

# БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

## ОНКОЛОГИЯ



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ  
**Марина Викторовна Киселева,**

доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением онкогинекологии и опухолей молочной железы №2 МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Читайте на с. 2

№6 2025

Главная тема номера:  
**онкофertilityность**

### ФЕРТИЛЬНОСТЬ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: О ВОЗМОЖНОСТЯХ, БЕЗОПАСНОСТИ И РИСКАХ

Диагноз «рак молочной железы» часто диагностируется у женщин репродуктивного возраста. Для многих пациенток вопрос сохранения возможности материнства является не менее значимым, чем само лечение от онкологического заболевания.

с. 4

### СОХРАНИТЬ ШАНС НА ЖИЗНЬ И НА БУДУЩЕЕ: О ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ

За последние годы выживаемость пациентов с опухолевыми заболеваниями системы крови значительно выросла. Применение современных схем лечения позволяет достигать ремиссии даже в очень сложных случаях. Но некоторые препараты могут давать осложнения – нарушения фертильной функции, т.е. возможности иметь детей. Однако благодаря развитию науки и технологий пациенты с лейкозами после выхода в ремиссию и завершения лечения могут стать родителями.

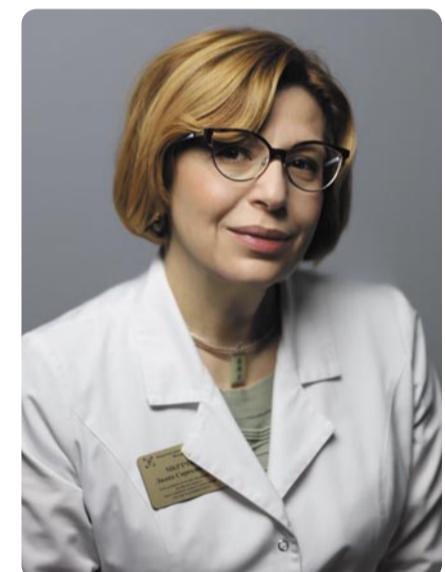
с. 6



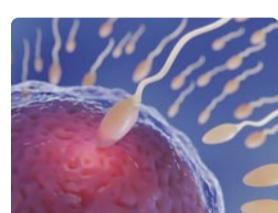
### ПОСЛЕ БОРЬБЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ВАЖНО ВЕРНУТЬ РАДОСТЬ ПОЛНОЦЕННОЙ ЖИЗНИ

После борьбы с онкологическим заболеванием важно вернуть радость полноценной жизни. Онкологическое заболевание – не приговор. Благодаря современным методам реабилитации тысячи пациентов возвращаются к активной жизни. О том, как этого добиться, рассказывает **Лиана Сирекановна Мкртчян** – эксперт в области онкореабилитации, врач-онколог, радиотерапевт, доктор медицинских наук, доцент, заведующая отделом медицинской реабилитации и восстановительных технологий Медицинского радиологического научного центра (МРНЦ) имени А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России. В центре внимания – ранняя диагностика, инновационные подходы и психологическая поддержка.

с. 9

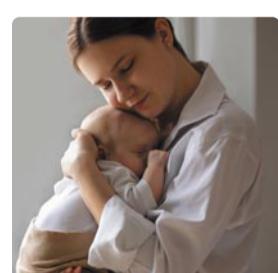


### ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



#### ОНКОФЕРТИЛЬНОСТЬ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

»» 5



#### ДИАГНОЗ НЕ СТАВИТ ТОЧКУ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ЖЕНЩИН, ПЛАНИРУЮЩИХ МАТЕРИНСТВО

»» 7



#### ПРОГРАММА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

»» 8

### ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

ЗАЧАТЬ СЧАСТЬЕ: РЕАБИЛИТАЦИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПОСЛЕ  
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

»» 2

ФЕРТИЛЬНОСТЬ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

»» 3

ПРАВО НА ЖИЗНЬ: КАК ЗАЩИТИТЬ ПРАВА  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ?

»» 11

СТРАХ НЕИЗВЕСТНОСТИ И КАК ЖИТЬ ДАЛЬШЕ

»» 12

ФОНД БОРЬБЫ С ЛЕЙКЕМИЕЙ ВМЕСТЕ С ФАБРИКОЙ  
«КОЛОМЕЕВ» ВЫПУСТИЛИ УНИКАЛЬНУЮ ЕЛОЧНУЮ ИГРУШКУ

»» 13

ШАНС НА ДОЛГУЮ ЖИЗНЬ: ЧТО НАДО ЗНАТЬ  
О ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ  
РАКЕ ЛЕГКОГО

»» 14

В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ ОБСУДИЛИ ВНЕДРЕНИЕ  
ПРОГРАММЫ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВИРУСА  
ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

»» 16

# Зачать счастье: реабилитация фертильности после онкологического заболевания

Химиотерапия способна привести к тотальной атрофии фолликулярного аппарата, восстановление которого невозможно.



Жизнь преподносит нам порой трудные испытания, но ничто не сравнится с борьбой за собственное здоровье и возможность стать матерью. Сегодня мы беседуем с человеком, который помогает сотням женщин вернуться к мечте о материнстве после самого трудного этапа своей жизни – победы над онкологическим заболеванием. Наш собеседник – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, врач – акушер-гинеколог, онколог, радиолог, радиотерапевт, заведующая отделением онкогинекологии и опухолей молочной железы №2 МРНЦ имени А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России **Марина Викторовна Киселева**. Наш разговор посвящен важной теме – восстановлению фертильной функции организма после преодоления тяжелого онкологического заболевания. Несмотря на успехи онкологии в лечении злокачественных опухолей, последствия агрессивной терапии часто негативно сказываются на репродуктивном здоровье женщины, порождая опасения относительно будущего материнства. Тем не менее современная медицина способна предложить эффективные способы решения этой проблемы, помогающие женщинам снова обрести радость полноценного семейного счастья.

– Марина Викторовна, наши читатели хотят лучше разобраться в причинах возникновения проблем с зачатием после интенсивного лечения онкологических заболеваний. Поэтому начнем с ключевого момента... Не могли бы Вы пояснить для наших читателей, почему агрессивные методы лечения онкологических заболеваний часто становятся причиной снижения фертильности?

– Все методы лечения онкологических заболеваний делятся на методы системного и локального воздействия. Гинекологические злокачественные новообразования и опухоли органов малого таза или брюшной полости на ранних стадиях требуют преимущественно хирургического вмешательства. На поздних этапах заболевания либо после операции основным методом становится лучевая терапия, которая часто приводит к полной утрате фертильности (репродуктивной способности) или ее значительному снижению. Методы системного воздействия, включая химиотерапию и таргетную терапию, также характеризуются выраженной гонадотоксичностью. Иногда даже короткий курс химиотерапии вызывает полную потерю фертильности у молодых пациенток.

– Медицина постоянно развивается, предлагая новые возможности сохранить шансы на будущее материнство еще до начала серьезного лечения. Какие современные методы сохранения фертильности существуют перед началом противоракового лечения женщин репродуктивного возраста?

– Безусловно, методы медицинской науки постоянно совершенствуются, предлагая пациенткам все новые возможности для сохранения своего генетического материала перед началом агрессивного противоопухолевого лечения. Современные подходы включают широкий спектр технологий консервации половых клеток и тканей: криоконсервацию яйцеклеток, эмбрионов, эякулята и ткани яичников. На сегодняшний день разработка метода криоконсервации тестискулярной ткани (тканей яичка) находится еще на начальной стадии исследований и говорить о нем как о методе сохранения фертильности преждевременно. Пока данная технология представляет собой перспективное научно-исследовательское направление.

– Насколько отличается влияние разных видов онкозаболеваний на женскую репродуктивную систему? Каковы риски возникновения бесплодия после лечения рака молочной железы?

– Лечение рака молочной железы подразумевает применение системных препаратов, обладающих выраженной гонадотоксичностью. Химиотерапия способна привести к тотальной атрофии фолликулярного аппарата, восстановление которого невозможно. Таким образом, женщинам с данным диагнозом рекомендуется заранее рассмотреть возможность сохранения собственного генетического материала, особенно если они планируют иметь детей в будущем. Кроме того, существует особая категория наследственных раков молочной железы, обусловленных определенными генетическими мутациями. Пациенткам с такими формами заболевания зачастую показано удаление яичников, поэтому сохранение овариальной ткани до операции является целесообразным решением. Третий важный аспект риска бесплодия у женщин с раком молочной железы заключается в вероятности развития метаста-

рисков рецидива и дает разрешение на реализацию репродуктивной функции без угрозы здоровью женщины, специалисты-репродуктологи приступают к выполнению процедуры экстракорпорального оплодотворения. Этот подход эффективен в ситуациях, когда естественный овариальный резерв пациентки полностью истощен вследствие предшествующего лечения злокачественной патологии.

– Марина Викторовна, существуют ли ограничения по возрасту для процедуры криоконсервации яйцеклеток или эмбрионов?

– По данному вопросу ведутся активные научные дискуссии, однако современные медицинские практики располагают рядом методик объективной оценки фертильного потенциала каждой пациентки. Ранее доминирующим фактором считалось исключительно состояние гормо-

**“ ТОЛЬКО СПЕЦИАЛИСТ СПОСОБЕН ОЦЕНİТЬ РИСК ВОЗМОЖНОГО РЕЦИДИВА БОЛЕЗНИ И ОПРЕДЕЛІТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ КОНКРЕТНОЙ ПАЦІЕНТКИ. ”**

тического поражения яичников. По статистике, примерно в 15% случаев опухоль распространяется именно на этот орган, причем 65% таких случаев сопровождаются двусторонними поражениями. Следовательно, яичники у пациенток с раком молочной железы находятся в повышенной зоне риска, и заблаговременное сохранение генетического материала настоятельно рекомендовано.

– Часто мы слышим опасения относительно влияния диагноза «рак груди» на успех процедур вспомогательной репродукции. Каково Ваше мнение по этому поводу? Возможно ли проведение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) после успешно пройденного курса лечения опухоли груди?

– Безусловно, это вполне осуществимо. Использование программы вспомогательных репродуктивных технологий возможно в тех случаях, когда до начала основного лечения были предварительно заморожены половые клетки или эмбрионы пациентки. После завершения курса лечения, если лечащий врач-онколог подтверждает отсутствие

нального фона и врачи ориентировались главным образом на уровень гормонов, определяя перспективы будущей беременности. Тем не менее прогресс науки неуклонен, и сегодня доказано, что одним из ключевых факторов успешности любых процедур, направленных на поддержание или восстановление фертильности, включая процессы криоконсервации биологического материала, является возраст пациентки. Возраст оказывает значительное влияние как на эффективность зачатия естественным путем, так и на вероятность успешного восстановления репродуктивного ресурса после длительного периода криоконсервации генетического материала.

– Можно ли планировать рождение детей после перенесенного рака, особенно если болезнь была диагностирована в позднем периоде жизни?

– Решение о рождении ребенка после перенесенного онкологического заболевания должно приниматься исключительно по согласованию с врачом-онкологом. Только специалист способен оценить риск возможного рецидива

болезни и определить безопасность планирования беременности для конкретной пациентки. Если онколог диагностирует полное отсутствие признаков рецидивирования заболевания, женщина получает возможность приступить к планированию рождения детей.

– **Какой период необходим для восстановления репродуктивной функции после окончания лечения?**

– Вопрос решается достаточно индивидуально и зависит от множества факторов, включая возраст пациентки, интенсивность применяемых терапевтических мероприятий, характер и степень агрессивности использованного лечения, а также исходное состояние ее репродуктивной системы на момент постановки диагноза и начала специфической терапии онкологического заболевания.

– **Необходимо ли дополнительное обследование будущей матери перед беременностью после успешной борьбы с онкологическим заболеванием? Если да, расскажите подробно, какие именно исследования нужны?**

– Министерством здравоохранения Российской Федерации разработаны специальные нормативные правовые акты, четко регулирующие порядок обследования женщин перед планируемой беременностью. Цель данных документов – минимизировать риски, связанные с воз-

можным возникновением или выявлением скрытых форм онкологии, способных негативно повлиять на здоровье матери и плода. Эти меры направлены на исключение провоцирующих факторов, способствующих развитию

злокачественных новообразований, обязательно воспользуйтесь возможностью сохранения своего биологического материала. Когда ставится онкологический диагноз, многие думают лишь о спасении собственной жизни и все остальные вопросы от-

**“ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА ПОСТОЯННО РАЗВИВАЕТСЯ, ПРЕДЛАГАЯ ПАЦИЕНТАМ ВСЕ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ СВОЕГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПЕРЕД НАЧАЛОМ АГРЕССИВНОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ. ”**

тию повторного заболевания, а также своевременное выявление возможных предраковых состояний или ранних стадий злокачественных новообразований.

– **Ваш многолетний профессиональный опыт позволяет давать важные советы женщинам, пережившим борьбу с онкологическим заболеванием. Поделитесь Вашими рекомендациями для тех, кто планирует беременность после завершения лечебного процесса.**

– Если вам только предстоит пройти подобное лечение и вы еще не реализовали свою репродуктивную функ-

цию, обязательно воспользуйтесь возможностью сохранения своего биологического материала. Когда ставится онкологический диагноз, многие думают лишь о спасении собственной жизни и все остальные вопросы отступают на второй план. Но лечение онкологии значительно продвинулось вперед, врачи добиваются длительных и устойчивых ремиссий. Счастье родительства, которое испытывают наши пациентки, поистине бесценно. Специалисты нашего центра ведут прием в поликлинике МРНЦ имени А.Ф. Цыба ежедневно, записаться можно через контакт-центр. Сбор, хранение и последующее оплодотворение биологического материала для онкологических больных осуществляются бесплатно в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС).

ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА

## Фертильность при онкологических заболеваниях

Благодаря современным достижениям в области диагностики и лечения онкологических заболеваний за последние несколько десятилетий значительно увеличилась продолжительность жизни онкологических больных. Но, к сожалению, онкологические заболевания регистрируются во всех возрастах, вследствие чего все чаще поднимается вопрос о фертильности при онкологических заболеваниях у молодых пациентов.

После того как пациенту поставили онкологический диагноз, его главной заботой становится прохождение этапов лечения и борьба за жизнь. Однако для многих пациентов репродуктивного возраста также встает вопрос о возможности иметь детей в будущем. Современная медицина не только способна эффективно бороться с онкологическими заболеваниями, но и разработала методы, позволяющие строить дальнейшие планы на жизнь после выздоровления, а именно – создание и пополнение семьи. Важно понимать, что уже во время проведения химиотерапии или радиотерапии необходимо крайне строго соблюдать контрацепцию, так как данные методы лечения обладают ярко выраженными тератогенными эффектами и в случае возникновения беременности на их фоне они могут привести к недоразвитию плода, неправильному его развитию, различным мутациям, внутриутробной гибели плода или даже гибели матери.

Поэтому сразу после морфологического подтверждения злокачественного новообразования и при желании в будущем создать семью и родить ребенка пациенту необходимо всесторонне обсудить эту тему с лечащим врачом-онкологом и принять необходимые меры.

Учитывая потенциальное влияние как самой опухоли, так и ее лечения на уровень фертильности, как мужчинам, так и женщинам доступны различные варианты ее сохранения. Предпочтительным методом у взрослых пациенток является контролируемая стимуляция яичников для криоконсервации эмбрионов или криоконсервации зрелых яйцеклеток с последующим экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО). Как и в других областях медицинской практики (особенно в онкологии), контролируемая стимуляция яичников использует подход индивидуального планирования и лечения, обеспечивающего максимальную безопасность и эффективность. Перед процедурой переноса эмбриона проводится базовая оценка состояния

фертильности. Сначала у пациентки собирают подробный анамнез, в том числе информацию о предыдущих методах лечения бесплодия и попытках забеременеть. Во время фолликулярной фазы цикла (на 2-й или 3-й день цикла), во время менструации, проводится базовое ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. Обследование полости матки, в том числе гистеросальпингография и/или соногистерография с введением физиологического раствора, – стандартная процедура перед ЭКО, может быть пропущено или проведено позже, поскольку пациентке будет проводиться перенос эмбриона после завершения лечения рака. Дополнительное УЗИ матки и придатков в середине цикла позволит получить больше информации о развивающихся фолликулах пациентки и спрогнозировать овуляцию. Эндокринные маркеры изменяются одновременно с визуализацией. Антимюллеров гормон (АМГ) и ингибин В используются в качестве маркеров количества фолликулов, а фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и эстрадиол определяются на 3-й день менструального цикла – в качестве косвенных маркеров, отражающих гормональный статус в зависимости от количества ооцитов. Затем врач определяет индивидуальный протокол лечения каждой пациентки, учитывая возраст, уровни АМГ, ФСГ и эстрадиола в сочетании с количеством антравальных фолликулов (antral follicle count, AFC). Кроме того, применение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) может помочь подавить активность яичников во время химиотерапии, что особенно важно при раке молочной железы.

Для мужчин наиболее распространенным и эффективным методом сохранения фертильности является сохранение спермы, позволяющее заморозить ее до начала лечения для последующего использования. В случае азооспермии может быть проведена экстракция сперматозоидов непосредственно из яичек.



Психологические последствия онкологического заболевания и связанные с ним проблемы с фертильностью могут быть весьма выраженным и тягостными, особенно для молодых людей. Крайне важно как можно раньше обсудить с врачом риски от лечения для репродуктивной системы – сразу после постановки диагноза, поскольку даже один цикл химиотерапии может иметь пагубные последствия на репродуктивную функцию организма. Раннее комплексное консультирование позволяет осознать риски и принять взвешенное решение. Влияние передовых методов лечения рака на репродуктивное здоровье требует проактивного подхода для предупреждения нежелательных явлений, в том числе связанных с ограничением возможности воспроизвести потомство. Несмотря на то что повышение выживаемости имеет первостепенное значение, сохранение фертильности и решение проблем, связанных с репродуктивным здоровьем, являются неотъемлемой частью комплексного лечения онкологического больного. Сохранение фертильности при злокачественных новообразованиях позволяет молодым пациентам вести полноценную жизнь и становиться родителями. Поскольку показатели выживаемости при онкологических заболеваниях продолжают увеличиваться, решение проблем с фертильностью становится все более важным вопросом для людей, успешно прошедших противоопухолевое лечение.

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

# Фертильность и рак молочной железы: о возможностях, безопасности и рисках

Диагноз «рак молочной железы» часто диагностируется у женщин репродуктивного возраста. Для многих пациенток вопрос сохранения возможности материнства является не менее значимым, чем само лечение от онкологического заболевания.

**Современная онкология располагает эффективными и безопасными методами сохранения фертильности при злокачественных новообразованиях. Онкофертильность – это такое направление медицины, которое позволяет сохранять репродуктивную функцию при наличии онкологического диагноза.** При раннем направлении к специалистам и совместном планировании врачебным консилиумом многие пациенты получают шанс на будущую беременность, не ухудшая онкологические результаты лечения.

Рак молочной железы – одно из ключевых заболеваний, которое может существенно ограничить возможность иметь детей у онкологических пациентов в связи с непосредственным вовлечением органа в процесс вскармливания малыша, что может явиться провоцирующим фактором прогрессирования заболевания при недоучете всех рисков и эффектов от противоопухолевого лечения.

## Когда и к кому нужно обращаться?

Обсуждать сохранение фертильности необходимо сразу после установления диагноза рака молочной железы – до начала химиотерапии, гормональной или лучевой терапии. Первым специалистом должен быть лечащий врач-онколог, который оценивает безопасность и срочность лечения. Далее пациентку направляют к репродуктологу, имеющему опыт работы с онкологическими пациентами, при необходимости – к генетику и психологу. Чем раньше будет затронут этот процесс, тем больше доступных и эффективных вариантов сохранения репродуктивной функции будет предоставлено пациентке.

## Как лечение может повлиять на фертильность?

Фертильность зависит от овариального резерва (запаса яйцеклеток в яичниках). Некоторые виды противоопухолевого лечения могут существенно уменьшить этот запас. Химиотерапия может повреждать яйцеклетки и повышать риск ранней менопаузы (риск зависит от препаратов, доз и возраста).

Риск выше при наличии следующих факторов:

- возраст пациента старше 35 лет;
- использование алкилирующих препаратов;
- длительное противоопухолевое лечение.

Эндокринная (гормональная) терапия не нарушает функцию яичников напрямую, но она часто длится годами – 5–10 лет, а время очень важно из-за естественного возрастного снижения фертильности (многие пациентки за это время достигают естественной менопаузы).

## Шаг первый: ранняя консультация у репродуктолога

Если для вас (пациентки) важна возможность иметь детей (даже если вы пока не уверены в этом), скажите об этом сразу и попросите направление к репродуктологу (врачу репродуктивной медицины). Там оценят антимюллевы гормон (АМГ) – ключевой маркер репродуктивного здоровья, который у женщин показывает запас фолликулов в яичниках, т.е. овариальный резерв, и выполняют ультразвуковое исследование с подсчетом антравальных фолликулов. Это помогает оценить возможность беременности, хотя и не гарантирует ее наступление.

## Вариант А: заморозка яйцеклеток или эмбрионов – «золотой стандарт»

Заморозка яйцеклеток (криоконсервация ооцитов) и заморозка эмбрионов – самые изученные методы, которые рекомендованы как стандартные процедуры в основных онкологических руководствах. Они проводятся до начала химиотерапии или другого специального лечения.

Криоконсервация эмбрионов подходит пациенткам с партнером, а криоконсервация яйцеклеток – незамужним пациенткам.

Процедура включает стимуляцию яичников для созревания нескольких яйцеклеток (10–14 дней), затем проводят короткую амбулаторную процедуру их получения (пункцию). Для заморозки эмбрионов нужен сперматозоид партнера или донора, чтобы оплодотворить яйцеклетку. При заморозке яйцеклеток этого не требуется.

Что важно знать пациентке: стимуляцию можно начинать практически в любой день цикла, поэтому многие пациенты успевают завершить весь процесс примерно за 10–14 дней. При лиминальном (гормон-чувствительном) подтипе рака молочной железы обычно в протокол добавляют летрозол (или иногда тамоксифен), чтобы уровень эстрогенов оставался ниже. Метод абсолютно безопасный и не повышает онкологических рисков.

**Преимущества:**

- Наиболее высокая и предсказуемая вероятность будущей беременности среди доступных методов.
- Яйцеклетки или эмбрионы можно хранить годами.

**Ограничения и риски:**

- Ни один метод не гарантирует рождения ребенка;
- Количество сохраняемых яйцеклеток зависит от возраста пациентки.
- Краткосрочные побочные эффекты (вздутие кишечника, дискомфорт в органах желудочно-кишечного тракта) встречаются часто; серьезные осложнения – редко.

## Вариант В: криоконсервация ткани яичника

Криоконсервация ткани яичника – заморозка коркового слоя яичника, который забирается интраоперационно с помощью лапароскопии, – сейчас рассматривается уже как признанный, «устоявшийся» метод в обновленных российских клинических рекомендациях.

Этот метод можно выполнить быстро, и он не требует гормональной стимуляции – это важно, когда лечение нужно начинать срочно или когда заморозка яйцеклеток/эмбрионов невозможна.

Процедура проводится лапароскопически, занимает около 1 часа и не приводит к потере функции яичников. Замороженная ткань может храниться много лет. После завершения лечения и с разрешения онколога ткань яичника можно пересадить обратно, что позволяет восстановить гормональную функцию, менструальный цикл и в ряде случаев добиться естественной беременности.

Метод особенно важен для молодых пациенток и подростков. При раке молочной железы он допустим при индивидуальной онкологической оценке. Криоконсервация ткани яичника не гарантирует беременность, но в отдельных ситуациях является единственным реальным способом сохранить фертильность, поэтому важно обсуждать ее и планировать сразу после постановки диагноза с лечащим врачом.

## Вариант С: инъекции агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона во время химиотерапии (как дополнение)

Временное подавление функции яичников агонистом гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) во время химиотерапии может снизить риск химиотерапевтически индуцированной недостаточности яичников, что дает более высокую вероятность восстановления менструальной функции и, по данным исследований, повышенный шанс деторождения в будущем.

Однако этот подход не должен заменять признанные методы сохранения фертильности, которые описаны выше, если они возможны.

Побочные эффекты такого лечения могут напоминать временную менопаузу: приливы, нарушения сна, изменения настроения, сухость влагалища и др.

## Беременность после лечения рака молочной железы

Многие пациентки после лечения успешно вынашивают беременность и рожают здоровых детей. Крупные анали-

зы показывают, что беременность после рака молочной железы не ухудшает прогноз заболевания, в том числе при гормон-рецептор-положительном заболевании, – хотя сроки и индивидуальный риск рецидива имеют значение.

Для гормон-рецептор-положительного рака молочной железы исследование POSITIVE [1] показало, что у пациенток, которые прошли примерно 18–30 месяцев гормонотерапии, запланированное временное прерывание лечения для попытки беременности не сопровождалось более высоким краткосрочным риском онкологических событий по сравнению с пациентками, которые гормональную терапию не прерывали.

Обычно протоколы включают период отмены препарата (или «период вымывания») после прекращения гормональной терапии для попытки зачатия, чтобы действие гормональных препаратов не повлияло на зачатие и эмбрион, и последующее возобновление терапии после беременности.

## Контрацепция и сроки

Планировать беременность во время химиотерапии, лучевой терапии или эндокринной терапии опасно для пациентки. Часто используемый тамоксифен может навредить также развивающемуся плоду. Поэтому на фоне лечения необходима надежная контрацепция, а перед попытками зачатия обычно рекомендуют период отмены и ожидания («период вымывания»).

## Наследственный риск и генетическое тестирование эмбрионов

Если у пациентки выявлена наследственная мутация (например, BRCA1/2), может быть проведено преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ-М) в рамках экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), чтобы снизить вероятность передачи мутации ребенку. Стоит обсудить необходимость такого исследования с врачом-генетиком и репродуктологом.

## Основные ограничения и риски

К основным рискам и ограничениям относятся: отсутствие абсолютной гарантии наступления беременности, необходимость хирургического вмешательства, ограниченная доступность метода в ряде центров и невозможность его применения при отдельных системных онкологических заболеваниях. В ряде случаев препятствием могут стать организационные, временные и финансовые трудности. Кроме того, любое решение принимается индивидуально и только при условии, что оно не ухудшает онкологический прогноз, так как противоопухолевое лечение всегда имеет приоритет перед планированием беременности.

Восстановление или поддержание фертильности при раке молочной железы сегодня стало возможным благодаря достижениям медицинской науки и генетики и не является казусом – многие женщины после проведения специального противоопухолевого лечения получают возможность родить здоровых детей. Важно вовремя задаться этим вопросом и обсудить с лечащим врачом.

## Литература

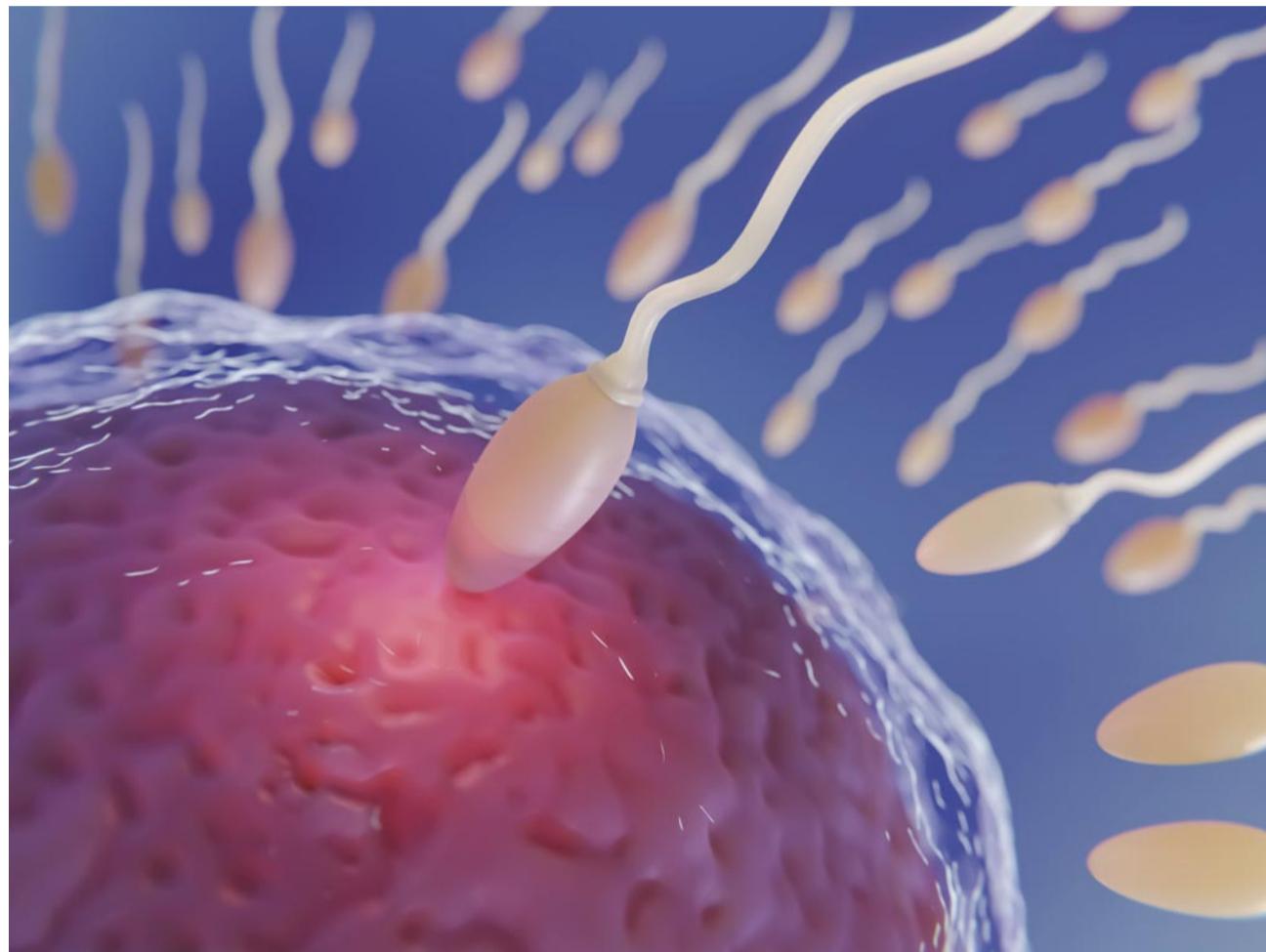
1. Partridge A. Pregnancy outcomes and safety in interrupting therapy for women with endocrine responsive breast cancer: initial results from the POSITIVE trial. San Antonio Breast Cancer Symposium, 2022; abstract GS4-09.

Кодзоева Д.Б., врач-онколог, аспирант отделения онкологии и реконструктивно-пластика хирургии молочной железы и кожи

Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

# Онкофертильность при онкологических заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Когда человек сталкивается с онкологическим заболеванием, его жизнь кардинально меняется. В этот момент на первый план выходит скорейшее начало противоопухолевого лечения. Но для многих пациентов также остается важным вопрос – смогут ли они стать родителями после выздоровления.



## Введение

Термин «онкофертильность» объединяет в себе два слова – «онкология» и «фертильность» (способность к зачатию) и занимается вопросами сохранения детородной функции у пациентов с онкологическими заболеваниями, которым предстоит или уже назначено специальное лечение.

## Почему важна онкофертильность?

Для многих людей, столкнувшихся с диагнозом злокачественного новообразования или рака, вопрос сохранения фертильности становится одним из самых острых. Он приобретает особое значение для пациентов, не имевших детей до установления онкологического диагноза. По данным исследований, до 70% пациентов, проходящих лечение от рака, выражают желание сохранить возможность деторождения. Потеря фертильности может привести не только к физическим, но и к психологическим последствиям, включая депрессию и тревожные расстройства.

## Влияние опухолей желудочно-кишечного тракта на репродуктивную функцию

В первую очередь важно отметить рост заболеваемости злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или органов пищеварения, таких как пищевод, желудок или кишечник, которые нередко диагностируются у людей репродуктивного возраста, что делает вопрос воспроизведения потомства крайне актуальным. Опухоли ЖКТ могут оказывать как прямое, так и косвенное воздействие на фертильность.

Например, при III стадии рака толстой кишки без отдаленных метастазов обычно проводится хирургическое лечение с последующей химиотерапией. Операция не влияет на фертильность, но повлиять на фертильность может ряд химиопрепараторов, включенных в схему лечения этого заболевания. При раке прямой кишки частым методом лечения является лучевая терапия на область таза и часто в дозах, несовместимых с сохранением фертильности. Методом выбора для сохранения фертильности у этих пациентов

является индукция суперовуляции, при отсутствии времени или возможности – забор кортекса яичника для последующей трансплантации перед началом лечения. Если планируется только лучевая терапия на область таза, рационально проведение лапароскопической транспозиции яичников или отдаления его от поля облучения. Если планируется химио- или лучевая терапия, то один яичник может быть транспонирован, второй – удален для заморозки яичниковой ткани.

Рассмотрим основные механизмы нарушения функционирования репродуктивной системы во время противоопухолевого лечения.

**1. Прямое воздействие опухолей.** Опухоли, расположенные в области органов малого таза (например, рак прямой кишки, метастатическое поражение яичников при раке желудка, канцероматоз брюшины и др.), могут вызывать механические препятствия для нормального функционирования репродуктивной системы.

**2. Гормональные изменения.** Некоторые опухоли могут выделять гормоны, которые влияют на овуляцию у женщин или на производство спермы у мужчин. Например, гормонально активные опухоли ЖКТ могут вызывать нарушения менструального цикла или даже аменорею.

**3. Химиотерапия** – токсичные лекарства, уничтожающие быстро делящиеся клетки. К таким относятся не только опухолевые, но и нормальные клетки яичников (у женщин) или сперматозоиды (у мужчин). Некоторые таргетные (нацеленные на конкретные «мишени» в раковых клетках) и иммунотерапевтические препараты тоже могут оказывать такое негативное влияние на репродуктивную функцию организма во время лечения. К сожалению, и после прекращения лечения репродуктивные клетки могут не восстановиться. Поэтому возможность деторождения необходимо оценивать и планировать до начала противоопухолевого лечения.

**4. Лучевая терапия.** Высокоэнергетическое излучение воздействует на опухоль, но, если она находится рядом с половыми органами (малый таз, область низа живота), может быть повреждена и репродуктивная система.

**4. Хирургическое вмешательство.** Операции по удалению опухолей могут потребовать удаления органов, необходимых для нормальной репродуктивной функции. Например, при удалении матки или яичников у женщин возможность забеременеть будет утрачена.

Очень важно поговорить с лечащим врачом о сохранении фертильности до начала лечения и провести все необходимые процедуры, чтобы заморозить половые клетки или эмбрионы. Позже, уже во время терапии, способность к деторождению может быть частично или полностью утрачена.

## Методы сохранения фертильности

### Для женщин

**1. Криоконсервация яйцеклеток.** Это наиболее распространенный метод для женщин. Процедура включает стимуляцию яичников для получения яйцеклеток, которые затем замораживаются для последующего использования. Эта методика позволяет сохранить здоровые яйцеклетки до начала онкологического лечения.

**2. Криоконсервация эмбрионов.** Если женщина замужем или имеет стабильные и длительные отношения и планирует использовать сперму партнера, то можно создать полноценные эмбрионы и также заморозить их для последующей подсадки в организм матери после завершения противоопухолевого лечения. Этот метод может быть более эффективным в плане будущего зачатия.

**3. Овариальная супрессия.** В некоторых случаях может быть рекомендовано применение гормональных препаратов для временной блокировки функции яичников во время химиотерапии. Это может помочь уменьшить риск повреждения яичников.

### Для мужчин

**1. Криоконсервация спермы.** Для мужчин заморозка спермы – это относительно простая процедура, которая также должна быть выполнена до начала лечения. Это позволяет сохранить возможность отцовства в будущем.

**2. Заморозка ткани яичка.** В случаях, когда мужчина не может получить эякулят, может быть взята и заморожена ткань яичка с незрелыми клетками. В будущем ее возможно использовать для получения сперматозоидов и проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

**3. Хирургическое извлечение сперматозоидов.** Если в результате лечения сперматозоиды не поступают в сперму естественным путем, то мужчине можно помочь хирургическим путем и получить половые клетки из ткани яичка или придатка.

**Использование донорских яйцеклеток или спермы.** В случаях, когда собственные клетки пациента повреждены или их невозможно получить, то можно рассмотреть возможность использования донорских клеток для зачатия.

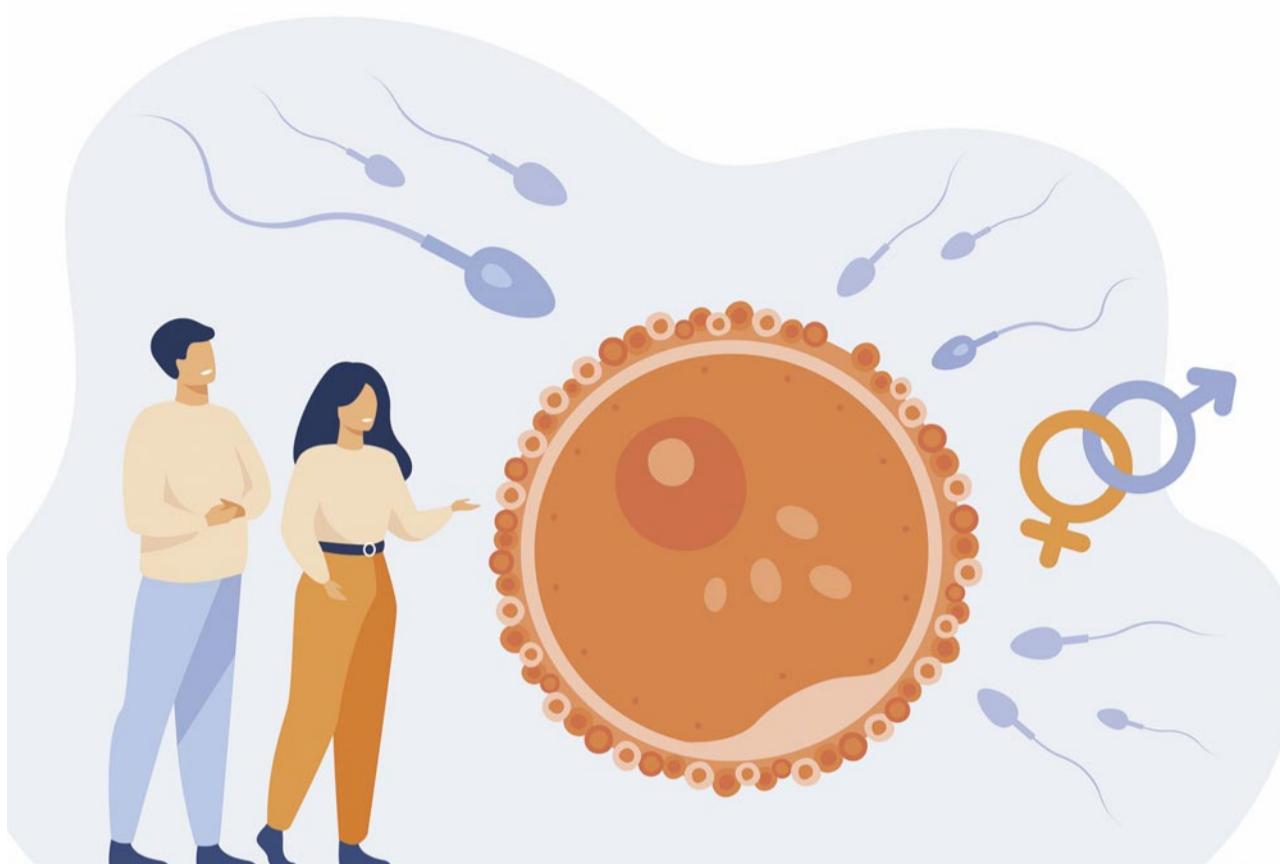
## Заключение

Онкологический диагноз – это не приговор для семьи и здорового потомства. Многие пациенты после лечения рака благополучно становятся родителями. Современная медицина предоставляет широкий спектр решений. Наиболее распространен способ ЭКО, в крайних случаях можно прибегнуть к суррогатному материнству или использовать донорские половые клетки – все варианты индивидуальны и обсуждаются с врачом на этапе планирования беременности. Главное – вовремя обратиться за помощью к специалистам.

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

ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА

# Сохранить шанс на жизнь и на будущее: о фертильности при лейкозах



За последние годы выживаемость пациентов с опухолевыми заболеваниями системы крови значительно выросла. Применение современных схем лечения позволяет достигать ремиссии даже в очень сложных случаях. Но некоторые препараты могут давать осложнения – нарушения фертильной функции, т.е. возможности иметь детей. Однако благодаря развитию науки и технологий пациенты с лейкозами после выхода в ремиссию и завершения лечения могут стать родителями. Как это работает – рассказывают эксперты: гематологи, репродуктологи, эмбриологи.

## С чего начинается разговор о фертильности

У мужчин все относительно просто, объясняет **Дарья Свищунова**, эмбриолог, младший научный сотрудник института биологии гена Российской академии наук (РАН), научный сотрудник Института молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта РАН: «Чтобы в будущем иметь возможность стать отцом, достаточно сдать сперму, жалательно перед началом терапии. Но даже если лечение уже началось и сперматозоидов очень мало, один можно "поймать" и использовать в будущем для оплодотворения. Материал можно сдавать несколько раз, криоконсервация проходит быстро. Врачи обычно направляют пациентов на процедуру сразу после постановки диагноза».

У женщин все сложнее. Речь идет не только о получении яйцеклеток, но и о том, чтобы верно подобрать момент, когда репродуктолог может выполнить свою работу, не помешав лечению основного заболевания.

## «Не бойтесь говорить о будущем»

«Онкологические заболевания могут выявляться в любом возрасте, в том числе у молодых пациентов – у тех, кто еще не успел завести детей», – рассказывает **Ирина Ершова**, кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог, репродуктолог, главный врач Prior Clinic, старший научный сотрудник отделения репродуктологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского».

Возраст – ключевой фактор в вопросе рождения детей: с каждым годом уменьшается овариальный резерв, снижается количество и качество яйцеклеток.

«Мы нередко сталкиваемся с ситуацией, когда нужно бороться на двух фронтах – с заболеванием и со временем, –

говорит врач. – При этом химиотерапевтические препараты могут вызывать быстрое истощение фолликулярного резерва. Но важно помнить, что при применении некоторых схем лечения функция яичников может восстанавливаться, особенно если пациентке меньше 35 лет». Не менее рискованным остается облучение: при воздействии на пахово-подвздошные области аменорея (длительное отсутствие месячных) наступает почти в 100% случаев, однако при облучении зон выше диафрагмы вероятность нарушения функции яичников минимальна.

«Если выявляется опухолевое заболевание, нужно как можно раньше обсудить возможность сохранения фертильности. Но важно помнить, что в некоторых случаях начинать лечение надо незамедлительно, и тогда врачи в первую очередь держат фокус на сохранении жизни пациентки», – добавляет Ирина.

Все решения, касающиеся фертильности, всегда принимаются коллегиально: репродуктолог оценивает состояние яичников, овариальный резерв, перспективы восстановления функции после лечения, гематолог дает прогноз по основному заболеванию и определяет, насколько безопасно вмешательство и можно ли сдвинуть срок старта терапии.

## Какие методы доступны сегодня

Современная репродуктивная медицина предлагает несколько способов сохранения фертильности. Выбор зависит от возраста пациентки, диагноза, схемы терапии и времени до начала лечения.

## Криоконсервация ооцитов и эмбрионов

Это самый распространенный вариант. Процедура аналогична стандартной программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО): стимуляция, пункция фолликулов, забор яйцеклеток, заморозка.

Далее – либо хранение замороженных ооцитов, либо оплодотворение и заморозка эмбрионов. Преимущество хранения ооцитов в том, что женщина распоряжается ими самостоятельно, без участия партнера. Оплодотворение и заморозка эмбрионов требуют согласия обоих.

«Идеальная схема – часть ооцитов заморозить, часть оплодотворить и криоконсервировать уже эмбрионы. Так мы сохраняем максимум шансов на будущее», – объясняет Ирина Ершова.

## Если нет времени ждать

Иногда между постановкой диагноза и началом терапии остаются считанные дни. В таких случаях, если позволяет состояние пациентки и получено разрешение гематолога, используется технология **IVM (in vitro maturation)** – созревание яйцеклеток в лаборатории без предварительной гормональной стимуляции.

«Мы можем извлечь клетки из яичников, когда времени на стимуляцию просто нет. В лаборатории они дозревают и уже потом проходят заморозку», – рассказывает эмбриолог Дарья Свищунова.

Единственный способ сохранить фертильность у девочек предпубертатного возраста – криоконсервация ткани яичников. Из яичников извлекают участки, содержащие незрелые фолликулы, и замораживают их. После завершения лечения ткань может быть возвращена обратно, и менструальная функция восстанавливается примерно у 90% пациенток в течение 4–5 месяцев.

Метод сложный и дорогостоящий, но дает шанс на естественную беременность. Есть данные о рождении здоровых детей после таких операций.

## Транспозиция яичников

Если предстоит лучевая терапия, яичники можно временно «переместить» за пределы зоны облучения. Это хирургическая процедура, которая помогает сохранить их функцию, особенно при локализованных опухолях малого таза.

## Когда можно, а когда нельзя: взгляд гематолога

Многие пациентки боятся, что гормональная стимуляция при ЭКО может повлиять на течение болезни. «Это частый страх, – говорит **Залина Фидарова**, врач-гематолог, заведующая отделением химиотерапии гемобластозов и депрессий кроветворения с блоком трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России. – Но важно понимать: заболевания крови не относятся к гормонозависимым. Препараты, которые используются для стимуляции овуляции, не влияют на течение лейкозов или лимфом. Главное – не попасть в период активной химиотерапии. У нас есть короткие "окна" между курсами, и именно в это время мы можем позволить репродуктологу вмешаться». Такой подход требует идеальной синхронизации между пациенткой, гематологом и репродуктологом. «Иногда все решает пара дней», – отмечает гематолог.

## Беременность возможна после лечения

Когда лечение завершено, главный вопрос – можно ли планировать беременность и когда. Единого ответа нет: все зависит от типа заболевания и схемы терапии. Обычно врачи рекомендуют подождать от шести месяцев до двух лет.

Однако перед планированием беременности важно обсудить все за и против с гематологом, пройти обследование, выполнить все рекомендованные исследования. В некоторых случаях пациентке может быть рекомендовано суррогатное материнство.

«Есть много историй, где именно этот путь помог людям стать родителями, – добавляет Ирина Ершова. – Все индивидуально. Главное – чтобы человек знал, что у него есть выбор».

## Оставить себе место для маневра

«Пациенты должны знать, что лечение опухолевых заболеваний может привести к бесплодию и преждевременной менопаузе. Но это не значит, что нужно отказываться от мечты стать родителями в будущем». Современные наука, медицина и технологии в этом целиком и полностью на стороне пациентов.



# Диагноз не ставит точку: психологическая поддержка женщин, планирующих материнство

Каждая женщина, услышавшая диагноз «рак», сталкивается не только с физическими испытаниями, но и с целым вихрем чувств – шоком, страхом, растерянностью, неверием, вопросами «почему я?» и «за что?». Это естественная реакция на внезапную, экстремальную ситуацию, когда привычный мир рушится, а будущее кажется неопределенным. И все же даже в такой момент важно помнить: жизнь продолжается! И вместе с ней сохраняются надежды на здоровье, любовь, возвращение к себе и материнство.



## Будущее только кажется невозможным

Исследование «Репродуктивные планы у женщин с раком молочной железы», проведенное онкорепродуктивным психологом Е.С. Назимовой при содействии Службы «Ясное утро» и представленное на ежегодной конференции Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) «Репродуктивные технологии сегодня и завтра» в

сентябре 2025 г., показало, что 77% женщин в момент постановки диагноза переживают максимальный уровень тревоги, а 70% из них уже на этом этапе нуждаются в психологической поддержке. Это не слабость, а естественная человеческая реакция на неопределенность и угрозу. Но именно здесь психологическая помощь может стать тем самым опорным камнем,

который позволит восстановить контроль над жизнью и принять важные решения – в том числе о сохранении фертильности.

Результаты исследования подчеркивают: помочь психолога необходима не после завершения лечения, а с самого начала пути – когда женщины предстоит принять решения, влияющие на ее здоровье, будущее и возможность материнства.

## Почему так важно говорить о будущем

Многие пациентки признаются: «Жаль, что нам не говорят, что это возможно, что даже рак не приговор для материнства». Современные подходы к лечению позволяют сохранять репродуктивную функцию, а программы онкофертильности открывают женщинам шанс стать мамой после терапии. Главное – вовремя узнать о такой возможности и получить поддержку специалистов. Поддержка психолога, близких и врачей необходима не только при постановке диагноза, но и на всех последующих шагах от обследования до восстановления после лечения.

## Какую роль играет психологическая помощь

Психолог помогает женщине осознать, что ее чувства нормальны. Важно пройти путь от шока к принятию, от страха – к действию. Психолог поддерживает в диалоге с врачами, помогает задать нужные вопросы, разобраться в сложной информации и принять решение, соответствующее ценностям и жизненным целям самой женщины.

Работа психолога должна быть встроена в процесс принятия решения о сохранении фертильности, начиная с этапа обследования и заканчивая периодом после лечения. Это помогает снизить уровень тревоги, восстановить ощущение контроля и дать место надежде.

## Вместо точки запятая

Лечение онкологии – это пауза, время, когда важно окружить себя поддержкой, вниманием и заботой. Женщины, столкнувшиеся с онкологическими заболеваниями, сохраняют невероятную силу, способность любить и мечтать. И с правильной поддержкой мечты становятся достижимыми.

Если вы или ваши близкие столкнулись с подобными трудностями – вы не одни.

## Где найти поддержку?

Вы можете получить психологическую, информационную и юридическую поддержку бесплатно, анонимно и круглосуточно. Просто позвоните на горячую линию Службы помощи онкологическим пациентам и их близким «Ясное утро» по номеру 8-800-100-0191.

Там вас услышат, подскажут и поддержат – даже тогда, когда кажется, что больше невыносимо. Специалисты Службы также помогут разобраться вам с вопросами лечения, прав и льгот.

Морозова Алина,  
специалист-психолог Службы «Ясное утро»

Ясное  
утро  
Круглосуточная поддержка  
в борьбе с раком



# Программа вспомогательных репродуктивных технологий



В соответствии с подп. «б» п. 31 приказа Минздрава России от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» одним из показаний для криоконсервации биоматериалов является сохранение фертильности онкологических больных перед лучевой и химиотерапией. К сожалению, на сегодняшний день главный документ, маршрутизирующий путь онкологического пациента, носящий название «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», утвержденный приказом Минздрава России от 19.02.2021 №116н, не содержит пункта об обязательности консультации врача гинеколога-репродуктолога для женщин репродуктивного возраста, желающих сохранить репродуктивный материал для отсроченного деторождения, что, на взгляд пациентского и медицинского сообщества, крайне необходимо. Не будем повторять прописные истины о том, что лечение онкологического заболевания чревато самыми неприятны-

ми последствиями для будущего деторождения. Исходя из статистики обращений в МОД «Движение против рака», мы видим достаточное количество пациентов в возрасте от 30 до 45 лет – особенно в таких нозологиях, как рак молочной железы, рак легкого, рак шейки матки. Зачастую эти пациенты имеют не более одного ребенка или вообще не имеют детей, но планировали их в будущем. Важность консультации гинеколога-репродуктолога в данной ситуации переоценить сложно.

Базовая программа вспомогательных репродуктивных технологий по криоконсервации эмбрионов и переносу криоконсервированных эмбрионов входит в систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

Не входит в систему ОМС:

- хранение половых клеток и эмбрионов;
- использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов;
- генотипирование.

После прохождения процедуры криоконсервации биоматериалов пациент может начать лечение онкологического заболевания.

## Сложности, с которыми сталкивается онкологический пациент

Прежде всего это, как мы уже сказали выше, отсутствие информированности. К сожалению, у пациента не всегда получается пройти этап диагностирования своевременно, поэтому человек, столкнувшийся с диагнозом впервые, чаще всего находится в состоянии полной растерянности и задается вопросом, что делать и почему это произошло именно с ним. И здесь крайне важно выбрать подходящее время для консультации о возможности криоконсервации, когда пациент уже знает о своем диагнозе, но шок от осознания уже пройден.

Насколько нам известно, экспертами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России разработан проект методического письма о порядке информирования онкологических больных перед проведением химио- и лучевой терапии, о возможности криоконсервации биоматериалов с целью сохранения фертильности, а также маршрутизации пациентов для получения данного вида медицинской помощи. Межрегиональное общественное движение «Движение против рака» также внесло в данный проект предложения о своевременности информирования пациентов, а также включении в информационную программу для пациенток памятки, в которой будут перечислены этапы криоконсервирования за счет средств ОМС и за счет личных средств граждан. Обращаем внимание, что, согласно п. 43 приказа Минздрава России от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», хранение криоконсервированных биоматериалов осуществляется за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Надеемся, что данная инициатива найдет отражение в регламентирующих документах.

Маргевич Галина,  
МОД «Движение против рака»



**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

# Подними паруса надежды: секреты успешной реабилитации

Современная онкология отходит от представления о реабилитации как о мероприятии «постфактум», переходя к концепции непрерывной и интегрированной реабилитации.



В современной медицине одним из ключевых аспектов эффективного лечения онкологических заболеваний является медицинская реабилитация. О важности ранней диагностики, инновационных методиках восстановления и особенностях психосоциальной поддержки женщин, прошедших противоопухолевое лечение, рассказывает опытный специалист, врач-онколог, радиотерапевт, доктор медицинских наук, доцент, заведующая отделом медицинской реабилитации и восстановительных технологий Медицинского радиологического научного центра (МРНЦ) имени А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, профессор кафедры «Акушерство и гинекология» Обнинского института атомной энергетики – Национального исследовательского ядерного университета «МИФИ» Лиана Сирекановна Мкртчян. Ее богатый профессиональный опыт и уникальный подход помогают тысячам женщин вернуться к активной и качественной жизни после болезни.

– Лиана Сирекановна, поделитесь своим видением идеальной модели организации медицинской помощи женщине, переживающей онкологическое заболевание. Когда начинается реабилитационный этап и кто принимает решение о направлении пациентки на восстановление?

– Реабилитационный этап у женщин, переживающих онкологическое заболевание, должен начинаться как можно раньше, идеально – до начала противоопухолевого лечения, и продолжаться на протяжении всего пути пациента. Реабилитацию стоит начинать так рано и продолжать непрерывно потому, что хорошо подготовленный организм лучше справляется с токсичностью химио- и лучевой терапии, а это и есть гарантия конечной эффективности проведенных многокомпонентных программ лечения основного заболевания и ускоренного возвращения в социум. Современная онкология отходит от представления о реабилитации как о мероприятии «постфактум», переходя к концепции непрерывной и интегрированной реабилитации. Онкологи и радиотерапевты не всегда знают о возможностях реабилитации, в этом также мы видим одну из основных задач федеральных центров – информировать профильных специалистов, что как раз и позволит активно направлять пациентов к медицинскому реабилитологу.

– Существует мнение, что реабилитация должна начинаться еще до начала основной противораковой терапии. Согласны ли Вы с таким утверждением и если да, то какие мероприятия проводятся заранее?

– Мы так и поступаем в нашем Центре, потому что понимаем эффективность такого подхода. Предреабилитация стартует с момента постановки диагноза и до начала любого противоопухолевого лечения (операция, химиотерапия, лучевая терапия). Необходимо подготовить организм пациентки к предстоящему стрессу от лечения, улучшить ее функциональные резервы, снизить риски осложнений и ускорить восстановление. Проводится нутриционная поддержка, физические упражнения для улучшения кардиореспираторной функции, мышечной силы. Исследованиями показано, что предреабилитация снижает риск послеоперационных осложнений и улучшает качество жизни. К тому же, занимаясь физическими упражнениями, контролируя свой рацион, подходя к лечебному процессу осознанно, пациентка не фиксируется на негативных эмоциях и переживаниях, а значит, существует в более комфортной психологической атмосфере. Важное место занимают занятия с клиническим психологом: работа с тревогой, страхом, обучение стратегиям совладания со стрессом, а также информирование о пред-

стоящем лечении, возможных побочных эффектах и способах их профилактики, управления. Мы рассказываем пациенткам, почему важен отказ от вредных привычек – курения, злоупотребления алкоголем: это позволит не только улучшить переносимость хирургического вмешательства, но и, как показывают многочисленные исследования и наш опыт, ускорить регрессию опухоли при проведении лучевой терапии.

– Как строится маршрутизация пациенток после окончания основного лечения (операция + химиотерапия / лучевая терапия)? Кто сопровождает женщину на этапе перехода от активного лечения к восстановительному периоду?

– Необходимо отметить, что реабилитация должна проводиться в том числе и во время лечения – на протяжении всего курса химиотерапии, лучевой и таргетной терапии. Целью является минимизация острых побочных эффектов лечения, поддержание максимально возможного уровня физической активности, предотвращение прерывания лечения. С этой целью мы рекомендуем дозированную физическую активность, ежедневные прогулки, техники релаксации и оптимизации сна. Во время прохождения лечения наши пациентки занимаются с инструктором по лечебной физкультуре, мы активно используем возможности интегративной медицины: проводится музыкальная терапия, занятия нейрографикой, танцами. Мы также используем физиотерапевтические процедуры и медикаментозные препараты регенерирующего действия для предотвращения развития тяжелых лучевых осложнений. Кроме того, в межкурсовый период проводится целый комплекс процедур для коррекции проявлений периферической полинейропатии (нарушение чувствительности, онемение в области кистей и стоп), которые спровоцированы проводимым химиотерапевтическим лечением.

Реабилитация после завершения активного лечения направлена на восстановление сниженных или утраченных функций. На этом этапе важно справиться с долгосрочными побочными эффектами, улучшить качество жизни, помочь пациентке вернуться к повседневной социальной и профессиональной деятельности. Для этого используем возможности физической реабилитации: специализированные упражнения (например, при лимфедеме после мастэктомии), различные массажные техники, в том числе и лимфодренажные, тейпирование. Большое место в восстановительном лечении на этом этапе занимает физиотерапия с использованием различных энергий – лазерной, магнитной, электротерапии по разработанным схемам в низкоэнергетических, низкочастотных режимах. Это миф, что физиотерапевтические процедуры противопоказаны онкологическим пациентам! Этой неправильной точки зрения, к сожалению, придерживаются и онкологи, и нам приходится проводить для коллег научно-образовательные семинары, что способствует формированию их активной позиции в отношении постлечебной реабилитации онкобольных. Психологическая реабилитация включает работу с посттравматическим стрессом, депрессией, тревогой, страхом рецидива; нутриционная коррекция нацелена на восстановление нормального питания, борьбу с последствиями химиоиндуцированной мальабсорбции, поддержание массы тела в «здоровом» интервале. В ряде случаев нужна работа сексуальными дисфункциями, вызванными лечением.

Благодаря современным достижениям клинической онкологии пациенты живут долго, поэтому мы говорим и о долгосрочной реабилитации, т.е. на протяжении всей жизни. Вот так и выглядит модель реабилитации в идеале. В нашем Центре мы действуем по такой отработанной схеме, при этом женщину сопровождает команда реабилитологов, в которой есть все необходимые специалисты, а объем восстановительных процедур и методик подбирается индивидуально.

– Эффективная коммуникация и координированная работа специалистов различного профиля играют ключевую роль в достижении положительных результатов в лечении и реабилитации онкологических пациентов. Поделитесь, пожалуйста, примером конкретной клинической ситуации, когда совместное взаимодействие помогло существенно улучшить исход лечения пациентки.

– Общаясь с пациентками, которые находятся в ремиссии, онкологи зачастую удивляются отсутствию у них оптимизма. К сожалению, жалобы, которые наблюдаются после противоопухолевого лечения, резко снижают качество жизни женщин и влияют на различные аспекты жизни, в том числе и семейные отношения. Типичная ситуация – пациентка после комбинированного лечения (операция и химиолучевая терапия) по поводу рака шейки матки обратилась с жалобами на отек внутренней поверхности бедер, нарушение мочеиспускания, сухость влагалища, повышенную травматизацию слизистой влагалища, дискомфорт при половом контакте, чувство онемения стоп, шаткость походки. Наблюдалась регулярно у онколога по месту жительства, проводились только контрольные обследования для исключения прогрессирования основного заболевания, а по поводу возникших побочных эффектов противоопухолевого лечения



ничего не предлагалось. И вот в социальной сети пациентской ассоциации «Здравствуй!» она увидела историю женщины об успешно проведенной комплексной реабилитации в отделении медицинской реабилитации МРНЦ имени А.Ф. Цыба. Пациентка записалась через колл-центр к медицинскому реабилитологу, а далее был консилиум мультидисциплинарной реабилитационной команды, в состав которого, наряду с реабилитологом, входят также психолог, невролог, онкогинеколог, радиотерапевт. Был составлен индивидуальный план медицинской реабилитации, включающий: лечение эпителиита и атрофических изменений влагалища – восстановление слизистой влагалища биорегенерантами и препаратами на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты; лечение лучевого цистита – инстилляции в мочевой пузырь гиалуронсодержащих препаратов; лечение лимфостаза нижних конечностей – мягкий дренирующий массаж нижних конечностей, лимфопрессотерапия, низкоинтенсивная магнитотерапия, ежедневные занятия с инструктором по лечебной физкультуре с акцентом на мышцы нижних конечностей и дыхательную гимнастику; коррекцию полиневропатии – магнито-лазеротерапия на кисти рук и стоп, лазеропунктура на точки выхода нервов, назначенный неврологом курс медикаментозной терапии; стабилизацию психоэмоционального состояния – групповые и индивидуальные занятия с психологом, участие в групповых занятиях нейрографикой и танцами. Фактически в течение двух недель был проведен полноценный курс комплексной реабилитации, наша пациентка была выписана со значительным улучшением, были даны рекомендации. А через месяц к нам приехала счастливая женщина, победившая рак и живущая полноценной жизнью! Это история сотен наших пациенток, женщин, чувствующих уверенность в будущем дне!

**– По Вашему мнению, какую роль играет психологическое сопровождение пациенток в процессе реабилитации и как оно влияет на успех выздоровления?**

– Вы совершенно правильно поставили вопрос! Не просто «консультация психолога», а именно психологическое сопровождение играет важнейшую, в то же время очень недооцененную роль в процессе реабилитации. Мы мало задумываемся над тем, что рак – это не просто физическая болезнь, это еще и психологическое, духовное потрясение, которое отражается на жизни женщины, иногда буквально ломая ее...

А ведь подготовленный психолог может:

- ➊ помочь в адаптации к онкодиагнозу и неизбежным изменениям в жизни (принятие реальности, работа с травмой, переработка образа тела);
- ➋ понизить градус тревожности и депрессии (методы релаксации, когнитивно-поведенческие стратегии);
- ➌ повлиять на чувство беспомощности и безнадежности (поиск внутренних ресурсов);
- ➍ повысить приверженность к лечению и его переносимости.

возрастной группе. Разница состоит в физиологических резервах и сопутствующих заболеваниях, в конечных целях восстановительных программ, даже в спектре осложнений и токсических последствий противоопухолевого лечения. Различаются, конечно, и сами модальности реабилитационных мероприятий, и их интенсивность. У молодых пациенток выше физиологические резервы, они быстрее восстанавливаются после лечения, у них значительно меньше сопутствующих хронических заболеваний, они способны переносить достаточно интенсивные физические нагрузки.

У пожилых пациенток развивается саркопения, снижается минеральная плотность костей, наблюдается дисфункция разных органов и систем, что выливается в высокую частоту сопутствующих хронических заболеваний (сердечно-сосудистые, диабет, артрит) и, как следствие, требует более осторожного подхода к объему восстановительных мероприятий и тесной координации с узкими специалистами (кардиологи, неврологи и т.д.). А полипрагмазия (прием множества лекарств) увеличивает риск побочных эффектов и взаимодействий.

Именно поэтому в нашей реабилитационной команде есть гериатр, консультирующий пожилых пациенток до начала лечения. Именно такой подход позволяет корректировать не только лечебные, но и реабилитационные программы, адаптируя их под резервы организма.

**– Каково значение инноваций и новых технологий в реабилитации онкопациентов и какие перспективные технологии внедряются сегодня?**

**“ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЭТАП У ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДОЛЖЕН НАЧИНАТЬСЯ КАК МОЖНО РАНЬШЕ, ИДЕАЛЬНО – ДО НАЧАЛА ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ, И ПРОДОЛЖАТЬСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ПУТИ ПАЦИЕНТА. ”**

И это далеко не все. У нас в команде грамотный клинический психолог, абсолютно на равных участвующий в реабилитационном процессе. Сегодня правильно говорить о том, что психологическая помощь – это неотъемлемая часть практической онкологии.

**– Многие пациентки сталкиваются с проблемами интимного характера после перенесенного онкологического заболевания. Насколько значима эта проблема и какими способами решается?**

– К сожалению, тема сексуальных дисфункций, возникающих как следствие противоопухолевого лечения, до сих пор табуирована. Хорошо, что мы затронули эту тему в интервью. Современный подход должен быть комплексным, мультидисциплинарным и персонализированным. Сексуальная реабилитация должна быть интегрирована в общий план лечения и реабилитации, а не быть отдельным, второстепенным компонентом. Важна так называемая проактивность. Врачи должны активно предлагать помощь, а не ждать, пока пациентка сама обратится с этим вопросом. Подход должен быть максимально индивидуальным, с учетом диагноза, стадии, особенностей лечения, возраста, культурно-образовательного уровня, личных предпочтений женщины.

Наше отделение – одно из немногих реабилитационных отделений в нашей специальности, где решению этой проблемы уделяется достаточно много внимания: от профилактики лучевого вагинального стеноза с использованием силиконовых дилататоров до применения объемообразующих гелей на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты, отечественных биорегенерантов нового поколения (Сферогель), радиоволновых и лазерных технологий. Комплекс лечебно-эстетических технологий направлен на восстановление женского здоровья, которое неизбежно страдает вследствие противоопухолевой терапии. Многие методики родились непосредственно в наших стенах, и мы их подбираем индивидуально под каждую конкретную ситуацию.

**– Лиана Сирекановна, есть ли разница в подходе к реабилитации молодых и пожилых пациенток? Если да, то какая и почему?**

– Да, безусловно, существует значительная разница в подходах к реабилитации молодых и пожилых пациенток, переживающих онкологическое заболевание. Эти различия обусловлены физиологическими, психологическими, социальными и функциональными особенностями в каждой



– Инновации и новые технологии переводят реабилитацию на качественно другой уровень, открывают новые возможности для улучшения физического, психологического благополучия. Они позволяют сделать реабилитацию более эффективной, персонализированной, доступной. Перспективные технологии – системная магнитотерапия: отечественный аппарат магнитотурбогенератор создает внутри себя вихревое магнитное поле. Мы активно используем его возможности при лечении осложнений после химиотерапии, в послеоперационном периоде, лечении лучевых реакций и повреждений, коррекции болевого синдрома и климактерических нарушений у пациенток. Многие представители в профессиональной среде говорят о виртуальной реальности (virtual reality, VR) и дополненной реальности (augmented reality, AR), что подразумевает создание иммерсивных и интерактивных тренировочных сред для улучшения баланса, координации, силы, выносливости. VR может использоваться для реабилитации после операций на тазовых органах, уменьшения нейропатической боли, улучшения подвижности плечевого сустава после мастэктомии. В нашем Центре мы начинаем внедрение таких технологий, и это позволит в несколько раз повысить эффективность реабилитационного процесса.

# Право на жизнь: как защитить права онкологических пациентов?



Сегодня мы беседуем со **Светланой Евгеньевной Боковой** – председателем Исполнительного комитета Межрегионального общественного движения (МОД) «Движение против рака» и членом Общественного совета при Министерстве здравоохранения Российской Федерации по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. За годы существования «Движение против рака» приобрело статус влиятельной общественной структуры, защищающей права онкологических пациентов и добившейся серьезных успехов в обеспечении качественного и доступного лечения в России. Именно эта активная позиция стала поводом для встречи с лидером Движения, Светланой Евгеньевной, на которой мы предполагаем разобраться в механизмах защиты прав онкологических пациентов, особенностях совместной работы с Министерством здравоохранения РФ и планах на ближайшее будущее. Давайте узнаем, какой вклад внесла организация в развитие отечественного здравоохранения, как устроены внутренние процессы Движения и какие новые инициативы ждут нас впереди!

– «Движение против рака» активно работает над защитой прав пациентов. Каковы основные цели организации и как они реализуются на практике? Какие главные приоритеты и инициативы Движения направлены на защиту прав онкологических пациентов?

– Межрегиональное общественное движение «Движение против рака» создано онкологическими пациентами, их родственниками, онкологами и людьми, неравнодушными к проблеме, в 2008 г. Главная цель движения – помочь онкологическим и онкогематологическим пациентам в реализации прав на лекарственное обеспечение, своевременную диагностику, доступ к инновационным методам лечения, оформление инвалидности и реабилитационные мероприятия.

МОД «Движение против рака» активно сотрудничает с органами здравоохранения, онкодиспансерами и врачами-онкологами в целях контроля соблюдения и реализации прав онкологических и онкогематологических пациентов. Одним из ключевых направлений деятельности МОД «Движение против рака» является деятельность горячей линии информационно-правовой поддержки и просвещения онкологических и онкогематологических пациентов. Горячая линия принимает большое количество запросов от пациентов и их родственников со всей России, помогает ориентироваться в вопросах медицинского обслуживания, лекарственного обеспечения, восстанавливает права, нарушенные в сфере здравоохранения и т.п. Основная задача проекта – обеспечить поддержку каждого обратившегося пациента или его близкого до тех пор, пока в ней существует необходимость. Только за первые девять месяцев 2025 г. на горячую линию поступило 5292 обращения от онкологических и онкогематологических больных и их родных. Ежегодно число обращений достигает примерно восемь тысяч.

– Не секрет, что доступность качественной медицинской помощи остается одной из ключевых проблем российского здравоохранения. Какие шаги Вы с коллегами предпринимаете для улучшения доступности специализированной медицинской помощи онкологическим больным в регионах России?

– «Движение против рака» активно работает над повышением доступности специализированной медицинской помощи онкологическим больным в регионах. Одним из ключевых проектов текущего 2025 г. стал проект «Онкологический пациент в фокусе» – серия дискуссий с участием представителей Минздрава России, региональных онкологических служб и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС). На мероприятиях обсуждались важнейшие вопросы функционирования онкологической службы и проблемы, с которыми

сталкиваются онкологические и онкогематологические пациенты в регионах.

По результатам обсуждений выяснилось, что основной проблемой остается недостаточный уровень финансиро-

ванию: необходимы увеличение норматива расходов и повышение объемов предоставляемой медицинской помощи. Уже направлены соответствующие предложения по данному вопросу при подготовке программы государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Мы осознаем, что дополнительные ресурсы возможно

изыскивать даже внутри самой системы здравоохранения, однако добиться существенных изменений без пересмотра существующих нормативов практически невозможно.

– Светлана Евгеньевна, какие программы и мероприятия в рамках «Движения против рака» Вы организуете для повышения уровня профилактической грамотности россиян?

– На наших ресурсах мы регулярно размещаем информацию об изменениях в порядке проведения диспансеризации и реализации скрининговых программ. Особенностью 2024 г. стало наше особое внимание к диагностике рака молочной железы. Благодаря нашим усилиям было проведено обследование более тысячи женщин из разных уголков страны, средний показатель выявленных заболеваний составил около 5%.

Кроме того, нами была запущена серия тематических подкастов под названием «Это тоже лечится». Эти выпуски адресованы как самим пациентам, так и людям, далеким от проблем онкологии. В подкастах доступным языком рассказывается о важности регулярных визитов к врачу, прохождении профилактических осмотров и обо всех стадиях диспансеризации.

– Сегодня общественные организации играют ключевую роль в развитии взаимодействия государства и гражданского общества. Вы представляете крупный координационный центр, объединяющий усилия разных регионов. Как Ваша деятельность помогает развивать сотрудничество между региональными организациями и федеральными органами власти?

– Давайте подробнее рассмотрим структуру нашей организации. Важно понимать, что наши региональные отделения – это не самостоятельные юридические лица. Все регионы объединены единым юридическим лицом, по-

этому наша организация действует централизованно, а не через обособленные подразделения. Однако мы активно сотрудничаем с различными пациентскими объединениями в регионах. Во время проводимых мероприятий и ини-

**“НИКТО НЕ ДОЛЖЕН БОРОТЬСЯ ПРОТИВ РАКА В ОДИНОЧСТВЕ.”**

циатив мы охотно обмениваемся опытом с коллегами из местных организаций. Это касается как методик эффективной помощи пациентам, так и способов продуктивного взаимодействия с федеральными органами власти.

– Наряду с медицинским лечением поддержка пациентов должна включать психосоциальную реабилитацию и создание условий для полноценной жизни вне зависимости от диагноза. Как «Движение против рака» поддерживает онкологических пациентов и членов их семей помимо решения медицинских вопросов?

– Нашей организацией оказывается разнообразная поддержка онкологическим и онкогематологическим пациентам, включая юридическую и психологическую помощь. Чаще всего пациенты обращаются именно за правовой консультацией, но мы также обеспечиваем и квалифицированную психологическую поддержку. Наши клинические психологи, имеющие более 10 лет профессионального опыта, работают непосредственно с больными и их близкими. Они оказывают необходимую помощь, консультируя пациентов лично либо дистанционно до тех пор, пока человек не почувствует себя готовым самостоятельно справиться с ситуацией.

Наши специалисты способны отличить ситуации, когда пациенту достаточно психологической коррекции, от случаев, требующих подключения психотерапии или медикаментозного вмешательства. Психологи помогают пациентам и их близким точно определить характер своей проблемы и дают рекомендации относительно дальнейших шагов, а также разъясняют, как корректно описать свое состояние медицинскому специалисту.

– В некоторых регионах остро стоит проблема лекарственного обеспечения. Какие механизмы предусмотрены для защиты права онкологических пациентов на доступ к необходимым препаратам?

– Необходимо подчеркнуть, что в нашей стране имеется значительная нормативно-правовая база, обеспечивающая бесплатное предоставление лекарственных препаратов пациентам. Тем не менее, как и любая система, этот механизм порой дает сбой. Подтверждением служат ча-

стые обращения, связанные с проблемами лекарственного обеспечения, которые поступают на нашу горячую линию. Этот показатель стабильно держится на уровне около 30% от общего числа звонков в течение последних лет. Особенно остро стоит вопрос с медикаментами, отсутствующими в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Хотя процедура предоставления таких лекарств формально предусмотрена, реальные трудности возникают из-за экономических факторов и длительности закупок. Важнейшей проблемой остается разрыв преемственности между назначением федеральных центров и реалиями регионального уровня. Процесс оформления назначения препарата может занять три месяца и дольше.

Например, в настоящее время возникла серьезная ситуация с лечением группы пациенток с раком молочной железы в одном регионе. Их фактически сняли с терапии, которая им помогала. Всем известно, насколько тяжела онкологическая патология и насколько важно избегать перерывов в лечении.

Мы стараемся оказывать комплексную поддержку пациентам, обратившимся к нам: помогаем с маршрутизацией, информированием, составлением жалоб и обращений, выступаем посредниками в диалоге с регионами от имени организации. Однако далеко не все проходит гладко, особенно осложняет дело длительность ожидания ответов на запросы в пределах установленных сроков – 30 дней. Для онкобольных каждый день имеет значение, и хотелось бы, чтобы их голоса были услышаны быстрее. Мы неоднократно предлагали сократить сроки рассмотрения заявок в отдельных ситуациях до 10 рабочих дней, но, увы, наши инициативы пока остаются без внимания.

– Совместная работа Министерства здравоохранения РФ и общественных организаций позволяет решать важные социальные и медицинские задачи, делая медицинскую систему более эффективной и гуманной. Как, на Ваш взгляд, взаимодействие с Министерством здравоохранения РФ помогает решать ключевые проблемы онкологии в России?

– Прежде всего, стоит отметить открытость Министерства здравоохранения РФ к конструктивному диалогу с пациентскими организациями. Наше движение поддерживает тесное сотрудничество с министерством: мы ведем регулярную переписку, участвуем в работе общественных советов и рады, когда наши обращения получают отклик. Мы прекрасно осознаем, что не существует мгновенного решения всех трудностей, с которыми сталкивается пациентское сообщество, но считаем важным продолжать работу, направленную на улучшение качества жизни онкопациентов.

Среди важных достижений прошедшего периода отметим ряд нововведений, включенных в обновленную версию Программы государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания медицинской помощи на 2025 г. Среди них – внедрение формы стационарного лечения на дому, достигнутое благодаря совместным усилиям пациентских сообществ и Министерства здравоохранения РФ. Другое значимое изменение – расширение мер по охране репродуктивного здоровья, а также ускоренное включение новых препаратов в список гарантированных государством медикаментов.

– Создание инфраструктуры психологической и социальной поддержки пациентов требует значительных



рячей линии 8-800-200-47-32. Повторяю снова: мы всегда открыты для конструктивного диалога и продуктивного партнерства.

– Одной из важнейших функций Движения является предоставление практической помощи нуждающимся онкологическим пациентам. Немало людей нуждаются в поддержке и не знают, как правильно обратиться за помощью. Куда и как могут обратиться онкологические пациенты, чтобы получить необходимую помощь?

– У нас существует несколько способов обращения за помощью: телефон горячей линии 8-800-200-47-32, электронная почта [info@rakpobedim.ru](mailto:info@rakpobedim.ru), форма обратной связи на нашем официальном сайте [rakpobedim.ru](https://rakpobedim.ru), а также специальная пациентская платформа (которую можно найти прямо на главной странице нашего ресурса). Возможность взаимодействия выбираете именно вы, исходя из удобства и предпочтений. Если вам сложно четко изложить суть проблемы, не переживайте – достаточно описать ее простыми словами. Мы привыкли решать самые разные запросы пациентов – от вопросов оформления инвалидности и доступа к современным

**“МЫ ПРЕКРАСНО ОСОЗНАЕМ, ЧТО НЕ СУЩЕСТВУЕТ МГНОВЕННОГО РЕШЕНИЯ ВСЕХ ТРУДНОСТЕЙ, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЕТСЯ ПАЦИЕНТСКОЕ СООБЩЕСТВО, НО СЧИТАЕМ ВАЖНЫМ ПРОДОЛЖАТЬ РАБОТУ, НАПРАВЛЕННУЮ НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОПАЦИЕНТОВ.”**

усилий и финансирования. Каким образом удается привлекать ресурсы и мотивировать волонтеров и спонсоров на поддержку Ваших инициатив?

– У нас нет никакого секрета привлечения партнеров, спонсоров и волонтеров. Просто мы занимаемся значимым делом – честно и душевно помогаем людям, стремясь делать все максимально эффективно. Пациентская организация «Движение против рака» работает с 2008 г., и наша известность, проверенная временем, вызывает доверие и интерес компаний и людей, желающих реально помочь пациентам.

– Светлана Евгеньевна, кто и каким образом может присоединиться к Движению, чтобы оказать поддержку онкологическим пациентам, и какие конкретные формы участия Вы можете предложить?

– Всегда рады новым единомышленникам, готовым поддержать нашу организацию. Формы участия зависят исключительно от ваших пожеланий: можно организовать новое региональное отделение, стать официальным представителем в своем регионе, поработать непосредственно в центральном аппарате или присоединиться к нашему коллективу оператором горячей линии – в настоящее время мы активно набираем дополнительный персонал, а также расширяем юридический отдел. Возможна также деятельность в качестве волонтера для подготовки и проведения региональных мероприятий либо постоянное сотрудничество в рамках общего дела. Открыты ко всем формам взаимодействия и будем рады обсудить любые варианты. Желающие присоединиться к нашей команде могут связаться с нами по телефону го-

методам лечения до запросов о предоставлении образцов документов вроде формы №057/у. Наша задача – оказать поддержку там, где мы можем это сделать профессионально.

– Благодаря Движению удалось привлечь значительное общественное внимание к проблемам онкологии и активизировать работу государственных органов. Какие успехи достигнуты за последнее время и какие дальнейшие планы?

– Наши планы не меняются из года в год – это помочь людям, оказавшимся в одной из тяжелейших жизненных ситуаций. Конечно, мы мечтаем о том дне, когда онкологические заболевания перестанут быть столь пугающими для человечества. Видим, что наука не стоит на месте, особенно радует, что российская наука в этой области активно развивается. Пока же мы осознаем необходимость нашей работы с пациентами и расширяем деятельность нашей горячей линии, чтобы помочь еще большему числу людей. Ведем также активную работу в сфере законодательного регулирования, участвуем в значимых мероприятиях и высказываем свои предложения на самых авторитетных площадках страны. Мы верим в то, что делаем, и точно знаем, что никто не должен бороться против рака в одиночестве.



## Страх неизвестности и как жить дальше

– Мистер Реарден, – произнес Франциско торжественно спокойным тоном, – если бы вы увидели атланта, держащего на своих плечах мир, увидели, как кровь течет по его груди, ноги его подгибаются и руки дрожат, а он из последних сил пытается удержать мир, и чем мощнее усилие, тем тяжелее мир давит на его плечи, – что бы вы ему предложили бы?

– Я... не знаю. Что... он может сделать? А что предложили бы ему вы?

– Расправить плечи.

Айн Рейнд «Атлант расправил плечи»

Дорогой читатель! Сегодня я с тобой на «ты». Сегодня мы вместе смотрим в страх неизвестности. Я не хочу быть формальной, перечисляя пункты, чтобы ты пробежался глазами по тексту, я хочу обратиться к твоему сердцу.

Страх перед неизвестностью самый тяжелый и страшный. Потому что с болью, с усталостью можно как-то бороться, у них есть свое имя. А вот этому огромному, тихому «а что будет дальше?» сопротивляться невероятно сложно. Оно как туман, который обволакивает все вокруг, и ты не видишь дороги даже на шаг вперед.

И мне хочется тебе сказать: это не твоя слабость. Это в тебе дышит сама жизнь, которая инстинктивно цепляется за зна-

комые берега. Ты – вселенная мыслей, чувств, планов и воспоминаний. И сейчас эту вселенную всколыхнуло чем-то огромным и пугающим. Естественно, что все внутри отчаянно вопрошает: «Я не знаю, как жить с этим!»

Разреши себе этот страх. Не гони его. Он пришел не для того, чтобы сломать тебя, а просто потому, что так устроена наша душа – она пугается, когда земля уходит из-под ног. Представь, что ты взял этот страх за руку, как испуганного ребенка, и просто сказал: «Да, я тебя вижу. Тебе страшно. И мне тоже. Мы можем посидеть так вместе».

А теперь давай сделаем одно очень простое, но важное дело. Давай ненадолго отложим в сторону этот страшный во-

прос: «Как жить дальше?». Он слишком тяжелый. Он для одного плеча неподъемен. Давай спросим себя иначе: «А как мне прожить сегодня?» Не всю жизнь. Не месяц. Всего лишь один сегодняшний день.

Что могло бы стать для тебя сегодня маленьким островком спокойствия? Может, этот теплый плед и чашка чая с медом? Или старый добрый фильм, который ты знаешь наизусть? Или просто лежать и слушать, как за окном поют птицы? Мир сузился до размеров болезни, но он все еще огромен. В нем есть запах дождя, вкус любимой еды, шерсть кота, прижатая к ладони рука близкого человека. Эти вещи никуда не делись. Они сейчас твоя реальность, твой настоящий момент.

Ты не обязан находить глобальный смысл или становиться героем. Твоя задача сейчас – просто быть. Чувствовать. Дышать. И если сегодня ты просто отдохнул – это уже небольшая победа. Если нашел в себе силы позвонить другу – это подвиг. Если просто позволил себе полежать и ни о чем не думать – это и есть твоя сегодняшняя, настоящая жизнь. Болеть, набираться сил, восстанавливаться – это сейчас самая важная работа.

Ты не один в этом тумане. В нем есть свет – голоса и руки тех, кто любит тебя. В нем есть целая команда врачей, кото-



рые идут с тобой рядом. В нем есть и наш фонд «Я люблю жизнь». И есть твое собственное сердце, которое, даже пугаясь, продолжает биться. Оно знает ритм, который болезнь не в силах изменить.

Жизнь «дальше» складывается из таких вот «сегодня». Из маленьких выборов в пользу добра к себе. Из разрешения плакать, когда грустно, и улыбаться, когда наступают радостные моменты. Ты учишься жить не вопреки, а вместе со всем, что сейчас происходит. И это не пораженчество, а величайшая мудрость – принимать реальность такой, какая она есть, и находить в ней крупицы света.

Ты больше, чем твой диагноз. Ты – это и твой смех, и твои воспоминания, и та музыка, что ты любишь, и те истории, что ты рассказываешь. Вся твоя жизнь, вся твоя любовь – они с тобой. И этот багаж никуда не денется. Он – твой якорь и твой компас в этом тумане неизвестности.

Дыши. Просто живи. И доверься своему сегодняшнему дню. Завтра будет новое «сегодня». И мы решим все проблемы, которые оно принесет. Шаг за шагом.

Емельянчук Татьяна



## Фонд борьбы с лейкемией вместе с фабрикой «Коломеев» выпустили уникальную елочную игрушку



Благотворительный фонд и фабрика стеклянных елочных игрушек объединились, чтобы придать новогодним подаркам новый смысл – помочь тем, кто встретит этот Новый год вдали от дома.

В рамках акции «Благотворительность вместо сувениров» выпущена специальная серия елочных шаров, созданных совместно с художницей **Машей Сомик**. Часть средств от продаж, а именно 12%, будет перечислена в Фонд борьбы с лейкемией и направлена на срочное лечение подопечных – взрослых с заболеваниями системы крови.

Современная художница Маша Сомик создала иллюстрацию специально для Фонда борьбы с лейкемией. На ней изображена лошадь – символ 2026 года, а еще аллегория силы и упорства – главных качеств подопечных на пути к выздоровлению. Художница создала образ лошади в своем узнаваемом стиле: мягкие линии, пастельные оттенки, ощущение света, переносящее в детство.

Фабрика «Коломеев» воплотила работу в стеклянных шарах ручной росписи – каждое изделие создается мастерами,

которые бережно сохраняют традиции русского новогоднего ремесла.

«Такой подарок несет особый смысл и никогда не забывается. Мы благодарны каждому, кто выбирает помогать вместе с нами», – отмечают в Фонде борьбы с лейкемией. Те, кто хочет поддержать фонд и сделать подарок близким, могут заказать шар в индивидуальной коробке. Для бизнеса есть возможность выбрать корпоративный набор – три шара в подарочной упаковке – для сотрудников и коллег.

«Для нашей фабрики Новый год – это время чудес, семейных традиций и тепла. В этом году мы решили наполнить праздник еще и особым смыслом доброты. Вместе с замечательной художницей Машей Сомик и Фондом борьбы с лейкемией мы создали елочные игрушки, которые объединяют искусство, традиции и помохь тем, кто в ней нуждается. Каждый шар – это не просто украшение, а частичка веры в чудо и реальный вклад в спасение жизней. Мы верим, что именно такие проекты делают праздник

по-настоящему светлым и значимым», – рассказал основатель фабрики новогоднего настроения «Коломеев» **Николай Коломеев**.

Каждый шар сопровождается открыткой с теплыми словами: «Вы помогли подарить праздник тем, кто в нем особенно нуждается». На карточке размещен QR-код, ведущий на отчет о собранных и переданных средствах. Фонд ежемесячно публикует отчеты о поступивших пожертвованиях и оказанной помощи. Каждая компания, участвующая в акции, получает доступ к информации о том, как именно ее вклад помогает пациентам начать лечение вовремя.



# Шанс на долгую жизнь: что надо знать о таргетной терапии при метастатическом раке легкого



## – Что надо знать про рак легкого?

– Ежегодно в России диагностируют около 60 тыс. новых случаев рака легкого. Среднестатистический пациент с таким диагнозом – мужчина 67 лет, но столкнуться с болезнью может любой человек вне зависимости от пола и даже те, кто никогда не курил. В последние годы доля женщин, страдающих этой формой рака, увеличивается, и такая тенденция заметна во всем мире.

К сожалению, обнаружить болезнь вовремя – на ранней стадии – получается не всегда. Из-за диагностических сложностей многие попадают к врачам, когда болезнь уже распространялась и имеет не локализованный, а местно-распространенный или метастатический характер – III и IV стадию.

Провести радикальное лечение – операцию – в таком случае уже не представляется возможным. Из-за распространенности процесса или наличия отдаленных метастазов она не может помочь полностью избавиться от опухоли, при этом создавая дополнительные риски осложнений или повреждений жизненно важных органов. В этой ситуации основным становится лекарственное лечение.

## – Как пациентам с метастатическим раком легкого подбирают подходящее лечение?

– Лекарственная терапия может быть разной. Выбор зависит от того, какая именно разновидность опухоли будет обнаружена: 15% случаев приходится на мелкоклеточный рак, а у значительной доли пациентов – 85% – выявляют немелкоклеточный рак легкого. Он в свою очередь делится на плоскоклеточный и неплоскоклеточный, каждый из которых встречается примерно с одинаковой частотой.

Для того чтобы понять, какой именно это подтип опухоли – мелкоклеточный или немелкоклеточный, необходимы биопсия (взятие небольшого фрагмента опухоли) и дальнейшее гистологическое изучение взятого образца под микроскопом.

Обнаружение немелкоклеточного рака легкого – повод для назначения дополнительного исследования, направленного на обнаружение в клетках опухолей определенных молекулярных мишених. Их выявляют с помощью нескольких молекулярно-генетических и иммуногистохимических исследований, которые обязательны для всех пациентов с неплоскоклеточным раком легкого. При другом варианте болезни – мелкоклеточном раке – присутствие молекулярных мишених нехарактерно, поэтому на генетическое исследование таких пациентов, как правило, не направляют.

Тестирование нацелено на выявление как минимум четырех самых важных мутаций-мишених, которых еще называют драйверными. Это мутации в генах EGFR, ALK, ROS1 и BRAF. Их появление – результат случайных генетических поломок, они не наследуются, а возникают в течение жизни, способствуя развитию болезни.

Порой заподозрить связь рака с одной из этих драйверных мутаций можно и до генетического тестирования, проанализировав так называемый клинический портрет пациента. Так, например, для ALK-позитивного рака легкого характерны более молодой возраст, отсутствие стажа курения, быстрое и агрессивное течение с поражением головного мозга. В ситуации, когда морфологический

**Рак легкого по заболеваемости занимает лидирующие позиции в мире, но при этом диагноз больше не считается однозначным приговором. Современные подходы и возможности терапии могут превратить тяжелую болезнь с неблагоприятным прогнозом в хроническое заболевание, которое вполне реально взять под контроль.** Елена Валерьевна Рeутова, к.м.н., онколог отделения противоопухолевой лекарственной терапии №3 Национального медицинского исследовательского центра онкологии имени Н.Н. Блохина, рассказала о принципах работы и назначения таргетной терапии, ее влиянии на течение болезни, а также поделилась вдохновляющими историями людей, столкнувшихся с метастатическим раком легкого, но продолжающих жить активной жизнью.

диагноз, основанный на малом количестве биоматериала, указывает на плоскоклеточный рак, врачи, обращая внимание на клинический портрет, могут предположить неплоскоклеточный рак, ассоциированный с драйверной мутацией ALK, и направить на дополнительную диагностику и перепроверку.

Найти драйверные мутации необходимо, чтобы понять, можно ли назначать таргетную терапию.

## – Как работает таргетная терапия?

– Таргетными называют препараты, прицельно действующие на определенные мишени в опухолевых клетках. Их внедрение в клиническую практику расширило возможности лечения метастатического немелкоклеточного рака легкого.

На сегодняшний момент примерно треть, а по некоторым оценкам, даже половина, случаев – это кандидаты для таргетной терапии. Ее применение дает возможность воздействовать на непосредственную причину болезни, что обеспечивает большую эффективность лечения.

Четырьмя мишениями, о которых речь шла выше, число драйверных мутаций не ограничивается. Каждый год обнаруживаются новые мишени, а это значит, что число людей, которым такая терапия может помочь, растет. Количество таргетных препаратов увеличивается, а их показания к применению становятся шире, что дает шанс на долгую жизнь все большему числу пациентов.

## – Как проходит лечение таргетными препаратами?

– Таргетную терапию назначают только после получения результатов генетического тестирования. Его проведение может занять время – от недели и дольше. Если состояние пациента позволяет, на время ожидания результатов ему может быть назначена химиотерапия – она нужна для сдерживания роста опухоли до начала таргетного лечения. Обнаружение определенных драйверных мутаций – сигнал к прекращению химиотерапии и началу приема таргетных препаратов. Сегодня у врачей есть возможность не просто назначить молекулярно-направленное лечение как альтернативу другим способам терапии, а выбрать среди возможных опций наиболее подходящий вариант. Таргетная терапия – это лекарство в таблетках. Она принимается амбулаторно, не нужно ложиться в стационар, чтобы проходить лечение.

В том случае, если терапия хорошо переносится и дает ожидаемый эффект, метастатический рак легкого превращается из болезни с неблагоприятным прогнозом в хроническое заболевание, подобное диабету или артериальной гипертензии, которое можно держать под контролем, постоянно принимая выписанное лекарство.

Последние исследования, в рамках которых за пациентами с метастатическим раком легкого на таргетной терапии наблюдали в течение 10 лет, показывают, что медиана общей выживаемости – период времени, который преодолевают более 50% пациентов – значительно увеличилась. Сейчас он достигает исторического максимума в 81 месяц (почти 7 лет): за этими цифрами тысячи людей, живущих обычной жизнью.

Один из показательных примеров в нашей практике – пациентка, которая обратилась к нам еще в 2017 г. На момент постановки диагноза ей было около 35 лет. Рак легкого у нее обнаружили случайно, так как болезнь не сопровождалась явными симптомами – ни кашлем, ни одышкой. К врачам она пришла по поводу сильных головных болей, обследование выявило опухоль в головном мозге. Оказалось, что эта опухоль – результат метастазирования рака легкого.

Женщина прошла через хирургическое лечение, лучевую терапию, а в дальнейшем начала получать таргетную терапию. К настоящему времени она сменила несколько

поколений таргетных препаратов, принимая их в общей сложности уже более 8 лет. Она живет активной жизнью, работает, воспитывает ребенка, а ее болезнь переведена в хроническую фазу. Этот случай не единичен – множество наших пациентов на таргетной терапии уже перешагнули за десятилетнюю оценку наблюдений.

## – Как быстро таргетная терапия дает результат?

– Как правило, первую оценку эффекта проводимой терапии проводят через 2 месяца – в эти сроки нужно прийти на прием для обследования. В дальнейшем перерыв между контрольными осмотрами может быть увеличен. Если у пациента до начала лечения были выраженные симптомы – например, сильный кашель или заметная одышка, первые улучшения он может почувствовать уже через 10–14 дней от начала таргетной терапии: они будут заметны и без дополнительных обследований.

Контрольные осмотры с проведением компьютерной томографии, а также лабораторные анализы, которые нужно сдавать регулярно в сроки, обозначенные врачом, крайне важны. Они помогают оценить эффективность лечения, а также полезны для своевременного обнаружения возможных побочных эффектов. Протекать побочные эффекты могут бессимптомно, но лабораторные анализы крови и электрокардиограмма способны их «заметить». Их выявление – повод для назначения поддерживающей терапии, изменения дозы таргетного препарата или его замены на другой, то есть принятия мер, которые позволяют продолжить потенциально полезное лечение. Ситуации, когда из-за индивидуальной непереносимости приходится совсем отменять таргетное лечение, случаются, но они очень редки.

На определенном этапе лечения может развиться «привыкание» опухоли (резистентность) к таргетной терапии, из-за которой ее эффективность снижается. В этом случае переводят на другое поколение препаратов либо на химиотерапию – и лечение продолжается.

## – Сколько длится курс таргетной терапии?

– Конкретной длительности у такого курса нет: в перспективе, если лекарство хорошо переносится и помогает, находится на таком лечении можно неограниченно долго.

## – Совместима ли таргетная терапия с другими видами лечения опухолей?

– Бывает, что помимо таргетных препаратов требуется проведение курса химиотерапии. Необходимость в ней может возникнуть, когда часть клеток опухоли меняет свои характеристики, утрачивает мишени и перестает отвечать на таргетное лечение. Кроме того, таргетное лечение в некоторых случаях можно сочетать с лучевой терапией: отменять при этом таргетные препараты, как правило, не требуется.

## – Можно ли сказать, что таргетная терапия совершила революцию в терапии?

– Таргетная терапия в корне поменяла парадигму лечения метастатического рака легкого. Раньше постановка такого диагноза обличавалась несколькими месяцами жизни, сейчас же тысячи людей годами работают, путешествуют, заводят семьи, становятся родителями, делают все, что делают здоровые люди. Таргетное лечение дало им шанс на качественную и долгую жизнь.

Приведу еще один пример. В 2013 г. у нас на приеме оказался молодой человек чуть старше 20 лет. У него выявили рак легкого, и он до сих пор, уже более 10 лет, получает лечение и находится под нашим наблюдением. Сперва он приходил на прием с мамой, потом с девушкой, сейчас он женат. Его жизнь, несмотря на непростой диагноз, продолжается!

# Спроси своего врача

Как улучшить результаты  
противоопухолевого  
лечения с помощью  
специализированного  
лечебного питания

## КЛИНИЧЕСКИ ДОКАЗАНО

**Нутридринк Компакт Протеин**  
способствует улучшению результатов  
противоопухолевого лечения<sup>1,2,3,4</sup>

- снижает частоту осложнений  
после операций<sup>1</sup>
- улучшает переносимость химиотерапии<sup>1</sup>
- снижает длительность госпитализации<sup>2</sup>
- увеличивает мышечную массу<sup>3</sup>
- улучшает качество жизни<sup>4</sup>

Клинический эффект наблюдается  
уже через 14 дней применения<sup>1</sup>

**NUTRICIA**  
**Nutridrink®**  
**Compact Protein**

Нутритивная поддержка, включая  
специализированное лечебное  
питание, — неотъемлемая часть  
противоопухолевого лечения<sup>5</sup>



## РАЗНООБРАЗИЕ РАЦИОНА

### 8 вкусов:

- 5 базовых вкусов;
- 3 вкуса для пациентов  
с инверсией вкуса.<sup>6</sup>

в одной  
упаковке 125 мл:

18 г белка

306 ккал

13 витаминов

15 минералов

Омега-3

Витамин D

## РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРИМЕНЕНИЮ

### 1-3 бутылочки в день

в дополнение к обычному  
рациону, если иное  
не назначено врачом



Длительность  
применения  
не ограничена.

СГР RU.77.99.32.004.R.001563.05.22

РЕКЛАМА. ООО «НУТРИЦИЯ».  
143500, Россия, Московская обл.,  
г. Истра, ул. Московская, д.48  
ОГРН 1025001816256

1. Обухова О. А. и соавт. Клиническое питание и метаболизм. 2023. Т. 4, № 3. С. 150-164
2. Хагажеева М. Н., Снеговой А. В. и соавт. Медицинский совет. 2023;17(23): 110-120
3. Grupinska J. et al. Nutrients 2021, 13, 3549
4. Обухова О. А. и соавт. Клиническое питание и метаболизм. 2023. Т. 4, № 4. С. 211-2

5. А. М. Степанова, Е. В. Гамеева, О. В. и соавт. «Современные технологии реабилитации онкологических больных: обзор международного опыта» Злокачественные опухоли, vol. 12, no. 351, 2022, pp. 48-56.
6. Обухова О. А., Курмуков И. А., Юнаев Г. С. Роль питательной поддержки при лечении

злокачественных новообразований печени // Клиническое питание и метаболизм. 2020;1(3): 117-126

Имеются противопоказания, перед применением  
необходима консультация специалиста. Информация  
для лиц с нутритивной недостаточностью.

18+

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ПРОДУКТ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ БАД ИЛИ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

# В Краснодарском крае обсудили внедрение программы вакцинации от вируса папилломы человека

В Общественной палате Краснодарского края прошел круглый стол «Обсуждение инициации региональной программы по профилактике ВПЧ-ассоциированных заболеваний». Организаторами мероприятия выступили Всероссийская ассоциация онкапациентов «Здравствуй!», Общественная палата края и АНО «Моя жизнь» при участии профильных ведомств и экспертных организаций региона.



Участники отметили, что вирус папилломы человека (ВПЧ) – не узкоспециальная тема, а вопрос национальной безопасности, демографии и экономики. Рак шейки матки сегодня занимает второе место по распространенности среди женщин 14–45 лет и первое по смертности у женщин до 44 лет. В России за 2011–2023 гг. показатель распространенности этого заболевания вырос с 113,1 до 128,7 случая на 100 тысяч населения; в 2023 г. 23,2% случаев выявили на III стадии и 9,9% – на IV стадии, летальность при этом составила 12,7%. Однако национальный календарь профилактических прививок до сих пор пока не включает вакцинацию, а собственные программы есть лишь в некоторых регионах.

По данным участников обсуждения, доступность вакцины уже обеспечена: современный отечественный препарат, защищающий от наиболее онкогенных типов ВПЧ, способен полностью покрыть потребности края.

«Предупредить болезнь сегодня – значит сохранить тысячи жизней и миллиарды бюджетных рублей завтра», – подчеркнула член Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека, член Экспертного совета при Комитете Государственной думы по защите семьи, вопросам отцовства, материнства и детства, президент ассоциации «Здравствуй!» **Ирина Боровова**, назвав вакцинацию стратегической инвестицией в здоровье и экономическую устойчивость страны.

Инициативу по запуску региональной программы вакцинации в Краснодарском крае обсудили с участием ведущих федеральных экспертов. Главный внештатный специалист по гинекологии Минздрава России, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» **Лейла Адамян** подчеркнула, что решение вопроса вакцинации от ВПЧ – часть системной работы. «Сегодняшняя тема касается человека и нашего национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Запуск программы вакцинации против ВПЧ в Краснодарском крае сейчас позволит защитить население от широкого спектра заболеваний уже в ближайшем будущем. А роль Общественной палаты как органа контроля здесь незаменима», – отметила Лейла Адамян.

С федеральным экспертом согласен главный внештатный специалист-онколог министерства здравоохранения Краснодарского края, доктор медицинских наук, главный врач Клинического онкологического диспансера №1 **Роман Мурашко**. Он отметил масштаб проблемы: «Рак шейки матки остается крайне значимой медицинской и социальной проблемой. Помимо возраста,



на распространность влияет множество факторов, и именно поэтому необходим комплексный подход, где профилактика играет ключевую роль».

По итогам круглого стола участники приняли резолюцию. С 2026 г. предложено запустить в крае программу вакцинации от ВПЧ за счет регионального бюджета для девочек и мальчиков 12–13 лет в закрытых коллективах, а также для девочек 12–13 лет с отягощенным анамнезом по раку шейки матки. Кроме этого, рекомендовано использовать вакцину с покрытием 6, 11, 16, 18 типов ВПЧ, развивать эпидемиологический надзор, создать единую информационную систему о прививках и организовать обучение специалистов и информирование семей, включая мероприятия в рамках системы непрерывного медицинского образования (НМО).



Фотограф: Мельник Владимир Александрович

Газета «Беседы о здоровье. Онкология» №6, 2025  
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Каталог «Почта России», ПВ819.

Учредитель: ООО «МЕДИАФОРМАТ»  
Рег. номер ПИ №ФС77-83374 от 03.06.2022.

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»  
Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва,  
Жуков проезд, д. 19, эм. 2, пом. XI, комната 7  
Адрес типографии:  
г. Москва, ул. 1905 года, дом 7, стр. 1

Над номером работали:

Научный руководитель проекта – д-р мед. наук А.С. Доможирова  
Авторский коллектив  
Совет пациентских организаций

 **ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА**  
 **ЗДРАВСТВУЙ!**  
Будем жить

Равный онкоконсультант – Светлана Неретина

При поддержке  
НФПО  
им. П.А. Герцена



При сотрудничестве  
с порталом onco-life.ru

 **РНК ПОДДЕРЖАНИЯ**  
Официальный портал  
Министерства России  
об онкологических заболеваниях

При поддержке  
Ассоциации  
онкологов России

 **АОР** // Ассоциация  
онкологов  
России

Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте [БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ](https://беседы-о-здоровье.рф)  
©Все права защищены. 2025 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: 22.12.2025

Возрастное ограничение: 16+