

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Гузель Рафаиловна Абузарова,

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ

Читайте на стр. 5

№2 2024

Главная тема номера:

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

ПРИНЦИПЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Паллиативная помощь – это комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми, угрожающими жизни заболеваниями. Главной целью паллиативной помощи являются облегчение страданий и поддержка пациентов и их семей, когда радикальное излечение уже, увы, невозможно.

Читайте далее на стр. 2



ОТВЕТЫ НА ЧАСТЫЕ ВОПРОСЫ ПРО ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ. ИНТЕРВЬЮ С ИРИНОЙ БОРОВОЙ

Ирина Валерьевна Боровова, президент Всероссийской общественной организации «Ассоциация онкологических пациентов "Здравствуй!"», член Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека.

Читайте далее на стр. 3



КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА

Гомеостатические механизмы реагируют на изменения условий и возвращают параметры организма к оптимальному уровню. Это происходит благодаря обратной связи между рецепторами, которые воспринимают изменения, и эффекторами (особыми процессами), которые выполняют корректирующие действия.

Читайте далее на стр. 7

ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

- ГДЕ НАЙТИ ОПОРУ ДЛЯ ЖИЗНИ С ОНКОДИАГНОЗОМ >>> 2
- ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ПРИЧИНЫ, ИНТЕНСИВНОСТЬ И МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ >>> 4
- КАК СОХРАНИТЬ СИЛЫ ДЛЯ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ? >>> 8
- ШПАРГАЛКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, НАЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ >>> 11
- ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ HR+ HER2- РАННЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ >>> 12
- АННА ГЛАЗНЕВА: «ЦЕНЮ КАЖДЫЙ МИГ» >>> 13
- ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОМЫ, ВАЖНОСТЬ САМООБСЛЕДОВАНИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ В ЕЕ ЛЕЧЕНИИ >>> 14
- В ДЕНЬ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ СПЕЦИАЛИСТЫ НМИЦ ОНКОЛОГИИ МИНЗДРАВА РОССИИ НАПОМИНИЛИ О СИМПТОМАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ >>> 14
- ПОЧЕМУ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАК ВАЖЕН ДИАЛОГ >>> 15
- МОЛОДЫЕ ГЕРОИ: ИСТОРИЯ МУЖЧИНЫ, КОТОРЫЙ ВЫЛЕЧИЛСЯ ОТ ЛЕЙКОЗА. ЧТО ПОМОГАЕТ СОХРАНЯТЬ ВОЛЮ К ЖИЗНИ МОЛОДЫМ ВЗРОСЛЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ >>> 16
- НАУЧИТЬСЯ БЫТЬ РЯДОМ: ЕСЛИ У БЛИЗКОГО ОНКОДИАГНОЗ >>> 16

ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

>>> 6



ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

>>> 9



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА – ВАЖНАЯ ОПОРА ДЛЯ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ

>>> 10

Принципы паллиативной помощи и организация паллиативной помощи в России

В России организация паллиативной помощи приобретает все большее значение, отражая мировые тенденции в медицине. Вопросы паллиативной медицинской помощи внесены в основополагающие нормативные документы в сфере здравоохранения и регулируются Минздравом России. За последние годы была развернута сеть паллиативных отделений на базе специализированных онкологических центров, открыты кабинеты паллиативной помощи при поликлиниках, пересмотрены взгляды на обеспечение нуждающихся пациентов современными формами анальгетиков. Главным принципом паллиативной помощи является эффективное управление болью и другими неприятными симптомами, за счет чего улучшается качество жизни онкологического пациента. Это достигается путем применения современных методов обезболивания, включая медикаментозные и немедикаментозные подходы.

Паллиативная помощь охватывает не только медицинские, но и физические, психологические, социальные и духовные аспекты жизни больного. Пациентам и их семьям предоставляется помощь психологов, социальных работников и священнослужителей.

Важной частью паллиативной помощи является поддержка семей пациентов. Родственники получают помощь в уходе за больным, а также психологическую поддержку для возможности справиться с эмоциональными трудностями.

Паллиативная помощь основывается на командной работе специалистов разных профилей: врачей, медсестер, психологов, социальных работников и других специалистов. Этот подход обеспечивает комплексное и всестороннее лечение и поддержку.

Паллиативная помощь предоставляется на всех этапах заболевания, от момента постановки диагноза до конца

жизни пациента. Это включает амбулаторное, стационарное лечение и наблюдение, а также помощь на дому.

Организация паллиативной помощи в России

В последние годы в России уделяется значительное внимание развитию системы паллиативной помощи. Это выражается в улучшении законодательной базы, увеличении финансирования и создании специализированных учреждений.

В 2011 г. в России был принят Федеральный закон №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который впервые определил паллиативную помощь как часть медицинской помощи. В 2019 г. были внесены изменения, которые уточнили понятие паллиативной помощи и расширили перечень услуг, включаемых в нее.

В России активно создаются специализированные учреждения для оказания паллиативной помощи, включая хосписы, отделения паллиативной помощи в больницах и амбулаторные патронажные службы. Эти учреждения оснащены необходимым оборудованием и квалифицированными специалистами.

Развитие патронажной службы домашней паллиативной помощи позволяет пациентам получать необходимую медицинскую и социальную поддержку на дому. Это особенно важно для пациентов, которые предпочитают оставаться в привычной обстановке или в силу заболевания имеют серьезные ограничения в подвижности.

Для обеспечения высокого уровня паллиативной помощи в России проводится обучение медицинских специалистов. В медицинских вузах вводятся циклы по паллиативной медицине для студентов, а действующие врачи

проходят специализированные тренинги и курсы повышения квалификации.

Важным аспектом является информирование населения о возможностях паллиативной помощи. Создаются горячие линии, информационные сайты и проводятся просветительские мероприятия для пациентов и их семей. В этом значительно помогают и пациентские организации.

Государственное финансирование паллиативной помощи растет, что позволяет расширять сеть учреждений, улучшать их оснащение и привлекать квалифицированные кадры. Также развивается сотрудничество с благотворительными фондами и общественными организациями.

Закключение

Паллиативная помощь в России развивается в соответствии с международными стандартами и принципами. Всемирная организация здравоохранения определила качество жизни онкологического пациента – жизни без боли – как основной ориентир помощи при злокачественных новообразованиях. Комплексный подход, включающий облегчение боли, психологическую и социальную поддержку, а также междисциплинарное взаимодействие, позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов с тяжелыми заболеваниями и их семей. Развитие системы паллиативной помощи в России продолжается, что вселяет надежду на еще более высокий уровень заботы и поддержки для тех, кто в ней нуждается. Вместе с этим чрезвычайно актуальным остается разговор о своевременном или раннем выявлении опухолевой патологии, так как паллиативная медицинская помощь часто является единственно возможным лечением у каждого четвертого онкологического пациента при постановке первичного диагноза.

Где найти опору для жизни с онкодиагнозом

«Нет такого положения, которое человек не мог бы облагородить либо действием, либо терпением», ибо и в терпении заключено действие – как умение переносить судьбу, которая не может быть изменена в данный момент. Эта мысль очень важна, когда мы говорим о лечении.

Мы знаем, что процесс онкологического лечения занимает достаточно долгий срок – в среднем от нескольких месяцев до 1 года, иногда и дольше. И здесь очень важно иметь это терпение, о котором говорит Гете, которое может облагородить наше положение. Быть терпеливым пациентом – это одна из задач, которая стоит перед нами. Что же остается в поле возможностей пациента, что нам может помочь выстоять процесс лечения? Каким образом человек может придать своей судьбе форму?

1 Наличие плана действий – понимание циклов лечения, контакт с врачом, прояснение всех непонятных моментов, у пациента есть право обратиться и за вторым и третьим мнением, получить высококвалифицированную помощь в федеральных медицинских центрах – не стоит забывать об этом!

2 Найти точки контроля – что я могу контролировать? Свой режим дня, питание, прием лекарств, домашние дела, возможно, какие-то рабочие дела. Все то, что остается под моим контролем, за что я несу ответственность.

3 Обнаружить неизменное в своей жизни – ведь что-то изменилось в связи с болезнью, но что осталось прежним? Многие изменилось, но очень многое не зависит от болезни – например, необходимость поддержания порядка в доме, помощь детям, внукам, приход весны и предстоящее лето. Когда чувствуешь крепкую опору, уже немного легче справляться с изменениями в здоровье.

4 Ресурсное социальное окружение – кто и чем может помочь? Не отказываться от помощи и активно искать ее у друзей, в фондах. На самом деле люди склонны к помощи и готовы помогать!

Кто-то из друзей и приятелей может перестать общаться с вами, когда узнает ваш диагноз. К сожалению, такое бывает. У них на это свои разные причины – их собственный страх перед болезнью или еще что-то, но важно помнить, что реакция человека – это лишь его реакция, не связанная с вашей личностью. И если посмотреть шире – то за последние годы появилось множество фондов, куда приходят волонтеры, чтобы протянуть руку помощи, чтобы общаться именно с людьми, кто столкнулся с болезнью, кто борется с ней, с кого можно брать пример, – ведь от таких диагнозов не защищен никто!

5 Вспоминать про места силы – места, где хорошо, где отдыхаешь душой. Даже если нет возможности окануться там физически, всегда можно представить себя там или обратиться к воспоминаниям. Вспомнить, когда и с кем вы там бывали, как было хорошо. Самое главное при этом то, что этот опыт переживания радости уже есть в вашей жизни – он мог бы и не случиться, но вы это пережили, и это воспоминание также может стать ресурсным!

6 Надеяться на лучший исход в лечении. Быть уверенным, что жизнь может состояться в любом случае. Как мы говорим, важна высота гор, а не их протяженность, фильм интересен качественными событиями, а не продолжительностью повествования.

Ни один человек на Земле не знает, сколько лет, часов ему осталось прибывать в этом мире, но пока я здесь, я могу делать что-то важное и нужное – могу еще писать историю своей жизни, могу еще быть режиссером и наполнить свой фильм важными событиями. И очень важно для этого использовать все возможные способы возвращения здоровья!

7 Наличие смыслонаполненных задач – то, что требуется от меня сегодня, где я нужен сейчас, а где меня ждут завтра? Мы говорим про смысл как о лучшей возможности сегодня. Мир вокруг нас объединяет в себе множество уникальных ситуаций и людей – и жизнь задает нам вопрос, требуя нашего ответа: где сегодня, где сейчас я нужен этому миру? Бывает сложно продолжать работу, но кто ее сделает, кроме меня? Очень часто бывает, что именно решение рабочих задач помогает человеку справляться с неустойчивым эмоциональным состоянием. Но очевидно также, что накормить кошку и выгулять собаку – эти действия тоже имеют смысл. Приготовить обед, постирать или погладить белье, сходить за продуктами – дела, кажущиеся рутинной, но однозначно имеют смысл! И даже к таким рутинным бытовым вещам можно подходить творчески – ведь можно по-разному приготовить обед и накрыть стол, можно по-разному разложить белье в шкафу – засунуть кое-как или разложить красиво, по порядку, с заботой о том, кто его будет доставать. Возможно, кому-то за стеной прямо сейчас нужна моя помощь, мой совет, моя поддержка, и как человек я важен для другого не своим диагнозом, но

**Записаться
на индивидуальную
консультацию
к психологу**



своей личностью. Очень важно не прятаться за диагноз, чтобы не пропустить действительно важные наполненные смыслом моменты сегодняшнего дня.

И как мы уже говорили, само лечение – это также одна из задач, имеющих смысл. И здесь тоже имеет место творческий подход, например, – а каким меня увидят другие пациенты на процедуре химиотерапии, смогу ли найти нужные слова, чтобы подбодрить совсем юную пациентку на соседней койке? Или в каком состоянии я приду на прием к врачу – будет ли доктор продолжать верить в меня, в свою профессию, чтобы работать на благо людей?

8 Замечать хорошее на данном этапе жизненного пути. Уметь переживать радость от незначительных, на первый взгляд, моментов – это настоящее искусство. У каждого из нас есть возможность им овладеть. На протяжении своей жизни мы многое отдаем в этот мир. Но и этот мир многим нас одаривает. Иногда у нас не хватает времени, чтобы остановиться и увидеть голубое небо, заметить распускающиеся почки на деревьях, услышать пение прилетевших птиц. Изменив угол зрения, мы изменяем свои ощущения и действия, что в свою очередь меняет мир вокруг. Наше отношение к жизни – единственная и абсолютная свобода, которую никто не может у нас отнять.

9 А может быть, попробовать осуществить что-то, что откладывали всю свою жизнь? Возможно, сейчас лучший момент, чтобы покрасить волосы в розовый цвет, взять в руки художественную кисть, найти учителя по игре на фортепиано или выучить иностранный язык?

Мария Неклюдова,
психолог фонда «Я люблю жизнь»

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД



Ответы на частые вопросы про паллиативную помощь. Интервью с Ириной Борововой



Ирина Валерьевна Боровова, президент Всероссийской общественной организации «Ассоциация онкологических пациентов "Здравствуй!"», член Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека

требует нахождения в стационаре. Нужно сказать, что мы до сих пор, к сожалению, испытываем коечное напряжение в вопросах оказания помощи паллиативным больным. В регионах нет отдельных хосписных учреждений, только отдельные койки, которых недостаточно. Поэтому вопрос развития паллиативной помощи звучит постоянно во всех городах и регионах, так как нынешнего объема недостаточно. Даже в ФЗ №323 написано, что мы должны отталкиваться от уважительного отношения к пациенту и его решению: лечиться в стационаре или быть дома, с близкими людьми.

– Где можно получить паллиативную помощь пациенту с онкологическим заболеванием?

– Этим занимается патронажная служба или отдельные хосписно-паллиативные учреждения, которые есть в регионе в рамках отделений или отдельных учреждений. Нужно сказать, что в Москве созданы очень хорошие, домашние условия для паллиативных пациентов. Здесь есть очень много отремонтированных или вновь построенных учреждений, комфортные условия пребывания. Мы ви-

– Безусловно, лечение в нашей стране является добровольным. Но это не отменяет статус пациента в глазах специалистов, например, больной с IV стадией онкологического заболевания так или иначе будет признан нетрудоспособным, хотя и может написать отказ от определенных этапов лечения, например химио- или лучевой терапии, реанимационных мероприятий, стационарного лечения и т.д. Поэтому мы в любом случае следуем воле пациента.

– Бывают случаи, когда паллиативную помощь подключают, пока человек лечится. Зачем?

– Да, такие случаи действительно бывают. Паллиативный патронаж может быть включен в программу лечения при прохождении химиотерапевтического лечения либо в случаях, когда пациент является лежачим и требует специального ухода.

– Нужно ли вставать на паллиативный учет? Что будет, если не сделать этого?

– Паллиативный учет нужен для того, чтобы войти в систему и иметь возможность планово госпитализироваться в пал-

– Уважаемая Ирина Валерьевна, в каких состояниях пациенту положена паллиативная помощь?

– Паллиативная помощь положена больным в состоянии тяжелых, стойких и необратимых нарушений в состоянии здоровья, требующих качественного ухода. Это прописано в ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

– Кто выявляет, оценивает и решает, есть ли у пациента медицинские показания для оказания паллиативной медицинской помощи и как это происходит?

– Онкологический пациент может получать паллиативную помощь не только в терминальном состоянии, так как может выйти из него, и тогда паллиативное сопровождение в полном объеме ему больше не требуется. Заключение о состоянии здоровья и объеме необходимого лечения составляет специалист по профильному заболеванию или врач-терапевт. Если мы говорим об онкологических пациентах, то это, безусловно, врачи-онкологи, которые могут поставить диагноз, описать тяжесть состояния, болевой синдром и требуемый уход. Но также это может сделать и врач-терапевт.

– В каких случаях паллиативная помощь оказывается на дому, а в каких в стационаре?

– Пациент имеет право на получение всех видов помощи, за исключением тех случаев, когда состояние больного

“ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ МОЖЕТ ПОЛУЧАТЬ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ НЕ ТОЛЬКО В ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ, ТАК КАК МОЖЕТ ВЫЙТИ ИЗ НЕГО. ”

дим это по отзывам пациентов и их родственников, которые понимают, насколько качественно осуществляется уход. Но мы не можем сказать, что это доступно и легко везде. Иногда медики стараются изо всех сил, чтобы пациенту было комфортно. Но если само помещение не подразумевает помощь лежачему больному, например кровати не выкатываются из палат, то, конечно, пациент будет зажат в четырех стенах и тогда ему невозможно будет оказывать помощь качественно и в полном объеме.

– Сколько стоит паллиативная помощь?

– Согласно ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», паллиативная помощь больному оказывается за счет средств ОМС во всех регионах Российской Федерации. Но паллиативная помощь может быть оказана и в частном порядке в тех ситуациях, когда больной или его близкие посчитают нужным к ней прибегнуть.

– Если пациент не хочет, чтобы его признавали паллиативным, можно ли отказаться?

лиативное отделение, выделения патронажа, нутритивных программ для определенных категорий пациентов и т.д.

– Входит ли в паллиативную помощь, которая предоставляется государством, психологическая и юридическая помощь?

– Государственные службы, которые оказывают юридическую и психологическую помощь пациентам, действительно существуют. Но более распространенной является помощь от некоммерческих организаций, которых гораздо больше. Они оказывают поддержку пациентам на безвозмездной основе. Этим занимается и наша Всероссийская общественная ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» в круглосуточном режиме. У нас есть и врачи, и служба паллиативной помощи, и сиделки, и нутрициологи, и выездные бригады. Также мы с удовольствием предоставляем телефон горячей линии Ассоциации хосписно-паллиативной помощи, которую возглавляет Диана Владимировна Невзорова. Эта ассоциация помогает пациентам оформить документы, встать на хосписно-паллиативный учет и т.д.

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

Хроническая боль при онкологических заболеваниях: причины, интенсивность и методы контроля

Онкологические заболевания, несмотря на значительные успехи современной медицины, остаются серьезной проблемой для здравоохранения. Одним из наиболее тяжелых симптомов, с которыми сталкиваются пациенты, является хроническая боль. Понимание причин возникновения боли, ее интенсивности и методов контроля позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов.

Боль при онкозаболеваниях может быть вызвана множеством факторов:

- Опухоль может давить на окружающие ткани, нервные окончания и органы, вызывая боль.
- Распространение опухоли в другие части тела, такие как кости, позвоночник или мозг, также может вызывать значительную боль.
- Химиотерапия, лучевая терапия и хирургические вмешательства могут приводить к возникновению боли как побочного эффекта.
- Сопутствующие состояния, такие как воспалительные процессы, инфекция или сопутствующие хронические заболевания, которые могут усиливать болевые ощущения.

стоятельно или в комбинации с адъювантными или дополнительными средствами (лекарствами, которые усиливают обезболивающий эффект).

Вторая ступень: Слабые опиоиды.

Используются при умеренной боли или в случаях, когда ненаркотические анальгетики неэффективны. Они включают в себя такие препараты, как кодеин или трамадол. Часто комбинируются с препаратами первой ступени для усиления эффекта.

Третья ступень: Сильные опиоиды.

Применяются при сильной и нестерпимой боли или когда слабые опиоиды не дают достаточного эффекта. Вклю-

тревога, депрессия и страх. Эти эмоциональные состояния могут усиливать восприятие боли. Поэтому важно не только медикаментозное лечение, но и психологическая поддержка.

Методы психологической поддержки:

- Индивидуальные или групповые сеансы с психотерапевтом могут помочь пациентам справляться с эмоциями и улучшить качество жизни.
- Когнитивно-поведенческая терапия. Этот метод помогает пациентам изменить негативные мысли и поведение, связанные с болью.
- Релаксационные техники. Медитация, дыхательные упражнения и йога могут снизить уровень стресса и улучшить общее состояние пациента.

Альтернативные методы обезболивания

Некоторые пациенты находят облегчение в использовании альтернативных методов лечения. Эти методы могут использоваться в дополнение к традиционной медицине, но не заменяют ее.

Акупунктура – методика традиционной восточной медицины, включающая введение тонких игл в определенные точки на теле. Массаж помогает расслабить мышцы и улучшить кровообращение. Также существуют физиотерапевтические упражнения и процедуры, направленные на улучшение подвижности и уменьшение боли.

Пациенты с онкозаболеваниями часто стесняются или боятся говорить о своей боли. Однако своевременное обращение за помощью может значительно улучшить качество жизни. Обратитесь к вашему лечащему врачу, если вы испытываете боль, которая не контролируется текущими методами лечения. Врач может предложить новые методы терапии или направить вас к специалисту по обезболиванию.

Поддержка со стороны семьи и близких играет ключевую роль в управлении хронической болью. Близкие могут помочь пациенту справиться с ежедневными трудностями, предложить эмоциональную поддержку и помочь в организации медицинских процедур.

Рекомендации для близких:

- Будьте внимательны и чутки к нуждам пациента.
- Узнавайте больше о заболевании и методах обезболивания.
- Поддерживайте пациента морально и физически.
- Помогайте организовать медицинские визиты и следите за выполнением рекомендаций.

Интенсивность боли и визуальная аналоговая шкала

Оценка интенсивности боли является важным шагом в ее контроле. Наиболее часто используемым инструментом является визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Эта шкала представляет собой линейку длиной 10 см, на которой один конец обозначает отсутствие боли (0), а другой – самую сильную боль, которую только можно себе представить (10). Пациенту предлагается указать на этой линейке точку, которая соответствует его текущим болевым ощущениям.

Интенсивность боли и ВАШ



Как используется ВАШ

Пациенту показывают линейку с отметками от 0 до 10. Пациент ставит отметку на линейке в соответствии с его ощущениями. Медицинский работник фиксирует значение каждый раз, что помогает оценить изменение болевого симптома, эффективность лечения и необходимость его коррекции. Использование ВАШ помогает не только оценить уровень боли, но и проследить динамику ее изменений во времени, что является важным для выбора оптимальной стратегии обезболивания.

Ступени обезболивания

Всемирная организация здравоохранения разработала трехступенчатую лестницу обезболивания, которая представляет собой систематический подход к лечению боли у пациентов с онкозаболеваниями.

Первая ступень: Ненаркотические анальгетики.

Применяются для лечения легкой боли. Включают нестероидные противовоспалительные препараты, например парацетамол. Эти препараты могут использоваться само-

чают морфин, фентанил, оксикодон и другие сильные обезболивающие. Обычно сочетаются с препаратами первой и второй ступени для оптимального контроля боли. Помимо этих ступеней в лечении хронической боли важны адъювантные препараты, которые помогают улучшить общее состояние пациента и снизить уровень боли. Это могут быть антидепрессанты, антиконвульсанты, глюкокортикоиды и местные анестетики.

Важность индивидуального подхода

Каждый пациент уникален, и боль, связанная с онкологическим заболеванием, может варьироваться по интенсивности и характеру. Важен индивидуальный подход при лечении пациента, учитывающий не только медицинские аспекты, но и психологическое состояние. Семья и поддержка со стороны медицинского персонала также играют важную роль в борьбе с болью.

Психологический аспект боли

Помимо физической боли онкозаболевания часто сопровождаются психологическими трудностями, такими как

Заключение

Современные методы обезболивания и комплексный подход к лечению позволяют значительно улучшить качество жизни пациентов с онкологическими заболеваниями. Если у вас или у ваших близких возникли вопросы по поводу контроля боли, не стесняйтесь обращаться за помощью к специалистам. Не оставайтесь один на один с вашей болью!

Материал публикуется при поддержке
Национального фонда поддержки онкологии
им. П.А. Герцена



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ФОНД ПОДДЕРЖКИ
ОНКОЛОГИИ
ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА**

Лечение боли у онкологических пациентов. Вы спрашивали – эксперт отвечает



– **Гузель Рафаиловна, наши читатели присылают много вопросов про боль при онкологических заболеваниях. Один из них – почему при раке возникает боль?**

– Боль – это эволюционный защитный механизм. Так нервная система сообщает нам, что в организме что-то пошло не так и что нужно что-то предпринять. Боль при онкологическом заболевании может возникнуть в любой момент в процессе заболевания либо служить первым симптомом опухолевого процесса, с которым пациент приходит к врачу. Диагностические процедуры по исследованию опухолевого процесса (биопсия и проч.) становятся причиной боли; противоопухолевая терапия может стать причиной острой и хронической боли; и, наконец, прогрессирование заболевания приводит к развитию стойкого болевого синдрома в большинстве случаев.

Онкологическая боль зачастую не уменьшается с течением времени, более того, она может усиливаться, если противоопухолевая терапия малоэффективна, поэтому в ней нет биологической целесообразности и она не несет защитной роли. Кроме того, боль, возникающая при раке, приносит бессонницу, страх, пессимизм, депрессию и является причиной многих других проблем у онкологических пациентов.

– **Как оценить интенсивность боли и понять, при какой ее интенсивности какие обезболивающие необходимы?**

– Для оценки интенсивности боли и эффективности лечения применяют специальные шкалы интенсивности боли, регистрируют локализацию болевых ощущений, время появления боли, характер и тип боли, длительность болевого синдрома, время возникновения (день или ночь), усиление/ослабление боли при движении или в покое.

Оценка физической активности является значимой характеристикой степени ограничения движений и качества жизни, возникающих в основном из-за боли и слабости. В онкологии принято оценивать уровень физической активности по шкале Карновского и по шкале ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Шкалы описывают уровень функционального состояния пациента в рамках способности заботиться о себе, повседневной деятельности и физической активности. Эффективность и качество обезболивающей терапии отражаются на продолжительности сна, не прерываемого болью. Это один из важнейших критериев оценки интенсивности боли. Костные боли, обусловленные метастатическим поражением, как правило, усиливаются вечером и ночью. Висцеральные боли при метастатическом поражении брюшинных лимфоузлов не дают возможности пациентам лежать на спине и всегда нарушают сон. Поэтому принято учитывать при описании клинической картины онкологической боли влияние ее на сон, а именно – на продолжительность сна, не прерываемого болью.

– **При каких заболеваниях и стадиях заболевания боль может постепенно усиливаться, а при каких ослабляться?**

– Эффективность терапии боли у онкологических пациентов прежде всего зависит от ее причины. Как я уже отметила, эффективная противоопухолевая терапия значительно уменьшает проявления боли, поскольку 60–70% более связано непосредственно с опухолью, поэтому если происходит регрессия опухолевого процесса и боле-

Вопросы терапии болевого синдрома у онкологических пациентов сохраняют свою остроту и актуальность, что подтверждается и большим числом писем от наших читателей. На ваши вопросы ответила ведущий в нашей стране специалист по данной проблеме – Гузель Рафаиловна Абузарова, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ

вой синдром уменьшается или полностью нивелируется, то уменьшается количество обезболивающих средств, вплоть до их полной отмены.

Кроме того, на выбор тактики обезболивающей терапии влияет прогноз жизни пациента. У пациентов, находящихся в стадии длительной ремиссии, когда первичного опухолевого очага уже нет, подход к терапии боли такой же, как у неонкологических больных, за исключением некоторых ограничений, связанных с физическими воздействиями в зоне опухоли. Боль в этом случае может быть вызвана последствиями проводимой терапии либо сопутствующими заболеваниями.

– **Нередко пациенту с болевым синдромом сложно получить рецепт на опиоидные препараты, а боль уже невозможно терпеть. Куда обращаться, если с обезболиванием возникли проблемы? Есть ли препараты, которые помогут купировать выраженный болевой синдром, и не потребуется рецепт строгого учета?**

– Обращаться надо к онкологу по месту жительства. Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №116н от 19.02.2021 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», в Приложениях №2 и 5 перечислены основные функции первичного онкологического кабинета и ЦАОП, и одной из функций врача является «назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных, оформление рецептов на лекарственные препараты».

Однако онкологи ЦАОП очень перегружены работой и не всегда этим занимаются, им легче перенаправить пациента к паллиативной службе. Кроме того, если у пациента не оформлена инвалидность, возникают проблемы с выпиской бесплатных препаратов.

– **Кто оценивает и решает, есть ли у пациента медицинские показания для оказания обезбоживания с помощью сильнодействующих, опиоидных препаратов?**

– Врач-онколог или врач паллиативной службы, а также участковый врач-терапевт, если пациент состоит на учете в паллиативном центре.

– **Нужно ли за такое обезбоживание платить?**

– Все пациенты, имеющие полис ОМС, получают обезболивающую терапию бесплатно, но надо оформить ряд документов для получения бесплатных препаратов.

– **Как осуществляется обезбоживание?**

– При выборе метода терапии боли, при выборе анальгетика учитывают данные клинического и биохимического анализов крови, анализа мочи для оценки возможных рисков со стороны почечной, печеночной систем или других патологических состояний.

У онкологических пациентов непаллиативного профиля эти методы имеют основное значение в выборе тактики терапии основного опухолевого процесса и как следствие в терапии болевого синдрома. При слабой боли это неопиоидные средства, при умеренной и сильной боли – опиоидные анальгетики. При наличии симптомов повреждения нерва, то есть при так называемой нейропатической боли, назначают специальные антинейропатические средства.

Параллельно с фармакологическими методами обезбоживания необходимо в полной мере использовать возможности противоопухолевого лечения. К ним относятся:

1. Радиотерапия (один из самых эффективных методов контроля боли при метастатическом поражении костей).
2. Ортопедические операции для стабилизации поврежденных метастазами костей скелета.
3. Стентирование желчных протоков, мочеточников, желудка, кишечника и других полых органов.
4. Внутриаартериальная химиоэмболизация опухолей.
5. Внутривенная фотодинамическая терапия.
6. Внутривенная химиотерапия при канцероматозе брюшины.
7. Блокады чревного сплетения при раке поджелудочной железы.
8. Нейрохирургические блокады и методы электростимуляции.

Кроме того, необходимо применять другие нелекарственные методы терапии боли и коррекции качества жизни пациента. Прежде всего речь идет об уже упоминавшемся повышении физической активности. Стимуляция активности и подвижности, смена деятельности, улучшение кровоснабжения положительно воздействуют на способность организма самостоятельно подавлять боль. При этом повышается эластичность и расширяются функциональные возможности тканей, в частности мышц или межпозвоночных дисков. Техники релаксации важны для расслабления мышц и снижения уровня общего физического напряжения. Чтение, музыка, встречи с друзьями, медитация, танцы и прогулки – вот примеры эффективных способов расслабиться.

– **Иногда люди беспокоятся о том, что побочные эффекты от сильнодействующих обезболивающих препаратов будут хуже, чем их боль. Так ли это на самом деле?**

– Современные препараты дают возможность у большинства пациентов уменьшить боль до приемлемого уровня, а после успешного лечения мы постепенно снижаем дозы препаратов и полностью отменяем их.

Сейчас появляются перспективные препараты. Они по силе действия сопоставимы с морфином. И в России есть такой препарат, который кстати является российской разработкой и не имеет зарубежных аналогов. Он имеет принципиально другую структуру, совершенно отличную от «опиоидных молекул», избирательно действует на определенный тип опиоидных рецепторов, поэтому препарат оказывает минимальное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, отсутствует эйфорическое действие, физическое и психологическое привыкание, низкий наркотический потенциал при многократном введении, не входит в список предметно-количественного учета.

– **Что делать с опиоидными препаратами, которые остались после пациента?**

– Сдать в ту организацию, которая выписала рецепт.

– **Хорошо известно, что путь получения рецепта на обезболивающие очень долгий. Так, пациента сначала направляют к онкологу в районную поликлинику. Онколог выдает консультативное заключение, в нем должно быть указано, что у пациента болевой синдром или что он нуждается в адекватном обезбоживании. Дальше врач-онколог отправляет пациента к участковому терапевту за рецептом. Терапевт выписывает рецептурный бланк, и пациент едет в специальную аптеку, где по рецепту получает лекарство. И все это время пациент терпит боль. Всегда ли обязателен такой долгий путь?**

– Путь сложный, но он стал значительно проще и короче, чем 10 лет назад. Препараты для обезбоживания являются учетными, сильнодействующими. Врачи отвечают за их выписку. Но, если у руководства ЦАОП есть цель помогать в этом пациентам, этот путь можно упростить.

Так, например, в Москве вышло «Распоряжение Департамента здравоохранения города Москвы от 08.06.2022 №1955-р 2 "Об утверждении Типового положения о кабинете лечения боли центра амбулаторной онкологической помощи медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы"». Кабинеты терапии боли созданы практически во всех ЦАОП Москвы, где специалисты подбирают пациентам схемы обезбоживания, контролируют эффективность и побочные эффекты терапии боли.

– **Гузель Рафаиловна, есть ли какие-то источники, сайты, где могут найти информацию для себя по поводу обезбоживания?**

– Конечно, такие сайты существуют, там очень много полезной информации, также пациенты могут найти много информации про обезбоживание и другие неблагоприятные симптомы: <https://pro-hospice.ru/>, а также <https://pro-palliativ.ru/>

– **Гузель Рафаиловна, большое Вам спасибо за столь подробные ответы.**

Интервью подготовлено при поддержке компании ЗАО «ФармФирма «Сотекс»
Москва, Каширское ш., д. 22, корп. 4, стр. 7,
тел.: +7 (495) 231-15-12; email: info@sotex.ru



Конституциональные нарушения и методы их коррекции

Паллиативная медицина призвана улучшить качество жизни пациентов с различными формами хронических заболеваний в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или уже исчерпаны. В этой статье мы опишем основные конституциональные нарушения, которые развиваются у онкологических больных в терминальной стадии заболевания. Для решения этих проблем используется целостный междисциплинарный подход, при котором врачи, медсестры и другие медицинские и немедицинские специалисты координируют все аспекты помощи пациенту.

Анорексия (потеря аппетита)

Все больные с распространенными формами онкологических заболеваний испытывают анорексию, или потерю аппетита, которая становится основной причиной снижения массы тела и развития кахексии. Однако, помимо этого, существует множество других метаболических процессов, которые также играют важную роль в данном процессе. У пациентов с распространенными формами онкологических заболеваний может быть сразу несколько причин анорексии. В некоторых случаях она возникает из-за прямого воздействия опухоли на организм, что подтверждается наличием данного симптома у пациентов с еще небольшими или скрытыми опухолями. Также боль, инфекции, побочные эффекты лечения (например, лучевая терапия, химиотерапия), а также другие сопутствующие заболевания могут способствовать длительной потере аппетита.

ЛЕЧЕНИЕ

Необходимость лечения анорексии обусловлена двумя факторами. Во-первых, важность поддержания нормального аппетита и регулярного приема пищи для поддержания необходимого запаса питательных веществ в организме для адекватного ответа организма на проводимое лечение, улучшения психологического состояния пациента и уменьшения тревоги у членов его семьи. Во-вторых, поддержание оптимального питания способно замедлить развитие кахексии – терминального истощения организма, что обеспечит более успешную переносимость противоопухолевой терапии. Важной может оказаться помощь диетолога, особенно для пациентов, у которых возникает аппетитное извращение или имеются специфические религиозные или культурные требования. Для других пациентов важны простые, но значимые для них меры, включая регулярный прием небольших порций еды по желанию, еда должна быть не только вкусной, но и представленной в аппетитной форме; активность, включая пассивные физические упражнения, может способствовать увеличению аппетита. Некоторым пациентам могут быть назначены стимуляторы аппетита. Применение кортикостероидов может дать временное улучшение аппетита и общего самочувствия. Однако с учетом возможных побочных эффектов необходимо внимательно контролировать дозировку. Важно проконсультироваться с лечащим врачом по выбору лечебного питания, которое подается пациенту в удобной форме выпуска, имеет приятный вкус и обеспечивает сбалансированный рацион. В последнее десятилетие на фармацевтическом рынке появилось достаточное разнообразие подобных препаратов.

Астения (упадок сил)

Астения характеризуется общей слабостью и быстрой утомляемостью. Она может развиваться у пациентов с распространенным онкологическим заболеванием на разных этапах. Частота возникновения астении на каждой стадии заболевания не определена, так как симптомы субъективны и не разработаны объективные критерии. Астения может не зависеть от физической активности. Обычно она связана с прогрессированием онкологического заболевания, но могут быть и другие причины, поддающиеся лечению и паллиативной помощи.

Астения часто встречается у пациентов с запущенным заболеванием, которые потеряли вес и мышечную массу. Мышечная слабость может наблюдаться даже без потери веса из-за изменений в скелетных мышцах, связанных с кахексией. Астения может быть вызвана различными факторами, включая канцероматозную полинейропатию, наличие внутричерепной опухоли, паранеопластическую энцефалопатию, метаболические нарушения, эндокринные нарушения, плохое питание, анемию, инфекции и психические нарушения. Также астения может быть побочным эффектом лечебных мероприятий, таких как химиотерапия, лучевая терапия и прием определенных препаратов.

ЛЕЧЕНИЕ

Оно зависит от типа причины и условий его проведения. Коррекция некоторых редких нарушений метаболизма может привести к заметному улучшению состояния пациента. Трансфузия может быть полезной при анемии, но могут быть ограничения. В случае связи астении с кахексией и прогрессированием заболевания можно рассмотреть целесообразность противоопухолевого лечения, если это возможно. Для пациентов с прогрессирующей слабостью важна физическая и психологическая поддержка для адаптации к новой ситуации. Физическая активность и физиотерапия могут быть полезны, а также стимулирующие виды деятельности, такие как музыка, чтение, игры или хобби. Постепенно может потребоваться больше внешней помощи, и поддержка в виде физических вспомогательных устройств может быть необходима. Продолжение физических упражнений и регулярная физиотерапия могут помочь в сохранении мышечной силы. При постельном режиме важно обеспечить защиту кожи, смену положения тела и активные упражнения для удобства и комфорта пациента, а также с целью профилактики грозных осложнений – пролежней и гнойных процессов.

Кахексия (истощение)

Кахексия представляет собой прогрессирующее истощение, которое обычно встречается у пациентов с распространенными и терминальными формами злокачественных новообразований. Ее развитие обусловлено сочетанием недостаточного питания, метаболических потребностей опухоли, метаболических аномалий и опухолевой интоксикацией. Пищевые расстройства могут возникать по различным причинам, таким как плохое питание, невозможность принимать пищу естественным путем (например, блокировка ротовой полости, пищевода, желудка), мальабсорбция, рвота, диарея, образование свищей, потеря белка (например, из-за изъязвления слизистой оболочки, кровотечений, повторных лапароскопических операций). Тем не менее раковая кахексия не является простой формой голодания, поскольку интенсивная терапия питанием, включающая энтеральное и парентеральное лечебное питание, не снижает и не предотвращает ее.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение кахексии требует значительных медицинских усилий, затраты физических и психологических ресурсов. Существуют различные подходы к лечению, включая устранение причин снижения питания, лечение опухоли, лекарственную терапию кахексии, диетотерапию, коррекцию психосоциальных последствий кахексии. Важно понимать цели и возможности активного лечения. Хотя нет убедительных доказательств того, что интенсивная нутритивная терапия улучшает выживаемость или физические симптомы, она может положительно влиять на психологическое состояние пациента и уменьшать тревогу. Возможность принимать пищу и получать удовольствие от еды способствует улучшению психологического состояния пациента. В некоторых случаях противоопухолевая и симптоматическая терапия может замедлить или остановить прогрессирование кахексии. Диета и рекомендации по питанию играют важную роль, особенно для пациентов, которые могут и хотят есть. Рекомендуются особая диета с частым употреблением пищи маленькими порциями, а также употребление продуктов, которые пациент предпочитает, и в то время, когда ему это удобно.

Дегидратация (обезвоживание)

Дегидратацию следует рассматривать как естественный физиологический процесс у пациентов в последней стадии жизни. Сухость во рту – обычно единственный симптом, который может быть уменьшен за счет хорошего ухода за полостью рта. Умиравшие пациенты обычно не испытывают чувства жажды. Дегидратация приносит некоторые преимущества, такие как уменьшение необходимости в мочеиспускании, снижение частоты тошноты и рвоты, а также снижение одышки и боли. Искусственная гидратация, наоборот, может вызвать дискомфорт для пациента. Родственникам следует понимать, что искусственная гидратация не принесет пользы пациенту, а лишь продлит его страдания. Для неизлечимо больных пациентов, которые не могут пить жидкость, возможно рассмотреть проведение искусственной гидратации через внутривенное или подкожное введение.

ЛЕЧЕНИЕ

Потеря веса на последних стадиях онкологических заболеваний обычно связана с нарушениями обмена веществ, которые приводят к развитию синдрома общего истощения. Коррекция этого синдрома при помощи энтерального или парентерального питания часто оказывается неэффективной. Парентеральное питание, требующее установки центрального венозного катетера, несет риск инфекции и увеличивает стоимость лечения. Энтеральное питание, в свою очередь, может вызвать спазмы живота, диарею и необходимость установки энтеральных зондов. Иногда потеря веса связана с пищевыми расстройствами и голоданием. Для пациентов с обструкцией верхних отделов желудочно-кишечного тракта, при которой состояние не вызвано прогрессированием опухоли, рекомендуется использование назогастрального зонда или гастростомы. Парентеральное питание назначается пациентам, которых нельзя кормить естественным путем в течение двух и более недель. Решение о целесообразности парентерального питания у пациентов с нарушенной функцией толстого кишечника зависит от клинических аспектов. Обезвоживание может привести к сухости во рту, жажде и падению давления. Для пациентов, не способных принять жидкость, рекомендуется парентеральная гидратация.

Коррекция нарушений гомеостаза у больных с распространенными формами рака

Гомеостатические механизмы реагируют на изменения условий и возвращают параметры организма к оптимальному уровню. Это происходит благодаря обратной связи между рецепторами, которые воспринимают изменения, и эффекторами (особыми процессами), которые выполняют корректирующие действия.



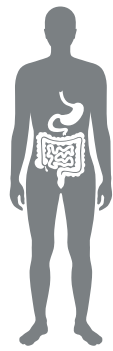
Гомеостаз обеспечивает не только стабильность, но и точную регуляцию различных параметров. Например, температура тела поддерживается на определенном уровне. Сердечно-сосудистая и нервная системы работают вместе для поддержания стабильного кровяного давления путем регуляции силы сокращения сердца и диаметра сосудов. Уровень глюкозы в крови поддерживается на оптимальном уровне путем регуляции ее выделения из печени, усвоения в клетках и использования в качестве энергии. Также поддерживается баланс между свертывающей и противосвертывающей системами крови, что позволяет нам избегать спонтанных тромбозов или кровотечений.



Дыхательная система

При распространенном злокачественном процессе легких или бронхов у пациентов могут возникать характерные симптомы, такие как одышка, кашель, кровохарканье и др. Одышка, например, встречается у 25–75% больных на поздних стадиях заболевания. Эти симптомы могут вызывать страдание и требуют паллиативной помощи для облегчения состояния и улучшения качества жизни. Лечение дыхательных нарушений у пациентов с терминальной стадией опухоли легких основано на облегчении симптомов. Пациентам с хроническими заболеваниями легких, астмой и сердечной недостаточностью применяются стандартные методы лечения. Для борьбы с одышкой применяются общие мероприятия, такие как удобное положение тела, циркуляция свежего воздуха и методы релаксации. Оксигенотерапия рекомендуется только при явной гипоксии, и ее применение требует осторожности и наблюдения врача. Лекарственная терапия может включать бронхолитические средства, кортикостероиды и другие препараты, чтобы облегчить симптомы дыхательной недостаточности.

Инфекция дыхательных путей, такая как пневмония, встречается часто из-за ослабленного иммунитета. Лечение пневмонии у пациентов в терминальной стадии опухолевого процесса индивидуализировано и в каждом случае подбор терапии идет с учетом многих факторов. Эмболия легочной артерии также может возникнуть и чаще встречается у пациентов с раком легких. Клинические симптомы могут варьировать от острой одышки и боли в груди до безболезненной одышки и тахипноэ. Лечение и профилактика эмболии требует осторожного подхода, учитывая потенциальные риски развития кровотечений.



Пищеварительная система

Диспепсия – это комплекс симптомов, характеризующийся дискомфортом в верхней части живота (эпигастрии) или правом подреберье после еды, сопровождающийся тошнотой, рвотой, метеоризмом и нарушениями стула. Нейрогуморальные нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта лежат в основе этого симптома. При опухолевых заболеваниях причины диспепсии могут быть разнообразными. Эффективность лечения зависит от правильного выявления причин. Сбор анамнеза помогает определить преобладающие симптомы и назначить соответствующую терапию. В качестве лечения предпочтительно использовать пероральные препараты. Для снижения секреции желудка эффективны антациды и блокаторы H_2 -рецепторов. Прокинетики, такие как метоклопрамид или мотилиум, рекомендуются при нарушении моторики желудка.

Дисфагия – это нарушение акта глотания. Лечение дисфагии зависит от уровня и причины обструкции. Для буккальных и фарингеальных проблем (например, стоматит, фарингит) применяют лекарственную терапию, хирургические методы, радиотерапию и кортикостероиды. Эзофагеальные проблемы лечат дилатацией (расширением) зоны сужения и/или кортикостероидами. При полной обструкции используют парентеральное питание, назогастральный зонд или выполняют гастростомию. Кортикостероиды и радиотерапия могут помочь при сдавлении пищевода путем уменьшения размеров опухоли. Также пациентов следует обучать особенностям и правильному приему пищи.

Запоры корректируются либо медикаментозно, либо, если имеется кишечная непроходимость, вызванная опухолью, накладывается кишечная стома (илеостома, колостома). Метастазы в печень чаще протекают бессимптомно, но при возникновении болевых ощущений могут быть назначены обезболивающие препараты. Главная задача – это сохранение поступления достаточного количества питательных веществ в организм. При невозможности обычного потребления пищи могут быть назначены специализированные смеси для энтерального или парентерального питания, специальные белково-углеводные растворы с добавлением жирных кислот, электролитов, витаминов и иных нутриентов для внутривенного введения.

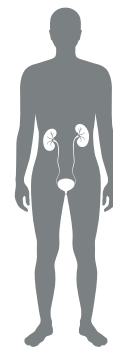


Нервная система

При метастазировании или первичном поражении головного мозга возникает широкий круг неврологической симптоматики – от интенсивной головной боли до нарушения двигательных функций. Кортикостероиды помогают улучшить состояние 60–80% пациентов с метастазами в головной мозг или первичной опухолью мозга. Они уменьшают отек вещества головного мозга, в том числе предотвращая такое грозное осложнение, как вклинение миндалин мозжечка. Чаще всего в таких ситуациях используется дексаметазон. Если наблюдается улучшение, дозу постепенно уменьшают до минимально эффективной. Пациенты, получающие лучевую терапию, продолжают прием кортикостероидов для уменьшения побочных эффектов. Судорожный синдром встречается у 1% больных с диссеминированным опухолевым процессом, чаще всего при опухолях мозга и менингеальных оболочках. Судороги могут также быть вызваны метаболическими расстройствами,

ми, инфекциями, кровотечением и лекарственной терапией. Профилактическое лечение антиконвульсантами обычно не проводится, так как судороги развиваются только у 20% пациентов с церебральными метастазами и носят периодический характер. При судорогах назначают диазепам внутривенно, а также фенитоин. Возможны побочные эффекты фенитоина, такие как гипотензия, седативный эффект и когнитивные нарушения. В качестве альтернативы используют вальпроат натрия, карбамазепин, клоназепам или фенobarбитал. Пациентам с судорогами необходимо регулярное консультирование, наблюдение и рекомендации по безопасности, включая запрет на вождение транспортных средств.

Пациенты с прогрессирующим онкологическим заболеванием часто страдают бессонницей, причиной которой может быть множество факторов. Физические причины включают болевой синдром, нарушения дыхания, лихорадку, потоотделение, кожный зуд, частое мочеиспускание, полиурию и диарею. Бессонницу могут вызывать кортикостероиды, амфетамины, кофеин и кокаинсодержащие препараты, а также отмена ранее назначенных лекарств (бензодиазепины, барбитураты, алкоголь). Психологические причины включают беспокойство, депрессию, психозы, мании, делирий, деменцию и страх смерти. Лечение бессонницы не должно ограничиваться назначением седативных и гипнотических препаратов. Важно оценить и лечить физические факторы, которые могут нарушить сон, в частности боль.



Урогенитальные нарушения

У больных с прогрессирующим онкологическим заболеванием часто наблюдаются урологические нарушения, такие как дизурия (частое и/или болезненное мочеиспускание), недержание мочи, задержка мочи, спазм мочевого пузыря и гематурия. Для правильного выбора тактики лечения необходимо тщательное клиническое обследование пациента, включая ректальное исследование, особенно у ослабленных больных с нарушением сознания.

Лечение урологических нарушений включает лекарственные и нелекарственные подходы, зависящие от причин расстройств. В терминальной стадии опухолевого процесса лечение всегда консервативное. Кровотечение при уретральной колике или обструкции кровяным сгустком должно купироваться наименее инвазивными процедурами.

Катетеризация мочевого пузыря требует подробного объяснения пациенту хода процедуры, поскольку некоторые могут испытывать психологический дискомфорт. Длительная катетеризация показана при атонии мочевого пузыря, постоянной обструкции или недержании мочи, пролежнях, инфекционных процессах, осложненных недержанием, и для обеспечения максимального удобства неизлечимым онкологическим больным.

Антибиотики назначают только при симптомах инфицирования мочеполовой системы или обнаружении уреазопродуцирующих микроорганизмов, таких как *Proteus mirabilis*.

Если трансуретральная катетеризация невозможна, то устанавливают эпицистостому, которая удобнее для пациента, чем катетер, так как снижает риск инфекций и образования стриктур уретры, а также позволяет легко контролировать опорожнение мочевого пузыря. Уход за эпицистостомой аналогичен уходу за мочевым катетером.

Почечная недостаточность у онкологических пациентов может иметь разнообразные причины, связанные с самим развитием болезни, специализированным лечением и наличием сопутствующей патологии. Такая недостаточность часто бывает многофакторной по этиологии и чаще всего выражена у пациентов с уже имеющимися органическими и функциональными нарушениями почек.

Некоторые лекарства могут быть нефротоксичными и вызывать повреждение почек, особенно у пациентов с предварительными нарушениями функции почек или при од-

новременном использовании нескольких нефротоксичных препаратов.

Врачам при проведении противоопухолевого лечения стоит помнить о так называемом лизис-эффекте, когда ответ опухоли на лечение слишком быстрый и почки не успевают вывести все продукты распада, при этом нарушается функция клубочковой фильтрации мочи и наступает интоксикация организма шлаковыми продуктами.

Лечение почечной недостаточности зависит от причин, степени нарушений и стадии заболевания пациента. В случае невыраженных нарушений лечение может быть необязательным, однако важно избегать дополнительного нефротоксического воздействия.

У большинства неоперабельных онкологических больных с нарастающей почечной недостаточностью, вызванной двухсторонней обструкцией мочеточников, оправданы попытки катетеризации или стентирования мочеточников. Если эти методы неэффективны, тогда рассматривается возможность наложения нефростомы.



Также возможно рассмотрение проведения программного гемодиализа в случае развития терминальной почечной недостаточности.

Гиперкальциемия

Гиперкальциемия встречается приблизительно у 10% больных, чаще всего при раке молочной железы (20–40%), плоскоклеточном раке легкого и миеломной болезни, которые сопровождаются поражением костной

ткани. Основной причиной гиперкальциемии является увеличенное высвобождение кальция из костной ткани, индуцированное ростом опухоли.

Регидратация (пероральная или внутривенная) временно снижает уровень кальция в крови, разрывая порочный круг гиперкальциемии. Одновременно с регидратацией назначается специфическая антиостеолитическая терапия бисфосфонатами. Эти препараты снижают резорбцию костной ткани.

Среди всех бисфосфонатов бондронат является единственным препаратом, который не обладает нефротоксическим эффектом даже при быстром введении, что позволяет его использовать пациентам с хронической почечной недостаточностью. Максимальный эффект от бисфосфонатов достигается через 5–7 дней после начала лечения. При ограниченном количестве костных метастазов возможно применение симптоматической лучевой терапии.



Лимфатические отеки

Лимфатический отек, часто встречающийся у пациентов с онкологическими заболеваниями, возникает из-за нарушения нормального оттока лимфы от тканей, обусловленного либо инфильтрацией опухолью лимфатических путей, либо осложнениями противоопухолевого лечения. При прогрессировании отека и неэффективности стандартного лечения наступает истощение пациента, так как лимфа, выходящая из сосудистого русла,

содержит большое количество белка. Вместе с этим часто лимфатические отеки встречаются в послеоперационном периоде при проведении операций на лимфатических коллекторах, таких как подмышечные и паховые лимфатические узлы, а также после мастэктомии. Такой вариант лимфостазы может быть купирован со временем специальными упражнениями и лимфодренажным массажем, противоотечной терапией.

Клинически лимфатический отек проявляется увеличением объема конечности, которое не уменьшается при ее поднятии, ограничением функции конечности, болями в области отека.

Лечение лимфатического отека зависит от его степени и причины. Интенсивная терапия может быть необходима в случаях:

1. Непомерного увеличения объема конечности с наличием глубоких кожных складок.
2. Вовлечения пальцев и/или туловища.
3. Постоянной обильной лимфорее (выделение лимфы).
4. Сильных болей, вызванных отеком.
5. Эпизодов воспаления области отека.

Положительный эффект при лечении могут оказать повышение физической активности, ежедневные упражнения для увеличения диапазона движений. Также может быть назначено ношение компрессионного белья, но только после консультации лечащего врача. Легкий массаж кожи может стимулировать поверхностный лимфооток.

Важно отметить, что применение мочегонных средств и производных гепарина целесообразно лишь в определенных случаях и не является главным методом лечения.

Как сохранить силы для ухода за больным?



Если вы ухаживаете за онкологическим больным, то, как правило, вам приходится сочетать в себе несколько функций: заведующий хозяйством, медбрат (медсестра), психолог (эмоциональная поддержка), сиделка, няня для детей при необходимости.

Чтобы эффективно справляться с таким количеством задач и оставаться эмоционально благополучным, вам необходимо самому обращаться за поддержкой и не забывать о собственных потребностях и чувствах. Забота о себе должна стать важной частью вашего поведения. Это улучшит качество жизни и поможет сохранить силы для ухода за больным.

Длительный стресс опасен

Стоит насторожиться, если у вас проявляются следующие симптомы:

- постоянное беспокойство;
- постоянная раздражительность, напряжение;
- головные боли;
- проблемы со сном;
- изменения массы тела.

Длительный стресс подавляет иммунную систему, провоцирует развитие хронических заболеваний, таких как болезни сердца или высокое кровяное давление. Могут обостриться уже имеющиеся заболевания. В подобной ситуации важно как можно раньше обратиться за помощью к психологу, психоневрологу или психотерапевту.

Не бойтесь информации

Неизвестность и неопределенность усложняют и так непростую ситуацию. С разрешения пациента получите от врача информацию о заболевании, выясните, как проходит лечение, какие дополнительные ресурсы доступны для организации всесторонней помощи. Задавайте вопросы медсестрам, врачам и тем, кто компетентен в интересующей вас теме. Ответы помогут вам чувствовать себя увереннее. Собирайте информацию только на хорошо зарекомендовавших себя интернет-сайтах и медицинских порталах.

Медицинские навыки

Скорее всего, вам потребуется помощь в освоении навыков медработника (уколы, капельницы, стомы, пролеж-

ни), а также эмоциональная поддержка, чтобы избежать тревожных и депрессивных состояний и не чувствовать себя изолированным от жизни.

Обращайтесь за помощью

Не пытайтесь взваливать на себя всю работу, иначе есть опасность выдохнуться. В состоянии измождения вы вряд ли сможете эффективно помогать и быть внимательным к вашему близкому. Вам необходимы паузы в уходе за больным и время на себя. Подумайте, кто может вас иногда подменять. Родственники, друзья, коллеги, соседи? Составьте список дел, которые можно поручить кому-то другому. Просьба о помощи – это не признак слабости, вы увидите, что окружающие хотят помочь, но им нужно рассказать, что от них требуется.

Заботьтесь о своем здоровье

Регулярно и сбалансированно питайтесь, старайтесь заниматься физической нагрузкой хотя бы 30 мин в день. Старайтесь расслабиться перед сном и спите не меньше 6–8 ч в сутки.

Говорите о своих переживаниях

Не держите в себе эмоции. Поделитесь своими чувствами с теми, кому доверяете, кто вас выслушает, поймет и поможет структурировать мысли, – супругом, друзьями. Узнайте в онкодиспансере, есть ли в вашем городе группы поддержки для людей, которые так же, как и вы, ухаживают за онкологическими больными. Их опыт преодоления сложностей может стать хорошей поддержкой для вас.

Узнайте о своих правах

По закону вам может полагаться оплачиваемый или неоплачиваемый отпуск по уходу за заболевшим близким. За консультацией вы можете обратиться в отдел кадров своей компании или связаться с юристом по телефону горячей линии службы «Ясное утро»: 8 (800) 100-01-91.

**Ясное
утро**
Круглосуточная поддержка
в борьбе с раком



Паллиативная помощь для онкологических пациентов



В соответствии со ст. 36 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

В соответствии с Разделом II Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 г. паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Приказом Минздрава России №345н, Минтруда России №372н от 31.05.2019 утверждено Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Паллиативная первичная врачебная медицинская помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики, врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную медицинскую помощь.

Паллиативная специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами, занимающими должность врача по паллиативной медицинской помощи, иными врачами-специалистами, медицинскими работниками со средним профессиональным образованием.

Паллиативная медицинская помощь оказывается взрослым пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, а также заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности лечения, при наличии медицинских показаний, в том числе при различных формах злокачественных новообразований.

Медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым при различных формах злокачественных новообразований:

- наличие метастатических поражений при незначительном ответе на специализированную терапию или наличии противопоказаний к ее проведению;
- наличие метастатических поражений центральной нервной системы, печени, легких;
- наличие боли и других тяжелых проявлений заболевания.

Медицинские работники в рамках оказания паллиативной первичной доврачебной и врачебной медицинской помощи осуществляют:

- активное динамическое наблюдение пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- проведение первичного осмотра в течение двух рабочих дней после обращения и (или) получения пациентом медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи;
- лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;
- назначение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты;
- выполнение или назначение мероприятий по уходу за пациентом;
- вынесение на рассмотрение врачебной комиссии медицинской организации вопроса о направлении пациента на медико-социальную экспертизу;
- направление пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную специализированную медицинскую помощь;
- направление пациентов при наличии медицинских показаний в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи, а также организация консультаций пациентов врачами-специалистами;
- информирование пациента (законного представителя, родственника, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом) о характере и особенностях течения заболевания с учетом этических и моральных норм;
- обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;
- организацию и проведение консультаций и (или) участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи.

Медицинское заключение о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи взрослым со злокачественными новообразованиями выдают:

- врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;
- врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), фельдшера, врачи-специалисты при наличии заключения врача-онколога о необходимости проведения симптоматического лечения.

Медицинское заключение вносится в медицинскую документацию пациента. Копия медицинского заключения на-

правляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства (фактического пребывания) пациента, и в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную первичную (доврачебную и врачебную) медицинскую помощь, а также выдается на руки пациенту или его законному представителю.

Если пациент находится дома (лечится амбулаторно) и ему необходимо получить паллиативный статус, для этого ему нужно обратиться к своему лечащему врачу-онкологу (при отсутствии заключения врача-онколога о необходимости проведения симптоматического лечения) либо к своему лечащему врачу-терапевту по месту жительства (при наличии заключения врача-онколога о необходимости проведения симптоматического лечения) с вопросом об оформлении медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи.

Данное заключение должно быть направлено в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную первичную медицинскую помощь, в целях оказания медицинской помощи в соответствии с Положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи.

При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации (Приказ Минздрава России от 31.05.2019 №348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому»).

Необходимо отметить, что в регионах утверждается региональная программа оказания паллиативной помощи, где указывается, в каких медицинских учреждениях и какую конкретно паллиативную помощь онкологический пациент может получить. В случае необходимости МОД «Движение против рака» готово проконсультировать вас по данному вопросу в каждом регионе Российской Федерации.

Что касается получения инвалидности пациентом, которому присвоен паллиативный статус, обратите внимание, что такой пациент направляется на медико-социальную экспертизу (МСЭ) в течение одного рабочего дня со дня получения результатов медицинских обследований, освидетельствование в бюро МСЭ ему проводится в 3-дневный срок со дня поступления в бюро МСЭ направления на МСЭ. Для сравнения, пациенту, не имеющему паллиативного статуса, экспертиза назначается не позднее чем через 30 дней после подачи документов.

Если у Вас возникли вопросы по процедуре получения паллиативного статуса или оформлению инвалидности, Вы всегда можете обратиться в МОД «Движение против рака»:
8 (800) 200-47-32 (с 8 до 14 по мск),
info@rakpobedim.ru



**ДВИЖЕНИЕ
ПРОТИВ
РАКА**

Психологическая поддержка – важная опора для паллиативных пациентов и их близких

При столкновении с серьезными заболеваниями, которые угрожают жизни, психологическая поддержка не менее важна, чем медицинское лечение. Такая помощь крайне необходима для паллиативных пациентов и их близких. Давайте рассмотрим, почему эта форма поддержки играет такую важную роль и как она может улучшить качество жизни в столь трудный период.



научить пациентов техникам расслабления, чтобы уменьшить боль.

Почему важна поддержка близких паллиативного пациента

Близкие паллиативного больного нуждаются в психологической помощи не меньше, чем сами пациенты. Когда кто-то в семье долго болеет или его состояние постоянно меняется в худшую сторону, это вызывает у родственников стресс, чувство бессилия и вины. Что в свою очередь влияет на их физическое самочувствие, а также на эмоциональное состояние пациента.

Во время болезни близкого человека эмоции родных могут быть очень сильными, они проходят через те же этапы эмоциональных переживаний, что и сам пациент. Это начинается с отрицания и нежелания принимать информа-



Таким образом, роль психолога в этом процессе невероятно важна. Он помогает семье справиться с трудностями, сопровождает на пути прощания и содействует в адаптации к новой реальности.

Всесторонняя помощь

Само понятие «паллиативная помощь» включает в себя медицинскую, социальную, психологическую и духовную поддержку. Такая всесторонняя помощь направлена на улучшение качества жизни – это способ помочь людям, которые болеют так сильно, что уже не могут быть вылечены. Главная цель – сделать жизнь этих людей и их семей чуточку лучше, чтобы они не чувствовали себя одинокими, могли справляться с болью и страхом.

Трудности паллиативного пациента

Получение диагноза тяжелого заболевания, а затем и его неизлечимости часто вызывает шок, страх и тревогу как у самого пациента, так и у его близких. Эмоциональная нагрузка может быть огромной, вызывать высокий уровень стресса и депрессивные состояния. Как следствие могут возникать проблемы, связанные с пониманием собственной беспомощности, потерей контроля над своим телом, сложности в общении с близкими и принятием зависимости от них. Еще один фактор депрессивного и раздраженного состояния пациентов – физическая боль и отсутствие сна.

Психологическая поддержка помогает справиться с этими тяжелыми чувствами. Психологи могут предоставить пациентам безопасное пространство для выражения эмоций, обсуждения своих опасений, раскрытия новых жизненных смыслов и получения поддержки. Также они могут

“ РОЛЬ ПСИХОЛОГА НЕВЕРОЯТНО ВАЖНА. ОН ПОМОГАЕТ СЕМЬЕ СПРАВИТЬСЯ С ТРУДНОСТЯМИ, СОПРОВОЖДАЕТ НА ПУТИ ПРОЩАНИЯ И СОДЕЙСТВУЕТ В АДАПТАЦИИ К НОВОЙ РЕАЛЬНОСТИ. ”

цию о болезни и ее прогнозе, затем может последовать агрессия и период депрессии, пока не придет понимание и смирение.

Психологическая поддержка родных пациента помогает им выражать свои чувства, находить способы справиться с потоком событий и поддерживать члена семьи в этом трудном пути. Одна из важнейших задач психолога направлена на поддержание связи пациента и его близких, что может смягчить чувство одиночества и изоляции.

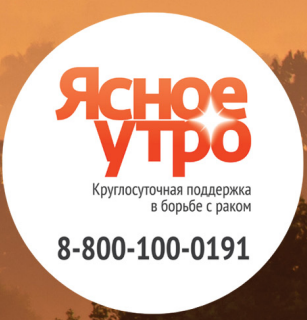
Подготовка к самому сложному моменту

Психологическая поддержка близких паллиативных пациентов также направлена на осознание неминуемости смерти и дает возможность подготовиться к расставанию. Психолог обсуждает с родными их чувства и помогает им справиться с тревогой и страхом перед будущим. Психолог может помочь родным спланировать последние дни пациента, сделать их особенными и значимыми. Важно также, чтобы психолог сопровождал семью после утраты, помогая им справиться с горем и начать новую жизнь без ушедшего человека.

Психологическая поддержка в рамках паллиативной помощи – это шаг в направлении более гуманного и комплексного подхода к лечению и заботе о тех, кто сталкивается с тяжелыми заболеваниями. Психологи помогают пациентам и их семьям справляться с эмоциональными трудностями, разговаривать о сложных вопросах, максимально полноценно прожить оставшееся время и подготовиться к прощанию. Это помогает пациентам и их родным пережить сложные времена и создает более человеческую и заботливую атмосферу на таком трудном пути.

Алина Морозова,
специалист-психолог Службы «Ясное утро»

Берегите себя и знайте, что вы не одиноки в своих переживаниях. Если у вас нет возможности получить консультацию психолога очно, вы всегда можете обратиться на бесплатную, анонимную и круглосуточную горячую линию службы помощи онкологическим пациентам и их близким «Ясное утро» по номеру: 8 (800) 100-01-91.



ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ И ИХ БЛИЗКИМ

8-800-100-0191

АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО. КРУГЛОСУТОЧНО.



Шпаргалка для пациентов, начавших лечение



В медицинской терминологии есть такая аббревиатура «НЯ» – нежелательные явления – неблагоприятные или непредвиденные симптомы при лечении.

Для врачей это просто запись «НЯ». Но пациенты переживают эти самые НЯ, и порой очень даже тяжело переживают. А ведь некоторые вовремя замеченные симптомы НЯ могли бы снизить их тяжесть проживания и улучшить качество жизни пациента.

Онкология – та область, где в ходе терапии необходимо быть предельно внимательным к физическому и психологическому состоянию онкологического пациента. Причем внимательность должна быть как со стороны онколога, так и со стороны самого пациента.

Я не буду говорить о профессионализме, клиническом мышлении и заботливой внимательности врачей к онкологическим пациентам. Увы, встречаются среди медперсонала и совсем холодные бездушные создания. И, наверное, не будет преувеличением, если я скажу, что каждый из онкологических пациентов встречался с такими. За время ведения блога ОНКОРУС мне много сообщений приходило и приходит с различными историями, порой даже совсем за гранью истинной медицины.

Основное для онкологического пациента – быть внимательным к возникающей симптоматике, не стесняться озвучивать ее врачам, чтобы получить сопровождающее лечение и вовремя купировать распространение этих самых НЯ.

По большому проявлению НЯ вам потребуются дополнительная диагностика и консультации у профильных специалистов.

Опытные и заботливые к пациентам врачи, конечно, проинформируют вас о возможных НЯ и на что обратить внимание, напишут в рекомендациях нужное вам для снижения симптоматики, опять же исходя из своей практики. Но есть симптомы, при которых не стоит полагаться

на знания даже очень грамотного онколога, а необходима консультация профильного врача. Потому что онкологи не являются специалистами по нервной системе, сердечно-сосудистой, кожным проявлениям, оформлению инвалидности и т.д. В лучшем случае в рекомендациях вам пропишут препараты на снижение первой возможной симптоматики – первичных побочных эффектах химиотерапии и лучевой терапии. В этом контексте я говорю именно о первичной «побочке», а есть еще и отсроченная – вот уж НЯ так НЯ. Составим небольшую шпаргалку по двум основным НЯ, часто беспокоящим онкологических пациентов. «Побочки» химиотерапии и лучевой терапии я не буду сейчас описывать – это большая тема и статьи по ним уже опубликованы в моих аккаунтах в Телеграм и Вконтакте.

Что же у нас будет в шпаргалке по профилактике серьезной симптоматики, имеющей отсроченное усугубление НЯ?

1. Сердце

Боли в сердце, одышка, тяжесть при ходьбе – повод тщательней проверить сердечно-сосудистую систему (электрокардиография, эхокардиография, холтеровское мониторирование, определенные показатели биохимии крови, консультация кардиолога).

Не относитесь к этому поверхностно – химиопрепараты очень кардиотоксичны. И чем раньше вы начнете наблюдать за сердцем и принимать необходимые действия для профилактики осложнений, тем легче будет вам же.

2. Нервная система

Выраженная полинейропатия может подкрадываться медленно, но неотвратимо.

Многие даже не в курсе об этом осложнении онкотерапии, пока уже совсем не нахлынет симптоматика.

Но от онкологов большой помощи не ждите: кто-то вообще не информирует пациента о специфических первых симптомах, а кто-то пропускает из виду начальное состояние и жалобы пациента. Да и хорошие онкологи все же не неврологи – специалисты по этому направлению.

Из симптоматики, которая должна вас насторожить: болезненное онемение кончиков пальцев на руках и ногах, слабость ног, «подкошенные колени» при ходьбе, отеки ног, снижение чувствительности в руках и ногах и т.п. Сюда же можно отнести часто встречающийся ладонно-подошвенный синдром (сухость кожи, высыпания, отслойка кожи на ногах и отслойка ногтей на руках и ногах).

Да, некоторые онкологи все же могут вам порекомендовать определенные препараты. Но еще раз повторю, что онкологи – не неврологи, они не проверяют рефлексы, не проводят необходимые неврологические пробы, не направляют на дополнительную диагностику (например, на ЭНМГ – электронейромиографию) и, соответственно, не могут комплексно и грамотно назначить вам терапию по этой симптоматике, включающей не только снятие болевого симптома, а и комплекс мер, направленных на восстановление и улучшение нервной проводимости.

Кстати, проявление первичной симптоматики полинейропатии влияет на расчет дозы химиопрепарата в сторону снижения или замены/отказа от проведения химиотерапии. Поэтому первичную симптоматику онкологи-химиотерапевты обязаны учитывать – при условии, конечно, что вы сами будете внимательны к своему организму и не будете стесняться при озвучивании жалоб по самочувствию.

3. Кожные проявления

Что касается ладонно-подошвенного синдрома с кожными проявлениями – это, пожалуй, единственные НЯ, которые онкологи хорошо знают.

Но как-то странно не заметить перевязанные кровотоочивые ногти на руках и повторяющиеся обеспокоенные жалобы пациен-

тов на отслойку пластами кожи с подошвы ног. Поэтому данные НЯ в поле зрения онкологов и они, в общем-то, рекомендуют определенные схемы для снижения симптоматики. Правда, некоторые больше «увлекаются» рекламными проспектами, а не терапевтическими схемами и при необходимости направлением к узким специалистам (дерматологу, подологу).

Дополнение для тех, кто проходит химиотерапию

Ну облегчите вы себе состояние и не испытывайте излишние болевые страдания при внутривенных инъекциях. Ведь есть же выход – писала об этом в статье «ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ БОЛЯХ В ВЕНАХ ПРИ ОНКОЛЕЧЕНИИ, СТАВИТЬ ЛИ ПОРТ? (из личного опыта онкопациента)» – См. «Беседы о здоровье. Онкология» №1, 2024



Я затронула лишь два направления нежелательных явлений онкотерапии, но они из основных. Помогающие препараты для снятия симптоматики не пишу – все есть в моих аккаунтах в Телеграм и Вконтакте.

Повторю, что про побочные эффекты химиотерапии и лучевой терапии я подробно писала в моих аккаунтах ОНКОРУС в Телеграм, Вконтакте, Дзене, да и на Ютубе и Дзене есть видео по этим темам.

Кстати, я вот не написала еще про одно из главных НЯ – это нежелательный психоэмоциональный фон для онкологического пациента. Тут и поддержка близких, понимание окружающих, работа с негативными эмоциями, профессиональная поддержка со стороны психологов, разгрузка мыслей от онкологической тематики и переключение своего состояния на более позитивный настрой, помогающие техники саморегуляции, жизненные смыслы и т.д. – а то, знаете ли, если постоянно вариться в тяжелых мыслях, то «кукушка» может съехать. Именно поэтому формат информационного контента в Телеграм у меня не похожий на типичный онкоблог. Там про все полезное, информационное, новостное... Не без юмора, развлечений и путешествий.

Многих интересует шпаргалка и по правовым вопросам, в частности, когда можно оформлять инвалидность, дадут ли ее, какую группу, какие льготы, переоформление и т.д. Но давайте об этом в другой раз. Для нетерпеливых – статьи по оформлению инвалидности есть в моем аккаунте во Вконтакте.

Основная шпаргалка закончена. И выздоравливайте скорее.

Инна, автор телеграм-канала ОНКОРУС

Больше практической информации по онкологии в Телеграм <https://t.me/onkorus>



Выбор лечения HR+ HER2-раннего рака молочной железы

М.Л. Макаркина

ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова»

В настоящее время рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующие позиции среди онкологических заболеваний и смертельных исходов от них у женщин в Российской Федерации [1]. У мужчин это заболевание также встречается, но значительно реже – его доля составляет менее 1%. Не существует единой причины развития РМЖ, а значит, встречаются различные варианты этого заболевания, которые требуют разных способов лечения.

Немного о строении молочной железы

Для того чтобы разобраться в разновидностях опухолей, клинических формах и видах лечения, необходимо понимать, как устроена молочная железа. Молочная железа чаще всего имеет каплевидную форму и состоит из железистой ткани (паренхимы), соединительной ткани (стромы) и жировой ткани. Количественное соотношение структурных компонентов молочной железы индивидуально и зависит от возраста женщины и ее гормонального статуса. На вершине молочной железы расположен округлый, как правило, более темный, участок кожи – ареола, в центре которого находится сосок. К соску подходят молочные протоки, на концах которых формируется множество мелких мешочков – долек. Вокруг молочной железы имеется большое количество лимфатических сосудов, в которых проходит лимфа. Лимфа – это прозрачная жидкость, содержащая иммунные клетки, которые борются с воспалением и инфекцией. По системе лимфатических сосудов лимфа попадает в лимфатические узлы, где происходят распознавание чужеродных антигенов и выработка антител. Узлы определенного участка называют регионарными. К регионарным лимфоузлам молочной железы относятся подмышечные, подключичные и парастернальные (расположенные рядом с грудиной). Лимфоузлами первого порядка (т.е. самыми близкими) являются подмышечные. Внимательный осмотр пациента позволяет врачу оценить не только наличие опухоли в груди, но и ее распространение на ближайшие лимфатические узлы.

Профилактический осмотр молочной железы

Из разных источников информации мы регулярно слышим о важности плановой маммографии и посещения специалистов-маммологов или гинекологов. Но, несмотря на это, процедурой скрининга многие пренебрегают и обращаются к врачу, когда болезнь уже имеет клинические проявления. К таким проявлениям относятся:

- появление уплотнения в ткани молочной железы (при самостоятельном осмотре опухоль плотная, безболезненная и малоподвижная);
- изъязвление в области соска и кровянистые выделения из соска;
- деформация кожи над молочной железой (втяжение кожи, отек и др.);
- увеличение лимфатических узлов в подмышечной и под-, надключичной областях;
- покраснение молочной железы.

Важно помнить, что своевременный визит к врачу и регулярные обследования могут существенно улучшить результаты лечения РМЖ.

Дополнительные обследования при подозрении на РМЖ

При подозрении на онкологический процесс необходимо взять образец материала для исследования [1]. Обычно врач выполняет core-биопсию под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), что позволяет попасть точно в подозрительное образование и получить нужный объем тканей для дальнейших исследований. Исследование умеренно болезненно по ощущениям. Примерно, как укол. С помощью гистологического исследования определяют наличие атипичных клеток, т.е. собственно опухоли. Если

опухолевые клетки обнаружены, то выполняют иммуногистохимическое исследование (ИГХ) для определения биологического типа опухоли.

ИГХ при РМЖ позволяет оценить как минимум 4 показателя: уровень рецепторов эстрогена (РЭ), рецепторов прогестерона (РП), рецепторов эпидермального фактора роста человека второго типа (HER2), а также индекс пролиферативной активности Ki-67, который показывает долю активно делящихся опухолевых клеток и выражается в процентах. Экспрессию рецепторов РЭ, РП и HER2 выражают в баллах по шкале Allred или в процентах. Результат, выраженный в баллах по шкале Allred, может колебаться от 0 до 8, при этом значения в 0–2 балла соответствуют отрицательному значению, а более высокие баллы – положительному значению разной степени выраженности. Если результат выражен в процентах, то уровень <20% считается низким, а уровень ≥20% – высоким.

На основании результатов, полученных для этих показателей, выделяют 5 биологических подтипов РМЖ (см. табл. 1) [1]. Отнесение опухоли к одному из этих подтипов является основой для выбора тактики лечения пациента. Так, чаще всего встречаются люминальные подтипы, при которых в опухоли присутствуют рецепторы эстрогена и/или рецепторы прогестерона. Такие опухоли являются гормонозависимыми (их рост стимулируют женские половые гормоны эстроген и прогестерон) и могут быть чувствительны к гормональной терапии (ГТ).

Определение стадии РМЖ

Этот вопрос – один из самых частых при выявлении злокачественных клеток после получения результатов гистологии. Для чего необходимо стадировать онкологический процесс? Стадия рака отражает распространенность заболевания на основании проведенных исследований (УЗИ, маммографии, компьютерной томографии – КТ, позитронно-эмиссионной томографии-КТ – ПЭТ-КТ, остеосцинтиграфии и др.). Стадирование могут проводить дважды: до оперативного лечения (клиническое) и после оперативного лечения (патологическое). Если до операции была проведена лекарственная терапия, то при выставлении патологической стадии оценивают лечебный патоморфоз (т.е. гибель злокачественных клеток в очаге опухоли под влиянием терапии).

Для оценки стадии применяют систему TNM, где значение Т – указывает на размер опухоли, прорастание (инвазию) в соседние структуры (кожу, мышцы), N – указывает на поражение регионарных лимфатических узлов (подмышечные, надключичные, подключичные), а M – распространенность опухоли в другие органы и системы (печень, легкие, кости, головной мозг и т.д.). В совокупности этих параметров формируются следующие стадии:

0 стадия – к данной стадии относится неинвазивный РМЖ, когда опухолевые клетки не успели прорасти в строму (соединительно-тканную основу органа) и распространиться на другие ткани. Эту стадию иногда называют предраковым состоянием. Чаще всего лечение таких пациентов ограничивается оперативным вмешательством с последующим динамическим наблюдением. При необходимости после операции назначается ГТ.

I–III стадия – инвазивные формы РМЖ разной степени распространенности внутри органа и регионарных лимфатических узлов. Важно, что при этих стадиях нет поражения отдаленных лимфоузлов других органов. I и II стадии относят к раннему РМЖ, а III – к местно-распространенному. В настоящее время в подавляющем большинстве случаев (почти 74%) РМЖ диагностируется на ранних стадиях [2]. Случаи впервые выявленного местно-распространенного РМЖ также нередки (18%) [2]. При выборе лечения врач опирается в первую очередь на подтип опухоли. Так, при гормонозависимом HER2-отрицательном

РМЖ на первом этапе проводят оперативное лечение, а далее при повышенном риске рецидива назначают профилактическую (адъювантную) химиотерапию и гормонотерапию.

IV стадия – метастатический РМЖ, при котором опухолевые очаги (метастазы) визуализируются в других органах. На этом этапе основным методом лечения является лекарственная терапия. Локальное лечение (операция, лучевая терапия) рассматривается крайне редко и в исключительных случаях.

Шансы на длительную жизнь без рецидивов или полное выздоровление при РМЖ тем выше, чем раньше поставлен диагноз и начато лечение. Основными критериями, отражающими степень риска развития рецидива, являются стадия заболевания, степень злокачественности опухоли (G) и уровень Ki-67 [3]. Анатомическим стадиям РМЖ 0–I, II и III соответствуют низкий, промежуточный и высокий риски возникновения рецидива после лечения. Кроме того, при любой стадии прогноз может ухудшиться, если по результатам гистологического анализа опухоль имеет более высокую степень злокачественности (G). При РМЖ выделяют 3 степени: низкую (G1), среднюю (G2) и высокую (G3). Для пациентов со II стадией имеет значение также индекс пролиферативной активности Ki-67, который при уровне более 20% является фактором неблагоприятного прогноза.

Таким образом, при выборе стратегии лечения онколог отталкивается не только от стадии опухолевого процесса, но и от наличия факторов, связанных с высоким риском рецидива.

Лечение при раннем и местно-распространенном гормонозависимом HER2-отрицательном РМЖ

Как было сказано выше, РМЖ чаще всего выявляют на I–III стадиях – суммарно у 9 из 10 пациенток. При этом у 7 из 10 пациенток диагностируют гормонозависимый HER2-отрицательный подтип. Ниже рассмотрим основные этапы и методы лечения таких пациенток.

Хирургическое лечение является одним из важных методов, которые назначают на начальных этапах лечения пациенток с ранним и местно-распространенным РМЖ. Существуют разные варианты оперативных вмешательств, которые можно разделить на две основные категории – органосохраняющие и мастэктомия. Среди органосохраняющих операций выделяют такие разновидности, как лампэктомию (удаление опухоли в пределах здоровых тканей, если опухоль менее 2 см) и сегментэктомию/квадрантэктомию (удаление участка с опухолью или одного из четырех квадрантов молочной железы в пределах здоровых тканей). Мастэктомия также может быть разного типа: радикальная мастэктомия по Маддену (полное удаление молочной железы, включая сосково-ареолярный комплекс), подкожная мастэктомия (удаление всей ткани молочной железы, с сохранением сосково-ареолярного комплекса, кожи) или кожесохранная мастэктомия (удаление ткани молочной железы с участком кожи и соском).

Всем пациенткам после проведенной органосохраняющей операции рекомендовано проведение лучевой терапии с целью снижения риска появления местного рецидива. Важно помнить, что на этом лечение никогда не заканчивается. К сожалению, РМЖ может возвращаться. Установлено, что без дальнейшего лечения в течение 20 лет после операции у 27–37% пациенток со II стадией и у 46–57% пациенток с III стадией развивается рецидив заболевания [4]. Для того, чтобы снизить риск развития рецидива после операции и лучевой терапии, назначают лекарственное лечение, которое называется адъювантным. При раннем гормонозависимом HER2- РМЖ выделяют 2 вида адъювантной терапии: химиотерапию (ХТ) и ГТ.

Механизм, лежащий в основе ХТ, основан на разрушении клеток, которые быстро делятся. Быстрое деление клеток является одним из основных свойств большинства опухолей. К сожалению, ХТ помимо воздействия на злокачественные клетки вредит также здоровым клеткам, для которых быстрое деление является нормой, например, клет-

Таблица 1. Подтипы РМЖ	
Клинико-патологическое (суррогатное)	Молекулярно-биологический подтип определения подтипа
Люминальный А	Наличие всех факторов: - РЭ положительные - HER2-отрицательный - Ki67 низкий (≤20%) - РП высокие (≥20%)
Люминальный В (HER2-отрицательный)	- РЭ положительные - HER2-отрицательный и наличие одного из следующих факторов: – Ki67 высокий (≥30%) – РП низкие (<20%)
Люминальный В (HER2-положительный)	- РЭ положительные - HER2-положительный - Ki67 любой - РП любые
HER2-положительный (нелюминальный)	- HER2-положительный - РЭ и РП отрицательные - Ki67 любой
Базальноподобный	отрицательные РЭ, РП, HER2 (тройной негативный протоковый)

кам в костном мозге, пищеварительном тракте и волосяных фолликулах. Это определяет наиболее частые побочные эффекты ХТ: снижение уровня клеток крови (нейтропения), воспаление слизистой оболочки ротовой полости (мукозит) и выпадение волос (алопеция). Курс ХТ может длиться от 3 до 6 мес или дольше. При люминальном подтипе HER2- РМЖ назначение адъювантной ХТ рекомендовано в дополнение к ГТ при наличии факторов неблагоприятного прогноза (высоких рисков рецидива). ГТ является основой адъювантного лечения раннего и местно-распространенного гормонозависимого HER2-РМЖ [1]. Этот вариант лечения показан всем пациентам независимо от возраста, функции яичников, стадии заболевания, проведения пред/послеоперационной ХТ. Стандартный курс адъювантной ГТ длится 5 лет, но в некото-

рых случаях пациентам с высоким риском рецидива могут назначить продленную адъювантную ГТ (6–10 лет). При соблюдении режима и длительности лечения такая терапия позволяет существенно снизить вероятность рецидива и смерти от РМЖ. При ГТ используют два класса лекарственных препаратов, различными путями предотвращающих стимулирующее влияние гормонов на рост раковых клеток: антиэстрогены и ингибиторы ароматазы. Продолжительность, выбор и последовательность применения ингибиторов ароматазы или антиэстрогенов в основном зависят от статуса менопаузы, переносимости препаратов и риска рецидива. Женщинам в менопаузе (т.е. при регулярном менструальном цикле) при назначении терапии ингибиторами ароматазы (и в некоторых слу-

Материал разработан ООО «Новартис Фарма» в целях повышения осведомленности пациентов о своем заболевании. Данный материал не является рекомендацией к лечению и не подменяет собой консультацию специалиста. Для получения квалифицированной медицинской консультации или помощи обратитесь к своему лечащему врачу.
НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА.
При поддержке ООО «Новартис Фарма».
ООО «Новартис Фарма» Россия, Москва, 125315, Ленинградский проспект, д. 7, тел: +7 (495) 967-12-70, факс: +7 (495) 967-12-68. HYPERLINK «<http://www.novartis.com>» www.novartis.com
442230/MED/text/05.24/1

ИСТОРИЯ УСПЕХА

Анна Глазнева: «Ценю каждый миг»



Меня зовут Анна Глазнева. Мне 42 года. Я из Воронежа. Я мама тройняшек, жена, очень активная и жизнерадостная. Я никогда не сижу без дела и люблю много общаться. А еще у меня онкологическое заболевание, РМЖ, рецидив. Я знаю, что для многих это страшно. И сам диагноз, и то, что он может вернуться. Но моя история не о страхе, она о любви. О любви к детям, любви к мужу, к родителям, близким, родным, людям вообще. О любви к себе и огромном желании и смысле жить. Этим я и хочу поделиться. Впервые диагноз мне поставили в 2020 г., в марте. Поняли по анализам, сказали, что вероятность 80%, биопсия подтвердила опасения. Я была ошарашена, отказывалась верить. Как так? Я же позитивный человек, у меня маленькие дети, я молодая. Как это может быть со мной? За что? И почему сейчас? Так не вовремя. Моим детям по три годика,

совсем малыши. Почему они должны видеть маму больной, лысой? Кто будет их растить? На долю момента я опустила руки, думала, что, может, и не надо никому общаться, хотела сдаться. А потом позвонила подругам. Они сразу приехали и у нас был долгий разговор. Долгий и очень важный. О жизни и будущем, о болезни и лечении. О том, что ничего не заканчивается и есть ради чего жить. Потом сказала мужу. Он даже возмутился немного: мы столько вместе прошли, как ты могла подумать, что не справимся с этим? Сказал, что поддержит, как поддерживал всегда. И я собралась. Ради детей, ради него. Стала лечиться, работала, растила детей. И болезнь отступила. Мы жили эту жизнь, упорно цепля-

“ Я ТОЧНО ЗНАЮ, ЧТО НАМ ВСЕМ ЕСТЬ РАДИ ЧЕГО ЖИТЬ, ЧТО НЕЛЬЗЯ ОПУСКАТЬ РУКИ. ”

ясь за нее и дорожа каждым мигом. Я даже ритм не сменила, как была «белкой в колесе», так и осталась. Разве что стала чаще замечать красоту. А потом пришел 2022 г. И болезнь вернулась. Мне сделали очередную операцию, назначили терапию. Второй раз узнать намного хуже, чем в первый. Ты же пролечилась, ты постоянно обследуешься, ходишь к врачу, выполняешь рекомендации. Неужели это не пугает? Ведь все должно быть хорошо! И так быстро... Почему так быстро? Это все вопросы философские, ответа на них точно нет. Здесь мне понадобилось чуть больше времени, чтобы взять себя в руки. Но я смогла, и жизнь пошла вперед. Сейчас рак для меня – хроническое заболевание. Неприятное, требующее много сил и терпения, но с ним можно

чаях – антиэстрогенов) рекомендована овариальная супрессия (выключение функции яичников). Крупные клинические исследования показали, что подавление функции яичников способствует улучшению прогноза для женщин в менопаузе с факторами высокого риска возврата опухоли [5]. Пациенткам с повышенным риском рецидива может быть рекомендована комбинированная гормоно-таргентная терапия [1, 3, 6].

Заключение

Итак, диагноз РМЖ – не приговор. Но важно помнить, что шансы на выздоровление тем выше, чем раньше болезнь будет обнаружена, а лечение – начато. Каждой женщине стоит внимательно относиться к себе, не забывать проводить самообследования и регулярно посещать профильных врачей, включая маммолога. Если болезнь все же коснулась вас, не стоит отчаиваться. Сейчас существуют эффективные подходы к лечению этого заболевания – хирургические, радиологические и лекарственные. В зависимости от подтипа опухоли, стадии заболевания и риска возникновения рецидива врач-онколог подберет оптимальную стратегию лечения. Нельзя забывать, что лечение РМЖ – длительный процесс, и даже если опухоль получится удалить хирургически, лечение необходимо продолжать в адъювантном профилактическом режиме. Внимательное отношение к себе и дисциплинированность в лечении – залог долгой жизни без рецидива.

Литература

1. Клинические рекомендации. Рак молочной железы. 2021. <http://cr.rosminzdrav.ru/schema/379> Дата последнего доступа 01.05.2024.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2023.
3. Тюляндин С.А., Артамонова Е.В., Жигулев А.Н. и др. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака молочной железы. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1. Злокачественные опухоли. 2023;13:157-200.
4. Pan H et al. N Engl J Med. 2017;377:1836-46.
5. Gray R et al. JCO. 2023;41.
6. Золотой стандарт профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных РМЖ. 2024. <http://www.breastcancersociety.ru/> Дата последнего доступа 01.05.2024.

жить. Я все еще волнуюсь во время обследований, но уже начинаю привыкать. Я живу так уже 4 года. За это время мои дети выросли, пошли в школу, я провела много ценных моментов с любимым мужем, близкими, друзьями и родными. Каждый из них стоил того, чтобы его прожить. И я рада, что смогла найти в себе на это силы. Мне помогает общение с девочками из фонда «Я люблю жизнь» и теми, с кем я познакомилась во время борьбы с болезнью, я встречаю много интересных людей, поддерживаю связь с бывшими коллегами. У меня всегда был боевой характер, я и «коня на скаку... и в избу горящую войду». Не даю слабину. Но рак – это большое испытание. Поэтому, когда мне бывает тяжело, я ищу поддержки там, где ее много. В вере. Я много молюсь. За страну, за родных, за себя. Чтобы все были здоровы и счастливы, чтобы все было хорошо. Сейчас я немного замедлилась, все свое время посвящаю семье. Хожу с детьми на кружки, делаю уроки. Даю себе время отдохнуть, взять паузу. Я точно знаю, что нам всем есть ради чего жить, что нельзя опускать руки. Что диагноз – это не приговор. И рецидив не приговор. Жизнь идет вперед. Я испытываю радость, счастье, тепло, заботу и доброту. Их проявляют ко мне, и я ими делюсь. Мир прекрасен, и он стоит того, чтобы за него бороться.

Историю записала Елена Варикаш



САМОДИАГНОСТИКА

Диагностика меланомы, важность самообследования и достижения в ее лечении

Как и при любой опухоли, ранняя диагностика меланомы, разновидности злокачественных опухолей кожи, которая развивается из меланоцитов, клеток, продуцирующих пигмент, придающий нашей коже ее цвет, необходима для хорошего прогноза заболевания. Выявление опухолевых поражений на ранних стадиях помогает лучше справиться с заболеванием, предотвратить или уменьшить вероятность распространения опухоли на другие части тела.

В отличие от других опухолей тот факт, что при меланоме поражения видны невооруженным глазом, является большим преимуществом для ранней диагностики рака кожи и меланомы. Поэтому важную роль играет самообследование, которое позволяет понять, появилась ли новая родинка или изменили форму либо цвет те, которые уже существуют, – все это может быть признаками возможной меланомы.

Как диагностировать меланому: самообследование

При самообследовании важно следовать mnemonicескому правилу, которое поможет запомнить все переменные, позволяющие заподозрить меланому.

Правило ABCDE:

- A** – asymmetry (асимметрия): проведите воображаемую ось через центр родинки; если половинки разные, это может быть сигналом опасности.
- B** – borders (контуры): осматривайте контуры родинки. Если края зубчатые, это может свидетельствовать о злокачественном перерождении.
- C** – color (цвет): проверьте, какого цвета родинка: нет ли разноцветных вкраплений, прожилок; цвет родинки должен быть однородным; если родинка имеет несколько цветов или оттенков, у вас должны возникнуть подозрения.
- D** – diameter (диаметр): если родинка имеет диаметр более 5 мм, вам следует проконсультироваться со специалистом.
- E** – evolution (эволюция, развитие): если родинка растет или меняет форму, размер или цвет, обратитесь к врачу.

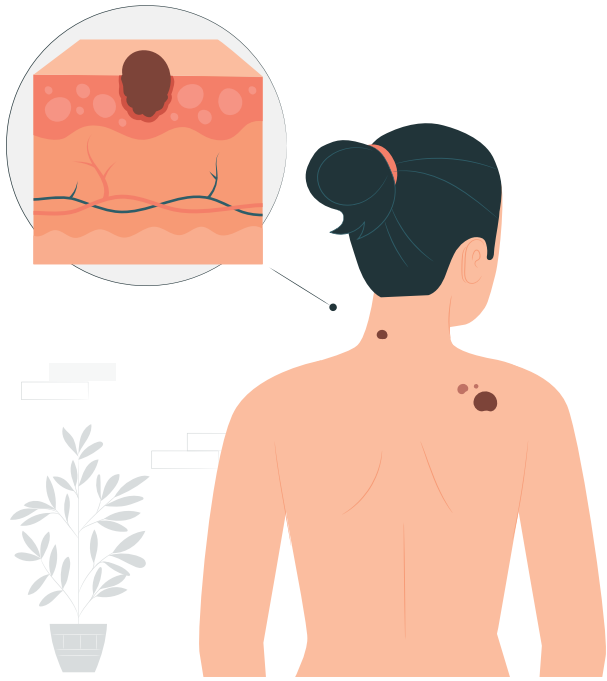
Любая родинка, отвечающая одному из этих признаков, является поводом для консультации с дерматологом.

Алгоритм самообследования: 8 шагов

Для самообследования вам понадобятся:

- яркий свет;
- зеркало в полный рост;
- ручное зеркало;
- 2 стула;
- фен;
- схематическая картинка человеческой фигуры;
- карандаш или, в идеале, цифровая камера.

- ШАГ 1.** Осмотрите ваше лицо, особенно нос, губы, рот и уши – спереди и сзади. Используйте зеркала, чтобы получить четкое изображение себя.
- ШАГ 2.** Осмотрите кожу головы, используя воздух фена и зеркало, чтобы осмотреть каждый участок. При необходимости обратитесь к члену семьи и/или ребенку.
- ШАГ 3.** Осмотрите свои руки: ладонную и тыльную стороны, между пальцами и под ногтями. Осмотрите переднюю и заднюю поверхности предплечий.
- ШАГ 4.** Стоя перед зеркалом в полный рост, осмотрите все стороны вашего плеча, начиная с локтя.
- ШАГ 5.** Осмотрите шею и грудную клетку. Женщины должны поднимать молочные железы, чтобы осмотреть кожу под ними.
- ШАГ 6.** Спину осматривайте стоя спиной к зеркалу в полный рост, используя ручное зеркало. Осмотрите заднюю часть шеи, плеч, верхней части спины, а также любую другую часть спины.



Запомните!

Предотвратить развитие меланомы намного легче, чем другие виды рака. Главное – внимательно наблюдать за изменениями родинок и пигментных пятен на теле и знать основные признаки меланомы.

- ШАГ 7.** Также с помощью зеркал не забывайте осмотреть нижнюю часть спины, ягодицы и заднюю поверхность обеих ног.
- ШАГ 8.** Сядьте и положите каждую ногу в свою очередь на другой стул. С помощью ручного зеркала осмотрите половые органы. Проверьте переднюю и боковую часть обеих ног, бедра до голени, лодыжки, между пальцами и под ногтями. Осмотрите подошвы ног и пятки.

Материал публикуется при поддержке компании Скопинфарм



НОВОСТИ

В День диагностики меланомы кожи специалисты НМИЦ онкологии Минздрава России напомнили о симптомах заболевания



В третий понедельник мая отмечается День диагностики меланомы кожи – одного из самых грозных злокачественных новообразований. Опухоль развивается из родинок, быстро распространяет метастазы и может привести к летальному исходу. Заболевание встречается как у пожилых пациентов, так и у людей в возрасте 30–40 лет. Врачи Национального медицинского исследовательского центра онкологии (ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России) напомнили о симптомах меланомы кожи.

– Сложно лечить пациента, когда он обращается с III–IV стадией развития меланомы кожи, на ранней стадии результаты лечения совершенно другие. Существуют способы хирургического лечения, при необходимости с использованием реконструктивно-пластического компонента для замещения дефекта. Широко применяется лекарственное лечение, в том числе таргетная терапия. Чем меньше стадия заболевания, тем лучше эффект от лечения, – говорит генеральный директор НМИЦ онкологии Минздрава России, академик РАН, д-р мед. наук, профессор Олег Кит.

Чтобы не пропустить развитие меланомы кожи, необходимо регулярно проводить самообследование кожных покровов и родинок. При изменениях формы, цвета, поверхности родинки необходимо незамедлительно обратиться к онкологу или дерматологу.

– Если родинка изменилась в размере, поменяла форму, характер пигментации, начала чесаться, мокнуть или кровоточить, врач-онколог или дерматолог проведет визуальную диагностику при помощи дерматоскопа. А гистологическое исследование позволит поставить окончательный диагноз – подтвердить или исключить меланому кожи, – пояснила ведущий научный сотрудник

отдела опухолей мягких тканей и костей НМИЦ онкологии Минздрава России, д-р мед. наук, профессор Виктория Позднякова.

В группе риска развития меланомы кожи находятся люди, которые проводят много времени под воздействием УФ-излучения, контактируют с химическими канцерогенами, родственники больных меланомой кожи, люди светлого фенотипа, а также с большим количеством родинок (более 50 шт.). Риск создают травмированные родинки и крупные родинки темно-коричневой и черной окраски. Опасным фактором является длительный прием гормональных препаратов, а также период беременности и лактации. При наличии одного или нескольких факторов риска необходимо проходить профилактические осмотры у дерматолога или онколога 1 раз в год.

Эксперты предупреждают: более половины случаев заболевания меланомы кожи можно предотвратить, отказавшись от вредных привычек, чрезмерного пребывания под солнцем, используя защитные средства при работе с вредными веществами.

Пресс-служба ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России

Говорить
НА ОДНОМ ЯЗЫКЕ

Почему в лечении онкологических заболеваний так важен диалог

РАЗОБРАТЬСЯ И ДЕЙСТВОВАТЬ ВМЕСТЕ С ВРАЧОМ



На фото изображены не реальные пациенты

Рак молочной железы – самое распространенное онкологическое заболевание у женщин в нашей стране [1], а во всем мире только за 2022 г. было обнаружено 2,3 миллиона случаев этой болезни [2]. Однако этот диагноз по-прежнему вызывает шок, потрясение и множество вопросов: куда бежать, к кому обратиться первым делом, что со мной будет дальше? Ведь после того, как страшное слово «рак» услышано, выбросить его из головы уже практически невозможно.



По данным исследований, психоэмоциональную реакцию человека при выявлении онкологического заболевания

можно сравнить с психологической травмой, экстремальной, кризисной ситуацией. При этом чувство беспомощности и уязвимости перед страшной болезнью может как заставить пациента активно искать пути к излечению, так и, напротив, сформировать у него негативное отношение к себе, подтолкнуть к самоизоляции и отстранению от близких [3]. При этом действовать нужно очень быстро, не позволяя страху парализовать волю и стараясь не уходить в себя, ведь промедление снижает шансы на успех лечения, а позитивный настрой и вера в лучшее являются необходимыми его компонентами. Помочь справиться с первым шоком после постановки онкологического диагноза, увидеть возможности и найти в себе силы бороться могут поддержка близких, доступная информация о болезни и открытый диалог с врачом. Ведь пугают чаще всего именно неизвестность и отсутствие плана действий, когда кажется, что остаешься с болезнью один на один, буквально запертый в своих тревогах, чувстве обреченности и бессмысленности любых действий.

При этом сегодня онкологический диагноз – это не приговор. Да, рак молочной железы – заболевание сложное, неодно-

родное и протекающее у всех по-разному. Но сегодня наука и медицина не стоят на месте. Уже существуют современные методы диагностики, позволяющие определить наследственные мутации в генах, передающиеся в семье и потенциально связанные с возможностью развития рака. При выборе терапии врач учитывает множество важных факторов: тип, стадию болезни, ее текущий характер – и правильно подобранное лечение может позволить сделать рак молочной железы, даже на поздних стадиях, с метастатическими процессами, контролируемым заболеванием.



Но, чтобы начать бороться с обнаруженной болезнью, самому пациенту нужно знать «врага в лицо».

Да и врачу гораздо проще работать с информированным и мотивированным человеком: если у него есть проверенная и доступная для понимания информация о его болезни, он быстрее сможет собраться с силами, принять решение о лечении и в дальнейшем четко следовать назначенному плану терапии. Поэтому в 2020 г. международной биофармацевтической компанией Pfizer был запущен информационный проект «Говорить на одном языке». Он был создан для помощи пациенткам с метастатической формой рака молочной железы в принятии своего диагноза и подготовке к общению с врачом о возможных

подходах к лечению, а также для повышения осведомленности населения в целом о формах рака молочной железы, ассоциированных с наследственными мутациями в генах BRCA.

Портал наодномязыке.рф позволяет не только получить общую информацию о заболевании, его типах и факторах риска, но и сформировать индивидуальную памятку по вопросам, которые следует обсудить с врачом. Это особенно актуально на старте лечения, когда человек только учится жить со своим диагнозом, находясь в растерянности. В этом состоянии легко упустить из вида важные вопросы, к которым захочется вернуться еще не раз: как протекает болезнь сегодня и каковы прогнозы на ближайшее время, какие методы терапии доступны в этом конкретном случае и какие ограничения в привычном образе жизни наложит запланированное лечение? Не лишним будет обсудить со специалистом и тему генетических мутаций, а значит, рисков для будущих поколений семьи – это важный вопрос, о котором в пер-

подготовить собственный «словарик» перед визитом к врачу или же вернуться к «переводчику» уже после приема, чтобы разобраться в том, что осталось непонятным.



Да, несмотря на то, что сегодня буквально одним нажатием кнопки можно найти информацию на любую тему, в том числе об онкологических

заболеваниях, это играет с нами злую шутку. Данных слишком много, иногда они противоречат друг другу, а подтвердить их достоверность бывает непросто. Да и думать об этом, находясь в шоковом состоянии после услышанного диагноза, практически невозможно. Рак молочной железы остается одним из самых пугающих диагнозов, который можно услышать. Но победить страх можно только объединяя усилия – и здесь неоценимую роль играют и ресурсы с понятной и проверенной информацией, и эмоциональная поддержка близких, и опыт лечащего врача, и со-



На фото изображены не реальные пациенты

вое время многие не задумываются, «переживая» собственный диагноз. На портале представлены и советы о том, как подготовиться к приему в практическом смысле – какие медицинские документы важно взять с собой и какую информацию о семейном анамнезе освежить в памяти. Чтобы пациент и врач смогли достичь взаимопонимания с первой встречи, на портале размещен «док-переводчик»: он поможет расшифровать сложные медицинские термины, которые можно услышать от специалиста на приеме. Так можно

временные терапевтические решения. Именно они, и именно вместе – вот что спасает жизни.

Литература

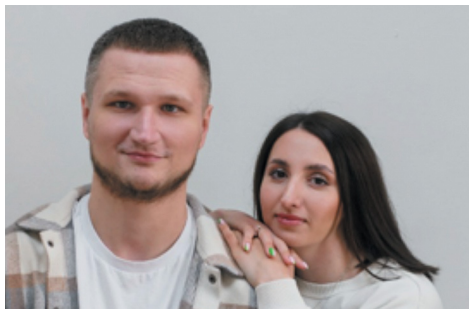
1. Рак молочных желез: симптомы, диагностика, факторы риска и современное лечение в России. НМИЦ Онкологии им. Н.Н. Петрова. <https://www.nioncologii.ru/institute/pressa/index?id=12945>
2. Breast cancer. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
3. Саргаева М.П., Дарижапова М.Н. Особенности работы психолога с онкологическими пациентами. Вестник науки. 2023;12(69). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-raboty-psiologa-s-onkologicheskimi-patsientami> (дата обращения: 17.04.2024).

Портал наодномязыке.рф Ресурс поддерживает женщин, которые столкнулись с метастатическим раком молочной железы, и помогает им говорить на одном языке с врачом



ИСТОРИЯ УСПЕХА

Молодые герои: история мужчины, который вылечился от лейкоза. Что помогает сохранять волю к жизни молодым взрослым с заболеваниями системы крови



Иван встретил Алену в школе, когда им было по 13 лет. Она – умница, красавица и отличница, он – симпатичный спортивный парень, со способностями в математике. Тогда никто не мог предположить, что эта встреча в школьном коридоре – начало большой любви. Хотя Алена потом призналась, что сразу поняла – именно Ваня однажды станет ее мужем.

В 22 года Ваня и Алена сыграли шумную и веселую свадьбу, где поклялись друг другу быть вместе и в горе, и в радости. Не представляя, насколько пророческими окажутся эти слова.

У Ивана и Алены началась настоящая семейная жизнь. Они взяли квартиру в ипотеку, начали ремонт. Многие говорили, что именно ремонт ссорит большинство пар, а они не ссорились. Наоборот, им так нрави-

Молодость – не страховка от онкологического заболевания. Об этом Иван Липин из подмосковных Люберец узнал, когда ему еще не было 30. В его семье только что появился первый ребенок – долгожданный сын, и он никак не ожидал, что жизнь встанет на паузу в самое неподходящее время. Это история подопечного Фонда борьбы с лейкемией о том, что победить заболевание помогает любовь.

лось ездить в магазины, выбирать обои, клеить, собирать мебель, делать все своими руками.

С 16 лет они – Ваня и Алена – справляли Новый год вместе. Но однажды 31 декабря они получили самый лучший подарок. На свет появился их первенец, сын Даня. Прошло полтора года безмятежности. Алена снова ждала ребенка. Внезапно Иван начал часто болеть. Анализы крови показали повышенные лейкоциты, но все списали на последствия ковида. Состояние ухудшалось с каждым днем. В этот период он 5–6 раз останавливался, чтобы дойти до машины. Ивана направили к гематологу. После посещения гематолога Ваню срочно госпитализировали с диагнозом «острый промиелоцитарный лейкоз». Он сразу позвонил жене. Не хотел расстраивать, ведь в ее положении нельзя волноваться, но не рассказать, почему он не вернется домой, было нельзя. Девушка плакала несколько дней и чуть не потеряла ребенка.

Началась борьба. Череда анализов, курсов химиотерапии, уколов, пункций и обследований. Спортивный и крепкий Иван превратился в худого, лысого мужчину, лет на 5 старше реального возраста. На протяжении всего этого тяжелого пути его поддержкой и опорой была любимая жена, которая носила под сердцем их второго ребенка.

Химиотерапия дала хороший результат. Показатель с 90% бластных клеток в крови снизился до 20%. Ивана отпустили домой, и он поехал к жене на партнерские роды. В красивую дату 02.02.2022 на свет появился второй сын, Артем. Потом Ване провели аутологичную трансплантацию костного мозга, он шел на поправку. Но случился рецидив. Для второй трансплантации донором для Вани стала мама. Она подходила лишь на 50%, но выбора не было.

Однажды ночью в больнице Иван загадал, что если ему суждено прожить долго, кто-то подаст ему знак.

На следующий день в НИМЦ гематологии приехала команда Фонда борьбы с лейкемией с акцией «Тележка радости». И вручили Ивану подарок со словами: мы верим, что у вас все будет хорошо. Он воспринял это как знак, о котором просил.

Врачи не давали никаких прогнозов, но случилось чудо – донорский трансплантат полностью прижился, и Ваня вернулся домой. Вера и любовь сотворили чудо. Вот уже полтора года, как Иван в ремиссии. Он рассказал свою историю в рамках проекта «Самое время жить – молодым взрослым», который создан про поддержке благотворительного фонда «Абсолют-Помощь».



ФОНД БОРЬБЫ С ЛЕЙКЕМИЕЙ

Благотворительный фонд
«Фонд борьбы с лейкемией»
leikozu.net



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Научиться быть рядом: если у близкого онкодиагноз

Принято считать, что близкий круг человека с онкологическим диагнозом должен стать опорой в лечении. Но при этом очень часто члены семьи сами испытывают много сложных чувств – страх, злость, горе – и не знают, какие слова подобрать для поддержки. По данным опроса на сайте Mail.ru, больше половины мужчин и почти треть женщин вообще не обсуждают болезнь со своими родственниками. Культуры открытого разговора о раке в обществе действительно нет, но именно он мог бы помочь пройти болезнь, опираясь на тех, кто близок.

Как принять диагноз близкого человека и помочь в принятии ему, как быть рядом и при этом не забирать у человека ответственность за его здоровье, как применить свои силы, чтобы быть действительно полезным, как позаботиться о себе, где взять силы, когда очень страшно, и как не потерять себя – всему этому на курсе «Научиться быть рядом» фонда «Александра» учат профессиональные психологи.

Кроме видеуроков у каждого есть возможность получить несколько индивидуальных и групповых консультаций с психологом: рассказать о том, что сложно, задать вопросы, познакомиться с теми, кто оказался в похожей ситуации.

«У меня заболела двоюродная сестра – она полностью закрылась от всех, сначала я даже не знала, что она болеет. На тот мо-

мент я была как танк, могла снести все своей помощью. Слушая курс, советуясь с психологами, я останавливалась. Маленькими шагами, не бегом, не галопом я принимала правильные решения, не делала ошибок. И самое главное, не давила на саму себя – что могла что-то сделать, но не сделала. Иногда же достаточно просто поговорить, не бежать вперед, а дать возможность человеку пройти все это, но просто быть рядом», – говорит Галия Рамазанова, участница первого потока курса из Бузулука.

Недостаток информации – еще одна большая проблема для человека с онкологическим диагнозом и тех, кто вокруг. Непонятно, как вообще устроена система онкологической помощи, как выбирать врача и медучреждение, как убедиться в правильности

назначений. Хочется знать, что есть люди с таким же диагнозом, у которых есть позитивный опыт лечения. Есть риск потерять время, силы и деньги.

Курс помогает со всем этим. На каждом этапе – получение диагноза, начало лечения, его ход и его продолжение – участники получают подробные инструкции про то, как использовать возможности медицины на благо своему близкому, и про то, что им самим делать в процессе.

«Некоторые вопросы, которые мы обсуждали, были для меня удивлением, я бы сама об этом никогда не подумала. Например, насколько необходима юридическая уверенность – даже чтобы забрать лекарства. Или что пациент имеет право брать с собой на прием к врачу родственников – это важно, потому что он после постановки диагноза растерян, “в полете”, и хорошо, когда рядом кто-то есть. На курсе давали максимально подробную схему – куда идти, что делать», – говорит Евгения Плотникова из Санкт-Петербурга.

А набор на потоки курса с чатом поддержки, индивидуальными и групповыми консультациями с психологом бывают несколько раз в год – можно оставить заявку на ближайший набор.

Участники узнают не только об организации лечения на всех этапах, но и о том, как поддержать своего близкого и себя, как найти верные слова и быть рядом. Ведут курс психологи, врачи и равные консультанты из фонда «Александра» – люди, которые сами пережили онкологическое заболевание.

Почти у 4 миллионов человек в России есть онкологический диагноз. Рядом с каждым из них есть и еще несколько человек: партнеры, друзья, родители, дети. Диагноз полностью рушит привычный для всех них порядок жизни. И не только самому пациенту, но и им тоже нужна эмоциональная поддержка и информация о том, как действовать. Как раз для этого и был придуман курс «Научиться быть рядом». Фонд работает с 2018 г. Тут создали первую в России профессиональную службу равного консультирования – это телефон, по которому любой человек с онкологическим диагнозом или его/ее родственник из любого региона может бесплатно и анонимно получить помощь от людей, которые сами имеют такой опыт.



Посмотреть видео курса и прочитать инструкции можно в любой момент на сайте <https://rk-school.ru/> (сканируйте QR-код)

Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №2, 2024
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Учредитель:
Рег. номер ПИ №ФС77-83374 от 03.06.2022.

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва, Жуков проезд, д. 19, эт. 2, пом. XI, комната 7

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

Над номером работали:
Научный руководитель проекта д-р мед. наук А.С. Доможирова
Авторский коллектив
Совет пациентских организаций

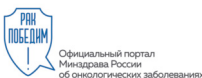


Равный онкоконсультант Светлана Неретина

При поддержке
НФПО
им. П.А. Герцена



При сотрудничестве
с порталом
onco-life.ru



Тираж: 10 тыс. экз.
Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ
©Все права защищены. 2024 г.
Газета распространяется бесплатно.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции газеты. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.

Дата выхода: 11.06.2024
Возрастное ограничение 16+