

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

ОНКОЛОГИЯ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

№2 2026

Главная тема номера:
ВИЧ и злокачественные опухоли



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ Наталья Александровна Фалалеева,

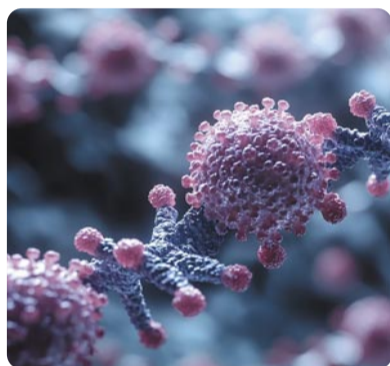
доктор медицинских наук, заведующая отделом лекарственного лечения злокачественных новообразований и отделением противоопухолевой лекарственной терапии Медицинского радиологического научного центра имени А.Ф. Цыба – филиала Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава России

Читайте на с. 4

КАКИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ?

Иммунная система – не только защита от инфекций, но и постоянный «дозор» против опухолевых клеток. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) разрушает иммунные клетки – Т-лимфоциты, постепенно лишая организм противораковой защиты. Мы разберем, на какие группы делят ВИЧ-ассоциированные опухоли, а также какие основные злокачественные заболевания могут развиваться на фоне ВИЧ-инфекции.

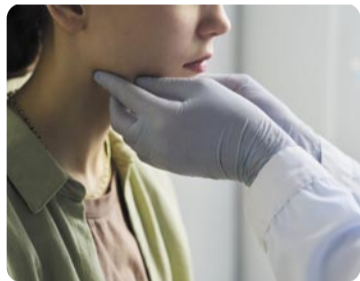
с. 6



ЛИМФОМЫ ПРИ ВИЧ: ПОЧЕМУ ЭТО ВАЖНО ЗНАТЬ И КАК ИХ РАЗЛИЧАЮТ

Почему при ВИЧ-инфекции возникают различные типы лимфом? Какие основные типы лимфом связаны с ВИЧ, как от типа лимфомы зависят прогноз, тактика лечения и дальнейшее наблюдение? В чем заключается лечение ВИЧ-ассоциированных лимфом? На все эти вопросы мы постараемся ответить в данной статье.

с. 7



ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Еще в 1990-е годы сочетание ВИЧ и онкологического заболевания воспринималось как почти неизбежно фатальное событие. Сегодня картина принципиально иная. Широкое внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии превратило ВИЧ-инфекцию в управляемое хроническое заболевание. У пациентов, получающих такую терапию и имеющих неопределяемую вирусную нагрузку, иммунная система частично восстанавливается и переносимость противоопухолевого лечения значительно улучшается. Рассказываем подробно о том, как взаимодействуют антиретровирусные и противоопухолевые препараты и каков прогноз при ВИЧ-ассоциированных опухолях.

с. 8



ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



КАК ВОРОНЕЖСКАЯ НКО ПОМОГАЕТ ЛЮДЯМ С ВИЧ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

»» 5



ОПУХОЛИ КОЖИ ПРИ ВИЧ: КАКИЕ ОНИ БЫВАЮТ И КАК ИХ РАСПОЗНАТЬ

»» 9



КАК ПОМОЧЬ СЕБЕ И БЛИЗКИМ, ЕСЛИ ДИАГНОЗОВ СТАНОВИТСЯ БОЛЬШЕ

»» 12

ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

В ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРОАНАЛИЗИРОВАЛИ РОЛЬ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В ПОЛУЧЕНИИ ДОСТУПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

»» 2

МОГУ, ПОТОМУ ЧТО ЖИВА

»» 10

ИСТОРИЯ ЕЛЕНА БЕССАРАБОВОЙ

»» 11

ИСТОРИЯ ВАДИМА ЖИГАЛКО:
«Я СПРАВЛЮСЬ, Я СПРАВЛЮСЬ, Я СПРАВЛЮСЬ!»

»» 11

КОГДА ВОВРЕМЯ НАЗНАЧЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕНЯЕТ ПРОГНОЗ

»» 13

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ВРАЧАМ И ПАЦИЕНТАМ О ЗАКЛЮЧЕНИЯХ BI-RADS И МАММОГРАФИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ ПОСЛЕ МАММОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ?

»» 14

ТЕРАПИЯ, БЕЗ КОТОРОЙ НЕ ОБОЙТИСЬ: КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ИЗМЕНИВШЕЕ МЕДИЦИНУ

»» 16

В Общественной палате Российской Федерации проанализировали роль клинических рекомендаций в получении доступной медицинской помощи

Дискуссия о совершенствовании нормативной базы для обеспечения пациентов доступным инновационным лечением состоялась в рамках круглого стола «Внимание! Фокус на пациента» в Общественной палате РФ.



В обсуждении приняли участие руководители органов государственной власти, представители экспертного и пациентского сообществ: первый заместитель председателя Комиссии ОП РФ по здравоохранению, директор Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии ФМБА России Николай Дайхес; член СПЧ при Президенте РФ, президент Ассоциации «Здравствуй!» Ирина Боровова; исполнительный директор Общероссийского национального союза «Ассоциация онкологов России» (АОР) Олег Левковский; заместитель директора по организационно-методической работе, главный врач Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России Жанна Хайлова; заместитель директора по научной работе НИИ клинической онкологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России Алексей Трякин; председатель Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе Алексей Старченко; первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Бадма Башанкаев, а также представители пациентских организаций и профессионального медицинского сообщества. «Клинические рекомендации не просто важны – это закон, которому следуют все учреждения здравоохранения: от небольших до самых крупных федеральных структур», – подчеркнул первый заместитель председателя Комиссии ОП РФ по здравоохранению, директор НМИЦ оториноларингологии ФМБА России **Николай Дайхес**. «Мы постоянно над ними работаем. В моей специальности – оториноларингологии, а также в онкологии мы актуализируем клинические рекомендации ежегодно», – отметил он. Он обратил внимание, что клинические рекомендации в большинстве своем принимаются Правительством РФ, при этом руководящие органы страны нацеливают экспертов области здравоохранения на то, чтобы подготовка клинических рекомендаций по той или иной специальности шла междисциплинарно и как можно шире. «Участие нашего пациентского сообщества в составлении клинических рекомендаций и любой другой нормативной базы в области здравоохранения – это тоже важный момент и наша принципиальная позиция. Отрадно, что,

возглавляя наши онкопациентские организации, вы принимаете в этом самое активное участие. Сегодня это очень важно. Мы делаем общее дело, ведь в значительной степени лечение пациента зависит от его мотивации, желания, а также от помощи общественных организаций», – заявил Николай Дайхес, обращаясь к активистам пациентского сообщества. Также спикер сделал акцент на том, что очень часто в своей практике он сталкивается с запросами от контролирующих органов по поводу спорных или проблемных ситуаций с пациентами: «Суть этих запросов всегда одна:

правильно ли лечили пациента? А правильным лечением считается только то, которое соответствует клиническим рекомендациям. Для всех серьезных контролирующих структур главный критерий – это выполнение врачом клинических рекомендаций, и эти органы сами знают эти рекомендации наизусть».

Член СПЧ по развитию гражданского общества при Президенте РФ, президент Всероссийской ассоциации онкопациентов «Здравствуй!» **Ирина Боровова** рассказала, что большинство экспертов отмечают главный системный разрыв: скорость обновления клинических рекомендаций, согласования с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) и программой госгарантий отстает от темпа появления инноваций. В результате пациенты теряют месяцы и годы, а врачи вынуждены работать в ситуации правовой неопределенности. Так, например, согласно аналитическим данным Ассоциации международных фармацевтических производителей (АМФП) за 2021–2025 гг., период ожидания попадания инновационного лекарственного препарата в ЖНВЛП по профилю «гематология и онкология» самый долгий – 3,5 и 3 года соответственно. «От регистрации препарата для лечения онкологии до его полной доступности пациентами в России проходит в среднем 34 месяца, что на 13 месяцев дольше, чем в референтных странах. В России полностью доступной в год становится 1 молекула в онкологии, в референтных странах – 3, а в странах ЕС – 4», – добавил **Александр Мартыненко**, директор по индустриальной политике АМФП.

Также И. Боровова отметила, что одним из вариантов выхода из сложившейся ситуации может быть модульное обновление клинических рекомендаций. Речь идет о возможности точечных дополнений по узким показаниям без полной переработки документа по всей нозологии. Параллельно требуется синхронизация клинических рекомендаций, перечня ЖНВЛП, программы госгарантий в части унификации регламентов и сроков рассмотрения. Для таргетных и орфанных технологий пациентское сообще-





ство предлагает предусмотреть ускоренный трек с применением инструментов оценки медицинских технологий и соглашений по разделению рисков.

В онкологии инновации нередко не просто улучшают качество жизни, но и спасают ее. Новые технологии лечения внедряются на основании клинических испытаний с высокой степенью доказательности и демонстрируют эффективность. Опыт других стран показывает, что такие решения могут быстро внедряться в практику. «К сожалению, действующие регуляторные процедуры включения инноваций в клинические рекомендации не обеспечивают необходимой скорости. Считаю необходимым совершенствовать порядок разработки и обновления клинических рекомендаций, чтобы обеспечить пациентам своевременный доступ к инновационной терапии и, в ряде случаев, повысить шансы на достижение стойкой ремиссии», – завершила выступление И. Боровова.

Исполнительный директор АОР **Олег Левковский** рассказал, что процесс разработки и обновления клинических рекомендаций сегодня выстроен четко и прозрачно. Есть утвержденный Минздравом России план-график, понятные правила, открытое общественное обсуждение, регулярные заседания Научно-практического совета Минздрава России, очень хорошо работает Центр экспертизы и контроля качества.

Для профессионального сообщества маршрут понятен и предсказуем. Задача теперь – сократить время от появления доказательной инновации до ее реального попадания к пациенту через клинические рекомендации. С учетом роста числа отечественных разработок, включая новые радионуклидные методы и таргетные препараты, нужен алгоритм приоритетного включения российских инноваций в клинические рекомендации.

Отдельный вопрос – ответственность исполнителей. Сейчас приказы фиксируют роль профессиональных НКО как ответственных за процесс подготовки рекомендаций. Логично дополнить это ответственностью за результат в конкретные сроки: к определенной дате проект должен быть согласован и передан на следующую стадию. Это дисциплинирует всех участников и снижает риск затяжек. «Мы видим и техническую причину задержек: многие ассоциации подают проекты ближе к концу установленного цикла, и в систему одновременно попадает «вал» документов. Даже при хорошей организации это создает перегрузку. Поэтому более рациональное решение – начинать переработку за 18–24 месяца до окончания срока действия версии и подавать проекты заранее», – сказал О. Левковский.

О защите прав онкопациентов в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) рассказал председатель Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе Алексей Старченко.

«Когда мы говорим о роли страховых медицинских организаций, необходимо понимать, что это важнейший контролер в системе ОМС. Если у пациентов возникают вопросы с госпитализацией в федеральные медицинские организации, они вправе обратиться в свою страховую, где получили полис ОМС. Тогда они получают консультацию по существующим вопросам, а в дальнейшем даже судебную защиту», – заявил спикер.



«Клинические рекомендации являются документом, который защищает пациентов и помогает врачам работать в рамках правового поля, позволяя оказывать помощь индивидуально и персонализированно, в том числе в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», – отметил первый заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья **Бадма Башанкаев**.

«Каждый день, каждый час мы делаем что-то новое, чтобы наши пациенты получали самую современную и качественную помощь. И клинические рекомендации наряду с врачебным опытом – те самые ключики, позволяющие обеспечить персонализированное и современное лечение для наших пациентов», – сказал депутат.

Участники круглого стола напомнили, что с 2018 г. клинические рекомендации стали основой для оценки качества медицинской помощи. При этом эксперты указали на ряд проблем, среди которых случаи выявления страховыми компаниями дефектов в оказании медицинской помощи, включая отсутствие тромбопрофилактики и генетических исследований, пробелы в соблюдении

сроков проведения компьютерной и магнитно-резонансной томографий (КТ и МРТ), отсутствие онкореконвализации и контроля эффективности лечения. Кроме того, указали эксперты, в заключениях КТ и МРТ редко указываются суммарные диаметры очагов, что важно для оценки эффективности химиотерапии, а измерение отдельных очагов не соответствует клиническим рекомендациям.

Также спикеры отмечали, что законодательные инициативы часто не учитывают реальные практические проблемы пациентов, а после принятия озвученных инициатив пациенты сталкиваются с трудностями в реализации своих прав.

Представители профессионального медицинского сообщества предложили осуществить перевод процесса обсуждения клинических рекомендаций в цифровые решения для повышения прозрачности и одновременного доступа для всех участников. Технологические решения, включая использование регистров и реальных данных практики, а также искусственного интеллекта для верстки и гармонизации документов, способны ускорить процесс, но только при наличии прозрачных методик, ответственности за качество данных и публичных KPI.

Наряду с этим было внесено предложение по разделению процедуры обновления клинических рекомендаций на «полный пересмотр» и на «внесение изменений» для их оперативной актуализации.

Кроме того, эксперты сошлись во мнении, что клинические рекомендации обновляются медленно, особенно в онкологии: например, последние обновления по раку желудка не пересматривались с 2020 г., хотя законодательно закреплена возможность пересмотра не реже чем раз в полгода. В этой связи эксперты предлагают ускорить доступ к инновациям через «зеленый коридор»: ввести регуляторную категорию «инновационный препарат» и fast track для обладающих высокой терапевтической ценностью препаратов, разработать временный перечень (пре-ЖНВЛП) на 2–3 года, а также синхронизировать обновление перечня ЖНВЛП с госгарантиями. Это позволит ускорить внедрение столь ожидаемых пациентами инноваций в клиническую практику.

Все озвученные инициативы и предложения будут предоставлены профильным ведомствам для скорейшего пересмотра нормативно-правовой базы в целях получения пациентами оперативной и качественной медицинской помощи.

Круглый стол прошел при поддержке АО «Сервье», Р-ФАРМ

Видеозапись
круглого стола



Материал предоставлен Всероссийской ассоциацией онкологических пациентов «Здравствуй!»

Ассоциация работает круглосуточно. Вы можете обратиться за помощью по телефону горячей линии 8 (800) 301-02-09 или на сайте russcra.ru



На грани двух миров: онкология и ВИЧ-инфекция

При контролируемой ВИЧ-инфекции и использовании стандартных методов лечения, включая иммунотерапию, таргетную терапию и трансплантацию костного мозга, показатели выживаемости и частота ремиссий у онкопациентов с ВИЧ приближаются к общей ВИЧ-неинфицированной популяции.



Сегодня мы беседуем с Натальей Александровной Фалалеевой – врачом-онкологом, доктором медицинских наук, заведующей отделом лекарственного лечения злокачественных новообразований и отделением противоопухолевой лекарственной терапии Медицинского радиологического научного центра имени А.Ф. Цыба – филиала Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава России. В центре нашего разговора – одна из самых сложных и актуальных тем современной медицины: онкологические заболевания у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Мы обсудим, как иммунная система человека с ВИЧ влияет на развитие и течение злокачественных опухолей, существуют ли особенности в подходах к лечению таких пациентов и какие современные методы иммунотерапии и клеточной терапии позволяют добиваться впечатляющих результатов даже в самых непростых клинических случаях. Наталья Александровна поделится своим уникальным опытом, расскажет о специфических трудностях, с которыми сталкиваются врачи при проведении иммунотерапии у ВИЧ-инфицированных, и о том, как междисциплинарный подход и современные технологии открывают новые горизонты в борьбе с раком для этой категории пациентов.

– Наталья Александровна, какова роль иммунной системы организма пациента с ВИЧ-инфекцией в развитии и прогрессировании злокачественных опухолей?

– Иммунная система обеспечивает противоопухолевый надзор – распознавание и уничтожение опухолевых клеток. При ВИЧ-инфекции происходит прогрессирующее снижение числа CD4+ Т-лимфоцитов, что существенно ослабляет иммунный ответ. Нарушения в системе интерлейкинов, коинфекции другими вирусами и преждевременное старение пациентов дополнительно снижают эффективность надзора. В результате возрастает риск развития ВИЧ-ассоциированных опухолей – саркомы Капоши, неходжкинских лимфом, инвазивного рака шейки матки. Многие из этих опухолей связаны с онкогенными вирусами (HHV-8, ВПЧ), которые активируются на фоне иммунодефицита. Хроническое воспаление и постоянная иммунная активация при ВИЧ также способствуют развитию онкологических заболеваний. Несмотря на антиретровирусную терапию, риск некоторых видов рака остается выше, чем у ВИЧ-отрицательных лиц, однако со временем он существенно снижается.

– Есть ли различия в методиках лечения больных раком среди населения и пациентов с ВИЧ?

– В настоящее время основные принципы лечения онкологических заболеваний у пациентов с ВИЧ соответствуют стандартам общей онкологии. В этом контексте применяются те же методы: хирургия, лучевая терапия, химиотерапия, таргетная и иммунотерапия. Выбор конкретной тактики зависит от стадии и характеристик опухоли, как и у пациентов без ВИЧ.

Однако лечение пациентов с ВИЧ имеет свои особенности:

- обязательное продолжение антиретровирусной терапии во время онкологического лечения;
- строгий контроль лекарственных взаимодействий между химиопрепаратами и антиретровирусными средствами.

К сожалению, у таких пациентов существует повышенный риск инфекционных осложнений, что требует усиленного мониторинга и профилактики. Тем не менее современные исследования показывают, что при адекватном контроле ВИЧ-инфекции пациенты могут получать полноценное противоопухолевое лечение с сопоставимой эффективностью по сравнению с общепринятыми стандартами.

– Какие методы иммунотерапии применяются сегодня для повышения эффективности химиотерапевтического лечения онкологических заболеваний у пациентов с ВИЧ?



– Ключевым аспектом иммунотерапии у пациентов с ВИЧ является своевременная и эффективная антиретровирусная терапия. Она не только восстанавливает иммунную функцию, но и снижает риск опухолевой прогрессии, одновременно контролируя уровень вирусной нагрузки в организме.

Дополнительно могут применяться следующие методы:

- **колониестимулирующие факторы.** Эти препараты используются для профилактики нейтропении – состояния, при котором снижается количество нейтрофилов, отвечающих за защиту организма от инфекций;
- **препараты для профилактики оппортунистических инфекций.** Они предназначены для предотвращения заболеваний, которые могут развиваться у людей с ослабленной иммунной системой. Оппортунистические инфекции вызываются условно-патогенными микроорганизмами (вирусами, бактериями, грибами, простейшими), которые в норме не приводят к заболеваниям, но при иммунодефиците начинают активно размножаться;
- **иммуноглобулины.** В некоторых случаях применяются препараты, содержащие антитела. Они используются для лечения и профилактики инфекционных заболеваний, а также при состояниях, сопровождающихся иммунодефицитом. Иммуноглобулины повышают неспецифическую резистентность организма и могут восполнять дефицит антител.

Эти подходы способствуют улучшению общего состояния пациентов и повышают эффективность лечения.

– Требуется ли особая подготовка пациентов с ВИЧ перед лечением?

– Да, подготовка пациентов с ВИЧ к противоопухолевой терапии требует комплексного и междисциплинарного подхода. Перед началом лечения необходима консультация врача-инфекциониста, который подробно опишет состояние иммунной системы с детализацией важных для врача-онколога аспектов:

1. Оценка иммунного статуса: уровень CD4+ клеток, вирусная нагрузка, стадия ВИЧ-инфекции.
 2. Назначенная схема антиретровирусной терапии: перечень препаратов, схема и длительность приема, эффективность текущей терапии.
 3. Факт наличия или отсутствия оппортунистических инфекций.
- Обеспечение стабильного течения ВИЧ-инфекции до начала интенсивной противоопухолевой терапии критически важно для достижения наилучших результатов. К сожалению, на практике это не всегда так: примерно у четверти пациентов рак и ВИЧ диагностируются одновременно. В таких случаях лечение обоих заболеваний начинается одновременно, что представляет собой значительные трудности и требует внимательного подхода к управлению состоянием пациента.

– Расскажите подробнее о применении клеточных технологий в терапии злокачественных новообразований у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

– Клеточные технологии представляют собой одно из самых современных направлений в онкологии, поскольку используют собственные иммунные клетки пациента для



борьбы с онкологическим заболеванием. Наиболее известной и изученной методикой является CAR-T-клеточная терапия (англ. chimeric antigen receptor to T-cells). Суть метода заключается в следующем: у пациента производят забор Т-лимфоцитов (ключевых клеток иммунной системы). В лабораторных условиях эти клетки генетически модифицируются так, чтобы они могли распознавать опухолевые клетки, после чего возвращаются обратно в организм. «Перепрограммированные» клетки начинают целенаправленно уничтожать опухоль. CAR-T-терапия уже продемонстрировала высокую эффективность при некоторых злокачественных заболеваниях кроветворной системы, в первую очередь при лимфомах и лейкозах. Ранее пациенты с ВИЧ-инфекцией практически не участвовали в клинических испытаниях клеточных технологий, однако ситуация постепенно меняется. Современные данные показывают, что при адекватной антиретровирусной терапии возможно получение функциональных Т-клеток. Первые клинические наблюдения свидетельствуют о сопоставимой эффективности и управляемой безопасности. Это значительный шаг вперед, поскольку ранее считалось, что выраженный иммунодефицит делает применение таких технологий невозможным. В настоящее время также проводятся исследования, посвященные лечению самой ВИЧ-инфекции с использованием методов редактирования генома.

Помимо CAR-T, активно изучаются и другие подходы:

- TCR-терапия – модификация Т-клеток для распознавания внутриклеточных опухолевых антигенов;

- NK-клеточная терапия – использование натуральных «киллеров», которые могут уничтожать опухоль без предварительного «обучения»;
- дендритно-клеточные вакцины – стимуляция иммунной системы за счет «представления» опухолевых антигенов.

Эти методы представляют особый интерес для пациентов с ВИЧ, так как могут обойти некоторые ограничения классического Т-клеточного ответа. К клеточной терапии также относится пересадка костного мозга от донора для пациентов с ВИЧ, что тоже успешно применяется в нашем Центре.

– Есть ли специфические трудности при проведении иммунотерапии пациентам с ВИЧ-инфекцией? Если да, то каковы пути преодоления этих трудностей?

– В настоящий момент накопленный мировой опыт демонстрирует, что большинство препаратов могут приме-

вообразований МРНЦ имени А.Ф. Цыба. За последние восемь лет Центром пролечено более 500 ВИЧ-инфицированных как со злокачественными новообразованиями системы крови, так и с различными серьезными злокачественными новообразованиями. Такие пациенты обращаются к нам со всей страны и даже из-за границы.

– Возможна ли полная ремиссия рака у пациентов с ВИЧ благодаря современным методикам иммунореакции и иммунотерапии?

– Да, при современных подходах это вполне достижимо. При контролируемой ВИЧ-инфекции и использовании стандартных методов лечения, включая иммунотерапию, таргетную терапию и трансплантацию костного мозга, показатели выживаемости и частота ремиссий у таких пациентов приближаются к общей ВИЧ-неинфицированной популяции. Такие пациенты требуют междисциплинарного подхода и тесного контакта с врачами-инфекциониста-

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ К ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ ТРЕБУЕТ КОМПЛЕКСНОГО И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

няться в стандартных схемах и дозировках при условии контроля ВИЧ-инфекции. Опасения врачей при применении иммунотерапии связаны с потенциальной гиперактивацией иммунной системы и риском развития иммунных осложнений, однако в условиях современной антиретровирусной терапии и возможности качественного мониторинга состояния иммунной системы вероятность развития таких событий стремится к минимуму. Следует отметить, что иммуноонкологические препараты изучаются на предмет терапии и самой ВИЧ-инфекции.

– Сколько пациентов ежегодно проходят лечение в Вашем отделении и какую долю среди них составляют пациенты с ВИЧ-инфекцией?

– Ежегодно более тысячи пациентов проходят терапию в отделе лекарственного лечения злокачественных но-

ми, в команде с которыми возможно обеспечивать качественный контроль осложнений терапии и предотвращать их.

– Является ли доступ к современным методам иммунотерапии одинаково доступным для всех регионов нашей страны?

– МРНЦ имени А.Ф. Цыба – филиал НМИЦ радиологии Минздрава России – федеральный Центр, оказывающий помощь пациентам со всей страны. Именно здесь собираются самые сложные клинические случаи, а пациенты из разных регионов с равной частотой получают все необходимое лечение в рамках передовых протоколов. Современные же методы иммунотерапии в равной степени доступны всем жителям нашей большой страны.

Как воронежская НКО помогает людям с ВИЧ и онкологическими заболеваниями

Онкологические заболевания при ВИЧ – случай нередкий. Это одно из самых распространенных сопутствующих заболеваний. Сейчас все больше ВИЧ-положительных людей борются не только с инфекцией, но и с раком, который становится все агрессивнее.

По данным врачей, у людей, живущих с ВИЧ, риск возникновения опухолей выше на 30–40%. В воронежскую автономную некоммерческую организацию (АНО) «Ты не один» активно обращаются люди с онкологическими заболеваниями, и их количество растет. Для сравнения: 14 месяцев мы занимались мегапроектом «Вызов принят», и за это время было всего одно или два обращения людей с сочетанным диагнозом, но сейчас ситуация изменилась. Подходит к концу другой наш проект – «Станция добра: социальная и психологическая поддержка людей с ВИЧ». За первые четыре месяца к нам обратились девять человек с онкологическими заболеваниями, появившимися на фоне ВИЧ-инфекции. Четверо из них сразу попали на сопровождение. Как и любому благополучателю нашей организации, им доступны разные виды помощи: социальная, юридическая, психологическая, а также возможность поговорить с равным и кризисным консультантами.

Залог приверженности лечению и действительно качественной помощи – результат комплексного подхода. И в случае с людьми с сочетанным диагнозом это не только получение услуг от каждого нашего специалиста, но и помощь со стороны специализированных организаций – как государственных медицинских учреждений, так и некоммерческих организаций (НКО). В рамках проекта «Станция добра» мы проводим штаб экстренного реагирования с профильными специалистами. Обычно он собирается под конкретный запрос благополучателя. Один из таких штабов был посвящен людям с сочетанным диагнозом. Благодаря встрече и участию в ней представителя НКО, помогающей онкобольным, нам удалось выстроить маршрут помощи людям, живущим с ВИЧ. Теперь те, кто обращается к нам за профильной помощью и имеет онкологическое заболевание, будут перенаправлены в специализи-

рованную организацию. При этом наша поддержка также сохраняется. Такой механизм действительно необходим, потому что позволяет не тратить драгоценное время на поиски помощи.

Бывают случаи, когда наш благополучатель знает, что ему нужно, но не может это сделать без поддержки извне. Так, от Екатерины (имя изменено) поступил запрос на сдачу анализов для госпитализации в онкологический диспансер. Чтобы ускорить этот процесс, был создан штаб с участием медиков воронежского Центра СПИД. Они помогли обратившейся сдать анализы, а специалист по социальной работе АНО «Ты не один» оказал услугу социального сопровождения до медицинского учреждения и обратно.

Другим случаем мы занимались несколько месяцев. С Александром (имя изменено) наша организация познакомилась, когда он пришел в Школу равного консультанта: в ней мы проводили интенсив по обучению людей, живущих с ВИЧ, чтобы в дальнейшем лучшие из учеников консультировали благополучателей организации. Через несколько недель от него поступило обращение: выяснилось, что у Александра злокачественная опухоль, из-за которой он может передвигаться только на инвалидном кресле.

Специалист по социальной работе неоднократно сопровождал Александра: отвозил на осмотры и обследования в медицинские учреждения, где пациент сдавал анализы, чтобы подтвердить или опровергнуть диагноз «рак», а также помог прикрепиться к поликлинике (мужчина не был жителем Воронежа). Александр не унывал, активно взаимодействовал с нашими специалистами. С помощью юриста организации он оформил паспорт, СНИЛС, получил ИНН – те документы, без которых ему не могли выдать направление на антиретровирусную терапию в воронежском Центре СПИД, и возобновил прием лекарств.

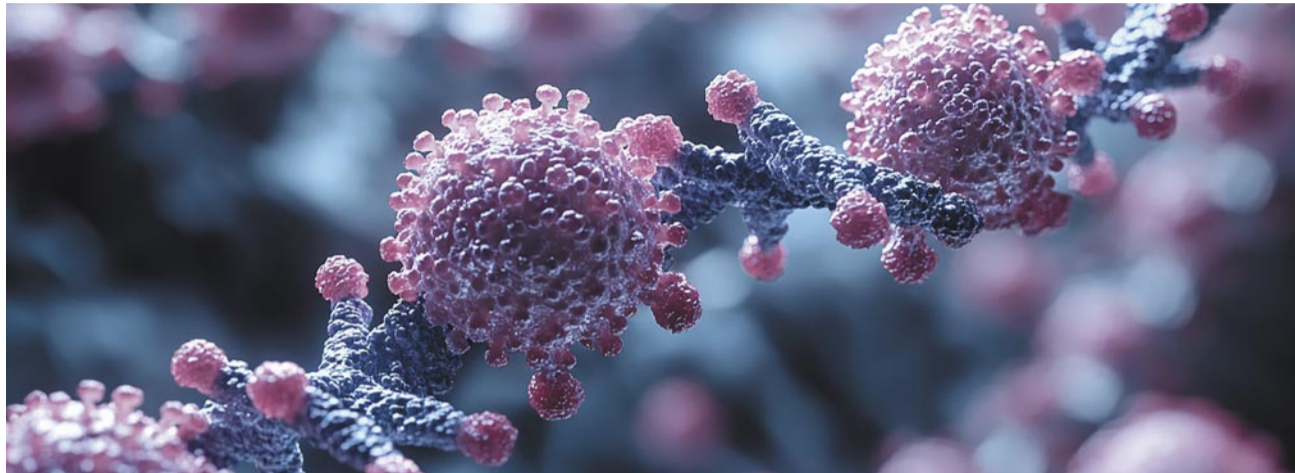
После подтверждения диагноза «рак» благодаря слаженному и оперативному сотрудничеству АНО «Ты не один», врачей воронежской областной больницы и онкологического диспансера мужчину госпитализировали и провели ему химиотерапию. Александра положили в паллиативное отделение и старались обеспечить его всем необходимым – средствами гигиены и продуктами. А чтобы он не падал духом, наш равный консультант регулярно навещала его, разговаривала с ним. Родные его не навещали, поэтому постоянная поддержка и визиты специалистов АНО «Ты не один» благотворно повлияли на мужчину: он с радостью встречал гостей, активно делился новостями. К сожалению, его организм был слишком поражен и спасти Александра не удалось.

В обоих случаях (да и в других тоже) большое значение играет взаимодействие самых разных организаций. Да, оно не всегда своевременно и уже не может практически ни на что повлиять – разве что позволит быть окруженным чистотой и заботой в последние моменты жизни. Но такие ситуации помогают приобрести опыт и выработать механизмы, которые можно применить в дальнейшем. И конечно, прозвучит банально, но самое главное – не унывать и не сдаваться самим онкобольным. В своей работе мы часто говорим: «Не нужно оставаться с ВИЧ один на один». Здесь проявляется то же самое: когда ты окружен людьми, которые тебя поймут, когда ты готов бороться с болезнью, то все возможно.

Ульяна Губенко,
инфоменеджер АНО
«Ты не один»



Какие злокачественные опухоли развиваются при ВИЧ-инфекции?



Почему ВИЧ повышает риск развития злокачественных новообразований?

Наша иммунная система – не только защита от инфекций, но и постоянный «дозор» против опухолевых клеток. Иммунные клетки – Т-лимфоциты ежедневно распознают и уничтожают дефектные, потенциально злокачественные клетки. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) разрушает именно эти клетки – CD4+–лимфоциты, постепенно лишая организм противораковой защиты.

Онкологи разделяют ВИЧ-ассоциированные опухоли на две большие группы. СПИД-определяющие – это те новообразования, само появление которых у ВИЧ-положительного пациента означает переход в стадию СПИДа (синдром приобретенного иммунного дефицита). Не-СПИД-определяющие – опухоли, риск которых при ВИЧ повышен, но они не являются «визитной карточкой» СПИДа.

Саркома Капоши

Это одна из наиболее узнаваемых опухолей, ассоциированных с ВИЧ. Саркома Капоши – злокачественная опухоль сосудистого происхождения, вызываемая вирусом герпеса 8-го типа (HHV-8). У здорового человека этот вирус встречается, но крайне редко вызывает болезнь. Если же у ВИЧ-негативного пациента развивается саркома Капоши, то она обычно протекает легко и представляет из себя одиночное кожное образование. Но, при ВИЧ, когда имеется существенное снижение иммунитета, вирус герпеса получает возможность бесконтрольно размножаться. Тогда опухоль проявляется в виде характерных красно-фиолетовых или бурых пятен и узлов на коже, слизистых оболочках, а в тяжелых случаях поражает внутренние органы – легкие, желудочно-кишечный тракт, лимфатические узлы. Кожные проявления – лишь «верхушка айсберга»: именно поражение внутренних органов определяет прогноз. В эпоху высокоактивной антиретровирусной терапии (АРВТ) частота саркомы Капоши существенно

снизилась, а у многих пациентов на фоне восстановления иммунитета опухоль регрессирует. Подробнее о саркоме Капоши и других опухолях кожи при ВИЧ – в отдельной статье нашей серии.

Рак шейки матки

Рак шейки матки, вызванный вирусом папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска, входит в число СПИД-определяющих заболеваний. При ВИЧ-инфекции иммунная система теряет способность контролировать ВПЧ, что приводит к более быстрому прогрессированию предраковых изменений шейки матки в инвазивный рак. У ВИЧ-положительных женщин рак шейки матки развивается в 5–6 раз чаще, чем в общей популяции, а заболевание нередко диагностируется в более молодом возрасте и на более поздней стадии. Регулярный гинекологический осмотр и цитологическое исследование – обязательная часть диспансерного наблюдения для этой группы пациентов.

Рак анального канала

Еще одна ВПЧ-ассоциированная опухоль, риск которой при ВИЧ резко возрастает, особенно у гомосексуальных мужчин, – это рак анального канала. Его частота у ВИЧ-положительных пациентов в десятки раз превышает показатели заболеваемости в общей популяции. По своей природе эта опухоль схожа с раком шейки матки: в ее основе – хроническая инфекция ВПЧ высокого риска. Скрининг с помощью анальной цитологии и аноскопии также рекомендован группам высокого риска.

Рак печени

Гепатоцеллюлярный рак у ВИЧ-инфицированных пациентов связан прежде всего с сочетанной инфекцией вирусами гепатита В и С. Совместное течение ВИЧ и вирусных гепатитов ускоряет развитие цирроза, что существенно снижает выработку необходимых организму гормонов и регуляторов жизнедеятельности. Важно отметить, что совре-

менная терапия гепатита С позволяет полностью элиминировать вирус даже при ВИЧ-инфекции, что существенно снижает риск развития необратимых процессов в печени, которые в том числе могут привести к развитию рака.

Рак легкого

Рак легкого занимает одно из первых мест среди не-СПИД-определяющих опухолей по частоте и смертности у ВИЧ-положительных пациентов. Риск возникновения у этой группы больных повышен в несколько раз по сравнению с общей популяцией. Важную роль, по всей видимости, играет курение, которое среди людей с ВИЧ распространено значительно чаще. Другими факторами риска развития опухолей легкого у ВИЧ-инфицированных людей являются хроническое воспаление легочной ткани и иммунодефицит в целом.

Рак ротоглотки

Опухоли ротовой полости и глотки, связанные с инфицированием ВПЧ 16-го типа, при ВИЧ-инфекции встречаются чаще. Иммунная дисфункция, хроническая ВПЧ-инфекция полости рта и курение совместно повышают риск злокачественного процесса. Эти опухоли нередко поражают относительно молодых пациентов и могут длительно протекать бессимптомно.

Рак вульвы, влагалища и полового члена

Как и рак шейки матки, эти опухоли связаны с ВПЧ. При ВИЧ-инфекции риск их развития существенно выше, а предраковые изменения прогрессируют быстрее.

Лимфомы и опухоли кожи

Лимфомы занимают особое место среди ВИЧ-ассоциированных злокачественных новообразований: некоторые их типы являются СПИД-определяющими и заслуживают отдельного разбора.

Саркома Капоши и другие опухоли кожи при ВИЧ рассматриваются в отдельных статьях нашей серии.

Основной вывод данной статьи: своевременное начало антиретровирусной терапии, восстановление иммунитета, регулярный онкологический скрининг и отказ от курения являются реальными инструментами снижения онкологического риска у людей с ВИЧ.

А.Ю. Чанаева, врач-онколог, аспирант отделения химиотерапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Под редакцией доктора медицинских наук А.С. Доможировой

ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?

Заходите на официальный сайт газеты

«Беседы о здоровье. Онкология»

беседы-о-здоровье.рф



**БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ
ОНКОЛОГИЯ**

НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:

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

Лимфомы при ВИЧ: почему это важно знать и как их различают

Почему при ВИЧ-инфекции возникают различные типы лимфом? ВИЧ поражает Т-лимфоциты (CD4-клетки), нарушая работу всей иммунной системы. Из-за этого некоторые клетки, чаще всего В-лимфоциты, начинают бесконтрольно делиться. Однако патологическая трансформация может затрагивать и другие клеточные популяции. Поэтому спектр лимфом, развивающихся на фоне ВИЧ-инфекции, столь разнообразен.



Единственным достоверным методом постановки диагноза «лимфома» является биопсия и патоморфологическое исследование опухоли. Врач удаляет узел или кусочек опухоли, который отправляется на гистологическое и иммуногистохимические исследования. Ни ультразвуковое исследование, ни анализ крови не отличат лимфому от воспаления.

Основные типы лимфом при ВИЧ

Диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВКЛ) возникает в 60–70% случаев. Агрессивная по своему характеру, но хорошо поддается лечению. Часто поражает не только лимфоузлы, но и желудок, легкие, кости, головной мозг и другие органы. Если у пациентов без иммунодефицита заболевание чаще всего дебютирует с увеличения периферических лимфоузлов, то у ВИЧ-положительных первичный очаг нередко возникает в органах, не относящихся к лимфатической системе: например, в кишечнике или в позвоночнике.

Лимфома Беркитта встречается в 20–30% случаев. Отличается рекордной скоростью роста (деление клеток происходит каждые 6–7 ч). Патологический процесс часто вовлекает костный мозг и органы брюшной полости. У ВИЧ-положительных пациентов возможна так называемая лейкоэмическая форма – состояние, при котором ати-

пичные клетки в значительном количестве циркулируют в крови, имитируя клиническую картину острого лейкоза. Лимфома Беркитта нередко возникает при относительно сохранном иммунитете – уровень CD4-лимфоцитов может превышать 200 клеток на микролитр.

Плазмобластная лимфома встречается в 2–3% случаев, однако считается одной из наиболее характерных именно для ВИЧ-инфекции. Она преимущественно поражает слизистые оболочки: полость рта, язык, слизистую кишечника. Течение заболевания отличается высокой степенью агрессивности.

Первичная лимфома центральной нервной системы (ЦНС) возникает в головном или спинном мозге и не выходит за пределы ЦНС. Такая разновидность лимфомы стала редка благодаря появлению эффективной антиретровирусной терапии, и она наблюдается преимущественно при глубоком иммунодефиците, когда уровень CD4-лимфоцитов падает ниже 50 клеток на микролитр.

Вялотекущие лимфомы (фолликулярная, MALT) в отличие от агрессивных вариантов, характеризуются медленным прогрессированием и длительным периодом без выраженной симптоматики. Однако на фоне ВИЧ-инфекции они склонны к внезапной трансформации в агрессивные формы и распространению по всему организму.

Лимфомы из Т-клеток и НК-клеток встречаются редко, составляя менее 5% всех ВИЧ-ассоциированных лимфо-пролиферативных заболеваний. Они возникают на фоне хронического воспаления и нарушенной иммунной регуляции, но не от прямого действия ВИЧ. В зависимости от формы такие лимфомы могут сопровождаться сыпью на коже, увеличением печени и селезенки или высокой температурой и поражением печени.

Болезнь Кастлемана – пограничное состояние между гиперплазией лимфоузлов и раком. Вызывается вирусом герпеса 8-го типа; при ВИЧ она опасна переходом в плазмобластную лимфому.

Почему классификация важна?

От типа лимфомы зависят как прогноз, так и тактика лечения и дальнейшего наблюдения. Например, при ДВКЛ шанс на полное излечение достигает 70–80% на фоне адекватного ответа на антиретровирусную терапию. При лимфоме Беркитта промедление недопустимо и отсрочка начала терапии резко ухудшает прогноз. Кроме того, разные типы опухолевых клеток несут разные белки-мишени на своей поверхности: при ДВКЛ практически всегда выявляется CD20, что позволяет использовать таргетный препарат ритуксимаб, а при плазмобластной лимфоме CD20, как правило, отсутствует и ритуксимаб бесполезен.

Лечение ВИЧ-ассоциированных лимфом

Антиретровирусная терапия начинается одновременно с химиотерапией. Подавление ВИЧ-инфекции восстанавливает иммунитет и повышает эффективность противоопухолевого лечения.

Противоопухолевая терапия. Чаще всего проводится химиотерапия по стандартным протоколам (СНОР, ЕРОСН). При ДВКЛ добавляют таргетный препарат ритуксимаб. При плазмобластной лимфоме используют более интенсивные схемы терапии. В случае поражения ЦНС химиопрепараты могут вводить непосредственно в спинномозговую жидкость.

Лучевая терапия. Возможно проведение курса дистанционной лучевой терапии на пораженные зоны при хорошем ответе на химиотерапевтическое лечение для снижения риска рецидивов, а также в случае наличия очагов, устойчивых к химиотерапии.

При глубоком иммунодефиците обязательно назначают препараты для профилактики оппортунистических инфекций (пневмоцистной пневмонии, грибковых поражений).

Выводы

ВИЧ-ассоциированные лимфомы – это группа разных злокачественных опухолей лимфоидной ткани, различающихся по происхождению, клиническому течению и прогнозу. Определение точного типа лимфомы возможно исключительно на основании гистологического и иммуногистохимического исследований. Чем детальнее определен тип лимфомы, тем более персонализированной и эффективной будет стратегия лечения, выбранная врачом. Достижения современной медицинской науки в онкологии и инфекционных болезнях позволяют добиваться длительных ремиссий у большинства пациентов. **Поэтому так важно при первых симптомах, не откладывая, обратиться к врачу!**

Е.Д. Маслов, врач-онколог, аспирант отдела лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

*Под редакцией доктора медицинских наук
А.С. Доможировой*

Особенности лечения и прогноза у пациентов с ВИЧ-ассоциированными злокачественными опухолями

Еще в 1990-е годы сочетание вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и онкологического заболевания воспринималось как почти неизбежно фатальное событие. Сегодня картина принципиально иная. Широкое внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии (АРВТ) превратило ВИЧ-инфекцию в управляемое хроническое заболевание. У пациентов, получающих АРВТ и имеющих неопределяемую вирусную нагрузку, иммунная система частично восстанавливается и переносимость противоопухолевого лечения значительно улучшается.



Ключевой принцип современной онкологии: лечение ВИЧ и лечение опухоли должны вестись параллельно и скоординировано. Отмена АРВТ на время химиотерапии – устаревшая тактика, способная нанести серьезный вред пациенту.

Подходы к лечению злокачественных новообразований у пациентов с ВИЧ существенно изменились за последнее время. Если ранее наличие ВИЧ-инфекции значительно ограничивало возможности противоопухолевого лечения, то сегодня при адекватном контроле за инфекцией большинство пациентов могут получать полноценную терапию онкологического заболевания.

Противоопухолевая терапия – хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия и иммунотерапия – в целом соответствует стандартам ведения ВИЧ-негативных пациентов. Однако важной особенностью является необходимость учитывать лекарственные взаимодействия.

Взаимодействие антиретровирусных и противоопухолевых препаратов

Это один из главных практических вызовов. Многие антиретровирусные препараты метаболизируются теми же ферментами печени, что и химиотерапевтические средства. Это означает, что концентрация как противоопухолевого, так и противовирусного препарата в крови может

существенно отличаться от ожидаемой и давать как снижение эффективности, так и повышение токсичности. Например, некоторые ингибиторы протеазы ВИЧ значительно повышают концентрацию ряда цитостатиков, усиливая их токсическое действие на костный мозг, печень и нервную систему. Совместная работа онколога и инфекциониста необходима для грамотного подбора схем и режимов применения препаратов. Современные схемы АРВТ, особенно препараты на основе ингибиторов интегразы (долутеграви́р, биктеграви́р), имеют значительно меньше лекарственных взаимодействий и предпочтительны к использованию на время противоопухолевого лечения.

Иммуносупрессия и переносимость лечения

Химиотерапия сама по себе угнетает иммунитет – временно снижает число лейкоцитов и повышает риск сопутствующих инфекций. У пациентов с ВИЧ эта «яма» может быть глубже и продолжительнее. Поэтому нередко требуются профилактический прием антибиотиков и противогрибковых препаратов для предотвращения оппортунистических инфекций, применение колониестимулирующих факторов для ускорения восстановления лейкоцитов, а также более частый контроль общего анализа крови, вирусной нагрузки ВИЧ и уровня CD4-клеток в процессе лечения.

Иммунотерапия при ВИЧ: новые возможности

Иммунотерапия, предполагающая использование препаратов, снимающих «тормоза» с иммунной системы (ингибиторы контрольных точек: пембролизумаб, ниволумаб и другие), произвела революцию в онкологии. Долгое время пациенты с ВИЧ исключались из клинических исследований этих препаратов. Сейчас ситуация меняется. Накопленные данные свидетельствуют о том, что у ВИЧ-положительных пациентов с хорошо контролируемой инфекцией (высокий уровень CD4-клеток, неопределяемая вирусная нагрузка) иммунотерапия не только применима, но и эффективна. Нежелательные явления иммунотерапии у таких пациентов в целом сопоставимы с таковыми в общей популяции.

Хирургия и лучевая терапия

Хирургическое лечение злокачественных новообразований у ВИЧ-положительных пациентов с адекватно контролируемой инфекцией (CD4 выше 200 клеток/мкл) выполнимо и безопасно. Риск инфекционных осложнений в послеоперационном периоде несколько выше, поэтому периоперационная антибиотикопрофилактика и продолжение АРВТ обязательны. Лучевая терапия, как правило, переносится пациентами с ВИЧ сопоставимо одинаково с общей популяцией, хотя следует учитывать повышенную чувствительность слизистых оболочек у некоторых пациентов с выраженным иммунодефицитом.

Каков прогноз?

Прогноз при ВИЧ-ассоциированных опухолях определяется тремя факторами: стадией онкологического процесса, типом опухоли, состоянием иммунной системы и степенью контроля ВИЧ. В эпоху АРВТ прогноз онкологических заболеваний значительно улучшился и для большинства опухолей стал сопоставим с прогнозом у ВИЧ-отрицательных пациентов – при условии своевременного начала лечения. Исследования последних лет показали, что у ВИЧ-положительных пациентов с неопределяемой вирусной нагрузкой и числом CD4-клеток выше 500/мкл выживаемость при многих онкологических заболеваниях статистически не отличается от общей популяции. Важно отметить, что в одиночку ни онколог, ни инфекционист не в состоянии обеспечить оптимальное ведение таких пациентов. Мультидисциплинарная команда – онколог, инфекционист, а при необходимости – гематолог, психолог, клинический фармаколог (для анализа взаимодействий препаратов) – не роскошь, а стандарт медицинской помощи сегодня.

Таким образом, ВИЧ-инфекция сегодня не является противопоказанием к полноценному противоопухолевому лечению. Пациенты с хорошо контролируемым ВИЧ должны получать терапию по тем же принципам, что и ВИЧ-отрицательные, но с поправкой на лекарственное взаимодействие и необходимость усиленного инфекционного контроля. Обратиться за помощью вовремя – это главный залог успеха.

А.Ю. Чанаева, врач-онколог, аспирант отделения химиотерапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

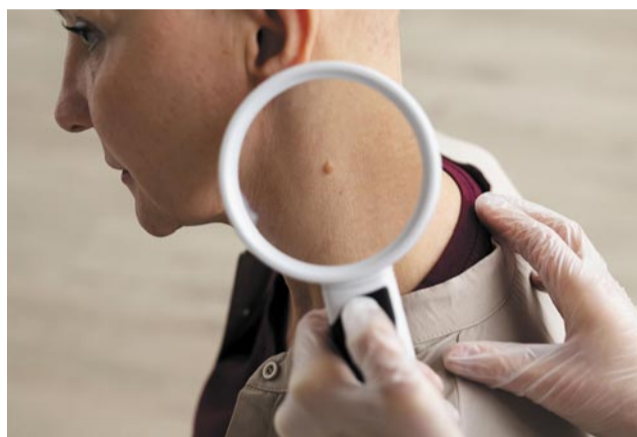
*Под редакцией доктора медицинских наук
А.С. Доможировой*

Опухоли кожи при ВИЧ: какие они бывают и как их распознать

Иммунная система человека осуществляет постоянный контроль за клеточным составом организма, распознавая и уничтожая аномальные элементы, в том числе те, которые приобрели черты злокачественности. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) избирательно поражает CD4-лимфоциты – ключевые регуляторные клетки, координирующие иммунный ответ.

Вследствие этого процесса способность иммунной системы выявлять мутировавшие клетки существенно снижается.

Дополнительным патогенетическим фактором выступает реактивация некоторых вирусов, в частности вируса герпеса 8-го типа или вируса папилломы человека, которые в условиях иммунодефицита могут инициировать злокачественную трансформацию тканей в опухоли.



Следует подчеркнуть, что у ВИЧ-положительных пациентов риск развития злокачественных новообразований кожи возрастает в 3–5 раз по сравнению с общей популяцией. Более того, течение этих опухолей нередко отличается более агрессивным характером.

Классификация

Все опухоли кожи при ВИЧ-инфекции делятся на две большие группы.

1. СПИД-ассоциированные опухоли

Их появление у ВИЧ-инфицированного пациента служит определяющим критерием перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа (синдром приобретенного иммунного дефицита), даже при отсутствии других симптомов.

Саркома Капоши занимает ведущее место по распространенности среди данной группы. Это опухоль сосудистого происхождения, этиологически связанная с вирусом герпеса 8-го типа (HHV-8). Кожные проявления представлены безболезненными пятнами, бляшками или узелками красно-фиолетового, багрового или коричневого цвета. Чаще всего поражает кожу лица (нос, веки), туловища, полового члена и нижних конечностей. У ВИЧ-положительных пациентов саркома Капоши часто приобретает агрессивное течение: помимо кожи, в процесс вовлекаются лимфоузлы, слизистая оболочка полости рта, желудочно-кишечный тракт и легкие. Риск развития этой опухоли у ВИЧ-инфицированных в сотни раз выше, чем у здоровых людей.

2. Не-СПИД-индикаторные опухоли

Благодаря эффективности антиретровирусной терапии продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных людей существенно возросла. В связи с этим у них все чаще раз-

виваются «возрастные» виды рака, вызванные накоплением соматических мутаций (например, под воздействием ультрафиолетового излучения).

Плоскоклеточный рак кожи. У ВИЧ-инфицированных данное заболевание дебютирует в более молодом возрасте и характеризуется более агрессивным ростом, глубже проникает в прилежащие ткани и чаще дает метастазы. Высок риск рецидива после хирургического лечения.

Базальноклеточный рак. Хотя для этого типа рака в целом несвойственно метастазирование, у пациентов с ВИЧ он может проявлять атипичное поведение, вплоть до развития отдаленных метастазов, что в норме для базалиомы не характерно.

Меланома. Злокачественная опухоль, происходящая из пигментных клеток (меланоцитов). Несмотря на то что меланома сама по себе относится к высокозлокачественным опухолям с неблагоприятным прогнозом, у ВИЧ-инфицированных процесс течения меланомы более скоротечен, а прогноз еще менее благоприятен. Кроме того, меланома быстро приобретает черты системного заболевания, когда поражается не только кожа, но и слизистые и внутренние органы.

Постановка диагноза

Золотой стандарт обследования при подозрении на любое злокачественное новообразование – это биопсия. Врач удаляет подозрительное образование (или его часть), а патологоанатом изучает ткань под микроскопом. Только так можно определить гистологический тип опухоли, поставить диагноз, определиться с тактикой лечения и подобрать нужный препарат. Дополнительно могут назначить анализ на HHV-8 (при подозрении на саркому Капоши), позитронно-эмиссионную томографию, совмещенную с компьютерной томографией для выявления скрытых очагов в легких или желудочно-кишечном тракте. Обязательным компонентом обследования остается контроль уровня CD4-лимфоцитов и вирусной нагрузки от ВИЧ-инфекции.

Лечение

Лечение злокачественных новообразований кожи на фоне ВИЧ-инфекции всегда носит комплексный характер. Антиретровирусная терапия является фундаментом лечения. Подавление репликации ВИЧ приводит к восстановлению иммунной функции. На этом фоне небольшие опу-

холи, такие как саркома Капоши, могут подвергаться спонтанной регрессии без дополнительного противоопухолевого вмешательства.

Местное лечение применяется на ранних стадиях. К его методам относятся хирургическое лечение, лучевая терапия, фотодинамическая терапия, криодеструкция жидким азотом и лазерное удаление. Эти подходы эффективны при локализованных формах опухолей.

Системная терапия показана при распространенных формах. Используются химиопрепараты, иммунотерапия или таргетные препараты, воздействующие на специфические молекулярные мишени в опухолевых клетках.

Большинство опухолей кожи, даже при ВИЧ-инфицировании, имеет относительно благоприятный прогноз, и сегодня онкологи для их лечения располагают внушительным арсеналом лечебных инструментов. Вместе с тем распространенные формы меланомы до настоящего времени остаются нерешенной проблемой современной онкологии. Именно поэтому так важно, чтобы пациент как можно скорее обратился за медицинской помощью при наличии малейших симптомов заболевания.

Выводы

Опухоли кожи при ВИЧ-инфекции представляют собой не единое заболевание, а целую группу злокачественных новообразований, спектр которых варьирует от СПИД-ассоциированной саркомы Капоши до агрессивных форм плоскоклеточного рака и меланомы. Точный диагноз устанавливается исключительно на основании биопсии с последующим гистологическим исследованием. Современные достижения антиретровирусной и противоопухолевой терапии позволяют успешно контролировать оба заболевания. Ключевыми элементами профилактики и раннего выявления служат регулярный самостоятельный осмотр кожных покровов, ограничение избыточной инсоляции и своевременное посещение лечащего врача.

Е.Д. Маслов, врач-онколог, аспирант отдела лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Под редакцией доктора медицинских наук А.С. Доможировой

живи без страха

«Живи без страха» — это социальная программа, направленная на профилактику и раннюю диагностику онкологических заболеваний.

Живибезстраха.рф



Могу, потому что жива



Мисс конгениальность

Наташа стояла на сцене. Зал был полон, но ни одного лица она не видела. Яркие софиты слепили и щекотали лицо. На ее голове возвышалась и искрилась корона. По груди струилась лента «Миссис Улыбка 2018». Финалистки конкурса «Миссис Москва» с волнением и старанием чеканили свои представления. Скоро ее очередь. Она не собиралась выигрывать этот конкурс. Как и у героини Сандры Буллок в фильме «Мисс Конгениальность», на конкурсе красоты у Наташи была другая миссия.

Красота сильнее рака

...Сконцентрироваться на речи. Она ее раз пять редактировала. Нет. Просто говорить от сердца. Ведь именно для этого она сюда и пришла. Чтобы с большой сцены произнести речь, которую не все готовы слушать. Но услышать которую должен каждый.

– Друзья, я – Наталья Лаврик. По паспорту мне 43, но стараюсь туда не заглядывать, потому что чувствую себя на 25 лет. Так получилось в жизни, что мои самые заветные желания исполняются в «двойном объеме». Но при этом и испытания моей силы и веры в Бога тоже многократно возрастают. Например, я всегда мечтала родить близнецов, а родила тройню! Десять лет назад у нас с мужем родились великолепные тройняшки: Агния, София и Глеб. А когда дети подросли и можно было немного вздохнуть, диагноз «рак груди» разделил жизнь пополам. Своим примером я хочу показать, что рак излечим – и жизнь продолжается! После болезни я вижу в жизни намного больше позитивных оттенков, потому что теперь знаю ее цену! И верю, что красота сильнее рака.

А еще поток аплодисментов после секундной паузы. И как в перерыве все подходило, обнимали, благодарили. Конкурсантки удивлялись: как же так, они же вместе провели целый месяц и ничего не знали. Да, не знали. И не знаете о сотнях, тысячах онкобольных вокруг, которые борются с болезнью, иногда побеждают, иногда нет. Наташа вспомнила, как, когда она заболела, разбегались друзья. Для них

рак – это смерть. Им страшно. И вроде бы все знают, что рак незаразный, но на всякий случай... Да и как себя вести с человеком, который скоро может умереть...

Раньше она никогда не задумывалась, насколько мало люди знают об онкологии. От невежества страх растет и порождает еще больше невежества. В результате одни платят за это своими жизнями – поздняя диагностика. А другие отстраняются от друзей и близких.

Но она не собиралась никого учить. Она хотела рассказать о том, что мечты сбываются, что жить полноценно и радостно можно и после диагноза «рак», как и быть несчастным без него.

Покорение и нормативы

– Доктор, скажите, а я на Эльбрус со всем вот этим забраться смогу? – Наташа покосилась на руки в капельницах и то место, где недавно была грудь. – И еще мне надо нормативы ГТО сдать. Очень надо...

Несколько часов назад она открыла глаза. Вокруг было все белое, сияющее и слегка размытое. А потом случилось странное – в этом облаке открылась дверь и вошел Иисус. «Хм, а он очень красивый», – подумала Наташа. Мужчина с волнистыми волосами и добрыми искрящимися глазами протянул ей красное пасхальное яйцо. И тут она поняла, что не может его взять – руки перемотаны и все в капельницах. Мужчина положил яйцо ей в ладонку и ушел.

«Значит, я живая, вряд ли на том свете с капельницами лежат», – от этой мысли захотелось захлопать, но... Пальцы затекли и не шевелились, а вся ладонь была кровавокрасной. Никакого волшебства, это краска от пасхального яйца, вчера была Пасха, а «Иисус» – священник из церкви при больнице. Плюс чарующее действие наркоза.

У ее главного чуда – победы над раком – спецэффекты были так себе: грудь, а значит, опухоль уже удалили, осталось встать на ноги и пройти через химиотерапию.

Но чем дальше отступал наркоз, тем сильнее ее терзали боль и эти два дурацких вопроса. Она всю жизнь мечтала забраться на Эльбрус, а детям обещала сдать вместе с ними нормативы ГТО.

– Водила сейчас одноклассницу на прием, ей не так давно поставили диагноз «рак молочной железы», она позвонила мне за несколько дней до операции, рассказала все, – объясняет Наташа. – Я не врач, конечно, но за последние три года столько информации прочла, на столько конференциях побывала, что начала разбираться. Своего врага вообще надо знать досконально. Я очень удивилась, что ей операцию на такой стадии назначили. Там химия нужна, а уже потом резать. Договорилась с врачами в Москве, привезла ее на консультацию. Мои подозрения подтвердились. Назначили лечение. Все хорошо будет, главное, там настрой бодрый, веселый и боевой. Но поддержка нужна. Всегда.

Совершенно случайно Наташа вышла на чатик, организованный Ассоциацией онкологических пациентов. Начала общаться, встречаться, посыпались какие-то активности. Дальнейшая череда событий больше походит на голливудский фильм с дико наивным и неправдоподобным сюжетом. Сначала она попала на дефиле, которое организовывали для девушек с раком молочной железы. О подиуме она мечтала когда-то в юности. Но потом перспективы юридического образования перетянули ее на сторону здравого смысла. Кстати, успешную карьеру адвоката с офисом в Сити она все-таки построила. И вот ей 42 года, и она дефилирует по подиуму. Позабавилась и хватит. А дальше приходит предложение поучаствовать в фотосессии. Раньше, может, и отказалась бы, постеснялась, но в новой жизни другие правила. После фотосессии ее приглашают на Неделю высокой моды, где дизайнер Ольга Гринюк позвала женщин с раком молочной железы для демонстрации своей коллекции.

– Это было в Гостином дворе, – вспоминает Наташа со смехом. – Я подхожу к вешалкам и вижу, что вся одежда либо с декольте, либо предполагает грудь. А у меня ничего. Вообще. Импланты я поставила позже. Что делать? Я бегу в ближайший магазин нижнего белья и покупаю чашечки от бюстгальтера на липучках. Наклеиваю их на свои кости, натягиваю комбинезон и бегу на подиум.

Именно там, в Гостином дворе, ее заметили организаторы конкурса «Миссис Москва» и позвали участвовать. И была ее речь, потрясшая всех, кто был в огромном зале. И фото-

“ ПОСЛЕ БОЛЕЗНИ МОЙ МИР ПЕРЕВЕРНУЛСЯ, Я ОЧЕНЬ ЧЕТКО ПОНЯЛА, ЧТО ВАЖНО, А ЧТО НЕТ. ЗА ЧТО НА САМОМ ДЕЛЕ НАДО БОРОТЬСЯ. Я ОСТРО ПОЧУВСТВОВАЛА ЦЕНУ ЖИЗНИ И ПОНЯЛА, ЧТО РАССТРОЙСТВА ПО ПОВОДУ УСПЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ, НАПРИМЕР, ИЛИ ОТСУТСТВИЯ КАКОГО-ТО БОГАТСТВА ЗНАЧЕНИЯ НЕ ИМЕЮТ ВОООЩЕ ”

Весь прошлый месяц – с того момента, как из уст врача услышала вышибающее «Да, у вас рак», Наташа подводила жизненную бухгалтерию: что успела сделать, чего не успела и чего никогда уже... выпускной... свадьбы... внуки... Тут обычно начиналась истерика. И хитроумный мозг опять и опять подкидывал эти дурацкие ГТО и Эльбрус.

– Наташа, о таком меня еще не спрашивали, но если это все, что вас сейчас волнует, то это отличный знак, – сказал доктор, сделал перевязку и ушел.

Представить себе, что такое химиотерапия, невозможно. Лучшая подруга Наташи Людмила, с которой они познакомились, еще когда лежали вместе на сохранении, уже несколько лет боролась с раком молочной железы.

И каждый раз перед химиотерапией Люда предупреждала: мол, я на неделю в отключке, на связь выходить не буду, но ты не волнуйся. Обычно она с таким юмором это говорила, что Наташа никак не могла понять, неужели трубку взять нельзя или сообщение написать. А потом поняла. Нельзя, потому что неделю после «химии» ты как будто умираешь... Но надо было «ползти» вперед и вверх без страховки и гарантий. Хотела Эльбрус, держи Эверест. Она сжала слезы в кулаки и «полезла».

Миссия выполняю

На встречу Наташа прибегает из онкоклиники. На вид больше 30 лет ей не дашь, жгучая красотка, с огромными глазами и роскошной копной шелковистых волос цвета спелых маслин.

сессия британского бренда нижнего белья для женщин после мастэктомии, а в результате именно ее фотография попала на обложку их буклета.

И Наташа начала организовывать разные мероприятия. Так, в 2020 г. состоялся совместный проект Всероссийской общественной организации помощи пациентам «Ассоциация онкологических пациентов "Здравствуй!"» и российского дизайнера вечерних платьев Сергея Пугачёва. Девушек со всей страны приглашали в Москву, подбирали им одежду, делали макияж и прически, они давали интервью, для них устраивали фотосессии. На протяжении года истории и фотографии женщин с раком молочной железы выходили на сайте Eva.ru.

Сейчас тройняшкам уже восемнадцать и скоро выпускной. Наташе в прошлом году исполнилось пятьдесят. Она по-прежнему активно помогает онковыздоравливающим и считает себя здоровой. Нужно жить дальше, ведь впереди еще свадьбы детей и внуки.

История предоставлена Ассоциацией онкологических пациентов «Здравствуй!»

Всероссийская ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

Ассоциация работает круглосуточно.

Вы можете обратиться за помощью по телефону горячей линии

8 (800) 301-02-09

или на сайте russcpa.ru



История Елены Бессарабовой

«Когда встречаешься лицом к лицу с болезнью, надо постараться найти в себе какие-то скрытые ресурсы и силы, чтобы этот путь пройти. Да, это непросто. Главное – не останавливаться, чтобы потом стало лучше».



Елена Бессарабова, 60 лет, рак молочной железы, в ремиссии 4 года

Каков диагноз? Это было случайно, неожиданно и непросто. Вспоминается как страшный сон. Будто бы не со мной происходило, но уже не стирается из памяти.

В марте 2022 г. я упала на улице и сломала руку, что стало поводом обратиться к врачам. В один из визитов в поликлинику решила посетить гинеколога – что-то давно у него не была. Врач при пальпации груди обнаружила уплотнение, сразу же отправила на маммографию. Так узнала об опухоли. Случай помог обнаружить ее на ранней стадии.

Первая реакция? Мощнейшее отрицание: это не со мной, не мое, быть такого не может. Потом страх. И уже позже пришло понимание, что не время сейчас раскисать – нужно действовать. Собралась с силами и за неделю оформилась на дальнейшее обследование и лечение в больницу. Мне повезло, хочу это отметить отдельно, что в самом начале непростого пути узнала о сообществе онкопациентов благотворительного фонда «Я люблю жизнь».

В онкодиспансере, в очереди у кабинета врача случайно разговорилась с женщиной, которая была уже в ремиссии. Она рассказала мне про чат взаимопомощи при фонде. Сразу же в него вступила. И вот там мне дали массу полезной информации: и по маршрутизации, и как собраться в больницу – абсолютно по всем вопросам, не говоря уже о моральной поддержке, которая была чрезвычайно ценна в тот момент. Все это очень повлияло на восприятие ситуации.

А потом я встретила с одной из подопечных нашего фонда, с которой общались в чате. И я увидела своими глазами молодую, активную, веселую женщину, которая много лет находится в ремиссии, живет свою обычную

жизнь. И это уже не теоретические знания о том, что рак лечится и медицина развивается. Это история жизни, преодоления и победы. Такое общение с людьми, которые побеждают болезнь, очень ценно, оно чрезвычайно мотивирует.

В общей сложности лечение заняло около полугода: операция, курсы химиотерапии, лучевая терапия. Периоды были разными: и отчаяние, и бессилие – все было. Потеря волос стала настоящей катастрофой. Думала, что готова к этому. Оказалось, что нет. Переживала страшно, потому что всегда трепетно относилась к своей внешности. И такие изменения тяжело принимать.

Поддерживали близкие и друзья. У меня взрослый сын, самый лучший на свете, спасибо ему. Он очень трепетно заболел и ухаживал. Был рядом в самые сложные периоды, когда проходила химиотерапию, когда не было сил ни на что. Подруги старались порадовать, привозили вкусняшки. Поддерживало наше сообщество.

Сейчас мне 60 лет, удаленно работаю помощником директора, продолжаю быть активным участником нашего чата поддержки. Встречаюсь с подругами, хожу на концерты, провожу время с близкими и живу полноценно.



История Вадима Жигалко: «Я справлюсь, я справлюсь, я справлюсь!»



«Вы сделали больше шагов, чем планировали!» – зазвучало мобильное приложение. Вадим посмотрел на экран и оторопел: «100 000 шагов!» Человек с апластической анемией сверхтяжелой формы прошел семьдесят километров, когда классическая дистанция марафонца – сорок два. Вадим ухмыльнулся: «Неплохо для того, кто три года назад не мог встать с кровати. Я справился!»

«Я справлюсь, я справлюсь, я справлюсь!» – три года назад, словно мантру, повторял Вадим, заходя в самолет. Ему предстоял первый в жизни полет. Он, как Гагарин, стартовал с Байконура в неизвестность. Отличие состояло в том, что Юрий Алексеевич исследовал тайны космоса, Вадим же отправился с Байконура в Москву разбираться в тайнах собственного организма.

Он зашел на трап напрямик из реанимации, где врачи пытались определить, почему у Вадима не останавливается

носовое кровотечение, а температура растет. Вскоре он услышал свой диагноз: «апластическая анемия».

Но неизвестность все еще пугала: что это за заболевание, как оно устроено, какие риски и возможности оно таит? Вадим штудировал медицинские статьи, забрасывал врачей вопросами. Изо дня в день он, будто космонавт во тьме Вселенной, всматривался в темноту с надеждой.

Почти год Вадим провел в больнице в Москве. В период лечения он нуждался в дорогостоящих препаратах, которые не мог себе позволить. Шанс продолжать путь ускользал. Тогда ему помог Фонд борьбы с лейкоемией и неравнодушные люди – благодаря пожертвованиям Вадим получил препараты. Но в голове уже не звучало: «Я справлюсь!», мантра изменилась: «У меня сын, я не могу не справиться!». Вадим улетел с Байконура в феврале, а в апреле у них с супругой родился долгожданный Даня.

Когда спустя месяцы Вадим вернулся домой, в квартире разразился плач двух мужчин. Плакал Даня – он испугался, ведь никогда не видел папу вживую. Плакал Вадим – счастье разрывало, ведь он никогда не видел вживую Даню. Он пропустил первую улыбку, первое «Агу!», первые шаги. Заболевание украло у Вадима первый год жизни сына.

Три года в жизни Вадима существует анемия. Уже нет химиотерапии и постоянных переливаний крови, остались плановые ежемесячные обследования. Он вышел в ремиссию, но заболевание все еще внутри. В больнице хранятся донорские клетки для процедуры трансплантации костного мозга – на случай, если состояние ухудшится. Это опора, сродни Земле, на которую космонавты смотрят из иллюминаторов и верят, что она спасет в случае опасности. Для Вадима эту опору создали люди –

пожертвования помогли доставить трансплантат в больницу.

Недавно Дане исполнилось три года. Про анемию Вадим иногда забывает, и почти никто не знает, что он болен. О Дане Вадим не забывает никогда: мальчик – центр жизни Вадима, словно Солнце в Солнечной системе. Он – его смысл, благодаря которому Вадим справлялся, справляется и, кажется, справится с любыми трудностями.

«Болезнь – не приговор!» – знает Вадим. Он уверен, что главное при столкновении с заболеванием – держаться своей цели или мечты или, как он, очень сильного желания быть рядом с сыном. И тогда справляться становится легче, ведь появляется фраза «Ради Дани!».

Даня и Вадим любят играть в машинки. Однажды Вадим подарил сыну игрушечный «Гелендваген». Даня обрадовался, но тут же поднял на папу хитрый взгляд: «Папа, а когда ты купишь мне настоящий?» Вадим рассмеялся: «Когда тебе будет восемнадцать!»

У Вадима большие цели: не только заработать сыну на «Гелендваген», но и построить дом.

Первый полет человека в космос стал знаковым для всего мира, первый полет Вадима стал знаковым для его жизни и жизни сына. Вадим понял, что справится с любыми неизвестностями и раскроет любые тайны. Главное, чтобы светила его звезда – Даня.



Как помочь себе и близким, если диагнозов становится больше

Современная медицина все чаще говорит о том, что лечение – это не только про препараты и процедуры, но и про состояние человека, его внутренние ресурсы и ту поддержку, которую он получает в процессе болезни. Когда речь идет о сочетании ВИЧ-инфекции и онкологического заболевания, особенно важно учитывать не только физическое, но и психологическое состояние пациента, потому что именно оно во многом определяет, как человек проживает этот период своей жизни и на что может опираться в непростых обстоятельствах.



Люди с такими диагнозами могут сталкиваться с повышенной тревогой, ощущением неопределенности, сложностями в общении с окружающими и необходимостью одновременно справляться с лечением, информацией и собственными переживаниями.

При этом важно понимать, что все возникающие чувства – естественная реакция на сложную жизненную ситуацию и в них нет ничего «неправильного» или «лишнего».

Психологическая поддержка в этом случае направлена не на то, чтобы исключить тревогу или страх, а на то, чтобы помочь человеку постепенно находить внутреннюю устойчивость, возвращать ощущение опоры и чувствовать, что он не один в этом опыте.

Как можно поддержать себя

В повседневной жизни есть простые, но действенные способы немного снизить внутреннее напряжение и поддержать себя, особенно в периоды, когда переживания становятся более интенсивными.

Полезно время от времени возвращать внимание в настоящий момент, замечая, что происходит вокруг, какие звуки слышны, какие ощущения есть в теле, потому что это помогает снизить поток тревожных мыслей о будущем и немного стабилизировать состояние.

Важно стараться относиться к себе бережно и с пониманием, не требуя от себя постоянной силы и собранности, а признавая, что в такой ситуации у человека может не хватать ресурсов и это нормально.

Хорошо, если в течение дня возникают ситуации, которые приносят хотя бы немного спокойствия или привычного ощущения жизни, будь то разговор с близким человеком, прогулка, музыка или любые простые действия, которые дают ощущение «я живу сейчас».

Также может быть полезно делиться своими переживаниями с теми, к кому есть доверие, потому что проговаривание чувств часто снижает их интенсивность и помогает не оставаться с ними один на один.

Роль близких и поддержка находящихся рядом

Для близких людей такая ситуация тоже становится непростым испытанием, поэтому важно помнить, что поддержка не требует специальных знаний или «идеальных слов».

Часто самой ценной оказывается спокойная, уважительная вовлеченность, когда человек чувствует, что рядом есть кто-то, кто готов выслушать, побыть рядом, поддержать в разговоре или просто разделить молчание.

Важно не обесценивать переживания пациента и не стремиться сразу их «исправить», а позволять человеку говорить о том, что его волнует, в том темпе и объеме, в котором он готов это делать.

При этом близким также важно заботиться о собственном состоянии, находить время для отдыха и восстановления, делиться своими чувствами с другими людьми или специалистами, потому что поддержка возможна тогда, когда есть собственный ресурс.

Когда особенно важна помощь специалиста?

С некоторыми ситуациями человеку трудно справиться самостоятельно, и тогда обращение за психологической поддержкой становится важным и своевременным шагом. Разговор со специалистом помогает лучше понять свои переживания, снизить уровень тревоги, найти способы справиться с эмоциональной нагрузкой и постепенно возвращать ощущение устойчивости даже в условиях неопределенности.

Где можно получить поддержку?


Пациенты с онкологическими заболеваниями, а также их близкие могут обратиться за бесплатной психологической помощью в Службу «Ясное утро» по номеру телефона 8 800 100 0191 (круглосуточно и анонимно).

Здесь доступна горячая линия психологической поддержки, а также очная помощь в индивидуальном формате и в группах.

Обращение за поддержкой – это естественная и важная часть заботы о себе, которая помогает не оставаться в одиночестве и находить опору даже в самых непростых жизненных ситуациях.

Алина Морозова,
специалист-психолог
Службы «Ясное утро»






Круглосуточная поддержка
в борьбе с раком

8-800-100-0191

ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ И ИХ БЛИЗКИМ

8-800-100-0191

АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО. КРУГЛОСУТОЧНО.



ясноеутро.рф

АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Когда вовремя назначенное лечение меняет прогноз

Иногда пациенты онкологических клиник сталкиваются с усталостью, слабостью, одышкой. Часто их считают проявлениями самой болезни или последствием химиотерапии, но за этими симптомами может скрываться анемия – снижение уровня гемоглобина в крови. Хорошая новость: анемию можно и нужно лечить. А правильное и вовремя назначенное лечение не просто улучшает самочувствие – оно напрямую влияет на прогноз болезни и шансы на долгосрочный успех.

Почему об анемии нельзя молчать?

Анемия при злокачественных опухолях – это не просто «плохой анализ» крови, а заболевание, которое ухудшает качество жизни и, что самое важное, снижает эффективность противоопухолевого лечения. Почему так происходит? Из-за гипоксии – кислородного голодания. Когда гемоглобина мало, все органы и ткани страдают от нехватки кислорода. Особенно к гипоксии чувствительны сердце, головной мозг, почки. Кроме того, анемия ухудшает течение других заболеваний – ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности, болезней легких и почек, сахарного диабета.

Ранее считалось, что главная причина смерти при онкопроцессах – это истощение (кахексия) из-за роста опухоли. Однако причинами большинства летальных исходов становятся осложнения самого онкологического заболевания. И анемия – одно из них.

На исход болезни влияют три главных фактора: стадия злокачественного новообразования, тяжесть самой анемии и наличие сопутствующих заболеваний. Но особенно важны две вещи: период, когда начато лечение анемии (в момент госпитализации или после), и используемые методы терапии – например, эритропоэз-стимулирующие препараты, которые побуждают костный мозг активнее производить красные кровяные клетки эритроциты, железосодержащие лекарства или гемотрансфузии (переливания крови).

Цифры, которые заставляют задуматься

В России провели большое исследование [1], в рамках которого ученые наблюдали за здоровьем более чем 1,5 тыс. пациентов с анемией на фоне онкозаболевания, получавших противоопухолевую терапию. Наблюдение длилось 5 лет.

Результаты оказались весьма серьезными. Через 5 лет среднетяжелая анемия существенно ухудшала прогноз заболевания – риск неблагоприятного, в том числе летального, исхода достигал 92%. За 3 года тяжелая степень анемии увеличивала этот риск в 1,5 раза по сравнению с легкой формой: 92,5% против 63,7%. Ученые сошлись во мнении: анемии требуют немедленного медицинского вмешательства – назначения эритропоэз-

стимулирующих препаратов и коррекции сопутствующих патологий.

Какое лечение выбрать?

Это исследование показало: при использовании эритропоэз-стимулирующих препаратов риск неблагоприятного исхода на 15% ниже по сравнению с препаратами железа, да и гемотрансфузии тоже недостаточно эффективны.

Ключевой вопрос: когда начинать терапию анемии?

Ученые дали на него четкий ответ: преимущество за ранним стартом лечения. Если эритропоэз-стимулирующие препараты назначены уже во время противоопухолевого лечения в период госпитализации, шанс на благоприятный исход больше. После завершения основного лечения эффективность будет ниже. Отсутствие терапии – это наихудший сценарий: у 93% пациентов за 3 года случились неблагоприятные исходы.

Переливание крови – не выход Почему?

1 Во-первых, исследования показывают значительное снижение показателей выживаемости у тех, кому переливали кровь.

2 Во-вторых, переливание крови подавляет активность клеток иммунной системы, которые должны активироваться современными иммунотерапевтическими препаратами.

3 В-третьих, гемотрансфузии повышают риск перегрузки организма железом. Накопление железа может вызвать повреждение сердца, печени и способствовать недостаточности других органов, а это дополнительно ухудшает прогноз и состояние пациента.

Вывод прост: гемотрансфузия несет в себе значительные риски, которые напрямую ухудшают результаты лечения и выживаемость больных. В свете этого логичной представляется позиция Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения Российской Федерации – ограничить применение гемотрансфузий у онкологических больных (в клинических рекомен-

дациях переливание крови – это метод «последнего рубежа»).

Исследование показало, что на фоне эритропоэз-стимулирующих препаратов благоприятные исходы болезни встречались гораздо чаще, чем при переливании крови.

Современный подход смещает акцент с сиюминутной коррекции уровня гемоглобина на патогенетическое лечение причины анемии. И здесь эритропоэз-стимулирующие препараты – не просто альтернатива переливанию крови, а инструмент для повышения эффективности противоопухолевой терапии и улучшения долгосрочных результатов.

Как улучшить исходы болезни: три основных шага

ШАГ №1 – раннее назначение эритропоэз-стимулирующих препаратов

Терапия должна начинаться уже во время госпитализации и далее продолжаться на всех этапах – и в поликлинике тоже. Исследование подтверждает: если начинать терапию эритропоэз-стимулирующими препаратами во время госпитализации, а не после выписки, риск неблагоприятного исхода снижается на 15–27% за 3 года.

ШАГ №2 – минимум переливаний крови и использования препаратов железа

Врачам стоит заменять переливания эритроцитов и терапию только препаратами железа на эритропоэз-стимулирующие препараты (кроме случаев острой кровопотери). Такой подход снижает риск неблагоприятного исхода примерно в 2 раза за 3 года. Почему? Трансфузии дают лишь кратковременный эффект и при этом повышают риск нежелательных результатов.

ШАГ №3 – контроль сопутствующих заболеваний

Особое внимание нужно уделить лечению хронической болезни почек, цирроза печени, ишемической болезни сердца – главных спутников неблагоприятного исхода. Только коррекция хронической болезни почек снижает риск неблагоприятного исхода с 81,4 до 65%. А это значит, что у пациента появляются дополнительные шансы на жизнь.

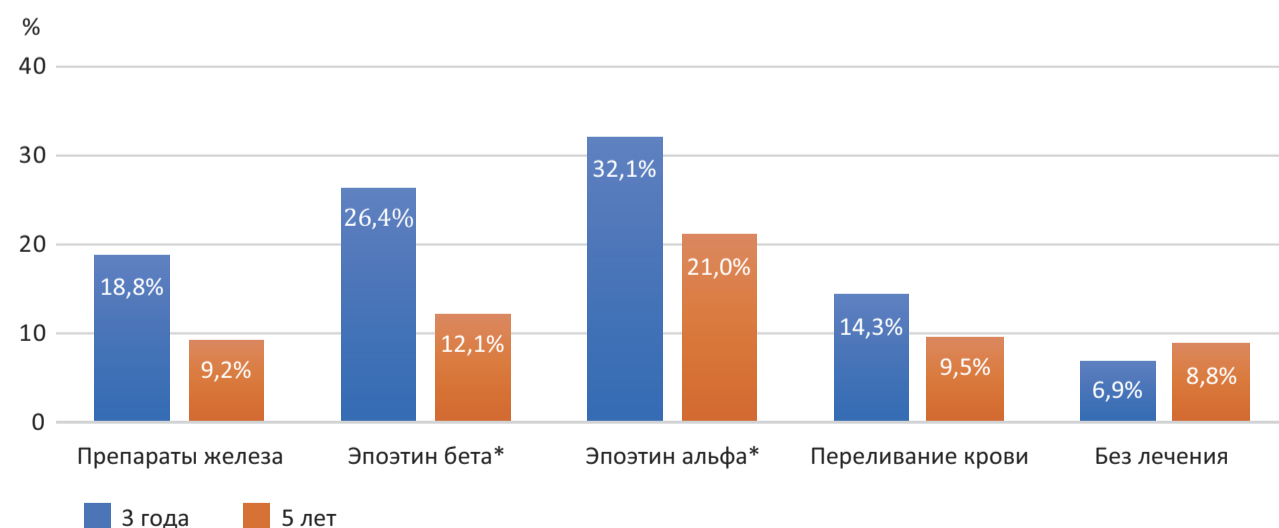
Вместо заключения: хорошие новости

Анемия при онкологическом заболевании – серьезный противник. Она ухудшает самочувствие, снижает эффективность терапии и, если ее игнорировать, может серьезно повлиять на прогноз заболевания. И все же это не приговор, ведь анемию можно и нужно лечить. В арсенале врача есть эффективные инструменты – например, эритропоэз-стимулирующие препараты, которые не просто временно решают проблему, а по-настоящему воздействуют на причину происходящих процессов. Препараты этой группы снижают риск неблагоприятного исхода на 15–27% – а это жизни многих онкологических пациентов. Анемия – не приговор. Это задача, у которой есть решение. И чем раньше врач им воспользуется, тем выше шанс на долгосрочный успех.

Литература

1. Березников А.В., Джулакян У.Л., Шкитин С.О., Ефимов М.Д. Прогнозирование исходов у пациентов с анемией при злокачественных новообразованиях. Опухоли головы и шеи. 2025; 15 (3): 83-96.

Частота благоприятных исходов для разных методов лечения



* Эпоэтины альфа и бета относятся к эритропоэз-стимулирующим препаратам.

ГЛАВНАЯ ТЕМА

Что нужно знать врачам и пациентам о заключениях BI-RADS и маммографической плотности после маммографического обследования молочных желез?

Памятка по рентгенологической интерпретации оценки плотности и изменений молочной железы по системе BI-RADS (Breast imaging and reports data system – система интерпретации и протоколирования визуализации молочной железы) и ACR (American College of Radiology – Американская коллегия радиологов), подготовленная экспертами Российской ассоциации маммологов, Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины на основе международного руководства ACR с комментариями и практическими рекомендациями, будет способствовать улучшению междисциплинарного взаимодействия врачей разных специальностей с пациентами.

Необходимо помнить главную цель онкомаммоскрининга – выявление пациенток, которым показано углубленное обследование молочных желез.

Согласно нормативным документам Российской Федерации о прохождении диспансеризации, женщины старше 40 лет обязательно проходят маммографию, независимо от наличия или отсутствия жалоб на молочные железы. При существующих порядках после первичного обследования врач-рентгенолог не пишет заключение с диагнозом заболевания, а классифицирует полученные данные на маммограммах по международной системе BI-RADS – 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 с тем, чтобы определить дальнейший маршрут пациентки. И, как правило, большинство пациенток, а порой и врачи, не знают предназначения этих символов.

Нужно ли врачу женской консультации, онкологу разбираться в тонкостях лучевой диагностики заболеваний молочной железы или ему достаточно заключения рентгенолога с указанием категории BI-RADS? С одной стороны, порядок действий акушера-гинеколога прописан в приказе Минздрава России №1130н и клинических рекомендациях «Доброкачественная дисплазия молочной железы» 2020 г., для онколога – в приказе Минздрава России №116н от 19.02.2021, с другой – профессиональный стандарт требует от специалистов определенных знаний по интерпретации результатов маммографии, УЗИ и МРТ. Общая ответственность за результаты медицинской помощи возложена на лечащего врача, который координирует взаимодействие разных специалистов и определяет дальнейшую тактику. В этой связи все заинтересованные лица: пациент, рентгенолог, гинеколог, лечащий врач, онколог – должны одинаково воспринимать и понимать полученную информацию, чтобы соблюсти правильную маршрутизацию обследования пациентки.

При интерпретации маммограмм необходимо знать основные положения, на которые должен ориентироваться врач и о которых должен быть осведомлен пациент.

Категории маммографической плотности (МП)

Согласно международному руководству Американской коллегии радиологов (American College of Radiology) и «Клинико-рентгенологической классификации мастопатий» (А.Д. Каприн, Н.И. Рожкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021), маммографическая плотность подразделяется на 4 группы.

1. МП ACR A – молочная железа представлена жировой тканью почти полностью, инволютивные изменения или нерезко выраженная мастопатия.

2. МП ACR B – плотные структуры за счет фиброзной или/и железистой ткани занимают до 50% объема железы – диффузная фиброзно-кистозная мастопатия средней степени выраженности.

3. МП ACR C – молочная железа уплотнена за счет фиброзной, железистой ткани до 70–75%, что может маскировать патологические участки, – выраженная диффузная мастопатия, возможно, с узловым компонентом. При наличии наиболее плотного участка ткани категорию «С» указывают даже при объеме железистой ткани менее 50%.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ МАММОГРАММЫ, ДАЮЩИЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБ ОБЩЕМ СОСТОЯНИИ СТРУКТУРЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ВЫЯВЛЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ		
Структура ткани молочной железы	А. Молочная железа представлена жировой тканью почти полностью В. Имеются отдельные участки уплотнения, обусловленные фиброзной и/или железистой тканью до 50% С. Молочная железа неоднородной плотности, обусловленной преобладанием железистой или фиброзной ткани, занимающей около 75% объема, что может маскировать патологические очаги D. Молочная железа крайне высокой плотности за счет преобладания железистой ткани у молодых женщин или фиброзной – у женщин старше 40–45 лет, что резко снижает чувствительность маммографии	
Локализация изменений	Страна исследования Квадрант и/или по отношению к часовому циферблату Глубина (передний, средний, задний отделы) Расстояние от соска	
Образование	Количество	Одно или несколько
	Форма	Овальная Округлая Неправильная Звездчатая
	Контур	Четкие Нечеткие Фестончатые Тяжистые (грубая тяжистость) Лучистые (едва заметные спикулы) Не прослеживаются
	Структура – плотность, однородность	Очень высокая плотность – до 100% плотных структур Высокая – до 75% плотных структур Средняя – до 50% плотных структур Низкая – 0–25% плотных структур Характерная для жировой ткани – 0% Включения жировой ткани Однородная Неоднородная
	Размеры	В мм или см
Кальцинаты	Локализация и распространенность	Диффузное распространение по всей молочной железе Диффузное распространение по квадрантам Скопление на ограниченном участке Линейные (игольчатые)
	Типично доброкачественные	В патологическом очаге В коже В стенках артерий Похожие на попкорн Крупные линейные – игольчатые Округлые Кольцевидные Дистрофические Чашеобразные В рубце Кальцинаты крупноглыбчатые единичные
	Подозрительны на наличие злокачественного процесса	Аморфные Грубо гетерогенные Полиморфные (различающиеся по форме и размеру) Мелкие игольчатые, ветвящиеся, червеобразные
Асимметрия (участок уплотненной структуры)	Тотальная Локальная Динамическая (при анализе предыдущих исследований)	
Нарушение архитектоники	Доброкачественной или злокачественной природы – Локальный участок тяжистой перестройки структуры – Диффузное изменение структуры молочной железы (перестройка, отечность структурных элементов) Требуется дообследование – УЗИ, или МРТ, или контрастная маммография	
Интрамаммарный лимфатический узел		
Образование кожи		
Дополнительные признаки	Втяжение кожи Втяжение соска Утолщение, деформация кожи Уплотнение соединительнотканых структур Подмышечная лимфаденопатия Гиперваскуляризация Единичный расширенный проток	

КАТЕГОРИИ BI-RADS
<p>МАММОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОДНОЗНАЧНОЙ</p> <p>Категория BI-RADS 0: неясная картина, ситуация, в которой результаты не могут быть однозначно отнесены к норме или патологии, или исследование выполнено некачественно, с дефектами. Требуется повторная маммография или дообследование с помощью других лучевых методов исследования – рентгенологический томосинтез, УЗИ, МРТ, контрастная маммография и пр.</p> <p>При повторном обследовании необходим сравнительный анализ с архивными снимками, что нередко помогает в решении задачи.</p> <p>При выявлении образования на маммограммах необходимо четко поставить категорию BI-RADS в зависимости от выявленных признаков и направить на необходимое дообследование</p>
<p>МАММОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДАНА</p> <p>Категория BI-RADS 1: соответствует норме. Наблюдение у гинеколога. В таких случаях показан рутинный скрининг с интервалом через 2 года, предписанный регламентирующими документами</p> <p>Категория BI-RADS 2: доброкачественные изменения. Наблюдение у гинеколога. BI-RADS 2 означает отсутствие злокачественного процесса, и врач включает в описание находки доброкачественной природы. К ним относятся длительно существующие частично обызвествленные фиброаденомы, кальцинаты в коже, металлические инородные тела (например, хирургические клипсы), интрамаммарные лимфоузлы, кальцинаты в стенках артерий, имплантаты, рубцовые изменения структуры железы, связанные с предшествующей операцией, жиросодержащие образования (кисты, липомы, галактоцеле и гамартумы неоднородной плотности), поскольку они имеют характерный вид и с полной уверенностью могут быть охарактеризованы как «доброкачественные».</p> <p>Направление действий – пациентке показано маммографическое обследование (согласно нормативным документам Минздрава России и клиническим рекомендациям «Доброкачественная дисплазия молочной железы», 2020) 1 раз в год.</p> <p>При высокой маммографической плотности (МП ACR C и D) указать в протоколе и направить пациентку на дополнительное УЗИ (МРТ, контрастную маммографию – СЕМ) с целью выявления ранних форм рака молочной железы с контролем через 1 год, учитывая, что высокая МП является независимым фактором риска рака молочной железы (NCCN, 2017)</p>
<p>Категория BI-RADS 3: вероятно доброкачественные изменения. Консультация и наблюдение онколога</p> <p>При BI-RADS 3 вероятность злокачественного процесса составляет ≤2%. Контроль через 6 мес. Врач предполагает, что за период наблюдения изменений не произойдет в следующих случаях: при некальцинированных ограниченных жиросодержащих солидных образованиях, при локальной асимметрии, обусловленной участком уплотненной структуры, и при единичной группе точечных кальцинатов. В сомнительных случаях необходимо провести комплексную мультимодальную лучевую диагностику, включая УЗИ (реже МРТ), во избежание запоздалой диагностики рака.</p> <p>Оценка BI-RADS 3 меняется на более высокую при динамическом наблюдении, если новообразование увеличивается в размерах или выявляются другие изменения.</p> <p>Несмотря на то что подавляющее большинство вероятно доброкачественных изменений требует только контрольных исследований с интервалом в 6 мес, до подтверждения стабильного состояния находок, в некоторых случаях возможна биопсия (по желанию пациентки или в связи с конкретной клинической ситуацией)</p>
<p>Категория BI-RADS 4: изменения, подозрительные на рак. Консультация и наблюдение онколога</p> <p>Категорию BI-RADS 4 используют, когда новообразование не имеет «классического вида» злокачественного, но остается подозрительным и требует биопсии.</p> <p>Учитывая, что максимальная вероятность злокачественного новообразования при 4-й категории составляет от 2 до 95%, рекомендуется биопсия молочной железы.</p> <p>Разделение BI-RADS 4 на подкатегории 4A, 4B и 4C указывает на различную степень подозрения на злокачественное поражение (низкая 4A – от 2 до 10%, средняя 4B – от 10 до 50% и высокая 4C – от 50 до 95%).</p> <p>Отметим, что двухсторонняя подмышечная лимфаденопатия может расцениваться как BI-RADS 1, 2 в зависимости от характера имеющихся доброкачественных заболеваний (саркоидоз, системная красная волчанка, псориаз, ВИЧ и пр.). Если исключить рак молочной железы нельзя, следует сделать заключение о BI-RADS 4.</p> <p>Выявление измененных аксиллярных лимфатических узлов только с одной стороны без изменений в молочной железе классифицируется как BI-RADS 4</p>
<p>Категория BI-RADS 5: высокая вероятность злокачественного новообразования. Консультация и наблюдение онколога</p> <p>BI-RADS 5 предполагает вероятность злокачественного образования ≥95%.</p> <p>Современная онкологическая тактика включает необходимость толстоигольной биопсии с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием тканевого материала, что дает возможность определить гистологическую характеристику опухоли, ее молекулярный подтип и соответственно этому – выбор персонализированной адекватной терапии. При неубедительном материале показана повторная толстоигольная или вакуумная аспирационная биопсия, дающая больший объем тканевого материала, реже – диагностическая секторальная резекция</p>
<p>Категория BI-RADS 6: злокачественное новообразование, подтвержденное при гистологическом исследовании. Наблюдение онколога</p> <p>Категорию BI-RADS 6 используют после биопсии и гистологического подтверждения злокачественного характера образования (но до полного хирургического иссечения)</p>

4. МП ACR D – молочная железа крайне высокой плотности, что резко снижает чувствительность маммографии – резко выраженные проявления диффузной или диффузно-узловой мастопатии.

Категории МП ACR C, D, согласно международной системе NCCN, внесены в 2017 г. как **независимый фактор риска развития рака молочной железы.** Это определяет необходимость соблюдения следующих требования при проведении онкомаммоскрининга – в протоколе заключения врачу необходимо:

- 1 Указать на сокращение интервала между раундами повторного обследования **вместо 2 лет до 1 года.**
- 2 Направить пациентку на **дообследование с конкретизацией метода исследования** – рентгенологический томосинтез, УЗИ, МРТ или контрастную маммографию, в зависимости от полученного изображения,
- 3 Направить пациентку **на консультацию к конкретному специалисту** – гинекологу, онкологу или врачу

другой специальности, в зависимости от категории BI-RADS.

4 При возможности использовать **программу искусственного интеллекта,** помогающую определять зону неблагоприятия для более точного дальнейшего маршрута пациентки.

Описанное состояние и выявленные изменения структуры молочной железы на первом этапе обследования группируются по международной системе BI-RADS, позволяющей ориентироваться в необходимости дообследования с помощью дополнительных методов диагностики или биопсии. Во избежание недопонимания между врачами и пациентами, а также с целью сокращения сроков обследования необходимо, чтобы врач-рентгенолог писал предполагаемый вероятностный диагноз с указанием конкретного метода дообследования (рентгенологический томосинтез, УЗИ, МРТ, контрастная маммография и пр.) и конкретного специалиста (гинеколог, онколог, эндокринолог,

лечащий врач и др.), к которому пациент должен дальше обращаться.

Таким образом, стандартизация описания, классификация выявленных состояний молочной железы по категориям ACR маммографической плотности (МП) и по системе BI-RADS направлены на улучшение взаимопонимания между врачами разных специальностей и пациентами, определение порядка согласованных действий и определение адекватного рационального маршрута пациентов, сокращающего сроки обследования.

*Авторы-составители:
профессор Рожкова Надежда Ивановна,
кандидат медицинских наук Мазо Михаил Львович,
Иванов Александр Васильевич (Москва) – эксперты
Российской ассоциации маммологов, Междисциплинарной
ассоциации специалистов репродуктивной медицины*

Терапия, без которой не обойтись: клиническое исследование, изменившее медицину

Сейчас нам, онкологам, кажется, что поддерживающая терапия – это обязательный спутник противоопухолевого лечения. Но так было не всегда. И одной из первых работ, научно подтвердившей важность раннего включения разносторонней поддерживающей терапии в программы лечения онкологических пациентов, стало исследование Дженнифер Темель (Jennifer S. Temel) и соавторов, опубликованное в 2010 г. в журнале «The New England Journal of Medicine» [1]. Это исследование доказало то, во что многие врачи раньше не верили: своевременно назначенная сопроводительная терапия не только улучшает качество жизни, она ее продлевает.



В исследование был включен 151 пациент с диагностированным метастатическим немелкоклеточным раком легкого. Первая группа получала стандартное противоопухолевое лечение – химиотерапию и лучевую терапию. Вторая группа получала стандартное противоопухолевое лечение и сопроводительную помощь (контроль симптомов заболевания, нутритивная и психологическая поддержка) с первого дня постановки диагноза. Результаты оказались удивительными. Качество жизни у пациентов второй группы было значительно выше. У них отмечались менее выраженные болевой синдром, одышка, даже аппетит стал лучше. Уровень депрессии во второй группе был в два раза ниже. Но самый сенсационный результат касался продолжительности жизни. Пациенты, получавшие раннюю сопроводительную помощь, жили в среднем на 3 месяца дольше (11,6 месяца против 8,9 месяца), хотя они реже получали агрессивную химиотерапию в последние недели жизни. Дженнифер Темель и ее коллеги объясняли это следующим образом:

- Контроль над симптомами: если у пациента не болит, он достаточно спит ночью, адекватно питается, физически активен, его организм лучше переносит противоопухолевое лечение.

- Психологический настрой напрямую влияет на приверженность лечению и иммунный статус.
- Пациенты реже попадали в реанимацию с осложнениями, потому что эти осложнения купировались на ранней стадии дома или амбулаторно.

После опубликования этого исследования ведущие онкологические ассоциации (American Society of Clinical Oncology, ASCO – Американское общество клинической онкологии, European Society for Medical Oncology, ESMO – Европейское общество клинической онкологии, RUSSCO – Российское общество клинической онкологии) начали менять свои стандарты, и теперь разносторонняя сопроводительная помощь должна назначаться одновременно с основным лечением, а не после его завершения. Сопроводительная терапия сейчас переживает настоящий бум. Если раньше она была «реактивной» (лечили уже возникшие побочные эффекты), то сейчас она стала «проактивной» (предотвращает их появление).

Самые значимые новинки и тренды последних лет

- 1 Профилактика тошноты и рвоты: переход к золотому стандарту четырехкомпонентной схемы; предотвращение отсроченной тошноты.

2 Защита костного мозга. Это инновационное направление, утверждающее, что следует не «поднимать» лейкоциты после падения, главное – не давать им упасть. С этой целью используется Трилациклиб – первый в своем классе ингибитор CDK4/6 короткого действия. Его вводят перед химиотерапией, и он временно «усыпляет» клетки костного мозга, делая их невидимыми для химиопрепарата. После химиотерапии клетки «просыпаются» и продолжают работать. Это значительно снижает частоту нейтропений и анемий. Еще один подход – применение пролонгированных форм гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ), которые вводятся один раз за цикл и действуют две недели.

3 Омега-3 высокой концентрации: продукты специализированного питания, где доза омега-3 полиненасыщенных жирных кислот достигает терапевтических значений (2 г в день), чтобы воздействовать на системное воспаление и противодействовать саркопении.

4 Борьба с алопецией. Системы охлаждения кожи головы с помощью высокотехнологичных шлемов. Принцип работы состоит в том, что во время введения химиотерапии кожа головы охлаждается, сосуды сужаются и токсичный препарат практически не попадает к волосным фолликулам. Это позволяет сохранить волосы у 50–80% пациентов.

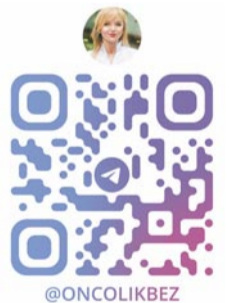
5 Мукозиты ротовой полости. Низкоинтенсивное лазерное излучение, назначаемое как с лечебной, так и с профилактической целью, ускоряет регенерацию клеток и снимает боль.

6 Периферическая нейропатия. Криотерапия рук и ног: охлаждение конечностей во время введения таксанов (по аналогии со шлемами для волос), чтобы снизить повреждение нервных окончаний.

Таким образом, новые методики делают сопроводительную терапию в онкологии эффективной, не только улучшая качество жизни, но и реально продлевая ее.

Источник: Temel JS et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*. 2010; 363 (8): 733-42.

М.Ю. Кукош, врач-онколог, кандидат медицинских наук, автор ТГ-канала «Онколикбез»



Газета «Беседы о здоровье. Онкология» №2, 2026
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Каталог «Почта России». ПВ819.

Учредитель: ООО «МЕДИАФОРМАТ»
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. 1905 года, д. 7, стр. 1

Над номером работали:

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

Авторский коллектив

Совет пациентских организаций



ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА



ЗДРАВСТВУЙ!
Будем жить



Равный онкоконсультант – Светлана Неретина

При сотрудничестве с порталом onco-life.ru



Официальный портал Минздрава России об онкологических заболеваниях

При поддержке НФПО им. П.А. Герцена



При поддержке Ассоциации онкологов России



Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2026 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: 30.04.2026
Возрастное ограничение: 16+