

# БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

## ОНКОЛОГИЯ



### ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

**Константин Сергеевич Титов,**

доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник  
Московского многопрофильного научно-клинического центра  
им. С.П. Боткина ДЗМ, профессор кафедры онкологии и рентгенодиагностики  
им. акад. В.П. Харченко Медицинского института РУДН

Читайте на с. 4

**№4** 2025

**Главная тема номера:**  
**МЕЛАНОМА, РАК МОЛОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ**

### МЕЛАНОМА: КАК ВОВРЕМЯ РАСПОЗНАТЬ ОПАСНОСТЬ. ПРАВИЛА ДИАГНОСТИКИ

Меланوما – это один из самых агрессивных видов злокачественных новообразований кожи (и не только кожи), который развивается из меланоцитов – клеток, вырабатывающих пигмент меланин. Именно он придает нашей коже загар, а родинкам – их цвет. Меланин также встречается повсеместно в организме человека – от слизистой кишечника до сетчатой оболочки глаза. Основная опасность меланомы – в ее быстром развитии и способности метастазировать даже при небольших размерах опухоли. В силу такой особенности меланомы к быстрому распространению ее прогноз оценивают не по размерам основного очага, а по глубине его инвазии в подлежащие ткани, которая исчисляется в миллиметрах.

с. 6

### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ

Иногда все начинается с мелочи: необычное пятнышко, родинка, которая кажется другой, слово врача, которое раньше слышали только краем уха. И вот привычные смыслы чуть сдвигаются. Не обязательно приходит паника, чаще это настороженность, вопросы, желание поскорее все прояснить и одновременно желание «отмотать» время назад. В эти минуты важно знать, что как бы ни назывался ваш диагноз – меланوما или другой вид опухоли кожи, вы имеете право на любые чувства. Любая эмоция здесь уместна, потому что это ваша жизнь и ваша история.

с. 8



### АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

### СВЕТ НАДЕЖДЫ: ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В БОРЬБЕ ПРОТИВ РАКА

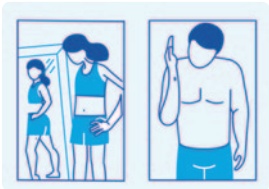
Онкологические заболевания остаются одними из самых серьезных угроз здоровью населения планеты. Несмотря на значительные успехи медицины последних десятилетий, борьба с раком продолжает требовать усилий ученых, врачей и пациентов. Современные методы диагностики и лечения, такие как лучевая терапия, продолжают совершенствоваться, предлагая новые возможности для повышения эффективности и качества помощи больным.

**Сергей Анатольевич Иванов,** доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ, директор МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист-онколог Минздрава России в ЦФО, поделился своими взглядами на развитие лучевой терапии и роль междисциплинарного подхода в лечении онкологических заболеваний. Его опыт и знания помогут лучше понять, как современные технологии и профессионализм врачей способствуют улучшению прогнозов и повышению качества жизни пациентов.

с. 2



### ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



### ЧТО МОЖЕТ СКРЫВАТЬСЯ ЗА ОБЫЧНОЙ РОДИНКОЙ

»» 9



### РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЧТО ОЖИДАТЬ И НА ЧТО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ

»» 10



### С ЛЮБОВЬЮ К СЕБЕ – ПУТЬ ЖЕНЩИНЫ

»» 13

### ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

10 МИНУТ, ПРОДЛЕВАЮЩИЕ ЖИЗНЬ

»» 7

ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗАТРАТ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ  
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

»» 9

НАУКА ОБЩАТЬСЯ: КАК ДОБИТЬСЯ ЭФФЕКТИВНОЙ  
КОММУНИКАЦИИ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

»» 12

«РАК ДЛЯ МЕНЯ СТАЛ ПЕРЕЛОМНЫМ МОМЕНТОМ»

»» 13

ПЯТЬ МИФОВ О ПОМОЩИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ,  
В КОТОРЫЕ ПОКА ВЕРИТ ОБЩЕСТВО

»» 14

ДОМ ВНЕ ДОМА: КАК БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД  
ПОМОГАЕТ ПАЦИЕНТАМ С ЛЕЙКОЗОМ ПОСЕЛИТЬСЯ  
НЕДАЛЕКО ОТ БОЛЬНИЦ

»» 15

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПО СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ  
ТЕРАПИИ

»» 15

257 ПРИЧИН ЖИТЬ

»» 16

# Свет надежды: лучевая терапия в борьбе против рака

Сегодня мы можем комбинировать хирургические методы, лучевую и химиотерапию, клеточные технологии, возможности ядерной медицины. Такой комплексный подход позволяет не просто бороться с заболеванием, а добиваться длительных и устойчивых ремиссий.



В настоящее время передовые методы лучевой диагностики и терапии занимают важное место в комплексном подходе к лечению онкологических заболеваний. Лучевая диагностика позволяет выявить патологические изменения тканей организма на ранних стадиях заболевания, что значительно повышает шансы пациента на полное выздоровление. Современные технологии лучевой терапии обеспечивают точное воздействие на опухоль, минимально затрагивая здоровые ткани, что снижает риск возникновения побочных эффектов и осложнений. Сегодня мы поговорим о лучевой диагностике и лечении онкологических заболеваний – направлениях медицины, играющих ключевую роль в своевременном выявлении опухолей и эффективном воздействии на злокачественные новообразования. Гость нашей беседы – Сергей Анатольевич Иванов, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ, директор Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист-онколог Минздрава России в ЦФО, поделится своим профессиональным мнением о современных методиках диагностики рака, возможностях современной лучевой терапии и перспективах развития технологий, позволяющих повысить качество лечения пациентов с онкологическими заболеваниями.

– Сергей Анатольевич, современная онкология прошла большой путь. Какие кардинальные изменения мы можем наблюдать сегодня в диагностике и лечении онкологических заболеваний?

– Если сравнить сегодняшнюю онкологию с тем, что было даже 10–15 лет назад, то изменения действительно колоссальные, прежде всего в организации лечебного процесса. Сегодня ключевым становится мультидисциплинарный подход: тактика лечения обсуждается коллегиально, на консилиумах, где участвуют хирурги, радиологи, химиотерапевты, патоморфологи и даже специалисты по смежным дисциплинам. Это позволяет выработать оптимальную, максимально персонализированную тактику для конкретного пациента. Отдельно хочу отметить диагностику. Благодаря современному оборудованию и высокой квалификации специалистов мы можем выявлять опухоли на самых ранних стадиях, когда клинических проявлений еще нет. Это принципиально меняет прогноз для пациента. Ну и, конечно, изменился арсенал лечения. Сегодня мы можем комбинировать хирургические методы, лучевую и химиотерапию, клеточные технологии, возможности ядерной медицины. Такой комплексный подход позволяет не просто бороться с заболеванием, а добиваться длительных и устойчивых ремиссий. И как раз, если говорить подробнее о лучевой терапии, ее значение в современной онкологии за последние годы значительно возросло.

– Лучевая терапия остается одним из ключевых инструментов в лечении онкологических заболеваний. Как изменилась эта область за последние годы? Какие принципиально новые подходы появились?

– Лучевая терапия действительно остается одним из базовых методов лечения злокачественных новообразований. Ее принципиальное преимущество заключается в возможности прицельного воздействия на опухоль при сохранении максимального объема здоровых тканей. За последние годы мы наблюдаем серьезный технологический прогресс, который качественно изменил сам подход к

облучению. Прежде всего речь идет о внедрении современных систем визуализации и планирования лечения. Сегодня облучение проводится под постоянным контролем изображения – так называемая image-guided radiotherapy (IGRT), или лучевая терапия, управляемая изображениями. Это позволяет нам контролировать положение опухоли непосредственно перед каждой процедурой и вносить необходимые коррективы. В результате точность дозового распределения существенно возрастает, а риск повреждения нормальных тканей снижается. Кроме того, активно развиваются различные варианты проведения

томических структуры, но и зафиксировать пациента в оптимальном положении. Для этого используются различные индивидуальные фиксирующие устройства – например, термoplastическая маска, вакуумный матрас или специальные подставки для конечностей. Конкретный вариант подбирается в зависимости от локализации опухоли, чтобы обеспечить стабильность и воспроизводимость положения тела на протяжении всего курса лечения. Далее полученные данные загружаются в специализированные программные комплексы. На этом этапе в процесс включается мультидисциплинарная команда: врачи-ра-

“ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ МНОГИХ ЗВУЧИТ ПУГАЮЩЕ, НО НА САМОМ ДЕЛЕ ЭТО ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЙ И ОТЛАЖЕННЫЙ ПРОЦЕСС, КОТОРЫЙ ПРОВОДИТСЯ СТРОГО ПО ВСЕМ СТАНДАРТАМ БЕЗОПАСНОСТИ. ”

лучевой терапии: дистанционная, контактная (брахитерапия), сочетанные методики, внедряются методики протонной терапии. Их выбор зависит от локализации, объема и биологических особенностей опухоли. Общая тенденция такова: лечение становится все более адресным, а дозная нагрузка на здоровые ткани минимизируется.

– Каждый клинический случай индивидуален, и правильное планирование лучевой терапии играет решающую роль в достижении положительных результатов. Почему так важен этап планирования и от чего зависит выбор оптимальной схемы лучевой терапии для конкретного пациента?

– Вы абсолютно правы, точное планирование лучевой терапии имеет ключевое значение. По сути, именно в этот момент закладывается успех всего лечения. Этап планирования включает несколько последовательных шагов. Первый из них – рентген-топометрическая подготовка. Пациенту выполняется компьютерная томография, кото-

диотерапевты, медицинские физики, дозиметристы. Они совместно разрабатывают индивидуальный план облучения, учитывающий размеры, форму, локализацию опухоли и расположение критически важных органов. Современные системы планирования моделируют распределение дозы в трехмерном пространстве и позволяют точно рассчитать, каким образом направить излучение так, чтобы максимально эффективно воздействовать на опухоль и при этом минимизировать нагрузку на здоровые ткани.

– Иногда одной лишь лучевой терапии оказывается недостаточно. Как комбинация лучевой терапии с другими методами влияет на успешность лечения?

– Действительно, в ряде случаев одной лучевой терапии недостаточно. Лечение злокачественных новообразований всегда строится строго в рамках клинических рекомендаций, которые разрабатываются на основе международного и отечественного опыта. Это гарантирует, что пациент получает наиболее эффективный и обоснованный вариант терапии. Ключевыми факторами, определяющими



с. 2

ми тактику, являются стадия заболевания, распространенность опухолевого процесса, морфологическая характеристика опухоли. На основании этих данных принимается решение, какие методы целесообразно комбинировать в каждом конкретном случае. Это может быть сочетание лучевой терапии с хирургическим вмешательством, лекарственным лечением или современными методами ядерной медицины. Как федеральный центр, мы регулярно сталкиваемся со сложными и распространенными формами опухолей. В таких ситуациях стандартных решений бывает недостаточно. Тогда собираются расширенные консилиумы, в которых участвуют специалисты разных профилей. Именно в формате коллегиального обсуждения возможно подобрать индивидуальную схему лечения, выходящую за рамки типовых протоколов, но основанную на доказательной базе и практическом опыте.

**– Сергей Анатольевич, термин «ядерная медицина» звучит достаточно часто. Можете рассказать подробнее, что это значит и какие важные достижения в этой области были достигнуты?**

– Действительно, понятие «ядерная медицина» звучит часто, и это не случайно. Россия исторически была одной из первых стран, которая осознала возможности применения радиации в мирных целях, и сегодня мы уверенно развиваем это направление. Последние годы стали для нас переломными: произошел качественный скачок в создании собственных радиофармпрепаратов и технологий их применения, а также в формировании инфраструктуры для их производства. В 2021 г. в Медицинском радиологическом научном центре имени А.Ф. Цыба (филиал НМИЦ радиологии Минздрава России) при поддержке Правительства Российской Федерации и Минздрава России открылась первая в стране ядерная аптека по производству радиофармпрепаратов. Это событие стало ключевым для всей отечественной онкологии: именно здесь производится целая линейка радионуклидных препаратов на основе <sup>177</sup>Lu, <sup>188</sup>Re и <sup>225</sup>Ac, которые применяются при лечении сложнейших категорий пациентов, причем как с онкологическими, так и с неонкологическими заболеваниями.

Я приведу конкретные примеры. В марте прошлого года наши специалисты впервые в России провели лечение пациентов с метастатическими и неоперабельными нейроэндокринными опухолями препаратом <sup>177</sup>Lu-DOTATATE отечественного производства. Это крайне актуально, поскольку заболеваемость этим видом опухолей за последние 30 лет выросла более чем в шесть раз, а стандартные методы терапии в большинстве случаев оказываются малоэффективными. Для таких пациентов радионуклидная терапия стала реальным шансом на контроль заболевания и улучшение качества жизни. Другой важный шаг – это внедрение в практику препарата <sup>225</sup>Ac-PSMA для лечения кастрационно-резистентного рака предстательной железы. Этот тип опухоли особенно труден, так как клетки становятся устойчивыми к традиционным видам терапии. Актиний-225 – это альфа-излучатель, и его биологический эффект значительно выше по сравнению с бета-нуклидами. Первое применение препарата в нашем центре в 2021 г. показало впечатляющие результаты, а с 2023 г. его производство и использование стали систематическими. Это дало врачам мощный инструмент, особенно в случаях, когда стандартные методы не дают должного эффекта. Кроме того, в МРНЦ им. А.Ф. Цыба завершены I и II фазы клинических исследований инновационного препарата «Гепаторен-МРНЦ», не имеющего аналогов в мире. Он основан на альбуминовых сферах, меченных <sup>188</sup>Re, и предназначен для лечения пациентов с первичным и метастатическим раком печени. Еще одно направление – препарат «Артрорен-МРНЦ», разработанный для лечения хронического синовита методом радиосиновэктомии.

**– Может ли пациент вести обычный образ жизни во время прохождения лучевой терапии? Нужно ли соблюдать специальную диету, ограничить физическую активность или внести серьезные изменения в привычный уклад жизни?**

– В целом, во время прохождения лучевой терапии пациент может сохранять привычный образ жизни. Мы всегда подчеркиваем, что важно оставаться социально актив-

ным, поддерживать привычные контакты, заниматься тем, что приносит удовольствие. Это помогает человеку не фиксироваться только на заболевании и легче переносить курс лечения. Специальных строгих ограничений, как правило, не требуется. Диета может корректироваться в зависимости от локализации опухоли и области облучения: например, при лечении органов желудочно-кишечного тракта мы даем дополнительные рекомендации, чтобы снизить нагрузку. Но универсальной «онкологической диеты» не существует, и в большинстве случаев достаточно придерживаться принципов рационального питания. Физическая активность также не противопоказана, а даже наоборот, умеренные нагрузки помогают поддерживать тонус и психологическое состояние. В нашем Центре при отделении реабилитации действуют специальные программы: пациенты могут посещать групповые занятия по лечебной гимнастике, танцам, аэробике, рисованию. Все это формирует положительный эмоциональный фон и позволяет сохранить качество жизни даже в период длительного пребывания в медицинском учреждении.

**– Существует ли эффективный способ минимизировать риски возникновения рецидива после завершения лечения и выхода в ремиссию?**

– Риск рецидива – это то, о чем мы всегда думаем вместе с пациентом, завершая активное лечение. К сожалению, универсального способа полностью исключить повторное развитие болезни не существует. Но есть факторы, ко-

**“ В 2021 г. в МРНЦ им. А.Ф. Цыба (филиал НМИЦ радиологии Минздрава России) при поддержке Правительства РФ и Минздрава России открылась первая в стране ядерная аптека по производству радиофармпрепаратов. Это событие стало ключевым для всей отечественной онкологии: именно здесь производится целая линейка радионуклидных препаратов на основе <sup>177</sup>Lu, <sup>188</sup>Re и <sup>225</sup>Ac, которые применяются при лечении сложнейших категорий пациентов, причем как с онкологическими, так и с неонкологическими заболеваниями. ”**

торые позволяют существенно снизить эти риски. Прежде всего – это системное наблюдение. После завершения лечения пациент остается под диспансерным наблюдением, а именно: проходит регулярные обследования, консультации специалистов, инструментальные исследования. Это позволяет выявить возможные изменения на самых ранних стадиях, когда коррекция терапии наиболее эффективна. Вторая важная составляющая – образ жизни. Мы всегда рекомендуем полный отказ от курения и употребления алкоголя, поддержание нормальной массы тела, рациональное питание и регулярную физическую активность. Все это работает и на снижение риска рецидива, и на общее укрепление организма, улучшая переносимость возможных последующих терапий. И наконец, нельзя недооценивать психологический фактор. Человек, который остается социально активным, занимается любимым делом, гораздо легче справляется с тревогой и быстрее возвращается к полноценной жизни после лечения.

**– Перед началом курса лучевой терапии пациенты часто испытывают страх и неуверенность. Какие рекомендации Вы хотели бы дать людям, готовящимся пройти такое лечение?**

– Это абсолютно естественное чувство, и мы хорошо это понимаем. Лучевая терапия для многих звучит пугающе, но на самом деле это высокотехнологичный и отлаженный процесс, который проводится строго по всем стандартам безопасности. Главное, что я хотел бы сказать пациентам, – вы не одни. С вами работает команда специалистов – врачи-радиотерапевты, медицинские физики, дозиметристы, рентгенолаборанты. Каждый из них отвечает за свой этап, и вместе они обеспечивают точность и

эффективность терапии. Очень важно доверять этой команде и не стесняться говорить о любых изменениях в самочувствии. Все это можно и нужно обсуждать с лечащим врачом: где-то достаточно небольшой коррекции, а где-то можно заранее предупредить возможные осложнения. И еще один важный момент: настрой пациента имеет большое значение. Мы всегда рекомендуем сохранять привычный ритм жизни, общаться, заниматься любимыми делами. Лучевая терапия – это этап на пути к выздоровлению, и пройти его гораздо легче, когда человек понимает, что он находится в надежных руках и не остается один на один со своей болезнью.

**– Какие существуют специализированные медицинские учреждения, предоставляющие квалифицированную помощь пациентам, нуждающимся в лучевой терапии? Как пациенту правильно выбрать клинику и врача, специализирующегося именно на лечении конкретного вида онкопатологии?**

– Сегодня в нашей стране создана широкая сеть специализированных учреждений, где пациенты могут получить квалифицированную помощь в области лучевой терапии. Это региональные онкологические диспансеры и центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОПы). Они оснащены современным оборудованием, там работают подготовленные специалисты, и именно через них выстраивается система маршрутизации пациентов, чтобы каждый мог получить лечение в соответствии с клиническими рекомендациями. Однако существуют ситуации, ко-

гда заболевание требует применения самых современных технологий или комбинированных методик лечения. В таких случаях пациентов направляют в федеральные центры. Один из них наш – Национальный медицинский исследовательский центр радиологии Минздрава России. Здесь доступны все виды лучевого лечения, включая дистанционную и контактную терапию, стереотаксические методики, радионуклидную терапию.

**– За долгую карьеру у каждого специалиста бывают моменты наивысшего удовлетворения от достигнутых результатов. Что стало таким моментом для Вас?**

– За годы работы было много моментов, которые можно назвать значимыми, но если говорить о том, что по-настоящему вдохновляет, то это, конечно, люди, с которыми я работаю. В нашем Центре собралась уникальная команда: это не только блестящие клиницисты, ежедневно принимающие сложнейшие решения в интересах пациентов, но и сильные ученые, которые ведут исследования, создают новые методы лечения и внедряют их в практику. Каждый случай, когда мы можем помочь пациенту, у которого, казалось бы, не оставалось шансов, – огромное профессиональное удовлетворение. Но не меньшую радость приносит и то, что мы вместе двигаем вперед саму отрасль, открываем новые возможности для всей онкологии в стране. И, пожалуй, именно это ощущение, что мы вместе можем менять судьбы людей и одновременно формировать будущее отечественной медицины, я считаю главным результатом и источником вдохновения.

**– Сергей Анатольевич, благодарим Вас за уделенное время и столь подробные ответы на такие актуальные сегодня вопросы.**

# Меланома кожи: все, что вы боялись спросить у онколога

Российская медицинская практика активно внедряет передовые технологии, способствующие повышению точности диагностики и эффективности терапевтических подходов.



Меланома кожи – одно из самых агрессивных злокачественных новообразований кожи, которое требует особого подхода. Современные исследования показывают, что миф о развитии меланомы исключительно из существующих невусов (родинок) неверен: большая часть случаев возникает на ранее здоровых, но поврежденных (например, ультрафиолетом) участках кожи. Однако осведомленность населения о начальных признаках заболевания и своевременное обращение к врачу остаются очень важными аспектами предотвращения дальнейшего развития меланомы и серьезных последствий.

Сегодня мы беседуем с Константином Сергеевичем Титовым – известным российским онкологом, доктором медицинских наук, профессором, ведущим научным сотрудником Московского многопрофильного научно-клинического центра им. С.П. Боткина ДЗМ, профессором кафедры онкологии и рентгенодиагностики им. акад. В.П. Харченко Медицинского института Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы (РУДН), президентом АНО «Национальный альянс специалистов по опухолям наружных локализаций», членом Ассоциации онкологов России и Российского общества клинической онкологии (RUSSCO). В ходе нашего разговора мы обсудим актуальные вопросы диагностики и лечения меланомы, разберемся в распространенных заблуждениях и узнаем о современных технологиях, применяемых в отечественной медицине для борьбы с этим серьезным онкологическим заболеванием.

– Константин Сергеевич, большинство людей считают, что меланома всегда начинается с родинки. Так ли это на самом деле?

– Хотя бытует мнение, что меланома всегда или часто развивается из родинки, доказательная медицина показывает обратное. Только каждый пятый случай меланомы действительно начинается с существующей родинки, но не с банальной, а особой. Остальные возникают на коже вне родинок, включая ладони, стопы и ногти. Важно понимать, что возникновение нового пигментного образования или заметные изменения существующей родинки вовсе не обязательно указывают на злокачественную опухоль. Вместе с тем регулярный осмотр кожи необходим каждому человеку. Любые изменения, будь то быстрое увеличение размера пигментного образования, нарушение его симметрии, очертаний, изменение цвета или формы, требуют консультации врача-дерматолога или при подозрении на меланому – онколога.

– Какие последствия могут возникнуть, если произошла случайная травма родинки, незначительное повреждение?

– Незначительные повреждения невусов (родинок) чаще всего не представляют серьезной угрозы здоровью. Важно своевременно обработать поврежденное место антисептиком и наблюдать за ходом восстановления тканей. Отсутствие осложнений позволяет исключить повод для беспокойства. Тем не менее если родинка расположена в зоне постоянного и длительного механического воздействия – например, регулярно контактирует и травмируется одеждой или обувью, желательно обратиться за консультацией к специалисту-дерматологу, который сможет правильно оценить ситуацию. Повторяющиеся травмы способны спровоцировать хроническое воспаление, увеличивающее возможную вероятность перерождения пигментного образования в меланому.

– Наблюдая значительное количество невусов на своей коже, некоторые люди испытывают тревогу относи-

тельно риска перерождения одного из них в злокачественное новообразование – насколько обоснованы эти опасения?

– Наличие значительного количества родинок повышает риск развития меланомы кожи. И вообще каждому человеку полезно проявлять внимание к состоянию своего кожного покрова и периодически консультироваться с врачом-дерматологом. А лицам, имеющим на коже много родинок, рекомендовано проходить регулярные обследования у дерматолога, делать так называемый «паспорт» кожи, где фиксируется информация о размерах, форме и расположении каждого образования на коже. Впоследствии каждые шесть месяцев или ежегодно осуществляется контрольный осмотр и фотофиксация для своевременного обнаружения возможных изменений или появления новых образований на коже в динамике.

– Какие потенциальные угрозы и неблагоприятные последствия влечет за собой самостоятельное удаление родинок?

– Категорически недопустимо предпринимать попытки самостоятельного удаления невусов, так как эта процедура должна выполняться квалифицированным специалистом, предпочтительно хирургом-онкологом. Врач обеспечит правильное иссечение новообразования и отправит полученный образец ткани на обязательное патогистологическое исследование, позволяющее точно установить патологический процесс. Попытка самолечения может привести к неполному удалению новообразования и возникновению рецидива меланомы, т.е. ее возврату.

– Традиционные солнцезащитные средства являются частью нашей повседневной жизни, особенно летом под солнцем и при посещении солярия. Способствуют ли они эффективному снижению риска возникновения меланомы?

– Использование солнцезащитных кремов и лосьонов действительно помогает снизить вероятность возникновения солнечных ожогов и их выраженность, которые

считаются одним из основных факторов риска развития меланомы. Вместе с тем чрезмерная уверенность в защитных свойствах косметических продуктов способна создать ложное чувство полной защищенности от ультрафиолетового повреждения. Данные средства имеют определенные ограничения: они легко смываются водой, стираются одеждой и утрачивают свою эффективность. Поэтому наилучшей стратегией профилактики остается разумное ограничение длительности пребывания на солнце, особенно в часы пиковой солнечной активности – примерно между 11 и 16 часами дня не рекомендуется находиться на открытом солнце.

– Меланома кожи традиционно ассоциируется с пожилым возрастом. Но подвержены ли молодые люди, включая детей и подростков, риску развития меланомы?

– Да, несмотря на то что меланома чаще встречается у пожилых людей, существует особая категория риска среди молодых пациентов, включая детей и подростков. Для этой группы характерно наличие гигантских врожденных невусов. Подобные крупные родимые пятна нуждаются в особом наблюдении специалистов. Детям с такими особенностями крайне нежелательно подвергаться избыточному солнечному излучению и уж тем более посещать солярии.

– Иногда мы слышим истории о случаях самоизлечения от меланомы кожи без какого-либо медицинского вмешательства. Существуют ли научные подтверждения этому интересному феномену, а если да, то каковы причины такого спонтанного регресса опухоли?

– Действительно, в медицинской практике существует редкое явление, известное как спонтанная регрессия меланомы, характеризующееся самостоятельным и полным исчезновением данной опухоли. Это явление наблюдается чрезвычайно редко – лишь около в 1–2% случаев – и отражает способность собственной иммунной системы организма эффективно противодействовать заболеванию.



с. 4

Но надеяться на подобную благоприятную ситуацию неразумно, поскольку зачастую такие случаи завершаются последующим возвращением (рецидивом) заболевания. По этой причине своевременное хирургическое вмешательство существенно повышает шансы пациента на успешное лечение и благоприятный прогноз.

**– Константин Сергеевич, какие новейшие технологические достижения применяются в отечественной медицине для выявления опухолей кожи? Какова роль дерматоскопии в их диагностике и почему она необходима пациентам?**

– Дерматоскопия представляет собой достаточно простой и высокоинформативный метод оптической диагностики для изучения структуры кожных образований, включая родинки, под значительным увеличением. Эта методика позволяет специалистам выявлять ранние признаки, свидетельствующие о развитии меланомы, и оперативно направлять пациентов к профильным врачам – онкологам Центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) – для углубленного обследования и последующего лечения. Российская медицинская практика активно внедряет передовые технологии, способствующие повышению точности диагностики и эффективности терапевтических подходов. Среди наиболее значимых достижений следует отметить цифровую дерматоскопию, обеспечивающую получение высококачественных изображений кожи и выявление малейших изменений, невидимых глазу врача. Другим важным инструментом стали генетические методы, позволяющие точно определять биологические характеристики опухолей и выбирать оптимальные и персонализированные подходы для лечения. Применение указанных методик способствует существенному улучшению качества диагностики и повышает эффективность лечебных мероприятий, открывая новые перспективы для продления активной и здоровой жизни пациентов с меланомой кожи.

**– При постановке диагноза «меланома кожи» многие сразу начинают думать о возможных последствиях, связанных с развитием регионарных и (или) отдаленных метастазов. Всегда ли возникновение меланомы приведет к последующему развитию метастатического процесса?**

– Метастазы меланомы возникают не сразу и не у всех пациентов. Около 40% больных достигают ремиссии, включая тех, кому диагноз поставлен на поздней стадии. Развитие метастазов чаще всего начинается спустя некоторое время – месяцы и годы. Благодаря современным методикам врачи могут определить категорию повышенного риска метастазирования и предпринять соответствующие профилактические мероприятия. Сегодня медицина обладает эффективными средствами контроля над метастазами, такими как иммунотерапия и таргетное лечение, а также хирургия, лучевая терапия с их комбинациями и комплексный подход.

**– Какие преимущества имеет метод флюоресцентной лимфографии перед другими методами выявления микрометастазов в сигнальных лимфоузлах?**

– Флюоресцентная лимфография с использованием красителя индоцианина зеленого (ICG) является современным безопасным и эффективным способом выявления сигнальных лимфатических узлов. Этот метод обладает рядом преимуществ.

1. *Простота.* ICG вводят внутривенно вокруг опухоли, после чего с помощью специальной аппаратуры наблюдают распространение красителя по лимфатическим сосудам и его накопление в первых лимфатических узлах.
2. *Безопасность.* Индоцианин зеленый – нетоксичный флуоресцентный краситель, не обладающий радиоактивностью и не требующий специализированных радиологических лабораторий и хранилищ.
3. *Высокая точность.* Позволяет точно определить сигнальные лимфатические узлы, минимизируя количество ненужных хирургических вмешательств.

Таким образом, использование ICG делает радикальную операцию менее травматичной и сокращает период восстановления пациента после хирургического вмешательства.

**– Что представляет собой процедура биопсии сигнальных лимфатических узлов и какую роль она играет в лечении пациентов с меланомой?**

– Биопсия сигнальных лимфатических узлов (БСЛУ) – это мини-инвазивная операция, позволяющая оценить состояние ближайших от опухоли региональных лимфатических узлов, которые первыми «принимают» опухолевые клетки, распространившиеся от первичной опухоли. Даже если визуально или пальпаторно лимфатические узлы ка-

стадиях заболевание успешно лечится путем хирургического вмешательства. Полученный материал обязательно направляется на патогистологическое изучение, благодаря которому специалисты определяют стадию болезни и принимают решение относительно дальнейшей лечебной тактики. В арсенале современной медицины появились инновационные препараты для иммунотерапии и таргетной терапии, повреждающие опухоль через репрограммирование и активизацию клеточного иммунитета или избирательно воздействующие именно на опухолевые клетки меланомы. Применение таких технологий заметно улучшило результаты лечения и повысило выживаемость пациентов с распространенными стадиями меланомы кожи.

**– Принимая во внимание индивидуальные особенности каждого пациента, какие ключевые критерии определяют наиболее оптимальный метод лечения меланомы кожи?**

– Выбор метода лечения меланомы кожи определяется несколькими факторами.

- *Стадия развития меланомы кожи.* Начальные стадии позволяют проводить радикальное хирургическое лечение, тогда как поздние стадии требуют комплексного подхода, включающего индивидуально подобранную лекарственную и лучевую терапию.
- *Размер опухоли.* Толщина опухоли по Бреслоу определяет ширину отступа при хирургии первичной опухоли и показания к проведению биопсии сигнальных лимфатических узлов.

**“ В АРСЕНАЛЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ИННОВАЦИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ИММУНОТЕРАПИИ И ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ, ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ОПУХОЛЬ ЧЕРЕЗ РЕПРОГРАММИРОВАНИЕ И АКТИВИЗАЦИЮ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ИЛИ ИЗБИРАТЕЛЬНО ВОЗДЕЙСТВУЮЩИЕ ИМЕННО НА ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ МЕЛАНОМЫ. ПРИМЕНЕНИЕ ТАКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ЗАМЕТНО УЛУЧШИЛО РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПОВЫСИЛО ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ СТАДИЯМИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ. ”**

жутся неизменными, микроскопически в них могут находиться клетки опухоли (так называемые микрометастазы). Проведение БСЛУ помогает более точно определить стадию заболевания, исключить необходимость расширенных операций и принять решение о целесообразности назначения адъювантной терапии.

**– За последние десятилетия медицина значительно продвинулась вперед в лечении различных видов злокачественных опухолей. Что касается меланомы кожи, насколько успешны и перспективны современные методы лечения?**

– Современные подходы к лечению меланомы кожи кардинально отличаются от прежних методов. На начальных

- *Состояние регионарных лимфоузлов и наличие/отсутствие отдаленных метастазов.*
- *Молекулярно-генетические особенности опухоли.* Наличие определенных мутаций (например, мутация гена BRAF) в меланоме показывает высокую вероятность эффективности таргетной терапии.
- *Общее состояние пациента.* Учитываются возраст и сопутствующие заболевания. Кроме того, особое значение имеют индивидуальные предпочтения пациента относительно качества жизни и возможных побочных эффектов лечения.

**– Константин Сергеевич, благодарим вас за интересную беседу!**

**ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?**

**Заходите на официальный сайт газеты «Беседы о здоровье. Онкология»**

**беседы-о-здоровье.рф**



**БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ  
ОНКОЛОГИЯ**

**НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:**

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

# Меланома: как вовремя распознать опасность. Правила диагностики

**Меланома – это один из самых агрессивных видов злокачественных новообразований кожи (и не только кожи), который развивается из меланоцитов – клеток, вырабатывающих пигмент меланин. Именно он придает нашей коже загар, а родинкам – их цвет. Меланин также встречается повсеместно в организме человека – от слизистой кишечника до сетчатой оболочки глаза. Основная опасность меланомы – в ее быстром развитии и способности метастазировать даже при небольших размерах опухоли. В силу такой особенности меланомы к быстрому распространению ее прогноз оценивают не по размерам основного очага, а по глубине его инвазии в подлежащие ткани, которая исчисляется в миллиметрах. Обсудим основные методики диагностики данного заболевания.**



## Первый шаг: самообследование кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

Самый простой и доступный метод ранней диагностики – это регулярный осмотр собственной кожи. Проводить его следует раз в квартал, уделяя всего 10–15 минут. Вам понадобятся большое и маленькое зеркало и хорошо освещенное помещение.

### Как проводить самообследование

1. Встаньте перед большим зеркалом; малое зеркало используйте для осмотра задней поверхности туловища. При необходимости пользуйтесь фонариком.
2. Осмотреть нужно всю поверхность кожи туловища, включая спину, заднюю поверхность ягодиц и бедер.
3. Поднимите руки и осмотрите подмышки, предплечья, ладони, пространства между пальцами и под ногтевыми пластинами.
4. Осмотрите ноги детально: бедра, голени, стопы (включая подошвы и пятки), пространства между пальцами ног и под ногтевыми пластинами.
5. Не забудьте про кожу головы. Используйте расческу или фен для удобства, чтобы раздвинуть волосы и осмотреть все участки.
6. Откройте рот и загляните во все отделы полости рта: осмотрите щеки изнутри, десны, зубы, язык, оттяните губы, поднимите язык и оцените состояние миндалин и глотки. Также можно осмотреть конъюнктиву глаза и полость носа.

**На что обратить внимание?** Чтобы оценить, является ли родинка (невус) подозрительной, стоит воспользоваться методом ABCDE.

A – Asymmetry (асимметрия): если мысленно провести через родинку линию, половинки не будут симметричными. В норме родинки обычно ровные и симметричные.

B – Border (край): край становится неровным, размытым, рваным, «изъеденным». В норме край должен быть четким и ровным.

C – Colour (цвет): появление нескольких оттенков в одной родинке: черный, темно-коричневый, светло-коричневый, красный, белый или синеватый. Опасный признак – неравномерное распределение цвета.

D – Diameter (диаметр): любое пигментное образование диаметром более 5 мм (примерно с ластик на карандаше) должно привлечь ваше внимание. Родинки более 10 мм, даже если они у пациента с рождения, необходимо показать врачу и желателно профилактически удалять.

E – Evolving (изменение): родинка меняется в размере, форме, цвете, начинает кровоточить, зудеть, покрываться корочкой или болеть. Любое изменение – повод немедленно показаться врачу.

Наличие даже одного из этих признаков – веский повод для визита к врачу-дерматологу или врачу-онкологу.

Еще один наиважнейший признак, не приведенный в данной классификации, – это появление нового пигментного

образования на неизменной коже, что в совокупности с другими факторами является серьезным поводом посетить врача.

## Второй шаг: визит к врачу – профессиональный взгляд

### Что будет на приеме?

1. Сбор анамнеза: врач расспросит вас о том, как давно появилось подозрительное образование, менялось ли оно, были ли случаи меланомы или других видов рака кожи в семье, есть ли у вас факторы риска (светлая кожа, много родинок, солнечные ожоги в прошлом).

2. Визуальный осмотр: врач осмотрит не только подозрительную родинку, но и все ваше тело.

3. Дерматоскопия – ключевой неинвазивный метод, «золотой стандарт» диагностики, который позволяет врачу наиболее детально рассмотреть и оценить подозрительное образование.

Дерматоскоп – это специальный прибор, похожий на увеличительное стекло с подсветкой. Врач наносит на кожу немного геля (для устранения бликов) и прикладывает к ней дерматоскоп. Прибор позволяет увидеть структуры и пигменты в глубоких слоях эпидермиса, которые не видны невооруженным глазом. Опытный специалист по дерматоскопической картине может с высокой долей вероятности отличить доброкачественную родинку от меланомы.

Также в современных клиниках используется цифровая дерматоскопия – компьютерная система, которая делает снимок родинки в высоком разрешении и сохраняет его в базе данных. При последующих визитах врач может сравнить снимки и отследить малейшие динамические изменения, что значительно повышает точность диагностики. Также с помощью этой системы создают «паспорт» кожи (цифровая карта всех родинок и пигментных образований на вашем теле для динамического наблюдения).

## Третий шаг: гистологическое исследование – окончательный диагноз

Если по результатам дерматоскопии врач заподозрил меланому, он ни в коем случае не будет тянуть с постановкой диагноза. Единственный метод, который позволяет с высокой точностью подтвердить или опровергнуть диагноз «меланома кожи», – это гистологическое исследование. В случае, если результат гистологического исследования все еще вызывает сомнения у врача, возможно проведение иммуногистохимического исследования, которое со 100%-ной точностью укажет на истинную природу заболевания.

### Как оно проводится?

1. Биопсия: врач полностью удаляет подозрительное образование. При подозрении на меланому не делают частичную биопсию (иссечение небольшого кусочка), так как это может привести к распространению опухолевых клеток. Удаление проводится под местной анестезией и представляет собой небольшую хирургическую операцию. Врач удаляет саму родинку с захватом небольшого участка (2–3 мм) здоровой кожи вокруг со срочным гистологическим исследованием в лаборатории в непосредственной близости от операционной – пока пациент еще находится на операционном столе. Если таких условий нет, то родинка иссекается широко, с большим отступом от краев образования, что снижает риск быстрого распространения опухоли по организму, пока будет готовиться исследование.

2. Исследование в лаборатории: удаленный материал отправляется в патогистологическую лабораторию. Там его

обрабатывают, делают тончайшие срезы, окрашивают и изучают под микроскопом. Патолог оценивает:

- присутствуют ли в образце злокачественные клетки;
- если да, то насколько глубоко они проникли в кожу (определяется уровень инвазии по Кларку и толщина опухоли по Бреслоу в миллиметрах). Это ключевой показатель для определения стадии болезни и ее прогноза, а также для определения тактики дальнейшего лечения;
- есть ли признаки изъязвления, митозов (скорость деления клеток) и другие характеристики.

В случае если после получения полного гистологического заключения все еще остаются сомнения, то проводится иммуногистохимическое исследование для обнаружения специального белка-маркера мелан-А, что точно указывает на характер меланоцитарной опухоли.

Эти анализы занимают несколько дней. Результат этих исследований является окончательным диагнозом.

### Что дальше?

Если заболевание не подтвердилось, то врач даст рекомендации по дальнейшему наблюдению и профилактике возникновения меланомы кожи.

Если диагноз «меланома» подтвержден, не стоит отчаиваться. Ранняя диагностика – это уже огромный шаг к победе. В зависимости от толщины опухоли по Бреслоу и уровня инвазии по Кларку врач определит стадию и назначит дальнейшее лечение. Как правило, на ранних стадиях (меланома in situ, I и II стадии) будет достаточно провести только хирургическое удаление с более широким захватом здоровых тканей и/или последующей лучевой терапией.

На более поздних стадиях может потребоваться дополнительное обследование (ультразвуковое исследование лимфоузлов, компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография, комбинированная позитронно-эмиссионная томография и рентгеновская КТ с [18F]-фтордезоксиглюкозой) для определения распространенности опухолевого заболевания и назначения локальных методов лечения – хирургического иссечения или лучевой терапии и системных методов лечения (иммунотерапия, таргетная терапия). В некоторых случаях для выбора оптимального лекарственного лечения также применяются молекулярно-генетические исследования для выявления типичных мутаций в генах BRAF и C-KIT, которые помогут подобрать наиболее эффективную терапию.

## Заключение

Диагностика меланомы – это цепочка, где каждое звено важно: от самообследования и оценки пигментных новообразований по правилу ABCDE до визита к врачу, дерматоскопии и, при необходимости, гистологии и иммуногистохимического исследования. Пациент – главный участник этого процесса. Необходимо регулярно уделять внимание своей коже – не игнорируйте видимые изменения и не бойтесь показаться врачу. В случае с меланомой эти простые шаги могут спасти жизнь.

## Совет пациенту

Регулярно осматривайте себя, пользуйтесь солнцезащитными средствами и проходите профессиональный осмотр у дерматолога ежегодно (а при наличии факторов риска – чаще). Ваше здоровье в ваших руках!

*Маслов Егор Дмитриевич, врач-онколог, аспирант отдела лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена*



# 10 минут, продлевающие жизнь

Согласно данным американского реестра SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results), одного из самых авторитетных мировых источников статистики по онкологическим заболеваниям, стадия, на которой обнаружена меланома, напрямую определяет прогноз лечения и шансы на долгую жизнь. Чем раньше выявлена опухоль, тем выше вероятность полного выздоровления и тем больше шансов прожить пять лет и более после постановки диагноза [1]. В этой ситуации главным действующим лицом становится сам пациент: от того, как быстро он распознает изменения на коже и обратится за медицинской помощью, будет зависеть его жизнь и здоровье.

### Правила жизни

Регулярное самообследование – пожалуй, одна из самых полезных привычек. Десятиминутный осмотр тела может спасти жизнь и сохранить здоровье. Рассмотрим несколько простых правил, увеличивающих вероятность обнаружения меланомы на самых ранних стадиях.

- ➔ Не реже 1 раза в 3–6 месяцев внимательно осматривайте всю поверхность кожи. Используйте для этого как большое панорамное, так и ручное зеркало, чтобы увидеть себя со всех сторон [2].
- ➔ Тщательно проверяйте все пигментные пятна размером 4–5 мм. Могут насторожить [2]:
  - асимметричная форма;
  - неровные, изорванные края;
  - неравномерный цвет пятна с разными оттенками коричневого.

Если обнаружено образование, соответствующее хотя бы двум из этих трех признаков, стоит показаться дерматологу или онкологу. Это не значит, что родинка опасна, но исключить риски должен специалист.

**Отдельного внимания заслуживают образования, которые меняются со временем: увеличивается площадь пятна, или родинка становится толще, или, напротив, часть родинки начинает бледнеть и исчезать.**

Иногда меланома проявляется нестандартно – например, увеличением лимфатических узлов, которые на первом этапе неверно расцениваются как лимфома или метастазы какого-либо рака. При расположении меланомы на слизистых оболочках полости носа и околоносовых пазухах могут отмечаться заложенность носа и носовые кровотечения [2].

### Врачебные инструменты

Опытные дерматологи с вероятностью до 70% могут диагностировать меланому визуально. Для этого они пользуются разными диагностическими алгоритмами: правило ABCDE, признак «гадкого утенка» (Ugly Duckling Sign) и др. [3].

### «Умный» помощник в телефоне

Революционные прорывы в области нейронных сетей значительно расширили возможности компьютерного анализа изображений родинок. Сегодня нейросеть, которую врачи используют в качестве «умного» помощника при диагностике злокачественных образований кожи, демонстрирует впечатляющую эффективность: чувствительность превышает 93,3%, а специфичность – более 65% [3]. Искусственный интеллект становится незаменимым партнером для врача, выводя диагностику меланомы на совершенно новый уровень.

**Согласно результатам исследований, 96,4% пациентов предпочли использование мобильной теледерматоскопии для мониторинга повреждений кожи между плановыми визитами к врачу [3].**

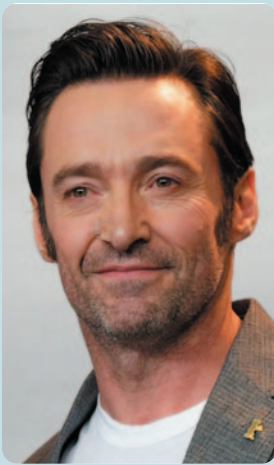
Не отстает и сфера самодиагностики: в разных странах разработаны удобные приложения для смартфонов, которые не только помогают пациентам вовремя обратиться за медицинской помощью, но и подсказывают поликлиническим врачам, когда необходимо направить пациента к узкому специалисту – онкологу. Некоторые приложения доступны за рубежом, но есть и те, которые могут скачать российские пользователи. Важно помнить, что приложение не заменяет очную консультацию врача и является лишь помощником дерматолога или пациента.

### Предупрежден – значит вооружен

Важно не только вовремя отследить появление новообразования, но и предупредить его возникновение. Главный фактор риска развития меланомы и других опухолей кожи – ультрафиолетовое (УФ) излучение от солнца или искусственных источников (лампы в солярии). Для профилактики развития рака кожи нужно избегать солнечных ожогов и искусственного УФ-излучения, особенно детям и подросткам. Люди со светлой кожей (I–III фототипы, характерные для населения России) более чувствительны к УФ-излучению и склонны к ожогам, поэтому им стоит использовать солнцезащитные средства широкого спектра (UVA/UVB) с SPF 30–50+.

### История Хью Джекмана: когда бдительность спасает жизнь

Поворотный момент в жизни известного актера произошел в 2013 году во время работы над фильмом «Люди Икс: Дни минувшего будущего». Во время съемок Хью Джекман заметил небольшое пятнышко крови на носу. Поначалу он списал это на случайную травму, но благодаря настойчивости супруги все же решил проконсультироваться с врачом.



Источник фото: <https://commons.wikimedia.org/>

Диагноз оказался серьезным – одна из форм злокачественной опухоли. С тех пор жизнь актера кардинально изменилась: ему пришлось столкнуться с множественными случаями рака кожи. Последний пятый тревожный диагноз был поставлен в феврале 2017 года.

Борьба продолжается – Хью Джекман не только мужественно противостоит болезни, но и активно следит за своим здоровьем. Его история стала примером того, как важны регулярная проверка состояния организма и своевременное обращение к специалистам.

Услышать серьезный диагноз – это всегда шок, который может парализовать и вызвать панику. Кажется, что земля уходит из-под ног, а страх окутывает сознание плотным туманом. Однако не стоит отчаиваться и терять самообладание. Надежда есть всегда! Важно вовремя заметить тревожные сигналы.

Солнцезащитные кремы следует:

- ➔ наносить за 30 мин до выхода на солнце;
  - ➔ обновлять каждые 2 ч после купания;
  - ➔ использовать в достаточном количестве (по правилу чайной ложки: по 1/2 чайной ложки на руку, голову/шею; по 1 чайной ложке на ногу, грудь, спину).
- Дополнительные меры защиты:
- ➔ носить одежду, головные уборы с полями более 10 см, очки с УФ-фильтром;
  - ➔ находиться в тени;
  - ➔ детям использовать специальную УФ-защитную одежду;
  - ➔ избегать соляриев.

Средства должны храниться при температуре ниже +30°C и не использоваться после истечения срока годности.

Таким образом, бережное отношение к коже и регулярный осмотр, который не отнимет много времени, могут подарить годы активной и здоровой жизни. Меланому, обнаруженную на ранней стадии, можно вылечить в большинстве случаев. Не стоит откладывать самообследование в долгий ящик – возможно, именно оно станет самым важным поступком, сохранившим здоровье. Начните осмотр прямо сейчас: ваша жизнь того стоит.

#### Литература

1. Электронный реестр. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html>
2. Меланома кожи и слизистых оболочек. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2025.
3. Сиводеева Н.А., Карякин Н.Н., Шлико И.Л. Современные методы выявления злокачественных новообразований кожи, включая использование мобильных приложений и искусственного интеллекта: обзор литературы // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2024; 10 (2): 78–93.



# Психологическая поддержка при злокачественных новообразованиях кожи

Иногда все начинается с мелочи: необычное пятнышко, родинка, которая кажется другой, слово врача, которое раньше слышали только краем уха. И вот привычные смыслы чуть сдвигаются. Не обязательно приходит паника, чаще это настороженность, вопросы, желание поскорее все прояснить и одновременно желание «отмотать» время назад. В эти минуты важно знать, что как бы ни назывался ваш диагноз – меланома или другой вид опухоли кожи, вы имеете право на любые чувства. Любая эмоция здесь уместна, потому что это ваша жизнь и ваша история.



## Видимая болезнь и взгляд на себя

Кожные заболевания особенные еще и потому, что они «на виду». Пятна, рубцы, изменения после операции или лечения смотрят на нас из зеркала и иногда заставляют по-новому относиться к своему телу. Это может ранить самооценку, вызывать стеснение и желание прятаться. Важно признать: стыд и неловкость не означают слабость. Они говорят о том, насколько вам дорого ваше тело и как бережно вы хотите к нему относиться. Со временем взгляд смягчается, шрам перестает быть «дефектом» и становится «знаком» пути, который вы проходите. Он не отменяет вашей красоты, зрелости и достоинства.

## Новая глава после операции и лечения

Лечение меняет ритм жизни. Иногда кажется, что тело подает сигнал тревоги при каждом новом пятнышке, а календарь заполняется обследованиями. Это утомляет. В такие периоды полезно помнить, что восстановление идет волнами: бывают дни силы и дни слабости, и оба состояния нормальны. Вы не обязаны все время «держаться молодцом». Важно позволять себе идти в своем темпе и отмечать, как постепенно возвращаются привычные занятия, вкус к делу, интерес к людям.

## Ожидание результатов и «качели» тревоги

Особая тема – ожидание анализов и обследований. Для многих это самые эмоционально сложные дни. Мысли крутятся вокруг одного, сон урывками, внимание рассеивается. Это естественная реакция на неопределенность.

Помогает простая честность с собой: «Мне тревожно, потому что многое поставлено на карту». Когда чувство признано, оно становится менее всепоглощающим. Разговор с близким человеком или специалистом, небольшие привычные дела, которые возвращают ощущение контроля над днем, – все это создает внутреннюю опору, но у каждого она своя, и вы имеете право искать ее так, как подходит именно вам.

## Отношения, близость и границы

После постановки диагноза вокруг часто появляется много советов – искренних, но иногда болезненных. Умение слышать себя и мягко обозначать границы – это важная часть заботы о себе. Можно говорить: «Спасибо за заботу, сейчас мне просто важнее, чтобы ты был рядом» или «Мне сложно обсуждать это сегодня, давай поговорим о чем-то другом». Для близких это тоже новый опыт, и они учатся вместе с вами. Никаких «правильных» фраз не существует. Ценна сама возможность быть рядом без давления и оценок.

## Тело, которое живет

При онкологических заболеваниях кожи внимание к телу становится острее. Мы замечаем оттенки, текстуры, новые ощущения. Важно помнить, что ваше тело не враг, а союзник, который проходит через лечение вместе с вами. Оно может уставать, раздражаться, заживать медленнее, чем хотелось бы, но все равно стремится к восстановлению. Терпение к себе – это не роскошь, а часть лечения.

## Работа, планы и возвращение к обычной жизни

Рабочие задачи, встреча с друзьями, привычные хобби – все это возвращается постепенно. Важно смотреть не на скорость, а на устойчивость: что помогает чувствовать почву под ногами? У кого-то это разговор с коллегой, у кого-то короткая прогулка, у кого-то есть возможность ставить небольшие, выполнимые задачи. Смысл не в том, чтобы доказать себе или другим «я как прежде», а в том, чтобы почувствовать, что «я живу свою жизнь, даже если она изменилась».

## Про надежду без розовых очков

Медицина действительно делает большие шаги вперед в диагностике и лечении меланомы и других опухолей кожи. Все чаще болезнь удается обнаружить на ранних стадиях, а современные подходы помогают эффективно лечить и контролировать ее. Это не отменяет трудностей, но добавляет оснований для реалистичной надежды. Быть внимательным к изменениям кожи и обращаться к врачам при сомнениях – это не про страх, а про уважение к жизни. Диагноз – важная часть вашей истории, но не единственное ее содержание. В вас остаются ваши отношения, желания, способности, чувство юмора, привычки, мечты. Болезнь может потребовать от вас мужества и терпения, но она не забирает право чувствовать тепло, интерес, нежность и радость. Ваше «я» шире любого медицинского слова, каким бы грозным оно ни казалось.

Если сейчас вы читаете эти строки и узнаете себя, знайте, что вы не одиноки. Рядом есть специалисты, которые готовы слушать и поддерживать. Есть ресурсы, куда можно обратиться в любой момент. Психологи Службы «Ясное утро» 8-800-100-0191 работают круглосуточно и анонимно, и это значит, что в любой час дня и ночи вы можете позвонить и получить внимание, заботу, возможность высказать то, что тяжело держать внутри. Здесь помогут разобраться в чувствах, найти слова для разговора с близкими, подскажут, где искать дополнительную информацию и поддержку. Иногда достаточно просто быть услышанным, чтобы почувствовать – вместе справляться легче, и даже в трудные времена есть место надежде и жизни.

Морозова Алина, специалист-психолог  
Службы «Ясное утро»



ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПОМОЩИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ И ИХ БЛИЗКИМ

**8-800-100-0191**

АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО. КРУГЛОСУТОЧНО.



ясноеутро.рф



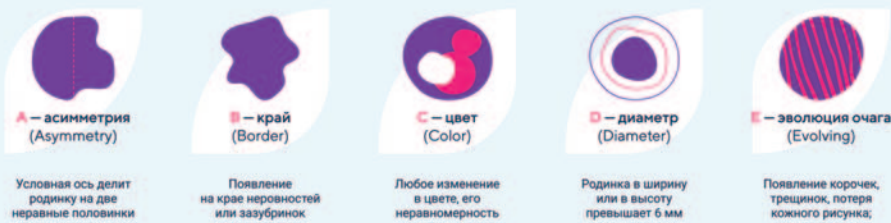
# Что может скрываться за обычной родинкой?

**Меланома** — злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов (клеток, которые вырабатывают темный пигмент меланин).

В отличие от многих других опухолей, меланома наиболее часто располагается на коже, «маскируясь» под родинку. Эта опухоль относится к опухолям визуальной локализации и доступна для своевременной диагностики и лечения.

## На какие изменения стоит обратить внимание?

Чтобы вовремя распознать опасную родинку, используйте алгоритм ABCDE. Это аббревиатура, в которой каждая буква отражает один из признаков злокачественности родинки:



### ВАЖНО ПОМНИТЬ:

Меланома — очень агрессивный тип опухоли, клетки которой интенсивно распространяются по организму, формируя отдаленные метастазы. Такие образования значительно осложняют лечение и качество жизни пациентов.

**На ранних стадиях** злокачественные клетки **не успевают проникнуть глубоко** в ткани. Поэтому **чем раньше** меланома будет выявлена, тем легче ее вылечить.

## живи без страха

### Как провести самоосмотр кожных покровов?

При осммотре своей кожи необходимо обращать внимание на все изменения: от родинок до веснушек и возрастных пятен. Рак кожи может развиваться на любом участке кожи. Попросите помощи, если у вас возникают трудности при осммотре труднодоступных участков тела.



- 1 Осмотрите свое тело перед зеркалом, спереди и сзади, в особенности ноги.
- 2 Тщательно осмотрите свои руки, а также область между пальцами и под ногтями. Осмотрите локти и плечи со всех сторон, не забывайте осмотреть область подмышечных впадин. Далее осмотрите шею, грудную стенку и туловище. Женщинам необходимо также помнить про область под грудью.
- 3 Сядьте на стул, одну ногу положите на другой стул. Используйте карманное зеркало для осмотра половых органов. Проверьте переднюю и боковую стороны обеих ног, включая бедро, голень, лодыжки, а также тщательно проведите осмотр области между пальцами ног, под ногтями. Изучите подошвы ног и пятки.
- 4 Осмотрите свое лицо, особенно нос, губы, рот и уши, со всех сторон, используя зеркало. Тщательно осмотрите волосистую часть головы, используя фен и зеркало для более удобного и тщательного просмотра. Попросите друга или члена семьи помочь вам.
- 5 Встаньте спиной к большому зеркалу, возьмите в руки маленькое зеркало и тщательно осмотрите заднюю часть шеи, плеч, верхнюю часть спины. Продолжая использовать зеркала, осматривайте нижнюю часть спины, ягодицы и заднюю поверхность обеих ног.



Узнать больше о меланоме, методах диагностики и лечения можно на портале «**Живи без страха**»

Информация настоящей памятки не может использоваться для самостоятельной диагностики и не заменяет консультацию врача. При необходимости проконсультируйтесь со специалистом.

### ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

# Возмещение затрат на приобретение лекарственного препарата

В последнее время данная тема становится все актуальнее в связи с тем, что пациенты, не дожидаясь, когда необходимый препарат поступит в «льготную» аптеку, решаются приобрести его за свой счет. Хотим обратить внимание на то, что компенсация средств возможна только при наличии льготного рецепта. Если вы приобретаете препарат за счет собственных средств, но при этом у вас на руках находится обычный рецепт, то ни о каком возмещении затрат в данном случае речь не идет.

Сегодня остановимся на ситуации, когда пациент с группой инвалидности пользуется набором социальных услуг. Этот пациент принимает препарат, который является единственным вариантом лечения. Рецепт на получение препарата находится на отсроченном обслуживании в аптеке более 3 месяцев, и пациент вынужден приобретать его за собственные средства.

Отсутствие закупок лекарственного препарата, необходимого пациенту по медицинским показаниям, не является основанием для отказа в его предоставлении при амбулаторном лечении либо при лечении в стационаре, поскольку в соответствии с п. 2 ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Напомним, что согласно п. 1 ч. 1 ст. 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» в состав набора социальных услуг включена социальная услуга по обеспечению необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия.

Таким образом, отказ в обеспечении указанными лекарственными препаратами за счет бюджетных ассигнований нарушает право на жизнь и охрану здоровья, гарантированное государством. Право на жизнь – основа человеческого существования, источник всех других основных прав и свобод и высшая социальная ценность. Право на охрану здоровья представляет собой высшее благо для человека, без которого могут утратить значение многие другие блага (см. определение Конституционного суда Российской Федерации от 19 мая 2009 г. № 816-О-О).

В данном случае пациент может обратиться в прокуратуру, указав факт необеспечения препаратом, либо в суд, где ответчиком будет выступать Министерство здравоохранения того региона, где проживает пациент. Исходя из нашей практики, данные суды затягиваются крайне редко и всегда встают на сторону пациента.

Помните, что несвоевременное обеспечение лекарственными препаратами, приобретение их за счет собственных средств являются безусловными основаниями, влияющими на качество жизни, что очевидно причиняет нравственные и физические страдания больному.

Также отметим, что льготные рецепты могут быть выписаны пациенту с онкологическим заболеванием, не имеющему статус инвалида (рак не всегда предполагает инвалидность). Но здесь в действие вступает постановление

Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», в котором утвержден Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно. В данный перечень включены и онкологические заболевания, при которых назначаются все лекарственные средства.

В случае возникновения вопросов по лекарственному обеспечению вы всегда можете обратиться на горячую линию «Движение против рака» 8 (800) 200-47-32 или написать нам на почту [info@rakpobedim.ru](mailto:info@rakpobedim.ru).

Маргевич Галина, Чистов Андрей  
(МОД «Движение против рака»)



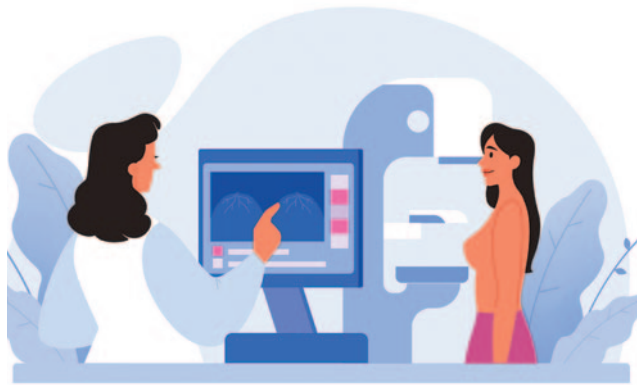
**ДВИЖЕНИЕ  
ПРОТИВ  
РАКА**





# Рак молочной железы: что ожидать и на что обратить внимание

**Диагноз «рак молочной железы» может пугать любую женщину. Но нужно знать, что, имея такой диагноз, пациентка вступает на очень хорошо отлаженный путь, где есть эффективные методы лечения и опытные команды специалистов, которые всесторонне борются с этим заболеванием.**



В России ежегодно выявляется более 80 тыс. новых случаев рака молочной железы. К счастью, благодаря современным методам диагностики и лечения большинство пациентов после диагноза живут долго и полноценно. Рак молочной железы возникает, когда клетки в ткани молочной железы начинают бесконтрольно расти и делиться. В основном встречается у женщин, но в редких случаях развивается и у мужчин.

## Рассмотрим, как устанавливается диагноз

Для выявления опухоли обычно используется тройная оценка, которая включает консультацию врача (осмотр и пальпация молочной железы, выявление факторов риска), инструментальное обследование (выполнение маммографии, ультразвуковое исследование молочных желез, по показаниям – магнитно-резонансная томография), а также, при выявлении подозрительного образования, выполнение биопсии новообразования (забор небольших фрагментов образования) с дальнейшим морфологическим исследованием (определение типа опухоли под микроскопом).

Прогноз заболевания и возможные варианты лечения будут зависеть от ряда факторов: локализация опухоли, ее размеры, ее проникновение в окружающие ткани или в другие органы, наличие специфических молекулярных рецепторов у клеток опухоли.

Молочная железа состоит из нескольких видов тканей, однако в большинстве случаев здесь выявляют рак (или карциному), который появился либо в протоках (протоковый рак), либо в дольках молочной железы (дольковый рак). Протоковый и дольковый раки могут быть также разделены на инвазивный и неинвазивный – в зависимости от того, проникли ли клетки опухоли в окружающую ткань. Неинвазивный рак в протоках называется внутрипротоковой карциномой (также протоковой карциномой *in situ*, или DCIS), и это самая ранняя стадия рака молочной железы, когда злокачественные клетки не вышли за пределы протока, в котором они появились. Если протоковая карцинома проникает в окружающую ткань, то она рассматривается как инвазивная. Инвазивный протоковый рак молочной железы – наиболее часто диагностируемая форма рака молочной железы.

Инвазивная дольковая карцинома встречается реже, чем протоковая. Неинвазивный дольковый рак (также называется внутридольковой карциномой *in situ*, или LCIS) встречается гораздо реже и сегодня не рассматривается как злокачественное новообразование, однако если его обнаружили, то у пациентки имеется более высокий риск развития инвазивного рака молочной железы в будущем. Важную роль в определении прогноза и лечении пациентов играет наличие или отсутствие у опухолевых клеток определенных молекулярных рецепторов, на основе наличия которых опухоли подразделяются на подтипы. Воздействуя на эти рецепторы лекарственными препаратами, врачи замедляют или останавливают рост опухолевых клеток. При наличии гормональных рецепторов (ER/PR) опухоль называется люминальной, или гормон-чувствительной, при наличии рецептора HER2/neu – HER2-позитивной. При отсутствии этих рецепторов опухоль будет

относиться к тройному негативному типу. Размеры опухоли и распространение опухоли за пределы молочной железы в лимфоузлы или в другие органы будут определять распространенность опухоли и стадию заболевания. От этого зависит персональный план лечения – одинаковых схем не существует.

## Лечение

В определении траектории лечения пациентки с раком молочной железы принимает участие множество специалистов, однако основными из них являются хирург-маммолог, химиотерапевт и лучевой терапевт, которые вместе определяют объем лечения, необходимый каждому отдельному пациенту. Существует три основных вида лечения, которые в той или иной степени сочетают друг с другом:

- а) хирургическое (операция);
- б) лучевое;
- в) лекарственное (системная терапия).

Лучевой и лекарственный методы могут назначаться до операции (неоадьювантно) или после нее (адьювантно). Предоперационное лечение способно уменьшить опухоль, позволяет выполнить органосохраняющую операцию и повышает чувствительность опухоли к препаратам.

## Операция: что предложит хирург

Благодаря все более частому выявлению рака молочной железы на ранних стадиях на сегодняшний день хирурги вправе предложить пациенткам сохранить грудь без потери лечебного эффекта, если размеры опухоли невелики. Поэтому операции на молочной железе в онкологии можно разделить на две группы: органосохраняющие операции, когда иссекается только часть железы, и мастэктомия (полное удаление ткани). Рассмотрим каждый из вариантов подробнее.

## Органосохраняющая операция (простая или онкопластическая резекция молочной железы)

Удаляется опухоль с небольшим краем здоровой ткани (добиваются чистых краев резекции – без опухолевых клеток – в гистологическом препарате). Благодаря современным методам визуализации и внедрению принципов пластической хирургии все большее количество пациентов сохраняют грудь, достигая при этом отличного эстетического вида молочных желез. После резекции обычно показана лучевая терапия.

## Мастэктомия

При простой мастэктомии удаляется вся молочная железа вместе с кожей. Обычно данный вариант предлагается при значительных размерах опухоли, опухолевом поражении кожи молочной железы, развитии отека кожи либо при личном желании пациентки. Возможно выполнение мастэктомии с реконструкцией – кожесохранной мастэктомии (удаляется ткань молочной железы вместе с соском, но сохраняется кожа) или даже подкожной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса, что позволяет удалить ткань молочной железы и сохранить здоровый кожный чехол для дальнейшего восстановления формы груди при помощи имплантов или собственных тканями. Реконструкцию груди можно провести в большинстве случаев сразу либо через некоторое время после окончания курса лечения. В ряде случаев после мастэктомии может понадобиться лучевая терапия – это зависит от характеристик опухоли и распространения опухоли в близлежащие лимфоузлы.

## Выбор между резекцией и мастэктомией

Многочисленные исследования и многолетняя практика показывают, что при ранних стадиях рака молочной железы выполнение органосохраняющей операции с последующей лучевой терапией не уступает по выживаемости полному удалению молочной железы, поэтому большинство хирургов на сегодняшний день предлагают сохранять

грудь, если это онкологически безопасно, потому что сохранение груди помогает легче пройти лечение и быстрее вернуться к привычной жизни, помогает восстановить косметический дефект и тем самым уверенность в себе.

Иногда сохранить грудь нельзя или этого не стоит делать по клиническим соображениям: множественные очаги, большой размер опухоли относительно размеров молочной железы, невозможность пройти лучевую терапию, воспалительная форма рака, наличие диффузных микрокальцинатов, неоднократно позитивные края резекции. Отдельная ситуация – наличие наследственной мутации (например, такой как BRCA1/2), когда некоторые пациентки сознательно выбирают двустороннюю мастэктомию ради снижения риска развития рецидива или второго рака в будущем. Безусловно, личное чувство спокойствия пациентки имеет важное значение.

**Но и после мастэктомии, с реконструкцией или без, женщины живут полноценной, активной жизнью. Правильный выбор – это тот, который сочетает медицинскую безопасность и личные приоритеты больных.**

## Роль лучевой терапии

Лучевая терапия стандартно показана после резекции молочной железы с опухолью и в некоторых случаях нужна после мастэктомии (при крупных опухолях или поражении узлов). Цель облучения – снизить риск местного рецидива. Схемы варьируют от ежедневных сеансов в течение нескольких недель до более коротких концентрированных курсов – в зависимости от клинической ситуации. Современные методы лучевой терапии позволяют подводить дозу облучения к опухоли максимально точно, защищая сердце и легкие. Проведение сеансов лучевой терапии абсолютно безболезненное. Хотя в ряде случаев можно ожидать покраснение кожи в полях облучения, которое пройдет после окончания курса лучевой терапии.

## Лекарственное лечение дополняет операцию

Системная терапия усиливает эффект операции, воздействуя системно на микроскопические опухолевые клетки по всему организму, когда проводится:

- гормональная терапия при гормон-чувствительном (люминальном) раке молочной железы (таблетки, снижающие уровень эстрогена или блокирующие его действие);
- химиотерапия, когда доказана польза лекарственных схем в уменьшении риска рецидива болезни;
- таргетная терапия – при HER2-положительных опухолях;
- иммунотерапия и другие таргетные препараты – по показаниям, в зависимости от особенностей опухоли.

Врач объяснит, почему конкретная схема рекомендована и какую пользу она принесет в конкретной клинической ситуации.

Лечение рака молочной железы значительно продвинулось вперед за последние два десятилетия: схемы лечения подбираются индивидуально, операции становятся все более щадящими, лечение показывает блестящие результаты, а реабилитация стала неотъемлемой частью восстановительного периода после проведения специального лечения.

У пациента есть выбор – и он важен. Необходимо придерживаться активной позиции: задавать вопросы, записывать ключевые моменты, не бояться получить необходимую информацию. Для психологического благополучия можно прийти на прием к врачу с близким человеком. Шаг за шагом, с понятным планом и надежной командой врачей каждая пациентка с раком молочной железы пройдет лечение и вернется к привычной жизни с уверенностью в себе и своем будущем.

*Кодзоева Д.Б., врач-онколог, аспирант отделения онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена*





# ЗА РУКУ



**zaruku.com** – сайт-помощник для людей с онкологическими заболеваниями, их близких и всех, кто входит в группу риска развития рака



Рак легкого



Рак мочевого пузыря



Рак молочной железы



Рак печени



Меланома



Лимфома

## Портал «За руку» посвящен темам:

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

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

М-RU-00021120 апрель 2025 г.  
Материал предназначен для медицинских работников

## ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

# Наука общаться: как добиться эффективной коммуникации между врачом и пациентом



– Федор Владимирович, как общение и взаимопонимание между врачом и пациентом может влиять на процесс и даже результаты лечения?

– Помимо правильно и своевременно поставленного диагноза и верно назначенного лечения, очень важно, насколько четко пациент следует данным ему рекомендациям. Исследования и наблюдения показывают, что ситуации, когда пациенты – как онкологические, так и любые другие – не соблюдают режим терапии, достаточно часты. Это происходит в том числе из-за того, что многие просто не разбираются в медицинской терминологии, а потому не до конца понимают выданных рекомендаций [1]. Кроме того, около трети информации, которую дает врач, забывается сразу после приема [2].

Поэтому так важно объяснить пациенту, что происходит сейчас и будет происходить в дальнейшем. Это значит, что сегодня врачи должны обладать не только знаниями, касающимися их специальности, но и коммуникативными навыками, позволяющими объяснять сложную информацию доступным и простым языком. Это дает шанс на то, что приверженность терапии у пациента будет более высокой, а лечение – эффективным.

– Почему такую коммуникацию установить получается не всегда?

– Серьезный барьер, затрудняющий установление доверия, – ограниченное время приема. У врача почти никогда нет возможности выслушать всю историю пациента со всеми подробностями, ответить абсолютно на все вопросы пациента и его родственников, разъяснить каждую мелочь. Умение выстраивать коммуникацию позволяет преодолевать это ограничение и доносить большие объемы сложной информации неподготовленным пациентам, одновременно успокаивая их, акцентируя их внимание на том, что важно, а какие моменты второстепенны.

**Столкнувшись с тяжелым заболеванием, пациенты испытывают серьезный стресс, который вызван и непростым диагнозом, и неясным прогнозом, и непонятным лечением с нежелательными явлениями, и дополнительным фактором, влияющим на процесс терапии, может стать сложная коммуникация между врачом и пациентом. Отсутствие налаженного контакта снижает приверженность терапии, а значит, ухудшает прогноз и качество жизни. Об опыте участия врачей в программе «Эффективная коммуникация в онкологии» и о том, что помогает сделать общение врача и пациента более доверительным, поговорили с Федором Владимировичем Моисеенко, заведующим отделением противоопухолевой лекарственной терапии №1 Онкологического центра имени Н.П. Напалкова в Санкт-Петербурге.**

Налаженное общение, кстати, важно не только для пациента, но и для самого врача – понимание, как именно строить взаимодействие с пациентом и его близкими, помогает снижать стресс, сохранять баланс между работой и отдыхом, уменьшает риск развития врачебного выгорания. И все это не про личные особенности врача, не про его эмпатию или четкость, а про инструменты, сценарии беседы и умение ими пользоваться. Идеально было бы, чтобы такой курс был включен в программу базового и постдипломного медицинского образования, но пока это не так. Но многие учреждения готовы уделять время этому подходу. В их числе и наш центр.

– Получается, что коммуникативным навыкам нужно обучаться дополнительно?

– Обучение врачей никогда не заканчивается, они постоянно повышают свою квалификацию, получая знания не только по своей специальности, но и по другим дисциплинам – коммуникация не исключение. В нашем Онкологическом центре имени Н.П. Напалкова прошел пилотный проект «Эффективная коммуникация в онкологии», организованный фондом «Ясное утро» при поддержке компании «Roche», созданный для обучения врачей и медицинских сестер принципам эффективной коммуникации.

В основу курса легла Калгари-Кембриджская модель – это структурированный подход к проведению медицинских консультаций, разработанный в 1996 г. Кембриджским университетом и Университетом Калгари для улучшения коммуникации между врачом и пациентом. Модель состоит из пяти этапов: начало приема, сбор информации, осмотр, разъяснение и планирование, завершение приема.

Участники проекта под руководством экспертов по медицинской коммуникации изучали теоретический материал и применяли знания на практике, обсуждая те или иные ситуации, находили решение в непростых случаях, формируя для себя определенные сценарии коммуникаций. Разбиралось, например, как строить общение с замкнутым пациентом, как сообщать пло-

хие новости, что делать, если наладить контакт никак не удастся.

А медицинские сестры, работа которых влияет на состояние пациентов не меньше, чем общение с врачом, проходили собственный курс обучения. Загрузка медсестер очень высокая, напряжение большое, пациенты задают много вопросов, особенно если не разобрались в чем-то на приеме врача. Так что умение строить эффективную коммуникацию нужно всем.

Отмечу, что само по себе проведение такого обучающего курса – огромное достижение и важное событие. Врачам и среднему медицинскому персоналу удалось выделить время в своем загруженном графике, что показывает актуальность этой темы.

Уже после подведения результатов пилотного курса стало ясно, что полученные навыки помогают укреплять доверие и сделать общение более результативным. Так, например, участники отмечали, что стали иначе строить беседу, дополнительно акцентируя внимание на важных моментах, проговаривая их несколько раз и резюмируя в конце приема. Это позволило экономить время и не тратить его на пояснения и повторения. Для пациентов это тоже полезно, так как помогло снизить стресс, возрастающий из-за недопонимания и страха упустить ключевые детали, важные для процесса лечения.

Конечно, одного курса недостаточно для того, чтобы кардинально изменить атмосферу в центре, но то, что такое обучение было проведено, – очень ценно. Эта практика определенно будет продолжена и масштабирована.

– А как надо вести себя пациенту, чтобы получать максимум пользы от общения с врачом?

– Безусловно, общение и доверительный контакт – результат усилий не только врача, но и пациента, а также его родственников, которые часто приходят на прием и активно вовлекаются в процесс терапии. И хотя участие родственников еще сильнее увеличивает нагрузку на врача, в большинстве случаев привлекать их нужно, ведь налаженная коммуникация с ними да-

ет пациенту дополнительную поддержку в непростой период борьбы с онкологическим заболеванием.

Для того, чтобы получить максимум информации в условиях ограниченного времени приема, пациенту стоит готовиться к визиту ко врачу. Интересующие вопросы лучше сформулировать заранее, выписать в шпаргалку и взять с собой – так получится не упустить ничего из того, что беспокоит. В том случае, если какие-то из объяснений врача будут непонятны, лучше задать уточняющие вопросы, разобраться с непонятными моментами во время приема, а не пытаться после него найти ответы в интернете или у знакомых.

В современных реалиях врачи все чаще выступают экспертными консультантами, рассказывающими о доступных опциях терапии, а выбор этих опций остается за пациентом. У человека есть право на получение полной информации о своем диагнозе, результатах обследований, методах лечения и прогнозах, но при этом он также может попросить врача не сообщать ему все подробности о возможных исходах или результатах исследований. Возможность обратиться к врачу с такой просьбой – тоже результат налаженной коммуникации, в которой пациент полностью доверяет специалисту, а врач чувствует это доверие и принимает такое решение.

Борьба с онкологическим заболеванием – непростой путь. Пройти его в одиночку сложно, а зачастую невозможно. Ценным союзником на этом пути становится лечащий врач – лишь полностью доверяя ему, следуя его рекомендациям, не боясь обратиться к медицинскому персоналу при возникших сложностях и проблемах, можно обрести уверенность и силы, которые помогут в процессе терапии.

– Федор Владимирович, благодарим Вас за интервью!

## Литература

1. Lerner EB, Jehle D, Janicke D, Moscati RM. Medical communication: Do our patients understand? The American Journal of Emergency Medicine. 2000; 18 (7): 764-6.
2. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. 2003 May; 96 (5): 219-22.



## ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

# «Рак для меня стал переломным моментом»

Меня зовут Мария Степочкина. Мне 44 года, я из Москвы. Диагноз «рак молочной железы» я получила в октябре 2021 г. Сама опухоль появилась еще летом 2021 г., и я бы еще долго откладывала визит к врачу, занимаясь чем угодно, только не собой, а детьми, семьей, бизнесом, если бы не моя подруга, которая работала на тот момент в коммерческой клинике. Тогда был как раз месяц рака молочной железы – октябрь. И я попала на прием к маммологу. В целом, еще до результатов биопсии я понимала, что образование злокачественное. И дело не в том, что сама опухоль быстро росла, а в том, что за некоторое время до этого произошло сильное шок-овое событие на фоне хронического стресса. Но уже до постановки диагноза я приняла решение направить свою жизнь в сторону себя – сосредоточиться на своем психологическом, эмоциональном здоровье.

Лечение мое состояло из химиотерапии, операции и лучевой терапии. Сейчас я на гормональной терапии. Что мне помогало пройти этот путь?

Прежде всего близкие и друзья.

Мои подруги – и близкие, и дальние – находили нужные слова поддержки, звонили, как по волшебству, в нужное время и в нужном месте. Поддерживала мама, которая приезжала ко мне и помогала и с домом, и с детьми. Помогла йога. Йогой я занималась на тот момент уже пять лет. И практика йоги стала поддерживающим фактором во время лечения – я занималась каждую неделю: во время химиотерапии мы делали охлаждающие, раскрывающие техники, до и после операции – восстанавливающие, реабилитирующие. Параллельно с лечением я начала заниматься с психологом в эмоционально-образной терапии, восстанавли-

вать целостность своего собственного «Я», работать с паттернами, с убеждениями, с установками. Эта внутренняя работа, а также интерес, какие психологические предпосылки могут быть факторами возникновения соматических заболеваний, привели меня в новую точку своей жизни. Сейчас я заканчиваю магистратуру по психологии в Московском институте психоанализа и пишу исследовательскую работу на тему посттравматического роста женщин с раком молочной железы. Также я получила квалификацию преподавателя дыхательных и медитативных практик, я практикую сама каждый день и веду учеников очно и онлайн.

Рак для меня стал переломным моментом, точкой роста на моем жизненном пути.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

## С любовью к себе – путь женщины



### Когда диагноз меняет все

Узнать, что у тебя рак молочной железы, – это как оказаться в другом мире. Мир становится непривычным, пугающим, и даже воздух кажется другим. Многие женщины говорят, что в этот момент рушится привычная картина жизни: «Я не знала, как дальше быть... Не верилось, что это со мной...». Эти чувства абсолютно нормальны. Страх, растерянность, злость, грусть приходят волнами. Ты имеешь право проживать все это.

### Почему именно рак молочной железы так тяжело воспринимается

Грудь для многих женщин – не только часть тела, но и символ женственности, привлекательности, материнства, нежности. Поэтому угроза ее утраты или изменения так болезненна. Кажется, что меняется не только тело, но и вся идентичность женщины. Диагноз затрагивает самые уязвимые места: самооценку, отношения с близкими, ощущение собственной ценности.

### Новые переживания и новая идентичность после мастэктомии

Мастэктомия – это событие, которое может восприниматься как утрата части себя. Многие женщины признаются: «Я боялась смотреть на себя», «Я почувствовала, что перестала быть женщиной». Это тяжелые мысли, и в них много боли. Но со временем почти каждая находит в себе силы увидеть, что женственность не в форме тела, а в душе, тепле, заботе о себе и других. Требуется время, чтобы принять тело после операции новым. И здесь очень важно быть мягкой и терпеливой к себе. Не требовать сразу «полюбить» изменения, а позволить себе постепенно привыкнуть, заново научиться смотреть на себя с любовью.

### Поддержка самой себя

Иногда женщины боятся быть «слабыми» и не позволяют себе плакать или жаловаться. Но правда в том, что поддержка начинается именно с разрешения себе быть раз-

ной. Можно быть сильной и уязвимой одновременно. Можно плакать, а потом улыбаться. Можно злиться, а потом чувствовать облегчение. Все это часть пути. Важно окружить себя маленькими островками тепла: разговорами с теми, кто понимает, моментами отдыха, заботой о теле. Иногда это просто теплый чай, иногда это разговор с психологом, иногда – тихое «я рядом» от близкого человека.

### Что чувствуют близкие

Рядом с женщиной, получившей такой диагноз, близкие часто испытывают не меньше боли и страха. Они могут не знать, что сказать, боятся обидеть или показаться равнодушными. На самом деле они тоже учатся жить в новой реальности: между желанием поддержать и собственной тревогой. Если ты видишь их растерянность – знай, это не равнодушие. Это тоже часть их пути. Иногда достаточно сказать им: «Мне просто важно, чтобы ты был рядом».

### Хорошие новости

Сегодня рак молочной железы – один из самых хорошо поддающихся лечению видов рака. Современные методы помогают многим женщинам жить долгую, полноценную жизнь после диагноза. Ты можешь чувствовать страх, но знай, что у тебя есть шансы, у тебя есть возможности. Самое важное – оставаться внимательной к себе. Слушать свое тело, замечать перемены, вовремя обращаться к врачам, не отодвигать заботу о себе на потом. Это не эгоизм, а жизненно важный навык: твоя нежность к себе – твоя опора. Особое место в пути через болезнь занимают группы поддержки. В теплой, доверительной атмосфере можно встретить женщин, которые проходят или уже прошли похожий опыт. Здесь можно услышать истории других, поделиться своими чувствами и мыслями, задать самые открытые вопросы и, самое главное, почувствовать, что ты не одна. В таких встречах рождается понимание: с диагнозом тоже можно жить полноценно, с радостью и надеждой, даже если путь непрост.

И если нет сил искать помощь самой, помните, что есть ресурсы, куда можно обратиться в любой момент. Горячая линия Службы «Ясное утро» 8-800-100-0191 работает круглосуточно и анонимно. Здесь можно получить не только информационную и юридическую поддержку, но и самое важное – психологическую помощь, когда кажется, что слишком тяжело справляться одной. Иногда один звонок становится началом возвращения к себе и к жизни.

Морозова Алина,  
специалист-психолог Службы «Ясное утро»

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





# Пять мифов о помощи тяжелобольным пациентам, в которые пока верит общество



**В паллиативной помощи ежегодно нуждаются более 1,5 млн россиян. Это взрослые и дети, страдающие серьезными заболеваниями. Несмотря на то что их болезни вылечить невозможно, облегчить страдания вполне реально. Этим занимаются специалисты паллиативной помощи. Об их работе и паллиативной помощи в целом у многих людей до сих пор нет полного понимания – существует достаточное количество мифов. Вместе с главным врачом Центра хронических болезней «Golden Care» (входит в ГК «Медскан») Анастасией Гольцман развенчиваем основные заблуждения о паллиативе.**

терапию и реабилитационные меры, а также другие пункты, созданные специально для него. Это, например, модификация пианино путем установки облегченных клавиш, организация системы голосового управления домашней техникой и программного обеспечения для создания музыки с помощью компьютера. Кроме того, у него появилась возможность давать уроки музыки онлайн и общаться с бывшими учениками по видеосвязи.

Эти меры дали свои плоды: уже через 3 месяца пациент вернулся к музыке и даже записал несколько новых композиций, через 8 месяцев он организовал онлайн-концерт, в котором приняли участие и его ученики. Эмоциональное состояние значительно улучшилось. Этот пример – еще одно доказательство, что согласие на паллиативную помощь – не капитуляция, а новый способ адаптации к изменившимся условиям.

## Миф 2. Паллиативная помощь нужна только тем, кто скоро умрет

Обращаться за паллиативной помощью можно и нужно вскоре после того, как пациент получает статус неизлечимого. Невозможность вылечить болезнь не означает, что пациент находится на грани смерти. Несмотря на диагноз, он может прожить долгие годы, а благодаря обезболиванию, правильному уходу, нужному оборудованию – все это можно получить как раз в рамках паллиативной помощи – качество его жизни будет достаточно высоким, а страдания минимальными.

## Миф 3. Получение паллиативного статуса – простая формальность

К сожалению, этот миф достаточно живуч, в том числе среди медицинских работников. Но получить статус паллиативного пациента важно. Это дает возможность получать обезболивающие препараты, в том числе наркотические, другие средства для купирования (устранения) симптомов – например, лекарства для борьбы с пролежнями. Пациентов обеспечивают необходимым оборудованием, обучают их самих и их близких методикам ухода, поддерживают эмоционально.

Паллиативную помощь можно получать в разных форматах. Есть возможность оказывать ее в стационаре, на дому, амбулаторно. Подходящий вариант выбирается с учетом состояния и пожеланий пациента.

## Миф 4. Человеку с неизлечимой болезнью необходимо ложиться в хоспис

Исследование, проведенное Самарским хосписом, показало, что 80% паллиативных пациентов предпочитают получать нужную им помощь на дому [3]. Это возможно благодаря работе выездных бригад.

Госпитализация в хоспис – необязательная, но возможная опция. Воспользоваться ею можно по необходимости: например, при ухудшении самочувствия, в ситуациях, когда близкие не могут оказать нужный уход дома, при необходимости подбора нужной терапии. Попадание в хоспис вовсе не означает, что пациент остается в нем навсегда до конца своих дней – если есть возможность и желание, пациента могут выписать домой.

## Миф 5. Если врачи признали пациента неизлечимым, то любая помощь бесполезна

Это один из главных и наиболее опасных мифов. Отсутствие терапии и методик, которые могли бы вылечить па-

циента, не означает, что он должен остаться один на один со своим диагнозом. И ему, и его родным в такой период требуется помощь едва ли не больше, чем во время прохождения терапии. Необходимо признать диагноз, принять его, свыкнуться с тем, что вылечить болезнь не получится.

На плечи паллиативных специалистов – это не только врачи, но и медсестры, психологи, социальные работники и даже юристы – ложится важная задача поддержания качества жизни. В Центре хронических болезней «Golden Care» с паллиативными пациентами работает еще и социальный инструктор – человек, который берет на себя решение немедицинских задач: например, помогает устроить семейное торжество или связывается с благотворительным фондом.

Даже в ситуации, когда кажется, что «сделать ничего нельзя», паллиативная помощь может быть полезна. Пример тому – история пациентки с метастатическим раком поджелудочной железы IV стадии. К моменту поступления под наблюдение специалистов «Golden Care» она находилась в состоянии глубокой депрессии, отказывалась от еды, практически не вставала с постели и испытывала сильные боли.

Первым шагом стали меры по эффективному обезболиванию, а также разработка и внедрение схемы контроля других дискомфортных симптомов. Параллельно начали оказывать психологическую поддержку и пациентке, и ее семье, работая с принятием диагноза. Прямо в комнате пациентки организовали художественную студию, дав ей возможность заниматься любимым ранее хобби, помогли пригласить друзей, а также организовали сеансы видеосвязи с внуками, которые жили в другом городе.

Спустя 2 месяца боль существенно снизилась, женщина начала самостоятельно есть, снова увлеклась рисованием и даже организовала мини-выставку для близких. Она написала видеоистории для внуков, а через полгода после начала оказания паллиативной помощи смогла присутствовать на свадьбе младшей дочери. Женщина прожила еще 8 месяцев, проведя качественно время с близкими, успев реализовать важные для нее жизненные цели, уйдя достойно и без страданий.

И хотя увеличить продолжительность жизни паллиативная помощь не способна, она серьезно улучшает ее качество, наполняя смыслом каждый день. Помощь заключается не только в медицинских манипуляциях – комплексный подход, объединяющий медицинские процедуры, психологическую и социальную поддержку, дают синергетический эффект.

Развитие хосписной и паллиативной помощи в России – результат тесного взаимодействия структур власти, государственных и частных медицинских учреждений, благотворительных фондов, врачей, пациентских организаций. Их совместные усилия каждый день помогают помогать тяжелобольным пациентам и их близким.

### Литература

1. Родин К. Отношение россиян к паллиативной помощи. <https://wciom.ru/presentation/prezentacii/otnoshenie-rossijan-k-palliativnoi-pomoshchi>
2. Рекомендации по паллиативному лечению рака. <https://emedicine.medscape.com/article/2500043-overview#a1?form=fpf>
3. Вокруг человека: Годовой отчет фонда «Вера» – 2022. <https://fondvera.ru/otchyety/2022/Godovoy%20otchet%20фонда%20Вера%202022.pdf>

Материал подготовлен совместно с пресс-службой ГК «Медскан»

Оказание паллиативной медицинской помощи в России регулируется законом, принятым в 2019 г. Такая помощь – комплекс услуг, оказываемых пациентам с неизлечимыми болезнями. Речь идет не только о медицинских манипуляциях и уходе, но и о психологической, духовной, эмоциональной поддержке, которую получают и сами больные, и их семьи.

Результаты опроса 2021 г. показали, что информированность о паллиативной помощи в стране невысока [1]: практически 75% респондентов опроса, посвященного этой помощи, ответили, что никогда не слышали об этом понятии или же слышали, но не знают, что за ним стоит. Недостаток информированности – и у обывателей, и даже у врачей – приводит к тому, что порой пациенты не знают, что такая помощь им показана, не понимают, зачем получать паллиативный статус, не осведомлены, какие услуги могут быть оказаны. Так, наряду с развитием паллиативной помощи важно уделять внимание просвещению общества.

## Миф 1. Обращение за паллиативной помощью – признание собственной слабости

Существует мнение, что человек, обращаясь за паллиативной помощью, принимает факт своего проигрыша перед лицом болезни, признается в собственной слабости. Но в действительности такая помощь нужна для того, чтобы повысить качество жизни, убрать дискомфортные симптомы, дать пациенту эмоциональную поддержку. Паллиативная помощь не заменяет другого лечения, если оно необходимо. Исследования показывают, что ее оказание не только повышает качество жизни, но и продлевает ее [2].

Подтверждение важности и необходимости обращения за паллиативной помощью – история одного из наших пациентов, музыканта и пианиста, страдавшего боковым амиотрофическим склерозом. Пациент тяжело переживал постановку диагноза, не мог принять болезнь: он перестал подходить к пианино, замкнулся. Болезнь вызывала не только физический, но и моральный дискомфорт, при этом от паллиативной помощи он отказывался, считая это признанием поражения.

В рамках первой консультации мы обратили внимание, что паллиативная помощь помогает жить полной жизнью вопреки диагнозу, и предложили попробовать вернуть музыку в его жизнь. Вместе с ним был разработан план помощи, включавший медикаментозную поддержку, физио-



ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ

# Дом вне дома: как благотворительный фонд помогает пациентам с лейкозом поселиться недалеко от больниц



Сентябрь во всем мире признан месяцем повышенной осведомленности о диагнозе «лейкоз». Каждый сентябрь команда Фонда борьбы с лейкоемией особенно активно рассказывает о своих подопечных, о том, как поменялась их жизнь после новости о заболевании. Этот месяц посвящен заболеваниям системы крови, чтобы как можно больше людей узнали: диагноз «лейкоз» поддается лечению.

Жизнь Ольги из Ижевска изменилась в одно мгновение. Она ждала ребенка, мечтала о материнстве, строила планы на будущее. Но в один злополучный день все перевернулось: диагноз «острый промиелоцитарный лейкоз» прозвучал как гром среди ясного неба. Сама Оля почти не помнит тот день: что говорил врач, как утешал любимый муж, как ей объясняли, что беременность, возможно, придется прервать. Единственное, что осталось в памяти, – это страх. Страх за себя, за ребенка, за будущее, которое вдруг стало таким хрупким.

Ольга выросла в большой и дружной семье. У нее пять братьев и сестер, с детства она знала, что рядом всегда есть те, кто поддержит. Даже сейчас, когда родителей уже нет

рядом, семья остается ее опорой. Но в тот момент, когда ей поставили диагноз, Оля оказалась одна. Ее муж Владислав, который был рядом в первые дни, вынужден был вернуться в Ижевск на работу. А она осталась в Москве – один на один с чужим городом и опасным заболеванием.

«Я всегда была окружена людьми. И вдруг оказалась одна. Это было страшно. Но я знала, что должна бороться. Ради себя, ради ребенка, ради мужа и семьи».

Лечение было сложным. Химиотерапия, анализы, капельницы и снова обследования. Но Оля не сдавалась. Она нашла в себе силы бороться с заболеванием и поняла, что, несмотря ни на что, хочет сохранить беременность. В октябре, после трех месяцев борьбы, она родила сына. Это стало первой и очень дорогой ее победой.

«Когда я впервые взяла его на руки, все страхи и боль ушли на второй план. Я поняла, что все было не зря. Что я должна жить ради него».

«При первой возможности мы стараемся отпускать пациентов из круглосуточного стационара на дневное наблюдение. Это способствует не только более быстрому физическому восстановлению, но и эмоциональной стабилизации пациентов, так как появляется возможность не только чаще видеться с близкими, но и возвращаться постепенно к активной полноценной жизни. Однако большинству пациентов приходится иногда ежедневно приходить на анализы и осмотры врачей, соответственно, в этот период проживание рядом с нашим центром становится особенно острым. Это наиболее важно для пациентов после индукционной химиотерапии, беременных и главным образом для пациентов в раннем

периоде реабилитации после трансплантации костного мозга», – говорит Абрамова Анастасия Владимировна, заведующая отделением НМИЦ гематологии, врач-гематолог, врач-онколог, кандидат медицинских наук.

После родов Ольге предстояло продолжить лечение. И здесь на помощь пришел Фонд борьбы с лейкоемией. Благодаря поддержке фонда Оля смогла жить в Москве недалеко от больницы. Это стало для нее настоящим спасением.

«Очень благодарна фонду за предоставление амбулаторной квартиры. Без этой поддержки мне было бы тяжело находиться на лечении в Москве. Это большая помощь для пациентов. В квартире я чувствовала себя как дома, очень уютно, рядом были другие пациенты фонда, мы все время поднимали настроение друг другу и поддерживали. Для нас это очень важно и нужно. Для меня такая квартира была спасением. Я очень рада, что мы с сыном смогли провести это трудное время в хороших условиях».

«Мы много лет поддерживаем пациентов федеральных гематологических центров в Москве и Кирове, куда приезжают люди со всей страны. Для многих пациентов проживание в амбулаторных квартирах, арендуемых фондом, – единственная возможность пройти лечение, которое невозможно получить по месту жительства. К сожалению, наших ресурсов пока не хватает, чтобы обеспечить комнатами всех, кому это необходимо. Поэтому приоритет отдается пациентам, которые прошли трансплантацию костного мозга, или тем, чье состояние не позволяет вернуться домой. Благодаря пожертвованиям мы создаем пациентам дом вдали от дома», – рассказыва-

ет Сеницына Юлия, программный директор Фонда борьбы с лейкоемией.

Сегодня Ольга продолжает лечение, но уже смотрит в будущее с надеждой. Рядом с ней – муж, сын, братья и сестры, которые помогают ей заботиться о малыше. Она благодарна врачам, фонду и всем, кто был рядом в самые трудные моменты.

«Я поняла, что даже в самой сложной ситуации нельзя терять надежду. Когда тебя поддерживают, когда ты чувствуешь, что не одна, ты можешь справиться с чем угодно». История Ольги – это история о силе любви, поддержки и надежды. И о том, что даже в самом темном туннеле можно найти свет.

**Фонд борьбы с лейкоемией**

Фонд борьбы с лейкоемией с 2014 г. помогает взрослым пациентам с заболеваниями системы крови по всей России. Организует сборы средств на препараты и лечение и поддерживает подопечных на всех этапах борьбы с болезнью. Кроме того, фонд занимается просветительской деятельностью и реализует спецпроекты по психологической помощи и борьбе с канцерофобией, организует лекции и круглые столы с участием медицинских специалистов. За 11 лет работы фонда реализовано более 12 тыс. кейсов помощи пациентам.

Благодаря деятельности фонда сотни тысяч людей узнали, что диагноз «лейкоз» – не приговор и взрослым нужна помощь, чтобы справиться с заболеванием.



ФОНД БОРЬБЫ  
С ЛЕЙКЕМИЕЙ



## Памятка для пациентов по сопроводительной терапии

Качество, продолжительность жизни, а также эффективность лечения онкологических пациентов во многом зависят от того, насколько своевременно и корректно они получают профилактику и лечение осложнений противоопухолевой терапии.

Наиболее грозными осложнениями противоопухолевой терапии являются анемия, нейтропения, иммуноопосредованные нежелательные явления.

### → Нейтропения — это снижение числа белых клеток крови (нейтрофилов).

Причины появления у пациентов с онкологическим заболеванием — воздействие химиотерапии.

#### Виды нейтропении

**Дозолимитирующая нейтропения** не дает возможности проводить запланированный режим лечения (с соблюдением доз, сроков)

**Фебрильная нейтропения (ФН)** сопровождается повышением температуры на фоне снижения числа нейтрофилов от 500 клеток/мкл и менее, угрожает жизни пациента

#### Степени тяжести



#### Что нужно знать про ФН

- Жизнеугрожающее состояние:**
  - низкий уровень нейтрофилов
  - наличие в организме инфекции
  - 50% случаев летального исхода при отсутствии лечения в течение 48 часов после развития данного состояния<sup>1</sup>
- К чему может привести:**
  - нарушение режима лечения (снижение доз, изменение сроков) — потеря эффективности лечения
  - дополнительная госпитализация в стационар
- Когда возникает:** Сопровождается повышением температуры тела до 37,8° и выше. Чаще всего развивается на 4–6 сутки после завершения цикла химиотерапии.
- Что делать:** Данное состояние требует незамедлительной консультации специалиста. Необходимо срочно связаться с Вашим лечащим врачом.

### Профилактика фебрильной нейтропении

Для профилактики развития ФН в клинической практике рекомендовано применение **гранулоцитарных колониестимулирующих факторов (Г-КСФ)**<sup>2</sup>. Применение Г-КСФ позволяет снизить риски ранней смерти и смерти от инфекционных осложнений на 40% и 45% соответственно<sup>3</sup>.

#### 2 формы Г-КСФ:

- 1 короткого действия
- 2 пролонгированного действия

#### Почему нейтропению важно предупредить заранее

Модификация режимов химиотерапии (снижение доз, изменение сроков) при лечении ранних стадий уменьшает эффективность терапии и срок жизни пациентов<sup>4</sup>.

#### Что НЕ следует делать пациенту?

- заниматься самолечением и принимать какие-либо препараты, НЕ назначенные лечащим врачом (глюкокортикостероиды, антибиотики и т.д.)
- прерывать назначенный лечащим врачом курс терапии

Согласно исследованию по нейтропении, лимитирующей проведение химиотерапии, уменьшение дозоинтенсивности терапии снижает продолжительность жизни пациентов на 15%<sup>5</sup>

### Первичная профилактика нейтропении

#### Используются препараты класса Г-КСФ

- Направлены на ускорение созревания нейтрофилов из предшественников клеток крови
- Способствуют восстановлению числа нейтрофилов до нормального/разгону созревания нейтрофилов до повышенных норм, что устраняется следующим циклом химиотерапии
- Применяются не ранее чем через 24 часа после окончания введения химиопрепаратов
- По действию делятся на: короткие (МНН филграстим) и пегилированные (МНН пэгфилграстим, эмпэгфилграстим, липэгфилграстим)

### Применение препаратов класса Г-КСФ

#### Короткие (филграстим):

- требуется 7–11 уколов
- применяются в определенные сроки с определенной непрерывной длительностью

#### Пегилированные (пэгфилграстим, эмпэгфилграстим, липэгфилграстим):

- однократное введение
- раннее применение (через сутки после курса химиотерапии)
- способствуют восстановлению абсолютного числа нейтрофилов через 4–11 суток
- нейтрофилы сами разрушают препарат по достижении их нормального количества в крови



Необходимость проведения профилактики определяет врач



Проводится после каждого цикла химиотерапии



Окончание профилактики за 48 часов до начала след. цикла химиотерапии



Узнать больше о жизнеугрожающих осложнениях на фоне химиотерапевтического лечения РМЖ, можно просмотрев вебинар



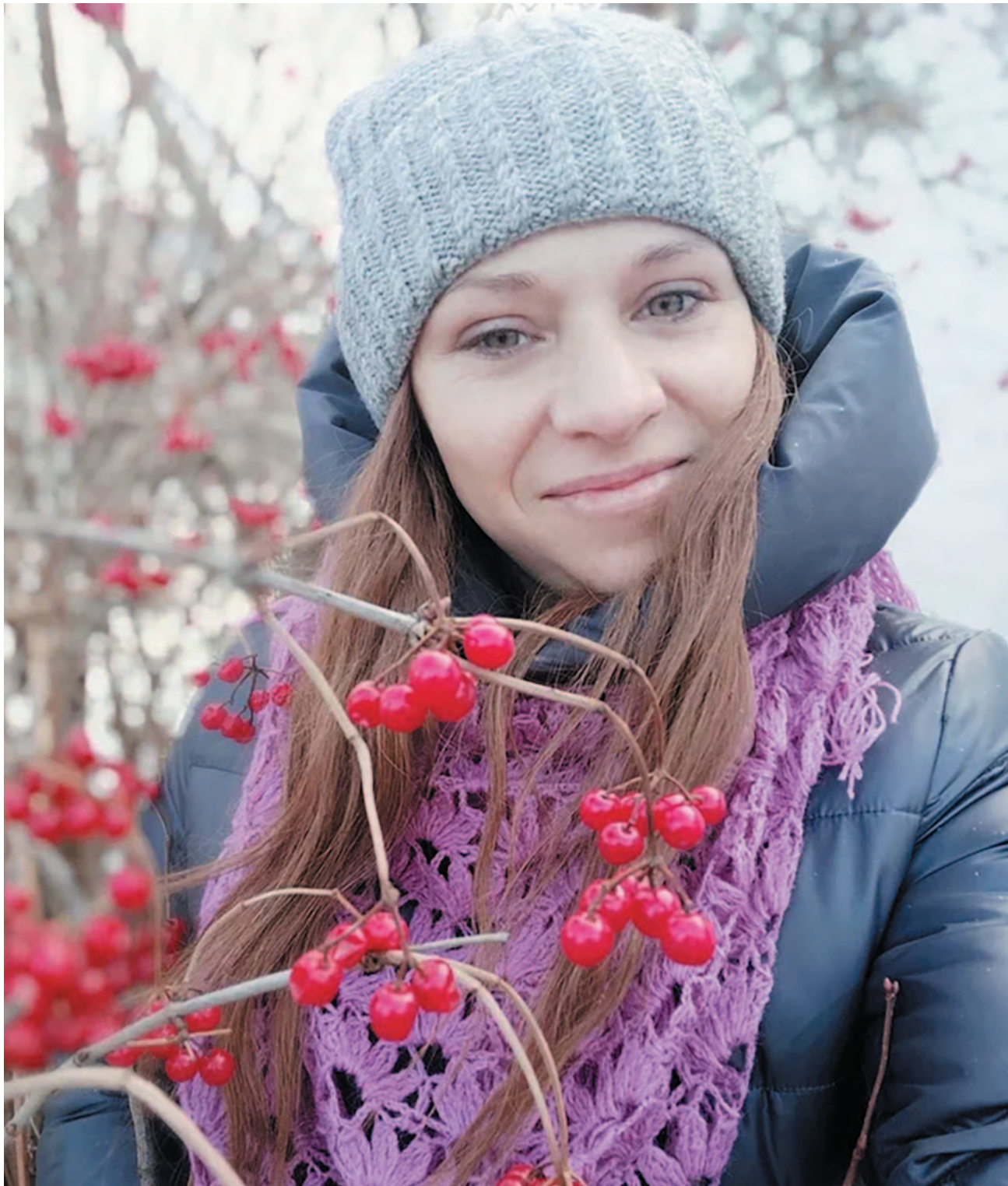
нейтропении.нет

1. Derek Weycker et al. Risk and Consequences of Chemotherapy-Induced Febrile Neutropenia in Patients With Metastatic Solid Tumors. J Oncol Pract. 2015 Jan;(1):47–54. doi: 10.1200/JOP.2014.001492. Epub 2014 Dec 9.  
2. Савинко Д. Д., Борисова К. Е., Булавина И. С. и соавт. Фебрильная нейтропения. Практические рекомендации RUSSCO, часть 2. Злокачественная опухоль 2024;14(2):61–70.  
3. Mortality, Morbidity, and Cost Associated with Febrile Neutropenia in Adult Cancer Patients Nicole M. Kuderer, et al. CANCER May 15, 2006 / Volume 106 / Number 10.  
4. Коченов И. Б., Сеницкой А. В., Ларонова В. Б. Нейтропения, лимитирующая проведение химио-терапии. Нужна ли профилактика? Онкогематология 2022;17(1): 135–42. DOI: 10.17650/1818-8346-2022-17-1-135-142.  
5. ADJUVANT CYCLOPHOSPHAMIDE, METHOTREXATE, AND FLUOROURACIL IN NODE-POSITIVE BREAST CANCER The Results of 20 Years of Follow-up. GIANNI BONADONNA et al. The New England Journal of Medicine/ 1995

ИНФОРМАЦИЯ НАСТОЯЩЕЙ ПАМЯТКИ НЕ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЛИ ЛЕЧЕНИЯ И НЕ ЗАМЕНЯЕТ КОНСУЛЬТАЦИЮ ВРАЧА. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.



# 257 причин жить



Меня зовут **Коломыцева Анна Владимировна**, мне 37 лет, я из города Павловска Воронежской области. В мае 2019 года я услышала диагноз, который перевернул мою жизнь, – рак молочной железы III стадии. Тогда мне было чуть больше 30 лет, у меня была семья, работа, привычные будни – и вдруг все изменилось. За эти почти шесть лет я прошла восемь курсов химиотерапии, три операции, 27 сеансов лучевой терапии. И несмотря на все это, жизнь продолжалась – со страхами, с надеждами, радостью, маленькими победами и большими мечтами.

## Семья, которая держала меня на плаву

Моя самая большая опора – муж и два сына, которым сейчас 14 и 9 лет. Муж был рядом на протяжении всего лечения. Когда мне казалось, что земля уходит из-под ног, он тут же брал ситуацию в свои руки и делал все возможное,

чтобы облегчить мои дни. После химиотерапии всегда пытался меня накормить – и теперь я не могу даже смотреть на еду из фастфуда, так как у нас с ним связаны комичные семейные воспоминания.

Болезнь изменила не только меня, но и наши отношения. Раньше мы часто ссорились, пытались выяснить, кто в доме главный, спорили по мелочам. Но после диагноза стали совсем другими – это замечают даже окружающие. Теперь я больше ценю каждое мгновение с семьей, принимаю точку зрения мужа, а если не согласна – просто остаюсь при своем мнении без споров и доказательств.

Мы всегда стараемся быть вместе. Летом катаемся по Дону на катере, устраиваем ночевки на природе. Если поездка – то всей семьей: в Москву, на море, в монастырь или просто на прогулку. Старший сын играет на гитаре, и впереди у него очередной конкурс. Младший – уникаль-

ный мальчик, левша, отличник, хотя мы никогда не настаивали на отличных оценках. Для нас важнее развивать их индивидуальность.

## Мечты, которые сбываются

Когда мне поставили диагноз, я посмотрела сериал про девушку, которая завела блокнот желаний, чтобы не забывать, зачем она живет. Мне так понравилась эта идея, что я сделала то же самое. Купила желтый блокнот и записала 257 желаний. Одним из них было научиться водить машину. Раньше я считала, что это слишком сложно и опасно, но вот уже третий год вожу сама и получаю от этого удовольствие.

Еще я давно мечтала о велотренажере, но мне всегда говорили: «Зачем он тебе?» И вот однажды муж просто взял и подарил его. Он оказался спасением – когда хотелось плакать, я садилась на тренажер и «наезжала» свои эмоции. Да и физическая активность во время лечения была очень важна.

Даже случайный конкурс в соцсетях исполнил мою мечту. Когда мои волосы отросли после химиотерапии, я увидела розыгрыш бесплатного наращивания. Девушка-стилист выбрала именно меня – так я впервые в жизни стала носить длинные волосы, и совершенно бесплатно.

Теперь у меня есть еще одно заветное желание, но пока не скажу какое. Пусть оно исполнится в свое время.

## Как фонд помог мне поверить в будущее

Однажды я нашла в соцсети страницу фонда «Я люблю жизнь». Прочитала истории людей, которые прошли через рак и продолжают жить. Я перечитывала их по 20 раз, пока не наткнулась на женщину с таким же диагнозом, как у меня. Она жила с ним уже 12 лет! Ее история стала для меня спасением – вселила надежду и показала, что жизнь не заканчивается после диагноза.

Я никогда не писала этой женщине, но до сих пор слежу за ее страницей. Вижу, как она нянчит внучку, и понимаю: у меня тоже есть будущее. Благодаря фонду я прошла марафон во время карантина, включавший занятия с психологами и диетологами. Это была невероятно важная поддержка, особенно после лечения.

## Почему ваша помощь так важна

Я знаю, что мой путь еще не завершен. Поддерживающая терапия, физические упражнения, восстановление – все это требует сил и ресурсов. Я справляюсь, потому что рядом со мной семья, врачи, люди, готовые помочь.

Фонд «Я люблю жизнь» помогает таким, как я, находить надежду, получать нужные знания, не оставаться один на один со страхом. Ваша поддержка дает нам возможность жить полной жизнью, верить в будущее и исполнять мечты – пусть даже маленькие, но такие важные для нас.

Помогите фонду – и тогда он сможет помочь еще большому количеству людей. Поддержите тех, кто борется и не сдается. Ведь для нас любая помощь – это шанс на новую главу в книге жизни.



Газета «Беседы о здоровье. Онкология» №4, 2025  
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Каталог «Почта России». ПВ819.

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

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

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

Адрес типографии:  
г. Москва, ул. 1905 года, дом 7, стр. 1

## Над номером работали:

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



Равный онкоконсультант – Светлана Неретина

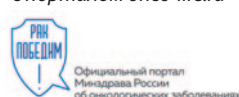
При поддержке  
НФПО  
им. П.А. Герцена



При поддержке  
Ассоциации  
онкологов России



При сотрудничестве  
с порталом [onco-life.ru](https://onco-life.ru)



Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2025 г.

Газета распространяется бесплатно.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

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

Дата выхода: 25.09.2025  
Возрастное ограничение: 16+