

# БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

## ОНКОЛОГИЯ



### ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

**Мамед Джавадович Алиев,**

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, советник генерального директора ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Читайте на стр. 3

**№3** 2024

**Главная тема номера:**

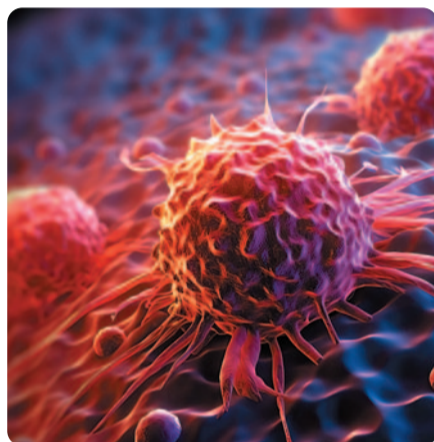
**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ  
КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

## КАКИЕ БЫВАЮТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Саркомы мягких тканей произрастают из соединительных тканей, которые могут встречаться везде, в любом органе. Их более 150 подтипов, каждая группа опухолей диагностируется и лечится по-разному. У них крайне разнообразная и сложная для интерпретации морфологическая картина, поставить точный диагноз – настоящий вызов даже для опытного патоморфолога. Основная общая характеристика – это злокачественный тип опухолей, что часто предопределяет плохой прогноз.

В этой статье мы постараемся рассказать об основных подтипах сарком.

Читайте далее на стр. 5



## РАССКАЗЫВАЕМ ПРО ОСТЕОСАРКОМУ

Остеосаркома – это злокачественное новообразование, возникающее из элементов кости. Для этой опухоли характерны раннее метастазирование и бурное течение. Ранее прогноз при этом заболевании был очень неблагоприятным. Пятилетняя выживаемость наблюдалась менее чем в 10% случаев. Сегодня же в связи с появлением новых методов лечения шансы пациентов существенно увеличились.

Читайте далее на стр. 6

## КАКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ?

Диагностика опухолей костной системы и мягких тканей как у взрослых, так и у детей требует комплексного подхода, включающего использование различных методов визуализации и лабораторных исследований. Перед врачом стоят две основные задачи – оценить первичную опухоль, а также ее распространение в организме.

Читайте подробнее на стр. 7



### ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

НОВОСТИ >>> 2

САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.  
ИСТОРИЯ ИЗ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ >>> 9

АНЕМИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ  
НОВООБРАЗОВАНИЯХ >>> 11

ИСТОРИЯ ИРИНЫ РОМАНЧУК >>> 12

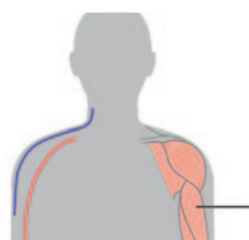
САМООБСЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ >>> 13

КАК ПОЛУЧИТЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ  
И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ  
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ >>> 14

«Я СТАЛА ДО ЖИЗНИ ЖАДНАЯ» –  
ИСТОРИЯ КРИСТИНЫ >>> 15

«Я УВИДЕЛА ЖИЗНЬ С ТОЙ СТОРОНЫ,  
С КОТОРОЙ НЕ ВИДЕЛА ПРЕЖДЕ» –  
ИСТОРИЯ ЮЛИИ >>> 16

### ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



ЧТО ТАКОЕ САРКОМЫ  
МЯГКИХ ТКАНЕЙ

>>> 4



ЛЕЧЕНИЕ  
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ  
НОВООБРАЗОВАНИЙ  
КОСТЕЙ И МЯГКИХ  
ТКАНЕЙ

>>> 8



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ  
ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ  
НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОСТЕЙ  
И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

>>> 10

НОВОСТИ

# Лечение онкологических заболеваний для россиян проводится бесплатно по программе государственных гарантий

Главный внештатный онколог Минздрава России **Андрей Каприн** в интервью РИА Новости рассказал, как организована помощь пациентам с онкологическими заболеваниями.

Андрей Каприн пояснил, что тарифы на лечение покрываются обязательным медицинским страхованием и бюджетным финансированием в рамках высокотехнологичной медицинской помощи.

Также Андрей Каприн отметил, что выявляемость онкологических заболеваний улучшается. Прирост этого показателя по сравнению с 2021 годом составил 8%, всего в 2023 году злокачественные новообразования впервые в жизни были выявлены у 674 587 человек. Причем в 60% случаев онкозаболевание было обнаружено на первой-второй стадиях.

По словам Андрея Каприна, онкослужба России все ближе к реализации идеи персонализированной медицины, что становится возможным в том числе благодаря развитию технологий ядерной медицины.



– В дальнейшем наработки в этой области, а также в области биотехнологий, биоинформатики нужно тиражировать в регионы страны, чтобы улучшить лечение пациентов, – отметил Андрей Каприн.

Источник: Официальный портал МЗ РФ об онкологических заболеваниях (<https://onco-life.ru/>)



## Пассивное курение повышает риск развития рака молочной железы на четверть

Ученые провели тщательный поиск литературы по различным электронным базам данных, используя инновационную методологию, основанную на сочетании общих и традиционных обзоров. Окончательный скрининг привел к выявлению 63 оригинальных исследований типа «случай-контроль» или когортных исследований, опубликованных на английском языке в период с 1984 по 2022 г. Эти исследования включали более 35 000 случаев рака молочной железы. Результаты метаанализа показали, что у некурящих женщин риск развития рака молочной железы при воздействии пассивного курения повышается на 24%. Учитывая различные условия воздействия, значительно повышенный риск развития рака молочной железы наблюдался у женщин, которые подвергались пассивному курению дома и на рабочем месте, а также в неустановленных условиях.

Дальнейшая стратификация показала, что у некурящих женщин, подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма от партнера, риск развития рака молочной железы повышен на 16%. Более того, у женщин, подвергавшихся пассивному курению в детстве, наблюдался повышенный риск развития рака молочной железы на 5%. Анализ зависимости «доза-эффект» показал, что риск развития рака молочной железы линейно возрастает с увеличением продолжительности, интенсивности и пачек-лет пассивного курения. В частности, у женщин, которые подвергались пассивному курению более 40 лет, риск развития рака молочной железы увеличился на 30%.

Источник: Possenti I. 2024. Exposure to second-hand smoke and breast cancer risk in non-smoking women: a comprehensive systematic review and meta-analysis. British Journal of Cancer. <https://www.nature.com/articles/s41416-024-02732-5>.

## Ученые идентифицировали более 5000 вариантов генов рака высокого риска

Исследователи из Института Велкома Сэнгера и их коллеги из Института исследований рака в Лондоне и Кембриджского университета оценили влияние на здоровье всех возможных генетических изменений в гене BAP1. Они обнаружили, что примерно пятая часть этих возможных изменений были патогенными, что значительно повышало риск развития рака глаз, слизистой оболочки легких, мозга, кожи и почек.

Команда также обнаружила связь между определенными разрушительными вариантами BAP1 и более высокими уровнями IGF-1. Это открытие дает возможности в разработке новых лекарств, которые могли бы подавлять эти «вредные» эффекты, потенциально замедляя или предотвращая прогрессирование некоторых видов рака.

Белок BAP1 действует как мощный супрессор опухолей в организме, защищая от рака глаз, слизистой оболочки легких, мозга, кожи и почек. Унаследованные варианты, разрушающие белок, могут увеличить пожизненный риск разви-

тия этих видов рака у человека до 50%, что обычно происходит в среднем возрасте.

Раннее выявление этих вариантов с помощью генетического скрининга может служить руководством к принятию профилактических мер, значительно повысить эффективность лечения и улучшить качество жизни пострадавших людей. Однако до сих пор было ограниченное понимание того, на какие конкретные генетические изменения в BAP1 следует обратить внимание, особенно на редкие варианты, которые вызывают его сбой и стимулируют рост рака.

В этом исследовании эксперты протестировали 18 108 изменений ДНК в гене BAP1 путем искусственного изменения генетического кода человеческих клеток. Они определили, что 5665 из этих изменений были вредными и нарушали защитные эффекты белка. Анализ данных Биобанка Великобритании подтвердил, что у лиц, несущих эти вредные варианты BAP1, вероятность диагностирования рака более чем на 10% выше, чем у населения в целом.



Источник: Waters, A.J., et al. (2024) Saturation genome editing of BAP1 functionally classifies somatic and germline variants. Nature Genetics | [doi.org/10.1038/s41588-024-01799-3](https://doi.org/10.1038/s41588-024-01799-3).



# Мамед Джавадович Алиев: «Остеосаркома имеет более благоприятный прогноз при ранней диагностике»



**Злокачественные опухоли костей и мягких тканей – это очень редкие опухоли (всего 1% от всех онкозаболеваний\*), но они очень сложные и коварные. Поэтому мы решили задать самые частые вопросы про эти опухоли видному российскому ученому, посвятившему себя проблемам комплексного лечения остеосаркомы и других опухолей костей, разработке высокотехнологичных оперативных вмешательств по поводу опухолей костей, мягких тканей и кожи, советнику генерального директора ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, академику РАН, члену Президиума РАН, Заслуженному деятелю науки РФ, президенту Восточно-Европейской группы по изучению сарком (EESG), доктору медицинских наук, профессору Мамеду Джавадовичу Алиеву.**

– Уважаемый Мамед Джавадович, наши читатели задают много различных вопросов. Один из них: почему возникает саркома костей?

– Саркома костей возникает из-за аномального роста клеток, которые обычно формируют костную ткань. Она представляет собой злокачественную опухоль, которая может возникнуть из различных типов клеток костной ткани или их предшественников. Вот некоторые из основных причин возникновения саркомы костей: генетические мутации (изменения в генетическом материале клеток могут привести к неконтролируемому размножению клеток и образованию опухоли); генетические синдромы (например, наследственная ретинобластома), излучение (высокодозное облучение, особенно в молодом возрасте – могут повысить риск развития саркомы костей. Также длительное воздействие определенных химических веществ (например, в некоторых видах промышленности) может повысить вероятность возникновения опухоли. В редких случаях саркома костей может иметь семейную историю, что может быть связано с наследственными мутациями.

Точные причины возникновения саркомы костей часто сложно определить, и в большинстве случаев она развивается из-за комбинации генетических и окружающих факторов.

– Какие варианты остеосарком выделяют?

– Остеосаркома – это самый распространенный тип саркомы костей. Она может встречаться в нескольких вариантах.

Наиболее часто встречающийся тип остеосаркомы – это конвенциональная остеосаркома, обычно возникает в области длинных трубчатых костей, таких как бедренная или большеберцовая кости. Выделяют хондробластическую остеосаркому (этот подтип включает в себя хрящевые компоненты) и фибробластическую остеосаркому (этот тип содержит волокнистые компоненты и может иметь более благоприятный прогноз по сравнению с другими подтипами). Иногда опухоль может содержать элементы нескольких различных типов, в этом случае мы говорим о смешанных, или комбинированных, остеосаркомах.

Каждый из этих подтипов имеет свои особенности в клеточной структуре и поведении, что важно для установления правильного диагноза и лечения.

– Какой из перечисленных Вами подтипов сарком является наиболее злокачественным и почему?

– Наиболее злокачественным обычно считается конвенциональная остеосаркома. Это связано с несколькими факторами. Конвенциональная остеосаркома имеет высокую степень агрессивности и обычно проявляет высокую способность к местному распространению в окружающих тканях, включая здоровую кость. Кроме того, этот тип остеосаркомы имеет более высокий потенциал для образования метастазов в других частях организма, таких как легкие, а также характеризуется склонностью к рецидивам – после лечения конвенциональной остеосаркомы есть риск возникновения рецидива (возврата опухоли) даже после эффективного первичного лечения.

Эти характеристики делают конвенциональную остеосаркому более сложной для лечения и сопряженной с более

– Мамед Джавадович, кто чаще всего заболевает остеосаркомой?

– Остеосаркома часто диагностируется у детей и подростков в возрасте от 10 до 20 лет. Это связано с активным ростом и развитием костной ткани в этом возрастном периоде. Что касается взрослых, то, хотя остеосаркома редко встречается у людей старше 30 лет, она может развиваться и у молодых взрослых до 40 лет. В целом, у мужчин риск развития остеосаркомы немного выше, чем у женщин. Также в группе риска люди с редкими наследственными синдромами (например, наследственная ретинобластома, о которой я говорил ранее).

Важно отметить, что, хотя остеосаркома может встречаться у различных возрастных групп, она все же остается редким (орфанным) заболеванием.

## ВАЖНО, ЧТОБЫ ПАЦИЕНТЫ С ОСТЕОСАРКОМОЙ ПОЛУЧАЛИ КОМПЛЕКСНОЕ И МУЛЬТИСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

серьезными прогностическими последствиями. Однако важно отметить, что все типы остеосаркомы требуют комплексного подхода к лечению, включая хирургическое удаление опухоли, химиотерапию и иногда лучевую терапию в зависимости от стадии и характеристик опухоли.

– Мамед Джавадович, еще один частый вопрос: какие признаки указывают на возникновение остеосаркомы?

– Остеосаркома может проявляться различными симптомами. Часто заболевание начинается с появления боли вокруг пораженной кости. Боль может быть непрерывной, усиливающейся в течение ночи или при физической активности. Затем присоединяются такие симптомы, как отечность вокруг пораженной кости и увеличение объема, т.е. уже заметные внешне или на ощупь симптомы. Кроме того, остеосаркома может ограничивать движение в суставе, близком к пораженной кости, из-за боли и отека.

Если у вас или у вашего ребенка есть подозрение на остеосаркому из-за наличия этих симптомов, важно немедленно обратиться в специализированное онкологическое учреждение, прицельно занимающееся лечением данной категории больных. Эти учреждения на территории России и стран СНГ вы можете найти на онлайн-портале Восточно-Европейской группы по изучению сарком (EESG).

– Какие кости чаще всего поражает остеосаркома?

– Эта опухоль может поражать различные кости в организме человека, но наиболее распространенное место развития остеосаркомы – это бедренная кость. Около половины всех случаев остеосаркомы возникают именно в бедренной кости. Второе по частоте место развития остеосаркомы – это голень (большеберцовая кость). Затем – верхняя челюсть. И еще относительно частое место развития остеосаркомы – это плечевая кость.

– Как сегодня диагностируют остеосаркому?

– Диагностика остеосаркомы включает несколько методов, которые помогают установить точный диагноз и определить стадию заболевания.

Обычно первым шагом в диагностике остеосаркомы является рентгенография, которая позволяет увидеть изменения в кости, такие как наличие опухоли, разрушение костной ткани или изменения в структуре кости. Компьютерная томография (КТ) используется для получения более детализированных изображений пораженной области кости. Это помогает определить размеры опухоли, ее распространение и влияние на окружающие ткани. Проводят и магнитно-резонансную томографию (МРТ) для более точного изучения мягких тканей вокруг опухоли, таких как сосуды, нервы и мышцы. МРТ помогает определить степень инвазии опухоли в окружающие структуры. И, конечно же, биопсия – это обязательный этап для установления окончательного диагноза остеосаркомы. Биопсия позволяет взять образец ткани опухоли для лабораторного анализа. По результатам биопсии устанавливаются тип опухоли (остеосаркома или другой тип), ее гистологическая структура и степень злокачественности.

Онлайн-портал  
Восточно-Европейской  
группы по изучению сарком  
(EESG)  
<https://eesg.ru/centers>



**ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА**

Кроме того, в зависимости от специфических характеристик опухоли и стадии заболевания могут быть назначены дополнительные исследования, такие как скелетная сцинтиграфия или позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), чтобы оценить наличие метастазов в других частях тела.

**– Какие методы применяются в лечении этого заболевания?**

– Лечение остеосаркомы обычно включает комбинацию нескольких методов, которые могут варьироваться в зависимости от стадии заболевания, распространенности опухоли и индивидуальных особенностей пациента. Основным методом лечения остеосаркомы – это хирургическое удаление опухоли вместе с окружающей здоровой тканью. Цель операции – полное удаление опухоли. В большинстве случаев применяются методы органосохраняющего лечения, такие как использование эндопротезов для сохранения функции пораженного сустава или реконструктивная хирургия. Химиотерапия обычно применяется как дополнение к хирургическому лечению, она может использоваться до операции для уменьшения размеров опухоли (неоадьювантная химиотерапия) или после операции для ликвидации остаточных клеток опухоли (адьювантная химиотерапия).

**– Если у пациента обнаружена опухоль (остеосаркома), придется ампутировать конечность полностью?**

– Ампутация конечности при остеосаркоме обычно не является первичным методом лечения. В настоящее время существует возможность сохранения конечности при помощи комплексного лечения, которое может включать хирургическое удаление опухоли и химиотерапию. Однако крайне редко существуют показания для выполнения калечащей операции (что в настоящее время с развитием современных технологий является казуистикой), носящие исключительно технический характер.

В большинстве случаев специалисты стремятся сохранить конечность и предотвратить ампутацию, используя современные методы диагностики и лечения. Это включает точное планирование хирургических вмешательств с учетом сохранения функции конечности с использованием современных технологий, в том числе и аддитивных.

**– Каков прогноз после лечения остеосаркомы?**

– Прогноз после лечения остеосаркомы зависит от нескольких факторов, включая стадию заболевания на момент диагностики, наличие или отсутствие метастазов, местоположение опухоли, возраст пациента и эффективность примененного лечения. Очень важно понимать, что остеосаркома имеет более благоприятный прогноз при

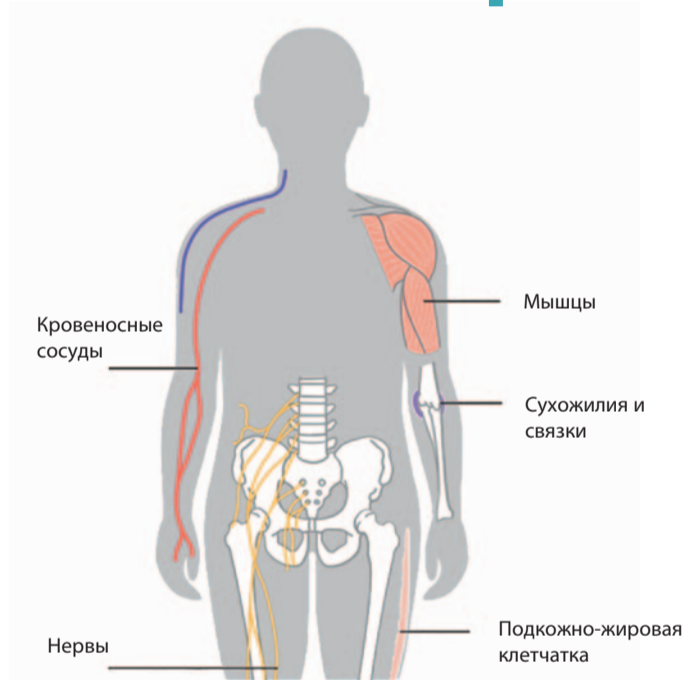
ранней диагностике, когда опухоль ограничена одной костью и не распространяется на окружающие ткани или органы. Если мы говорим о метастазах, то их наличие в других частях тела существенно ухудшает прогноз.

Значительно повысить шансы на выздоровление может использование комплексного лечения, включающего хирургическое удаление опухоли с сохранением конечности (если возможно), химиотерапию и, в некоторых случаях, лучевую терапию. Ответ на лечение остеосаркомы может варьироваться у разных пациентов. Хороший ответ на химиотерапию и возможность полного удаления опухоли связаны с лучшим прогнозом.

Общие пятилетние выживаемости для остеосаркомы обычно составляют около 70% для пациентов без метастазов на момент диагностики. Прогноз может сильно различаться у разных пациентов в зависимости от вышеуказанных факторов. Важно, чтобы пациенты с остеосаркомой получали комплексное и мультиспециализированное лечение в специализированных центрах, чтобы повысить шансы на полное выздоровление и минимизировать риск рецидивов болезни.

– Уважаемый Мамед Джавадович, спасибо Вам за столь подробные ответы!

# Что такое саркомы мягких тканей



Источник изображения: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/soft-tissue-sarcoma>

**Саркомы мягких тканей – злокачественные новообразования, развивающиеся в соединительных и опорных тканях организма. К ним относятся прежде всего:**

- Кожа
- Жировая ткань
- Мышечная ткань
- Кровеносные сосуды
- Глубокие ткани кожи
- Нервные волокна
- Сухожилия и связки

**Все вместе эти ткани называются соединительными. Они соединяют, поддерживают или окружают другие структуры или органы в организме.**

**Кости также являются поддерживающей тканью. Существуют различные типы сарком, поражающих костный аппарат.**

**Откуда развиваются саркомы мягких тканей?**

Они могут локализоваться практически везде в организме человека. Если саркому не лечить, клетки продолжают делиться, и саркома увеличивается в размерах. Рост ее приводит к образованию опухоли в мягких тканях. Это может привести к давлению на ткани и органы, расположенные рядом. Клетки саркомы из первоначальной области могут отделиться. Если клетки попадают в кровоток, они могут распространиться на другие участки тела. Эти клетки могут фиксироваться в других тканях и образовывать новые участки роста саркомы, которые называются вторичными злокачественными опухолями, или метастазами. Наиболее часто саркома метастазирует в легкие. Иногда саркомы могут распространяться на кости.

**Кто болеет саркомой мягких тканей?**

Данная патология чаще всего встречается у пожилых людей. Но по сравнению с большинством других видов злокачественных новообразований она довольно часто встречается и у молодых людей.

**Насколько распространены саркомы мягких тканей?**

Саркомы мягких тканей – это редкий вид злокачественных опухолей. Ежегодно в России диагностируют около 10 тысяч новых случаев саркомы костей и мягких тканей (эти группы опухолей не исчисляются отдельно). Это составляет примерно один процент от общего числа злокачественных опухо-

лей. Заболеваемость составляет 30 случаев на 1 миллион человек. Восемьдесят процентов из них приходится на саркомы мягких тканей. В детском возрасте этот показатель выше и достигает 6,5%. Таким образом, саркомы занимают пятое место по распространенности и смертности среди детей.

Для сравнения, ежегодно в Англии саркома мягких тканей диагностируется примерно у 4300 человек. Это примерно 12 случаев, диагностируемых каждый день.

Источник: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/soft-tissue-sarcoma>

**ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?**

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

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



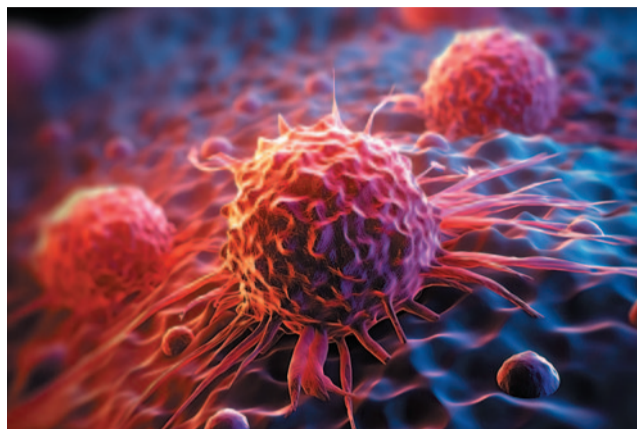
## БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ ОНКОЛОГИЯ

**НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:**

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



# Какие бывают злокачественные новообразования мягких тканей



Начало на стр. 1

## Лейомиосаркома

Наиболее распространенный тип саркомы мягких тканей у взрослых. Это разновидность опухолей гладкой мускулатуры.

### Лейомиосаркомы могут локализоваться в:

- брюшной полости;
- забрюшинном пространстве;
- крупных кровеносных сосудах;
- матке;
- коже и других органах и тканях.

## Воспалительная лейомиосаркома

Еще один вид злокачественного новообразования гладкой мускулатуры у взрослых – воспалительная лейомиосаркома. Этот тип саркомы обычно растет в:

- глубоких мягких тканях нижних конечностей;
- грудной и брюшной полости;
- забрюшинном пространстве.

## Липосаркома

Развивается из жировой ткани, следовательно, может образовываться в любой области организма. Наиболее распространенные места локализации – нижняя конечность (бедро) и забрюшинное пространство. Обычно липосаркомы проявляются в виде мягких шишек.

Примерно 20 (20%) из каждых 100 сарком мягких тканей у взрослых – липосаркомы.

### Виды опухолей жировой ткани

К типам злокачественных опухолей, растущих из жировой ткани, относятся:

- хорошо дифференцированная липосаркома;
- дедифференцированная липосаркома;
- миксоидная липосаркома;
- плеоморфная липосаркома.

## Фибросаркома

Разновидность фибробластических опухолей. Это означает, что они растут из клеток фиброзной (или рубцовой) ткани. Фибросаркомы встречаются редко и составляют примерно 1 (1%) из каждых 100 сарком мягких тканей. Они могут локализоваться в:

- глубоких тканях верхних или нижних конечностей;
- органах грудной и брюшной полости;
- органах и тканях головы и шеи.

Также существуют другие типы фибробластических опухолей. К ним относятся:

- солитарная фиброзная опухоль;
- миксофибросаркома;
- фибромиксоидная саркома низкого уровня;
- склерозирующая эпителиоидная фибросаркома.

Разнообразие опухолей обусловлено разным сочетанием и вовлечением в процесс клеток другой (часто родственной) структуры либо характеризует эволюцию опухоли, когда она становится, например, более злокачественной.

## Рабдомиосаркомы

Они развиваются из клеток поперечно-полосатой (скелетной) мускулатуры. Существует несколько типов:

- эмбриональная рабдомиосаркома (чаще встречается у детей, реже – у подростков и взрослых);
- альвеолярная рабдомиосаркома (чаще встречается у подростков и взрослых);
- плеоморфная рабдомиосаркома (чаще всего встречается у взрослых);
- веретенчатая, или склерозирующая, рабдомиосаркома;
- эктомезенхимомы.

## Саркомы Юинга

Чаще всего саркома Юинга зарождается в костях. В редких случаях она может зарождаться в мягких тканях. Саркома Юинга мягких тканей называется экстракостальной саркомой Юинга. Экстракостальная означает, что она находится вне костной системы. Эти опухоли мягких тканей ведут себя несколько иначе, чем другие типы сарком мягких тканей.

## Синовиальные саркомы

Тип опухоли неопределенной дифференцировки. Это означает, что клетка происхождения неизвестна. Такие саркомы состоят из клеток, которые не похожи ни на один конкретный тип мягких тканей. Поэтому трудно сказать о их происхождении. Синовиальные саркомы чаще всего образуются вокруг коленного или голеностопного сустава. Они могут зародиться и в других суставах, например, в тазобедренном или плечевом. Хотя эти опухоли называются синовиальными саркомами, они возникают не в ткани, выстилающей суставы (синовиальной ткани). Они могут быть обнаружены в тех местах, где нет синовиальной ткани, – в голове и шее. Эти саркомы обычно проявляются в виде твердых шишек. Но они могут существовать в течение некоторого времени, прежде чем начнут расти. Чаще всего они встречаются у молодых людей.

## Сосудистые опухоли

### Ангиосаркома

Это разновидность сосудистой опухоли. Сосудистые опухоли развиваются из эндотелиальных клеток сосудов. Эти клетки образуют стенки кровеносных или лимфатических сосудов. Ангиосаркома обычно начинается в коже или поверхностных клетках. В некоторых случаях она связана с хроническим лимфатическим отеком. Он может возникнуть после операции или лучевой терапии лимфатических узлов в рамках лечения другого злокачественного новообразования.

У женщин с хроническим лимфатическим отеком руки после удаления молочной железы (мастэктомии) также может развиться ангиосаркома. Встречается достаточно редко. Она также известна как синдром Стюарта–Тривиза. Обычно на ее развитие уходит много лет.

### Ангиосаркома сердца

Опухоли, поражающие сердце, встречаются очень редко. Большинство опухолей, возникающих в сердце, не являются злокачественными, чаще они доброкачественные. Но примерно каждая десятая опухоль (около 10%) злокачественная. Чаще всего эти опухоли представлены саркомами.

## Саркома Капоши

Это разновидность сосудистой опухоли. Ее называют промежуточной опухолью. Это означает, что она растет и распространяется на близлежащие ткани и органы; но не распространяется в другие части тела. Саркома Капоши развивается из клеток, называемых эндотелиальными. Эти клетки выстилают кровеносные и лимфатические сосуды. В большинстве случаев они образуются в коже. Они также могут развиваться во внутренних органах. Саркома Капоши вызывается инфекцией вируса герпеса человека 8-го типа (HHV8). Он также известен как герпес-вирус, ассоциированный с саркомой Капоши (KSHV). Многие люди заражены HHV8. У большинства из них саркома Капоши не развивается. Но иногда этот вирус может вызывать саркому Капоши у людей с ослабленным иммунитетом. В основном это касается людей с ВИЧ или СПИДом.

Люди, принимающие лекарства, подавляющие иммунитет, также имеют повышенный риск развития саркомы Капо-

ши. Достаточно часто это происходит после пересадки органов, когда пациенты принимают специальные препараты, подавляющие отторжение пересаженных органов, а также подавляющие и иммунитет.

К другим разновидностям опухолей мягких тканей относят новообразования оболочек периферических нервов, гастроинтестинальные опухоли и др.

## Злокачественные опухоли оболочек периферического нерва (MPNST)

Эти опухоли возникают в слое, покрывающем периферические нервы. Периферические нервы обеспечивают взаимосвязь между головным, спинным мозгом и остальными частями тела. MPNST редко встречаются в общей популяции. Они могут возникать у людей с нейрофиброматозом 1-го типа (NF1). Они могут выявляться в любом месте в организме человека. Наиболее распространенными местами являются:

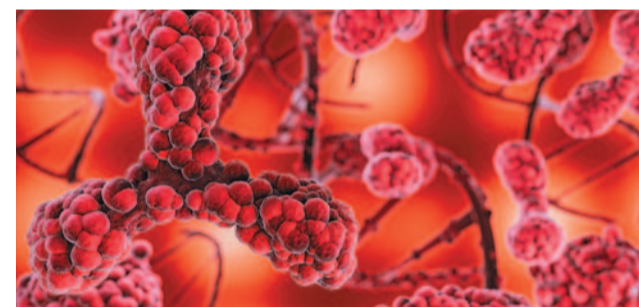
- нижние конечности;
- забрюшинное пространство.

К другим типам, которые могут быть злокачественными, относятся:

- меланотическая злокачественная опухоль нервных оболочек;
- зернистоклеточная опухоль;
- периневриома.

## Гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО)

ГИСО – это редкий тип саркомы, встречающийся в пищеварительной системе (желудочно-кишечном тракте). ГИСО могут расти в любой части пищеварительной системы, но наиболее распространенными местами являются желудок и тонкий кишечник. ГИСО зарождаются в клетках стенки пищеварительной системы, которые контролируют движение кишечника. При своевременном обнаружении и лечении имеют благоприятный прогноз.



## Фолликулярная дендритная клеточная саркома (ФДК)

Это очень редкий вид саркомы. Некоторые ее симптомы, такие как безболезненные опухшие лимфатические узлы, похожи на симптомы лимфомы. (Лимфома – разновидность злокачественных новообразований крови.) Врачи рассматривают саркому ФДК как саркому мягких тканей. Саркома ФДК развивается из специфических клеток в лимфатических узлах. Лимфатические узлы являются частью лимфатической системы, которая помогает бороться с инфекциями.

## Фиброматоз

Фиброматоз не является саркомой, но его часто лечат специалисты по саркомам. За этими опухолями ведется тщательное наблюдение, поскольку они могут вырастать до больших размеров. Большая опухоль может повлиять на качество жизни пациента. Фиброматоз не является злокачественным процессом и растет из глубоких соединительных тканей. Он не распространяется по телу, но может прорасти в близлежащие ткани. Его также называют агрессивным фиброматозом или десмоидной опухолью. Фиброматоз встречается довольно редко. Он может возникнуть в любом месте тела, но чаще всего встречается в:

- верхних и нижних конечностях;
- брюшной стенке;
- брыжейке.

Источник: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/soft-tissue-sarcoma>

# Рассказываем про остеосаркому

**Остеосаркома (остеогенная саркома) – агрессивная злокачественная опухоль, клетки которой происходят из костной ткани. Это наиболее часто встречающаяся первичная\* злокачественная опухоль костей.**

Чаще всего остеосаркома поражает длинные трубчатые кости рук и ног. В большинстве случаев опухоль возникает вблизи коленного сустава – в верхней части большеберцовой кости или в нижней части бедренной кости. Могут также поражаться верхняя часть бедренной кости, плечевая кость, кости таза, локтевая и малоберцовая кости, кости черепа. Остеосаркома может прорасти в окружающие кость мягкие ткани – мышцы, жир, сухожилия. С кровотоком опухолевые клетки могут распространяться в отдаленные участки организма, давая метастазы. Наиболее типично метастазирование происходит в легкие, однако метастазы иногда возникают и в других органах, включая головной мозг; возможно также поражение других костей. Соответственно, при остеосаркоме различают **локализованную** и **метастатическую** формы опухолевого процесса, то есть формы без отдаленных метастазов (поражена только кость и прилегающие ткани) и с метастазами.

**Выделяют три стадии развития заболевания:**

**I стадия** – у опухоли высокие показатели дифференциации без метастазирования. Вначале она ограничена природным барьером, с течением времени покидает его границы.

**II стадия** – опухоль имеет небольшой уровень дифференциации, у нее не отмечено метастазирования. Образование пребывает в пределах естественных границ, однако с прогрессированием патологии покидает эти пределы.

**III стадия** – развивается метастазирование в ближайшие и более далекие органы вне зависимости от разновидности опухоли и того, является она высоко- или же низкодифференцированной.

Таким образом, крупным планом остеосаркомы делят на две большие подгруппы в зависимости от степени прогрессии:

**I стадия** – локализованная, при ней опухоль не покидает пределов кости, не дает метастазов;

**II стадия** – метастатическая, когда опухоль покидает границы кости, метастазируя в прочие кости и органы человеческого тела.

(Кроме того, врачи более детально стадируют такие опухоли, используя международную классификацию TNM, где выделяют стадии IA, IB, IIA, IIB, III, IVA, IVB.)

В зависимости от гистологических характеристик опухоли различают **остеобластическую**, **хондробластическую** и **фибробластическую** остеосаркому, а также некоторые редкие разновидности.

**Как часто встречается остеосаркома?**

Остеогенная саркома может встречаться в любом возрасте, однако наиболее характерна для молодого взрослого и особенно для подросткового возраста. Большинство заболевших пациентов находятся в возрасте от 10 до 30 лет. В среднем возрасте эта опухоль встречается очень редко. Около 10% заболевших – пожилые люди старше 60 лет. Считается, что у них развитие опухоли может быть спровоцировано другими костными заболеваниями, возникшими к этому возрасту, или связано с перенесенным облучением. Мужчины болеют несколько чаще женщин.

Частота возникновения остеосаркомы составляет около 3–4 случаев на 1 миллион детей и молодых людей в возрасте до 20 лет. Остеосаркома чаще всего возникает в период быстрого роста костей, и поэтому риск этой опухоли несколько больше у высоких подростков, особенно у мальчиков.

**Признаки и симптомы остеосарком**

При остеогенной саркоме типичными симптомами является боль в костях, часто вблизи сустава, которая становится заметнее по ночам или при физической нагрузке, – так, при поражении костей ноги может возникнуть хромота. Как правило, эти явления воспринимаются как последствия мышечного перенапряжения или травмы, однако при остеосаркоме боли с течением времени не ослабевают, а усиливаются. К сожалению, на ранних стадиях опухолевого процесса нередко ставится ошибочный диагноз (миозит, невралгия,

последствия травмы и т.п.), что ведет к потере времени и ухудшению прогноза. Поэтому при непонятных и долго сохраняющихся болях в костях следует посетить врача-онколога (или детского онколога), чтобы в случае обнаружения опухоли своевременно начать лечение.

По мере развития опухолевого процесса и вовлечения соседних тканей, иногда через несколько недель после появления боли, возникает припухлость над участком опухоли. Затем зона припухлости увеличивается, возникает отечность, на коже видна венозная сеть. Движения в ближайшем суставе затруднены из-за боли. Иногда происходит патологический (то есть обусловленный болезнью) перелом кости, хотя это не очень частое явление.

При распространенной опухоли могут возникнуть симптомы общего характера, такие как утомляемость, нарушения сна, потеря массы тела, анемия, повышение температуры, симптомы со стороны других органов и т.д.



**... ВАЖНО ВЫЯВЛЯТЬ НОВООБРАЗОВАНИЯ НА РАННЕЙ, ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СТАДИИ**

**Какие исследования проводят для диагностики остеосарком?**

Как правило, первым шагом в диагностике остеосаркомы является рентгеновское исследование (на снимке виден очаг разрушения кости).

При обнаружении опухоли производится ее биопсия с последующим микроскопическим исследованием. На этом этапе онкологам часто помогают травматологи-ортопеды, которые имеют необходимое оборудование и инструментальный для биопсии костной ткани.

Компьютерная томография (КТ) позволяет точнее изучить опухоль, причем как внутрикостный компонент, так и распространение в окружающую мышечную и жировую ткань (внекостный компонент). Это важно для планирования возможной операции.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) дает дополнительную информацию: так, она полезна для изучения состояния костномозговой полости пораженной кости, а также для обнаружения метастазов саркомы в центральную нервную систему–головной мозг.

Возможно также использование позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), чтобы оценить полноценно все возможные очаги распространения опухоли в организме.

Рентгенография или компьютерная томография грудной клетки также важны для обнаружения метастазов в легких.

Остеосцинтиграфия используется для обнаружения метастазов в другие кости и/или многоочаговой формы болезни. Определенное значение для прогноза имеет биохимический анализ крови, так как повышенные уровни лактатдегидрогеназы (ЛДГ, LDH) и щелочной фосфатазы чаще наблюдаются при более агрессивном течении болезни и значительном разрушении костной ткани.

**Лечение**

Лечение таких опухолей комплексное в силу их высокой резистентности. Поэтому необходимым этапом радикального лечения остеосаркомы является хирургическое удаление опухоли. Часто этап диагностической операции для взятия биопсии переходит в лечебный, с резекцией пора-

женного участка кости. После масштабных резекций костно-суставных сочленений требуется протезирование, которое позволит вернуть пациенту двигательную активность. После протезирования требуется проведение реабилитационно-восстановительного лечения.

В случае невозможности проведения радикального хирургического лечения (например, опухоль поражает основание черепа или позвоночник) прогноз существенно ухудшается. Тогда задействуются дополнительные возможности химиолучевой терапии.

Лучевая терапия как таковая играет консолидирующую роль в лечении опухоли, задерживая ее рост на определенный период времени, а также снимает мучительные симптомы костной боли.

В любом случае лечение такой патологии представляется весьма серьезной задачей. Поэтому так важно выявлять новообразования на ранней, локализованной стадии.

**Источник:** Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей: остеосаркома, саркома Юинга. Клинические рекомендации Минздрава России, 2022.

## Памятка: что делать при ухудшении самочувствия при остеосаркоме

Пациенты с любой формой саркомы костей состоят на диспансерном учете пожизненно. Все дальнейшие рекомендации должны быть получены от лечащего врача либо согласованы с ним. Самолечение может быть опасно!

- 1 При повышении температуры тела до 38°C и выше во время или после приема химиотерапевтических препаратов стоит:**
  - обратиться за консультацией к врачу-онкологу или химиотерапевту и начать прием антибиотиков.
- 2 При стоматите рекомендуются:**
  - диета, направленная на механическое и термическое щажение;
  - частое полоскание рта (каждый час) – отварами ромашки, коры дуба, шалфея. Также рекомендуется смазывать воспаленные участки рта облепиховым (персиковым) маслом;
  - обрабатывать полость рта по рекомендации врача-химиотерапевта другими препаратами и средствами.
- 3 При диарее:**
  - диета должна исключать прием жирной, острой, копченой, сладкой, молочной пищи и клетчатку. Можно принимать нежирное мясо, мучные и кисломолочные продукты, рисовый отвар. Рекомендуется обильное питье.
  - Другие препараты принимаются только по рекомендации врача-химиотерапевта.
- 4 При тошноте:**
  - принимаются специальные препараты по рекомендации врача-химиотерапевта.

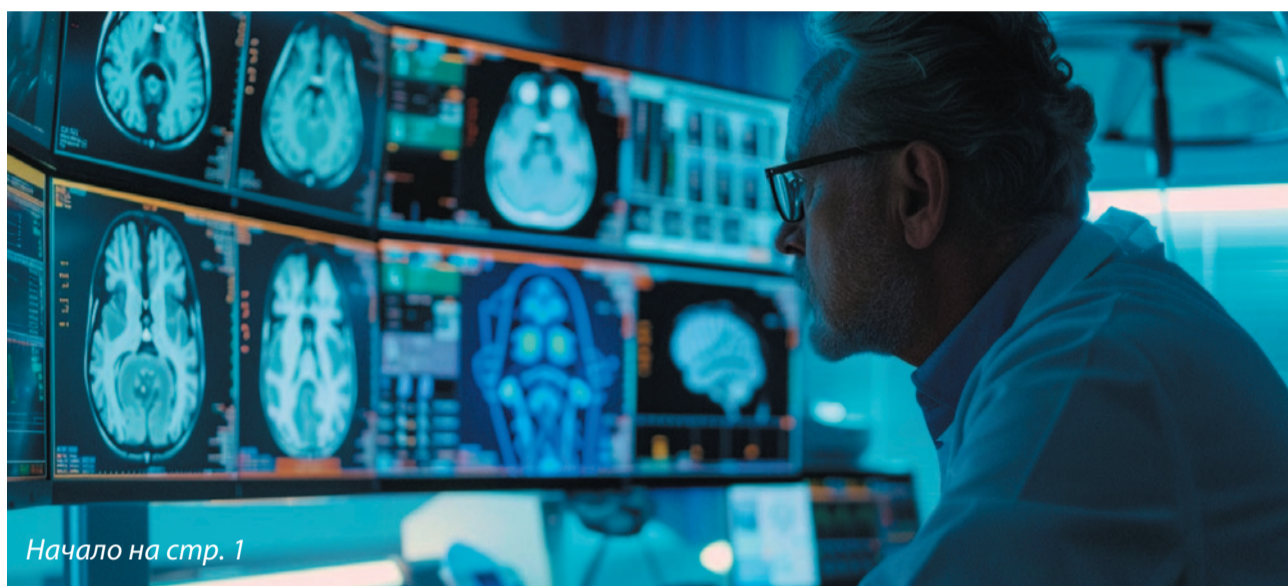
**Источник:** Злокачественные опухоли костей. Клинические рекомендации. Ассоциация онкологов России, Восточно-европейская группа по изучению сарком, Российское общество клинической онкологии, 2018 г.

\*Первичные опухоли костей – это те опухоли, которые возникают в самих костях. Их следует отличать от костных метастазов других опухолей.



# Какие обследования проводят при подозрении на опухоли костей и мягких тканей?

Диагностика опухолей костной системы и мягких тканей как у взрослых, так и у детей требует комплексного подхода, включающего использование различных методов визуализации и лабораторных исследований. Перед врачом стоят две основные задачи – оценить первичную опухоль, а также ее распространение в организме. Рентгенография, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) обеспечивают детальное изображение структур, помогая оценить размер, распространенность и инвазивность очагов опухолей. Остеосцинтиграфия и позитронно-эмиссионная томография с КТ (ПЭТ-КТ) позволяют масштабно оценить состояние организма пациента: выявить метаболическую активность и обнаружить метастазы, в том числе выявить их там, где они не видны с помощью обычных методов исследований. Ключевым методом для верификации диагноза остается гистологическое исследование, которое обеспечивается взятием ткани опухоли при биопсии. Рассмотрим перечисленные методы диагностики подробнее.



Начало на стр. 1

## Диагностика опухолей костей

Опухоли костной системы могут быть как первичными, так и метастатическими, то есть возникать в результате распространения злокачественного процесса из других органов. И такой вид поражения встречается в 100 раз чаще, чем первичные опухоли костной ткани. Диагностика этих новообразований требует комплексного подхода и использования различных методов визуализации. В этой статье мы рассмотрим основные методы диагностики опухолей костной системы у взрослых.

### Рентгенография

Рентгенография является первым, достаточно простым (сегодня мы говорим «рутинным») и основным методом диагностики при подозрении на опухоли костной системы. Этот метод позволяет получить изображение костной структуры и выявить патологические изменения, такие как разрушение костной ткани, деформация контура, патологические переломы, изменения в структуре костной ткани и др. Рентгенография проста в исполнении, доступна и позволяет быстро получить информацию о состоянии интересующей области. Однако рентгеновские снимки могут быть недостаточно информативными для точного определения характера и стадии процесса.

### Компьютерная томография

КТ является «золотым стандартом» в диагностике заболеваний костной ткани всех видов. КТ позволяет получить послойные изображения зоны интереса с высокой степенью детализации. Это особенно важно для оценки размера, формы, структуры и распространенности опухоли. КТ также может помочь в выявлении изменений в мягких тканях, окружающих кость, что необходимо при планировании объема хирургического вмешательства.

### Магнитно-резонансная томография

МРТ является методом выбора для детальной визуализации мягких тканей вокруг опухоли кости. Этот метод важен для выявления опухолей, расположенных в сложных анатомических областях, таких как позвоночник и таз, с целью уточнения распространения на соседние органы и структуры. Этот момент важен для определения степени распространенности процесса и в выборе тактики лечения.

### Остеосцинтиграфия

Остеосцинтиграфия – метод радионуклидной диагностики, который позволяет оценить метаболическую активность костной ткани. Для проведения исследования пациенту вводится радиофармацевтический препарат, который избирательно накапливается в костной ткани в зоне ее разрушения вследствие злокачественного процесса. Этот метод чувствителен к ранним изменениям в костной ткани и позволяет обнаружить как первичные опухоли костной ткани, так и метастазы на ранних этапах развития, когда их размеры могут быть недоступны методам КТ или классического рентгеновского исследования в силу малых размеров.

### Позитронно-эмиссионная томография с КТ

ПЭТ-КТ – комбинированный метод, который объединяет возможности ПЭТ и КТ. Схож по принципу с остеосцинтиграфией, однако больше нацелен на определение мягкотканых образований – очагов во внутренних органах и тканях. Информативность исследования значительно повышается за счет объединения со снимками КТ. Комбинация этих методов позволяет не только выявить опухолевые очаги, но и точно локализовать их в организме.

### Биопсия

Биопсия является наиважнейшим этапом в диагностике опухолей костной системы, так как позволяет получить образец ткани для гистологического исследования. Это необходимо для точного определения типа опухоли и ее злокачественности, а также для выбора тактики лечения и подбора специфических препаратов. Биопсия может быть выполнена различными способами, включая тонкоигольную аспирацию, трепанационную биопсию или открытое хирургическое вмешательство. Выбор метода биопсии зависит от локализации, доступности опухоли и ее размеров. Однако не все опухоли костной ткани требуют проведения биопсии. Если по данным обследования выявлена классическая картина доброкачественного образования (остеома, энхондрома, остеодостеома и т.д.), такой метод диагностики не требуется, а пациент проходит периодические контрольные обследования.

## Диагностика опухолей мягких тканей

Опухоли мягких тканей представляют собой разнородную группу новообразований, которые могут возникать из мышц, жировой ткани, фиброзной ткани, сосудов, нервов.

### Клинический осмотр и анамнез

Первым шагом в диагностике опухолей мягких тканей являются тщательный клинический осмотр и сбор анамнеза. Часто новообразования видны невооруженным глазом, так как обычно они локализируются в мягких тканях подкожно, что и заставляет пациента обращаться за медицинской помощью. Врач оценивает размер, консистенцию, подвижность и болезненность образования. Важно выяснить, как долго наблюдается опухоль, как быстро она растет или росла, а также наличие сопутствующих симптомов, таких как боль или нарушение функции близлежащих структур и лимфатических узлов.

### Ультразвуковое исследование

УЗИ является первым методом визуализации, который используется при подозрении на опухоль мягких тканей. УЗИ позволяет оценить размеры, контуры, структуру и кровоснабжение опухоли. Этот метод безопасен, не приносит пациенту дискомфорта, неинвазивен, не использует ионизирующее излучение и может быть выполнен быстро.

### Магнитно-резонансная томография

МРТ является наиболее информативным методом визуализации мягких тканей, так называемым «золотым стандартом». Этот метод позволяет получить детальные изображения мягких тканей с высоким разрешением, что особенно важно для оценки глубины инвазии опухоли, ее связи с окружающими структурами (нервы и сосуды). МРТ позволяет дифференцировать опухоли различного происхождения и точно определить размеры и границы новообразования. Часто используется внутривенное контрастирование для улучшения визуализации сосудистой сети и структурных особенностей опухоли (кисты, участки некроза и т.д.).

### Компьютерная томография

КТ применяется для оценки опухолей, особенно если есть подозрение на вовлечение костных структур или соседних органов, так как МРТ для такой оценки подходит в наименьшей степени. КТ может быть особенно полезна при планировании хирургического вмешательства.

### Биопсия

Биопсия является ключевым методом для окончательной диагностики опухолей мягких тканей. Выбор метода биопсии зависит от локализации и размера опухоли, а также от клинической ситуации. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование биопсийного материала позволяет точно определить тип опухоли и степень ее злокачественности, правильно назначить лечение.

### Заключение

Несмотря на большой арсенал диагностических методов, пациентам стоит уделять внимание вновь появляющимся симптомам и образованиям. Наблюдательность больного является важным аспектом раннего выявления не только опухолей костей и мягких тканей, но и большого количества иных видов опухолей, прежде всего визуально доступных локализаций. При появлении патологических симптомов необходимо обратиться к врачу.



# Лечение злокачественных новообразований костей и мягких тканей



Злокачественные новообразования костей и мягких тканей, такие как остеосаркома и саркома мягких тканей (лейомиосаркома, рабдомиосаркома, липосаркома и пр.), представляют собой серьезные медицинские вызовы. Современные методы лечения включают хирургическое вмешательство, химиотерапию, таргетную терапию и лучевую терапию, но все же не решают эту проблему глобально. Стоит понимать, какие именно методы и схемы применяются для достижения наилучших результатов.

## Хирургические методы лечения

Хирургическое вмешательство является основным методом лечения для большинства злокачественных новообразований костей и мягких тканей. Основная цель операции – полное удаление опухоли с достаточным отступом от кра-

ев, чтобы минимизировать риск рецидива. Для остеосаркомы часто требуется радикальная резекция пораженной кости. В прошлом ампутация была стандартом, но сейчас часто применяются операции с эндопротезированием – с заменой удаленного участка кости металлическим или керамическим протезом. Для сарком мягких тканей также используются радикальные резекции в пределах здоровых тканей. Важно сохранить функцию пораженного органа или конечности, поэтому операции часто комбинируются с пластическими и реконструктивными методами.

## Медикаментозная терапия

Химиотерапия является важной составляющей лечения остеосаркомы и некоторых сарком мягких тканей. Существуют различные схемы химиотерапии, специфичные для определенных типов опухоли и стадии заболевания. Таргетная лекарственная терапия направлена на специфические молекулярные мишени, ответственные за рост и выживание раковых клеток. Для сарком мягких тканей наиболее часто используется препарат ингибитор тирозинкиназ, эффективный при некоторых типах сарком мягких тканей.

**“ РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРАВИЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШАЮТ ШАНСЫ НА БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ.**

## Лучевая терапия

Лучевая терапия применяется как дополнение к хирургическому лечению для уничтожения оставшихся раковых клеток и уменьшения риска рецидива. Она может использоваться до операции (неоадьювантная) для уменьшения размеров опухоли или после операции (адьювантная) для обработки операционного поля. Применяется дистанционная лучевая терапия, которая комфортна для паци-

ентов и не требует дополнительного обезболивания. Нередко в качестве реакции на лучевое воздействие возникает локальное покраснение кожных покровов. В такой ситуации лечащий врач даст рекомендации по симптоматическому лечению.

## Прогноз

Прогноз при злокачественных новообразованиях костей и мягких тканей сильно зависит от типа опухоли, стадии заболевания (ранняя диагностика значительно улучшает прогноз), расположения опухоли (опухоль, находящаяся в труднодоступных местах, сложнее лечить), а также от возраста пациента и сопутствующих заболеваний. Современные методы лечения позволяют достигать высоких показателей выживаемости и улучшать качество жизни пациентов. Вместе с тем, при поздней диагностике показатели выживаемости значительно снижаются и увеличивается вероятность инвалидизации пациентов. При своевременном и комплексном подходе шансы на успешное выздоровление значительно возрастают.

## Заключение

Лечение злокачественных новообразований костей и мягких тканей требует комплексного подхода и междисциплинарного взаимодействия. Хирургия, химиотерапия, таргетная терапия и лучевая терапия играют ключевые роли в борьбе с этими заболеваниями. Ранняя диагностика и правильное планирование лечения значительно повышают шансы на благоприятный исход и улучшение качества жизни пациентов.

## Как справиться со слабостью после химиотерапии

Слабость является одним из самых распространенных побочных эффектов после химиотерапевтического лечения. Эта информация позволит вам узнать, как можно справиться с сильным чувством усталости или переутомления во время прохождения лечения.

- Выберите вид занятий, который вам нравится. Попробуйте разные роды занятий, например ходьбу, йогу или танцы.
- Подберите самое удобное время для физических упражнений. Степень выраженности боли и усталости может отличаться в разные дни или в разное время суток. Следите за своим уровнем энергии, чтобы выбрать время, когда вам комфортнее всего выполнять физические упражнения.
- Определите краткосрочные и долгосрочные цели для выполнения физических упражнений. Например, краткосрочная цель – обойти свой квартал за 15 минут в 3 разных дня в течение одной недели. А ваша долгосрочная цель может заключаться в том, чтобы постепенно увеличивать время и количество дней до тех пор, пока вы не станете ходить по 30 минут в день 5 дней в неделю.
- Начиная постепенно. Разделите упражнения на блоки и выполняйте их в течение небольших промежутков времени, например, 3 раза в день по 15 минут, вместо одного более длительного подхода. Правильно распределяйте свои силы.
- Делайте паузы. Перерывы на отдых помогут вам дольше оставаться активным(-ой).
- Отмечайте время и ваши результаты в таблице при желании.
- Выполняйте физические упражнения вместе с друзьями и близкими. Их поддержка поможет вам идти к поставленным целям.
- Не заставляйте себя следовать строгому графику и распорядку. При необходимости останавливайтесь.
- Пейте достаточное количество жидкости. Важно пить воду до, во время и после выполнения физических упражнений.

Источник: Способы справиться со слабостью при заболевании раком с помощью физических упражнений | Memorial Sloan Kettering Cancer Center (mskcc.org)

## Информация для пациента после хирургического лечения



**Своевременное взаимодействие с вашим лечащим врачом и медицинской сестрой по поводу состояния вашего здоровья является важной составляющей помощи медицинской команде в защите вас в процессе лечения.**

- Возможны осложнения, связанные с проведенной операцией, в период после выписки из стационара тоже.
- Любое изменение вашего самочувствия, которое вы связываете с перенесенной операцией, необходимо обсудить с хирургом или онкологом.
- Различные жалобы (боль, отек, гиперемия, гипертермия, нарушения чувствительности, нарушение функции суставов и т.д.) могут появиться и в поздние сроки после операции и требуют осмотра хирурга.
- Осложнения, которые могут появиться у вас, обычно возникают в первые 2 недели после операции, но могут появиться и позже.

Источник: Саркомы мягких тканей. Клинические рекомендации МЗ РФ, 2024 г.



# Саркомы мягких тканей. История из моей врачебной практики

**Вадим, крепкий, спортивный и еще вполне молодой человек 46 лет. Однажды в раздевалке фитнес-клуба он обратил внимание, что в мышце правого бедра появился неподвижный «шарик» размером примерно с фундук. Вадим решил, что мышцу повредил на тренировке, хотя никаких болевых ощущений не было. А в декабре «шарик» стал уже с грецкий орех. Как ни хотел Вадим связываться с медициной, но делать нечего, пошел в районную поликлинику.**

Хирург, выписывая направление в больницу, успокоил: заболел несерьезное, маленькая операция – и Вадим опять будет здоров. То же самое ему пророчил и улыбчивый Иван Иванович, хирург стационара, куда Вадим лег. Он озвучил диагноз: «Липома, опухоль доброкачественная». Операция была на следующий день. Под местным обезболиванием удалили опухоль мягких тканей правого бедра. Вадима выписали скоро, шов зажил быстро, дома было хорошо. Но, когда пришел к Ивану Ивановичу за результатами гистологического исследования, доктора не узнал. Жизнерадостного врача как подменили. Хмурясь, он сказал: «Ваша опухоль оказалась злокачественной. Надо теперь лечиться у онколога». Как гром среди ясного неба... Опухоль оказалась редким видом саркомы мягких тканей (СМТ).

Вадим пережил еще одну операцию после той, первой, нерадикальной, потом перенес и еще одну – по поводу местного рецидива опухоли.

А сейчас с ним все хорошо, только нагрузку на ноги в спортзале пришлось уменьшить, да на обследования часто ходить. Давайте разберемся, что это за заболевание такое – СМТ? Это очень разнородная группа злокачественных опухолей, развивающихся в мягких тканях (мышцах, нервах, сухожилиях, жировой ткани) и даже стенках кровеносных и лимфатических сосудов. В группу СМТ объединены различные по строению опухоли, всего более 100 гистологических типов. Например, липосаркома: опухоль, развивающаяся из жировой ткани, это наиболее распространенный вид СМТ. Чаще всего встречаются забрюшинные липосаркомы. Рабдомиосаркома: редкая форма злокачественной опухоли, развивающаяся в поперечно-полосатой мышце, чаще наблюдается в детском возрасте. Синовиосаркома: опухоль, исходящая из суставной выстилки, как правило, поражает людей старше 50 лет. Ангиосаркома: опухоль, происходящая из стенки кровеносных сосудов. У великого советского баскетболиста Александра Белова была ангиосаркома сердца. Наиболее часто встречаются злокачественные фиброзные гистиоцитомы и липосаркомы.

Возникать СМТ могут практически в любой части тела, включая голову, шею и туловище, но чаще всего встречаются на руках, ногах и в забрюшинном пространстве.

Чаще всего эти опухоли развиваются у детей и молодых людей в возрасте 20–40 лет. В Российской Федерации отмечается тенденция к увеличению заболеваемости СМТ.

Какого-то единственного ведущего фактора риска возникновения СМТ не существует, причины ее развития разнообразны: генетические синдромы (синдром Li-Fraumeni, нейрофиброматоз I типа, наследственная ретинобластома, синдром невоидной базально-клеточной карциномы и т.д.), радиационное воздействие (например, предшествующая лучевая терапия других видов рака в детском или молодом возрасте), влияние химических канцерогенных факторов (гербициды, мышьяк и диоксины). Есть данные, что прием анаболических стероидов увеличивает риск СМТ.

Первичная профилактика этого заболевания отсутствует. Скрининговых программ не существует.

Клиническая картина складывается из местной симптоматики: наличие опухоли (безболезненного образования) и системных признаков, у детей наблюдается «общий опухолевый симптомокомплекс». Это вялость, снижение аппетита, потеря массы тела. Общие явления у взрослых включают интоксикацию, лихорадку, анемию, потерю массы тела.

Возникая в толще мягких тканей, СМТ на ранних стадиях не проявляются. От первых симптомов до постановки диагноза в среднем проходит от 4 до 6 месяцев. Если СМТ локализуется на костях или стопах, то наблюдается изменение контура тела. Иногда СМТ сопровождается болевой

синдром. При этом кожа над опухолью, как правило, не изменена. Если образование располагается над мышечной фасцией, оно быстро растет и достигает поверхности кожи. В таком случае отмечаются усиление венозного рисунка, локальная гипертермия, а иногда и изъязвление кожного покрова над образованием.

СМТ обнаруживаются путем визуального осмотра, а также пальпации кожи, мягких тканей. Заподозрить СМТ (и предположить, что это не липома) может онколог, имеющий опыт работы с такими заболеваниями.

План обследования обязательно включает УЗИ мягких тканей соответствующей области, МРТ и/или КТ, по показаниям применяются и другие методы диагностики. Например, при альвеолярной саркоме мягких тканей дополнительно выполняется КТ головного мозга. А выполнение ПЭТ-КТ с целью первичного обследования и уточнения стадии в настоящее время не рекомендуется, этот инновационный метод показан только для оценки динамики опухоли при проведении химиотерапии.

Диагноз устанавливается на основании пункционной биопсии (трепан-биопсии) или иссечения опухолевого образования (инцизионной биопсии) с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованиями, по показаниям также и молекулярно-генетическим. Причем биопсия должна быть выполнена в том месте, которое впоследствии войдет в зону иссечения опухоли, а рубец необходимо удалить вместе с опухолью. Несоблюдение этого правила приводит к образованию опухолевых язв. Ножевая биопсия не рекомендована из-за риска опухолевого обсеменения окружающих тканей.

Морфологическая диагностика СМТ представляет большую сложность вследствие значительного разнообразия опухолей даже внутри одного гистологического подтипа. Дифференциальная диагностика проводится с воспалительными процессами, увеличенными лимфоузлами, натечными абсцессами, опухолевыми инфильтратами, осумкованными гематомами, мышечными грыжами (вследствие надрыва фасциального влагалища мышцы), оссифицирующим миозитом, доброкачественными опухолевыми образованиями (например, липомой).

Метастазируют СМТ преимущественно гематогенным путем: в легкие (70–80%), кости, печень. Лимфогенный путь встречается редко, и наличие метастазов в лимфоузлах – неблагоприятный прогностический признак. Тенденция к метастазированию для каждого гистологического подтипа сарком напрямую зависит от размера опухоли и степени злокачественности.

Основной вид лечения СМТ – хирургический.

При раннем хирургическом лечении, если опухоль резектабельна, то заболевание считается потенциально излечимым. Чрезвычайно важно соблюдать принципы хирургии СМТ:

- Принцип зональности: удаление вместе с опухолью и окружающими здоровыми тканями также и тканей, находящихся на пути регионарного лимфооттока.
- Принцип блочности: удаление опухоли в пределах выбранных хирургических границ единым блоком; предпочтительны широкое иссечение и удаление опухоли с отступом от краев опухоли  $\geq 2$  см во всех направлениях.
- Принцип фасциальной футлярности: удаление опухоли в пределах фасциального футляра.
- Если после проведения предоперационной терапии отмечается выраженный регресс опухоли, при планировании оперативного вмешательства границы удаляемых тканей должны включать исходную распространенность опухоли.
- Сроки между окончанием индукционной терапии и операцией обычно не должны превышать 2–3 недели.



Следование принципам хирургического радикализма приводит к образованию обширных раневых дефектов, в связи с чем разработаны различные методики пластического закрытия раневого дефекта (например, пересадка аутодермотрансплантата).

Как видно из истории болезни Вадима, саркомы имеют склонность к рецидивированию. Этому есть объяснение. Так у этих новообразований нет истинной капсулы, они склонны к инфильтративному росту, для них характерна множественность опухолевых зачатков. Также, к сожалению, пациенты с СМТ часто подвергаются неадекватным хирургическим вмешательствам вне специализированных клиник. Наиболее часто рецидивы после операции развиваются в ложе удаленной первичной опухоли.

В связи с этим для улучшения эффективности применяются и другие методы противоопухолевого лечения. Так лучевая терапия в комбинации с операцией необходима при высоком риске рецидива для улучшения локального контроля (при положительном крае резекции опухоли, если невозможно выполнить ререзекцию).

Существенным залогом успешного лечения СМТ является профильная маршрутизация пациентов. При возможности пациенты должны лечиться в референс-центрах с большим опытом ведения таких больных.

При диссеминированных или неоперабельных СМТ применяется химиотерапия. В зависимости от эффекта, клинической картины и общего состояния пациента проводится от 4 до 6 курсов химиотерапии.

К отрицательным факторам прогноза относят:

- Степень злокачественности.
- Высокие показатели индекса пролиферативной активности (Ki 67).
- Глубокую локализацию опухоли.
- Уровень учреждения первичного лечения.
- Развитие раннего рецидива.
- Агрессивный морфологический тип (например, синовиальная саркома, лейомиосаркома, злокачественные опухоли оболочек периферических нервов).

По завершении лечения динамическое наблюдение предполагает высокую частоту обследований: каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев – до 5 лет, затем – один раз в год. Реализуется следующий алгоритм: осмотр кожных покровов и подкожной клетчатки, УЗИ области послеоперационного рубца, КТ грудной клетки с внутривенным контрастированием.

Пациентов, перенесших СМТ, необходимо обучать принципам самообследования с целью своевременной диагностики локального рецидива.

@Marinachao,  
автор телеграм-канала ОнкоЛикбез





# Психологическая помощь при злокачественных новообразованиях костей и мягких тканей



**Злокачественные новообразования костей и мягких тканей, такие как саркомы, представляют собой серьезное медицинское состояние, которое оказывает значительное воздействие на психическое здоровье пациента. Диагноз «рак» вызывает у большинства людей сильное эмоциональное потрясение и сопровождается такими чувствами, как страх, тревога и депрессия. В данной статье рассмотрим ключевые аспекты психологической помощи пациентам с такими диагнозами.**

## 1. Первичная реакция на диагноз

Диагноз злокачественного новообразования вызывает у большинства пациентов шок и недоверие. Этот период характеризуется интенсивными эмоциями: страхом перед смертью, тревогой за будущее и возможными физическими страданиями. На этом этапе особенно важно обеспечить пациента информацией о его состоянии и доступных методах лечения. Основная цель психолога – помочь пациенту справиться с первичным шоком и начать процесс адаптации к новому состоянию.

## 2. Поддержка в процессе лечения

Лечение злокачественных новообразований костей и мягких тканей включает хирургическое вмешательство, химиотерапию и/или радиотерапию. Эти методы нередко связаны с физическим дискомфортом, болью и побочными эффектами, что усиливает эмоциональное напряжение.

**Психологическая помощь в этот период включает:**

- эмоциональную поддержку – помощь в выражении и проживании негативных эмоций;
- обучение методам релаксации – практики медитации, дыхательные упражнения, техники прогрессивной мышечной релаксации;
- поддержку в принятии решений – совместное обсуждение вариантов лечения и возможных исходов, что помогает снизить тревожность и повысить чувство контроля над ситуацией.

## 3. Работа с тревогой и депрессией

Тревога и депрессия – частые спутники онкологических заболеваний. Причины их возникновения многообразны: от страха перед болезнью и ее последствиями до физического истощения организма. Также пациенты нередко испытывают проблемы с самооценкой: изменения во внешности, ограниченные физические возможности и зависимость от других людей могут сильно повлиять на самооценку пациентов.

**Психологическая поддержка в таком случае может включать:**

- индивидуальные консультации у онкопсихолога;
- фармакологическую терапию – в некоторых случаях антидепрессанты могут быть назначены психиатром;
- групповую терапию – многие пациенты сталкиваются с чувством изоляции от общества, друзей и даже семьи из-за своего заболевания. Они могут избегать общения, чтобы не быть обузой или не вызывать жалость. Встречи с другими пациентами, находящимися в схожей ситуации, помогают почувствовать поддержку и снизить чувство изоляции.

## 4. Поддержка семьи и близких

Заболевание одного члена семьи влияет на всех ее членов. Родственники и близкие могут испытывать сильный стресс, тревогу и даже чувство вины.

**Онкопсихолог сможет оказать психологическую помощь близким с помощью:**

- психологического информирования – объяснение родственникам особенностей заболевания, процесса принятия диагноза и лечения;
- обучения навыкам общения и поддержки – советы, как лучше поддерживать больного;
- семейной терапии: совместные сессии, направленные на укрепление семейных связей и улучшение взаимопонимания.

## 5. Жизнь после лечения

Для многих пациентов период ремиссии также сопровождается значительными психологическими трудностями. Вероятность рецидива, необходимость регулярных меди-

цинских обследований и изменение образа жизни вызывают у пациентов постоянное напряжение. Задачи психологической помощи в этот период включают: поддержку в адаптации к новому образу жизни, помощь в возвращении к повседневным делам и работе, поиск новых интересов и хобби, в некоторых случаях – работу с посттравматическим стрессовым расстройством. При необходимости – лечение симптомов посттравматического стрессового расстройства, которые могут развиваться после завершения интенсивного лечения, а также планирование будущего: совместное обсуждение планов и целей на будущее, что помогает восстановить чувство контроля и уверенности в завтрашнем дне.

В заключение можно сказать, что злокачественные новообразования костей и мягких тканей представляют собой серьезное испытание для пациента не только в физическом, но и в психологическом плане. Комплексная психологическая помощь, включающая консультирование, терапию, группы поддержки и техники релаксации, играет важную роль в поддержании эмоционального здоровья пациента. Важность такой помощи невозможно переоценить, так как она способствует улучшению качества жизни, адаптации к заболеванию и восстановлению психологического равновесия.

Семейная поддержка, информированность о заболевании и активное участие в терапевтических процессах могут значительно облегчить путь пациента через лечение и реабилитацию. Основная цель психологической помощи – помочь пациентам найти силы и мотивацию для борьбы с болезнью, улучшить их эмоциональное состояние и вернуть к полноценной жизни.

*Автор: Бурова Дарья – специалист-психолог Службы «Ясное утро».*

Получить профессиональную психологическую помощь, а также рекомендации, как лучше взаимодействовать с близким человеком в процессе лечения, вы можете на всероссийской горячей линии Службы «Ясное утро» по номеру: 8 (800) 100-01-91.



ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПОМОЩИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ И ИХ БЛИЗКИМ

8-800-100-0191

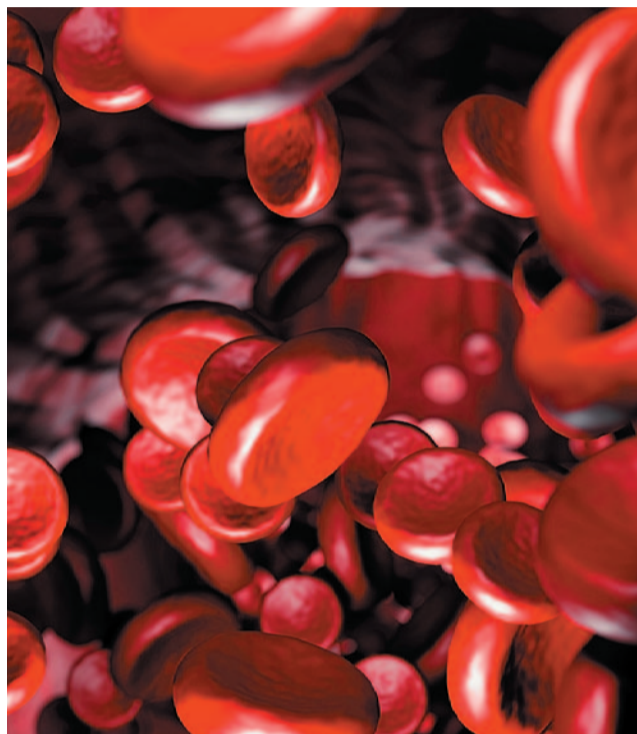
АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО. КРУГЛОСУТОЧНО.



ясноеутро.рф



# Анемия при злокачественных новообразованиях



Исходя из определения, мы можем сделать вывод о том, что снижение уровня гемоглобина у пациентов онкологического профиля может быть связано с наличием опухоли и/или метастатических очагов, на фоне специализированного лечения или в состоянии ремиссии.

При анализе амбулаторных карт обращает внимание на то, что легкие степени анемии порой вовсе не лечатся. Рутинно считается, что наличие анемии легкой степени у пациента онкологического профиля – закономерное явление. Пренебрегать данной клинической ситуацией не стоит.

Ниже приведу клиническую значимость анемии для пациента:

1. Ухудшение качества жизни пациента за счет развития астенического синдрома.
2. Отрицательное влияние на продолжительность жизни.
3. Снижение эффективности специализированного лечения (терапия цитостатиками, лучевая терапия).

## Причины развития анемии у пациентов онкологического профиля

### Основные причины:

1. Негативное воздействие первичной опухоли. Первичная опухоль за счет противовоспалительных цитокинов пагубно влияет на гемопоэз и процессы обмена железа.
2. Осложнение лучевой терапии и лекарственной терапии, преимущественно цитостатической химиотерапии. Цитостатики обладают миелосупрессивным действием и приводят к разрушению эритроцитов.
3. Депрессивное воздействие на процессы кроветворения и дифференцировки клеток-предшественников эритроцитов в костном мозге опухолевым процессом или противоопухолевым лечением.
4. Нарушение процессов синтеза эритропоэтинов.
5. Острые и хронические кровотечения, связанные с онкологическим диагнозом или с сопутствующим заболеванием.
6. Нарушение процессов метаболизма железа.
7. Нарушение выработки фактора Кастла с развитием  $V_{12}$ -дефицитной анемии.
8. Нарушение функции почек со снижением продукции эритропоэтинов.
9. Гемолиз (повышенное разрушение эритроидных клеток) вследствие аутоиммунных реакций, микроангиопатии и пр.

### Диагностика

При анемии у пациента онкологического профиля основной задачей врача является проведение дифференциальной диагностики между анемией при злокачественных заболеваниях и анемией, не связанной с онкопроцессом и его лечением.

**Анемия и дефицит железа – частые осложнения у пациентов онкологического профиля<sup>1</sup>.**

**Анемия при злокачественных новообразованиях – это снижение концентрации гемоглобина ниже нормального значения (обычно 120 г/л) или более чем на 20 г/л от исходного значения и может быть обусловлена как наличием самой опухоли, так и ее лечением.**

### 1. Анамнез

При сборе анамнеза необходимо оценить:

1. Возможность наследственной анемии или гемоглобинопатии.
2. Характер и длительность предшествующей противоопухолевой терапии (вид лекарственной терапии, количество курсов, миелотоксичность, включение препаратов платины).
3. Наличие острого или хронического кровотечения (возможно, не связанного с онкопроцессом или его лечением).
4. Хронические воспалительные заболевания почек.
5. Наличие аутоиммунных заболеваний (декомпенсированных).

### 1.2. Физикальный осмотр

Рекомендовано проведение физикального обследования при подозрении на анемию, необходимо обращать внимание на признаки сидеропенического и анемического синдромов.

Основные проявления сидеропенического синдрома<sup>2</sup>:

1. Изменение кожи (пигментация цвета кофе с молоком).
2. Изменение слизистых оболочек (заеды в углу рта).
3. Изменение ногтей (ломкость, поперечная исчерченность, вогнутость).
4. Мышечная гипотония.
5. Артериальная гипотония.
6. Изменение обоняния (пристрастие к запахам лака, красок, выхлопных газов автомобиля, ацетона).
7. Изменение вкуса (пристрастие к мелу, глине, сырым продуктам).

Основные проявления анемического синдрома<sup>3</sup>:

1. Слабость, головная боль, головокружение.
2. Плохая переносимость физических нагрузок.
3. Снижение аппетита.
4. Снижение работоспособности, внимания.
5. Бледность кожных покровов, слизистых оболочек.
8. Тахикардия, систолический шум.

### 1.3. Лабораторная диагностика

Несмотря на порой явные клинические проявления анемии, окончательный диагноз возможно поставить только после назначения лабораторного исследования.

В состав лабораторной диагностики входят:

1. Общий анализ крови с определением концентрации гемоглобина (Hb), количества эритроцитов и ретикулоцитов, гематокрита (Hct), среднего объема эритроцита (MCV), среднего содержания Hb в эритроците (MCH), средней концентрации Hb в эритроците (MCHC), среднего содержания Hb в ретикулоците.
2. Исследование костного мозга – по показаниям (при подозрении на онкогематологическое заболевание или метастатическое поражение костного мозга).
3. Оценка показателей обмена железа: содержание сывороточного ферритина с поправкой на содержание С-реактивного белка (повышение ферритина как белка острой фазы при воспалении), насыщение сывороточного трансферрина железом, содержание в крови фолатов и витамина  $V_{12}$ .
4. Оценка возможности скрытого кровотечения из желудочно-кишечного тракта (пробы на скрытую кровь в ка-

ле, эндоскопическое исследование), почечной недостаточности (клиренс креатинина  $<60$  мл/мин) с нарушением продукции эндогенного эритропоэтина.

5. Проба Кумбса (при хроническом лимфолейкозе, неходжкинских лимфомах или при подозрении дебюта данных заболеваний, а также при аутоиммунных заболеваниях в анамнезе).

6. Определение концентрации эндогенного эритропоэтина (при подозрении на миелодиспластический синдром).

### 1.4. Инструментальная диагностика

При подозрении на наличие острого или хронического кровотечения необходимо выполнение эндоскопических исследований исходя из предполагаемого источника кровотечения.

## Лечение

### 1. Гемотрансфузия.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.06.2013 №348Н, гемотрансфузии при снижении концентрации Hb  $<70-80$  г/л показаны только в случае острых постгеморрагических анемий при одномоментном снижении гематокрита  $\leq 25\%$ .

При хронических анемиях гемотрансфузии назначаются только для коррекции клинически значимых симптомов, поскольку не являются патогенетическим способом лечения.

### 2. Эритропоэтины (эритропоэз-стимулирующие препараты)

Эритропоэтин – это гормон, вырабатываемый почками, который играет ключевую роль в производстве эритроцитов. Эритропоэтин поступает в кровь в ответ на низкий уровень кислорода – гипоксемию, и переносится в костный мозг, где стимулирует выработку эритроцитов.

Использование эритропоэтинов позволяет повысить продукцию эритроцитов костным мозгом и увеличить содержание гемоглобина без переливания донорских эритроцитов.

Назначение эритропоэтинов показано при симптомной анемии и Hb  $<100$  г/л и всем пациентам с анемией тяжелой степени. В случае отсутствия эффекта (увеличение Hb менее чем на 10 г/л при исходном уровне Hb  $<100$  г/л) лечение эритропоэз-стимулирующими препаратами должно быть прекращено через 8 недель.

Эритропоэтины можно назначать в комбинации с препаратами железа.

Стоит отметить, что при приеме эритропоэтинов возможно развитие осложнений: аллергические реакции, включая удушье, кожную сыпь и крапивницу; артралгии; периферические отеки; незначительная и преходящая боль в месте инъекции.

### 3. Препараты железа

У пациентов онкопрофиля с анемией и дефицитом железа парентеральное введение препаратов железа приводит к значительно большему повышению концентрации гемоглобина, чем без применения железосодержащих препаратов или при назначении препаратов железа внутрь. Поддержка препаратами железа уменьшает также число больных, нуждающихся в трансфузиях эритроцитов.

Однако стоит не забывать, что в связи с возможным взаимодействием железа и некоторых цитостатиков (антра-

## ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

циклины, препараты платины) необходимо воздерживаться от введения препаратов железа в дни введения противоопухолевых препаратов.

У части больных на фоне терапии эритропоэтинами быстро развивается абсолютный или функциональный дефицит железа, в связи с чем необходимо исходное и периодическое измерение насыщения железом сывороточного трансферрина, содержания сывороточного ферритина и С-реактивного белка.

Показателями нарушения обмена железа являются содержание сывороточного ферритина <100 нг/мл и насыще-

ния железом сывороточного трансферрина <20%. Содержание сывороточного ферритина <100 нг/мл у пациента с онкозаболеванием свидетельствует об абсолютном дефиците железа и необходимости терапии препаратами железа; предпочтительны внутривенные лекарственные формы, так как при приеме внутрь железо плохо всасывается. Более высокое содержание сывороточного ферритина (100–800 нг/мл) и насыщение железом сывороточного трансферрина <20% свидетельствуют о функциональном дефиците железа.

## Литература

1. Ludwig H, Van Belle S, Barrett-Lee P et al. The European Cancer Anaemia Survey (ECAS): a large, multinational, prospective survey defining the prevalence, incidence, and treatment of anaemia in cancer patients. *Eur J Cancer* 2004; 40 (15): 2293–306.
2. Camaschella C. Iron deficiency. *Blood* 2019; 133: 30–9. DOI: 10.1182/blood-2018-05-815944
3. Cappellini MD, Musallam KM, Taher AT. Iron deficiency anaemia revisited. *J Intern Med* 2019; joim.13004. DOI: 10.1111/joim.13004

**Архицкая Анна Андреевна,**  
врач-онколог, автор книги «Найти и вылечить рак»

# История Ирины Романчук: «В борьбе с онкологическим заболеванием важно несколько вещей: профессионализм врачей, вера в себя и поддержка близких»



**Ирина, Москва. Рак молочной железы.**

**Диагноз с 2021 г.**

**На очередном осмотре доктор спросила: «А когда вы последний раз посещали маммолога?»**

**Я не задумываясь ответила: «Никогда». И это была правда.**

Впереди маячил месяц в прекрасном Крыму, подруга подарила шикарный красный купальник. Оставалось всего пару дней до поездки, свободное время было, подумала, ну хоть раз в жизни-то надо сходить.

Маммография с контрастом тут же все обнаружила, врач не успела ничего сказать, я сама увидела накопление контраста в момент обследования, слова были не нужны. Взяли биоматериал для подтверждения диагноза. Все было понятно, без лишних слов. Новость восприняла очень спокойно, даже сама удивилась, будто готовилась к ней всю жизнь. Без слез, стонаний и вопросов: «За что? Почему?» В тот момент было ничего непонятно, но одно понимание все-таки было, и оно было печальным, – в этом году точно останусь без моря.

Диагноз было принять несложно, было желание действовать и действовать как можно скорее. Из-за излишней спешки и ненужной суеты были допущены ошибки – в выборе хирурга и места лечения. Все нужные обследования прошла очень быстро, от постановки диагноза до операции прошло 14 дней.

Первым, кому сообщила о диагнозе, был сын. Он очень спокойно и быстро принял все необходимые решения, дал нужную энергию, заложил нужный вектор, дал силы действовать. Это была очень мощная и всесторонняя поддержка. Переоценить это невозможно!!!

Супругу сообщила уже перед операцией, а дочери через полтора месяца после операции, когда скрывать болезнь было уже невозможно. Все члены семьи восприняли новость о болезни стойко и внешне спокойно. Но, думаю, им было непросто сохранять внешнее спокойствие.

Дома о болезни совсем не говорили, обсуждали только необходимые технические и организационные вещи, хотя все понимали, что жизнь разделится на до и после и как прежде уже никогда не будет.

Дальше все обязательства взял на себя супруг. Взаимная поддержка, опора, вера друг в друга – это помогало, давало надежду, силы и родным, и мне, у меня была абсолютная и безусловная вера в то, что я выздоровею, а у родных была вера в меня, что я смогу преодолеть болезнь. В процессе лечения было неожиданным и приятным видеть, что организм тебе помогает и хоть сложно, но справляется со всеми обстоятельствами.

Позади 3 операции, 16 химиотерапий. Сейчас основное лечение закончено, но впереди еще реконструктивная операция.

Сложнее всего было принять не боль от оперативного вмешательства, не все сложности химиотерапии, а тест на генетику, здесь был момент отчаяния. Надо было принять очень сложные решения, я это сделала, хотя это было очень непросто.

Много разговоров с собой, не могу сказать, что на сегодняшний день я этот факт приняла до конца. Также невероятно сложно происходило принятие себя, изменившуюся в диагнозе, этот процесс тоже еще в пути...

В борьбе с онкологическим заболеванием важно несколько вещей: первое – профессионализм врачей, доверие, что все, что они делают, это во благо твоему организму, второе – вера в себя и силы своего организма и третье – поддержка близких.

Еще очень важная часть – поддержка социума, в этом смысле очень большой вклад в выздоровление пациентов делают благотворительные общества. Такое сподвижничество заслуживает всяческого уважения и благодарности.

Это очень важно для выздоровления и поддержки, это как еще одна основа, на которую можно опереться в сложной ситуации. И не важно, в чем она выражается: информативно, эмоционально-поддерживающе или юридически в процессе лечения, важно – что есть единомышленники и союзники, которые подставят плечо.

Качество жизни для каждого свое собственное и ощущение полноты жизни также для каждого свое. И как бы тебе ни твердили, что жизнь прекрасна, оглянись вокруг, пока сам человек не захочет увидеть эту красоту и не почувствует радость БЫТЬ, ни один врач ему не сможет помочь. Когда есть возможность ходить, дышать полной грудью, видеть, как растут и достигают успеха твои дети, иметь возможность радовать своих близких, думаю, это то, за что стоит побороться!!!

Желаю всем, кто в начале пути, веры, веры во врача, веры в себя, веры в свои силы, вы можете быть сильными, вы можете быть слабыми, главное – БЫТЬ!!!

Желаю пожизненной ремиссии ВСЕМ!!!

Сейчас непростое время для всех благотворительных организаций. И как же важно, что даже в такой момент получается дарить положительные эмоции друг другу. Хочу от души поблагодарить учредителей фонда «Я люблю жизнь» – Оксану Андриенко и Екатерину Алексееву, а также всю команду фонда!

Сердечная благодарность непосредственно тем, кто участвовал в прекрасной фотосессии: очень деликатному, тактичному и профессиональному визажисту – замечательной Виктории; внимательному, эмпатичному и профессиональному фотографу – харизматичной Марии.

Хочу вас всех, кто помог состояться фотосессии, сердечно и искренне поблагодарить за то, что вы делаете)))

Эти фото очень нужны были мне))

«А для чего?» – спросит любой человек, не погруженный в тему.

Для того, чтобы увидеть себя на них здоровой, для ретроспективного взгляда на себя, для понимания, какой большой и сложный путь я прошла.

Для того, чтобы увидеть себя все еще женщиной, хотя все медицинские показатели говорят об обратном. Таким образом сказать спасибо своим родным и близким, что все хорошо, не беспокойтесь обо мне, что можно уже выдохнуть) Для меня это стало чем-то большим, чем сеанс у психолога)

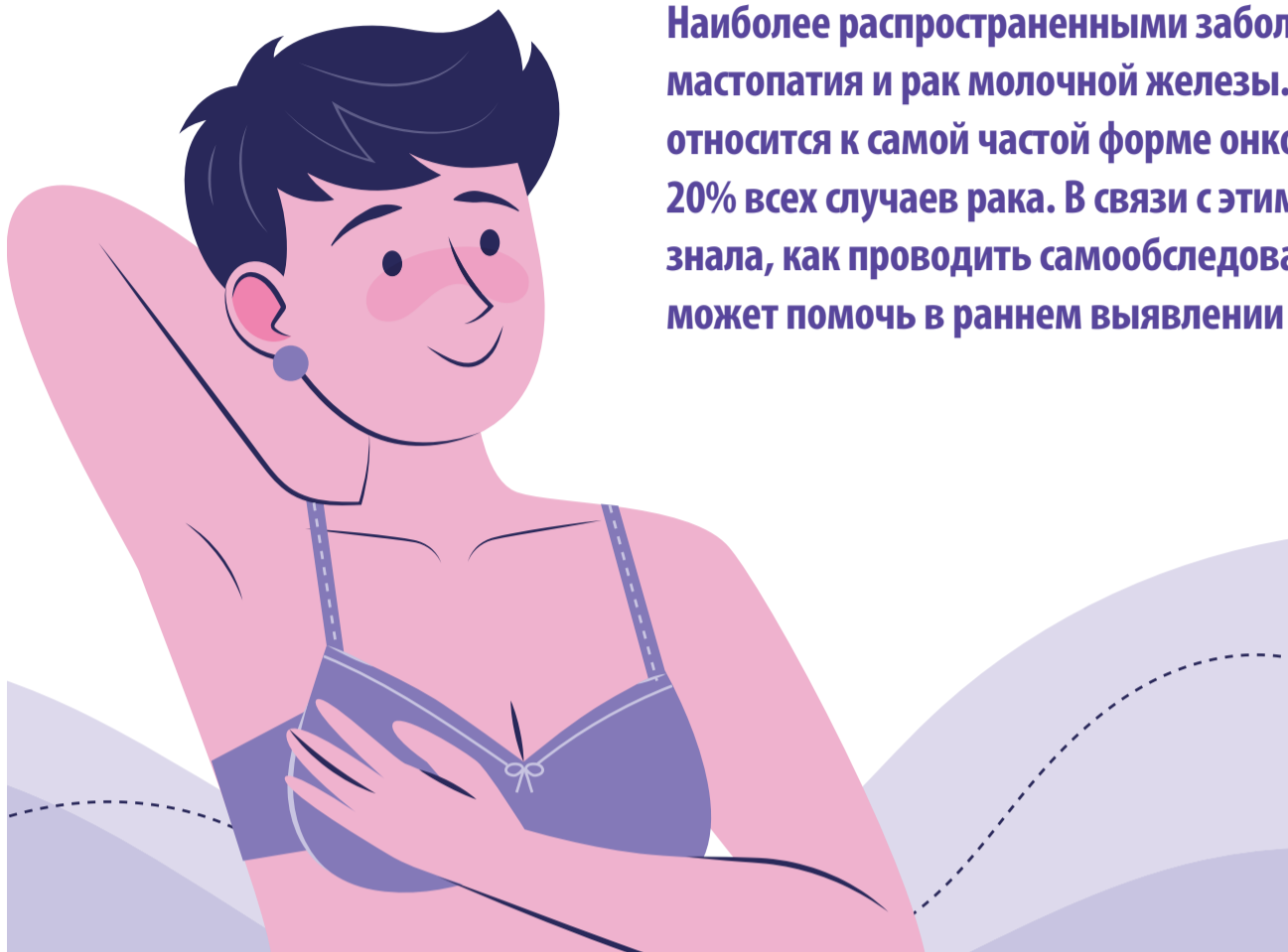
Когда наступает момент и человек отвечает для себя по сути на экзистенциальные вопросы, вопросы жизни и смерти... – такие фото помогают понять, что ты все-таки ЖИВ!!!

Текст и фото предоставлены благотворительным фондом «Я люблю жизнь».





# Самообследование молочных желез



**Наиболее распространенными заболеваниями женской груди являются мастопатия и рак молочной железы. При этом рак молочной железы относится к самой частой форме онкозаболеваний и составляет не менее 20% всех случаев рака. В связи с этим важно, чтобы каждая женщина знала, как проводить самообследование молочных желез, поскольку это может помочь в раннем выявлении рака молочной железы.**

Молочная железа является частью репродуктивной системы женщины. Функциональная связь молочной железы и женских половых органов доказана и очевидна. На фоне гинекологических заболеваний доброкачественная дисплазия молочной железы встречается в 98% случаев, и наоборот, пациентки с доброкачественными заболеваниями молочной железы в 85% случаев имеют те или иные сопутствующие гинекологические заболевания. В последние годы наблюдается активная интеграция в гинекологическую службу профилактики, диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочной железы, а также реализации скрининговой программы раннего (доклинического) выявления злокачественных опухолей. В приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.20 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» говорится об организации маммологических приемов и маммографических кабинетов при женских консультациях, даны методические рекомендации по диагностике и лечению доброкачественных диффузных изменений молочных желез, определена маршрутизация пациенток с подозрением на злокачественную патологию. Медицинскую помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывает врач акушер-гинеколог, прошедший повышение квалификации по патологии молочной железы.

Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм) проводится у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года.

Если у вас нет факторов риска развития рака молочной железы и вам уже исполнилось 40 лет, то следует проходить маммографию раз в 2 года, а УЗИ (при наличии высокой маммографической плотности молочных желез) раз в год. До 40 лет методом диагностики будет УЗИ.

Этот метод самодиагностики ни в коем случае не отменяет/заменяет, а всего лишь дополняет плановые ежегодные обследования молочных желез, которые проводит акушер-гинеколог.

Обследование лучше проводить в один и тот же день менструального цикла, так как в течение месяца происходят изменения размера и структуры груди. Самое подходящее время – на 5–6-й день от начала менструаций, а при наступлении менопаузы – в один и тот же день каждого календарного месяца. Проводите у себя обследование ежемесячно, но не чаще – иначе изменения могут всякий раз быть слишком незначительными, чтобы вы их заметили. Проводите обследование при хорошем освещении.

Приступая к самообследованию, постарайтесь успокоиться и расслабиться. Относитесь к этому, как к обычной гигиенической процедуре. Помните, что большинство обнаруженных в молочной железе изменений являются доброкачественными.

Обследование состоит из 6 этапов, но при правильной и последовательной организации занимают немного времени.

## Первый этап: осмотр белья

Незначительные выделения из соска могут оставаться незамеченными на его поверхности, но оставлять следы на бюстгалтере. Поэтому необходимо тщательно осмотреть лифчик: нет ли на нем следов выделения из соска в виде кровянистых, бурых, зеленоватых или желтоватых пятен, корок.

## Второй этап: общий вид желез

1. Разденьтесь до пояса, встаньте перед зеркалом. Свободно опустите руки. Внимательно осмотрите в зеркале каждую грудь. Проверьте, нет ли каких-то изменений величины, формы, контуров груди (одна грудь может быть немного больше, это нормально). Обратите внимание на симметричность обеих желез, расположены ли железы на одном уровне, равномерно ли они перемещаются при поднятии и заведении рук за голову, наклонах, поворотах направо и налево. Нет ли фиксации или смещения одной из желез в сторону?

2. Поднимите руки перед зеркалом вверх. Снова осмотрите по очереди молочные железы, обращая внимание на смещение их кверху, в стороны или книзу; изменение формы с локальным выбуханием или втяжением кожи или соска; появление капель жидкости из соска при сжатии его двумя пальцами.

## Третий этап: состояние кожи

Эластична ли кожа, хорошо ли она собирается в складку? Отмечаются ли изменения цвета, наличие покраснений всей поверхности или отдельных участков, сыпи, опрелости, изменений, напоминающих «лимонную корку». Проверьте, нет ли уплотнений, выбуханий, ямочек или бугорков, втянутости, изъязвлений и сморщенности кожи. Не следует брать ткань молочной железы в складку между пальцами, так как из-за ее дольчатого строения может создаться ошибочное впечатление опухолевого уплотнения.

## Четвертый этап: ощупывание в положении стоя

Этот этап удобно проводить в душевой комнате намыленными пальцами рук. Правой рукой исследуйте левую грудь, а левой – правую. Пальпация проводится подушечками, а не кончиками пальцев, четырьмя или тремя сомкнутыми пальцами, круговыми проникающими пружинящими движениями. Большой палец в пальпации не участвует. При больших размерах железы противоположная рука поддерживает ее. Вначале проводится так называемое поверхностно-ознакомительное прощупывание, когда подушечки пальцев не проникают в толщу железы, что дает возможность выявить небольшие образования, расположенные непосредственно под кожей. Затем проводится глубокое прощупывание, когда подушечки пальцев последовательно постепенно достигают ребер. Пальпацию следует проводить от ключицы до нижнего края ребер и от грудины до подмышечной линии, включая подмышечную область, где возможно обнаружение увеличенных лимфоузлов.

## Пятый этап: ощупывание в положении лежа

Это наиболее важная часть самопроверки, потому что только так можно хорошо прощупать все ткани. При этом отмечают, каковы молочные железы на ощупь под пальцами, и запоминают эти ощущения.

Пальпацию проводят, лежа на сравнительно твердой, плоской поверхности; можно подложить под обследуемую железу валик или жесткую подушку, руку вытянуть вдоль туловища или завести за голову.

Предлагается два метода пальпации:

1. Метод квадратов, когда вся поверхность передней грудной стенки от ключицы до реберного края и молочная железа мысленно разделяются на небольшие квадраты. Ощупывание проводится последовательно в каждом квадрате сверху вниз как бы по ступеням.

2. Метод спирали, когда прощупывание молочной железы проводится по спирали в виде концентрически сходящихся окружностей, начиная от подмышки и до соска. Подушечки пальцев совершают круговые движения, перемещаясь в направлении соска.

## Шестой этап: обследование соска

При осмотре сосков необходимо определить, нет ли изменений их формы и цвета, не втянуты ли, не мокнут ли, нет ли изъязвлений или трещин. Необходимо прощупать сосок и подсосковую область, так как под соском может быть пропущена опухоль. Эта зона у женщин довольно чувствительна и у некоторых сопровождается неприятными ощущениями. В заключение нужно осторожно взять сосок большим и указательным пальцами и надавить на него, отмечая при этом характер выделений из него или отсутствие их.

Если вы полагаете, что с момента последнего осмотра произошли заметные изменения, вы должны незамедлительно обратиться к врачу. Разумеется, женщина никогда не должна пытаться сама себе ставить диагноз, а тем более назначать лечение. Даже злокачественную опухоль можно победить, начав лечение на раннем этапе. Не откладывайте на потом посещение врача, помните, что от этого может зависеть ваша жизнь.

# Как получить специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь

## Специализированная медицинская помощь и правила ее получения

Порядок направления пациентов в медицинские организации (далее – медорганизации) и иные организации, подведомственные Президенту РФ, Правительству РФ и федеральным органам исполнительной власти для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в рамках базовой программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа).

**Шаг 1.** Пациентов в федеральные медорганизации для оказания специализированной медпомощи направляет врач медорганизации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной помощи. Врач определяет наличие одного или нескольких медпоказаний для оказания специализированной медпомощи:

- сложные случаи – лечение, которое не может быть оказано в регионе;
- нетипичное течение заболевания, отсутствие эффекта от проводимого лечения;
- высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания;
- необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в сложных случаях;
- если лечение на должном уровне не может быть оказано в нужный срок;
- по рекомендации федерального медучреждения о повторной госпитализации.

**Шаг 2.** Выбор федеральной медорганизации для этих целей осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации Программы задействовано несколько медорганизаций, лечащий врач обязан проинформировать пациента (его законного представителя) (далее – Пациента) о возможности выбора учреждения.

**Шаг 3.** Лечащий врач оформляет выписку из меддокументации пациента и направление на госпитализацию в федеральную медорганизацию, оказывающую специализированную медпомощь.

Пациент при наличии необходимых результатов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медпоказаний для оказания специализированной медпомощи, может самостоятельно обратиться в федеральную медорганизацию для оказания медпомощи по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых федеральными медорганизациями оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медпомощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установленная Программой.

**Шаг 4.** Специалист направляющей медорганизации обязан уведомить об этом федеральную медорганизацию и согласовать с ней возможность и сроки госпитализации пациента. При необходимости принимающая сторона запрашивает выписку из меддокументации Пациента и иную информацию, необходимую для решения вопроса о возможности и сроках госпитализации Пациента.

Федеральная медорганизация при наличии объемов специализированной медпомощи по Перечню обеспечивает формирование и передачу в форме электронного документа. Основанием для госпитализации Пациента в федеральную медорганизацию в рамках Программы для оказания специализированной медпомощи является решение врачебной комиссии федеральной медорганизации о наличии медпоказаний для госпитализации.

### Врачебная комиссия федеральной медорганизации:

- в срок, не превышающий 3 рабочих дней со дня получения документов, принимает решение о наличии (отсутствии) медпоказаний для госпитализации пациента;
- в срок, не превышающий 2 рабочих дней со дня принятия решения, уведомляет направляющую медорганизацию.

Направляющая медорганизация в срок, не превышающий 2 рабочих дней со дня получения решения врачебной комиссии федеральной медорганизации, уведомляет Пациента о принятом решении и получает от пациента подтверждение возможности его госпитализации в запланированную дату.

## Когда направлением пациентов занимается Министерство здравоохранения Российской Федерации

Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее – Министерство) берет на себя обязанности по направлению Пациента на лечение при определенных условиях.

**Условие 1.** Пациент не имеет регистрации по месту жительства (временного проживания или пребывания) на территории РФ.

**Условие 2.** Орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения по месту жительства (временного проживания или пребывания) Пациента не обеспечил направление в медорганизацию для оказания помощи.

### Что делать?

Пациент пишет обращение в Министерство с просьбой направить в федеральную медорганизацию для оказания медицинской помощи.

## Высокотехнологичная медицинская помощь и правила ее получения

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) – часть специализированной медпомощи, включает в себя применение новых сложных и уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

**Право на получение бесплатной ВМП имеют все граждане РФ без исключения. Главное условие получения ВМП – соответствующие медицинские показания.**

### Как получить ВМП. Пошаговая инструкция

#### Шаг 1. Обратитесь к лечащему врачу

Прежде всего Пациенту следует обратиться к лечащему врачу для получения направления на госпитализацию, оформления необходимых документов и направления их на рассмотрение в компетентную организацию. Лечащий врач определяет наличие медпоказаний для оказания ВМП в соответствии с Перечнем видов ВМП с учетом права Пациента на выбор медорганизации.

Наличие медпоказаний подтверждается решением врачебной комиссии, которое оформляется протоколом и вносится в меддокументацию пациента. При необходимости могут проводиться телемедицинские консультации.

**Если медпоказания имеются, лечащий врач оформляет направление, к которому прилагаются медицинские выписки, подтверждающие установленный диагноз и необходимость оказания ВМП, которое в течение 3 рабочих дней передается:**

- в принимающую медорганизацию, если ВМП включена в Программу;
- в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения (ОУЗ), если ВМП не включена в Программу.

### Пациент вправе самостоятельно предоставить следующий комплект документов:

#### Выписка из меддокументации, содержащая:

- диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ;
- сведения о состоянии здоровья пациента;
- результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания ВМП.

### Копии следующих документов Пациента:

- документ, удостоверяющий личность Пациента;
- свидетельство о рождении Пациента (для детей в возрасте до 14 лет);
- полис ОМС Пациента (при наличии);
- СНИЛС (при наличии);
- согласие на обработку персональных данных Пациента.

## Шаг 2. Дождитесь оформления талона на ВМП

Если Пациент направлен на оказание ВМП, включенной в Программу, оформление Талона на оказание ВМП (далее – Талон) с прикреплением комплекта документов, указанных в Шаге 1, обеспечивает принимающая медорганизация.

Если Пациент направлен на оказание ВМП, не включенной в Программу, оформление Талона с прикреплением комплекта документов, указанного в Шаге 1, и заключения комиссии органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания ВМП (далее – Комиссии ОУЗ) обеспечивает ОУЗ.

Комиссия ОУЗ принимает решение о наличии/об отсутствии показаний для направления Пациента в принимающее медучреждение в течение 10 рабочих дней со дня поступления полного пакета документов и оформляется протоколом. В протоколе должно содержаться заключение о наличии/об отсутствии показаний для направления на ВМП или о необходимости дополнительного обследования.

## Шаг 3. Дождитесь решения комиссии медорганизации, оказывающей ВМП, и госпитализации

Комиссия медорганизации, оказывающей ВМП, выносит решение о наличии/об отсутствии медпоказаний или наличии медицинских противопоказаний для госпитализации Пациента в течение 7 рабочих дней со дня оформления Талона. Решение комиссии медорганизации, оказывающей ВМП, оформляется протоколом, содержащим:

- заключение о наличии/об отсутствии медпоказаний и планируемой дате госпитализации пациента;
- о необходимости проведения дополнительного обследования;
- наличии медпоказаний/противопоказаний для направления и госпитализации.

Выписка из протокола комиссии медорганизации, оказывающей ВМП, в течение 5 рабочих дней (но не позднее срока планируемой госпитализации) отсылается в направляющую медицинскую организацию и (или) ОУЗ, который оформил Талон. Выписка выдается на руки Пациенту по письменному заявлению или направляется удобным способом пересылки.

## Шаг 4. По завершении оказания ВМП получите рекомендации

По результатам оказания ВМП медорганизации дают рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации с оформлением соответствующих записей в меддокументации пациента.

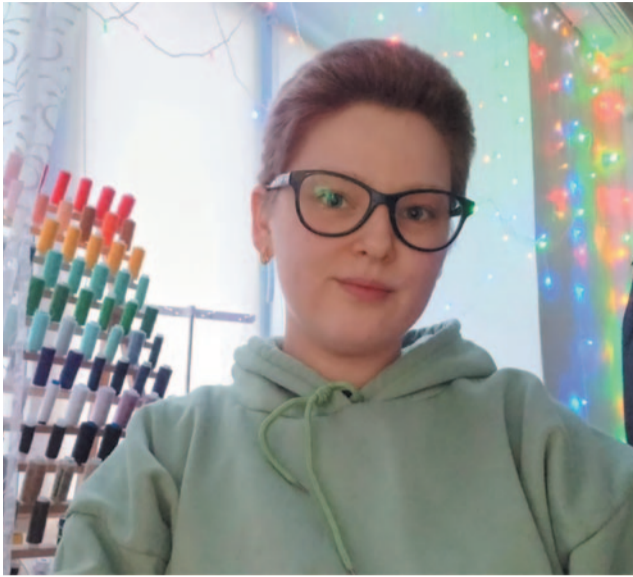
Пациент вправе обжаловать решения, принятые в ходе его направления в медучреждение, на любом этапе, а также действия (бездействие) органов, организаций, должностных и иных лиц.

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





# Я стала до жизни жадная



## Спокойно мы пожилы где-то полгода

Я сама из Воронежа, на самом деле даже из Подворонья, но в Воронеже я уже жила полноценно: квартиру снимала, кота растила, работала. Потом мне приспичило выйти замуж, и я переехала в Пензу, к супругу. С котом. Переехала летом 2021 года. Новый год мы отпраздновали, ничего не подозревая, и уже весной 2022 года узнали диагноз. Так что спокойно мы пожилы где-то полгода.

## Не ковид и не мононуклеоз

Началось все с того, что я заболела. Я работала в кофейне, была зима, январь. Перемерзла, бывает. Тонус мышц, работа на ногах по 13 часов. Так и тянет размять уставшую спину, где вместо потянутой связки нашла крупный узел над ключицей. На следующее утро я не могла сама встать с кровати. Дальше была поликлиника. Там выяснили, что это не ковид, назначили УЗИ узлов и начали пичкать антибиотиками. Результаты УЗИ были ужасными: узлы сильно увеличены, структура изменена. Назначили антибиотики: 5 разных подряд, и в таблетках, и в уколах. Лучше становилось только моей простуде, но не мне. Было принято решение идти в платную клинику. Там подозрение пало на инфекционный мононуклеоз. Назначили лекарства, они даже помогли: прошли кашель, насморк, горло. Но лимфоузлы не сдувались, периодически становились еще больше, чем были. Тогда врач направила меня к гематологу в онкоцентр сдавать кровь. Много крови. Сначала я немного выдохнула: кровь оказалась идеальной, немного повышен показатель СОЭ, но для женщин это нормально. А лимфоузлы продолжали жить своей жизнью. Меня послали на биопсию не сразу, но послали. До нее нужно было выяснить, чем же я все-таки болела зимой. В Пензенском областном клиническом центре специализированных видов медицинской помощи у меня взяли 9 пробирок крови. Проверили на все. Выяснилось, что не инфекция. Я чище белого листа бумаги с фабрики. А мононуклеозом вообще переболела в глубоком детстве, и у меня антитела к нему.

## Это лечится парой курсов химиотерапии

В какой-то момент я даже начала думать о психосоматике. Я много нервничала, переехала за 500 км от дома, где нет ни родственников, ни подруг, да даже знакомых. Только муж. Я перечитала на эту тему кучу статей, перерыла Интернет и очень надеялась, что это она и что можно просто походить к психотерапевту, который поправит. Но тогда, еще в инфекционке, врач сразу эту психосоматику отменяла. Сказала не расстраиваться раньше времени. Не гуглить. Не накручивать. Не делать лишние исследования, а слушать только лечащего врача. Позже, когда я пришла к ней с верным диагнозом, она уже все знала...

В общем, взяли биопсию. Тогда на горизонте еще маячили майские праздники. К концу своего пребывания в больнице я чуть ли не каждый день бегала к врачу, спрашивала результаты гистологии, хотела выписаться пораньше. А когда результаты пришли – их принес незнакомый врач – я впервые услышала диагноз: лимфома Ходжкина (нодулярный склероз, злокачественное онкозаболевание лимфосистемы), стадия 2А. Не такая уж запущенная, повезло, что вовремя нашли.

Я вообще плохо помню, что он говорил, мало что было понятно. До моего вопроса: «Чем лечить?» Ответ был: «Химия. Это лечится парой курсов химиотерапии. Дальше в зависимости от результатов...»

## Кристина из Пензы о лечении лимфомы Ходжкина и планах на будущее

Я начала плакать. Мне все стало ясно: что буду лысая, что это не вылечишь за недельку таблетками. У меня на тот момент уже болела бабушка раком, я видела, как она проходит лечение химией. И вообще я собиралась замуж этим летом: придумала платье, искала себе разные прически... А какая свадьба, когда такой диагноз и лысая? Потом нужно было определить размер опухоли. И тут я тоже отличилась, оказалось, что она у меня просто фантастического размера.

## Химия была сильная, меня буквально полоскало

В мае 2022 года я узнала о диагнозе, и уже в июне началась химиотерапия. Было 6 курсов, последний – в ноябре 2022 года, в январе 2023-го закончилась лучевая терапия. То есть условно я проболела месяцев 8–9.

Химия была сильная, у меня был усиленный протокол: и с «красной» химией, и с «белой», и с химией, которая пенится. Меня полоскало, мне ничего нельзя было есть. Гематология – это единственный вид онкологии, где прописывают жесткую диету, буквально одна вареная картошка и морковка. Для души оставили шоколад и чай, но разрешение на каждый новый продукт приходилось выбивать с боем.

Первая химия была очень тяжелая, потому что опухоль была большая и давала свою интоксикацию, когда разлагалась. И действовало все это как алкогольное отравление: сильно мутилось в голове. А последняя была тяжела тем, что препаратов много накопилось. Помимо химии

**“ ЛЕЧИТ ВРАЧ, А НЕ СОСЕД ИЛИ ЗНАКОМЫЙ. ВРАЧ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВАС ВМЕСТЕ С ВАМИ.**

были еще гормоны, с которых меня раздуло: отекало все, было тяжело ходить. После шестой химии вызывали скорую – колени болели так, что хотелось выть. Купировали очень сильным обезболивающим. Затем был перерыв пару месяцев и потом начались лучи, в 2 этапа. У меня от них выпали только проросшие после химии волосы за ушами. Мне сказали, что раз выпали от лучей, то больше не вырастут. В планах забежать в кабинет радиологине с новостью: «Вы знаете, мои волосы не знали, что после лучей нельзя расти, поэтому растут!» Как одуванчики сквозь асфальт. Сквозь невозможное. Но перед тем, как химичиться, я попросила мужа постричь меня. Не хотела никому доверять такое дело. Срезали сразу все. Рыдала дважды: дома и в парикмахерской – там стрижку подровняли машинкой. Я очень гордилась своими волосами. Но пластырь срывают резко – меньше боли.

## Советы, полезные и вредные

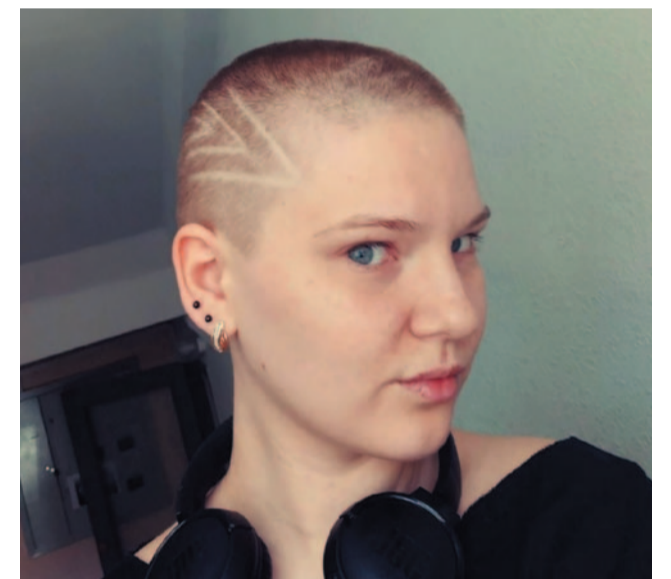
В процессе лечения стало понятно, что мир разделится на полезные и вредные советы. Знакомые, которые переболели другим видом онкозаболеваний, начинали убеждать, что диета, которая меня и без того страшно раздражала, не нужна. Мол, вычеркнули все, что при химии не только можно, но даже нужно. Но они не врачи, это стоит взять за основу. Лечит врач, а не сосед или знакомый. Врач несет ответственность за вас вместе с вами. Он учился десяток лет, чтобы уметь правильно вылечить, потом практиковался, набирал опыт. Никогда не спрашивайте совета по диете, приему лекарств и прочему у человека, не являющегося врачом. Даже если у него тот же диагноз. Живой пример: у меня и у моей соседки Насти был одинаковый диагноз, только разные стадии. У меня 2а, у нее – 4а. И у нас различалась химия, несмотря на один и тот же протокол: разные дозировки, количество пакетов, виды. Мы по-разному реагировали на лечение, ловили разные побочки, нам разрешали есть разные продукты. Но есть и хорошие советы, их я в том числе получала и в фонде «Я люблю жизнь», в специальном чате. Оттуда у меня шло изначально общение о болезни тогда, когда я не могла никому рассказать. Тогда, когда я ничего не знала. Меня просвещали, поддерживали. Потом уже знакомые

нашлись в больнице, друзья. Но фонд показал очень важное – что это можно пережить. Он буквально кричал об этом: мы это пережили, значит, и ты сможешь. Сейчас я сама даю советы в чатах, в основном общице, оказываю поддержку.

## Жить нужно, я ради этого и лечилась

У меня еще не было финального ПЭТ, но ремиссия зафиксирована 7 декабря. Мой второй день рождения, мы будем его праздновать. Есть ли страх рецидива? Конечно. Со мной даже лежала девочка с рецидивом. Боюсь этого до дрожи. Я в принципе понимаю, что жизнь диагноз изменил, вижу это даже в собственном взгляде в зеркале: теперь смотрю на этот мир спокойнее. Но мозг забывает плохое, и я иду дальше.

Через диагноз мы прошли с мужем рука об руку. В самом начале тут тоже был страх. Я никогда не сомневалась, что он меня любит любую и не за внешность, но знала и реальные примеры, когда мужчины бросают своих девушек и жен, когда узнают диагноз. Это были рассказы и от первого лица, и от десятого. Ну и за свою внешность я переживаю до сих пор, и буду это делать, наверно, пока не стану прежней. Но что касается любви, то муж мой донес свою мысль мне еще во время болезни. Очень четко донес. На примере кота.



– Ты когда его нашла, когда не болела, он к тебе ластился, любил?

– Угу!

– А когда приезжала на перерыв лысая, тоже ластился и мурчал?

– Угу...

– И сейчас, когда на голове мех и отеки, не отвернулся, по-прежнему лезет к тебе гладиться и спать?

– Еще как!

– Вот и я так же. Поняла?

– Поняла.

Вообще этот год у нас у троих (меня, мужа и кота) получился очень нервный. И я теперь переживаю насчет детей (получится – не получится, и что, если нет), насчет будущего. Но волков бояться – в лес не ходить. Жить нужно, я ради этого и лечилась, а не ради того, чтобы всю жизнь бояться и сидеть, в уголок забившись. Я в целом стала до жизни жадная. Подумать только: ничего не болит, провод из шеи не торчит, ничего не вливают, ем что хочу – сколько поводов быть довольной. Простые радости. Но я жду и сложных, больших. Все будет.

Текст и фото предоставлены благотворительным фондом «Я люблю жизнь».





# Юлия Шуткина: «Я увидела жизнь с той стороны, с которой не видела прежде»



Юля замерла, дыхание перехватило, по спине пробежал холодок. Мысли бегали: «И что – это всё? Конеч?» Быстро – насколько возможно на седьмом месяце беременности – она присела на холодный стул и растерянно осмотрелась. Мимо брели худые бледные люди. Кто-то лысый, кто-то в платочке. Медленно-медленно Юля осознала, где очутилась. К ней подошла женщина в лиловом платке, прикоснулась теплой мягкой рукой и тихонько завершила: «Не переживай, все у тебя будет хорошо!»

Юля задыхалась. По груди разлилось тепло. Юля широко улыбнулась женщине.

В двадцать семь лет, на седьмом месяце беременности второй дочкой Юля узнала, что у нее острый миелоидный лейкоз. За пару недель жизнь Юли круто изменилась. Теплые дни на берегу моря с любящим мужем, четырехлетней старшей Аней и сборы в роддом заменили лейкоз, коронавирус, госпитализация и экстренное кесарево сечение. И главное – разлука с новорожденной дочкой, крошечной Полиной.

После кесарева сечения Юля очнулась в палате пробуждения. Одна. Не было ни врачей, ни медсестер, ни других пациентов. Но самое жуткое – не было Полины. Юля повернула голову направо, налево – малышки нет. Прислушалась к телу, а оно молчало, будто она и не рожала, – так действовала гормональная терапия, которая глушила материнские гормоны.

Юля услышала запах дочери, почувствовала ее сердцебиение и дыхание лишь спустя два месяца после появления Полины на свет. Эти месяцы Полина была в реанимации на ИВЛ, а Юля отправилась на борьбу с коронавирусом и химиотерапию.

Но ни девушка, ни родные не думали сдаваться. Юлино мама шутила: «Юль, да тебя вылечат, это как грипп, не волнуйся!» Юля смеялась в ответ: «У меня нет выхода только из гроба. Все остальное я решу!» Юмор служил опорой и помогал снять напряжение.

Болезнь проверяла на прочность Юлино жизненное кредо: «Кто ищет, тот всегда найдет». Кто-то задается вопросом: за

«Случись он позже, мой организм был бы старше, и я не знаю, как бы он справился. Благодаря беременности, крошке Полине внутри, плаценте, я имела дополнительный источник крови. Болезнь помогла остановиться в марафоне жизни. Да, возможно, остановиться очень жестко. Но я увидела жизнь с той стороны, с которой не видела прежде».



**ЧТОБЫ ВЫДЕРЖАТЬ ИСПЫТАНИЯ, ЮЛЯ СОЗДАЛА ИСТОРИЮ И ПОВЕРИЛА В НЕЕ... ДЕВУШКА УВЕРЕНА, ЧТО ЛЕЙКОЗ ПОЯВИЛСЯ В ЕЕ ЖИЗНИ В САМЫЙ ПОДХОДЯЩИЙ МОМЕНТ, ЧТОБЫ ПОБЕДИТЬ ЕГО.**

что мне это наказание, за что такое испытание? И ищет, ищет, ищет причину. Но Юля считает, что болезнь – это стечение обстоятельств, и она не виновата, она не жертва. Поэтому каждый день Юля искала другое. «Я искала пути решения, чтобы жить дальше. Была уверена, что в такой большой стране, в таком огромном мире решение точно есть и я его найду!»

Даже в самые темные минуты Юля справлялась – она «накручивала» себя. Но не в привычном смысле. Она развивала в себе способность замечать свет там, где, казалось, его нет. «Какой бы диагноз ни был – главное, чтобы он был точный!» – остроумно подмечает она. И радуется, что с диагнозом носила под сердцем Полину, ведь иначе не сдавала бы кровь и не обнаружила лейкоз при 20% бластов, а не при 90%.

Радуется, что ходила без волос. «Не надо мыть голову каждое утро: умылся и готово. Не надо брить ноги, подмышки! Я кайфовала!» – смеется Юля. Конечно, она выглядела необычно. Например, когда надевала накладные наушники, а носила она их часто. Юля выкручивала звук на максимум и звучала гимном: «Я не брошу на полпути, не скажу, что не могу».

Но все же было кое-что, от чего у Юли тряслись поджилки, – трансплантация костного мозга. Незвестная процедура пугала: как, что, куда? Полгода, проходя химиотерапии, Юля испытывала дикий ужас от мысли о пересадке.

И вот ее положили в палату. В палату с окном во двор. Юля расстроилась. Она мечтала, что повезет и достанется видовая палата, где Москва как на ладони, но главное, с той стороны светит солнце, а тут темнота. Поникшая, она легла и приготовилась терпеть. Зашла медсестра с красным пакетом, поставила капельницу и подмигнула Юле.

Юля расхохоталась: «И это все? Серьезно?»

Юля изумленно взглянула в окно. Ее лицо осветил теплый луч августовского солнца. Солнца, которое выглянуло из-за туч с противоположной стороны здания, заглянуло в окна башни напротив клиники и, отразившись, влетело прямо в палату к Юле. Девушка лежала под капельницей, грелась в лучах солнца и точно знала, что проживет еще долго-долго.

Чтобы выдержать испытания, Юля создала историю и поверила в нее. Историю под названием «Болезнь случилась». Девушка уверена, что лейкоз появился в ее жизни в самый подходящий момент, чтобы победить его.

Юля в ремиссии, донорский мозг прижился, волосы отрасли, силы вернулись. Она прошла сквозь тьму болезни, обследований, больничных палат, разлуки с любимыми. Она выискивала даже крупинки света и из крупинки собирала луч. Потому что тьма нуждается в том, чтобы ее озарял свет.



Юлия рассказала свою историю в рамках проекта «Самое время жить – молодым взрослым», который создан при поддержке благотворительного фонда «Абсолют-Помощь».



Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №3, 2024  
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

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

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва,

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

Адрес типографии:

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

Над номером работали:

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

Авторский коллектив

Совет пациентских организаций



Равный онкоконсультант Светлана Неретина

При поддержке  
НФПО  
им. П.А. Герцена



При сотрудничестве  
с порталом  
onco-life.ru



Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2024 г.

Газета распространяется бесплатно.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

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

Дата выхода: 25.07.2024

Возрастное ограничение 16+