

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Константин Владимирович Хурцев,

Главный внештатный специалист-онколог СКФО, кандидат медицинских наук, главный врач Ставропольского краевого клинического онкологического диспансера

Читайте на стр. 3

№4 2024

Главная тема номера:
РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕЧЕНИ

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Рак поджелудочной железы – одно из самых агрессивных онкологических заболеваний, часто осложняющееся метастазированием. Одним из наиболее распространенных мест для метастазов при этом виде опухолей является печень, что объясняется прямым оттоком крови от поджелудочной железы в печеночные сосуды. В данной статье мы рассмотрим, что такое метастазы в печень, факторы риска их развития, симптомы, диагностику и методы лечения.

Читайте далее на стр. 5



РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ФАКТОРЫ РИСКА И ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Исследования на больших когортах пациентов выявили несколько факторов, которые реально увеличивают риск развития данного заболевания. Курение сигарет является установленным фактором риска, повышающим риск развития рака в 1,74 раза у курящих по сравнению с никогда не курившими. Пациенты с сахарным диабетом также имеют повышенный риск развития рака поджелудочной железы. Ожирение также коррелирует с повышенным риском возникновения рака поджелудочной железы. Подробнее про эти и другие факторы риска рассказываем в статье.

Читайте далее на стр. 6



ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ПАЦИЕНТАМ?

Подход к лечению доброкачественных и злокачественных опухолей совершенно различен, в том числе ввиду их разного воздействия на организм пациента. Это справедливо не только для опухолей поджелудочной железы, но и любых других опухолей. Поскольку злокачественные новообразования поджелудочной железы имеют тенденцию к инвазивному росту и быстрому распространению опухолевых клеток по организму, то зачастую локальные методы воздействия не всегда возможны к применению. Мы постараемся осветить тему лечения опухолей поджелудочной железы в данном материале наиболее простым для восприятия языком.

Читайте подробнее на стр. 7

ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВАКЦИНАЦИИ ОТ COVID-19 ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ >>> 2

IX ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ОНКОПАЦИЕНТОВ ПРОЙДЕТ С 23 ПО 25 ОКТЯБРЯ 2024 ГОДА В МОСКВЕ >>> 2

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ? >>> 4

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ >>> 4

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ >>> 7

«ПРОСТО ХОТЕЛОСЬ ПОМОГАТЬ ЛЮДЯМ». ИСТОРИЯ ВОЛОНТЕРА >>> 8

КАК ДИАГНОСТИРУЕТСЯ РАК ПЕЧЕНИ? >>> 10

ЖИЗНЬ ПОСЛЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕЧЕНИ >>> 11

ЧТО ТАКОЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛЕГКИХ? >>> 13

МЕЛКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛЕГКОГО: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ >>> 14

ПРАВО НА ВЫБОР И ДОСТУПНОСТЬ >>> 16

ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



КАК ПИТАТЬСЯ, ЕСЛИ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ «РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»?

>>> 9



ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ПАЦИЕНТАМ?

>>> 10



РЯДОМ В ТРУДНЫЙ ЧАС: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ДИАГНОЗЕ «РАК ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

>>> 12

Рекомендации по вакцинации от COVID-19 для пациентов с онкозаболеваниями



В период пандемии многие боятся заболеть, но особо остро встал вопрос вакцинации от COVID-19 для людей с онкологическими заболеваниями. Пациенты с онкозаболеваниями задаются вопросом: безопасно ли им проходить вакцинацию? Специалисты подробно изучили этот вопрос и сделали следующие выводы.

Существует определенная группа онкопациентов, для которых возможны временные противопоказания.

Это пациенты с заболеваниями крови. Им не рекомендуется вакцинироваться:

- в период проведения индукционной и консолидирующей химиотерапии, в том числе в период гранулоцитопении;
- в период проведения и при сроке менее четырех недель после иммунотерапии, в том числе анти-В-клеточной и/или анти-Т-клеточной;

- при сроке менее трех, а в некоторых случаях до шести месяцев после выполнения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток или костного мозга, а также при развитии реакции «трансплантат против хозяина» тяжелой степени или в случае неприживления/отторжения трансплантата.

Помимо этого, не следует забывать о противопоказаниях, указанных в инструкции к вакцине, в первую очередь об индивидуальной непереносимости компонентов вакцины.

Можно ли проходить вакцинацию в остальных случаях? Спутник V безопасен для пациентов, завершивших противоопухолевое лечение. Своевременная вакцинация особенно важна для них, поскольку они находятся в группе повышенного риска тяжелого течения COVID-19.

Пациенты со скомпрометированной иммунной системой могут пройти вакцинацию, однако ее эффективность может быть снижена (по аналогии с вакциной против гриппа).

Введение вакцины рекомендовано без ограничений и тем онкопациентам, которые получают курсы циклического лечения, но не имеют признаков гематологической токсичности (лимфопении, нейтропении, лейкопении). Поскольку ни одна из российских вакцин не содержит живой вирус, нет никаких предпосылок для повышения риска поствакцинальных реакций у пациентов, получающих противоопухолевое лечение. Кроме того, получить вакцину могут и те, кто проходит гормональную терапию, ведь такое лечение обычно не вызывает значимых побочных эффектов и не влияет на показатели крови.

В некоторых случаях проведение вакцинации одобрено, но рекомендовано в определенный период лечения онкологических заболеваний.

Так, при онкогематологических заболеваниях вакцинация рекомендована до начала лечения либо в процессе лечения при достижении стабильного уровня лимфоцитов. Онкогематологические пациенты находятся в группе наиболее высокого риска развития респираторных бактериальных и вирусных инфекций, в том числе и SARS-CoV-2, поэтому им следует обязательно вакцинироваться в указанный период.

Пациентам, получающим потенциально имеющее гематологическую токсичность противоопухолевое лечение (большинство случаев химиотерапии, лучевой терапии), рекомендуется вакцинация Спутником V:

- за две недели и ранее до начала противоопухолевого лечения;
- в интервалы между курсами химиотерапии;
- до начала курса лучевой терапии;
- после завершения курса лучевой терапии.

Таким образом, вакцинация безопасна для большинства онкопациентов (с учетом рекомендуемого периода вакцинации).

Источник: Официальный портал МЗ РФ об онкологических заболеваниях (<https://onco-life.ru/>)

IX Всероссийский конгресс онкопациентов пройдет с 23 по 25 октября 2024 года в Москве

Главная задача форума – объединить усилия профессионального и пациентского сообществ для обмена актуальной информацией с целью улучшения качества медицинского обслуживания, снижения уровня заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний. Особое внимание будет уделено формированию предложений для внесения в ФЗ «Борьба с онкологическими заболеваниями» на 2025–2030 гг.

Крупнейшее пациентское мероприятие ежегодно объединяет широкий круг специалистов: онкологов, химиотерапевтов, хирургов, радиотерапевтов, лучевых диагностов, генетиков, организаторов здравоохранения, ученых, представителей некоммерческих организаций и благотворительных фондов, юристов, онкопациентов и членов их семей.

Ведущие российские эксперты расскажут о передовых научных достижениях и лучшем клиническом опыте, современных технологиях диагностики и лечения, сопроводительной терапии, реабилитации, а также затронут важные организационные и правовые вопросы оказания специализированной онкологической помощи.

К участию приглашаются онкопациенты, их близкие, а также все, кому небезразлична тема помощи людям с онкологическим диагнозом.



Участие бесплатное.

Место проведения: Общественная палата Российской Федерации г. Москва, Миусская пл., д. 7, стр. 1.

Организаторы: Всероссийская общественная организация помощи пациентам «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» и Общественная палата РФ.

Константин Владимирович Хурцев: «Возвращение к нормальной и полноценной жизни после лечения рака возможно и даже необходимо»



– Константин Владимирович, в России существуют различные программы скрининга онкологических заболеваний. Есть ли такая программа для рака печени и поджелудочной железы? Как выявить его на ранней стадии?
– Главная цель скрининга – снижение смертности от рака путем его выявления на ранней бессимптомной стадии, когда он хорошо поддается излечению. Однако любые диагностические процедуры имеют риски (например, при биопсии может развиваться кровотечение), поэтому скрининг должен не только эффективно выявить заболевание на бессимптомной стадии, но и быть максимально безопасным для человека. В отличие от некоторых других видов скрининга (например, рака кишечника или молочной железы, которые рекомендованы всем людям), скрининг рака печени проводится только у пациентов с факторами высокого риска его развития. В России в качестве скрининга рака печени для всех пациентов из группы высокого риска рекомендовано выполнение УЗИ печени и органов брюшной полости 1 раз в 6 мес совместно с определением альфа-фетопротеина (АФП).
Дополнительная визуализация (КТ органов брюшной полости или МРТ-исследование с внутривенным контрастным усилением) рекомендуется при повышении уровня АФП ≥ 20 нг/мл в сыворотке крови или после выявления узлового образования в печени размером ≥ 10 мм на УЗИ.
Программы скрининга рака поджелудочной железы для всего населения нет, потому что этот тип рака встречается довольно редко (около 3% от всех впервые выявленных онкологических заболеваний). Массовое обследование в такой ситуации принесет больше вреда, чем потенциальной пользы (медицинские и финансовые затраты, осложнения от процедур, стресс при прохождении обследования при минимуме преимуществ).
Но скрининг есть для людей с высоким риском заболеть раком поджелудочной железы: имеющих кровных родственников с этим диагнозом или наследственными синдромами, повышающими его вероятность. Ежегодно таким пациентам проводится МРТ (магнитно-резонансная томография), или МРХПГ (магнитно-резонансная холангиопанкреатография), или эндоУЗИ (эндоскопическое ультразвуковое исследование).
Более короткий интервал, например, 1 раз в 6 мес, может быть рассмотрен для людей с очень высоким риском (зародышевая мутация CDKN2A и синдром Пейтца-Егерса).

– Насколько часто рак печени и поджелудочной железы связан с наследственными факторами?

– Чаще всего причиной возникновения рака являются именно наследственные мутации: когда никаких генетических поломок человек не унаследовал, но в течение жизни в клетках накапливаются ошибки, которые рано или поздно приводят к возникновению опухоли. Дальнейшее накопление этих поломок уже внутри опухоли может сделать ее более злокачественной или привести к возникновению новых свойств. Несмотря на то, что в большинстве случаев онкологические заболевания возникают из-за случайных мутаций, надо очень серьезно относиться к наследственному фактору. Если человек знает об имеющихся у него унаследованных мутациях, он сможет предотвратить развитие конкретного заболевания, риск возникновения которого у него очень велик. Говоря о гепатоцеллюлярной карциноме, играет роль наличие в семье рака печени у родственников первой линии (у родителей): в таком случае риск развития заболевания выше примерно в 4 раза. Говоря о раке поджелудочной железы, только 1 из 10 пациентов с раком поджелудочной железы будет иметь наследственную форму этого заболевания. Люди, у родственников которых был рак поджелудочной железы, имеют повышенный риск им заболеть.

Как выявляют рак поджелудочной железы и печени, какие факторы риска существуют, куда обращаться и как проводят лечение сегодня мы обсудили с Главным внештатным специалистом-онкологом Северо-Кавказского федерального округа, главным врачом Ставропольского краевого клинического онкологического диспансера, кандидатом медицинских наук Константином Владимировичем Хурцевым.

– Какие современные методы диагностики появились в последнее время и доступны в нашей стране?

– Совсем недавно начали проводиться генетические исследования на наследственные мутации людям, у которых в семье часто встречались определенные типы злокачественных опухолей, если такой диагноз был установлен у близких родственников. Правильное решение о необходимости обследования помогут принять онколог, клинический генетик. Генетические тесты могут нести некоторые негативные эффекты. Когда здоровый человек узнаёт, что у него мутация, связанная с повышенным риском рака, это может стать сильным эмоциональным потрясением. Врач порекомендует рассказать об этом членам семьи, чтобы они тоже знали о рисках, и это может сделать семейную атмосферу более напряженной. Сам по себе генетический анализ стоит недешево. Если речь идет о наследственных мутациях, для анализа достаточно сдать кровь из вены. Для составления «молекулярно-генетического портрета» рака чаще всего нужен биоптат – образец ткани злокачественной опухоли. Существует и более современная методика – жидкостная биопсия, когда исследуют ДНК опухолевых клеток, циркулирующую в крови. Точность обнаружения мутаций с помощью современных генетических исследований составляет почти 95%.

– Какие новые лекарственные методы появляются в лечении рака печени и поджелудочной железы?

– Для лечения гепатоцеллюлярного рака относительно недавно начали применяться иммунотерапия ингибиторами контрольных точек и таргетная терапия ингибиторами тирозинкиназ. Таргетная терапия при лечении рака печени подавляет процесс образования сосудов, питающих опухоль (ангиогенез). Молекулы препарата блокируют взаимодействие клеток опухоли и их микроокружения (соседних клеток, которые не являются злокачественными, но которые опухоль «подстраивает» под свои нужды) и таким образом останавливают рост новообразования. Самый современный класс противоопухолевых средств – иммунотерапия ингибиторами контрольных точек (за разработку этого метода ученые были удостоены Нобелевской премии по медицине в 2018 году). Действие метода состоит в том, что при помощи препаратов собственный иммунитет пациента преодолевает защиту опухолевых клеток и уничтожает их. Для лечения рака поджелудочной железы также применяется таргетная и иммунотерапия. Однако биологические характеристики опухоли влияют на выбор метода лекарственного лечения. Для назначения такого лечения необходимо выявление определенных биомаркеров.

– Увеличилась за последнее время выживаемость пациентов после этих видов рака?

– Исследователи обнаружили, что в период с 1992 по 2005 год показатель выживаемости за 1 год почти удвоился, увеличившись с 25 до 47%. Ранний скрининг пациентов с гепатитом С, ведущим фактором риска развития рака печени, напрямую способствовал увеличению выживаемости пациентов, живущих с раком печени. При раннем выявлении существует значительно больше вариантов лечения рака печени – в большинстве случаев, чем раньше он обнаружен, тем лучше прогноз. Пятилетняя выживаемость людей с раком поджелудочной железы выросла до 13%, согласно статистике за 2024 год. Это более чем вдвое превышает 6% пятилетней выживаемости десятилетней давности, отмечают эксперты по раку поджелудочной железы (PanCAN).

– Какие советы Вы можете дать пациентам для поддержания качества жизни после лечения?

– Каждый пациент должен четко знать, что возвращение к нормальной и полноценной жизни после лечения рака возможно и даже необходимо, но для этого ему потребуется несколько скорректировать привычки и крайне внимательно следить за состоянием здоровья.

- Физическая активность.
- Питание.

● Вредные привычки.

● Психологическая поддержка.

● Профилактические осмотры (диспансерное наблюдение). Соблюдение всех врачебных рекомендаций, здоровый образ жизни, сбалансированная диета и адекватные физические нагрузки помогут справиться со всеми последствиями раковой опухоли и в кратчайшие сроки вернуться к полноценной жизни.

– Какие меры профилактики могут снизить риск развития рака печени и поджелудочной железы?

– В настоящий момент не существует надежного способа избежать рака поджелудочной железы, но можно контролировать некоторые факторы риска путем коррекции образа жизни. Отказ от курения, физическая активность, употребление достаточного количества овощей и фруктов, а также поддержание массы тела в пределах нормального индекса массы тела (от 18,5 до 25) позволяют снизить вероятность развития этого заболевания. Наиболее важными факторами риска рака печени являются алкогольная болезнь печени, хронические вирусные гепатиты и неалкогольная жировая болезнь печени. Лечение и профилактика хронических заболеваний печени снижают индивидуальный онкологический риск развития рака печени. Алкогольный цирроз предотвращается отказом от употребления алкогольных напитков и табака. Физические нагрузки, сбалансированное питание и контроль массы тела позволяют не допустить развития неалкогольной жировой болезни печени. Лечение пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С снижает заболеваемость раком печени в этой категории больных.

– Как выбрать учреждение для лечения рака печени и поджелудочной железы? Лечение бесплатное? Обязательно ли обращаться в крупные центры Москвы и Санкт-Петербурга или такое лечение можно провести по месту жительства?

– При раке печени и поджелудочной железы пациенты могут получить лечение по месту жительства (в региональном онкологическом диспансере).

Порядок маршрутизации онкопациентов внутри региона, как правило, устанавливается приказами регионального органа здравоохранения. Информировать пациента о возможности, порядке выбора и перечне медицинских организаций онкологического профиля должен лечащий врач (п. 20 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, утвержденного Приказом Минздрава РФ от 19.02.2021 г. №116н).

Порядок направления пациентов в федеральные медицинские организации регламентирован Приказом Минздрава РФ от 23.12.2020 г. №1363н.

Направление в федеральный центр на консультацию, обследование или лечение можно получить при наличии у больного определенных показаний, которые определяет лечащий врач. Среди них:

- нетипичное течение заболевания или отсутствие эффекта от проводимого лечения;
- необходимость применения методов обследования или лечения, недоступных в регионе (нет специализированных клиник, профильных специалистов, оборудования и т.д.);
- высокий риск хирургического лечения из-за осложненного течения болезни или наличия сопутствующих заболеваний;
- требуется дополнительное обследование в диагностически сложных случаях или для комплексной предоперационной подготовки пациентов с осложненными формами заболевания;
- необходимость повторной госпитализации по рекомендации федерального центра.

По поводу оформления направления на консультацию, обследования или лечение в федеральных центрах необходимо обращаться к лечащему врачу.

– Уважаемый Константин Владимирович, спасибо Вам за столь подробные ответы!

Полную версию интервью читайте на сайте газеты беседы-о-здоровье.рф

Опухоли печени и поджелудочной железы: что нужно знать?

Печень и поджелудочная железа – это важные органы пищеварительной системы, играющие ключевые роли в обмене веществ, детоксикации и пищеварении. Однако, как и любой орган в организме, они могут подвергаться развитию опухолей – как доброкачественных, так и злокачественных. В этом материале мы рассмотрим основные виды опухолей печени и поджелудочной железы, их особенности и методы диагностики.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Печень – крупнейшая железа в организме человека, выполняющая множество функций. Она фильтрует кровь, производит желчь, необходимую для пищеварения, и участвует в метаболизме различных веществ. Опухоли печени могут быть доброкачественными или злокачественными.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

1. Гемангиома. Это наиболее распространенный тип доброкачественной опухоли печени, представляющий собой скопление аномальных кровеносных сосудов. Чаще всего гемангиомы небольшие и не вызывают симптомов. Лечение обычно не требуется, если опухоль не увеличивается и не вызывает дискомфорта. Вместе с тем в редких случаях при больших размерах эти опухоли могут стать причиной кровотечения.

2. Гепатоцеллюлярная аденома. Эта опухоль чаще встречается у женщин и может быть связана с приемом оральных контрацептивов. Хотя аденомы обычно не злокачественны, их также следует наблюдать.

3. Фокальная нодулярная гиперплазия. Это второе по распространенности доброкачественное образование печени после гемангиомы. Обычно фокальная нодулярная гиперплазия не вызывает симптомов и не требует лечения, если только не вызывает дискомфорта или боли.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

1. Гепатоцеллюлярная карцинома. Это наиболее распространенный тип рака печени. Основные факторы риска включают хронический гепатит В и С, цирроз печени и злоупотребление алкоголем. Симптомы могут включать боль в правом верхнем квадранте живота, потерю массы

тела, сдавление желчных протоков печени и желтуху, и как следствие – беспричинную усталость.

2. Холангиокарцинома. Этот тип рака возникает в желчных протоках печени. Факторы риска включают хронические воспалительные заболевания желчных путей и паразитарные инфекции. Симптомы могут также включать желтуху, зуд и потерю массы тела.

ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Поджелудочная железа выполняет важные функции в регуляции уровня сахара в крови и производстве ферментов для пищеварения. Опухоли поджелудочной железы могут быть как эндокринными (происходящими из клеток, производящих гормоны), так и экзокринными (происходящими из клеток, производящих пищеварительные ферменты).

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Серозная цистаденома – доброкачественное кистозное образование, чаще встречающееся у женщин. Оно редко превращается в злокачественное и часто не требует лечения, если только не вызывает симптомы.

2. Инсулинома – редкая опухоль, производящая инсулин. Хотя инсулинома доброкачественна в большинстве случаев, она может вызывать гипогликемию (низкий уровень сахара в крови), что требует хирургического вмешательства.

3. Гастринома. Эта опухоль производит гастрин, который стимулирует выработку желудочной кислоты. В результате может развиться синдром Золлингера–Эллисона, характеризующийся язвами и диареей. Хотя гастриномы часто злокачественны, они растут медленно и могут быть излечимы на ранних этапах проявления.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Аденокарцинома (карцинома или рак) поджелудочной железы. Это наиболее распространенный тип опухоли поджелудочной железы, происходящий из экзокринных клеток. Основные факторы риска включают курение, хронический панкреатит и семейную историю заболевания. Симптомы часто включают боль в животе, потерю массы тела, желтуху и изменения в стуле.

2. Нейроэндокринные опухоли. Эти опухоли развиваются из клеток, производящих гормоны. В отличие от аденокарциномы они могут быть менее агрессивными, но все же требуют лечения. Симптомы зависят от того, какие гормоны вырабатывает опухоль, и могут включать гипогликемию, диарею и язвы.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

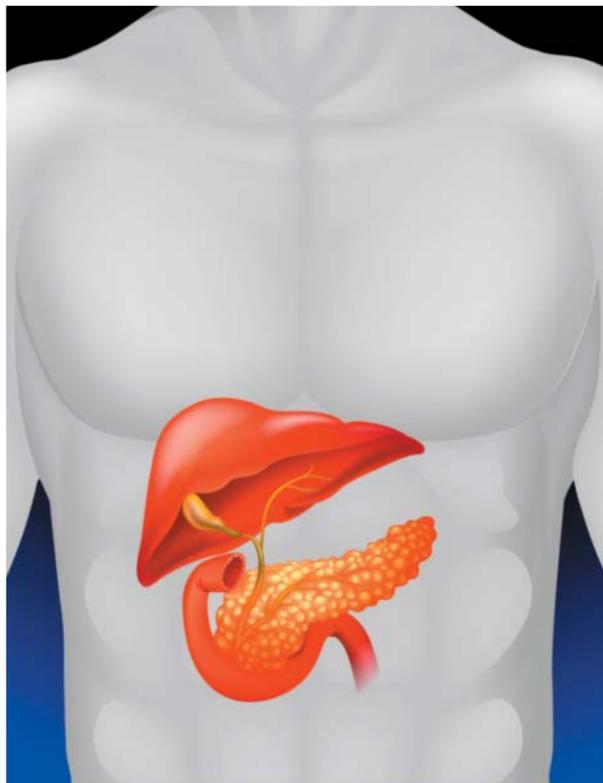
Диагностика опухолей печени и поджелудочной железы начинается со сбора анамнеза и осмотра. При подозрении на опухоль используются следующие методы диагностики:

- **ультразвуковое исследование** – простой и неинвазивный метод, позволяющий визуализировать структуру органов и достаточно эффективно выявлять опухоли;
- **компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.** Эти методы обеспечивают более детальную визуализацию, помогают определить размер и расположение опухоли, а также ее связь с окружающими структурами;
- **биопсия.** Взятие образца ткани опухоли для гистологического анализа позволяет точно определить природу опухоли – доброкачественная она или злокачественная.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опухоли печени и поджелудочной железы могут быть как доброкачественными, так и злокачественными. Ранняя диагностика и своевременное лечение являются ключевыми факторами для успешного исхода заболевания. При возникновении подозрений на наличие опухоли важно обратиться к врачу для проведения необходимого обследования и получения консультации.

Злокачественные новообразования печени и поджелудочной железы: общая информация



Опухоли печени и поджелудочной железы – это серьезные заболевания, изучение которых требует особого внимания и подхода. Эти два вида новообразований часто рассматриваются вместе из-за их схожих факторов риска, тяжелого течения болезни, анатомической близости этих органов. В данной статье мы рассмотрим основные факторы риска, статистику по заболеваемости и объясним, почему эти заболевания важны для изучения.

Почему опухоли печени и поджелудочной железы рассматривают вместе?

Злокачественные новообразования печени и поджелудочной железы чаще остальных морфологических вариантов представлены раком. Они имеют много общих факторов риска, таких как употребление алкоголя, курение, ожирение и диабет. Оба заболевания, ввиду отсутствия признаков и симптомов на ранних стадиях, часто диагностируются на поздних стадиях, что затрудняет лечение и ухудшает прогноз для пациентов.

Рак печени и рак поджелудочной железы не занимают лидирующие места в структуре онкологической заболеваемости в России, их вклад не превышает 3% в структуре как женского, так и мужского населения страны. Вместе с тем, согласно данным форм государственного статистическо-

го наблюдения, в 2023 г. в России зарегистрированы более 10 тыс. новых случаев рака печени и около 20 тыс. случаев рака поджелудочной железы.

На мировом уровне Россия занимает одно из ведущих мест по числу случаев рака печени, что связано с высоким уровнем заболеваемости гепатитом В и С, а также злоупотреблением алкоголем. Рак поджелудочной железы также является одной из наиболее агрессивных форм рака с низким уровнем выживаемости, при выявлении на поздних стадиях.

Факторы риска рака печени

1. Хронические вирусные гепатиты. Гепатиты В и С являются основными причинами развития рака печени. Эти вирусы вызывают хроническое воспаление паренхимы

печени, что со временем может привести к циррозу и раку. Особенно опасен в этом плане хронический гепатит В.

2. Злоупотребление алкоголем. Длительное употребление алкоголя может привести к алкогольному гепатиту и циррозу. Последний значительно повышает риск развития рака печени.

3. Ожирение и диабет. Метаболические нарушения могут способствовать развитию неалкогольной жировой болезни печени, это так называемый жировой гепатоз печени, что в конечном итоге может также привести к раку.

4. Наследственные заболевания. Некоторые генетические нарушения, такие как гемохроматоз, увеличивают риск развития рака печени.

Важность ранней диагностики и профилактики

Ранняя диагностика рака печени и поджелудочной железы значительно улучшает прогноз для пациентов. К сожалению, симптомы этих заболеваний часто появляются на поздних стадиях, когда лечение уже малоэффективно. По-

этому регулярные медицинские осмотры и скрининговые программы для людей с повышенным риском чрезвычайно важны. И очевидно, что основным инструментом контроля заболеваемости являются профилактические мероприятия, направленные на улучшение условий и образа жизни пациентов, а также своевременное лечение болезней. Профилактика включает отказ от курения, умеренное потребление алкоголя, поддержание нормальной массы тела и контроль хронических заболеваний, таких как диабет и гепатиты (как вирусные, так и невирусные). Вакцинация против гепатита В также является важным шагом в снижении риска рака печени.

ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1. Курение.** Курение табака является одним из основных и доказанных факторов риска развития рака поджелудочной железы.
- 2. Ожирение и диабет.** Так же как и для рака печени, избыточная масса тела и сахарный диабет увеличивают риск заболевания.
- 3. Хронический панкреатит.** Длительное воспаление поджелудочной железы может привести к развитию рака. Часто встречается при злоупотреблении или отравлении алкоголем низкого качества.
- 4. Наследственные факторы.** Наличие в семье случаев рака поджелудочной железы, наличие онкологических патологий у близких родственников, некоторые наследственные мутации (например, в гене BRCA2 или PKD1) повышают риск данного онкологического заболевания.
- 5. Возраст и пол.** Риск развития рака поджелудочной железы увеличивается с возрастом, и мужчины болеют несколько чаще, чем женщины. По данным международной статистики, 97,5% всех новых диагнозов приходится на людей 45 лет и старше. Примерно 89% всех новых диагнозов приходится на людей 55 лет и старше, 66,5% всех новых случаев приходится на людей старше 65 лет.

Заключение

Рак печени и поджелудочной железы представляет серьезную угрозу для здоровья пациента, а также и серьезную проблему для здравоохранения, в силу невысокой эффективности проводимого лечения при запущенных стадиях процесса. Но понимание факторов риска и активные меры по их снижению могут помочь предотвратить развитие этих заболеваний. Статистика заболеваемости в России показывает важность внимания к этим видам рака и необходимости регулярных медицинских обследований. Берегите свое здоровье и не пренебрегайте профилактическими мерами – это лучший способ защитить себя и своих близких.

Рак поджелудочной железы с метастазами в печень



Что такое метастазы в печени при раке?

Метастазы – это вторичные очаги злокачественной опухоли, которые возникают на удалении, когда раковые клетки распространяются из первичного очага в другие органы. При раке поджелудочной железы печень является одним из наиболее частых органов-мишеней для метастазов из-за близкого расположения и прямого оттока крови.

ФАКТОРЫ РИСКА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ В ПЕЧЕНЬ

- 1. Поздняя стадия заболевания.** Чем позже обнаружено новообразование, тем выше риск метастазирования, в том числе – в печень.
- 2. Высокая степень злокачественности.** Опухоли с высокой степенью злокачественности более агрессивны и склонны к быстрому распространению по организму.
- 3. Размер и локализация первичной опухоли.** Отмечено, что большие по размеру опухоли и те, которые расположены в головке поджелудочной железы, чаще метастазируют.
- 4. Наличие сосудистых и лимфатических инвазий.** Если раковые клетки проникают в кровеносные сосуды или лимфатические узлы, вероятность отдаленного метастазирования значительно возрастает.

Метастазы в печени могут проявляться различными симптомами, которые часто зависят от степени поражения органа.

- 1. Боль в правом подреберье.** Один из первых признаков, связанный с увеличением печени и натяжением ее капсулы.
- 2. Потеря аппетита и массы тела.** Метаболические изменения и нагрузка на печень приводят к потере аппетита и похудению. Однако этот симптом неспецифичен. Он на-

блюдается при множестве других онкологических и неонкологических заболеваний.

3. Желтуха. Пожелтение кожи и склер глаз возникает из-за нарушения функции печени и закупорки желчных протоков. Также может возникать и при неонкологических заболеваниях. Например, закупорка желчного протока камнем.

4. Общая слабость и усталость. Также неспецифичный симптом. Рассматривается вместе с другими симптомами.

5. Увеличение объема живота. Асцит (накопление жидкости в брюшной полости) может развиваться при значительном поражении печени. И, как правило, это уже далеко зашедшая стадия заболевания.

Однако стоит отметить, что даже клинически никак не проявляющаяся опухоль поджелудочной железы малых размеров уже может дать метастазы в печень, которые из-за малых размеров первое время тоже не будут да-

вать специфических симптомов. Этим и коварно данное заболевание.

Лечение

Лечение метастазов в печени при раке поджелудочной железы зависит от многих факторов, включая количество и размер метастазов, общее состояние здоровья пациента и стадию основного заболевания.

- **Химиотерапия.** Основной метод лечения, который может замедлить рост опухоли и уменьшить размеры метастазов. Современные химиопрепараты могут быть эффективными, но имеют различной выраженности побочные эффекты.
- **Таргетная терапия.** Препараты, направленные на специфические молекулярные мишени опухолевых клеток, могут быть использованы для борьбы с метастазами. Под-

« ДАЖЕ КЛИНИЧЕСКИ НИКАК НЕ ПРОЯВЛЯЮЩАЯ СЕБЯ ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ УЖЕ МОЖЕТ ДАТЬ МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНЬ... ЭТИМ И КОВАРНО ДАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ. »

бираются после детального изучения клеток опухоли и их рецепторного аппарата.

Методы диагностики

- **Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости.** Простой и доступный метод, который позволяет достаточно четко выявить и определить характер изменений в структуре печени. Золотой стандарт в скрининге этого заболевания.
- **Компьютерная томография (КТ).** Обеспечивает детальное изображение печени и позволяет оценить наличие и размер метастазов, а также дает представление о первичной опухоли поджелудочной железы. Этот метод используется дополнительно – уже после того, как на УЗИ врач заподозрит наличие заболевания.
- **Магнитно-резонансная томография (МРТ).** Используется для получения более точных данных о структуре печени и метастазах. При этом методе метастазы в печени визуализируются значительно лучше, чем на КТ.
- **Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).** Помогает обнаружить активные опухолевые клетки в печени и в других органах на основе регистрации метаболической активности опухолевых клеток.
- **Биопсия печени.** В некоторых случаях может потребоваться взятие образца ткани печени для подтверждения

диагноза злокачественного новообразования. Так врач поймет, является ли изменение в печени метастазом или самостоятельным заболеванием.

- **Иммунотерапия.** Стимулирует иммунную систему пациента на борьбу с раковыми клетками.
- **Химиоэмболизация.** Минимально инвазивная процедура, при которой в артерию, снабжающую пораженный участок печени, вводится химиопрепарат, который локально воздействует на опухолевую ткань, снижая токсические воздействия препаратов на организм. Такой вид значительно повышает эффективность химиотерапии.
- **Лучевая терапия.** Возможно облучение единичных метастазов в печени. Однако метод имеет ограничение в виде их количества. Множественные метастазы в печени под этот вид лечения не подходят. В целом лучевая терапия при метастазах в печень проводится в паллиативных целях или же как «терапия отчаяния».

Заключение

Рак поджелудочной железы с метастазами в печень – это серьезное заболевание, требующее комплексного подхода в диагностике и лечении. Понимание факторов риска, симптомов и методов диагностики помогает в раннем выявлении и более эффективном лечении как первичной опухоли, так и метастазов, что может улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

Рак поджелудочной железы: факторы риска и трудности ранней диагностики



Занимая лишь 12-е место среди онкологических заболеваний, впервые диагностированных в мире в 2020 г., рак поджелудочной железы тем не менее стоит на 7-й позиции в структуре онкологической смертности. Количество новых случаев рака поджелудочной железы в настоящее время значительно увеличивается в промышленно развитых странах.

Факторы риска

Исследования на больших когортах пациентов выявили несколько факторов, которые реально увеличивают риск развития данного заболевания. **Курение** сигарет является установленным фактором риска, повышающим риск развития рака в 1,74 раза у курящих по сравнению с никогда не курившими. Механизмы, с помощью которых курение увеличивает риск рака поджелудочной железы, вероятно, являются многофакторными и включают повреждение ДНК, а также воспаление и фиброз. Аналогично влияет и чрезмерное употребление алкоголя (>6 напитков в день), которое увеличивает риск развития рака у пьющих людей в 1,6 раза по сравнению с непьющими.

Пациенты с **сахарным диабетом** также имеют повышенный риск развития рака поджелудочной железы. Длительный диабет >3 лет увеличивает риск в 1,5–2,4 раза. Хотя давний диабет может являться причиной развития опухолей поджелудочной железы, по-видимому, вновь возникший диабет является следствием, а не причиной рака, и недавние исследования были сосредоточены на этом симптоме, чтобы определить группу высокого риска для скрининга. Примерно у 1% пациентов с вновь возникшим диабетом развивается рак в течение 3 лет, этот показатель может увеличиваться до 3% после 50 лет.

Ожирение также коррелирует с повышенным риском возникновения рака поджелудочной железы, хотя сложно



Рак поджелудочной железы – это злокачественная опухоль с одним из самых неблагоприятных прогнозов, при котором, несмотря на достижения в хирургических и онкологических подходах к лечению, 5-летняя выживаемость составляет всего 11%, но тот же параметр для пациентов с I стадией (когда отсутствует какая-либо симптоматика), по данным разных авторов, колеблется в пределах 25–60%. Вследствие позднего проявления клинической симптоматики опухоль диагностируется уже на распространенной стадии, когда возможность хирургического лечения уже отсутствует.

отделить риск рака, вызванный исключительно ожирением, от риска, вызванного сопутствующим сахарным диабетом, который повышен у пациентов с ожирением. Тем не менее повышенный риск, связанный с ожирением, сохранился даже после коррекции массы тела, что нашло отражение в нескольких исследованиях, позволяющих предположить, что риск, связанный с избыточной массой тела, обусловлен не только сопутствующим диабетом. Таким образом, ожирение в настоящее время считается независимым фактором риска развития рака поджелудочной железы: вероятность наступления заболевания повышается в 1,72 раза при индексе массы тела >30 кг/м².

Как и диабет, **панкреатит** является фактором риска рака поджелудочной железы, поскольку воспаление и повреждение, вызванные панкреатитом, могут привести к развитию рака поджелудочной железы. Хотя риск снижается со временем после постановки диагноза хронического панкреатита, повышенный риск сохраняется даже после долгого наблюдения – при длительности заболевания 5 лет и более, вероятность возникновения рака поджелудочной железы возрастает в 2,02 раза.

Помимо факторов, связанных с привычками и образом жизни человека, около 10% случаев рака поджелудочной железы связано с различными **наследственными факторами**. К ним относятся семейные синдромы предрасположенности к раку, такие как: семейный синдром меланомы атипичных родинок (вызванный мутациями гена CDKN2A), синдром Пейтца–Егерса (вызванный мутациями гена STK11), наследственный панкреатит (мутации в гене PRSS1), синдром Линча (мутации в генах MLH1, MSH2, MSH6), мутации в генах BRCA1 и BRCA2. В литературе часто встречается такой термин, как «семейный рак поджелудочной железы», под которым подразумеваются семьи с двумя заболевшими родственниками первой степени родства. Для примера, у пациентов с синдромом Пейтца–Егерса в возрасте 70 лет и старше вероятность заболеть раком поджелудочной железы достигает 60%.

Кроме этого, существует **когорта заболеваний поджелудочной железы, которые современная онкология относит к предраковым**. К ним относятся: панкреатические внутриэпителиальные неоплазии (PanIN), внутривнутри протоковые папиллярные муцинозные опухоли (IPMN) и муцинозные кистозные опухоли. Процесс их злокачественной трансформации происходит за счет накопления мутаций ключевых генов, таких как KRAS, CDKN2, TP53, SMAD4/DPC и BRCA2.

Ранняя выявляемость

Далее мне хочется остановиться на проблеме ранней выявляемости рака поджелудочной железы. Обычно в этом контексте всегда говорится о различных скрининговых программах, имеющих характер национальных и охватывающих максимальное число людей. Для рака поджелудочной железы этот момент имеет свои особенности. И в первую очередь это связано с относительно малым количеством вновь заболевших (около 3%) от всех впервые выявленных злокачественных новообразований. Учитывая это, можно говорить, что популяционный скрининг не оправдан, но, по прогнозам специалистов, к 2030 г. рак поджелудочной железы станет второй ведущей причиной смерти от онкологических заболеваний. Основная причина этой высокой смертности заключается в том, что только у небольшого числа (11%) пациентов диагностируется локализованное заболевание, а в 52% случаев болезнь выявляется уже на IV стадии, когда надежд на излечение практически нет. Поэтому единственно пра-

вильной стратегией по снижению смертности от данного вида рака при такой ситуации является определение для скрининга групп с повышенным риском развития болезни и раннее выявление потенциально излечимых форм заболевания.

Злокачественные опухоли поджелудочной железы не имеют специфических, характерных только для них, клинических проявлений даже на распространенных стадиях. Наиболее часто встречающиеся симптомы: боль в верхних отделах живота, повышенная утомляемость, потеря массы тела, при локализации опухоли в головке поджелудочной железы очень часто первым симптомом заболевания является развитие желтухи, обусловленной обструкцией общего желчного протока. А для локализованного процесса и вовсе отсутствуют какие-либо проявления болезни. И здесь возникает главный вопрос: как и с помощью каких обследований можно распознать болезнь?

К сожалению, каких-либо специфических, обладающих высокой чувствительностью лабораторных тестов для постановки диагноза «рак поджелудочной железы» нет. Единственный показатель (из группы онкомаркеров), который, с определенными оговорками, может быть рекомендован к использованию, – антиген аденогенных раков СА 19-9. Он может повышаться (у 90% пациентов) при симптомном распространенном раке (чувствительность и специфичность теста достигает 80–90%), а также при развитии желтухи и воспалительных процессов в зоне поджелудочной железы. При ранних бессимптомных формах заболевания его уровень у многих может быть в пределах нормальных значений либо незначительно повышен, но ориентироваться на это без учета других диагностических инструментальных методов категорически не рекомендуется.

К основным методам визуализации, используемым в диагностике опухолей поджелудочной железы, относятся: УЗИ, компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), эндоскопическое УЗИ (эндосонография). На первом этапе обычно выполняется УЗИ и при выявлении каких-либо изменений проводится уточняющая диагностика в виде КТ или МРТ с обязательным контрастным усилением. Чувствительность данных методов исследования в выявлении рака поджелудочной железы колеблется от 76 до 96%. Эндосонография в основном используется для получения образцов ткани с целью подтверждения диагноза рака и диагностики небольших образований поджелудочной железы.

На современном этапе продолжают исследования, целью которых является выявление специфических биомаркеров для максимально ранней диагностики подобного рака. Имеются обнадеживающие результаты, но пока нет их массового применения. К таким биомаркерам можно отнести: определение в панкреатическом соке мутантной ДНК TP53/SMAD4 19, циркулирующей в крови опухолевой ДНК ctDNA, бесклеточной ДНК ctDNA, белка CEMIP и т.д.

В заключение отметим: пациенты с высоким риском развития рака поджелудочной железы, и в особенности с диагностированными предраковыми состояниями, должны наблюдаться и лечиться в специализированных центрах с соответствующими возможностями и специалистами со знанием и опытом.

А.С. Габоян

Онкоцентр ЦКБ «РЖД-Медицина», заведующий отделением торакоабдоминальной онкологии и хирургии, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии ФГБОУ «Российский университет медицины».

Злокачественные опухоли поджелудочной железы: современные методы диагностики



Рак поджелудочной железы может долгие годы не давать о себе знать. Именно поэтому ранняя диагностика коварной опухоли имеет огромное значение. Приводим перечень обследований, которые помогут своевременно обнаружить рак и начать лечение.

● **БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ** – лабораторный тест, в ходе которого исследуется образец крови для измерения количества определенных веществ, таких как билирубин, выделяемых в кровь органами и тканями организма. Необычное (выше или ниже нормы) количество вещества может быть признаком заболевания.

● **ТЕСТ НА ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ** – процедура, в ходе которой образец крови, мочи или ткани проверяется для измерения количества определенных веществ, таких как СА 19-9 и карциноэмбриональный антиген (КЭА), производимых органами, тканями или опухолевыми клетками в организме. Определенные вещества связаны с конкретными типами злокачественного заболевания, если обнаруживаются в организме в повышенном количестве. Они называются опухолевыми маркерами.

● **КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КТ)**. Данный метод диагностики проводится для более точного определения заболевания. Чтобы органы или ткани были видны более четко, используется контрастный препарат. Снимки могут быть сделаны в три разных момента после введения контрастного препарата, чтобы получить наилучшее изображение аномальных зон, например в печени.

● **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ)**. При этой процедуре используются магнитные радиоволны, чтобы обеспечить получение серии детальных снимков. Чаще используется для сканирования брюшной поло-

сти. Данное исследование также проводится с использованием внутривенного контрастного препарата.

● **ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (ПЭТ-КТ)**. Эта процедура используется для поиска злокачественных опухолевых клеток в организме. В вену вводится небольшое количество радиоактивного препарата. По аналогии с КТ и МРТ происходит сканирование интересующей системы органов. Главным отличием является то, что при ПЭТ-КТ возможно оценить метаболическую активность разных клеток. Клетки злокачественных опухолей отображаются на снимке ярче, потому что они более активно потребляют радиофармпрепарат, чем нормальные клетки.

● **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**: ультразвуковой датчик прижимается к коже живота и направляет высокоэнергетические звуковые волны (ультразвукового спектра) в брюшную полость. Звуковые волны отражаются от разных по плотности внутренних тканей и органов и создают эхографическую картину. Датчик принимает эхосигналы и отправляет их на компьютер, который использует их для создания изображений, называемых сонограммами. Патологические очаги имеют свои особенности и достаточно четко определяются этим методом.

● **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**. При данной методике используется эндоскоп,

вводимый в организм обычно через рот или прямую кишку, который оснащен не только специальными линзами, но и имеет внутри себя ультразвуковой аппарат. Зонд на конце эндоскопа используется для отражения высокоэнергетических звуковых волн (ультразвука) от внутренних тканей или органов и получения эхосигналов. Эта процедура также называется эндосонографией и помогает уточнить глубину проникновения опухоли в стенку органа – от этого зависят объем планируемой операции, а также другое специальное лечение.

● **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ** – исследование желчных протоков, по которым желчь поступает из печени в желчный пузырь и из желчного пузыря в тонкий кишечник. Иногда злокачественное заболевание поджелудочной железы приводит к сужению этих протоков и блокированию или замедлению оттока желчи, что вызывает желтуху. Данная процедура проводится в комбинации с введением контрастного препарата. Через катетер в протоки вводится краситель, после чего делается снимок. По изменению контуров протока можно определить наличие опухолевого очага. Также могут быть взяты образцы тканей при этом исследовании.

● **ЧРЕСКОЖНАЯ ТРАНСПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ (ЧТХ)**. Это процедура рентгенографии печени и желчных протоков. Тонкая игла вводится через кожу в печень. Контрастный препарат вводится в печень или желчные протоки, после чего делается рентгеновский снимок. Если обнаружена закупорка, в печени иногда оставляют тонкую гибкую трубку, называемую стентом, для оттока желчи в тонкий кишечник. Этот тест проводится только в стационарных условиях с обезболиванием, поэтому требует подготовки пациента к процедуре.

● **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ**. Это хирургическая малоинвазивная операция, позволяющая осмотреть органы брюшной полости на предмет наличия признаков заболевания без наложения больших разрезов на брюшной стенке – при помощи эндоскопической техники. В животе делаются небольшие разрезы-отверстия (1–2 см), и в один из разрезов вставляется лапароскоп (с камерой и подцветкой). На конце лапароскопа может находиться ультразвуковой датчик, чтобы отражать высокоэнергетические звуковые волны от внутренних органов, таких как, например, поджелудочная железа. Это называется лапароскопическим ультразвуком. Через те же или другие разрезы могут вводиться другие инструменты для выполнения таких процедур, как взятие образцов ткани из поджелудочной железы или образца жидкости из брюшной полости для проверки на наличие злокачественного образования.

● **БИОПСИЯ**. При данной методике производится забор клеток либо тканей интересующего органа для дальнейшего цитологического или гистологического исследования и определения характера патологического поражения.

Источник литературы:
<https://www.cancer.gov/types/pancreatic/patient/pancreatic-treatment-pdq>

Лечение доброкачественных и злокачественных опухолей поджелудочной железы: что нужно знать пациентам?

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Доброкачественные опухоли поджелудочной железы не распространяются на другие органы и ткани и обычно не угрожают жизни пациента. К основным видам доброкачественных опухолей поджелудочной железы относятся серозные цистаденомы, инсулиномы и гастриномы.

Варианты лечения доброкачественных опухолей

1. Наблюдение и мониторинг

Если опухоль небольшая и не вызывает симптомов, врач может рекомендовать динамическое наблюдение. Периодические обследования с использованием ультразвукового исследования, компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии помогают контролиро-

вать состояние опухоли. Такое наблюдение часто применяется для серозных цистаденом, которые редко трансформируются в злокачественные.

2. Хирургическое удаление

В случаях, когда доброкачественная опухоль вызывает симптомы, например сдавления протоков, или существует

» с. 8

с. 7 «

риск ее перерождения в злокачественную, может потребоваться хирургическое вмешательство. Наиболее распространенные показания к операции включают инсулиномы и гастриномы, которые могут вызывать нарушения уровня сахара в крови и желудочные язвы соответственно. Операция включает резекцию (удаление) пораженной части поджелудочной железы под общим обезболиванием.

3. Минимально инвазивные процедуры

В некоторых случаях возможно проведение эндоскопических процедур, например удаления небольших кистозных образований через эндоскоп. Этот метод менее инвазивен по сравнению с традиционной хирургией и подходит для небольших доброкачественных опухолей, а также для пациентов, у которых имеются противопоказания к полостным операциям (пожилые, с сопутствующей патологией других органов).

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Наиболее распространенной злокачественной опухолью поджелудочной железы является аденокарцинома, которая возникает из клеток, выстилающих протоки железы. Она отличается агрессивным ростом и высоким риском метастазирования. Также встречаются нейроэндокринные опухоли, которые происходят из гормон-продуцирующих клеток поджелудочной железы.

Методы лечения злокачественных опухолей

1. Хирургическое вмешательство

● **Панкреатодуоденэктомия (операция Уиппла).** Эта операция является стандартным методом лечения при раке головки поджелудочной железы. Она включает

удаление головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, части желудка, желчного пузыря и части общего желчного протока. Несмотря на сложность и длительный период восстановления, операция Уиппла может быть радикальным лечением для пациентов с локализованным раком поджелудочной железы.

● **Дистальная панкреатэктомия.** Используется для удаления опухолей, расположенных в теле или хвосте поджелудочной железы. В этой операции удаляется часть поджелудочной железы вместе с селезенкой. Она менее травматична по сравнению с операцией Уиппла и имеет более короткий период восстановления.

● **Тотальная панкреатэктомия.** В редких случаях может потребоваться полное удаление поджелудочной железы. Это радикальная операция, которая приводит к полной потере эндокринной и экзокринной функции железы, требующей последующей полноценной замены инсулина и ферментов. Выполняется в крайних случаях.

2. Системная химиотерапия

Химиотерапия часто используется как вспомогательное лечение к операции для уничтожения оставшихся раковых клеток или как основной метод лечения при неоперабельных опухолях. В настоящее время наиболее эффективными в отношении злокачественных новообразований поджелудочной железы признаны такие схемы полихимиотерапии, как FOLFIRINOX, mFOLFIRINOX и гемцитабин+пab-паклитаксел. Они оказывают влияние на рост и размножение опухолевых клеток, а также уничтожают опухолевую ткань, уменьшая ее в размере. Химиотерапия может помочь замедлить прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни пациента.

3. Таргетная терапия

Таргетная терапия направлена на специфические молекулярные мишени, которые играют роль в росте и выживании раковых клеток. Например, препарат эрлотиниб ингибирует рецептор эпидермального фактора роста (EGFR), который часто активен при раке поджелудочной железы. Таргетная терапия используется как самостоятельный метод или в комбинации с химиотерапией.

4. Лучевая терапия

Лучевая терапия может использоваться как адъювантный (дополнительный) метод после хирургического вмешательства или для контроля локальных симптомов при неоперабельных опухолях. Она помогает несколько уменьшить размер опухоли и облегчить такие симптомы, как боль и желтуха. Не является радикальным методом для данной патологии, хотя современные методы лучевой терапии позволяют направленно воздействовать на опухоль, минимизируя повреждение окружающих здоровых тканей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение опухолей поджелудочной железы – это сложный процесс, требующий участия целой команды специалистов. Важны раннее выявление заболевания и обращение за медицинской помощью при первых симптомах, таких как боли в животе, потеря массы тела, желтуха и изменения в пищеварении. Современные методы диагностики и лечения позволяют значительно улучшить прогноз и качество жизни пациентов. Регулярные обследования и внимательное отношение к своему здоровью – ключевые элементы успешного лечения и профилактики заболеваний поджелудочной железы.

ИСТОРИИ

«Просто хотелось помогать людям». История волонтера



МАРГАРИТА ЕПИФАНОВА,
волонтер благотворительного фонда «Я люблю жизнь»

Сегодня мы хотим поделиться с вами историей волонтера Маргариты Епифановой. Она замечательный человек, педагог с большим сердцем и многолетним опытом работы в детском саду, где она помогает детям с нарушениями зрения.

Выросла и училась в Екатеринбурге, окончив педагогический университет по специальности «Логопед». В свободное время увлекается рисованием, активным отдыхом и интеллектуальными играми. Маргарита – настоящий пример того, как профессиональные и личные интересы могут гармонично сочетаться с волонтерской деятельностью. Мы поговорили с Маргаритой о ее пути в волонтерстве и о том, что вдохновляет ее на добрые дела.

– **Маргарита, расскажите, как Вы пришли в волонтерство?**

– Знаете, это было скорее случайное, чем осознанное, решение. В пандемию, когда у нас появилось больше свободного времени, мы с коллегами из кампуса «Университет детства» организовали онлайн-детский сад. Там мы проводили занятия в Zoom, консультировали родителей. А потом, по предложению Елены Булатовой, начали проводить мастер-классы для других педагогов, чтобы собрать средства для благотворительного фонда «Я люблю жизнь». Вот так все и началось.

– **Почему выбрали именно это направление?**

– Просто хотелось помогать людям. Видеть, как мои усилия приносят радость и поддержку, – это невероятно важно для меня. Каждый человек нуждается в ощущении, что он нужен, и через волонтерство я это чувство получаю.

– **В чем заключаются Ваши задачи в фонде?**

– Мы проводили благотворительные квесты, но сейчас я в основном занимаюсь мастер-классами по рисованию. Это позволяет мне делиться своим творческим ресурсом и видеть, как люди находят в этом поддержку.

– **Что Вы получаете от волонтерства?**

– Огромную отдачу от людей! Это чувство, что твоя деятельность приносит кому-то радость, очень ценно. Оно мотивирует продолжать, несмотря на трудности.

– **Что помогает Вам продолжать заниматься волонтерством уже столько лет?**

– Чувство, что я кому-то нужна. Это базовая потребность человека – быть полезным и значимым для других. А еще вдохновляют примеры людей, которые, благодаря нашей помощи, находят в себе силы и желание жить дальше.

– **Что бы Вы сказали тем, кто хочет стать волонтерами для подопечных фонда?**

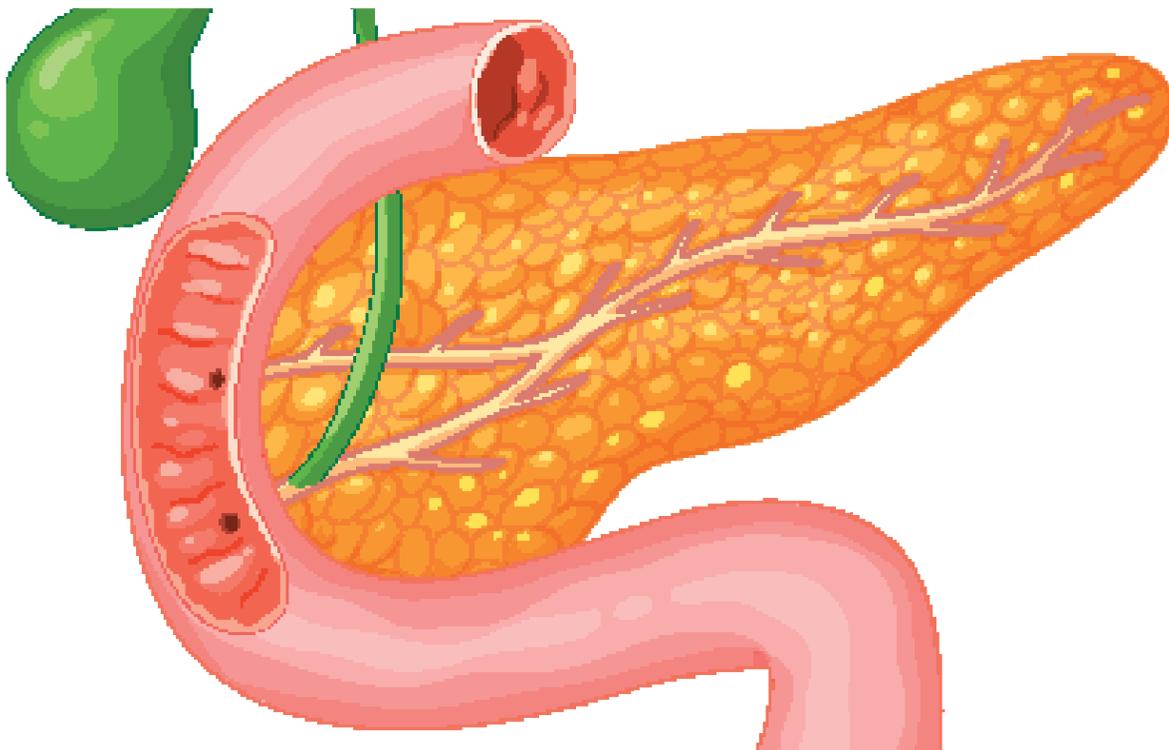
– Сложно дать какой-либо совет, это очень непростая сфера. Однако не бойтесь пробовать! Это работа в двух направлениях: отдавая часть своей души и тепла, вы получаете в ответ в разы больше. Если внутри вас есть желание помочь, следуйте ему. Поверьте, вы не пожалеете.

Каждое, даже небольшое, действие может изменить чью-то жизнь к лучшему. Мы гордимся тем, что у нас есть такие замечательные волонтеры, как Маргарита. Пишите нам, чтобы узнать, как стать волонтером. Вместе мы сможем сделать мир лучше!

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



Как питаться, если поставлен диагноз «рак поджелудочной железы»?



Поджелудочная железа – это орган пищеварительной и эндокринной системы, выполняющий две критически важные физиологические функции:

1. Экзокринная. Секреция пищеварительных ферментов: амилазы, липазы и протеазы – трипсина, химотрипсина, эластазы. Они расщепляют соответственно углеводы, жиры и белки, обеспечивая эффективное усвоение питательных веществ из пищи.

2. Эндокринная. Выработка инсулина и глюкагона. Эти гормоны играют важную роль в регуляции уровня глюкозы в крови, обеспечивая энергетическое равновесие.

Рак поджелудочной железы – заболевание агрессивное и коварное. В начальных стадиях не имеет специфических признаков. Такие симптомы, как желтуха, болевой синдром в брюшной полости или пояснице, – свидетельства распространенного онкопроцесса. Иногда первым проявлением заболевания становится резкая и значительная потеря массы тела. Этому есть объяснение: дефицит панкреатических ферментов вызывает нарушение переваривания пищи, особенно жиров. Иными словами, человек не получает из пищи все необходимые питательные вещества в нужном количестве. В свою очередь, непереваренный жир вызывает диарею и недостаточность питания. Плюс объемный список желудочно-кишечных жалоб, которые усугубляются при проведении противоопухолевого лечения:

- Плохой аппетит, быстрая насыщаемость.
- Отказ принимать пищу из-за болей и метеоризма.
- Изменения вкуса и запаха еды.
- Нарушение переваривания и всасывания белков, жиров и углеводов.
- Расстройство усвоения жирорастворимых витаминов (А, D, Е и К), что приводит к витаминной недостаточности и ухудшают состояние пациента.
- Резкая слабость, апатия, депрессия.

Исходя из понимания преобладания того или иного симптома, следует выстраивать пищевое поведение и модифицировать образ жизни, чтобы эффективно противостоять болезни и переносить противоопухолевое лечение. Что нужно делать:

- Соблюдайте высокобелковую диету (потребляйте не менее 1,5 г белка на 1 кг массы тела).
- Старайтесь включать белковые блюда во все приемы пищи каждый день.
- Старайтесь выпивать около 8 чашек жидкости в день. Попробуйте употреблять питательные напитки, такие как молоко, фруктовые коктейли (приготовленные из йогурта, мороженого или цельного молока), какао со сливками.
- Откажитесь от приема жидкости за 2 часа до и во время еды.
- Старайтесь перекусывать между приемами пищи, то есть режим питания – 5–6 раз в день, желательно в одно и то же время.

- Полностью исключите алкоголь (он подавляет секрецию липазы), а также сладкие газированные напитки.
- Обязательно назначение заместительной ферментной терапии. Искусственные панкреатические ферменты восполняют дефицит собственных веществ, необходимых организму для расщепления и переваривания пищи должным образом.
- Обязательна коррекция железодефицитной анемии при ее диагностике.



Рекомендуемый рацион:

- Сложные углеводы (макаронные изделия с овощами, рис).
- Нежирное мясо, мясо птицы.
- Рыба (нежирная).
- Ветчина без жира.
- Молоко (не обезжиренное).
- Йогурт (с пробиотиками – молочнокислыми бактериями и бифидобактериями).
- Яйца.
- Оливковое масло (нерафинированное).
- Сливочное масло.

- Авокадо.
- Орехи.
- Сыры.
- Ешьте немного фруктов и овощей (отварных или тушеных), но не в ущерб продуктам с высоким содержанием калорий и белка.
- Избегайте обезжиренных или «диетических» продуктов.

При плохом аппетите, отказе от приема пищи с целью повышения потребления белка и энергии полезным может быть дополнительное обогащение готовых блюд. Для этого используйте:

- Сухие смеси специализированного питания или порошкообразное молоко.
- Крупы, соусы, десерты, овощные пюре, блюда из яиц: просто твердый сыр к макаронам.
- К кашам, творогу, фруктам и напиткам можно добавлять мед.

Как правило, при лечении рака поджелудочной железы не обойтись без нутритивной поддержки, то есть специализированного питания. Это продукты лечебного питания, предназначенные для полноценного кормления пациентов. Они максимально сбалансированы в количественном и качественном соотношении. Реализуется специализированное питание исключительно в аптеках или на профильных сайтах. Данные продукты помимо обеспечения необходимого количества питательных веществ уменьшают нагрузку на пищеварительную систему за счет легкой усвояемости. Также это источник всех необходимых витаминов и микроэлементов. Немаловажно, что включение специализированного питания в ежедневный рацион служит решением социально-бытовых трудностей для пациента и его семьи.

Спросите у вашего лечащего врача-онколога, нужна ли вам нутритивная поддержка.

Кроме того, пациент должен знать, что регулярная умеренная физическая активность может помочь улучшить самочувствие и поднять настроение! Предварительно проконсультируйтесь с врачом и делайте только то, что в ваших силах!

Кукош Марина Юрьевна,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии и гематологии ФНМО «РДН им. Патриса Лумумбы», врач-радиотерапевт клиники «Меланома Юнит», автор телеграм-канала ОнкоЛикбез.



Как диагностируется рак печени?

Для выявления и уточнения злокачественного новообразования печени используются специальные тесты, исследующие ткань органа и кровь. Могут быть использованы различные тесты и процедуры.

• **ФИЗИКАЛЬНЫЙ ОСМОТР.** Данный метод является обязательным для всех больных как первостепенный метод дифференциально-диагностического поиска заболевания. Помимо подробного сбора анамнеза больного также проводится пальпация органа.

• **ТЕСТ НА ОПУХОЛЕВЫЙ МАРКЕР АЛЬФА-ФЕТО-ПРОТЕИН (АФП).** Опухолевые маркеры выделяются в кровь органами, тканями или опухолевыми клетками в организме. Повышенный уровень АФП в крови может быть признаком злокачественного заболевания печени. Важно отметить, что другие виды злокачественных заболеваний и некоторые незлокачественные заболевания, включая цирроз и гепатит, также могут повышать уровень АФП. Иногда уровень АФП остается нормальным даже при наличии злокачественного новообразования печени.

• **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ ПЕЧЕНИ.** Эти анализы крови измеряют количество определенных веществ, выделяемых печенью в кровь. Повышенное по сравнению с нормой количество того или иного вещества может быть признаком злокачественного заболевания печени.

• **КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КТ).** Данный метод диагностики проводится для более точного определения заболевания. Чтобы органы или ткани были видны более четко, используется контрастный препарат. Снимки могут быть сделаны в три разных момента после введения контрастного препарата, чтобы получить наилучшее изображение аномальных зон в печени в динамике.

• **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ).** При этой процедуре используются магнитные радиоволны, чтобы обеспечить получение серии детальных снимков брюшной полости. Данное исследование также проводится с использованием внутривенного контрастного препарата.

• **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (УЗИ).** Первый и основной метод выявления опухолевой патологии, в



том числе печени. В этой процедуре используются высокоэнергетические звуковые волны (ультразвук), которые отражаются от печени и создают эхосигнал. Эхосигналы формируют изображение печени, которое называется сонограммой.

• **БИОПСИЯ.** Данная процедура подразумевает под собой взятие клеточного либо тканевого материала на исследование. Для взятия образца клеток или тканей используются следующие процедуры:

- **тонкоигольная аспирационная биопсия:** при данной методике используется тонкая длинная игла (по типу иглы шприца), в основном забирается образец клеток, ткани или жидкости и отправляется на цитологическое исследование к специалистам патологоанатомического отделения;
- **трепан- или core-биопсия:** похожее исследование, но отличается по диаметру иглы – она более толстая. При дан-

ной манипуляции забираются уже целые фрагменты (столбики) ткани печени, для более точного исследования. Сопровождается ультразвуковым контролем;

• **диагностическая лапароскопия.** Эта хирургическая процедура проводится для того, чтобы осмотреть органы внутри брюшной полости на предмет наличия признаков опухолевого поражения. В проекции срединной линии живота формируется небольшое (1–2 см) отверстие для лапароскопа (тонкая трубка с камерой). Через этот же или другой разрез вводится другой инструмент для забора образцов тканей для гистологического исследования.

Биопсия опухоли является золотым стандартом в онкологии, без понимания характера опухоли невозможно назначить правильное лечение. Вместе с тем проведение биопсии печени не всегда возможно, а лечение пациенту часто требуется безотлагательно. Тогда врачи общим решением (консилиумом врачей) могут постановить данное заболевание по результатам инструментальных методов исследований, таких как КТ и МРТ, и приступить к лечению.

После того как первичное злокачественное новообразование печени диагностировано, проводятся анализы, чтобы выяснить распространенность заболевания в печени или в других органах и системах.

ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (ПЭТ-КТ). Эта процедура используется

для поиска злокачественных опухолевых клеток в организме. В вену вводится небольшое количество короткоживущего радиоактивного препарата. По аналогии с КТ и МРТ происходит сканирование интересующей системы органов. Главным отличием является то, что при ПЭТ-КТ возможно определить метаболическую активность клеток злокачественных опухолей, которые отображаются на снимке ярче, потому что они более активно накапливают радиофармпрепарат, чем нормальные клетки.

В заключение необходимо сказать, что только комплекс диагностических мероприятий позволяет установить правильный диагноз. На этот диагностический поиск требуется время. Поэтому так важно при любых непонятных симптомах и состояниях обратиться к врачу за консультацией.

Источник литературы:

<https://www.cancer.gov/types/liver/what-is-liver-cancer/diagnosis>

Виды лечения доброкачественных и злокачественных опухолей печени: что нужно знать пациентам?

Опухоли печени делятся на доброкачественные и злокачественные, и их лечение требует различных подходов. В этом материале рассмотрим современные методы лечения, включая медикаментозную терапию и хирургические вмешательства, для каждого типа опухолей.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Доброкачественные опухоли печени, как правило, не представляют угрозы для жизни и не распространяются на другие органы. Основные виды доброкачественных опухолей включают гемангиомы, гепатоцеллюлярные аденомы и фокальную нодулярную гиперплазию.

Варианты лечения доброкачественных опухолей

1. Наблюдение и мониторинг. Для большинства доброкачественных опухолей печени основной подход – это регулярное наблюдение у врача. Ультразвуковое исследование, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография используются для контроля роста опухоли в динамике. Если опухоль не вызывает симптомов и не

увеличивается в размерах, специфическое лечение обычно не требуется.

2. Хирургическое удаление. В случаях, когда опухоль вызывает симптомы, такие как боль в животе, чувство тяжести или риск разрыва, может быть показано хирургическое удаление. Это особенно актуально для крупных гепатоцеллюлярных аденом, которые могут разорваться и вызвать внутреннее кровотечение. Хирургическая резекция опухоли проводится с целью предотвращения осложнений и устранения тягостных симптомов.

3. Минимально инвазивные процедуры. Для лечения крупных гемангиом или аденом может быть использована эмболизация. Эта процедура включает введение специальных веществ, блокирующих кровоснабжение опухоли, что приводит к ее уменьшению. Эмболизация минималь-

но инвазивна и может быть проведена под местной анестезией.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Злокачественные опухоли печени включают гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК) и холангиокарциному. Эти виды рака представляют серьезную угрозу жизни пациента и требуют комплексного подхода к лечению.

Методы лечения злокачественных опухолей

1. Хирургическое удаление (резекция печени). Резекция печени – это основной метод лечения, если опухоль локализована в одном очаге и нет признаков метастазирования. При этом удаляется пораженная часть печени. Операция требует высокой квалификации хирурга, так как необходимо сохранить достаточный объем здоровой печени для выполнения ее функций. Кроме того, операции на печени чреваты высокой кровопотерей, врачи должны быть готовы к таким ситуациям.

2. Трансплантация печени. Для пациентов с ранними стадиями ГЦК и циррозом печени трансплантация может стать единственным способом излечения. Это сложная процедура, требующая наличия донора и строгого отбора пациентов.

Трансплантация позволяет не только удалить опухоль, но и восстановить функцию печени. Вместе с тем до конца жизни пациент получает специальную поддерживающую терапию.

3. Радиочастотная абляция (РЧА). Это минимально инвазивная процедура, при которой используется радиочастотная энергия для нагрева и уничтожения опухолевых клеток. РЧА подходит для лечения небольших опухолей (менее 3 см) и может быть использована как альтернатива хирургическому вмешательству у пациентов, которым большой объем операции противопоказан.

4. Эмболизация и химиоэмболизация. Трансартериальная эмболизация заключается в блокировании кровоснабжения опухоли, что приводит к ее уменьшению. В сочетании с химиотерапевтическими препаратами (химиоэмболизация) эта процедура позволяет локально воздействовать на опухоль, минимизируя побочные эффекты системной химиотерапии.

5. Системная химиотерапия. Традиционная химиотерапия используется для лечения распространенного рака печени. Препараты, такие как доксорубин и цисплатин, уничтожают раковые клетки, но могут иметь значительные побочные эффекты, включая тошноту, усталость и снижение иммунитета.

6. Таргетная терапия. Таргетная терапия направлена на специфические молекулярные мишени в раковых клетках. Препараты, такие как сорафениб и ленаватиниб, блокируют рост и размножение опухолевых клеток. Этот метод показал эффективность при лечении ГЦК и может использоваться в комбинации с другими методами.

7. Иммуноterapia. Современный метод, направленный на активацию иммунной системы пациента для борьбы с раком. Ингибиторы контрольных точек, такие как ниволумаб и пембролизумаб, помогают иммунным клеткам распознавать и уничтожать раковые клетки. Иммуноterapia показывает многообещающие результаты в лечении некоторых пациентов с раком печени.

ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ: ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Выбор метода лечения опухолей печени зависит от множества факторов: размера и локализации опухоли, стадии заболевания, состояния печени и общего здоровья пациента. Важную роль играет и наличие сопутствующих заболеваний, таких как цирроз печени или хронические вирусные гепатиты.

Комбинированный подход, включающий различные методы лечения, часто дает желаемые результаты. Например, хирургическое удаление опухоли может быть дополнено химиотерапией или таргетной терапией для предотвращения рецидива. Радиочастотная абляция и химиоэмболизация могут использоваться для контроля локализованных опухолей, а системная химиотерапия и иммуноterapia – для борьбы с метастазами. Вместе с тем эта группа опухолей – одна из самых проблемных в онкологической практике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение опухолей печени – это сложный и многоступенчатый процесс, требующий участия команды специалистов, включая онкологов, хирургов и гастроэнтерологов. Ранняя диагностика и своевременное начало лечения играют ключевую роль в улучшении прогноза. Современные методы лечения позволяют успешно справляться с опухолями печени, продлевая жизнь и улучшая ее качество. При возникновении неясных симптомов, подозрении на наличие опухоли важно срочно обратиться к врачу для проведения необходимого обследования и получения консультации.

Жизнь после рака поджелудочной железы и печени

Рак поджелудочной железы и рак печени – агрессивные виды опухолей. Из-за отсутствия специфических симптомов чаще всего их обнаруживают уже на IV стадии, когда опухоль неоперабельна и дала метастазы. В результате прогноз продолжительности жизни после постановки диагноза может пугать пессимизмом. Тем не менее любой отрезок жизни – это жизнь, и хочется прожить это время максимально комфортно и радостно.

Вместе со специалистами фонда «Онкологика», который уже более 5 лет помогает взрослым онкопациентам и их близким по всей России, разберемся, как вернуть качество жизни после лечения рака печени и поджелудочной железы.

1. Восстановить пищеварение и здоровую массу тела

Тошнота, диарея, вздутие, недостаточно хорошее усвоение пищи – все это приводит к потере массы тела и истощает организм. Рекомендуются действовать в трех направлениях:

Первое – рацион. В качестве белка, строительного материала клеток, выбрать морепродукты, птицу, нежирное красное мясо. Можно есть йогурт, сыр, яйца. За растительный белок отвечают соевые продукты (тофу) и бобовые.

По рекомендациям Всемирного фонда исследования рака, нужно съедать 5 порций некрахмалистых овощей, листовой зелени, фруктов и ягод в день. Это источник клетчатки, витаминов, макро- и микроэлементов. Причем овощи – брокколи и другие виды капусты, шпинат – после термообработки усваиваются легче. Обратите внимание на чернику и другие ягоды темного цвета, цитрусовые.

Цельнозерновые крупы и злаки содержат клетчатку для пищеварения (как и овощи) и сложные углеводы для энергии, снабжают организм фолатами и витаминами группы В. Можно сделать акцент на овсянке, киноа, коричневом рисе.

Водный баланс обеспечат 6–12 чашек жидкости: воды, чая и сока. Кстати, зеленый чай содержит полифенолы – мощные антиоксиданты, которые борются с воспалениями в организме.

Здоровые жиры – это и строительный материал, и источник энергии. Выбирайте моно- и полиненасыщенные жиры: оливковое масло extra virgin, орехи, авокадо.

Что исключить или сократить? Фастфуд, жареное, животные жиры, сахар.

Подспорьем для восстановления будет спецпитание – белковые и детокс-коктейли. **Бесплатно получить запас продуктов и спецпитания** можно в фонде «Онкологика».

«Огромное спасибо за продуктовую корзину, через месяц-полтора после лечения я уеду к себе домой, в Иркутскую область! Это в Москве трудно и дорого, а дома легче» – клиентка фонда Лилия с раком поджелудочной железы и метастазами в печень и легкие.

Второе – способ питания. Стоит есть 5–6 раз в день малыми порциями. Совет: расставить по квартире пиалы с фруктами и орехами для перекусов.

Можно заменить прием пищи домашним смузи из протеинового порошка с ферментами, если они показаны, или теми же коктейлями со спецпитанием.

Еще один совет при потере аппетита: посильная физическая активность перед едой. Это могут быть короткая прогулка, наклоны, приседания, растяжка.

Третье – ферментные препараты, если поджелудочная железа не производит достаточно ферментов для пищеварения. Об этом могут говорить несварение, большое количество газов с дурным запахом, жидкий светлый стул.

Елена Абрамова, равный консультант фонда «Онкологика»: «Все начинается с предреабилитации, на этом этапе нутритивная поддержка поможет подготовиться как к химиотерапии, так и к операции, не стоит ею пренебрегать».

Послеоперационный период сложный. Для профилактики осложнений показано недлительное пребывание в кровати: 2 часа до операции и не более 6 часов после. И дыхательная гимнастика сразу после нормализации сознания. Примерно три месяца после операции нужна строгая диета с заместительной ферментной терапией, еще полгода – менее строгая. Как правило, качество жизни после полугода реабилитации восстанавливается на хорошем уровне.

Важны комплексная физическая нагрузка небольшой интенсивности и работа с психологом».

2. Укрепить психологическое состояние

В идеале нужно брать психологические консультации сразу после того, как человек узнал об онкодиагнозе. Причем они могут понадобиться и пациенту, и его близким.

Нутритивная поддержка (спецпитание), психологическая помощь и физические упражнения – три кита предреабилитации, современного подхода к реабилитации, которая начинается уже в момент постановки диагноза.

Работа с психологом поможет повысить качество жизни и отношений. Ведь так много причин ухудшает эмоциональное состояние человека: боль, утрата привычного образа жизни и круга общения, страх рецидива, прогноз врачей.

Екатерина Рыбакова, психолог фонда «Онкологика»: «Когда человеку известно, что времени осталось мало, важно провести его с близкими, рассказать им о своих чувствах, поделиться мыслями и пожеланиями. Это поможет пациенту и его близким лучше понять и поддержать друг друга».

в такой трудный период. Еще есть такое понятие, как «навести порядок в столе жизни»: закрыть рабочие, юридические и финансовые вопросы».

Каждый случай индивидуален, и дать универсальные советы невозможно. Онкопациенты и их близкие могут обратиться за бесплатной психологической поддержкой.

Наталья, клиентка фонда из Москвы: «У мужа рак поджелудочной железы IV стадии. Муж в лечении полгода, вроде все нормализовалось и относительно стабильно, но у меня появилось стойкое желание уйти из дома. Сил уже не было никаких. Близкие нуждаются в нашей поддержке, а где ее взять, если сама в раздрае? Я обратилась в фонд к психологу. Благодаря консультациям научилась искать опоры внутри себя, стала спокойнее и уже не хочу уйти. Я поменяла свое отношение к болезни мужа».

Помогает онкопациентам и общение с равным консультантом – тем, кто тоже пережил рак и теперь профессионально поддерживает других. Он ориентирует в поиске достоверной информации о заболевании, расскажет о бытовых ситуациях в процессе и после лечения, поддержит эмоционально и поделится личным опытом. Все **равные консультанты «Онкологика» прошли подготовку и на связи с вами.**

3. Восстановить силы

Усталость, боль, снижение аппетита – справиться со всеми этими состояниями как во время, так и после лечения помогает физическая активность.

Главное: не перенапрягаться, чередовать виды и интенсивность нагрузки. Например, в сообществе для клиентов фонда «Онкологика» участники регулярно занимаются йогой и скандинавской ходьбой.

Однако бывает, что после операции и химиотерапии человеку трудно двигаться, готовить и есть, принимать лекарства, ухаживать за собой. Зачастую близкие берут на себя роль сиделки, прося отгулы на работе и отказывая себе в отдыхе. Тревога, вина, стыд, злость – нормальные чувства, которые могут возникать при этом у обеих сторон, но они омрачают жизнь и отношения.

Выходом может быть обращение к клинерам и специалистам патронажной службы.

Клиентка «Онкологика» Любовь, 74 года, рак поджелудочной железы: «Большое спасибо за помощь с уборкой! Клинер очень понравилась, все убрала тщательно и быстро!»

«Онкологика» бесплатно оказывает 17 видов помощи онкопациентам с любым диагнозом и их близким. В том числе фонд предоставляет и оплачивает услуги специалиста по уходу на дому. Этот и другие виды поддержки вы можете оформить, позвонив на горячую линию фонда с 8 до 22 ч по Москве: 8 (800) 350-57-85.

Рядом в трудный час: психологическая поддержка при диагнозе «рак печени и поджелудочной железы»



Когда вам или вашему близкому человеку ставят онкологический диагноз, это становится серьезным испытанием. Рак печени и поджелудочной железы часто обнаруживается на поздних стадиях. Это связано с тем, что оба типа рака на ранних стадиях обычно протекают бессимптомно или проявляют неспецифические симптомы, которые могут быть легко спутаны с другими менее серьезными заболеваниями. Например, симптомы могут включать легкую боль в животе, усталость или потерю аппетита, которые часто игнорируются и списываются на стресс или другие факторы.

В результате, когда симптомы становятся более выраженными и пациенты обращаются за медицинской помощью, болезнь уже может находиться на продвинутой стадии, что делает лечение более сложным и интенсивным.

Эмоциональные и психологические аспекты онкозаболеваний

После постановки диагноза онкологического заболевания пациенты часто сталкиваются с мощными эмоциональными потрясениями. Первой реакцией может стать шок, когда реальность кажется нереальной и человек просто не может поверить в происходящее. Следом может прийти отрицание – попытка убедить себя, что это ошибка, что диагноз неверен или проблема исчезнет сама по себе. Эти чувства могут смениться гневом, направленным на врачей, близких или даже на судьбу, когда человек ищет, кого винить за случившееся. В других случаях может развиться глубокая депрессия, когда человек теряет интерес к жизни, ощущает беспомощность и не видит выхода из сложившейся ситуации.

Близкие пациента также проходят через сложные эмоциональные этапы. Они могут чувствовать страх за жизнь любимого человека, растерянность из-за незнания, как помочь, или даже вину за то, что не могут изменить ситуацию. Все эти чувства абсолютно нормальны и естественны в таких обстоятельствах. Важно не подавлять их и не скрывать свои эмоции, а признавать их и делиться своими переживаниями. Это первый шаг к эмоциональному восста-

новлению и принятию ситуации, который помогает начать процесс адаптации и найти способы справиться с происходящим.

Роль психологической поддержки

Психологическая поддержка играет важнейшую роль в процессе борьбы с онкологическими заболеваниями. Она помогает не только пациентам, но и их близким справиться с эмоциональной нагрузкой, которая неизбежно сопровождает диагноз. Психологическая поддержка в форме консультаций с психологом, участия в группах поддержки или практики самопомощи помогает снизить уровень тревоги и стресса. Она помогает справиться с депрессивными состояниями и дает пациентам эмоциональные ресурсы для борьбы с болезнью. Регулярные сеансы с психологом могут помочь пациенту осознать свои эмоции, научиться управлять стрессом и найти способы адаптации к новой реальности. Это особенно важно, так как положительный эмоциональный настрой и стабильное психологическое состояние могут даже улучшить результаты лечения.

Однако психологическая поддержка необходима также близким, которые находятся под огромным давлением, поскольку болезнь одного члена семьи затрагивает всех.

Методы психологической поддержки для пациентов

- 1. Индивидуальная терапия:** личные встречи с психологом могут помочь разобраться в своих чувствах.
- 2. Групповые сессии:** общение с другими пациентами, находящимися в схожей ситуации, создает пространство для открытого диалога, где не нужно объяснять свои чувства – они уже понятны. Поделившись личными историями, опасениями и успехами, люди получают ощущение, что они не одиноки в своем пути. В таких встречах можно обмениваться полезной информацией о лечении,



НЕ БОЙТЕСЬ ОБРАЩАТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ – ЭТО ВАЖНЫЙ ШАГ К РЕСУРСАМ, КОТОРЫЕ ПОМОГАЮТ СПРАВИТЬСЯ.

способах борьбы с побочными эффектами и повышении качества жизни. Поддержка тех, кто понимает все сложности болезни, приносит больше облегчения и позволяет легче открываться. Встреча с людьми, которые успешно справляются с трудностями, дает надежду и мотивацию продолжать борьбу, укрепляя социальные связи и создавая новые дружеские отношения.

3. Медитация и релаксация: помогают снизить уровень стресса и могут быть полезны в домашних условиях. Рассмотрим несколько простых техник, которые можно выполнять самостоятельно:

- **Глубокое дыхание:** сядьте удобно, закройте глаза и сосредоточьтесь на своем дыхании. Вдыхайте глубоко через нос, считая до четырех, затем выдыхайте медленно через

рот, считая до шести. Повторите это упражнение несколько минут, чтобы расслабиться.

- **Прогрессивная мышечная релаксация:** лягте на спину в удобное положение. Начните с напряжения и расслабления мышц в ногах, затем постепенно переходите к животу, рукам, шее и лицу. Старайтесь полностью расслабить каждую группу мышц.

- **Визуализация:** закройте глаза и представьте себе спокойное место, например, пляж или лес. Сосредоточьтесь на деталях этого места: звуках, запахах, цветах. Это поможет отвлечься от болезненных ощущений и стресса.

Роль медицинских специалистов и мультидисциплинарный подход

Лучшие результаты в лечении онкологических заболеваний достигаются, когда врачи, психологи, медсестры и социальные работники работают вместе в рамках мультидисциплинарного подхода. Такой подход обеспечивает комплексное внимание ко всем аспектам заболевания и его последствий.

Врачи, в частности онкологи, разрабатывают и проводят лечение, корректируют его в зависимости от эффективности и побочных явлений, а также координируют действия других специалистов. Психологи помогают пациентам справиться с эмоциональными трудностями, такими как тревога и депрессия, через индивидуальные и групповые сеансы. Медсестры предоставляют ежедневную медицинскую поддержку, обучают пациента и его семью необходимому уходу, а также следят за состоянием пациента. Социальные работники помогают справиться с практическими аспектами жизни, такими как финансовая помощь и доступ к ресурсам.

Мультидисциплинарный подход позволяет интегрировать усилия всех этих специалистов, обеспечивая более эффективное лечение и улучшение качества жизни пациента. Он учитывает не только медицинские, но и психоло-

гические и социальные потребности, поддерживая пациента и его семью на каждом этапе борьбы с заболеванием. *Психологическая поддержка играет ключевую роль в жизни пациентов с онкозаболеваниями. Не бойтесь обращаться за помощью – это важный шаг к ресурсам, которые помогают справиться.*

Помните, что даже в самые трудные моменты вы не одиноки. 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.

Алина Морозова,
специалист-психолог Службы «Ясное утро»



**ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ И ИХ БЛИЗКИМ**

8-800-100-0191

АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО. КРУГЛОСУТОЧНО.



ясноеутро.рф

ВАЖНАЯ ПРОБЛЕМА

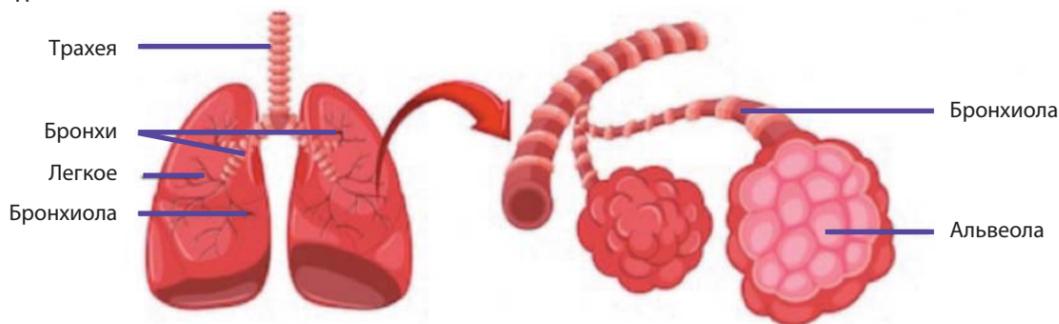
Что такое немелкоклеточный рак легких?

Рак легких развивается из клеток различных тканей легких, которые начинают аномально расти и делиться, образуя опухоль.

Немного анатомии

Легкие являются частью нашей дыхательной системы, которая также включает нос и рот, трахею, бронхи. Легкие – это пара конусообразных органов дыхания в груди. Каждое легкое имеет секции, называемые долями. Две трубки, называемые бронхами, ведут от трахеи (дыхательного горла) к правому и левому легким. Бронхи иногда также вовлекаются в рак легких. Внутреннюю часть легких составляют маленькие трубочки, называемые бронхиолами, по которым воздух из бронхов попадает в крошечные воздушные мешочки, называемые альвеолами, – это то место, где кислород, содержащийся в воздухе, попадает в кровотоки (см. рисунок). Внешнюю часть каждого легкого и внутреннюю стенку грудной полости покрывает тонкая мембрана, называемая плеврой. Это создает мешок, называемый плевральной полостью.

Анатомия дыхательной системы



Какие виды рака легкого существуют?

Рак легкого обычно образуется в клетках, которые выстилают бронхи или части легких – бронхиолы или альвеолы. Существует два основных типа первичного рака легкого:

- **Мелкоклеточный рак легкого (МРЛ).** Этот тип получил свое название благодаря небольшому размеру клеток, из которых он состоит, если смотреть под микроскопом.
- **Немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ):** это наиболее распространенный тип рака легкого, на его долю приходится 80–90% всех случаев рака легкого.

Рассмотрим немелкоклеточный рак легкого подробнее

НМРЛ представляет собой один из подтипов рака легкого, который отличается от МРЛ видом опухолевых клеток под микроскопом.

Выделяют три гистологических подтипа НМРЛ, которые имеют различные виды раковых клеток. Раковые клетки каждого типа растут и распространяются по-разному. Типы НМРЛ названы по видам клеток, обнаруженных в раке, и по тому, как клетки выглядят под микроскопом.

- **Аденокарцинома** (составляет около 40% всех случаев рака легкого) развивается из железистых клеток, продуцирующих слизь, которые выстилают дыхательные пути.

- **Плоскоклеточный рак** (около 25–30% всех случаев рака) развивается из эпителиальных клеток, которые выстилают дыхательные пути, и обычно вызван курением.

- **Крупноклеточная (недифференцированная) карцинома** (около 10–15% всех случаев рака легкого) – ее название связано с тем, как опухолевые клетки выглядят под микроскопом.

Все они диагностируются одинаково, но имеют особенности лечения.

Курение является основным фактором риска развития НМРЛ.

Все, что увеличивает ваши шансы заболеть, называется фактором риска. Наличие фактора риска не означает, что вы заболеете раком; отсутствие факторов риска не означает, что вы не заболеете раком. Поговорите со своим врачом, если вы считаете, что у вас может быть риск заболеть раком легких.

Что способствует развитию рака легких?

Факторы риска развития рака легких включают в себя следующее:

- Курение сигарет, трубок или сигар в настоящее время или в прошлом. Это самый важный фактор риска развития рака легких. Чем раньше человек начинает курить, чем чаще он курит и чем больше лет он курит, тем выше риск развития рака легких.
- Подверженность воздействию вторичного табачного дыма.
- Подверженность воздействию радиации в результате любого из следующих факторов:

- лучевая терапия груди или грудной клетки;
- радон в доме или на рабочем месте;
- визуализационные исследования, такие как рентгенография;
- радиация на производстве.
- Воздействие асбеста, хрома, никеля, бериллия, мышьяка, сажи или смолы на рабочем месте.
- Проживание в местах с загрязненным воздухом.
- Наличие семейного анамнеза рака легких.
- Заражение вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Пожилой возраст является основным фактором риска для большинства видов рака. Вероятность заболеть раком увеличивается с возрастом.

Когда курение сочетается с другими факторами риска, риск развития рака легких увеличивается.

КАКОВЫ ПРИЗНАКИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКИХ?

Наиболее частые симптомы рака легкого, в том числе НМРЛ, это: постоянный кашель и одышка. НМРЛ может проявляться следующими признаками:

- частые рецидивирующие инфекции органов грудной клетки;
 - затруднение дыхания, одышка;
 - хрипы;
 - кровохарканье;
 - постоянные боли в грудной клетке, плечах;
 - охриплость или понижение голоса.
- Существуют и другие, неспецифичные симптомы:
- лихорадка;
 - потеря аппетита;
 - проблемы с глотанием;
 - необъяснимая потеря веса;
 - отек лица и/или расширение вен на шее;
 - выраженная слабость.

ЕСЛИ ВЫ ИСПЫТЫВАЕТЕ КАКИЕ-ЛИБО ИЗ ЭТИХ СИМПТОМОВ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ОБРАТИТЕСЬ К ВРАЧУ.

Важно помнить, что эти симптомы нередко встречаются у людей, у которых нет рака легкого, поскольку они могут быть вызваны и другими причинами.

Какие факторы влияют на прогноз?

Определенные факторы влияют на прогноз (вероятность выздоровления) и варианты лечения. Среди них:

- Стадия рака (размер опухоли и то, находится ли она только в легком или распространилась на другие части тела).
- Тип рака легких.
- Имеет ли рак мутации (изменения) в определенных генах, таких как ген рецептора эпидермального фактора роста (EGFR) или ген киназы анапластической лимфомы (ALK).
- Есть ли признаки и симптомы, такие как кашель или затрудненное дыхание.
- Общее состояние здоровья пациента.

Как диагностируется НМРЛ?

У большинства пациентов НМРЛ диагностируют после обращения к врачу с рядом симптомов, перечисленных выше.

Диагноз основывается на результатах следующих исследований и тестов: клиническое обследование, визуализационные методы (рентгенография, КТ, МРТ, позитронно-эмиссионная томография – ПЭТ), гистологическое исследование опухолевого материала, полученного при бронхоскопии или с помощью тонкоигольной биопсии легкого под контролем КТ. Также проводят цитологическое исследование (в то время как гистологическое исследование – это лабораторное исследование ткани или клеток, цито-

логия – это исследование опухолевых клеток, спонтанно отделившихся от основного очага).

Как определяется тактика лечения НМРЛ?

После подтверждения диагноза лечащий врач рассмотрит ряд факторов, которые помогут определить план лечения.

- Информация о пациенте: возраст, общее состояние здоровья, история болезни, стаж курения (при его наличии), результаты лабораторных и инструментальных исследований.
- Информация об опухолевом заболевании: лечение также зависит от типа рака легкого (который устанавливается по результатам гистологии или цитологии), его местоположения в легких и распространения на другие части тела (результаты КТ, МРТ, ПЭТ/КТ).
- Стадия заболевания: определение стадии рака используется для описания размера новообразования, его расположения и того, распространился ли процесс на соседние ткани и органы.
- Рак стадируется с использованием системы цифр/букв – стадия IA–IV. Как правило, чем меньше стадия, тем лучше прогноз.
- Определение стадии учитывает: размер опухоли (T), распространилась ли она на лимфатические узлы (N), метастазировала ли она (распространилась ли) на другие области в легких или в другие части тела (M).

Как лечат НМРЛ?

При **ранних стадиях** НМРЛ, когда рак ограничен легким и поэтому считается излечимым, основным методом лечения является **хирургическое удаление** опухоли.

Для **местнораспространенного** НМРЛ обычно применяется **мультимодальная терапия** (сочетание различных типов лечения: хирургическое вмешательство, химиотерапия и/или лучевая терапия), чтобы помочь уменьшить или в некоторых случаях полностью уничтожить опухоль.

Для **метастатического** НМРЛ, когда рак распространился на другие части тела, различные **системные противоопухолевые методы** могут быть использованы в попытке замедлить рост опухоли и улучшить качество жизни – это называется **поддерживающей или паллиативной терапией**.

Краткий обзор видов лечения

Назначенное лечение будет зависеть от стадии и типа рака, а также от общего состояния пациента и предпочтений в лечении, которые обсуждаются вместе с врачом. В некоторых ситуациях может быть предложена комбинация из нескольких методов лечения.

Основные виды лечения перечислены:

- **Хирургическое вмешательство** может привести к удалению НМРЛ, если он диагностирован на ранней стадии. Тип предлагаемой операции будет зависеть от размера и локализации рака.

- **Химиотерапия** работает, нарушая рост и деление опухолевых клеток. Однако эти препараты также могут влиять на нормальные клетки. Химиотерапия может быть проведена до или после операции. Некоторые пациенты проходят химиотерапию одновременно с лучевой терапией – это называется **химиолучевой терапией**. Химиотерапия может быть проведена с целью попытки излечения или продления жизни и контроля симптомов (паллиативная терапия).

- **Таргетная терапия** включает препараты, которые блокируют специфические сигнальные пути, стимулирующие рост опухолевых клеток.

- **Иммунотерапия** – это вид лекарственной терапии, который блокирует пути, подавляющие и ограничивающие иммунный ответ организма на рак, помогая тем самым реактивировать иммунную систему организма для борьбы с опухолью.

- **Лучевая терапия** – это вид лечения, в котором используется ионизирующее излучение, которое повреждает ДНК опухолевых клеток и вызывает их гибель. Лучевая терапия может использоваться вместо хирургии, чтобы попытаться вылечить раннюю стадию НМРЛ.

После окончания лечения лечащий врач дает рекомендации по дальнейшему ведению пациента. Среди самого главного и обязательного – график контрольных обследований. В этой статье мы постарались осветить ключевые моменты про НМРЛ, однако у пациентов может остаться ряд вопросов, в Интернете можно столкнуться и с некоторыми мифами. Эти и другие моменты поможет разъяснить врач. Важно вовремя обратиться к онкологу!

Подготовлено по «Рекомендациям ESMO по немелкоклеточному раку легких». Hendriks LE, et al.; ESMO Guidelines Committee. Non-oncogene-addicted metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2023 Apr;34(4):358-376.

При поддержке  СКОПИФАРМ

Мелкоклеточный рак легкого: что нужно знать



– Скажите, пожалуйста, чем опасен мелкоклеточный рак легкого и какие у него симптомы?

– Мелкоклеточный рак легкого – опухоль, которая развивается из мелких клеток эпителия. Это очень сложная и агрессивная форма рака. Значительное ухудшение может произойти за несколько недель, поэтому при постановке диагноза важно начать лечение сразу. Иногда мы госпитализируем пациента прямо после приема. Поэтому достаточно часто мелкоклеточный рак легкого рассматривают как системную болезнь, при которой возможно обнаружить метастазы в лимфатических узлах уже на ранних стадиях болезни.

К сожалению, заболевание часто диагностируется, когда опухолевые клетки уже вышли за пределы легкого, что затрудняет его лечение. На момент постановки диагноза 70–80% пациентов имеют отдаленные метастазы, а локальная стадия, когда есть высокие шансы на излечение, диагностируется менее чем у 10% пациентов [7–9].

Среди типичных симптомов отмечают: кашель (50%), слабость (40%), одышка (40%) и резкая потеря массы тела (20%). По мере развития заболевания могут появляться боли в грудной клетке, примесь крови в мокроте, расстройство глотания, отечность лица и лихорадка [3]. Если вы заметили у себя или своих близких такие симптомы, обязательно обратитесь к врачу.

– Какие ключевые факторы риска развития заболевания существуют?

– Мелкоклеточный рак легкого – это «рак курильщиков», так что продолжительный стаж курения и большое количество ежедневно выкуриваемых сигарет напрямую влияют на риск развития болезни. Чаще заболевают мужчины, а средний возраст пациентов составляет от 40 до 60 лет [4]. При этом, чем старше пациент, тем больше риск возникновения рака легкого.

К не менее важным факторам можно отнести наследственность и сопутствующие заболевания легких, такие как хроническая обструктивная болезнь легких или туберкулез. Также развитию мелкоклеточного рака легкого способствует постоянный контакт с асбестовой пылью, различными химическими соединениями, такими как асбест, хром, никель, мышьяк и бериллий, радиационное облучение [5]. В целом по статистике на долю мелкоклеточного рака легкого приходится примерно 10–15% всех случаев рака легкого [1]. Если говорить о РФ, то в 2022 г. всего за-

Мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) – это агрессивная форма заболевания. В течение нескольких недель эта коварная болезнь может привести к необратимым последствиям. Спасти жизнь пациенту можно, только если как можно раньше начать лечение. Подробно о том, что такое мелкоклеточный рак легкого, кто находится в зоне риска и какая существует терапия, мы спросили у Альбины Сергеевны Жабиной, кандидата медицинских наук, врача-онколога Онкологического центра им. Н.П. Напалкова, Санкт-Петербург.

регистровано 57 421 случай рака легкого, из них мелкоклеточного – около 8000 [2].

– Как лучше организовать лечение пациента с мелкоклеточным раком легкого?

– Очень важно обратиться исключительно в учреждение, которое специализируется на лечении рака легкого. В таком лечебно-профилактическом учреждении терапия смогут подобрать в зависимости от стадии болезни и индивидуальных особенностей пациента.

Онкологи и лучевые терапевты – одни из ключевых медицинских специалистов, которые проводят консилиумы и принимают решения в создании индивидуального плана лечения, основанного на потребностях конкретного пациента. В случае если в системном лечении отказываются, стоит уточнить рекомендованную тактику и обратиться за «вторым мнением» в сторонней организации.

– Поддается ли мелкоклеточный рак легкого лечению?

– Раньше основным методом лечения была химиотерапия. Она быстро давала результаты и опухоль уменьшалась в размерах, но проблема мелкоклеточного рака в том, что он очень быстро возвращается. У 80% пациентов с ранней стадией и почти у всех пациентов с распространенной стадией возникал рецидив [15]. По большому счету вылечить этот тип рака было невозможно.

Прорыв в лечении мелкоклеточного рака легкого произошел около 5 лет назад с появлением иммунотерапии, которая способна обучить собственный иммунитет видеть и атаковать опухолевые клетки. Когда появилась эта терапия, мы не сразу поверили, что она серьезно изменит ситуацию. Но мы ввели ее в практику лечения пациентов с мелкоклеточным раком легкого, и результаты оказались лучше, чем ожидали. Стали появляться пациенты-долгожители, которые уже пережили и 3, и 4 года без прогрессирования заболевания. Они живут без признаков болезни на сегодняшний день благодаря химиоиммунотерапии. Такая устойчивая ремиссия бывает не у всех пациентов, не все одинаково отвечают на лечение, но появилась сама возможность взять болезнь под контроль.

Однако повторю – этот тип рака легкого очень агрессивен и от того, насколько быстро будет начато лечение, будет зависеть его результат.

Также не стоит отчаиваться пациентам в плохом клиническом состоянии и с выраженными симптомами, так как своевременно начатое системное лечение при этом подтипе рака легкого может быстро помочь пациенту и существенно улучшить прогноз.

– Какой вклад в лечение может внести сам пациент?

– Мы всегда говорим, что успех терапии во многом зависит от тандема между врачом и пациентом. Необходимо выполнять рекомендации, вовремя информировать о своем состоянии, своевременно сдавать анализы. Для мелкоклеточного рака легкого важно, например, вовремя сдавать анализы крови. Иначе можно пропустить угрожающие жизни осложнения, включая инфекционные.

К тому же часто пациенты либо отменяют назначенную терапию, либо применяют различную дополнительную сим-

птоматическую терапию без согласования с лечащим врачом. Помимо того, что препараты могут плохо взаимодействовать между собой, от симптоматической терапии могут быть дополнительные осложнения. Например, часто пациенты самостоятельно отменяют прием антикоагулянтов, а это может привести к тромбозам или обострению заболеваний, связанных со свертываемостью крови.

Бывает, что из-за каких-то осложнений пациент и вовсе отказывается от терапии. Тогда, конечно, мы не можем говорить о благополучном исходе, даже после того, как осложнения купируются.

Иногда пациенты отказываются от поддерживающей терапии, лечения, которое нужно продолжать и после выхода в ремиссию, для того чтобы предотвратить рецидив. В моей практике такое было. Пациент находился в ремиссии и решил, что терапию можно отменить. Через какое-то время вернулся с прогрессированием заболевания. Попросил вернуть его на то же лечение, но это уже было невозможно. Мы не можем однозначно сказать, как бы протекало заболевание, если бы он не отказался от поддерживающей терапии. Но с большой долей вероятности мы смогли бы продлить время его ремиссии.

Бывают случаи, когда от информированности пациента зависит качество его лечения. Например, если врач предлагает заменить препарат, который дает хорошие клинические результаты, на аналогичный, но другой препарат. Возможно, что замена и не повлияет на ход лечения, но также вполне возможно, что от этого произойдет ухудшение. Пациент вправе знать об изменениях в терапии, использование которой лечащий врач несомненно должен обсудить с пациентом.

– Что стоит знать пациенту, который получает системную терапию?

– Выздоровление никогда не может быть окончательным. Впереди пациента ждет большая работа над собой. Необходимо отказаться от курения, выполнять регулярные физические упражнения, соблюдать здоровое питание, снизить уровень стресса и обеспечить достаточный спокойный сон. Все это будет не только способствовать укреплению организма, но и настраивать на более позитивное мировоззрение. После завершения лечения необходимы регулярные осмотры и наблюдение. Это является неотъемлемой частью мониторинга, выявления потенциальных рецидивов или новых проблем со здоровьем. Такие встречи помогают не пропустить ухудшение и при необходимости сразу принять соответствующие меры.

В заключение хочется отметить, что для улучшения выживаемости пациентов с мелкоклеточным раком легкого важны все составляющие – так называемый комплексный подход, который включает своевременное обращение за медицинской помощью, быстрое назначение эффективной терапии, а также надежная поддержка близких, внесение позитивных изменений в образ жизни, проведение регулярных осмотров и последующего наблюдения у врача.

Материал не является медицинской консультацией. Пожалуйста, обратитесь к врачу.

Литература

- Wu AH, Henderson BE, Thomas DC et al. Secular trends in histologic types of lung cancer. *J Natl Cancer Inst* 1986;77:53–6.
- Каприн А.Д. и др. Злокачественные новообразования в России в 2022 г. (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2023.
- Jackman, Winston W Tan et al. Medscape: Small Cell Lung Cancer. Clinical Presentation. *Lancet* 2005;366:1385.
- Barta JA, Powell CA et al. Global Epidemiology of Lung Cancer. *Annals of Global Health* 2019;85(1):8–16. DOI: 10.5334/aogh.2419
- Small Cell Lung Cancer Treatment (PDQ®) – Health Professional Version. National Cancer Institute. Updated March 2, 2023. Accessed May 18, 2023. URL: https://www.cancer.gov/types/lung/hp/small-cell-lung-treatment-pdq#_37
- Cuffe S, Mousa T, Summerfield R et al. Characteristics and outcomes of small cell lung cancer patients diagnosed during two lung cancer computed tomographic screening programs in heavy smokers. *J Thorac Oncol* 2011;6:818–22. DOI: 10.1097/JTO.0b013e31820c2f2e
- Oronsky B, Reid TR, Oronsky A et al. What's New in SCLC? A Review. *Neoplasia* 2017;19:842–7.
- Bernhardt EB, Shadia JJ. Small Cell Lung Cancer. *Cancer Treat Res* 2016;170:301–22. DOI: 10.1007/978-3-319-40389-2_14
- Socinski MA, Smit EF, Lorigan P et al. Phase III study of pemetrexed plus carboplatin compared with etoposide plus carboplatin in chemotherapy-naïve patients with extensive-stage small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2009;27(28):4787–92. DOI: 10.1200/JCO.2009.23.1548
- Rossi A, Di Maio M, Chiodini P et al. Carboplatin- or cisplatin-based chemotherapy in first-line treatment of small-cell lung cancer: the COCIS meta-analysis of individual patient data. *J Clin Oncol* 2012;30(14):1692–8. DOI: 10.1200/JCO.2011.40.4905
- Horn L, Mansfield AS, Szczesna A et al. First-line atezolizumab plus chemotherapy in extensive-stage small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2018;379(23):2220–9. DOI: 10.1056/NEJMoa1809064
- Apar Kishor P Ganti et al. NCCN Guidelines Small Cell Lung Cancer Version 3.2021 authors. URL: www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/sclc.pdf. (Дата обращения 03.04.2021)
- Stephen Liu. IMpower133: Characterisation of long-term survivors treated first-line with chemotherapy ± atezolizumab in extensive-stage small cell lung cancer. *Ann Oncol* 2020;31(Suppl_4):S974–S987.
- Zhang S, Cheng Yi Immunotherapy for extensive-stage small-cell lung cancer: current landscape and future perspectives. *Sec Cancer Immunity and Immunotherapy*. *Front Oncol* 2023;(13). DOI: 10.3389/fonc.2023.1142081
- Alessandro Morabito, Guido Carillio et al. Treatment of small cell lung cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2014;91(3):257–70.

Материал подготовлен при поддержке АО «Рош-Москва» M-RU-00018295 сентябрь 2024



ЗА РУКУ



zaruku.com – медиа для онкопациентов,
их близких и всех, кто находится
в группе риска развития рака



Рак легкого



Рак мочевого
пузыря



Рак молочной
железы



Рак печени



Меланома



Лимфома

Портал «За руку» посвящен темам:

- Факторы риска
- Современные методы диагностики
- Информация о пациентских организациях и правах пациента
- Существующие подходы к терапии
- Реабилитация
- Полезные ссылки и многое другое

АО «Рош-Москва», 107031, Россия, г. Москва, Трубная площадь, дом 2,
помещение I, этаж 1, комната 42, МФК «Галерея Неглинная»
Тел. +7 (495) 229-29-99; www.roche.ru

M-RU-00016427, апрель 2024
Материал предназначен для медицинских работников

Право на выбор и доступность

Обращения от пациентов с диагнозом «рак печени» на горячую линию МОД «Движение против рака» достаточно часто связаны с обеспечением лекарственными препаратами по месту жительства. Причем вопросы возникают как по основной, так и по сопроводительной терапии.



Сегодня предлагаем разобрать пример обращения пациента, которому была проведена резекция печени и 30 курсов химиотерапии. Пациент проходит лечение уже более двух лет и имеет инвалидность. По результатам последних контрольных обследований у пациента было выявлено прогрессирование заболевания, в связи с чем консилиум по месту жительства вынес решение об изменении схемы лечения. Препаратов для применения новой схемы лечения в районной больнице, по месту жительства пациента не оказалось, в связи с чем учреждение направило заявку на обеспечение препаратами, которых не было в наличии. Сейчас немного о времени, которое в ситуации с онкологическими заболеваниями всегда работает против пациента. Оформление заявки в медицинском учреждении заняло 10 дней, далее идет закупка, доставка – и это, как мы с вами понимаем, тоже время. А вот в другом учреждении все препараты в наличии есть, и пациента готовы взять на лечение, но необходимо направление, оформленное по форме 057/у, направление лечащий врач выписывать не хочет, при этом причину не называет. Что делать в данной ситуации?

В первую очередь проверить в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 года, входит ли выбранное вами лечебное учреждение в перечень медицинских организа-

ций, участвующих в реализации программы госгарантий. Согласно ч. 4 ст. 21 ФЗ-323 Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимает участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. Таким образом, если выбранное вами медицинское учреждение входит в территориальную программу, то основания для отказа в направлении у врача просто нет.

Алгоритм действий пациента

Пациенту необходимо письменно обратиться к лечащему врачу, а также к главному врачу медицинского учреждения, где он проходит лечение, но препаратами в данный

момент не обеспечен, с заявлением о выдаче направления по форме 057/у.

В заявлении рекомендуем указать, что в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 года (номер постановления посмотреть на сайте Минздрава в вашей области) медицинская организация, где есть в наличии необходимые вам препараты, входит перечень медицинских организаций, участвующих в реализации программы госгарантий, а также на прогрессирование заболевания и длительные сроки ожидания лекарственных препаратов для проведения лечения.

Также в заявлении необходимо указать на п. 21 статьи 2 ФЗ-323, в котором определено понятие качества медицинской помощи как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

К заявлению приложите копию заключения врача-онколога из медицинской организации, подтверждающее возможность лечения в рамках ОМС при наличии направления по форме 057/у.

В случае, если ответа не последует или последует отказ в устной форме (письменного отказа можно и не дожидаться), рекомендуем обратиться в Минздрав области, где вы проживаете, с просьбой оказать содействие в выдаче направления на лечение в организации обеспечения лекарственными препаратами, назначенными вам по жизненным показаниям, в необходимом количестве.

Уважаемые пациенты, близкие и все, кому интересна тема онкологии, мы ждем вас на пациентской секции МОД «Движение против рака», которая пройдет в рамках международного онкологического форума «РАДИ ЖИЗНИ» в Москве.

Секция состоится 18 сентября, по адресу: г. Москва, ЦМТ, Краснопресненская наб., 12, зал Европейский, время проведения 13:45–15:45. Тема секции – доступность медицинской помощи по ОМС.

В секции примут участие представители Минздрава России, ведущих страховых компаний, работающих в системе ОМС, эксперты в области системы обязательного медицинского страхования. Вы сможете задать свои вопросы и стать полноценным участником мероприятия. Доступ в мероприятие открыт для всех, вам необходимо пройти регистрацию в фойе в день мероприятия.

Задать уточняющие вопросы вы можете по телефону 8 800 200 47 32 или на электронную почту info@rakpobedim.ru



**ДВИЖЕНИЕ
ПРОТИВ
РАКА**



Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №4, 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
НПО
им. П.А. Герцена



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР ПО КОНТРОЛЮ
ЗА КАЧЕСТВОМ
ПРОДУКЦИИ
ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА

При сотрудничестве
с порталом
onco-life.ru



Официальный портал
Минздрава России
об онкологических заболеваниях

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: 13.09.2024

Возрастное ограничение 16+