглосуточную горячую линию службы помощи онкологическим пациентам и их близким «Ясное утро» по номеру 8-800-100-01-91.

Автор: Алина Морозова, специалист-психолог
Службы «Ясное утро»

Права пациента

Ни один врач со стопроцентной уверенностью не возьмется предсказывать, как пойдет ваше лечение и каков будет результат. Течение болезни, реакция на препараты, успешность операции и терапии – все это очень индивидуально. А вот права пациентов закреплены законодательством Российской Федерации, стандарты оказания медицинской помощи и клинические рекомендации дают возможность пациентам, проживающим в разных географических точках нашей страны получать лечение в полном объеме.



Сегодня мы решили сделать краткий экскурс по правам пациентов с онкологическими заболеваниями. Чтобы знать свои права, стоит ознакомиться с несколькими основными документами:

- Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказом Минздрава России от 19.02.2021 г. №116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»;
- Приказом Минздрава России от 24.11.2021 г. №1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов ...»;
- «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;
- «Стандартом оказания медицинской помощи» и «Клиническими рекомендациями» при тех или иных заболеваниях.

Территориальная программа госгарантий утверждается в регионе на год. Ее текст должен быть вывешен в холле любого лечебного учреждения. В частности, из Программы можно узнать сроки ожидания плановых диагностических исследований, ожидания приема врачей, сроки плановой госпитализации. В силу части 15 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» назначение и применение лекарственных препаратов, не входящие в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии. Кроме того, согласно пункту 5 Порядка назначения лекарственных препаратов, утвержденному Приказом Минздрава России от 24.11.2021 г. №1094н при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и оформление назначения лекарственных препаратов по торговым наименованиям. Решение врачебной комиссии медицинской организации фиксируется в медицинской документации пациента и в журнале врачебной комиссии.

Диспансерный учет

Больные с онкологическими заболеваниями регистрируются онкологическими учреждениями по месту жительства и подлежат диспансерному наблюдению.

Диспансерное наблюдение врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием устанавливается и осуществляется в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями, утвержденным Приказом Минздрава России от 04.06.2020 г. №548н. Диспансерное наблюдение организуется в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете медицинской организации, онкологическом диспансере или в иных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

Лечение (Общие положения)

Лечение пациентов в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете медицинской организации, онкологическом диспансере или в иных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 19.02.2021 г. №116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», согласно которому тактика лечения устанавливается онкологическим консилиумом врачей, в том числе онкологическим консилиумом, проведенным с применением телемедицинских технологий, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. При изменении метода лечения проведение онкологического консилиума обязательно.

Если пациенты с запущенной стадией рака не подлежат дальнейшему противоопухолевому лечению, им выдается заключение с рекомендацией проведения симптоматического лечения по месту жительства, которое является основанием для оказания паллиативной медицинской помощи.

Стационарное лечение

Стационар – это практически самое безопасное в лекарственном отношении место. Все лечение здесь бесплатно, если лекарство входит в стационарный стандарт оказания медицинской помощи по заболеванию и в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), которые всегда должны быть в наличии. Назначаются лекарства по международному непатентованному наименованию. Лекарства, не входящие в стандарт оказания медицинской помощи и в перечень ЖНВЛП, могут быть назначены пациенту по решению врачебной комиссии при индивидуальной непереносимости,

по жизненным показаниям, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений. То же самое касается назначения лекарств по торговым наименованиям (Приказ Минздрава России от 24.11.2021 г. №1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов ...»). При этом если при оказании пациенту медицинской помощи в медицинской организации в стационарных условиях по решению врачебной комиссии осуществляются назначение и применение лекарственного препарата с конкретным торговым наименованием, то при оказании данному пациенту медицинской помощи в иной медицинской организации в стационарных условиях, а также в амбулаторных условиях осуществляется назначение ему лекарственного препарата с тем же торговым наименованием.

Лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении

Главная проблема, с которой сталкиваются онкологические пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, – это перебои с обеспечением препаратами. Главное, что должен помнить пациент: отказ в оформлении рецепта или выдаче препарата незаконен. И отсутствие финансирования ни при каких условиях не может быть уважительной причиной для этого.

Для получения льготных лекарств пациент, имеющий группу инвалидности, включается в Федеральный регистр льготников Пенсионным фондом РФ по месту жительства. Не имеющий группы инвалидности онкологический пациент включается в Региональный регистр льготников через лечебные профилактические учреждения.

Онкологические больные без инвалидности являются региональными льготниками с правом бесплатного получения всех лекарственных препаратов. Важно! Не имеющий группы инвалидности, но страдающий злокачественным новообразованием пациент имеет право на бесплатное получение лекарств не только по онкологии, но и по любому другому заболеванию. Это право утрачивается только после исключения из регистра. Основание – Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», в котором указано, что право на бесплатные лекарства имеют инвалиды 1-й и 2-й группы, а также лица с онкологическими заболеваниями. Врачи-онкологи на консилиуме определяют необходимые пациенту лекарственные препараты, лечащий врач оформляет назначение данных лекарственных препаратов и оформляет льготный рецепт. Льготный рецепт должен оформить лечащий врач по месту жительства вне зависимости от того, имеется ли он в льготной аптеке или нет.

К кому обращаться, если отказали в лекарствах (амбулаторный сегмент):

- Руководителю медицинской организации (главному врачу, заведующему поликлиникой), врачи которой отказываются оформить льготный рецепт;
- В отдел лекарственного обеспечения Министерства / департамента / комитета субъекта РФ;
- С жалобой в письменной форме на действия Минздрава можно обратиться в Территориальный орган Росздравнадзора;
- С жалобой в письменной форме по факту нарушения прав онкологического больного на получение льготных лекарств можно обратиться в Прокуратуру РФ по месту жительства.

Если Вам необходима информационная или юридическая поддержка – обратитесь в МОД «Движение против рака» 8 800 200 47 32 с 8 до 14 ч (кроме выходных и праздников, info@rakpobedim.ru).

Авторы статьи: Галина Маргевич (заместитель председателя Координационного совета, член Общественного совета при Минздраве России), Андрей Чистов (руководитель юридического отдела).



**ДВИЖЕНИЕ
ПРОТИВ
РАКА**



ИСТОРИИ

История Ирины: «Желаю всем, кто в начале пути, веры во врача, веры в себя и в свои силы»

Ирина Романчук, участница и организатор проекта «Времена года» стала символом осени.



чальным... в красном купальнике в этом году мне не щеголять... этот год пропускаю.

Хочу намеренно опустить все стадии прохождения болезни, все это позади: принятие себя в болезни, размышления о жизни и смерти, все страхи, 5 операций, 16 химиотерапий — все это, к счастью, в прошлом.

Сейчас я понимаю, что мой случай был нетипичным, я совсем не боялась рака. Ну, т.е., я его очень боялась, но только до того момента, когда узнала о диагнозе. Узнав же, было только желание действовать, и о том, что я буду здорова, не было сомнений.

Тема онкологических заболеваний сильно стигматизирована: это страшно, больно, дорого, об этом не принято говорить, многие боятся даже произнести само слово «рак». Как в нашем обществе обычно воспринимается новость о том, что кому-то поставили онкологический диагноз? Для большинства — это конец. У многих, впервые услышав свой диагноз, жизнь делится на «до» и «после», часто женщина остается одна в глубочайшем стрессе, между ней и остальным миром вырастает невидимая стена.

Возникает много вопросов, страхов и не только о том, как лечить, где лечить? Но и не менее сложные вопросы: кому рассказать, с кем поделиться, кому довериться на работе? Начнут считать, сколько четвергов тебе осталось. Родным? Боишься, что это известие очень их ранит. Начинаешь понимать, что если говорить о своем диагнозе, то только по секрету, шепотом и при закрытых дверях.

Высокий уровень табуированности онкологии, страха и ужаса в обществе перед болезнью льет воду на эту мельницу и, как мне кажется, только придает болезни силы и статуса. Да, это серьезное заболевание, и лечение длится иногда годы, но есть не менее сложные болезни, такие как диабет, инфаркт и т.д., у них нет такого загадочного и романтично-смертельного покрывала.

Во время лечения принципиально не заходила ни в какие онкофорумы, боялась страшных «пугалок», мне очень не хватало хороших, поддерживающих историй. В 62-й больнице в фойе увидела фото красивых людей и их небольшие истории, читала их и перечитывала, пока ждала доктора, в тот момент это меня очень мотивировало. Тогда я сказала себе: «Выздоровею, мои фото будут также поддерживать и мотивировать тех, кто сейчас проходит похожий путь».

За последние пару лет многое изменилось: если сейчас вы наберете в поисковой строке «рак, лечение, истории пациентов», то увидите множество прекрасных проектов. Стараюсь участвовать во многих проектах, также создаю сама проекты, говоря простыми словами, делаю все, чтобы болеть раком груди было не страшно.



Желаю всем, кто в начале пути, веры, веры в врача, веры в себя, веры в свои силы. Вы можете быть сильными, вы можете быть слабыми, главное — БЫТЬ!!!

Желаю всем пожизненной ремиссии!

Текст и фото предоставлены благотворительным фондом «Я люблю жизнь».



ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?

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



**БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ
ОНКОЛОГИЯ**

НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:

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

беседы-о-здоровье.рф



«Было просто очень страшно»: как равные консультанты помогают женщинам с раком

Несколько миллионов женщин в России живут с диагнозом «онкология».

Постановка диагноза – это всегда страшно, это всегда меняет жизнь.

Но в этот момент поддержать могут те, кто сами пережили похожее несколько лет назад, их называют равными консультантами. Трое равных фонда «Александра» рассказывают о том, как справлялись они сами и как теперь они помогают другим.



Светлана Дубровская

В апреле 2022 г. я узнала о своем диагнозе: аденокарцинома матки, начальная стадия. Самыми сложными были первые дни и недели: было совершенно непонятно, что конкретно надо делать, как лечиться, какие могут быть прогнозы и последствия, как изменится моя жизнь. И было просто очень страшно. Тут мне очень помогла переписка с онкопсихологом и общение с людьми, пережившими похожее заболевание и поделившимися своим опытом. Тогда я еще ничего не знала о равных консультантах.

Предложенное врачами лечение оказалось быстрым и радикальным, полное удаление всех органов-мишеней: матки, шейки матки и яичников. Моя лапароскопическая операция длилась почти 3 ч. Дальше была стандартная процедура реабилитации, ничего особенного или сложного. Все время лечения я писала еженедельные посты в соцсетях и постоянно получала потрясающе теплый отклик от моих читателей. А сейчас я поддерживаю других онколо-

гических пациентов – как волонтер оказываю информационную и эмоциональную поддержку людям, которым так же страшно, как было мне в самом начале. Очень важно не замыкаться в своей скорлупке, не бояться просить о помощи и помогать другим при малейшей возможности.

Валентина Иванова

О своем диагнозе я узнала, когда решила отучить младшую дочку от грудного вскармливания. Грудь увеличилась и болела, гинеколог успокоил, сказал «мастит», но «мастит» начал резко расти. И понеслась жизнь, как веретено: обследования, препятствия, пробивание стен, депрессия, консилиум. Я прошла все, что было нужно, слушала врачей: 16 химий (4 красные, 12 белых), операция, 25 лучей. Ремиссия!

В жизни, конечно, изменилось много чего: с кем-то разошлись пути, с кем-то, наоборот, сошлись. Во время лечения я научилась немного печь тортики, пирожные, пря-

нички, меня взяли в школу иконописи и даже артисткой я успела побывать. Больше времени стала проводить с детьми, их у нас трое. Они, как цыплята, водили меня гулять в лес... каждый пережил это по-своему.

Сейчас я равный консультант фонда «Александра». Понимаю, что людям нужна помощь человека, живущего в диагнозе. И мне самой хочется, чтобы по мере возможности пациенты обошли все препятствия побыстрее. Это сейчас я пишу обращения, записываюсь на приемы, задаю много вопросов, а тогда мне было страшно это делать. Сейчас у нас в поселке в таких ситуациях все пишут и звонят мне. Стараюсь собирать всех, кто живет с диагнозом, но кто-то стесняется, боится говорить о своей проблеме, многие считают, что это стыдно, неприлично. Но я считаю, что нужно действовать, принять действительность, прислушиваться к своему организму, уметь отдыхать – просто идти вперед.

Дина Парбузина

После вторых родов и двухлетнего кормления грудью я поняла, что что-то со мной не так. Восемь месяцев разные доктора в разных клиниках говорили мне: «Не придумывайте себе проблем, у вас все в порядке!», диагноз так и не был поставлен. По чистой случайности встретилась с доктором, который сумел провести правильную диагностику. Понеслось лечение – операция на молочной железе, химиотерапия, лучи, операция по удалению матки с придатками, последствия лучей – остеомиелит грудины и ребер и несколько операций по его удалению.

Тогда мне очень не хватало информации о жизни в диагнозе, о восстановлении, реабилитации, маршрутизации, о том, что можно и что нельзя. Помогало только «сарафанное» радио и опыт тех, кто рассказывал, как справлялся сам. Теперь, когда у меня есть свой собственный опыт, я учусь в Школе равных фонда «Александра» на равного консультанта – чтобы потом поддерживать тех, кто только столкнулся с диагнозом, как я когда-то.

А вообще моя волонтерская деятельность началась с того, что я просто вышла на местный рынок с букетиками из шаров (как я их назвала – «Цветы добра»), которые сделала сама, и картонным ящиком, – старалась собрать хоть какую-то сумму на операцию ребенку, столкнувшемуся с онкологией.

Пройдя свой путь в онкологии, я понимаю, что не только что-то потеряла, – я прежде всего нашла себя. Я научилась отвлекаться и жить дальше, приспосабливаться к своим многочисленным «нельзя» и новым «можно».

Если Вам или Вашему близкому нужна эмоциональная поддержка и информационная помощь при онкологии – звоните 8-800-444-13-50 или отправляйте заявку на сайте. Консультации равных всегда бесплатны!

Дыхательная гимнастика во время онкологического лечения

- Для начала удобно сядьте на стуле, лягте на кровать или на коврик для йоги.
- Положите 1 руку на живот чуть выше пупка. Если вы правша, используйте правую руку. Если вы левша, используйте левую руку.
- Сделайте полный выдох через рот.
- Если можете, закройте глаза и вдохните медленно и глубоко через нос. Почувствуйте, как рука поднимается вместе с животом. Представьте, что воздух наполняет ваше тело снизу вверх.
- Сделайте паузу длиной в пару секунд. Затем медленно выдохните через рот или нос. Старайтесь выдыхать полностью и представляйте, как воздух выходит из ваших легких, рта или носа.
- Во время выдоха дайте телу расслабиться и обмякнуть – как будто вы тряпичная кукла.
- Повторите это упражнение 5–10 раз.

Источник: <https://www.mskcc.org/>



Злокачественные заболевания печени



Ирина Анатольевна Джанян

Врач-онколог, отделение абдоминальной онкологии №5 ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»

– Ирина Анатольевна, скажите пожалуйста, почему и с какого возраста важно проверять здоровье печени? И как понять, что с ней что-то не так?

– Вопрос скрининга здесь достаточно сложен, потому что специфических симптомов, которые свидетельствуют о злокачественном поражении печени, как таковых не существует. На сегодняшний день специфическому обследованию подлежат только пациенты из групп риска, имеющие хронические заболевания печени в анамнезе, либо имеющие факторы риска.

– Какие это пациенты?

– В основном это носители вирусных гепатитов, болезни, характеризующиеся наследственными нарушениями обмена веществ или пациенты с метаболическими заболеваниями. Удивительно то, что все эти пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением врачей-гепатологов. Однако на практике выясняется, что большинство пациентов впервые узнают о наличии у них сопутствующих заболеваний только при обнаружении злокачественных процессов в печени. Отсюда большой процент запущенных форм рака, и это является большой проблемой. Доля пациентов, не имеющих никакой сопутствующей патологии, с впервые выявленным злокачественным процессом печени минимальна.

– Заболевание вирусным гепатитом сложно пропустить обычному человеку?

– Гепатиты часто протекают бессимптомно и дают о себе знать только на стадиях фиброза и цирроза печени, по незначительным изменениям самочувствия

или отклонениям в анализах крови, например. Редкий человек за всю жизнь не сдаст хотя бы общий анализ крови. Тогда при наличии изменений врачи-терапевты могут направить таких пациентов на более углубленное обследование. Чаще всего пациенты с вирусным гепатитом должны находиться под наблюдением наших врачей-гепатологов, которые обследуют их по определенному алгоритму.

– Как часто пациент с вирусным гепатитом в анамнезе должен проходить такие скрининги?

– Диспансерное наблюдение и ежегодное обследование один раз в год требуется всем пациентам с заболеваниями печени. Однако при обнаружении очагового поражения объем и кратность обследования назначается лечащим врачом индивидуально.

– Может ли пациент сделать эти обследования по месту жительства или в частном порядке? Обязательно ли обращаться в специализированные центры?

– Все пациенты с заболеваниями печени должны находиться под наблюдением врача-гепатолога. Безусловно, скрининговые обследования можно и нужно проходить и по месту жительства, за исключением случаев, подозрительных в отношении злокачественного процесса. Тогда рекомендуется диагностика в специализированном центре, занимающимся сложной патологией.

– Есть единичные случаи, когда мы используем системную химиотерапию, когда уже использована таргетная и иммунотерапия, либо при лечении фиброламмеллярной формы гепатоцеллюлярного рака. Долгое время выбор таргетной терапии был ограниченным. Сейчас, благодаря изменениям в клинических исследованиях, наши пациенты получают комбинированную иммунотаргетную терапию.

– Как таргетная и иммунотерапия действует на пациента? Как вы определяете, что назначить пациенту?

Предикторов эффективности того или иного вида системной терапии в настоящее время нет. Мы участвовали во многих регистрационных исследованиях и сумели сформировать различные портреты пациента, у которых может применяться определенный вид терапии, например для комбинированной иммунотаргетной терапии это пациенты с вирусными гепатитами и инфильтративной формой роста опухоли, имеющей, по данным МРТ, макрососудистую инвазию.

– Когда у вас только появилась комбинированная терапия, оставался неясным до конца ее механизм действия и побочные эффекты. Что изменилось сейчас?

– При применении двойной комбинированной терапии один из препаратов вводился в большой дозе, и,

« СВОЕВРЕМЕННОЕ ОБРАЩЕНИЕ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЗВОЛЯЮТ ВОВРЕМЯ ВЫЯВЛЯТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ »

– Какое существует современное лечение гепатоцеллюлярного рака?

– В настоящее время мы располагаем большим количеством локальных методик, таких как радиочастотная, крио, микроволновая абляция, лучевая терапия, а также хирургические методы лечения. При распространенных стадиях используется системная лекарственная терапия. Применение их зависит от стадии выявленного заболевания печени и, как правило, является комбинированным.

– Как лечить гепатоцеллюлярную карциному?

– Гепатоцеллюлярная карцинома — это агрессивный вид, развивающийся на фоне сопутствующих заболеваний печени. Лечение его основано на Барселонской системе стадирования рака печени, которая учитывает распространенность опухолевого процесса, функциональное состояние печени, объективное состояние пациента и предполагаемую эффективность лечения.

– Какие методы лечения применяются при обнаружении фиброламмеллярной формы гепатоцеллюлярного рака у молодых пациентов?

– По данным нашего центра, данный вид опухоли плохо поддается системной терапии, поэтому предпочтение отдается хирургическим методам лечения. В редких случаях возможно проведение химиотерапевтического лечения, например после операции по трансплантации печени.

– У вас в арсенале только таргетная терапия и иммунотерапия? Химиотерапию вы уже не используете?

конечно, у пациентов с варикозным расширением вен и кровотечениями на фоне цирроза печени мы опасались осложнений. Однако результаты показали, что количество эпизодов кровотечения в исследуемой и контрольной группах не различается. На сегодняшний день разработан протокол выполнения гастроскопии один раз в шесть месяцев для снижения риска кровотечений. Стало очевидным, что если вовремя проводить обследование и делать гастроскопию, лигирование вен пищевода, то осложнений и сильных побочных эффектов даже у таких сложных пациентов будет не так много.

– Как родственники пациентов с таким диагнозом могут им помочь?

– Пациенты с циррозом печени — это сложная когорта пациентов. Следует отметить, что развитие агрессивной формы рака не зависит от возраста и материального положения. Поэтому нужно обязательно вовремя обследоваться. В настоящее время существуют эффективные схемы для лечения вирусных гепатитов В и С, которые позволяют свести вирусную нагрузку и вероятность возникновения злокачественного процесса к минимуму. Постоянный прием определенных препаратов также серьезно снижает риск развития злокачественных опухолей. Поэтому, конечно, мы как онкологи призываем всех вовремя обследоваться и быть приверженными к терапии.

– Ирина Анатольевна, благодарим Вас за столь подробные ответы!

«Эта болезнь не любит, когда опускают руки»: история Альбины Абрамян

Альбина шептала: «Я не хочу больше... Я устала...». «Плачь», – муж дотронулся до ладони Альбины. Слезы хлынули.



Фраза «больше не хочу» прозвучала лишь однажды. В день, когда боль переполнила Альбину. Нет, это не боль от химиотерапии, пункции и процедур – такую боль Альбина выдерживала, как солдат. Ее боль намного сильнее. Ныло внутри, у сердца. Терзаемое разлукой, сердце разрывалось на куски. Где-то далеко, за тысячу километров, две полуторагодовалые девочки хлопали длинными ресницами, хохотали и учились ходить. Две ее дочери-близняшки: Эмилия и Ани.

Поплакав, Альбина выдохнула и взглянула на мужа покрасневшими, но светящимися глазами. «Если она справилась, то и я справлюсь. Вариантов нет», – уверенно провозгласила девушка. Она – это маленькая Эмилия, вдохновение Альбины. Эмилия родилась весом всего 900 грамм. Крошечную девочку увезли в реанимацию, предстояла операция на сердце. Время замерло.

Альбина ждала, ждала, ждала. Будто через тысячу лет врач сообщил, что Эмилия справилась, она в порядке. Врачи наблюдали, выхаживали девочку. Через три месяца крошка научилась самостоятельно дышать, набрала вес и отправилась домой.

Увы, бой Эмилии на этом не закончился. Ее жизнь оказалась под угрозой – девочка не могла дышать, гортань парализовало. Родители молнией отвезли дочку из Краснодара в Москву, где врачи спасли малышку. Эмилии установили трахеостому, и она задышала полной грудью. Чтобы окончательно поправиться, годовалая Эмилия прошла десятков операций. И выжила. Сейчас кареглазая красавице четыре года. На Новый год она впервые рисовала аккуратные буквы в письме Деду Морозу.

Поэтому, лишь только в голову Альбины пробиралась мысль «я не смогу», перед глазами появлялась маленькая

девочка, которая крепко-крепко держалась за жизнь и справилась.

Альбина узнала, что у нее острый миелоидный лейкоз в двадцать шесть лет, через год после событий с Эмилией. На диагноз она отреагировала спокойно: без истерик, обморока и шока.

«Это не смертельно. Болезнь случилась, да. Но закончится эта игра в мою пользу», – ясно дала понять Альбина всем вокруг.

На лечение она улетела в Москву. Дочки остались в Краснодаре. Альбина вышла в ремиссию после второго курса химиотерапии. И ждала трансплантации костного мозга. Донора нашли в Германии, и Альбина начала подготовку – высокодозную химиотерапию. Шесть дней препараты уничтожали родной костный мозг, чтобы на его место поместить донорский. Пересадка прошла успешно, костный мозг прижился, Альбина вернулась к дочкам.

«Эта болезнь не любит, когда опускают руки. Как бы ни было сложно, верь в положительный исход. Если не можешь идти к цели, ползи к ней, если не можешь ползти, ляг в ее направлении. Просвет обязательно наступает», – объясняет Альбина.

Девушка будто бы знала это всегда. Первое, что сделала Альбина, зайдя домой и сжимая в руках выписку с диагнозом, – запретила близким жалеть ее. Слова: «эх, какая ситуация.., вот так случилось.., бедная ты, несчастная...», – табу в доме Альбины. Никаких жалеющих, сочувствующих взглядов.

«Да, у меня временный недуг. Это ничего не меняет. Я все та же. Я – человек», – произнесла она тоном, не допускающим возражений.

Альбина не давала себе унывать. Перед пересадкой костного мозга она купила косметику: новые кисти, румяна, помаду. Уселась на больничную кровать, включила ролик с мастер-классом по макияжу и приступила к делу. Следующая Альбина прибыла на трансплантацию, словно это не больничная процедура, а красная дорожка.

Разрушил ли лейкоз ее жизнь? Альбина удивляется: «Разрушил? Нет! Для меня этот опыт – колоссальный рост!».

Сидя за столом, Альбина берет ручку, блокнот, ставит цифру «1» и аккуратно выводит в списке желаний: «Мое здоровье». Сбоку записывает напоминание: «Если хочешь отдохнуть – отдохни». Альбина раздумывает и продолжает список: «Купить платья для девочек, сходить на свидание с мужем, позвонить родственникам». Карьера, деньги, уборка, мнение других людей затерялись в конце списка приоритетов Альбины, если вообще попали туда.

Альбина оглядывает список и глубоко вздыхает.

«Теперь приоритеты расставлены верно».

Альбина рассказала свою историю в рамках проекта «Самое время жить – молодым взрослым», который создан при поддержке благотворительного фонда «Абсолют-Помощь».



Благотворительный фонд «Фонд борьбы с лейкозией» leikozu.net



Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №5, 2024
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 поддержке НФПО им. П.А. Герцена



При сотрудничестве с порталом onco-life.ru



Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2024 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: 28.11.2024

Возрастное ограничение 16+