

# БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

## ОНКОЛОГИЯ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ



### ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ Чойнзонов Евгений Лхаматирович

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, научный руководитель НИИ онкологии Томского НИМЦ, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист-онколог по Сибирскому федеральному округу, лауреат Государственной премии Российской Федерации в области науки и технологий

Читайте на стр. 3

№6<sub>2024</sub>

Главная тема номера:  
ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

### ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Лучевая терапия, или радиотерапия, является одним из важнейших методов лечения большинства опухолей головы и шеи, может применяться отдельно или использоваться в комбинации с хирургическим и химиотерапевтическим методами. Анализ результатов хирургического и комбинированного (операция + радиотерапия) лечения показывает, что лучевая терапия уменьшает частоту рецидивов, задерживает развитие отдаленных метастазов, сокращает число смертей, непосредственно связанных с прогрессированием опухолевого процесса. Подробнее рассмотрим в статье.

стр. 5

### УХОД И ГИГИЕНА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Пациенты с недостаточной гигиеной полости рта, злоупотребляющие углеводистой пищей, курением, спиртными напитками, намного чаще сталкиваются с воспалительными процессами в мягких и костных тканях, также обостряются хронические заболевания полости рта. Данные осложнения очень часто приводят к перерывам в лечении для восстановления слизистой оболочки полости рта и общего состояния, к которому приводят данные нежелательные явления. Как этого избежать, подробно разбираем в статье.

стр. 7



### ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСА ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Голос – одно из основных средств коммуникации, и отсутствие возможности говорить после ларингэктомии является очень тяжелой утратой. Функциональная реабилитация пациентов после удаления гортани за последние десятилетия достигла значительных успехов. Благодаря активному сотрудничеству онкологов, оториноларингологов, логопедов, психологов и других специалистов, восстановление дыхательной, глотательной, голосоречевой и обонятельной функций вышло на новый уровень.

стр. 8



#### ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

- АССОЦИАЦИЯ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ ПОПРОСИТ О РАСШИРЕНИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ В РАМКАХ НОВОГО ПРОЕКТА 2
- В СЕЧЕНОВСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ СОЗДАЛИ ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ДЛЯ ПОМОЩИ ВРАЧАМ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЛЕГКОГО >>> 2
- ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ >>> 4
- ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ >>> 5
- ИЗ ЧЕГО СКЛАДЫВАЕТСЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ? >>> 6
- ЖИЗНЬ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ >>> 9
- «ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ – ОЧЕНЬ ДИНАМИЧНО РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ОТРАСЛЬ» >>> 12
- «ВАЖНО НЕ ЗАЦИКЛИВАТЬСЯ НА БОЛЕЗНИ, НУЖНО ЖИТЬ КАЖДЫЙ СВОЙ ДЕНЬ» >>> 13
- ЧЕМ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ПСИХОЛОГ СЕМЬЕ, ГДЕ ЕСТЬ РЕБЕНОК С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ? >>> 14
- ФОНД БОРЬБЫ С ЛЕЙКЕМИЕЙ СОЗДАЛ СВОЮ ПЕРВУЮ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНУЮ ИГРУ «СНЕЖНАЯ ГОНКА» >>> 15
- ФОНД БОРЬБЫ С ЛЕЙКЕМИЕЙ ЗАПУСКАЕТ УНИКАЛЬНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ ДЛЯ МЕДРАБОТНИКОВ ПО ВСЕЙ СТРАНЕ >>> 15
- НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ВНЕ ПЕРЕЧНЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ >>> 16
- СПИСОК РЕФЕРЕНС-ЦЕНТРОВ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ, ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ >>> 16

#### ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



КАК ДИАГНОСТИРУЮТ  
ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ  
И ШЕИ

>>> 6



ХИМИЧЕСКИЙ МОЗГ/  
ХЕМОБРЕЙН (СНЕМОВРАЙН),  
СIC1 И СRС1

>>> 10



ЧТО ТАКОЕ  
ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ  
И КТО ДОЛЖЕН ЕЕ ПРОЯВИТЬ?

>>> 11

## Ассоциация помощи онкологическим пациентам попросит о расширении программы государственных гарантий в рамках нового проекта



В Москве завершился IX Всероссийский конгресс онкологических пациентов. Форум собрал 800 участников очно и более 23 000 зрителей онлайн трансляции. В числе спикеров и экспертов – академики РАН, ведущие медицинские специалисты онкологического профиля, представители государственных структур, профильных региональных министерств и ведомств, члены пациентских сообществ и общественных организаций.

С приветственным словом к участникам и организаторам обратились заместитель Председателя Совета Федерации **Инна Святенко**; главный внештатный специалист-онколог Минздрава России, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России **Андрей Каприн**; академик РАН, директор института кластерной онкологии имени профессора Л.Л. Левшина ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России **Игорь Решетов**; академик РАН, главный внештатный специалист по гинекологии Минздрава России **Лейла Адамян**; директор Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии ФМБА России **Николай Дайхес**; главный внештатный онколог Северо-Западного Федерального округа, директор ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России **Алексей Беляев**.

Это масштабное мероприятие стало важной платформой для обсуждения ключевых вопросов, связанных с состоянием онкологической помощи в России. Участники выразили обеспокоенность тем, что в последние четыре года финансирование борьбы с онкологическими заболеваниями в России не увеличивается, а это имеет серьезные негативные последствия как для врачей, так и для пациентов.

Сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов, член Совета при Президенте РФ по правам человека и развитию гражданского общества **Ян Власов** и президент Всероссийской Ассоциации помо-



щи онкологическим пациентам «Здравствуй!» **Ирина Борова** отметили, что при недостаточном финансировании врачи могут столкнуться с ограничениями в использовании современных методов лечения и инновационных препаратов. Такая ситуация может привести к снижению результатов, достигнутых за последние пять лет.

«По данным Минздрава России, в 2023 г. под диспансерным наблюдением у онкологов находились более 4 млн граждан, и порядка 600 тыс. новых случаев онкозаболеваний выявляется ежегодно. На общий рост количества онкологических пациентов влияют такие факторы, как ранняя выявляемость и увеличение продолжительности жизни. Эти показатели удалось значительно улучшить благодаря федеральному проекту «Борьба с онкологическими заболеваниями». За 5 лет реализации программы однолетняя летальность больных снизилась на 14%, а общая смертность – на 5,6%. Но, если финансирование останется на прежнем уровне, развить и улучшить оказание онкологической помощи будет невозможно», – заявила **Ирина Борова**.

В связи с продлением федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» на 2025–2030 гг. одной из ключевых тем конгресса стало расширение программы государственных гарантий для онкологических пациентов.

**Ирина Борова** сообщила, что в рамках подготовки к конгрессу были проведены мониторинги, встречи с пациентами и круглые столы по всей стране: «Эти мероприятия позволили создать насыщенную программу и определить перечень актуальных для обсуждения вопросов. По итогам мы сформируем резолюцию, которая поможет дополнить новый проект и программу государственных гарантий конкретными предложениями по улучшению онкологической помощи в российских регионах».

В частности, участники отметили необходимость улучшения маршрутизации и согласования особенностей возрастных групп пациентов, которые позволили бы проводить скрининги на неинфекционные и инфекционные за-

болевания в рамках единой диспансерной программы. Это обеспечит более качественное и своевременное медицинское обслуживание.

Конгресс также дал возможность обсудить вопросы, связанные с формированием комплексного подхода к лечению и реабилитации. Особое внимание было уделено созданию условий для поддержки пациентов в период ремиссии и эффективному взаимодействию с медицинскими учреждениями, направленными на минимизацию бюрократических препятствий и улучшение доступа к необходимым реабилитационным услугам и санаторно-курортному лечению.

Дополнительно участники подчеркнули важность применения современных клинических рекомендаций и инноваций в лечении онкологических заболеваний. Особую тревогу вызвали изменения в клинических рекомендациях, которые произошли за последние месяцы, и исключение некоторых применяемых для лечения орфанных заболеваний препаратов из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Это может негативно повлиять на возможность пациентов достигать стойкой ремиссии, что в свою очередь увеличивает риск прогрессирования болезни. Участники отметили, что существующие клинические рекомендации соответствуют международным стандартам и позволяют обеспечивать эффективное лечение, которое помогает пациентам достигать стойкой ремиссии, поэтому их соблюдение является критически важным фактором, влияющим на продолжительность жизни людей.

За 9 лет работы конгресс стал традиционным форумом для открытого диалога между врачами, пациентами и представителями государственных и общественных структур. Все рекомендации участников будут учтены в итоговой резолюции и направлены в органы исполнительной и законодательной власти РФ. Организаторами форума выступили Всероссийская Ассоциация помощи онкологическим пациентам «Здравствуй!» и Комиссия по здравоохранению Общественной палаты РФ.

Материал предоставлен Всероссийской Ассоциацией помощи онкологическим пациентам «Здравствуй!»

Всероссийская ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

Ассоциация работает круглосуточно.

Вы можете обратиться за помощью по телефону горячей линии 8 (800) 301-02-09 или на сайте [russcpa.ru](http://russcpa.ru)



## В Сеченовском университете создали искусственный интеллект для помощи врачам в прогнозировании метастазов рака легкого

Ученые Сеченовского университета разработали нейросеть для выявления лимфоваскулярной инвазии в образцах ткани легких при аденокарциноме. Это позволит более точно и быстро определять риски развития метастазов и при необходимости менять схему терапии пациента. Работа велась вместе с коллегами из Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого в рамках программы создания и развития НЦМУ «Цифровой биодизайн и персонализированное здравоохранение». Результаты исследования были опубликованы в журнале *Journal of Pathology Informatics* (<https://doi.org/10.1016/j.jpi.2024.100395>).

При лимфоваскулярной инвазии раковые клетки выявляются внутри кровеносных или лимфатических сосудов. Она является одним из неблагоприятных прогностических факторов течения заболевания, который требует в ряде случаев назначения адъювантной терапии. Однако точное выявление инвазии затруднено из-за возможных различий в оценке патологов.

«Если опухоль прорастает в сосуды, оттуда она может распространиться дальше, образовать метастазы.

Поэтому выявлять участки инвазии важно до того, как опухолевые клетки попали в кровоток – это позволяет прогнозировать дальнейшее развитие болезни и скорректировать терапию. Однако интерпретация гистологических данных у разных специалистов может различаться, и существует риск не заметить инвазию вовремя. Наши исследования направлены на создание системы для автоматической оценки инвазии, которая поможет врачам-патологоанатомам получать более объективные и точные результаты», – пояснил заведующий лабораторией цифрового микроскопического анализа **Алексей Файзуллин**.

Ядром системы стала нейросеть, для обучения которой ученые использовали 162 гистоскана, содержащих 8212 размеченных врачами-патологоанатомами сосудов. Искусственный интеллект оказался способен идентифицировать кровеносные сосуды и инвазию опухоли в них с точностью выше 95%.

Также ученые проверили, даст ли их подход возможность ускорить выявление регионов инвазии в условиях

пилотного эксперимента. Как выяснилось, использование системы позволяет сократить время анализа в среднем на 17%, а в особо сложных случаях – на 20%.

Помимо клинической практики, нейросеть может пригодиться и в науке. Более простая и быстрая обработка гистосканов даст возможность лучше изучить особенности лимфоваскулярной инвазии и выявить новые аспекты ее влияния на развитие метастазов и биологию опухоли в целом. В планах ученых – дальнейшая работа над повышением точности и эффективности нейросети, обучение ее работе с сосудами других органов, сопоставление лимфоваскулярной инвазии с другими прогностическими факторами, например, с индексом пролиферации опухолевых клеток, а также создание мультимодальной прогностической модели. В перспективе они рассчитывают создать полностью автоматизированный сервис, который можно будет интегрировать в медицинские информационные системы.

Источник: Управление по связям с общественностью Сеченовского университета

# Основная задача современной онкологии: ранняя диагностика и своевременное начало лечения



## Чойнзонов Евгений Лхаматцыренович

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, научный руководитель НИИ онкологии Томского НИМЦ, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист-онколог по Сибирскому федеральному округу, лауреат Государственной премии Российской Федерации в области науки и технологий

качестве скринингового метода, потому что всегда опираться нужно в первую очередь на результаты осмотра и жалобы пациента. Самодиагностика или трактовка результатов анализов без врача недопустима!

– К какому врачу обращаться, если появились подозрительные симптомы?

– Локализация опухоли имеет в этом случае очень большое значение. При возникновении жалоб в ротовой полости пациент чаще всего обращается к таким специалистам, как врач-оториноларинголог и врач-стоматолог. Если человека беспокоит образование в области щито-

стране в целом ведут многочисленные исследования, посвященные микроокружению опухолей, молекулярно-генетическому тестированию, таргетной терапии и методам воздействия на первичную опухоль и ее метастазы. Однако будущее принадлежит профилактической медицине, поэтому так важно хотя бы раз в год проходить диспансеризацию. Предупреждать или лечить вовремя гораздо легче и эффективнее.

– Сколько времени в среднем занимает лечение?

– Время пребывания в стационаре зависит от локализации опухоли, стадии процесса и метода лечения. При ра-

– Уважаемый Евгений Лхаматцыренович! Как заподозрить злокачественный процесс в области головы и шеи? Ведь наиболее частой локализацией является гортань?

– К начальным симптомам относятся, как правило, першение в горле, чувство комка, изменение тембра голоса, осиплость, периодически возникающий кашель. При возникновении любого из этих симптомов нужно обратиться к врачу.

– Есть ли какие-либо факторы окружающей среды или климата, влияющие на возникновение рака?

– Безусловно, территориальные особенности имеют значение и связаны, прежде всего, с климатическими условиями, образом жизни и особенностями иммунитета каждого человека. Например, длительно существующая трещина нижней губы у лиц, работающих на холодном воздухе, со временем может трансформироваться в злокачественный процесс – рак нижней губы. Постоянное воздействие холодного фактора может приводить к развитию хронического ларингита, который тоже может озлокачествляться. Даже ношение зубных протезов, курение могут травмировать слизистую оболочку полости рта и повлиять в той или иной степени на дебют онкологического процесса. Таких примеров множество.

– А вирусы могут способствовать возникновению рака?

– Влияние вирусов на развитие злокачественных процессов в органах головы и шеи хорошо изучено и некоторые из них являются причиной возникновения онкологического процесса. Так, например, вирус Эпштейна–Барр ассоциируется с развитием рака носоглотки, а вирус папилломы человека (ВПЧ) – с развитием рака ротоглотки. Безусловно, огромное значение имеет и экологическая обстановка: загазованность атмосферного воздуха, влияние древесной пыли, асбеста и других факторов.

– Существуют ли какие-либо лабораторные исследования, указывающие на возникновение злокачественного процесса в области головы и шеи?

– Многочисленные онкомаркеры, которые свидетельствуют о наличии злокачественного процесса, конечно же существуют. Но они, к сожалению, не могут служить в

**“ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА С ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВЫ ИЛИ ШЕИ ДОЛЖНА ПЛАНИРОВАТЬСЯ С МОМЕНТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ”**

видной железы, то здесь ключевая роль отведена врачу-эндокринологу. Однако чаще всего первичный прием осуществляют именно врачи общей практики. Пожалуй, справедливым будет отметить их безусловный вклад в первичную диагностику онкологических заболеваний любой локализации.

– С результатами анализов и снимков можно обращаться только по месту прописки или в другой регион?

– Пациент имеет право обращаться в любое лечебное учреждение для лечения по поводу злокачественного процесса. Однако при этом необходимо соблюдать прописанные законодательством правила маршрутизации и другие регламентирующие положения.

– Существует ли приоритетный метод лечения злокачественного новообразования головы и шеи?

– Говорить о приоритетных методах лечения необходимо только с учетом конкретной локализации опухоли, ее морфологического подтипа, стадии и сопутствующих факторов. Если говорить в общем, то сочетание разных методов: лучевой терапии, химиотерапии и оперативного лечения в разной последовательности дает самые высокие результаты. Тем более, что основная масса больных проходит стационарное лечение с распространенным опухолевым процессом.

– Каковы шансы на успешное лечение злокачественного процесса в области головы и шеи?

– Конечно, самые высокие шансы у пациентов с ранними стадиями рака. При распространенном опухолевом процессе эффективность лечения значительно ниже. В настоящее время ученые и в нашем институте, и по всей

ке щитовидной железы это может быть от 3 до 7 дней, а при раке языка – 30–45 дней. Каждый случай индивидуален!

– Какие основные побочные эффекты возникают после лечения рака гортани?

– Побочные эффекты после лечения рака гортани различны. Это зависит от стадии опухоли и метода лечения. К наиболее распространенным побочным эффектам относят изменение голоса, сухость, чувство инородного тела, некоторое затруднение дыхания. При резекции гортани – осиплость, затруднение дыхания, чувство першения и т.д. При полном ударе гортани – афония, кашель и сухость в трахее.

– Как восстановиться после онкологического лечения?

– Это очень важный и до конца не решенный вопрос. На современном этапе качественного лечения онкологических пациентов нужно не только своевременно выявлять и лечить патологический процесс, но и учить пациентов правильному дыханию, приему пищи и разговорной речи после выписки из стационара. Для пациента с трахеостомой необходима голосовая реабилитация, позволяющая свободно общаться с окружающими. Хорошо, что в настоящее время разработано большое количество приборов, помогающих данной группе пациентов. Но большая часть работы все равно остается в руках логопеда, инструктора ЛФК, протезистов, физиотерапевтов. Таким больным показано и санаторное лечение. Командная работа в медицине – это основа!

– Евгений Лхаматцыренович, благодарим Вас за столь подробные ответы!

# Опухоли головы и шеи: общая информация

Опухоли головы и шеи представляют собой разнообразную группу новообразований, отличающихся по этиологии и клиническому течению, которые могут возникать в различных анатомических структурах – органах и тканях – этой области. Вместе с тем, к этой группе не относят опухоли головного мозга и органа зрения, которые составляют отдельные направления в онкологической практике.



Наиболее часто злокачественные новообразования головы и шеи локализируются в следующих местах:

- Гортань (включая преддверие полости гортани, голосовую щель и подголосовую полость)
- Ротовая полость (язык, дно ротовой полости, твердое небо, слизистая оболочка щеки и альвеолярные гребни)
- Ротоглотка (задняя и боковая стенки глотки, основание языка, миндалины и мягкое небо)

Менее распространенные локализации включают носоглотку, носовую полость и околоносовые пазухи, слюнные железы. Также могут встречаться опухоли в других областях головы и шеи, таких как, например, щитовидная железа или губы.

**Интересно знать, что опухоли головы и шеи зачастую выходят за пределы одной анатомической области и распространяются на соседние. Поэтому локализации опухолей получили свое сочетанное название: ротоглотка, носоглотка, гортаноглотка. Близость анатомических структур друг к другу, а также сосудам и нервам определяет значимость злокачественных новообразований, которые развиваются в этой части организма, а также и сложности в подборе лечения.**

Большинство злокачественных опухолей головы и шеи представлены эпителиальными новообразованиями – карциномами или раком.

## Когда и почему развиваются опухоли головы и шеи

Заболеваемость раком головы и шеи увеличивается с возрастом и чаще наблюдается у мужчин, что связано с более высоким уровнем курения и большей распространенностью среди них вируса папилломы человека (ВПЧ). Большинство пациентов с раком головы и шеи имеют отягощенный анамнез, включая сочетанное и долгосрочное употребление алкоголя и/или курения, длительное пребывание в экстремальных условиях (например, солнечные ожоги от длительного пребывания на солнце или работа в условиях высокой задымленности, запыленности и т.п.), наличие вирусных инфекций, использование некачественных или неисправных зубных протезов, хронический кандидоз и недостаточную гигиену полости рта. Как ни странно, артисты, оперные певцы и учителя имеют более высокий риск заболеть опухолями гортани, так как имеется связь развития этих опухолей с длительным напряжением голосовых связок и длительным периодом

громкой устной речи и пения. Работа на предприятиях атомной промышленности, а также участие в ликвидации радиационных аварий могут быть связаны с развитием опухолей щитовидной железы.

В развитии рака носоглотки важную роль играет вирус Эпштейна–Барр, определенные белки которого могут служить маркерами онкологического заболевания.

## Как проявляют себя опухоли головы и шеи

Проявления опухолей головы и шеи зависят от ее локализации и распространенности. Выделяют общие симптомы (проявления) и локальные признаки опухолевого поражения. Начальные стадии опухолей могут длительно никак не проявляться. Именно по этой причине так важно обратиться за консультацией врача при появлении первых признаков заболевания.

### Общие и локальные симптомы могут включать:

- Изъязвление слизистой оболочки, часто болезненное и покрытое белесым налетом, долго не заживающее и не отвечающее на местную терапию полосканием и другими стандартными средствами. Может увеличиваться в размерах со временем
- Видимые опухолевые поражения слизистой оболочки (например, лейкоплакия, эритроплакия и др.)
- Дисфонию (нарушение речи)
- Дисфагию (нарушение глотания)
- Боль в области опухолевого образования
- Парестезию (неясное чувство покалывания, легкого жжения и т.п.)
- Паралич нервов
- Тризм (спазм жевательных мышц)
- Галитоз (неприятный запах изо рта)
- Боль в ушах (оталгия)
- Потеря массы тела, связанная со снижением аппетита и болью при глотании
- Длительная субфебрильная температура при отсутствии очевидной причины
- Увеличение и припухлость шейных лимфатических узлов и др.

Клиническая оценка зависит от жалоб пациента и обычно включает:

- Тщательный визуальный осмотр, включая полость рта, глотки и носа, а также шейных лимфатических узлов.
  - Простую прямую ларингоскопию при помощи зеркал. Ларингоскопию с использованием гибкого фиброскопа для тщательного обследования состояния гортани и глотки.
  - Лучевые методы включают как простую рентгенографию, так и томографию (КТ, МРТ или ПЭТ/КТ), что помогает определить протяженность первичной опухоли, вовлечение соседних структур и распространение на шейные лимфатические узлы. Для оценки лимфатических узлов также используется ультразвуковой метод.
- Биопсию (тонкоигольную, инцизионную, браш-биопсию) пораженного участка часто проводят под контролем лучевых методов с последующим гистологическим исследованием ткани опухоли и определением ее типа.

## Стадии злокачественных опухолей головы и шеи

Стадии злокачественных опухолей головы и шеи определяют по международной классификации болезней TNM: по расположению и размеру первичной опухоли (T – tumour), количеству и размеру метастазов в шейные лимфоузлы (N – nodulus), наличию отдаленных метастазов в других органах (M – metastases). При раке ротоглотки также учитывается наличие или отсутствие поражения вирусом папилломы человека (ВПЧ). Клиническое стадирование

основывается на результатах объективного осмотра и выше перечисленных предоперационных исследований, тогда как итоговое стадирование патологического процесса зависит от размера первичной опухоли и количества пораженных метастазами лимфоузлов определенных во время операции.

Итак, прогноз при опухолях головы и шеи зависит от размера опухоли и ее гистологического типа, первичной локализации, наличия местных или отдаленных метастазов, а также сопутствующей хронической патологии, которая может затруднить проведение противоопухолевого лечения.

## Методы лечения

Лечение опухолей головы и шеи включает три основных метода: хирургический, лучевой и лекарственный. Эти методы могут быть использованы по отдельности или в комбинации, применение тех или иных методов зависит от особенностей опухоли и состояния пациента.

При определенных локализациях некоторые виды лечения имеют больше преимуществ. **Хирургическое лечение** не всегда применимо и имеет ряд серьезных ограничений, связанных с невозможностью удалить опухоль, затрагивающую смежные жизненно важные анатомические структуры: кровеносные сосуды и нервы, костные структуры, которые нуждаются в последующем протезировании и др. Итак, разные методы лечения имеют разное значение в лечении разных новообразований головы и шеи. Например, операция рекомендуется на ранней стадии новообразования, локализующегося в ротовой полости, поскольку имеется запас здоровых тканей и дефект может быть закрыт ими без дополнительных мер, а лучевая терапия может вызвать осложнения, например, в виде выраженного эпителиита (воспаления слизистой оболочки полости рта) или даже нижнечелюстного остеорадио-некроза.

Эндоскопическая хирургия используется все чаще; при некоторых видах рака головы и шеи показатели излечения близки к соответствующим показателям открытых операций или лучевой терапии либо даже превосходят их, а побочные эффекты при этом значительно меньше. Эндоскопические подходы чаще всего используются для хирургических вмешательств на гортани или при синоназальных опухолях.

Если в качестве основного метода лечения показана **лучевая терапия**, то она направляется непосредственно на первичный очаг поражения и в ряде случаев на шейные лимфатические узлы. Лечение лимфатических структур может проводиться как при помощи хирургического лечения, так и за счет лучевой терапии, что зависит от риска поражения лимфоузлов, а также гистологических критериев уже пораженных узлов и их величины. Ранние стадии поражения часто не требуют лечения лимфатических узлов, в то время как при более прогрессирующих поражениях это необходимо – как с профилактической, так и лечебной целью.

При распространенных и запущенных стадиях опухолевого процесса (III и IV стадии) часто требуется **комплексное лечение**, которое включает и химиотерапию, и лучевую терапию, и хирургическое вмешательство. В случаях, когда поражены костные или хрящевые ткани, обычно выполняется хирургическая резекция как первичного очага, так и регионарных лимфоузлов, чтобы снизить риск дальнейшего распространения опухоли. Если первичный очаг удален, то в послеоперационном периоде проводится лучевая терапия на шейные лимфоузлы, особенно при высоком риске, например, при больших размерах опухоли или ее низкой дифференцировке, а также при множественных пораженных лимфоузлах и экстракапсулярном распространении. Лучевую терапию в послеоперационном периоде предпочтительнее проводить, чем до операции, так как облученные ткани заживают хуже. Но всегда взвешивают «за» и «против» – риск и пользу от того или иного метода лечения.

Безусловно, лечение рака головы и шеи, как и других онкологических заболеваний, является сложным процессом, требующим **междисциплинарного планирования**. Оптимально, чтобы лечение каждого пациента обсуждалось консилиумом, состоящим из специалистов различных областей, включая радиологов и патологов, для достижения общего мнения и поиска наилучшего лечения. После определения плана лечения его стоит координировать группой специалистов, в которую входят оториноларингологи, реконструктивные хирурги, радиационные терапевты и онкологи, а также специалисты по речи – сурдологи, стоматологи, диетологи и др.

Роль пластических и реконструктивных хирургов становится все более значимой, так как использование свободных пересадок тканей позволяет осуществлять функциональную и косметическую реконструкцию дефектов, значительно улучшая качество жизни после оргоноуносящих операций, которые ранее вызывали множество осложнений. Распространенные донорские участки тканей для реконструкции включают малоберцовую кость (часто для восстановления челюсти), лучевую кость предплечья (обычно для языка и нижнего основания рта) и передние боковые ткани бедра (часто для реконструкции гортани или глотки). Интересным решением по замещению дефектов костных структур сегодня является индивидуализированная 3D-печать утраченного фрагмента на полимерном принтере. Такой протез часто имеет пористую структуру, удобную для прорастания здоровыми клетками и сосудами.

Профилактика рецидивов опухоли после лечения представляет собой сложную задачу и может сопровождаться различными осложнениями. Появление плотного образования или язвенного очага с отеком и болью в области первичного очага может указывать на рецидив.

Любой метод лечения может иметь потенциальные осложнения. Поскольку многие методы могут давать схо-

жие результаты, необходим индивидуальный подход к выбору метода лечения с учетом возможных последствий. Операция считается наиболее радикальным методом, но и наиболее травматичным. Вместе с тем многие процедуры можно выполнить с минимальными нарушениями внешнего вида и функций органа. Восстановление голоса до нормальных характеристик возможно с использованием голосовых протезов, трансплантатов, локальных и сложных свободных лоскутов.

Химиотерапия также может вызывать различные токсические эффекты. Функционирование слюнных желез при достижении дозы облучения 40 Гр может быть полностью нарушено, что приводит к ксеростомии (отсутствию или недостаточности слюноотделения) и повышает риск кариеса. Новые методы лучевой терапии, такие как лучевая терапия с модуляцией интенсивности, могут снизить токсическое воздействие на слюнные железы у пациентов.

При лучевой терапии в дозах более 60 Гр может нарушаться кровоснабжение костей, особенно нижней челюсти, что приводит к остеонекрозу. В таких случаях возникают проблемы с шаткостью зубов, а также происходит распад костей и мягких тканей. Поэтому перед началом лучевой терапии необходимо провести все необходимые

стоматологические процедуры, включая лечение кариеса и экстракцию больных зубов.

Лучевая терапия может также вызывать мукозит полости рта (воспаление слизистой оболочки) и дерматит кожи, что может привести к дермофиброзу и/или кожной атрофии. Часто наблюдаются длительная потеря вкуса и ухудшение обоняния.

Профилактика рецидивов и управление факторами риска, такими как курение и употребление алкоголя, играют ключевую роль в снижении заболеваемости. Современные методы лечения, включая реконструктивную хирургию и новые подходы к лучевой терапии, позволяют значительно улучшить результаты и качество жизни пациентов.

Таким образом, для успешного лечения опухолей головы и шеи необходима комплексная стратегия, основанная на ранней диагностике, индивидуализированном подходе к лечению и активном участии пациента в процессе восстановления.

Источник: Болотина Л. В., Владимирова Л. Ю., Деньгина Н. В., Кутукова С. И., Новик А. В., Романов И. С. Практические рекомендации по лекарственному лечению опухолей головы и шеи. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1. Злокачественные опухоли. 2021;13(3-2):100-19.

# Лучевая терапия опухолей головы и шеи

Основными методами лечения злокачественных опухолей головы и шеи являются хирургический и лучевой (радиотерапия), либо их комбинация. Химиотерапия имеет ограниченное значение при данной патологии и применяется относительно реже, чем при других онкологических заболеваниях. Когда используются два перечисленных основных метода, один из них обязательно осуществляется в так называемом радикальном варианте. В частности, предоперационная радиотерапия способна помочь консолидации больших опухолевых масс, но это не значит, что объем последующего хирургического вмешательства может быть уменьшен.

После хирургического удаления опухоли производят облучение послеоперационной зоны с включением в поле облучения областей регионарного лимфооттока для получения лучшего локального контроля над опухолевым процессом и предотвращением его дальнейшего распространения по организму.

Анализ результатов хирургического и комбинированного (операция + радиотерапия) лечения показал, что лучевая терапия уменьшает частоту рецидивов, задерживает развитие отдаленных метастазов, сокращает число смертей, непосредственно связанных с прогрессированием опухолевого процесса.

Поговорим подробнее о лучевой терапии.

## Как работает лучевая терапия

Для лечения опухолей при радиотерапии используется ионизирующее излучение, подобное рентгеновскому, нократно сильнее, и которое разрушает раковые клетки и затрудняет их воспроизведение. После облучения организм способен естественным путем избавиться от этих поврежденных раковых клеток. Радиотерапия также воздействует и на нормальные клетки, что нередко предопределяет развитие осложнений, чаще – обратимых. Однако следует понимать, что нормальные клетки, в отличие от раковых, способны восстанавливаться.

## Виды лучевой терапии при раке головы и шеи

• **Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ)** – общее название вида лучевой терапии, при котором источник излучения находится вне тела пациента. При помощи различных устройств аппарата излучение фокусируется в опухоли и оказывает свой лечебный эффект.

• **3D конформная лучевая терапия** – вариант ДЛТ, когда облучение проводится с нескольких полей, часто – разных форм и размеров, с разных направлений с классическим фракционированием дозы (1,8–2,0 Гр за сеанс). В этом варианте создается трехмерная модель опухоли и окружающих органов, производится компьютерный расчет и таким образом формируется поле облучения, которое не выходит за контуры опухоли, что позволяет минимизировать повреждение здоровых органов – максимум дозы (90–95%) приходится на опухолевый очаг.

• **Лучевая терапия с модулированной интенсивностью** – еще один вариант ДЛТ. Это современная и высокоточная методика с возможностью модуляции (изменения) интенсивности излучения, что в сравнении с конформной лучевой терапией позволяет еще больше снизить лучевую нагрузку на окружающие органы и ткани.

• **Кибернож (CyberKnife)** – это особый вариант ДЛТ дистанционного облучения, который благодаря роботизированной части специализированного аппарата, компактному линейному ускорителю электронов, тончайшему пучку излучателя, а также системе контроля за положением пациента и очага, может облучать микроскопические опухоли с высокой степенью точности и обеспечивать подведение к опухоли высоких доз (в сравнении с классической лучевой терапией).

• **Брахитерапия** отличается от методов, описанных выше, и является инвазивным методом, когда внутрь полости (рта, глотки, носа) или непосредственно в ткань опухоли внедряются излучающие радиоактивные источники. В качестве источников излучения выступают различные изотопы кобальта, цезия, иридия в виде игл, зерен, гранул и т.д. При данной методике максимальную дозу принимает на себя зона, непосредственно расположенная вокруг источника излучения, за счет чего практически не затрагиваются и не страдают здоровые окружающие ткани. Для этой методики также производятся точные геометрические компьютерные расчеты для каждого курса облучения. Такая методика чаще применяется при раке языка, губы и щеки, дна полости рта и носоглотки.

## Как проводят лучевую терапию

### Этап предлучевой подготовки

Перед началом лечения проводится этап предлучевой подготовки, или симуляция с проведением компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии или совмещают данные этих двух методов исследования. Пациента укладывают на столе КТ сканера таким образом, чтобы пациенту было комфортно находиться во время всего сеанса облучения. Область головы и шеи покрывается специальной эластичной сеткой-маской, которая «застывает» на голове пациента, повторяя все изгибы поверхности. Рентген-лаборант фиксирует метки на маске пациента. Все это позволяет с легкостью воспроизводить укладку ежедневно уже на ускорительной установке на протяжении всего курса лечения.

В зависимости от гистологической природы опухоли, ее объема и расположения выбирается протокол облучения. После создания плана облучения, перед началом курса, происходит его расчет медицинским физиком совместно с лечащим врачом-радиотерапевтом.

### Сеанс облучения

Во время первого сеанса пациента размещают на столе линейного ускорителя в том же положении, как и при КТ-

симуляции, используя нанесенные накануне метки и сформированную маску.

Во время облучения в каньоне аппарата находится только пациент, за которым врач наблюдает с помощью видеокamera и аудиосвязи из соседнего помещения. Процесс абсолютно безболезненный. Во время сеанса пациент не видит и не чувствует ничего особенного, лишь слышит звуки, издаваемые ускорителем. Линейный ускоритель может вращаться или передвигаться во время сеанса лечения.

Время сеанса обычно занимает не более одного часа в день. Стоит отметить, что первый сеанс обычно занимает чуть больше времени, что связано с необходимостью проверки положения пациента.

## Сколько длится курс лучевой терапии

Стандартный курс лучевой терапии проводится один, реже два раза в день, пять дней в неделю, в течение 5–7 нед (в зависимости от курса лечения). Часто в середине курса делают перерыв 1–2 нед для стихания или лечения явлений лучевых реакций со стороны слизистой оболочки полости рта и других органов головы и шеи.

Лечение на киберноже имеет существенные отличия и особенности в отборе пациентов. Курс лечения намного короче и в среднем составляет от 1 до 5 дней, время сеанса облучения – от 30 мин до 2–3 ч.

На ряду с традиционным фотонным облучением на линейных ускорителях используют так называемую адронную лучевую терапию при опухолях головы и шеи: протонное и нейтронное облучение. В отдельных радиологических центрах страны практикуются эти весьма эффективные методы лечения. Но нужно понимать, что у каждого метода имеются свои показания для назначения, а также и противопоказания. Лечащий врач направит пациента на эти виды лечения, если это потребуется.

**Помните! Для того чтобы радиотерапия сработала, необходимо время. Требуется несколько дней или недель лечения, прежде чем раковые клетки начнут гибнуть. Они продолжают гибнуть в течение нескольких недель или месяцев после завершения лечения.**

Также необходимо помнить, что только внимание к собственному здоровью, информированность о факторах риска развития опухолей, стремление к поддержанию собственного здоровья и раннее обращение к врачу позволит излечить опухоль и вернуть пациента к нормальным условиям жизни.

Источники литературы:

1. Мудунов А.М. и др. Опухоли головы и шеи в вопросах и ответах. – М., 2018.
2. Peters L.J. The efficacy of postoperative radiotherapy for advanced head and neck cancer: quality of the evidence. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1998. Vol.40. P. 527528.

# Как диагностируют опухоли головы и шеи

Диагностика опухолей головы и шеи основывается на данных осмотра, результатах инструментальных методов обследования и патоморфологическом заключении.



Поводом к началу обследования чаще всего являются жалобы пациента. Вместе с тем и профилактические осмотры вносят свой вклад, и после них пациенты с подозрением на опухолевое заболевание направляются на уточняющее обследование.

Первичное обследование проводят до начала всех видов лечебных воздействий. Оно включает обязательное обследование и дополнительные исследования по показаниям.

## Обязательное обследование:

- сбор анамнеза с определением возможных факторов возникновения опухоли;
- осмотр хирургом, специализирующемся в области лечения опухолей головы и шеи, или ЛОР-врачом;
- эндоскопическое исследование верхних дыхательных и пищеварительных путей (ларингоскопия, эзофагога-

строскопия), поскольку пациенты с плоскоклеточным раком органов головы и шеи имеют высокие риски первично-множественных синхронных опухолей головы и шеи, а также первично-множественных плоскоклеточных раков других локализаций, например, рака пищевода и рака легкого;

- КТ и/или МРТ патологической зоны головы и шеи;
- УЗИ шейных лимфатических узлов и органов брюшной полости;
- рентгенография/КТ органов грудной клетки – для оценки распространения опухоли по организму;
- общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы (количество лимфоцитов позволяет оценить нутритивный статус, оценка которого необходима для определения потенциальной переносимости противоопухолевого лечения);
- биохимический анализ крови с определением показателей функции печени, почек, уровня общего белка и альбумина (два последних показателя позволяют оценить нутритивный статус).

## Исследования по показаниям

- КТ органов грудной клетки с контрастированием при выявлении злокачественных опухолей слюнных желез;
- 18ФДГ-ПЭТ-КТ всего тела для распространенного плоскоклеточного рака; для диссеминированного рака слюнных желез, для анапластического рака щитовидной железы, радиойодрефрактерного высокодифференцированного рака щитовидной железы – для оценки степени отдаленного метастазирования;
- биопсия опухоли и тонкоигольная аспирационная биопсия измененных лимфатических узлов;

- гистологическое исследование (90% опухолей представляют собой плоскоклеточный рак);
- цитологическое исследование материала аспирационной биопсии;
- определение количества копий ДНК вируса Эпштейна-Барр в плазме крови при раке носоглотки.

## Молекулярно-генетическое исследование ткани опухоли:

- определение p16 методом иммуногистохимии (ИГХ) или вируса папилломы человека (ВПЧ) методом ПЦР или ISH – при раке полости рта, ротоглотки и гортаноглотки;
- определение уровня экспрессии рецептора PD-L1 (TPS, CPS) в образце опухолевой ткани при плоскоклеточном раке;
- определение экспрессии HER2 – при железистом раке у больных с метастатическим процессом или обширным нерезектабельным местным рецидивом;
- определение транслокаций NTRK (gene fusion) для определения потенциальных резервных линий терапии при секреторных аденокарциномах слюнных желез у больных с метастатическим процессом или обширным нерезектабельным местным рецидивом;
- определение экспрессии рецепторов андрогенов – при железистом раке у больных с метастатическим процессом или обширным нерезектабельным местным рецидивом;
- определение MSI для определения последующих (резервных) линий терапии – при железистом раке у больных с метастатическим процессом или обширным нерезектабельным местным рецидивом при возможности;
- определение RET-мутаций (соматическая мутация для медуллярного рака и RET fusion для папиллярного рака) – при папиллярном и медуллярном раке щитовидной железы с отдаленными метастазами;
- определение BRAF-мутации – при анапластическом раке щитовидной железы.

## ОНКОЛИБЕЗ

# Из чего складывается эффективность консервативного противоопухолевого лечения?

Эффективность противоопухолевого лечения – это такой суммарный показатель, который является суммой множества факторов, не все из которых нам известны, и далеко не все мы, онкологи, в состоянии контролировать.

Ключевые моменты, влияющие на результат лечения от рака:

### 1. Характеристики опухоли.

Стадия (т.е. распространенность процесса, размеры опухоли, глубина прорастания в подлежащие ткани, вовлеченность в процесс лимфатических узлов, наличие миграции опухоли за пределы локализации опухоли и регионарных лимфоузлов).

Четыре онкологические стадии условно делят на локализованные или ранние (первую и вторую), и распространенные – третью и четвертую.

Методы лечения и эффективность ранних раков и третьей, а тем более четвертой стадии – разные.

Структура (гистологическая форма) опухоли тоже влияет на результат. Опухоли разного строения обладают различной скоростью роста и устойчивостью к различным видам внешнего (лечебного) воздействия.

### 2. Лечение.

Следование стандартам – это критически важная вещь! Клинические рекомендации пишут ведущие эксперты не просто так, а на основе данных доказательной медицины. Стандарты быстро меняются, потому что большое количество клинических исследований проводятся ежегодно, и представления о биологии опухолей и их чувствительности к лечебным факторам меняются.

Что касается лучевой терапии, здесь важен процесс предлучевого планирования – оконтуривание мишени так, чтобы она получала равномерную дозу радиации, убивающую опухолевые клетки. Важны новые аппаратные технологии и устройства иммобилизации на лечебном столе, чтобы каждый раз облучался строго определенный объем тканей.

### 3. Факторы, связанные с пациентом.

Возраст. Сам по себе паспортный возраст напрямую коррелирует с исходами в меньшей степени, чем биологический.

Молодые пациенты, как правило, лучше переносят лечение. Но, с другой стороны, молодые менее привержены к лечению. А скорость пролиферации (деления) опухолевых клеток одинакова в молодом и пожилом организме. Функциональное состояние. Ослабленные, истощенные пациенты, имеющие какие-либо органические недостаточности (сердечно-сосудистую, почечную, печеночную и т.д.), будут хуже переносить лечение.

Сопутствующие заболевания могут усложнить лечение. Пациенты с серьезными хроническими заболеваниями могут по-другому переносить лечение, имеют большие риски его прерывания.

Отдельные исключительно вредные влияния – курение и алкоголизм. Принципиально важно отказаться от них в период противоопухолевого лечения и реабилитации.

Марина Кукош, автор Telegram-канала «ОнкоЛибез».



# Уход и гигиена за полостью рта при опухолях головы и шеи



Методы лечения опухолей головы и шеи (ОГШ) становятся эффективнее, увеличивая продолжительность жизни и необходимость думать не только о переносимости самого лечения, но и о качестве жизни после его окончания. Лечение ОГШ мультидисциплинарная задача. Врач-стоматолог, знающий осложнения противоопухолевого лечения и умеющий их корректировать, – один из необходимых специалистов.

Столкнувшись с диагнозом, пациенты часто пренебрегают самыми простыми рекомендациями. Пообщавшись с пациентами спустя год и более после лечения, их вывод однозначный: очень мало уделяли времени сопроводительной терапии, в связи с малой информативностью, психологическим состоянием – опускались такие важные моменты, как уход за полостью рта.

Пациенты с плохой гигиеной полости рта, злоупотребляющие углеводистой пищей, курением, спиртными напитками, намного чаще сталкиваются с воспалительными процессами в мягких и костных тканях, также обостряются хронические заболевания полости рта. Данные осложнения очень часто приводят к перерывам в лечении для восстановления полости рта и общего состояния, к которому приводят данные нежелательные явления. Самый критический момент, о котором даже не предполагают пациенты, начиная лечение, когда пациент не может питаться из-за повреждений и болей, что приводит к снижению показателей общего состояния, необходимости приостановки лечения, что ухудшает онкологические исходы.

Так, при проведении химиотерапии мукозит в полости рта развивается у 20–80% пациентов в зависимости от схемы лекарственного лечения и его интенсивности. Мукозит на фоне лучевой и химиолучевой терапии при ОГШ развивается у всех пациентов. Если говорить об операциях в челюстно-лицевой области, то санированная полость рта является благополучным фактором для заживления послеоперационной раны, профилактики послеоперационных пневмоний и связанных с ними рисков гибели.

Проявляется мукозит в полости рта покраснением слизистой оболочки, отеком, изъязвлением. Присоединение инфекции к поврежденной слизистой приводит к выраженному болевому синдрому, на фоне которого человеку сложно говорить, есть, пить. Недостаток жидкости приводит к обезвоживанию, недостаток еды к слабости и плохому заживлению тканей, т.е., формируется своеобразный порочный круг.

Для профилактики и уменьшения этих нежелательных явлений потребуются консультация стоматолога. Основные задачи стоматолога при обращении пациента, который готовится к онкологическому лечению:

- Санировать полость рта: вылечить или удалить плохие зубы. Для диагностики желательнее выполнять компьютерную томографию челюстей. Если планируется лучевая терапия в области головы и шеи, удаление выполняется за 14 дней и более перед началом лечения для профилактики остеорадионекроза.
- При проведении лучевой терапии в области головы и шеи металлические коронки усиливают степень выраженности мукозита, перед лечением стоит поговорить со стоматологом о возможности их снятия/замены или изготовлении специальных капп. Не стоит устанавливать металлические коронки в ходе лечения и планирования лучевой терапии в области головы и шеи.
- Помимо лечения кариеса важно выполнить профессиональную гигиену. Зубные камни являются источником инфекции, не снимаются самостоятельно, а их наличие говорит о необходимости коррекции техники личной гигиены, подборе средств для ухода за полостью рта.

Основными средствами гигиены являются зубная щетка, паста, монопучковая щетка, межзубные ершики и флоссы. Дополнительно возможно использование ирригаторов, щеток для очищения языка, пенки и ополаскивателей.

Во время лечения желательнее отдавать предпочтение мягким, сверхмягким и послеоперационным зубным щеткам. Пасты с мятой и сульфатами могут раздражать слизистую, вызывать дополнительную сухость и дискомфорт. Для такого периода лучше использовать нейтральные пасты или вообще какой-то период обходиться без них. Фториды в зубных пастах рекомендованы в концентрациях 1000–5000 ppm. Межзубные ершики желательнее подбирать совместно со стоматологом и вводить в рутинную гигиену, как и флоссы, до начала лечения, чтобы выработать навык и дополнительно не травмировать слизистую оболочку.

После каждого приема пищи следует ополаскивать рот от остатков пищи. Для этого можно использовать специальные ополаскиватели (бесспиртовые, не вызывающие раздражения) или воду.

Отдельного внимания заслуживает гигиена зубных протезов. Являясь инородным телом, зубные протезы без должной обработки могут служить источником инфекции. Важно, не пользоваться зубными протезами, если они начинают натирать из-за отека или повреждения десен.

При наличии или развитии сухости в полости рта помимо гигиены важно увлажнять слизистую полости рта. Для увлажнения используются препараты искусственной слюны в виде спрея или геля, увлажняющие пасты и ополаскиватели. Для предотвращения потери влаги во время сна важно не допускать дыхания через рот, пользоваться гигиенической помадой, увлажнителем воздуха, пить достаточное количество воды.

Стимуляции слюноотделения способствуют:

- аппетитные, красиво поданные блюда;
- леденцы и жевательные резинки на основе ксилитола, без сахара;
- сам процесс жевания. Для наилучшей стимуляции лучше использовать небольшие порции еды, жевать тщательно, не разговаривать во время еды.

Питание во время противоопухолевого лечения должно не только покрывать потребности организма в нутриентах, суточной калорийности, но и предотвращать травмирование слизистой оболочки полости рта. Рекомендуется:

- Наличие в рационе блюд с мягкой консистенцией, теплых, прошедших термическую обработку.
- Отсутствие раздражающих продуктов (кислые, горькие, соленые продукты и блюда, кислые фрукты и ягоды, цитрусовые), агрессивные механически (леденцы, семечки, сухари, сушки) и термически продукты.
- Предпочтение тушеных, вареных, протертых блюд, пюреобразных мясных и овощных блюд (мясо на пару, запеканки, суфле, пудинги, супы с минимальным количеством соли и т.д.).

Отказ от курения и алкоголя важен не только для улучшения переносимости самого лечения, но также снижает риски рецидива.

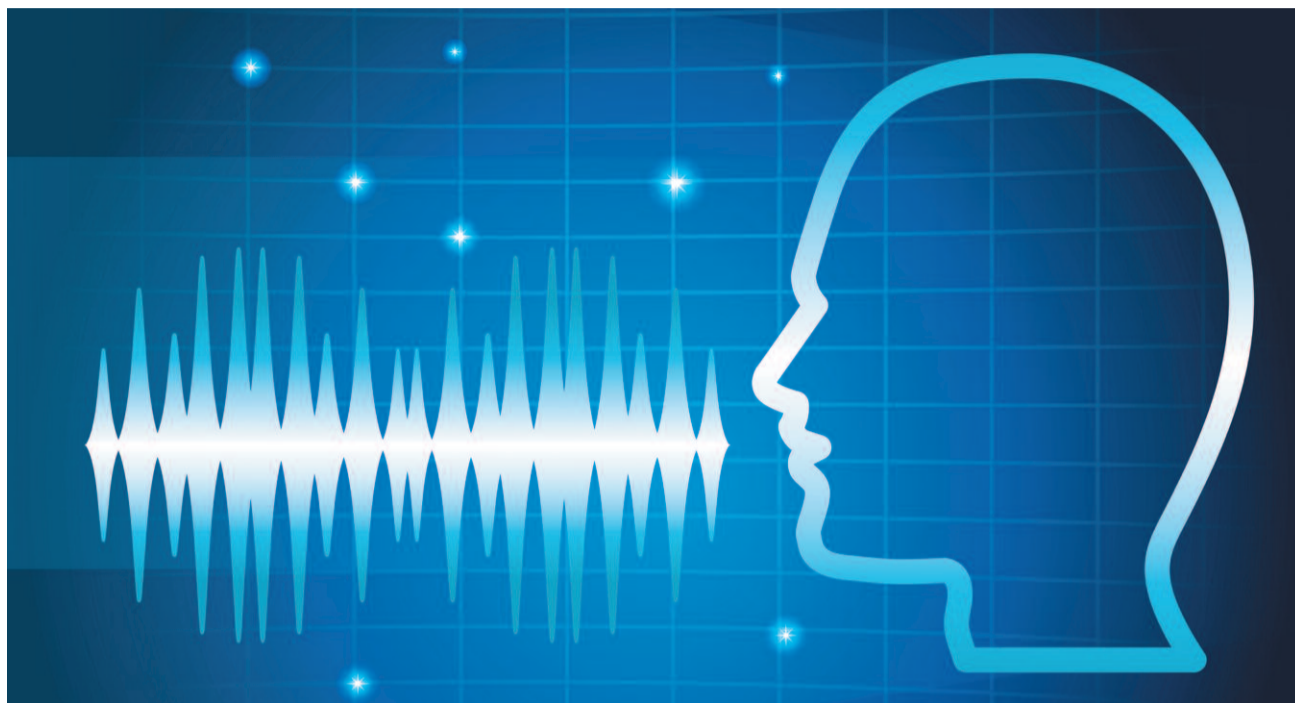
Информационное консультирование о важности санации и гигиены полости рта – задача врача-онколога. Соблюдение рекомендаций – работа самого пациента и его близких.

Опря Анна Николаевна,  
хирург-онколог-оториноларинголог, МНИОИ  
им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»  
Минздрава России

Telegram-канал  
ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ



# Восстановление голоса после ларингэктомии



Голос – одно из основных средств коммуникации, и отсутствие возможности говорить после ларингэктомии является очень тяжелой утратой. Функциональная реабилитация пациентов после удаления гортани за последние десятилетия достигла значительных успехов. Благодаря активному сотрудничеству онкологов, оториноларингологов, логопедов, психологов и других специалистов, восстановление дыхательной, глотательной, голосоречевой и обонятельной функций вышло на новый уровень.

На сегодняшний день повсеместно используются следующие методы формирования псевдоголоса: голосообразующие аппараты (электрогортань), формирование пищевого голоса и трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием.

## Электрогортань

Электрогортань, или голосообразующий аппарат, это носимое устройство, генерирующее звук. Прибор прикладывается к шее, звуковой сигнал проходит через мягкие ткани в полости глотки и рта, где и превращается в речь посредством движений артикуляционного аппарата.

Преимуществом метода является простота обучения и возможность использования в самые ранние сроки после операции. Разборчивость речи при этом зависит от четкости артикулирования и синхронизации включения аппарата.

Образующийся при помощи электрогортани голос – «роботизированный», с металлическим оттенком. Современные производители голосообразующих аппаратов постоянно совершенствуют электрогортани, что позволяет регулировать высоту и громкость голоса.

Электрогортань включается с помощью кнопки, расположенной на корпусе. В момент начала произнесения нажимается кнопка и удерживается, пока произносится звук или слово, и сразу после завершения кнопка отпускается. Необходимо синхронизировать движение руки и произнесение слов. Важно именно четко артикулировать слово, а не говорить шепотом, не связывая произношение звука с выдохом. Звук производит прибор, а пациент только модулирует его своими артикуляционными органами. Обучаться произношению следует, начиная с гласных, независимо от национального языка. Прибор, заменяющий голосовые связки, дает «голос», т.е. звук, а артикуляционные органы формируют «имя» этому звуку, и пациент «получает» соответствующую гласную букву.

Перед началом использования голосообразующего аппарата необходимо подобрать наиболее удобное место на шее для произнесения звуков. Отеки и рубцовая ткань, особенно после лучевой терапии, могут значительно ухудшать проведение звука. В таких случаях можно при-

кладывать аппарат к мягким тканям щеки. Кроме того, ткани, подвергшиеся облучению, также плохо пропускают вибрации. Эта оптимальная область на шее может в процессе реабилитации изменяться.

Обучиться применению электрогортани можно в достаточно короткие сроки. Как правило, достаточно 1–2 занятий с логопедом. Некоторые пациенты самостоятельно овладевают голосом с помощью электрогортани и легко общаются с окружающими.

Важно знать, что отечественная электрогортань предоставляется ларингэктомированным пациентам бесплатно в качестве технического средства реабилитации.

## Пищеводный голос

Формирование пищевого голоса основано на физиологическом рефлексе отрыжки, звук при этом образуется при прохождении струи воздуха между стенками глоточного сужения пищевода. Главной задачей при обучении пищеводному голосу является управление отрыжкой, для чего и существуют различные логопедические методики заглаживания и отрыгивания воздуха. Для успешного формирования пищевого голоса нужно научиться отделять функции дыхания и голоса друг от друга, так как струя легочного воздуха не участвует в фонации, а даже мешает ей, заглушая своим шумом получаемый звук.

Приступать к логопедическим восстановительным занятиям продолжительностью от 5 мин можно уже после удаления назогастрального зонда, постепенно наращивая нагрузку. Процесс обучения требует большой настойчивости и терпения от пациента и может занять до 6 мес, однако этот метод голосовой реабилитации является наиболее физиологичным и малоинвазивным, а однажды сформированный навык остается с пациентом на всю жизнь, а сам звук голоса более модулированный, чем при использовании электрогортани. Преимущество данного метода заключается в свободном общении, без привлечения рук. Но небольшой объем воздуха (80–120 мл), который можно проглотить и заполнить пищевод, позволяет говорить только короткими фразами, по 2–4 слова на одном проглатывании.

Противопоказаниями к формированию пищевого голоса являются глоточные свищи, фарингостома, рубцовые

сужения глотки и пищевода, фарингоспазм. Поэтому перед началом занятий рекомендуется пройти обследование, и только при отсутствии противопоказаний приступать к занятиям с логопедом.

## Трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием

Трахеопищеводное шунтирование с установкой голосового протеза – это хирургический метод восстановления голосовой функции после ларингэктомии, заключающийся в формировании отверстия между трахеей и пищеводом, в которое устанавливается силиконовый клапан (голосовой протез). Голосовой протез – это однонаправленный клапан, который позволяет при закрытии трахеостомы перенаправить на выдохе поток воздуха из легких через протез в пищевод, но при этом предотвращает попадание пищи и жидкости в дыхательные пути при глотании.

Прохождение струи воздуха через глоточное сужение пищевода позволяет создать вполне громкий, ровный и управляемый звук, а больший объем воздуха (в сравнении с пищеводным голосом) позволяет говорить длинными фразами и предложениями.

Трахеопищеводная пункция и введение протеза могут быть первичными (проводится во время операции по удалению гортани) и отсроченными – через некоторое время после операции.

Голосовой протез является инородным телом в пищеводе и требует внимательного ухода, от качества и регулярности которого зависит срок службы протеза. Колонии микроорганизмов, чаще всего грибов, постепенно разрушают силикон и повреждают защитный клапан. При несостоятельности протеза пища начинает попадать в дыхательные пути, что может привести к серьезным осложнениям. Для увеличения срока службы протез необходимо очищать утром, вечером и после каждого приема пищи. Существуют специальные щеточки и спринцовки, которые используются для очистки протеза от остатков пищи.

Щеточка вводится в просвет протеза до ограничителя, движениями вперед-назад и вращательными проводится очистка. Рекомендуется менять щетку 1 раз в 2 мес. Нельзя использовать для очистки голосового протеза щеточку для очистки трахеостомической трубки! Спринцовкой проводится промывание протеза водой утром, вечером и после приема пищи для смывания остатков, не удаленных щеточкой.

По рекомендации врача для увеличения срока службы протеза могут назначаться противогрибковые препараты, антациды для купирования изжоги и отрыжки. Также по назначению врача или рекомендации производителя проводится обработка самого протеза противогрибковыми препаратами.

Даже при самом тщательном уходе протез подлежит замене через каждые 6–12 мес. Замена происходит в стационаре и требует операции. Существуют специальные заглушки, перекрывающие доступ пищи в дыхательные пути, которые можно использовать при выходе протеза из строя в ожидании операции.

При правильном выборе размера голосового протеза и места его установки звук появляется сразу после протезирования. В первое время после операции речь может быть эмоционально не окрашена, прерывиста, что требует дальнейшей логопедической коррекции.

Каждый из методов имеет свои преимущества и недостатки, приступать к логопедическим занятиям или проводить хирургическое вмешательство по установке голосового протеза необходимо только после тщательного обследования. Раннее начало, своевременное планирование и активная вовлеченность пациента и его родственников в процесс реабилитации позволяют сократить сроки реабилитации и улучшить ее эффективность у пациентов после ларингэктомии.

М.Л. Исаева,  
к.м.н., старший научный сотрудник НКО онкологии  
ЛОР-органов ФГБУ НМИЦО ФМБА России



# Жизнь с онкологическим заболеванием и психологическая поддержка пациентов и их близких



Диагноз «рак» всегда звучит как гром среди ясного неба. Но когда речь идет об онкологических заболеваниях головы и шеи, вызов становится еще более сложным. Эти опухоли часто затрагивают самые важные функции тела: дыхание, глотание, речь, а также внешний облик человека. Понимание особенностей этих заболеваний и их влияния на пациентов и их близких может стать важным шагом на пути к поддержке и эмоциональному восстановлению.

## Особенности и ограничения, с которыми сталкиваются пациенты

Пациенты с онкологическими заболеваниями головы и шеи сталкиваются с рядом трудностей, которые затрагивают их физическое и эмоциональное состояние, а также повседневную жизнь. Лечение, например хирургия или лучевая терапия, часто оставляет заметные изменения: шрамы, отеки, нарушение речи. В некоторых случаях требуется трахеостома – специальная трубка для дыхания, она влияет на голос и дыхание. Эти изменения могут быть не только физически сложными, но и требовать времени, чтобы к ним адаптироваться.

Потеря голоса или изменение внешности становятся сильным эмоциональным испытанием. Многие пациенты испытывают тревогу, стыд или страх перед тем, как их теперь будут воспринимать окружающие. Это может серьезно подорвать уверенность в себе.

Кроме того, из-за сложностей с речью, глотанием или внешними изменениями некоторые люди начинают избегать общения. Ощущение изоляции нередко приводит к чувству одиночества и подавленности. Даже такие повседневные вещи, как прием пищи или простой разговор, могут превратиться в источник стресса, что еще больше может осложнить жизнь.

## Как пациентам находить психологические опоры

Жизнь с онкологическим заболеванием головы и шеи – это сложное испытание, которое меняет привычный ритм и восприятие себя. Но даже в таких условиях можно найти смысл и опоры, чтобы продолжать двигаться вперед.

Когда вы сталкиваетесь с диагнозом, эмоции могут быть пугающими. Страх, растерянность, грусть – это естественная реакция на трудности. Важно позволить себе их проживать, а не подавлять. Если вам сложно справиться в одиночку, поделитесь своими чувствами с близкими, напишите их в дневнике или поговорите с психологом.

Если болезнь повлияла на голос или общение, ищите новые способы выразить себя. Это могут быть записки, сообщения или специальные устройства для голосовой связи. Такие инструменты помогают не терять контакт с окружающими и избегать изоляции.

Старайтесь находить радость в маленьких вещах. Это может быть общение с близкими, прогулка на свежем воздухе, просмотр любимого фильма или книга, которая вас вдохновляет. Эти моменты привносят в жизнь ощущение стабильности, что особенно важно в период перемен. Ищите поддержку среди тех, кто переживает похожий опыт. Группы поддержки – это не просто место, где можно

поделиться своим опытом, но и пространство, где вы можете услышать слова понимания, найти советы и ощутить, что вы не одиноки.

В таких ситуациях важно помнить: каждый шаг, каждая маленькая радость, каждый момент общения помогают вам адаптироваться и продолжать жить, несмотря на вызовы.

## Как близким поддерживать пациентов

Когда ваш близкий человек сталкивается с онкологическим заболеванием головы и шеи, вопрос «Как я могу поддержать?» возникает почти сразу. Это естественное желание – помочь, быть полезным, но порой сложно понять, с чего начать.

Иногда самое главное – просто быть рядом. Вам не обязательно иметь готовые решения или говорить правильные слова. Человеку важно знать, что он не один, что вы готовы слушать, принимать его эмоции и быть опорой. Даже простое: «Я здесь, если ты захочешь поговорить» может дать гораздо больше, чем кажется.

Важно помнить, что вы не обязаны «чинить» проблему. Близкому может быть сложно выразить свои чувства, особенно если они тяжелые, но ваша готовность выслушать – уже огромная помощь. Не бойтесь сложных разговоров, позвольте человеку выговориться, если он готов.

Если ваш близкий сталкивается с трудностями в повседневной жизни – например с приемом пищи или речью, – вы можете помочь найти решения: оказывать помощь с приготовлением комфортной пищи, использовать специальные устройства для общения. Такие маленькие шаги делают жизнь человека комфортнее и возвращают чувство контроля.

И, пожалуйста, не забывайте заботиться о себе. Поддержка онкологического пациента – это нелегкий путь, и ваши собственные ресурсы тоже имеют значение. Уделите время своим нуждам, делитесь переживаниями с друзьями или специалистами. Ведь чтобы быть рядом с близким, важно сохранять свою внутреннюю опору.

## Жизнь после диагноза: важно помнить

Онкологическое заболевание головы и шеи меняет жизнь, но оно не отнимает ее смысл. Даже в условиях новых ограничений можно найти радость, поддерживать связи с близкими и строить планы. Принятие себя, забота о своем эмоциональном и физическом состоянии, а также открытость к помощи делают этот путь менее тяжелым.

Если вы или ваш близкий столкнулись с этим диагнозом, помните: вы не одни. Есть врачи, психологи, сообщества и люди, готовые поддержать вас на каждом этапе. Ваше здоровье и счастье – это то, за что стоит бороться.

Служба «Ясное утро» предоставляет психологическую, юридическую и информационную поддержку по телефону горячей линии. Доступны индивидуальные очные и онлайн консультации, участие в очных и онлайн группах поддержки и письменные ответы юриста с возможностью отправки документов. Однако среди тех, кому нужна помощь, есть люди, которым по каким-то причинам не подходит формат телефонного разговора. Среди них пациенты, которые сталкиваются с трудностями в общении из-за рака головы и шеи. Они могут получить необходимую поддержку через чат на сайте <https://yasnoeutro.ru/>, чаты в Telegram и ВКонтакте, а также через форму обратной связи в разделе «Вопрос-ответ». Мы работаем, чтобы каждый человек, независимо от его состояния, мог получить помощь и почувствовать поддержку. Свяжитесь с нами через горячую линию 8-800-100-0191 или в удобных письменных форматах.

Алина Морозова,  
специалист-психолог Службы «Ясное утро»

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



# Химический мозг/ хемобрейн (chemobrain), CICI и CRCI

● CICI (chemotherapy-induced cognitive impairment) – когнитивное нарушение, вызванное химиотерапией.

● CRCI – когнитивное нарушение, связанное с раком.

Пациенты на химиотерапевтическом лечении могут получить такое побочное явление, как нейротоксичность, которая будет проявляться в виде нарушения кратковременной (чаще) и долговременной памяти, нарушения концентрации внимания, заторможенности мыслительных процессов, логического анализа и речи.

Так как не все сообщают врачу о данных симптомах, либо сообщают при ярких проявлениях, оценить точную частоту невозможно.

Важно отметить, что когнитивная дисфункция, о которой идет речь, сопровождается органическими изменениями. Были проведены исследования: сравнивали МРТ (магнитно-резонансная томография)-снимки головного мозга пациентов с раком молочной железы (РМЖ), которые лечились химиотерапией годами ранее, и у здоровых лиц или у женщин с РМЖ, не получавших химиотерапию. В первой группе зафиксировали диффузное уменьшение объемов серого и белого вещества, и эти изменения коррелировали с нейрокогнитивным дефицитом.

## Обратимы ли данные процессы, и что наука сейчас знает о нейрогенезе?

Нейрогенез в мозге является динамическим процессом – это значит, что он подвержен влиянию различных внешних факторов:

● Одними из таких факторов являются химические вещества, которые используются в химиотерапии, а также радиация. Они действуют на делящиеся клетки и таким образом способны угнетать клеточное деление, что используется для лечения рака. Но также эти воздействия угнетают нейрогенез в мозге.

● Другим негативным воздействием на нейрогенез является стресс. Хронический стресс способен приводить к резкому уменьшению количества делящихся клеток в мозге. Объясняет такое снижение нейрогенеза патогенез депрессивных состояний. Использование антидепрессантов не только улучшает в целом психическое состояние человека, но также восстанавливает его уровень нейрогенеза до нормального.

Если радиацией убить делящиеся клетки и после этого анализировать действия антидепрессантов (АД), то окажется, что АД перестают действовать на организм, подверженный действию радиации. Т.е. механизмы действия АД напрямую связаны с новыми нейронами\* в гиппокампе\*\*.



Помимо химиотерапии и радиотерапии, снижение нейрогенеза происходит с возрастом – отмечается падение в 4 раза. Позитивно на нейрогенез влияет: обогащенная среда, физическая активность, когнитивная стимуляция. Т.е. все то, что приносит вам радость – вкусная еда, отдых, танцы, бег, чтение книг, слушание аудиокниг, рисование, любовь близких, новые позитивные знакомства, – все это благоприятно влияет и на восстановление когнитивных функций после противоопухолевого лечения.

Для большинства людей симптомы хемобрейна значительно улучшаются со временем.

Вот некоторые советы, которые помогли другим справиться:

- Держите календарь под рукой и записывайте важные даты и встречи.
- Ведите дневник, фиксируя все состояния и проявления организма на противоопухолевом лечении.
- Внимательно относитесь ко сну и отдыху.
- Тренируйте свое тело и разум. Любые легкие упражнения, даже не вставая с кровати, если нет сил. Читайте, пишите от руки – это отлично тренирует память. Разгадывайте кроссворды и другие логические загадки. Мозгу будет тяжело, но важно его реабилитировать за счет новой и интересной для него информации.
- Если испытываете стресс, страх, обязательно обращайтесь к специалистам за психологической поддержкой.

● Хронический стресс не только пагубен для когнитивных функций, но и пагубен для иммунной системы.

● Избегайте или минимизируйте отвлекающие факторы.

● Сосредоточьтесь на одной задаче. Не пытайтесь делать слишком много вещей одновременно. (Не беспокойтесь об этом – даже для людей без хемобрейна многозадачность оказалась неэффективной.)

● Соблюдайте здоровую диету. Диета, богатая овощами, может стимулировать ваш мозг.

Опыт когнитивных и функциональных изменений после химиотерапии для тех, кто сообщает о симптомах химического мозга, очень индивидуален и включает в себя необходимость адаптивных стратегий. Ранее были испытаны некоторые сходства в типах нарушений. Поскольку показатели выживаемости после лечения онкологических заболеваний продолжают расти, существует необходимость в услугах трудотерапии, когнитивной реабилитации, чтобы помочь пациентам вернуться к повседневным занятиям во время или после лечения рака.

Светлана Неретина,  
равный онкоконсультант



\*Нейрон – высоко специализирован и высоко дифференцирован, у него нет центриолей и поделить соответственно он не может. У стволовых клеток мозга есть центриоли, и они могут делиться. Поэтому, когда речь идет о нейрогенезе, никогда нельзя сказать, что нейрон разделился, он утратил способность деления в процессе дифференцировки. Новые нейроны появляются из стволовых клеток.  
\*\*Гиппокамп – структура головного мозга, критичная для процесса формирования памяти, в частности для формирования пространственной памяти и обучения, а также для эмоционального поведения. Она имеет стволовые клетки и сохраняет способность продуцировать новые нейроны.

## ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?

Заходите на официальный сайт газеты

«Беседы о здоровье. Онкология»



## БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ ОНКОЛОГИЯ

НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:

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

[беседы-о-здоровье.рф](https://беседы-о-здоровье.рф)



# Что такое онконастороженность и кто должен ее проявить?

В настоящее время, как бы неутешительно это ни звучало, онкологические заболевания по-прежнему остаются одной из наиболее прогностически неблагоприятных болезней, несмотря на постоянную работу ученых над поиском новых методов лечения данной патологии.



Винной этому – проблемы с ранней диагностикой. Например, человек обращается к стоматологу с болью в ротовой полости, а врач просто начинает лечить ему зубы, при этом может не обратить внимание на состояние слизистой оболочки и пропускает раковую патологию ротовой полости. Очевидно, что у стоматолога недостаточно знаний в диагностике рака в отличие от врача-онколога. Однако при правильном подходе он может заподозрить рак ротовой полости на ранней стадии, чего, к сожалению, часто не происходит, что связано с низкой онкологической настороженностью. Таким образом, поздняя диагностика является основной причиной повышенной смертности от рака.

Каковы причины поздней постановки онкологического диагноза? Причин можно выделить три:

- Со стороны врача отсутствие онкологической настороженности приводит к тому, что полноценного обследования пациентов не проводится, методы специальной диагностики применяются несвоевременно.
- Со стороны пациента невнимательное отношение к своему здоровью, недооценка симптомов заболевания, страх перед возможным диагнозом, попытки самостоятельного лечения.
- Сама болезнь – скрытое течение онкологического заболевания на ранних стадиях, объективные трудности диагностики, сочетание нескольких заболеваний, запутанность симптомов заболевания и т.д.

Таким образом, каждому человеку нужно знать, что любое злокачественное новообразование не терпит промедления в диагностике и лечении. Именно на раннюю диагностику и возможную профилактику должны быть направлены программы по уменьшению смертности от рака.

## Что такое онконастороженность?

Онконастороженность, прежде всего, это знание факторов риска онкологических заболеваний; воздействие на устранимые факторы (курение, алкоголь, работа на вредном производстве), учет неустраняемых факторов риска (возраст, наследственность, фенотип).

Большое значение в выявлении возможного онкологического заболевания имеет тщательное обследование каждого пациента. Важно знать, уметь диагностировать и лечить предраковые состояния и заболевания, осуществлять их мониторинг и динамическое наблюдение, не упуская таких пациентов из поля зрения. Наконец, важно своевременное направление пациента с подозрением на опухоль к специалисту – врачу-онкологу.

## Что может сделать сам пациент?

Не следует ждать появления симптомов, чтобы начать обследование, причем для начала обследования вовсе не нужен онколог.

Напомним, злокачественные опухоли – это целая группа заболеваний, и их общей особенностью является неконтролируемый рост злокачественных клеток, а главная сложность – малосимптомное течение на начальных стадиях. Злокачественные опухоли могут «выдавать» себя за другие, менее опасные болезни, на лечение которых уходит драгоценное время. Поэтому важно проявлять онконастороженность и считать подозрительными все симптомы, включая малозначительные, на первый взгляд.

Так, снижение массы тела без причин, быстрая утомляемость, увеличение лимфатических узлов, кашель, не связанный с простудными заболеваниями и не прекращающийся в течение 2–3 недель, – эти симптомы, казалось бы, столь безобидные, нередко могут говорить о развитии опухоли. Именно поэтому так важно знать симптомы, которые могут говорить о появлении опухоли, и следить за своим организмом.

**“ НЕ СЛЕДУЕТ ЖДАТЬ ПОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ, ЧТОБЫ НАЧАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ... ”**

Например, если во рту (на языке, деснах, щеках или губах) появились возвышающиеся белые шероховатые налеты, долго незаживающие трещины и язвы, если в кале обнаружилась кровь или необычные примеси, если начали беспокоить боли в животе или регулярная тошнота, беспричинная слабость, даже если родинка или другое образование на коже вдруг изменило цвет, форму, размер, появилось жжение, зуд, шелушение, – это повод для обращения к врачу.

Разберем отдельно некоторые злокачественные заболевания.

## Рак молочной железы

Самообследование молочной железы – наиболее простой и доступный метод диагностики. Врачи рекомендуют выполнять эту процедуру каждый месяц всем женщинам, начиная с возраста 20 лет. Чтобы самообследование молочных желез было информативным, необходимо соблюдать определенные правила:

- Осмотр лучше всего проводить в один и тот же день менструального цикла, оптимально – на 7–10-е сутки от начала менструации (в этот период ткань молочной железы наименее плотная и хорошо поддается прощупыванию).
- Если месячные прекратились или отсутствуют по разным причинам, то можно выбрать определенную дату и проводить самообследование молочных желез именно в этот день.
- Результаты обследования необходимо заносить в дневник и ориентироваться на них при последующих осмотрах.

Обратиться к врачу следует при появлении следующих признаков:

- любое опухолевое образование в груди;
- изменился внешний вид или форма груди;
- из сосков есть выделения;
- изменилась форма соска или ареолы;
- кожа груди покраснела, стала слишком морщинистой или отекает;

- на груди заметны участки со втянутой кожей;
- боль в груди, в том числе при движении рукой.

Самообследование молочной железы дает лишь повод для размышлений. Полноценная диагностика включает проведение маммографии. Регулярное проведение маммографического обследования наряду с самообследованием дает наилучшие результаты.

## Рак легкого

Клиническая картина рака легкого может быть разнообразной и зависит от стадии заболевания, локализации опухоли и особенностей ее роста. Тем не менее, выделяются общие симптомы рака легких, которые чаще всего беспокоят пациентов.

- Кашель – самый частый симптом, который встречается у 50–75% больных, он может быть хроническим, упорным, со временем усиливаться и не поддаваться лечению.
- Кровохарканье – выделение мокроты с примесью крови наблюдается, указывает на поражение слизистой оболочки бронхов.
- Одышка – характерный симптом, особенно выраженный на поздних стадиях.
- Боли в груди отмечаются у каждого пятого пациента, причем они могут усиливаться при дыхании или кашле.
- Общая слабость и утомляемость.
- Потеря массы тела, иногда сопровождающаяся ухудшением аппетита.
- Повышенная температура тела (около 37,5 °С), которая держится длительное время без видимой причины.

Рак легкого часто диагностируется случайно, так как многие из перечисленных симптомов могут быть неспецифическими и схожими с проявлениями других заболеваний, таких как пневмония или бронхит. Регулярное проведение рентгенографии легких и флюорографии позволяет выявить опухоль на ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно.

## Злокачественные опухоли кожи

К категории рака кожи относятся меланома, базальноклеточный рак кожи и плоскоклеточный рак кожи. Базалиома и плоскоклеточный рак, которые относятся к немеланомному раку кожи, являются наиболее распространенными видами рака кожи. Немеланомный рак кожи редко распространяется на другие части тела. Меланома, однако, является агрессивной формой рака кожи. Она с большей вероятностью поражает близлежащие ткани и распространяется на другие части тела, чем более распространенные формы рака кожи.

Неспецифические симптомы рака кожи, характерные для ранней стадии болезни:

- образование на коже, которое быстро меняет форму, размер или цвет;
  - шелушение, зуд, трещины, кровоточивость образования;
  - покраснение или отечность вокруг образования на коже.
- Пристального внимания требуют невусы неправильной формы и неравномерной окраски (с вкраплениями черного или коричневого, а иногда розового, красного, белого или синего цвета), которые быстро растут.

При появлении таких симптомов следует сходить на прием к дерматологу.

Источники информации:

1. Онконастороженность в работе врача первичного звена: Профилактика. Скрининг. Ранняя диагностика: учебно-методическое пособие для врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов // ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва, 2020 г.
2. Клинические рекомендации Минздрава РФ, <https://cr.minzdrav.gov.ru/> (Дата обращения 16.12.2024)
3. AACR – American association for Cancer research, <https://www.aacr.org/> (Дата обращения 16.12.2024)

# «Противоопухолева́я лекарственная терапия – очень динамично развивающаяся отрасль»



## Жанна Владимировна Хайлова

Кандидат медицинских наук, заместитель директора по организационно-методической работе МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, руководитель Центра координации деятельности учреждений регионов в области онкологии и радиологии ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

– Уважаемая Жанна Владимировна, в этом году завершается реализация федеральной программы по борьбе со злокачественными заболеваниями, время подводить итоги: какими результатами Вы лично гордитесь, что требует улучшения? Если сфокусироваться на отдельных онкологических нозологиях, какие нозологии требуют дополнительных усилий в части увеличения выживаемости пациентов?

– За время реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», стартовавшего в 2019 г., рост доли злокачественных новообразований, выявляемой на ранних стадиях, когда прогноз лечения максимально благоприятный, составил 7%. За девять месяцев 2024 г. в России данный показатель вырос до 61% от всех выявленных злокачественных новообразований. Одногодичная летальность пациентов снизилась на 17,6%. На 7,9% увеличилась доля пациентов, состоявших на учете 5 лет и более.

Для улучшения работы онкологической службы реализовано множество проектов. Наша служба начинается с первичного звена, и здесь теперь есть четкие порядки диагностики и маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание. В каждом регионе организована и внедрена сеть центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). В таких центрах проводятся диагностика с использованием передовых технологий, консультирование пациентов и противоопухолева́я лекарственная терапия. Создание ЦАОП предполагает наличие всего спектра диагностического оборудования, необходимого для полного обследования пациента при подозрении на наличие злокачественного новообразования. Это позволяет сократить сроки диагностики и приблизить сроки начала лечения, а также проводить диспансерное наблюдение, чтобы не пропустить рецидив рака. Внедрение ЦАОП обеспечило сокращение сроков обследования, улучшение качества лечения, а также преемственности лечения.

Активно развивались референс-технологии и телекоммуникационные технологии, которые стали довольно серьезным инструментом, помогающим нашим региональным коллегам в работе, а также обеспечивают индивидуальный подход к каждому пациенту. Мы сегодня получили возможность дистанционно проводить консультации с коллегами по сложным случаям, когда необходимо второе мнение специалиста. Референс-центры по лучевой диагностике, молекулярной генетике и патоморфологии с применением дистанционных методов исследований обеспечивают возможность консультации по медицинским изображениям, когда необходимо провести уточнение морфологического диагноза или изображения, здесь же происходит обсуждение диагноза. Внедряется ВИМИС (вертикальная интеграционная медицинская информационная система), где одним из фрагментов будет регистр онкологических больных.

Значимо изменилась инфраструктура и материально-техническая база онкологической службы. Одним из важнейших направлений в борьбе против рака сейчас является

доступность самых современных, передовых методов лучевой диагностики и лечения. Сегодня мы можем обеспечить пациентам в России бесплатный, оперативный, без долгих очередей, практически во всех регионах доступ к ПЭТ-диагностике, брахитерапии. Получили значимое развитие центры протонной терапии. Во всех национальных медицинских исследовательских центрах и региональных онкодиспансерах появились суперсовременные лаборатории, которые позволяют проводить иммуногистохимические и молекулярно-генетические исследования. На основе полученных результатов химиотерапевты имеют возможность подобрать для пациента самые высокоэффективные схемы лечения и таргетные препараты. В нашей стране продолжают развиваться технологии спасения онкобольных с помощью радиоактивных препаратов и методов их применения.

В стратегии борьбы с онкологическими заболеваниями ключевую роль играют раннее выявление заболеваний и профилактика. Поэтому важным аспектом развития по-прежнему остается уровень информированности и приверженности к профилактике рака у населения. Дальнейшего продолжения требуют шаги по устранению кадрово-

необходимым условием поиска инновационных средств для лечения тяжелых заболеваний в области онкологии, но он не так обширен и разнообразен, как мы видели в 2018–2021 гг.

Стоит отметить, что относительно 2022 г. все препараты доступны: некоторые импортозамещены, некоторые продолжают поставляться иностранными компаниями.

– Финансирование онкологических лекарственных препаратов напрямую связано с включением препарата в клинические рекомендации, а также зависит от решения комиссии Минздрава России о включении препарата в перечень жизненно необходимых важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), это требует времени. Есть ли возможность бесплатного доступа пациентов к новым онкологическим препаратам в ситуации отсутствия клинических рекомендаций и статуса ЖНВЛП?

– Противоопухолева́я лекарственная терапия – очень динамично развивающаяся отрасль. Ежегодно в арсенале онкологов появляются новые лекарственные препараты. И не всегда в короткие сроки дата актуализации перечней лекарственных препаратов и клинических рекомендаций

**Появление новых, более эффективных, но более дорогих лекарственных препаратов диктует необходимость поиска и достижения баланса между имеющимися финансовыми ресурсами государства на здравоохранение и доступностью лекарственного обеспечения...**

го дефицита квалифицированных специалистов, не столько онкологов, сколько терапевтов, на которых приходится главная нагрузка по выявлению ранних форм рака.

Ранняя диагностика позволяет подобрать эффективное лечение и повысить шансы на выздоровление и сохранить нормальное течение жизни больного. Высокая вероятность выздоровления зависит не только от раннего обнаружения опухоли, но и от ее локализации, например, рак молочной железы, кожи, щитовидной и предстательной железы, колоректальный рак легко поддаются лечению при выявлении на первой стадии. На сегодняшний день можно профилактировать 30–50% онкологических заболеваний, избегая или сокращая до минимума факторы риска.

– Очень часто обсуждается вопрос лекарственной безопасности в нашей стране. Как Вы оцениваете динамику входа зарубежных инноваций в Россию, она как-то замедлилась за последние 2 года? К нам перестали приходить препараты из других стран?

– Лекарственная безопасность сегодня одна из приоритетных задач государства в области здравоохранения. Взят курс на импортозамещение, следовательно, в госзакупках зарубежным компаниям со своими препаратами стало сложнее выиграть тендеры. В 2023 г. впервые за 5 лет начиная с 2019 г. число клинических исследований биоэквивалентности российских биоаналогов и дженериков для лечения онкологии достигло 58%. Это почти 60% всего отечественного рынка противоопухолевок разработок\*.

На государственном уровне поддерживаются инициативы, направленные на развитие отечественной фармацевтической промышленности. Исследования последних лет дали возможность использования новых стратегий лечения рака, в частности благодаря повышению точности воздействия.

В Россию продолжается поток международных многоцентровых клинических исследований, которые являются

может быть синхронизирована со временем появления нового лекарственного препарата. При этом система лекарственного обеспечения в любом обществе должна строиться на основе реализации принципов безопасности, эффективности и доступности лекарственных средств для граждан. В нашей стране механизмы обеспечения лекарственными препаратами в ситуации отсутствия в клинических рекомендациях или отсутствия статуса ЖНВЛП законодательно урегулированы.

В случае если врач-онколог считает необходимым назначение пациенту лекарственного препарата, не предусмотренного схемой лечения, определенной в соответствии с клиническими рекомендациями или не входящего в перечень ЖНВЛП, лечащий врач направляет необходимые документы пациента на врачебную комиссию.

Решение врачебной комиссии о назначении лекарственного препарата по медицинским показаниям, не имеющего статуса ЖНВЛП или не включенного в клинические рекомендации, является основанием для обеспечения больного данным лекарственным препаратом.

– Пациенты часто встречаются с проблемой преемственности лечения при возвращении из федеральной медицинской организации на лечение по месту жительства. Что Вы порекомендуете пациенту делать в случае замены ранее назначенной терапии?

– Вопросы преемственности лекарственного обеспечения являются важным аспектом эффективного лечебного процесса. Зачастую пациенты больше привержены той терапии, которую они уже знают.

В онкологии имеется немало примеров лекарственных препаратов, которые принадлежат к одному классу, демонстрируют сопоставимую клиническую эффективность, но при этом несколько отличаются друг от друга по структуре или небольшим нюансам механизма действия.

Министерство здравоохранения составило перечень взаимозаменяемых лекарственных препаратов. Согласно правилам, разработанным Минздравом, перечнем взаи-

\* [https://www.pharmjournal.ru/jour/announcement/view/1442?locale=ru\\_RU](https://www.pharmjournal.ru/jour/announcement/view/1442?locale=ru_RU)

мозаменяемых лекарственных препаратов должны пользоваться работники аптек при информировании покупателя о диапазоне цен на препараты с одинаковым международным непатентованным наименованием (МНН), чтобы предоставить информацию о стоимости всех возможных альтернативных препаратов. Также списком взаимозаменяемых препаратов могут пользоваться врачи при назначении лекарств. Ограничивать взаимозаменяемость лекарственных препаратов врачами запрещено, если это не обусловлено индивидуальной непереносимостью конкретного лекарственного препарата или жизненными показаниями.

Правила использования информации о взаимозаменяемых лекарственных препаратах утверждены Постановлением Правительства РФ от 4 сентября 2020 г. №1357 «Об утверждении Правил использования информации о взаимозаменяемых лекарственных препаратах для медицинского применения и дачи разъяснений по вопросам взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения, а также о внесении изменения в особенности описания лекарственных препаратов для медицинского применения, являющихся объектом закупки для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

В спорных ситуациях пациент может письменно обратиться к главному врачу медицинской организации, где больной получает медицинскую помощь, с просьбой о проведении заседания врачебной комиссии по данному вопросу, или предоставить протокол решения врачебной комиссии, включающий обоснование необходимости назначения данного препарата.

Выбор оптимальной тактики лекарственного лечения для онкологических пациентов зависит не только от сведений о потенциальной клинической эффективности тех или иных фармакологических субстанций, но и от целого ряда сопутствующих нюансов, в частности, перечня зарегистрированных медицинских показаний, стоимости препаратов и их фактической доступности, например, в ситуации сбоя в товаропроводящей цепочке.

В любом случае, вопрос взаимозаменяемости всегда нужно решать в интересах пациента.

**– Есть ли обычно у онкологического диспансера возможность закупить препарат, не включенный в перечень ЖНВЛП, какие условия должны быть для этого?**

– Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи предусматривает обеспечение онкологических пациентов, получающих лечение в дневном или круглосуточном стационарах, лекарственными препаратами из перечня ЖНВЛП. Также возможно применение лекарств, не вошедших в перечень ЖНВЛП, по медицинским показаниям, из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям. При этом финансовое обеспечение медицинской помощи в дневном и круглосуточном стационарах осуществляется за счет средств ОМС.

Лекарственные препараты, не входящие в перечень ЖНВЛП, могут быть предоставлены пациенту бесплатно в следующих случаях: в случае его замены из-за индивидуальной непереносимости; по жизненным показаниям; при нетипичном течении заболевания; при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента. Указанные факты должны быть доказаны и фиксироваться в медицинских документах пациента лечащим врачом. В таких случаях лекарства назначаются по решению врачебной комиссии.

**– Насколько достаточно финансирование у онкологических медицинских организаций для финансирования решений врачебных комиссий (ВК), нет ли потребности в формировании отдельной клинко-статистической группы (КСГ) для финансирования ВК?**

– Основу национальной лекарственной политики составляет удовлетворение реальных потребностей населения в эффективных, качественных и доступных лекарственных средствах.

Оплата противоопухолевой лекарственной терапии для случаев лечения пациентов со злокачественными новообразованиями в системе ОМС по профилю «онкология» осуществляется КСГ, сформированных на основании кода МКБ-10 и схемы лекарственной терапии. Перечень схем лекарственной терапии сформирован путем извлечения данных из соответствующих разделов клинических рекомендаций, размещенных в рубрикаторе Минздрава, и содержит лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП.

В ситуации назначения лекарственного препарата, не входящего в перечень ЖНВЛП, по решению ВК на оплату в си-

стеме ОМС подается специальная КСГ «Прочие схемы лекарственной терапии», размер возмещения которой может возместить затраты на лекарственную терапию до 10 тыс. руб.

Использование лекарственных препаратов сверх утвержденного перечня ЖНВЛП, назначаемых по решению ВК, при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС возможно также при выделении целевых бюджетных ассигнований из бюджета субъекта Российской Федерации на финансирование применения при лечении застрахованных лиц лекарственных препаратов, не включенных в перечень ЖНВЛП.

Появление новых, более эффективных, но более дорогих лекарственных препаратов диктует необходимость поиска и достижения баланса между имеющимися финансовыми ресурсами государства на здравоохранение и доступностью лекарственного обеспечения и дальнейшего совершенствования способов оплаты в системе ОМС.

**– Какие рекомендации Вы бы дали онкологическим диспансерам в финансово-организационном плане при необходимости внедрять инновационную терапию?**

– Выбор стратегии оптимального метода лечения базируется в том числе и на прогнозировании возможной эффективности и целесообразности их применения в различных клинических ситуациях, что позволяет персонализированно подбирать лечение для каждого пациента и избежать неоправданных финансовых затрат.

Рационально на регулярной основе проводить анализ необходимости и возможности внедрения новых медицинских услуг и технологий.

Системным решением может стать дальнейшая совместная работа главного внештатного специалиста онколога, представителей Министерства здравоохранения и ТФОМС в области оценки параметров Территориальной программы ОМС с учетом структуры заболеваемости в регионе, персонализированного подхода к выбору методов лечебно-диагностических мероприятий и рационального распределения потока больных с учетом источников финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «онкология».

**– Спасибо, Жанна Владимировна, за столь подробные ответы.**

Редакция газеты «Беседы о здоровье. Онкология» выражает благодарность компании Astellas Pharma за поддержку рубрики «Разговор о важном»

## ИСТОРИИ

# «Важно не зацикливаться на болезни, нужно жить каждый свой день»

Екатерина столкнулась с диагнозом «гормонозависимый рак молочной железы», находясь в декрете с третьим ребенком. Болезнь была на третьей стадии, поэтому откладывать лечение было нельзя. Оно началось сразу же после всех необходимых обследований.

«В самом начале мой лечащий врач-онколог четко обозначил, что лечение будет долгим, и это очень важный момент – не ждать быстрого результата», – вспоминает Катя.

Приняв для себя, что путь будет долгим, Екатерина четко придерживалась рекомендованного протокола лечения, который уже зарекомендовал себя положительно. В этом заключалась большая доля успеха.

«Я не веду войну с раком, я с ним не борюсь. Он унес жизни очень большого количества человек, и если принять, что рак – это мой враг, очевидно, что он гораздо сильнее одного человека. Рак для меня – бездушная мощная машина, которая способна раздавить любого. Поэтому я с ним не борюсь и даже не делаю ему вызов. Я просто живу!», – эмоционально объясняет Екатерина.

Она прошла восемь курсов химиотерапии, впереди была операция. Как раз перед самым Новым годом! Врач объяснил Кате, что у нее есть выбор: либо рискнуть, перенести операцию на послепраздничные дни и встретить Новый год с семьей. Но тогда этот праздник может стать для нее последним. Либо сделать операцию сразу и остаться на Новый год в больнице, зато потом еще много лет быть рядом с близкими.

«Выбор, на мой взгляд, очевидный», – резюмирует Катя. Мастэктомия провели 27 декабря, было тяжело не только физически, но и морально. Находиться в больничных сте-

нах, пока вся страна погружена в новогоднюю сказку, было болезненно для Екатерины. При этом ей не хотелось омрачать детские воспоминания, и она попросила близких не навещать ее, не приводить детей в больницу.

Соседки по палате поддерживали друг друга, старались быть на позитиве и побольше смеяться. Кате было комфортно находиться в кругу людей, оказавшихся в такой же ситуации.

«Но особенно запомнилась мне акция “Коробка радости”, которую провел фонд “Я люблю жизнь”. К нам в палату пришли Дед Мороз и Снегурочка, принесли всем подарки: сладости к чаю, косметический набор, новогодние носочки и раскраски антистресс», – вспоминает Екатерина.

Пациентки стали расспрашивать о фонде и выяснили, что их поздравляли девочки, которые сами столкнулись с онкологическим заболеванием и уже находятся в ремиссии.

«Это очень трогательный и очень мотивирующий факт! Если они смогли, значит и мы сможем! Мы обнимались, фотографировались: лысые, без одной груди, с сумочкой на боку для дренажа. Эти фотографии не хочется пересматривать ежедневно, но они напоминают мне о том, что совсем неизвестным людям может быть не все равно... Когда представители фонда ушли, мы с девочками еще долго обсуждали это поздравление, и все одинаково были рады такому сюрпризу. Маленькие девочки внутри нас лико-

вали, они получили новогоднее чудо! Совсем не важно, какой именно будет подарок, главное – уделенное время и поддержка близких по духу людей», – говорит Катя.

Муж Екатерины предпочитает меньше говорить и больше делать, чтобы поддержать жену в непростой период, он принес в палату салат и мясо, которые приготовил сам, купил безалкогольное шампанское – в общем, создал для Кати и ее соседок новогоднее настроение, чтобы они могли праздновать вместе со всеми.

«Если не получается изменить ситуацию – измени отношение к ней. В ходе лечения я поняла, что важно не зацикливаться на болезни, нужно жить каждый свой день. Именно жить, а не существовать, найти себе увлечение, не тратить время на негатив», – уверяет Екатерина.

Сама она во время химиотерапии начала рисовать, чтобы сублимировать свои эмоции. Сейчас Катя старается проводить больше времени вместе с мужем и дочками: путешествовать, отдыхать на природе и отправляться в походы с палатками.

Текст предоставлен благотворительным фондом «Я люблю жизнь».



# Чем может помочь психолог семье, где есть ребенок с острым лимфобластным лейкозом?



В рамках IX Всероссийского конгресса онкологических пациентов состоялась сессия с онкопсихологами для родителей пациентов с острым лимфобластным лейкозом. В ходе мероприятия психологи ответили на вопросы, поступившие на горячую линию Всероссийской Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!».

На сегодняшний день острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – это самый благоприятный в плане прогноза вид лейкоза у маленьких пациентов. Долгосрочная выживаемость у детей с ОЛЛ составляет до 90%<sup>1</sup>. В России живут тысячи пациентов, которые вылечились от ОЛЛ, диагностированного в детском возрасте<sup>2</sup>. Излечение от ОЛЛ – это объективная реальность, но процесс лечения может занимать до трех лет<sup>2</sup>.

Президент Ассоциации **Ирина Боровова** рассказала о том, как пациентская организация оказывает психологическую поддержку пациентам с таким диагнозом. Проводятся групповые занятия и индивидуальная работа, в онлайн и офлайн форматах. Пациентская организация использует множество проективных методов: мастер-классы, творческие арт-мастерские, арт-терапию, анимал-терапию, действуют секции шитья, рисования, конструирования и т.д. Это помогает семьям справиться со сложным периодом в жизни и оказывает положительный эффект на процесс лечения.

На вопросы родителей ответили ведущие специалисты-психологи: **Хаин Алина Евгеньевна**, кандидат психологических наук, зав. отделением клинической психологии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, медицинский психолог, **Милейко Марианна Викторовна**, кандидат психологических наук, медицинский психолог отделения медицинской реабилитации Клиники НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, **Кантеева Вероника Маратовна**, медицинский психолог, заведующая отделом медицинской психологии ГБУЗ Пермского края «Краевая детская клиническая больница». Спикеры рассказали о возможностях помощи психолога детям и их родителям на разных этапах лечения и реабилитации, психологическом сопровождении семьи онкологического пациента при подготовке к лечению в стационаре и поделились рекомендациями о том, как поддержать своего ребенка в больнице. Больше всего родителей волновал вопрос «Как понять, что психологу можно доверить ребенка с ОЛЛ?». Экспер-

ты рассказали, что не каждый психолог имеет квалификацию, необходимую для работы с детьми с онкологическими заболеваниями и их родителями. В государственных лечебных учреждениях психологам онкологических отделений необходимо полноценное высшее психологическое образование со специализацией по медицинской психологии и аккредитация. Таким образом, опыт работы психолога с онкологическими пациентами в больнице и его ориентация на научный подход, дополнительное образование по психологическому консультированию/психотерапии свидетельствуют о наличии у психолога необходимых знаний и навыков для оказания квалифицированной психологической помощи.

Психологи рассказали об организации системы оказания психологической помощи детям, подросткам и их родителям в России. Было отмечено, что бесплатную психологическую помощь пациенты получают непосредственно в больнице от штатных медицинских психологов. В большинстве медицинских учреждений поддержка оказывается и сопровождающим ребенка родителям, так как это важная составляющая системного, семейно-ориентированного подхода. Так как число государственных реабилитационных центров, где психологическую помощь семьи могут получить после завершения основного лечения, невелико, Хаин Алина Евгеньевна поделилась списком организаций, оказывающих бесплатную психологическую помощь в рамках в том числе различных некоммерческих организаций и фондов, который размещен в специальном разделе «После лечения» на сайте ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России. Здесь же родители смогут найти много полезных материалов, разработанных и собранных медицинскими психологами центра.

ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ.  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ  
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ/  
ПОДРОСТКОВ, ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ  
И СПЕЦИАЛИСТОВ



Число специалистов и программ психологической помощи каждый год растет, и вклад в это вносят как профессиональное сообщество, специалисты федеральных центров, так и родительские, пациентские организации и благотворительные фонды. Они делают более видимым запрос тех, кто проходит лечение и реабилитацию, оказывают дополнительную организационную и финансовую поддержку для развития системы оказания помощи. Родителям маленьких пациентов не менее важно своевременно обращаться за психологической помощью, так как в состоянии стресса они иногда забывают о себе. Эксперты объяснили, что ребенок не понимает масштаб проблемы полностью, но он видит, как родители реагируют на ситуацию, и их состояние влияет и на ребенка. Чтобы узнать, как получить помощь, можно обратиться на горячую линию ассоциации «Здравствуй!».

ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ  
ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ  
ПАЦИЕНТОВ, ИХ РОДНЫХ  
И БЛИЗКИХ



Большой интерес у слушателей вызвал вопрос, говорить или не говорить ребенку о его заболевании? Психологи отметили, что в период, который ребенок воспринимает как стрессовый, особенно важно выказывать уважение к чувствам ребенка. Для этого родителям лучше обсудить с ребенком, что бы он хотел знать. Есть дети, которые не хотят вникать, им будет проще, если родители будут говорить, что делать, а есть те, кто хочет знать все детали и контролировать ситуацию.

На эти и многие другие вопросы, например «как ребенку перестать бояться результатов анализов?», «как помочь родителю и ребенку справиться со страхом?», «какими способами можно повлиять на эмоциональное состояние?», «какими способами можно и нужно проводить психологическую реабилитацию ребенка после тяжелого стационарного лечения?», ответы можно найти, посмотрев полную запись сессии на сайте конгресса.

Эксперты были едины в том, что, несмотря на лечение, детство продолжается, и поделились примерами, как организовать полноценную жизнь ребенка с заболеванием. Помощь психолога родителям, маленьким пациентам и подросткам многогранна и необходима на всех этапах лечения ОЛЛ. Работа по увеличению доступности специализированной помощи в регионах и повышению квалификации специалистов в России продолжается.

Всероссийский конгресс онкологических пациентов ежегодно проводится Ассоциацией онкологических пациентов «Здравствуй!» для обсуждения актуальных вопросов, связанных с оказанием онкологической помощи в России, информирования россиян об отечественных достижениях в борьбе с онкологией, повышая информированность населения о раке и давая надежду на исцеление.

*Материал предоставлен Всероссийской Ассоциацией помощи онкопациентам «Здравствуй!»*

Всероссийская ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»  
Ассоциация работает круглосуточно.  
Вы можете обратиться за помощью по телефону горячей линии  
8 (800) 301-02-09  
или на сайте [russcpa.ru](http://russcpa.ru)



<sup>1</sup> <https://www.cancer.org/cancer/types/leukemia-in-children/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>

<sup>2</sup> Румянцев А. Г. Эволюция лечения острого лимфобластного лейкоза у детей: эмпирические, биологические и организационные аспекты. Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2015;14(1):5-15.

НОВОСТИ

# Фонд борьбы с лейкемией создал свою первую благотворительную игру «Снежная гонка»



В преддверии Нового года и в честь своего 10-летия Фонд борьбы с лейкемией запускает новую игру «Снежная гонка». Это фандрайзинговый проект, который объединяет спорт и стремление помочь взрослым с диагнозом «лейкемия».

В игре пользователь управляет лыжником, который преодолевает препятствия на трассе, стараясь пройти как можно дальше. Если игрок сбивает три препятствия, он может продолжить с того же места, сделав пожертвование в фонд. Чемпионы, преодолевшие 100 км, поделившиеся результатом в ВКонтакте и перечислившие в игре пожертвование в Фонд борьбы с лейкемией от 100 руб., могут выиграть призы.

«Идея геймификации в том, чтобы превратить рутинное действие в игру. Отвлечься от ежедневных забот и провести время легко, играючи, а в нашем случае еще и с пользой – каждый участник может оставить пожертвование и поддержать наших подопечных», – Артем Кирщина, интернет-маркетолог Фонда борьбы с лейкемией. Игра «Снежная гонка» приурочена к ежегодной лыжне «Самое время жить», которая состоится 16 марта 2025 г. «Многие знают, что фонд много лет делает масштаб-

ные спортивные мероприятия – забег и лыжню «Самое время жить». В преддверии Нового года мы запускаем фандрайзинговую игру «Снежная гонка», чтобы не только прокачать свои навыки в лыжной гонке, но и сотворить чудо для наших подопечных, ведь зима – волшебное время. Присоединяйтесь к гонке, помогайте, играя или просто поддержите взрослых с заболеваниями системы крови», – Екатерина Максимова, директор по фандрайзингу Фонда борьбы с лейкемией.

Чемпионов игры «Снежная гонка» определит жеребьевка. Среди призов: сертификат на завтрак на двоих в AZIMUT Сити Отель Смоленская Москва 4\*, сертификат на 2500 руб. на торт от кондитерской Bakery, электрическая аромашина COVA с Bluetooth-управлением и ароматом в комплекте от компании «Третье чувство» и фирменный мерч Фонда борьбы с лейкемией.

Присоединяйтесь к игре  
«Снежная гонка»  
Фонда борьбы с лейкемией



# Фонд борьбы с лейкемией запускает уникальный образовательный проект для медработников по всей стране

Фонд борьбы с лейкемией 10 лет поддерживает взрослых старше 18 лет с онкологическими заболеваниями крови, меняя отношение в обществе как к самим пациентам, так и к диагнозу.

В 2024 и 2025 гг. фонд продолжит системно развивать онкогематологию в России. Для этого Фонд борьбы с лейкемией запускает бесплатные программы поддержки тех, кто спасает жизни пациентам, – врачей, медицинских сестер и братьев.

## Почему проект актуален?

Команда фонда изучила современные исследования и структурировала основные проблемы, связанные с работой сотрудников онкогематологических отделений. Главные сложности: дефицит высококвалифицированных кадров, перегруженность врачей и медицинских сестер, недостаток практических навыков медперсонала. Медицинские работники – ценнейший ресурс здравоохранения. От степени их подготовки, уровня знаний и профессиональных компетенций зависит качество оказываемой помощи в медицинских учреждениях и как следствие процент выздоровления пациентов.

## В чем преимущества программ?

- Они созданы на основе актуальных исследований и экспертных заключений признанных лидеров в российской медицине.
- Аккредитованы Рособнадзором и сертифицированы Порталом непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (НМО).
- Развивают партнерскую сеть, охватывающую крупнейшие медицинские организации в стране.
- Работают в уникальном формате, благодаря чему обучение могут проходить сотни человек по всей стране одновременно.
- Вовлекают лучшие научно-педагогические кадры в стране, все преподаватели – сотрудники ведущих медицинских центров России.

## Как работает проект?

Образовательный проект фонда охватит всю страну и будет реализовываться на базе двух программ: «Сестринская программа» и «Онконастороженность».

## Подробнее о «Сестринской программе»

Для медицинских сестер созданы два образовательных курса:



- «Особенности оказания сестринской помощи пациентам с онкогематологическими заболеваниями»;
- «Современные вопросы сестринского дела в онкогематологии и ТКМ».

Каждый курс включает онлайн- и офлайн-форматы обучения. В конце студенты получают удостоверение о повышении квалификации установленного образца + сертификат НМО.

## Подробнее об «Онконастороженности»

Повышение уровня онкогематологической настороженности и оперативная диагностика заболеваний – важные факторы, влияющие на качественное лечение пациентов, развитие медицины и системы здравоохранения в нашей стране.

Совместно с Российским университетом дружбы народов была создана программа повышения квалификации для региональных врачей.

## Проект состоит из двух образовательных блоков:

- «Злокачественные заболевания крови: лейкозы, лимфомы»;

- «Незлокачественные заболевания крови: анемии, нарушения системы свертывания».

Программа включает дистанционное обучение и очные практические семинары с врачами ведущих медицинских центров России.

В результате обучения студенты получают удостоверение о повышении квалификации установленного образца и сертификат НМО.

«Мы уверены: образование медицинских работников – необходимый аспект в развитии здравоохранения по всей стране. Важнейший шаг в сторону более качественной помощи тысячам пациентов, которые прямо сейчас борются с раком. Вместе мы можем сделать еще больше для того, чтобы они побеждали болезнь», – Юлия Девятковская, руководитель проекта обучения медицинского персонала.

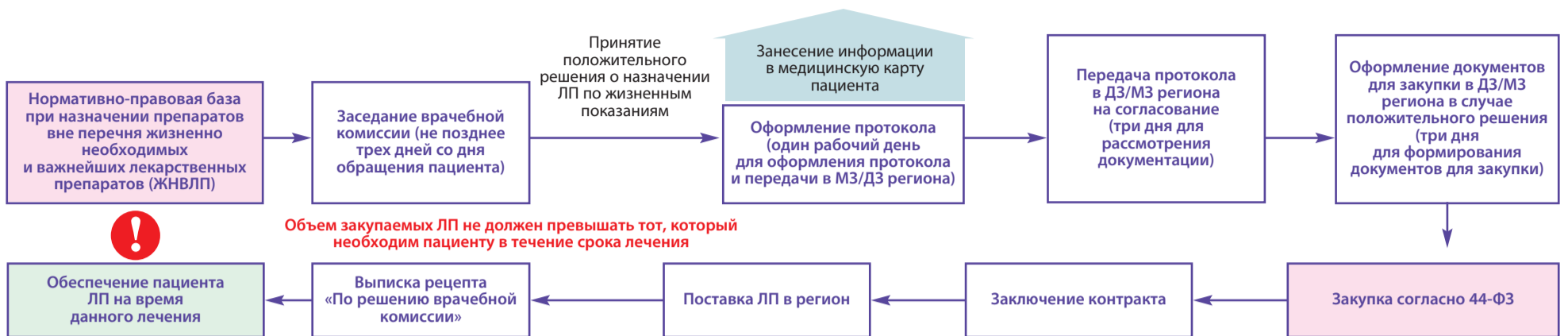
Подать заявку на участие в программе можно по электронной почте:

info@leikoze.net, nikitina@leikoze.net  
(тема письма: «Заявка на обучение»).

До встречи на образовательных курсах!

ШПАРГАЛКИ

# Нормативно-правовая база при назначении препаратов вне перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП)



Существующие перечни не имеют ограничительного характера. Любой ЛП может быть назначен по решению врачебной комиссии при наличии медицинских показаний



• ФЗ №323-ФЗ, ст.80, 3. 2  
Назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям по решению врачебной комиссии



• ФЗ №323-ФЗ, ст.48  
Врачебная комиссия



• №1452-р  
Об утверждении Порядка индивидуального обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными препаратами при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям); не входящих в стандарты медицинской помощи; по торговым наименованиям, а также изделиями медицинского назначения



• №502н  
Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации.  
п. 4.7. Принятие решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям): не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи; по торговым наименованиям



• №965  
О внесении изменений в Правила формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, и о применении лекарственных препаратов с конкретными торговыми наименованиями



• №231н  
Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения



• №1094н  
Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов

## Список Референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследований



ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России



ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России



ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России



ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России



ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России



ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (Референс-центр)



ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России



ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России



ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России



ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России



ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России



ФГБУ «РНЦРП им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России



ФГБУ «РНЦРП» Минздрава России



ФГБУ «НМИЦ онкологии» (г. Ростов-на-Дону) Минздрава России



ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России



ФГБОУ ВО «ЮГМУ» Минздрава России



ФГФУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России



ФГБУ «Томский НМИЦ РАН»

Светлана Неретина, равный онкоконсультант

Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №6, 2024  
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

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

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва,

Жуков проезд, д. 19, эт. 2, пом. XI, комната 7

Адрес типографии:

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

Над номером работали:

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

Авторский коллектив

Совет пациентских организаций



Равный онкоконсультант Светлана Неретина

При поддержке  
НФПО  
им. П.А. Герцена



При сотрудничестве  
с порталом  
onco-life.ru



Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2024 г.

Газета распространяется бесплатно.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции газеты. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.

Дата выхода: 20.12.2024

Возрастное ограничение 16+