

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ
Сергей Иванович Ачкасов
Член-корреспондент РАН, профессор,
доктор медицинских наук, директор
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Минздрава России

Читайте на с. 4

№2 2025
Главная тема номера:
КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: МЕСТНЫЕ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

Колоректальный рак – одно из самых распространенных онкологических заболеваний, занимающее 3-е место в мире по частоте выявления среди злокачественных опухолей. Раннее определение симптомов играет ключевую роль в успешном лечении, однако клиническая картина на начальных стадиях часто стертая или маскируется под другие заболевания, что имеет место при наличии других хронических заболеваний у пациентов.

с. 7

МЕТОДИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Несмотря на потенциальную опасность, современные методы лечения позволяют успешно бороться с онкологическими заболеваниями, особенно если они выявлены на ранних стадиях. Колоректальный рак – не исключение. Его лечение всегда индивидуально и зависит от многих факторов – локализации опухоли, ее размеров, степени распространенности, общего состояния пациента и наличия сопутствующих заболеваний.

с. 8

«ЗАДАЧА ВРАЧА И ПАЦИЕНТА – СООБЩА ИДТИ К ЦЕЛИ»

Колоректальный рак – широко распространенное онкологическое заболевание, которое на ранних стадиях протекает бессимптомно, а поздняя его диагностика ассоциирована с неблагоприятным исходом. К сожалению, заболевание часто диагностируют на поздних стадиях из-за отсутствия симптомов на ранних. Однако скрининг колоректального рака позволяет выявлять злокачественный процесс не только на начальных этапах, но и на предопухолевой стадии.

На наши вопросы о причинах поздней диагностики злокачественных заболеваний, возможностях решения этой проблемы, предпринимаемых сегодня шагах для увеличения онкологической настороженности со стороны врачей разных специальностей, а также о важности участия самих пациентов в заботе о своем здоровье ответила директор ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, академик РАН, профессор **Оксана Михайловна Драпкина**.

с. 2



ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ КАЖДОМУ?

»» 5



ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В СТАРЧЕСКОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

»» 9



НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

»» 11

ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

СТАДИИ РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ: ОТ ПЕРВЫХ КЛЕТОК ДО РАСПРОСТРАНЕННОГО ПРОЦЕССА	»» 6
ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	»» 6
КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: КОГДА НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ И КАКИЕ МЕТОДЫ ОБНАРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ СУЩЕСТВУЮТ	»» 7
СИНДРОМ ЛИНЧА И ПРО MSI/DMMR	»» 9
ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА: ЩИТ ОТ РЕЦИДИВА?	»» 10
КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: СПОРАДИЧЕСКИЙ И НАСЛЕДСТВЕННЫЙ СИНДРОМЫ	»» 10
«Я ЧУВСТВУЮ, А ЗНАЧИТ – ЖИВУ»: КАК ПОДДЕРЖАТЬ ЧЕЛОВЕКА С ДИАГНОЗОМ «КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК»	»» 12
«ДИАГНОЗ СТАЛ ПОВОДОМ ИДТИ К СВОЕЙ ЦЕЛИ»	»» 12
ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ: КАКИЕ ОНИ БЫВАЮТ И КАК ВРАЧИ ПОДБИРАЮТ ТОТ, КОТОРЫЙ ПОДОЙДЕТ	»» 13
НЕ ПРО СМЕРТЬ, А ПРО ЖИЗНЬ С ДОСТОИНСТВОМ: ЧТО ТАКОЕ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И ПОЧЕМУ ОНА ВАЖНА ДЛЯ ОБЩЕСТВА	»» 14
КАК СПРАВЛЯЮТСЯ С БОЛЬЮ В ОНКОЛОГИИ	»» 15
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ – ПРАВО ПАЦИЕНТОВ НА КАЧЕСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ	»» 16

«Задача врача и пациента – сообща идти к цели»



Оксана Михайловна Драпкина, директор ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, академик Российской академии наук, профессор, заместитель председателя Научно-практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации, член Общественной палаты Российской Федерации.

– Уважаемая Оксана Михайловна, в настоящее время злокачественные заболевания по-прежнему остаются одними из наиболее прогностически неблагоприятных. Можно ли говорить, что виной тому могут быть проблемы с ранней диагностикой?

– Безусловно, ранняя диагностика играет ключевую роль в прогнозе онкологических заболеваний. Чем раньше обнаружено злокачественное новообразование, тем выше шансы на благоприятный исход. Однако сложность проблемы заключается не только в раннем выявлении, но и в других составляющих: наличие сопутствующих заболеваний, доступность и качество лечения, приверженность пациента терапии и т.д. Тем не менее наибольший вклад в прогрессирование и неблагоприятный прогноз ряда форм рака все же вносит поздняя постановка диагноза, когда болезнь уже находится на поздней стадии.

– Каковы причины поздней постановки онкологического диагноза?

– Причины поздней постановки диагноза можно условно связать с проблемами со стороны пациента и с проблемами со стороны организации медпомощи.

Со стороны пациентов это боязнь «услышать страшный диагноз», попытки самолечения и игнорирование первых симптомов, недостаточная осведомленность о факторах риска и признаках онкологических заболеваний, а также

страх перед медицинскими манипуляциями. Немалую роль играют и социально-экономические факторы: загруженность работой, отсутствие времени на медосмотры, сложность добраться до медицинского учреждения; Со стороны системы здравоохранения причинами поздней диагностики онкозаболеваний могут быть недостаточная настороженность врачей первичного звена, нехватка времени на каждого пациента при большом потоке больных; очередь на диагностические процедуры – например, на эндоскопию или компьютерную томографию (КТ); ограниченные возможности современной высокотехнологичной диагностики в отдельных регионах.

– Какое место занимает врач первичного звена в контексте борьбы с онкологическими заболеваниями?

– Врач первичного звена (терапевт, врач общей практики) – это «первый контакт» пациента с системой здравоохранения. Именно от него зачастую зависит своевременное выявление первых симптомов, направление на нужные диагностические процедуры и оперативное получение консультации онколога. Важность врача первичного звена трудно переоценить, ведь он проводит профилактические осмотры, формирует у населения культуру регулярных чекапов, направляет пациентов на скрининг (маммография, колоноскопия и т.д.), оценивает факторы риска (курение, ожирение, наследственные заболевания). Чем выше уровень подготовки врача первичного звена в отношении онконастороженности, тем больше вероятность поставить диагноз на ранней стадии.

– Какие сегодня предпринимаются шаги для увеличения онкологической настороженности со стороны врачей разных специальностей?

– На государственном уровне и в профессиональных медицинских сообществах проводится ряд мероприятий, направленных на повышение онкологической настороженности:

- регулярное обучение врачей первичного звена – курсы повышения квалификации, вебинары, научно-практические конференции, посвященные скринингу и диагностике рака;
- разработка и внедрение клинических рекомендаций, алгоритмов «быстрых путей» (fast-track) при подозрении на опухоль;
- создание и развитие телемедицинских консультаций (для оперативного взаимодействия врачей общей практики с онкологами, патоморфологами, радиологами);
- информационные кампании в поликлиниках и больницах (стенды, плакаты, напоминания на электронных табло), которые напоминают врачам о ключевых «тревожных признаках»;
- систематическая работа НМИЦов (выезды в регионы, телемедицинские консультации, алгоритмизация и стандартизация процессов).

– Как часто и каким образом сама болезнь вносит свой вклад в позднюю диагностику рака?

– Некоторые виды онкологических заболеваний могут долгое время протекать бессимптомно либо проявляться неспецифическими жалобами – слабость, потеря аппетита, небольшое повышение температуры. Пациент может не придавать этим симптомам значения или связывать их с другими хроническими заболеваниями. Например, при колоректальном раке на ранних стадиях может отсутствовать боль или кровотечение, при раке легкого – кашель может расцениваться как «простой бронхит» и т.д. Кроме того, при наличии сопутствующих заболеваний (например, диабета, сердечно-сосудистых болезней) пациен-

Важная составляющая онконастороженности – информированность и активное участие самого пациента в заботе о своем здоровье.

ты и врачи могут быть «сфокусированы» именно на этих болезнях и пропускать первые симптомы онкологических заболеваний. Все это способствует позднему выявлению опухоли.

– Что может сделать сам пациент? Как пациент может проявлять онконастороженность?

– Важная составляющая – информированность и активное участие самого пациента в заботе о своем здоровье. Для этого необходимо проходить ежегодные медицинские осмотры и следовать всем назначениям и направлениям врача, следить за своим организмом: обращать вни-

мание на новые симптомы (быстрое утомление, нехарактерная потеря веса, образование уплотнений на коже, изменения родинок и т.д.); отказаться от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), которые повышают риск онкологических заболеваний; соблюдать принципы рационального питания и поддерживать нормальный индекс массы тела.

При наличии семейного анамнеза онкологических заболеваний обязательно сообщать об этом врачу и проходить рекомендованные обследования – например, колоноскопию при наличии у родственников рака толстой кишки. Главное – не бояться обращаться к врачу при любыхстораживающих признаках. Ранняя диагностика многократно повышает успех лечения.

– **Есть ли какие-то общие симптомы, которые могут говорить о наличии онкологического процесса независимо от локализации опухоли? Что должны знать наши пациенты, на что обращать внимание и в случае чего незамедлительно обращаться к врачу?**

– Несмотря на то что каждая локализация опухоли имеет свои характерные признаки, выделяют ряд «тревожных» симптомов, при появлении которых следует обратиться к врачу:

- резкая необъяснимая потеря веса (более 5–10% массы тела за короткий срок);
- стойкое повышение температуры без очевидной причины;
- общая слабость, быстрая утомляемость, не проходящая после отдыха;
- любые новообразования, уплотнения, которые можно нащупать или заметить (на коже, в молочной железе, в области лимфоузлов);
- неприятные ощущения при глотании, постоянная изжога, изменения стула (запоры, диарея), кровь в стуле или моче;
- изменение родинок (цвет, форма, размер, кровоточивость);
- необычные кровотечения или выделения (маточные кровотечения, кровянистая мокрота и т.д.).

Эти симптомы не обязательно указывают на опухоль, но они – серьезный повод незамедлительно проконсультироваться с врачом.

– **Каждому гражданину Российской Федерации ежегодно доступна бесплатная диспансеризация. Но граждане неохотно ее проходят. Что можно сделать, как объяснить важность профилактических осмотров?**

– За 2024 г. профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию прошли более 100 млн населения. В охвате населения профилактическими мероприятиями

велика роль информационно-коммуникационной кампании, в данном контексте важно отметить хороший отклик населения на материалы, размещенные на Официальном портале Минздрава России о Вашем здоровье (<https://www.takzdorovo.ru>).

Несмотря на положительные наметившиеся тренды, стоит отметить, что еще сохраняется некая инертность части населения, причиной тому – недооценка важности профилактики наряду с отсутствием информированности о том, какие именно исследования проводят и почему это важно. Именно поэтому для повышения вовлеченности насе-

Колоректальный рак является одной из локализаций рака, в отношении которой скрининг доказал свою высокую эффективность.

ления в диспансеризацию важно повышение информированности общества. Проведение просветительских кампаний поможет разъяснить, что устранение факторов риска и раннее выявление болезни могут спасти жизнь и здоровье. В данном контексте велика роль работодателей. Оптимальным решением является возможность проведения диспансеризации на рабочем месте, что позволит не отвлекать человека от привычного ритма жизни и сделать данное мероприятие максимально гармоничным для жизни человека.

– **Какие онкоскрининги сегодня проводятся в рамках диспансеризации?**

– В ходе диспансеризации в Российской Федерации для определенных возрастных групп доступно следующее:

- 1) рак молочной железы – маммография;
- 2) рак шейки матки – цитологическое исследование шейки матки;
- 3) рак предстательной железы – определение простатспецифического антигена в крови;
- 4) колоректальный рак – исследование кала на скрытую кровь;
- 5) рак желудка – проведение гастроскопии;
- 6) рак легкого – флюорография/рентгенологические исследования органов грудной клетки;
- 7) рак кожи и меланома – визуальный осмотр кожных покровов медицинскими работниками.

В рамках дополнительных программ в некоторых регионах могут проводить и другие исследования – например, низкодозовую КТ легких в группах риска.

– **Колоректальный рак, например, относится к скрининговым заболеваниям. Какие исследования и как часто следует проходить в данном случае?**

– Действительно, колоректальный рак является одной из локализаций рака, в отношении которой скрининг доказал свою высокую эффективность! В России проводится двухэтапный скрининг – анализ кала на скрытую кровь (иммунохимический тест) в возрастной группе от 40 до 64 лет 1 раз в 2 года, от 65 до 75 лет ежегодно. При положительном результате пациент направляется на 2-й этап диспансеризации определенных групп взрослого населения для рекомендации проведения колоноскопии. Целью данного исследования является выявление и удаление эпителиальных новообразований тол-

стой кишки, что является фактором предикции, так как именно из аденом в основном развивается рак толстого кишечника.

– **Оксана Михайловна, Вы часто говорите, что «рак – не приговор». Благодаря чему этого удалось достичь? Не только же ранняя диагностика...**

– Современная онкология стремительно развивается по нескольким направлениям:

- ранняя диагностика: скрининги, высокоточные методы визуализации, генетические тесты;
- современные методы лечения: таргетная терапия, воздействующая именно на молекулярные мишени опухоли, иммунотерапия, помогающая иммунной системе распознавать и уничтожать раковые клетки, высокоточная лучевая терапия (лучевая терапия с модулированной интенсивностью – IMRT, стереотаксическая радиохирургия), органосохраняющие хирургические вмешательства;
- мультидисциплинарный подход: в разработке тактики лечения участвуют сразу несколько специалистов (онкологи, хирурги, радиологи, патоморфологи, психологи и т.д.);
- реабилитация и поддержка пациентов: развитая паллиативная помощь, программы по возвращению к качественной жизни после лечения;
- улучшение лекарственного обеспечения и расширение доступности новейших препаратов.

Задача врача и пациента – сообща идти к цели: вовремя обнаружить болезнь, подобрать оптимальную терапию, поддерживать высокое качество жизни.

– **Уважаемая Оксана Михайловна, спасибо Вам за столь подробные и очень полезные для наших читателей ответы!**



ПОЛЕЗНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО ТЕМЕ Руководство по организации популяционного скрининга колоректального рака Методические рекомендации

Авторы: Драпкина О.М., Каприн А.Д., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Дроздова Л.Ю., Шепель Р.Н., Абдрахманов Р.Р., Кашин С.В., Завьялов Д.В., Жарова М.Е., Алмазова И.И., Егоров В.А., Хайлова Ж.В., Невольских А.А., Доможирова А.С., Пирогов С.С., Водолеев А.С., Веселов В.В., Куловская Д.П.

gnicpm.ru



ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?

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

беседы-о-здоровье.рф



БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ ОНКОЛОГИЯ

НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:

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

Скрининг спасает жизни



– **Сергей Иванович, почему важно говорить о скрининге колоректального рака в наше время?**

– Надо сказать, что медицинская статистика неумолима – в нашей стране колоректальный рак занимает третье место по распространенности среди всех онкологических заболеваний, а по показателю смертности – и вовсе второе место. При этом рак толстой кишки обходится дорожке нашему здравоохранению по сравнению со злокачественными новообразованиями других локализаций, если считать прямые затраты.

Мы внимательно следим за ситуацией с этим заболеванием, но несмотря на определенные успехи медицины последних лет, мы не видим четкой и существенной тенденции к снижению распространенности рака толстой кишки. Таким образом, лечение и профилактика колоректального рака – крайне важная и актуальная проблема в масштабах страны, да и всего мирового сообщества.

Вместе с тем колоректальный рак – одно из немногих онкологических заболеваний, которое возможно предотвратить, а исход заболевания зачастую определяется стадией, на которой оно выявлено. Дело в том, что почти в 90% случаев рак толстой кишки проходит стадию аденоматозного полипа, который в течение довольно длительного времени растет и может перерождаться в злокачественную опухоль. Это позволяет проводить раннее выявление и вторичную профилактику колоректального рака путем удаления полипов – по сути, это и есть основная задача скрининга и в этом же его незаменимая роль.

– **Какие группы населения считаются наиболее уязвимыми и нуждающимися в регулярном обследовании?**

– Определяя, кого следует обследовать в первую очередь, мы прежде всего ориентируемся на возраст. И хотя в среднем пациенты попадают к нам в возрасте 67 лет, скрининговое обследование мы рекомендуем начинать уже с 40 лет. Но это касается населения в целом, а между тем есть особые категории пациентов, у которых риск рака толстой кишки кратен выше.

Это пациенты с наследственными заболеваниями – так называемыми полипозными синдромами, а также синдромом Линча. Мутации у таких пациентов обуславливают в одних случаях постоянный рост десятков и сотен полипов толстой кишки с тенденцией к озлокачествлению, а у пациентов с синдромом Линча – возникновение опухоли в здоровой на вид толстой кишке уже в возрасте 30–40 лет. Также существенный риск развития колоректального рака мы наблюдаем у пациентов с воспалительными заболе-

В последние годы разговоры о профилактике онкологических заболеваний звучат все чаще – и не случайно. Врачи уверены: своевременное обследование способно не просто выявить болезнь на ранней стадии, но и предотвратить ее вовсе. Особенно это касается колоректального рака – злокачественного новообразования толстой кишки, которое на первых порах может никак себя не проявлять, но при этом поддается эффективной профилактике.

Почему так важно не откладывать визит к врачу, даже если ничего не болит? Кто должен в первую очередь задуматься о скрининге? И какие современные возможности раннего выявления заболевания доступны сегодня каждому?

На эти и другие актуальные вопросы нам ответил ведущий специалист, посвятивший свою деятельность борьбе с колоректальным раком, директор ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор Сергей Иванович Ачкасов.

ваниями кишечника – язвенным колитом и болезнью Крона. В связи с этим такие больные нуждаются в строгом эндоскопическом контроле даже при отсутствии каких-либо жалоб и активности воспалительных явлений в кишке в более ранний возрастной период жизни.

Кроме того, многочисленные исследования показали, что вероятность развития колоректального рака выше у пациентов с ожирением, сахарным диабетом второго типа, а также у людей с низкой физической активностью, злоупотребляющих алкоголем, курильщиков и любителей красного мяса и переработанных мясных продуктов.

– **Сергей Иванович, как Вы оцениваете уровень информированности населения о возможностях раннего выявления колоректального рака? Какие барьеры чаще всего мешают людям проходить скрининг?**

– К сожалению, мы вынуждены констатировать, что информированность населения остается низкой, несмотря на немалые усилия, прилагаемые в этом направлении. Многие люди считают, что если ничего не болит, то идти к врачу не нужно, а отклонения в работе кишечника – лишь временный малозначимый сбой. Это, как ранее уже обсуждалось, неверная позиция.

Конечно, поводом для обследования являются и неспецифические симптомы – это необъяснимая потеря веса или анемия, которая обычно проявляется бледностью, слабостью или снижением работоспособности.

Все эти признаки, конечно, не означают, что у человека есть новообразование толстой кишки, но безусловно являются поводом для обследования.

– **Сергей Иванович, существуют ли новые разработки в области скрининга колоректального рака?**

– Да, в настоящее время активно развиваются методы «неинвазивного» скрининга, основанные на определении опухолевой ДНК в крови или кале, а также новаторские опции визуализации желудочно-кишечного тракта, такие как видеокапсульная эндоскопия. Но пока эти методики не могут заменить колоноскопию, которая, впрочем, также совершенствуется.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России принимает непосредственное участие в такого рода разработках. В частности, на нашей базе разработан уникальный алгоритм искусственного интеллекта при колоноскопии «ArtInCol», применение которого позволяет существенно повысить эффектив-

ВНИМАТЕЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ ПОЗВОЛИТ ИЗБЕЖАТЬ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ТАКИМ ГРОЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КАК РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ. ЭТО СОВСЕМ НЕ СЛОЖНО!

Основные барьеры, препятствующие прохождению скрининга, – это страх перед колоноскопией, которую многие люди неоправданно считают мучительной процедурой, а также незнание о таком простом и доступном исследовании, как фекальный иммунохимический тест.

Пожалуй, это главное, а остальные обстоятельства, такие как доступность колоноскопии или тех же тестов, вторичны и, как правило, преодолимы.

– **Входит ли скрининг в систему ОМС? Нужно ли за него платить?**

– Программа скрининга колоректального рака регламентируется приказом Минздрава России №404н и предусматривает исследование кала на скрытую кровь (фекальный иммунохимический тест), а также эндоскопическое исследование – колоноскопию. Все это включено в программу обязательного медицинского страхования и для пациента бесплатно.

Но, безусловно, в настоящее время существуют широкие возможности проведения обследований на платной основе, чем нередко пользуются наши граждане, кому это представляется более удобным.

– **Какие симптомы должны насторожить пациента и побудить обратиться к врачу вне зависимости от возраста?**

– Насторожить пациента должны такие тревожные признаки, как появление примеси крови в кале, изменение характера дефекации – запоры, поносы, чувство неполного опорожнения, а также появление болей, вздутия и дискомфорта в животе.

ность выявления новообразований толстой кишки, даже малоразличимых. Мы ожидаем, что со временем эта технология качественно улучшит скрининг и заметно повысит результативность вторичной профилактики колоректального рака.

Не меньшее значение мы придаем разработанной нами риск-ассоциированной модели скрининга, которая основана на персонифицированном подходе и учете индивидуальных факторов риска при помощи оригинального опросника. Такой подход позволяет выявить группу лиц высокого риска, которым в первую очередь необходимо углубленное обследование, несмотря на отсутствие симптомов.

Таким образом, скрининг колоректального рака – это активно развивающаяся программа, как в технологическом, так и в организационном плане.

– **Правда ли, что колоректальный рак долго может не давать симптомов? Как в таком случае его обнаружить вовремя?**

– Вы совершенно правы – как правило, колоректальный рак длительное время, надо полагать – много месяцев, протекает бессимптомно. Появление жалоб, о которых мы говорили раньше, свидетельствует о том, что заболевание прогрессирует и уже не соответствует ранней стадии течения онкологического процесса. Именно поэтому мы не устаем говорить о необходимости проведения колоноскопии и других скрининговых методов.

Я бы даже сформулировал эту ситуацию следующим образом: своевременное выявление колоректального ра-

с. 4

ка во многом зависит от ответственного отношения каждого человека к своему здоровью. Каждый из нас как минимум должен регулярно проходить обследования, хотя бы в рамках диспансеризации. Например, анализ кала на скрытую кровь выполнять ежегодно после 40 лет, а колоноскопию – 1 раз в 5 лет при отсутствии факторов риска.

– **Какие методы скрининга сегодня применяются в России и насколько они доступны?**

– Давайте напомним, что для каждого гражданина нашей страны в рамках диспансеризации предусмотрен скрининг онкологических заболеваний, в том числе колоректального рака. Последний предусматривает два этапа: первоначально выполняется исследование кала на скрытую кровь (фекальный иммунохимический тест) 1 раз в 2 года у граждан с 40 до 64 лет и ежегодно с 65 до 75 лет. На втором этапе, в случае положительного результата этого теста или при наличии показаний, выполняется колоноскопия. Доступность этих методов может несколько различаться в зависимости от региона, в некоторых случаях, например, требуется ожидание записи на колоноскопию. Но в целом, возможность пройти скрининговое обследование есть у всех граждан нашей страны.

Редакция газеты «Беседы о здоровье. Онкология» приносит благодарность за помощь в подготовке интервью Дмитрию Геннадьевичу Шахматову, кандидату медицинских наук, хирургу-колопроктологу высшей квалификационной категории, заведующему 4-м отделением онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Колоректальный рак: что необходимо знать каждому?

Колоректальный рак – это злокачественная опухоль, развивающаяся в толстой или прямой кишке. Этот диагноз сегодня, к сожалению, слышат десятки тысяч людей в России и по всему миру каждый год. Но важно помнить, что и в этом случае работает «золотое правило онкологии»: чем раньше выявлено заболевание, тем выше шансы на успешное лечение. Рассмотрим, как часто встречается колоректальный рак, кто находится в группе риска и какие меры можно предпринять для снижения вероятности его развития.

– **Насколько часто встречается?**

Согласно официальной статистике, только в 2024 г. в России было выявлено более 68 тыс. случаев колоректального рака. Это делает его одним из самых распространенных онкологических заболеваний в стране. Для сравнения: рак тонкой кишки, встречающийся гораздо реже, диагностировали в том же году лишь примерно у 1700 человек. Колоректальный рак входит в тройку лидеров по заболеваемости не только в России, но и во всем мире. Он развивается преимущественно у людей старше 50 лет, однако это заболевание может встречаться и у пациентов моложе 40.

– **Какие факторы повышают риск?**

Риск развития колоректального рака повышается при наличии определенных заболеваний, особого образа жизни и даже генетических особенностей. Основные факторы следующие.

1. Хронические воспалительные заболевания кишечника.

К таким заболеваниям относятся болезнь Крона и неспецифический язвенный колит. При длительном течении они могут приводить к таким изменениям слизистой оболочки кишечника, которые со временем трансформируются в злокачественные.

2. Полипы и аденомы.

Полипы – это доброкачественные образования на слизистой кишечника. Некоторые из них могут перерождаться в рак, особенно при семейной предрасположенности (например, при аденоматозном полипозе). Поэтому важно регулярно проходить диспансерное наблюдение.

3. Наследственность.

Синдром Линча – это наследственное заболевание, при котором риск развития рака толстой кишки повышается в молодом возрасте. Люди с этим синдромом часто не

– **Как проводится процедура скрининга? Нужно ли специально готовиться?**

– Самая важная подготовка к скринингу, как ни странно, это подготовка самого себя к необходимости своевременного обследования и просто прийти к врачу. А дальше уже задача специалиста рассказать, какая необходима подготовка в зависимости от назначенного исследования. Но если для фекального иммунохимического теста подготовка не требуется, то эффективность ведущего скринингового метода – колоноскопии весьма зависит от качества очищения кишки. Если вкратце, то это 3 дня бесшлаковой диеты и подготовка кишечника путем приема внутрь специальных растворов накануне процедуры.

– **Насколько эффективно раннее выявление опухолей кишечника? Есть ли шанс на полное излечение?**

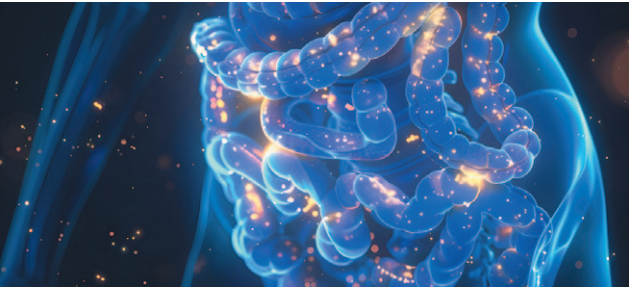
– Значение раннего обнаружения новообразований толстой кишки сложно переоценить, поскольку исход заболевания напрямую зависит от стадии колоректального рака. Здесь цифры говорят сами за себя. После хирургического лечения показатель пятилетней выживаемости составляет до 99% при I стадии, при II стадии это 68–83%, а для III стадии заболевания – 45–65%. К сожалению, среди пациентов с диагностированным колоректальным раком IV стадии лишь менее 15% переживают 5-летний порог.

Можно сказать, что в последние годы достигнуты значительные успехи в борьбе с этим заболеванием и нередко удается вылечить пациентов, которые ранее считались практически безнадежными. Но хочу еще раз подчеркнуть, что своевременное обследование может не только выявить рак на ранней стадии, но и вовсе предотвратить его, поскольку удаление вовремя обнаруженного полипа через колоноскоп – это легко переносимая безболезненная малоинвазивная операция, прерывающая цепочку событий, приводящих к развитию злокачественной опухоли.

– **Сергей Иванович, что бы вы сказали каждому, кто еще ни разу не проверял кишечник?**

– Не надо дожидаться симптомов, пройдите обследование, если вам уже исполнилось 40 лет. Тем более не стоит медлить, если уже есть нарушения деятельности кишечника. Тест на скрытую кровь легко доступен и не требует подготовки, а колоноскопия – высокоэффективный метод не только диагностики, но и профилактики рака толстой кишки, который хорошо переносится пациентом и может быть выполнен под седацией.

– **Сергей Иванович, благодарим Вас за интересную беседу!**



бодение кишки и перитонит. Это уже осложнения на поздней стадии, и лечение в таких случаях намного сложнее.

– **Как можно защитить себя?**

Профилактика – это всегда проще и эффективнее, чем лечение. Вот что вы можете делать:

- Регулярно проходить профилактическое обследование в рамках диспансеризации отдельных групп взрослого населения в поликлинике по месту жительства. Наиболее простым методом, позволяющим заподозрить неладное, является определение скрытой крови в кале.
- Раз в несколько лет проходить колоноскопию при наличии факторов риска или в возрасте старше 50 лет – по рекомендации врача.
- Вести активный образ жизни.
- Увеличить в рационе количество овощей, фруктов, злаков.
- Уменьшить потребление жирной, жареной и мясной пищи.
- Отказаться от курения и снизить или исключить употребление алкоголя.
- Контролировать вес и своевременно лечить хронические воспалительные заболевания под наблюдением врача.

– **Закключение**

Колоректальный рак – распространенное, но поддающееся лечению заболевание. Главное – не игнорировать симптомы, следить за своим здоровьем и не бояться обследований. Современные методы диагностики позволяют выявить болезнь на ранних стадиях, когда шансы на выздоровление особенно высоки. Современные методы терапии позволяют излечить это заболевание на ранних стадиях. Ваше здоровье – в ваших руках!

Стадии развития рака толстой кишки: от первых клеток до распространенного процесса

Рак толстой кишки, или колоректальный рак, – заболевание, которое развивается постепенно, проходя через несколько стадий своего развития. От того, на каком этапе опухоль обнаружена, напрямую зависит и подход к лечению, и прогноз. Чем раньше начнется лечение – тем больше шансов на выздоровление. Рассмотрим, как именно «растет» опухоль и что означает каждая стадия.

Как развивается рак?

Зачастую опухоль толстой кишки развивается на фоне предраковых изменений слизистой оболочки. Это могут быть полипы – доброкачественные образования на слизистой оболочке кишечника. Некоторые из них годами остаются безвредными, но часть способна трансформироваться в злокачественную опухоль. Этот процесс может занимать несколько лет, и именно поэтому так важно проходить регулярные профилактические обследования, особенно лицам из групп риска. Когда клетки начинают делиться неправильно, теряя способность к нормальному «поведению», появляется злокачественная опухоль. Ее поведение определяет дальнейшее распространение по организму и стадию болезни.

Стадии рака толстой кишки

В международной практике используется система стадирования TNM, где учитываются:

- **T** (tumor) – размер и распространение опухоли в пределах кишки;
- **N** (nodes) – поражение опухолью регионарных лимфатических узлов;
- **M** (metastasis) – наличие отдаленных метастазов.

На основе различных сочетаний этих данных выделяют четыре основные стадии рака толстой кишки.

I стадия

- Опухоль находится **только в пределах слизистой и подслизистой оболочки** кишки. Она еще не прорастает в глубокие слои стенки и **не затрагивает лимфоузлы**.
- Чаще всего заболевание протекает бессимптомно или с минимальными жалобами (нарушения стула, легкий дискомфорт).
 - При своевременном удалении опухоли прогноз очень хороший – пятилетняя выживаемость превышает 90%.

II стадия

- Опухоль **прорастает в мышечный и/или серозный слой кишки, но лимфоузлы остаются незатронутыми**.
- На этом этапе могут появляться более выраженные симптомы: **кровь в кале, боли в животе, изменения стула**.
 - Лечение такой опухоли более серьезное и включает хирургическое удаление опухоли и в ряде случаев химиотерапию.
 - Пятилетняя выживаемость – **от 70 до 85%** и зависит от глубины прорастания опухолью стенок кишки.

III стадия

- Помимо первичной локализации опухоли, рак распространяется и **на регионарные лимфоузлы** – те, что находятся рядом с кишкой.
- Опухоль может быть как крупной, так и относительно небольшой, но с уже имеющимся лимфогенным распространением.
- Часто симптомы усиливаются: **появляются боли, резкое снижение веса, анемия**.
 - Лечение обычно комбинированное: это комбинация **операции и химиотерапии**, иногда добавляют лучевую терапию (особенно при раке прямой кишки) в целях предоперационной подготовки или же устранения тягостных симптомов.
 - Прогноз зависит от числа пораженных лимфоузлов, но в среднем пятилетняя выживаемость колеблется **около 50%**.

IV стадия

Это самая тяжелая – запущенная – стадия, когда опухоль **дает отдаленные метастазы** – чаще всего в печень, легкие, реже в другие органы. Размер первичной опухоли может быть любым.

- Симптомы ярко выражены: **общая слабость, потеря веса, выраженные боли, нарушения пищеварения, а также локальные симптомы со стороны пораженных метастазами органов**.
- Лечение направлено на **продление жизни и улучшение ее качества, победить опухоль на этом этапе уже проблематично – вся терапия направлена на предотвращение ее дальнейшего распространения**. Применяется комплексная терапия: химиотерапия, таргетная терапия, паллиативные операции и радиотерапия. В ряде случаев химиолучевая терапия позволяет сократить объем опухоли и провести хирургическое лечение.
- Пятилетняя выживаемость составляет **10–15%**, но современные методы могут значительно увеличить продолжительность жизни даже на этом этапе.

Почему важно знать о стадиях?

Понимание стадий рака помогает пациенту и его близким ориентироваться в вариантах лечения, сроках и прогнозах. Самое главное – **рак не появляется внезапно**, большинство случаев можно выявить на ранних этапах. Особенно это важно для людей старше 45 лет, а также для тех, у кого есть отягощенная наследственность или хронические заболевания кишечника.

Заключение

Рак толстой кишки – не приговор, особенно если опухоль диагностирована на I–II стадии. Скрининг, колоноскопия, внимание к своему здоровью и симптомам – все это дает шанс на полноценное лечение и долгую жизнь. Не бойтесь обследований, не допускайте промедления – обратитесь к врачу!

Особенности различных видов колоректального рака

Колоректальный рак (КРР) – разнородное заболевание, клинические проявления и прогноз которого во многом зависят от локализации опухоли. Разные отделы толстой кишки имеют анатомические и функциональные различия, что влияет на симптоматику, диагностику и тактику лечения. В этой статье будут рассмотрены особенности опухолей восходящего отдела, метакронного колоректального рака и других специфических форм.

1. Рак восходящего отдела толстой кишки

1.1. Анатомические и клинические особенности

- Восходящая ободочная кишка имеет широкий просвет, поэтому опухоли в этом отделе долго не вызывают обструкции (закрытия просвета кишки). Однако они часто проявляются другими симптомами:
- Анемия – из-за хронической кровопотери (опухоли правых отделов склонны к изъязвлению) [1].
 - Длительная тупая боль в правой подвздошной области – связана с растяжением кишки или прорастанием опухоли в соседние ткани [2].
 - Общая слабость, потеря веса без очевидной причины – неспецифические признаки, которые могут быть единственными проявлениями на ранних стадиях [3].

1.2. Диагностические сложности

- Из-за отсутствия явных кишечных симптомов опухоль восходящего отдела часто выявляют на поздних стадиях [4].
- Колоноскопия с биопсией остается основным методом диагностики [5].

2. Метакронный колоректальный рак

2.1. Определение и причины

Метакронный КРР – это развитие второй опухоли толстой кишки через 6 мес и более после выявления первой [6].

Основные причины:

- Генетическая предрасположенность (например, синдром Линча).
- Неполное удаление предраковых поражений (аденом, полипов).
- Воздействие одних и тех же канцерогенных факторов на слизистую кишки [7].

2.2. Диагностика и профилактика

- Регулярное наблюдение – пациенты после резекции опухоли должны проходить колоноскопию каждые 1–3 года в рамках диспансерного наблюдения [8].
- Генетическое тестирование может дать дополнительную информацию при подозрении на наследственные синдромы [1].

3. Редкие формы колоректального рака

3.1. Рак слепой кишки

- Часто маскируется под аппендицит из-за схожей локализации боли [2].
- Может вызывать кишечную непроходимость при больших размерах опухоли.

3.2. Синхронный колоректальный рак

Одновременное наличие двух и более опухолей в разных отделах толстой кишки встречается в 3–5% случаев и тре-

бует тщательного обследования всей кишки перед операцией [5].

Заключение

Локализация колоректального рака определяет его клиническую картину и тактику лечения. Особое внимание следует уделять пациентам с метакронными и синхронными опухолями, а также наследственными формами КРР. Своевременная колоноскопия и генетическое консультирование помогают улучшить прогноз за счет адекватного подбора лечебной тактики.

Литература

1. Benson A.B., Venook A.P., Al-Hawary M.M. et al. NCCN Guidelines Insights: Colon Cancer, Version 2.2022. Journal of the National Comprehensive Cancer Network 2022; 20 (10): 1139–67.
2. Dekker E., Tanis P.J., Vleugels J.L.A. et al. Colorectal cancer. The Lancet 2019; 394 (10207): 1467–80.
3. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. et al. Global Cancer Statistics 2020. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2021; 71 (3): 209–49.
4. Levin T.R., Corley D.A., Jensen C.D. et al. Effects of organized colorectal cancer screening. Gastroenterology 2018; 155 (5): 1383–91.
5. Van Cutsem E., Cervantes A., Adam R. et al. ESMO consensus guidelines. Annals of Oncology 2016; 27 (8): 1386–422.
6. Glynn-Jones R., Wyrwicz L., Tiret E. et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology 2017; 28 (Suppl. 4): iv22–40.
7. Rawla P., Sunkara T., Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer. Prz Gastroenterol 2019; 14 (2): 89–103.
8. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2020. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2020; 70 (1): 7–30.

ГЛАВНАЯ ТЕМА

Колоректальный рак: местные и неспецифические симптомы

Колоректальный рак (КРР) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний, занимающее 3-е место в мире по частоте выявления среди злокачественных опухолей [1]. Данное определение относится к группе онкологических заболеваний, поражающих отделы толстой кишки до анального канала. Раннее определение симптомов играет ключевую роль в успешном лечении, однако клиническая картина на начальных стадиях часто стертая или маскируется под другие заболевания, что имеет место при наличии других хронических заболеваний у пациентов.

1. Местные симптомы колоректального рака

1.1. Нарушения работы кишечника

Одним из наиболее частых признаков КРР являются изменения характера стула и акта дефекации.

- Запоры или диарея – могут чередоваться, что связано с частичной обструкцией просвета кишки опухолью [2].
- «Лентовидный» стул – возникает при сужении просвета прямой кишки из-за роста опухоли в ее просвет [3].
- Ложные позывы к дефекации (тенезмы) – характерны для рака прямой кишки, так как опухоль раздражает рецепторы слизистой [4].

1.2. Кровь в стуле

Кровотечение – важный диагностический признак, который пациенты часто связывают с геморроем, что зачастую приводит к поздней диагностике.

- Алая кровь – чаще указывает на поражение дистальных отделов (прямая и сигмовидная кишка) [5].
- Темная или черная кровь (мелена) – может свидетельствовать о кровотечении в отдаленных отделах толстой кишки [6].

1.3. Боль в животе и дискомфорт

- Схваткообразные боли – тревожный признак, возникают из-за кишечной непроходимости на поздних стадиях [7].

- Чувство неполного опорожнения кишечника – характерно для опухолей прямой кишки [4].

2. Неспецифические (общие) симптомы

Эти проявления не являются строго специфичными для КРР, но их появление должно насторожить пациента и врача. Часто они становятся проявлением нарастающей опухолевой интоксикации и роста опухоли при распространенных и генерализованных онкологических процессах.

2.1. Анемия и слабость

- Железодефицитная анемия – развивается из-за хронической кровопотери, особенно при правосторонних опухолях [5].
- Слабость, утомляемость, бледность – следствие анемии и интоксикации [3].

1.2. Потеря веса без причины

Необъяснимое прогрессирующее снижение массы тела на 5% и более за 6 мес – симптом, который может указывать на онкологический процесс [1].

2.3. Тошнота и снижение аппетита

Эти явления обусловлены интоксикацией и нарушением пищеварения [2].

3. Когда обращаться к врачу?

Согласно рекомендациям Американского онкологического общества (American Cancer Society, ACS), при появлении следующих симптомов необходимо пройти обследование:

- Кровь в стуле.
- Изменение характера стула в течение 4 нед и более.
- Необъяснимая анемия.
- Потеря массы тела без диет и нагрузок [8].

Заключение

Колоректальный рак может длительное время протекать бессимптомно или маскироваться под другие заболевания желудочно-кишечного тракта. Знание местных и неспецифических симптомов позволяет заподозрить болезнь на ранней стадии, когда лечение наиболее эффективно. При наличии тревожных признаков или при любых сомнениях следует обратиться к врачу для проведения колоноскопии – «золотого стандарта» диагностики КРР [7].

Литература

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2021; 71 (3): 209–49.
2. Benson A.B., Venook A.P., Al-Hawary M.M. et al. NCCN Guidelines Insights: Colon Cancer, Version 2.2022. Journal of the National Comprehensive Cancer Network 2022; 20 (10): 1139–67.
3. Van Cutsem E., Cervantes A., Adam R. et al. ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. Annals of Oncology 2016; 27 (8): 1386–422.
4. Glynne-Jones R., Wyrwicz L., Tiret E. et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 2017; 28 (Suppl. 4): iv22–40.
5. Levin T.R., Corley D.A., Jensen C.D. et al. Effects of organized colorectal cancer screening on cancer incidence and mortality in a large community-based population. Gastroenterology 2018; 155 (5): 1383–91.
6. Rawla P., Sunkara T., Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. Prz Gastroenterol 2019; 14 (2): 89–103.
7. Dekker E., Tanis P.J., Vleugels J.L.A. et al. Colorectal cancer. The Lancet 2019; 394 (10207): 1467–80.
8. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2020. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2020; 70 (1): 7–30.

Колоректальный рак: когда необходимо обратиться к врачу и какие методы обнаружения опухоли существуют

Колоректальный рак (КРР) – злокачественное новообразование, которое развивается в слизистой оболочке толстой и прямой кишки. Он занимает одну из лидирующих позиций среди онкологических заболеваний по заболеваемости, но при этом относится к числу поддающихся лечению при своевременном выявлении. Современная медицина располагает эффективными методами для его диагностики на ранних стадиях, что в разы увеличивает шансы на полное выздоровление. К сожалению, не все пациенты проходят регулярно профилактическое обследование: ключевую роль в раннем выявлении играет осознанность самих пациентов – умение вовремя заметить тревожные симптомы или пройти обследование, даже если ничего не болит.

Сигналом для обращения к врачу может стать изменение привычной работы кишечника: длительные запоры, или, напротив, диарея, или чередование этих состояний без очевидной причины, изменение формы кала – например, он становится в виде ленты или «овечьего кала». Особенно настораживающим признаком является кровь в кале – как яркого, алого цвета, так и скрытая, заметная только при лабораторном анализе. Кроме того, поводом для беспокойства могут стать длительные, беспричинные боли в животе, вздутие, ощущение тяжести, снижение аппетита, резкая потеря массы тела и немотивированная слабость. Эти симптомы не обязательно указывают на злокачественный процесс, но требуют исключения этой серьезной патологии. Наиболее внимательными должны быть люди старше 50 лет, а также те, у кого есть наследственная

предрасположенность к колоректальному раку, случаи заболевания у близких родственников, а также наличие множественных полипов толстой кишки.

На данном этапе обсуждения методов обнаружения КРР стоит обратить внимание на различие, по мнению Всемирной организации здравоохранения, скрининговых методов обследования и ранней диагностики. Ранняя диагностика проводится при наличии симптомов, тогда как скрининг – это плановое обследование внешне здоровых людей с целью выявления заболевания до появления каких-либо признаков. Скрининг – один из самых действенных способов профилактики колоректального рака. Благодаря ему можно обнаружить не только начальные формы опухоли, но и предраковые образования – полипы, ко-

торые со временем могут переродиться в рак. Во многих странах действует государственная программа скрининга КРР и онкологи рекомендуют начинать такие обследования с 50 лет. Основным методом скрининга КРР является тест кала на скрытую кровь, который рекомендуется проводить ежегодно. Нужно отметить, что это простой, неинвазивный и весьма действенный метод скрининга. При его положительном результате пациенту назначается колоноскопия и дообследование. Пациенты с фоновыми процессами, в частности полипозом кишечника, должны проходить регулярное диспансерное наблюдение у врача с периодическим выполнением колоноскопии и взятием биопсии из подозрительных очагов. Так можно вовремя «захватить» начало заболевания и эффективно его излечить.

Стоит уточнить, что выявление фоновых и предраковых заболеваний может привести к снижению заболеваемости злокачественными новообразованиями, тогда как выявление уже развившейся опухоли, пусть даже локализованной, не приведет к снижению заболеваемости, но выразится в снижении смертности от этих заболеваний. Обе цели являются приоритетными при проведении скрининга, и в этой связи соответственно выделяют первичную и вторичную профилактику рака. Также существует и третичная профилактика – это организация оказания медицинской помощи онкологическим пациентам на этапах специального лечения и диспансерного наблюдения с целью предупреждения развития рецидива.

с. 7

Итак, при наличии симптомов врач назначает диагностические процедуры. Одним из первых методов может быть анализ кала на скрытую кровь. Это неинвазивный и простой способ, позволяющий выявить даже минимальное кровотечение из опухоли. Если есть подозрение на патологию, пациенту показана колоноскопия – эндоскопическое исследование, позволяющее осмотреть всю толстую кишку изнутри и при необходимости взять ткань на биопсию. При выявлении полипов их часто удаляют сразу во время процедуры, предотвращая переход в злокачественную форму. Для постановки окончательного диагноза проводится морфологическое исследование биопсийного материала, забор которого производится при колоноскопии. Анализы крови также входят в перечень обследований, особенно для выявления анемии, которая может быть следствием хронической потери крови. В некоторых случаях определяют уровень онкомаркеров РЭА (рако-

вый эмбриональный антиген) и СА 19-9 (карбогидратный антиген), хотя они не являются специфическими и используются скорее для мониторинга состояния пациента, чем для первичной диагностики. Также врач назначает рутинные обследования для определения распространенности опухоли в организме: рентгенографию органов грудной клетки и ультразвуковое исследование органов брюшной полости; женщин направляют на осмотр к гинекологу. Такой минимальный набор обследований дает необходимую первичную часть информации о состоянии организма и опухоли; на этой основе будет произведено первичное стадирование процесса.

Эффективность лечения КРР напрямую зависит от стадии, на которой было начато лечение. На первой стадии пятилетняя выживаемость превышает 90%, тогда как при распространенном процессе с отдаленными метастазами этот показатель снижается до 10–15%. Современные ме-

тоды включают хирургическое удаление опухоли, химиотерапию и таргетную терапию, позволяют достичь значительных успехов, особенно если рак выявлен вовремя, – на этапе локализованного первичного очага. Вот почему так важно не откладывать визит к врачу при малейших сомнениях и проходить регулярные профилактические обследования.

Колоректальный рак – это пример онкологического заболевания, которое можно не только вылечить, но и предотвратить. Для этого нужно быть внимательным к своему организму, не игнорировать сигналы, которые он подает, и относиться к скринингу не как к формальности, а как к важной инвестиции в свое здоровье.

Ранняя диагностика и своевременное лечение – залог высокой эффективности терапии, сохранения качества жизни и ее продолжительности. Не упустите момент!

Методики, применяемые в лечении колоректального рака

Несмотря на потенциальную опасность, современные методы лечения позволяют успешно бороться с онкологическими заболеваниями, особенно если они выявлены на ранних стадиях. Колоректальный рак – не исключение. Его лечение всегда индивидуально и зависит от многих факторов – локализации опухоли, ее размеров, степени распространенности, общего состояния пациента и наличия сопутствующих заболеваний. Врачебная тактика может включать хирургическое вмешательство, лучевую терапию, противоопухолевую лекарственную терапию (химиотерапию, таргетную и иммунотерапию), а в ряде случаев применяются и малоинвазивные вмешательства с паллиативной целью, такие как эндоскопическое стентирование толстой кишки при опухолевой непроходимости.



Основой лечения остается **хирургическое удаление опухоли**. При локализованных формах рака операция может быть радикальной, когда следует считать, что опухоль полностью удалена из организма. В зависимости от локализации процесса выполняется резекция участка ободочной или прямой кишки с последующим соединением (анастомозом) оставшихся концов толстой кишки. При необходимости удаляются регионарные лимфоузлы, так как именно в них в первую очередь распространяются опухолевые клетки. Современные хирургические методы стремятся к максимальному сохранению функций кишечника и сфинктерного аппарата. В ряде случаев возможно выполнение лапароскопических или робот-ассистированных операций, которые сопровождаются меньшей кровопотерей, меньшим болевым синдромом и более коротким периодом восстановления.

В ряде случаев при низком расположении опухоли в малом тазу хирургическое лечение оканчивается наложением колостомы, когда на передней брюшной стенке делается отверстие, к которому подшивается здоровая часть кишки и ее содержимое будет выводиться наружу. Данное состояние может быть временным и является этапом лечения перед восстановлением проходимости кишечника или может быть постоянным. В любом случае колостома приносит дискомфорт в жизнь пациента, но является важным фактором в поддержании жизнеспособности организма и выведении шлаков из организма. Работу с колостомированными пациентами проводят специально обученные врачи-онкологи и врачи-реабилитологи, которые помогают подобрать оптимальный калоприемник, научат обращаться с ним и следить за гигиеной.

Если опухоль выявлена на более поздних стадиях или имеются противопоказания к хирургии, назначается **комбинированное или медикаментозное противоопухолевое и симптоматическое лечение**. Химиотерапия является стандартом при распространенных формах рака и может применяться как до операции (неoadъювантная), с целью уменьшения размера опухоли и повышения шансов на успешное хирургическое вмешательство, так и после нее (адъювантная), чтобы уничтожить оставшиеся микроскопические опухолевые клетки. Наиболее часто применяемыми схемами являются FOLFOX (5-фторурацил, лейковорин и оксалиплатин) и XELOX (капецитабин и оксалиплатин, иногда встречается наименование схемы CAPOX). При метастатическом процессе химиотерапия может использоваться как основное средство контроля болезни, позволяя замедлить ее прогрессирование и продлить жизнь пациента.



Наука не стоит на месте – в последние годы активно развивается **таргетная терапия**, которая воздействует на молекулярные мишени, участвующие в росте и размножении опухолевых клеток. Такие препараты, как бевацизумаб (ингибитор ангиогенеза) и цетуксимаб (блокатор рецепторов эпидермального фактора роста), применяются в зависимости от генетических характеристик опухоли – например, наличия или отсутствия мутаций в генах KRAS или BRAF. Иммунотерапия, стимулирующая собственную иммунную систему пациента для борьбы с раком, также находит свое применение, особенно при наличии микросателлитной нестабильности в опухоли, что делает ее более чувствительной к подобным методам.

Лучевая терапия чаще применяется при опухолях прямой кишки. Она может проводиться до операции для уменьшения объема опухоли и повышения вероятности сфинктеросохраняющей операции или после – для уменьшения риска рецидива, а также и с симптоматической целью. В сочетании с химиотерапией лучевая терапия усиливает эффект лечения за счет синергии двух методов.

Особую сложность представляют ситуации, когда опухоль вызывает кишечную непроходимость – одно из самых тяжелых осложнений, которое может сопровождаться болями, тошнотой, рвотой, задержкой газов и стула, выраженной интоксикацией. При полной непроходимости без немедленной медицинской помощи состояние пациента быстро ухудшается, и в таких случаях требуется неотложное вмешательство. Одним из современных и малоинвазивных способов решения проблемы является **эндоскопическое стентирование кишечника**. Эта процедура заключается во введении через колоноскоп саморасширяющегося стента из металлической сетки в суженный опухолью участок кишки. После установки стент расправляется и восстанавливает просвет кишечника, позволяя пищевым массам свободно проходить. Такое вмешательство может быть как временным решением перед плановой операцией (так называемый «мост к хирургии»), так и паллиативной мерой для облегчения состояния пациента, если радикальное лечение невозможно из-за распространенности процесса или тяжелого общего состояния.

Стентирование кишечника существенно снижает потребность в экстренных операциях, которые в прошлом часто заканчивались выведением постоянной колостомы (выведение конца толстой кишки на переднюю брюшную стенку). Благодаря восстановлению проходимости можно подготовить пациента к последующему лечению, провести дооперационную химио- или химиолучевую терапию, а в случае паллиативного подхода – обеспечить прием пищи и повысить качество жизни без тяжелого хирургического вмешательства. Процедура проводится под контролем эндоскопа и рентгена, как правило, без необходимости в общем наркозе, что делает ее доступной для ослабленных пациентов и пожилых людей.

Несмотря на развитие технологий, выбор метода лечения колоректального рака всегда основывается на принципе индивидуального подхода. Командная работа консилиума врачей – онколога, хирурга, эндоскописта, химиотерапевта и радиотерапевта – позволяет подобрать наиболее эффективную стратегию. В одних случаях приоритет отдается радикальному удалению опухоли, в других – основное внимание уделяется сохранению качества жизни и уменьшению симптомов. Независимо от стадии заболевания при современном подходе возможно добиться значительных результатов в лечении и продлении жизни. Главное – не откладывать обращение к врачу, при необходимости проходить обследование и доверять специалистам. **Колоректальный рак – это не приговор, а диагноз, с которым можно и нужно бороться и который можно победить!**

ГЛАВНАЯ ТЕМА

Особенности лечения больных колоректальным раком в старческом и пожилом возрасте

Публикации последних лет свидетельствуют о неуклонной тенденции роста заболеваемости колоректальным раком во всем мире. В структуре смертности от онкологических заболеваний в большинстве развитых стран колоректальный рак занимает 2-е место. В России среди причин смерти от онкологических заболеваний колоректальный рак в течение нескольких последних лет вышел на 1-е место среди пациентов пожилого и старческого возраста. По прогнозам, к 2035 г. доля пожилого и старческого возраста в мире увеличится до 40%.



При колоректальном раке хирургическое вмешательство остается ведущим компонентом современного эффективного лечения и единственным способом радикального удаления опухоли. Анализ данных литературы, проведенный объединенной группой по изучению колоректального рака (Colorectal Cancer Collaborative Group), направленный на сравнение результатов лечения больных разных возрастных групп, показал, что гериатрические пациенты отличаются рядом особенностей: сниженные функциональные резервы органов и систем; наличие сопутствующих заболеваний; запущенность онкологического процесса; высокий процент экстренной хирургической помощи; меньшая по сравнению с молодым населением вероятность получения радикального хирургического лечения; низкая общая выживаемость после хирургического

вмешательства. Первые две особенности стареющего организма (снижение функциональных резервов и наличие сопутствующих заболеваний) не связаны с развитием онкологического процесса и, как правило, взаимодополняют друг друга. Британское гериатрическое сообщество (BGS) определяет следующие маркеры ослабленности старческого организма: невозможность выполнить одну и более из повседневных рутинных самостоятельных нагрузок (принятие душа, одевание, туалет, передвижение, прием пищи и т.д.); инсульт в предшествующие 3 мес; депрессия; деменция; падения в анамнезе; одна и более незапланированных госпитализаций за последние 3 мес; признаки недостаточности питания; вынужденный постельный режим; недержание. Астенизация больных старческого возраста характеризуется наличием двух и более указанных признаков, тщательное выявление которых имеет прямое влияние на прогноз хирургического лечения. Распространенной является ситуация, при которой у пожилого человека, находящегося до момента операции в удовлетворительном состоянии, в послеоперационном периоде происходят множественные нарушения функций органов и систем. По мнению Р.Е. Marik, причиной такого феномена являются истощенные физиологические резервы. Полиморбидность – наличие у большинства пациентов старческой возрастной группы двух и более сопутствующих заболеваний. В России в среднем на 1 человека старческого возраста приходится 5,5 заболеваний. Характер и количество сопутствующих заболеваний напрямую связаны с риском развития послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности. Несмотря на вышеуказанные особенности, на сегодняшний день широко распространены и являются общепри-

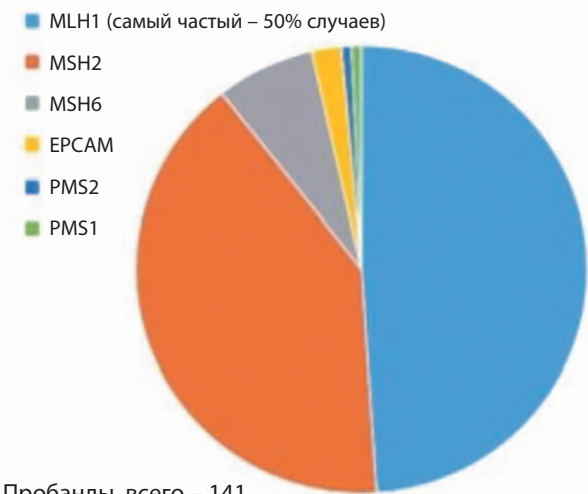
нятыми хирургические вмешательства у пожилых людей при заболеваниях сердца, сосудов, опорно-двигательного аппарата. При онкологических заболеваниях позиция хирургов зачастую более сдержанная. Однако за последние десятилетия достигнуты значительные успехи в подготовке гериатрических пациентов к стандартизованному хирургическому лечению колоректального рака и в научном мире уже сформировался постулат: ближайшие и отдаленные сапсег-специфические показатели хирургического лечения старческого контингента не зависят от возраста и не имеют достоверного отличия от результатов лечения лиц более молодых возрастных групп. Канадские исследователи сравнили качество жизни пациентов старше 80 лет, перенесших оперативное вмешательство по поводу колоректального рака, и пациентов младше 70 лет. Результаты оказались одинаковыми, за исключением уровня физической активности и выявления в старшей возрастной группе проблем, связанных с наличием стомы. Многочисленные европейские исследования доказывают, что качество жизни престарелого пациента, перенесшего хирургическое лечение, по большинству показателей не отличается от такового у более молодых пациентов. В итоге при возможности хирургического лечения оно должно быть предложено независимо от хронологического возраста. У больных пожилого и старческого возраста с осторожностью может применяться агрессивная хирургическая тактика согласно основным стандартам онкологической помощи (расширенные и комбинированные вмешательства, лимфодиссекции и др.).

Кочанов Д.А. – врач-онколог Отделения торакоабдоминальной онкологии и хирургии, канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Российского университета медицины;
Габоян А.С. – заведующий Отделением торакоабдоминальной онкологии и хирургии, д-р мед. наук, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии Российского университета медицины;
Азовская В.В. – врач-онколог Отделения торакоабдоминальной онкологии и хирургии, ассистент кафедры онкологии и лучевой терапии Российского университета медицины

ШПАРГАЛКА

Синдром Линча и про MSI/dMMR

Генетический ландшафт синдрома Линча в России



Пробанды, всего – 141
Точковые патогенные варианты – 128 (90,8%)
Крупные перестройки – 13 (9,2%)
Новые патогенные варианты – 17 (12,1%)

А.С. Цуканов

Алгоритм ежегодного мониторинга пациентов с патогенными вариантами в генах системы репарации ДНК

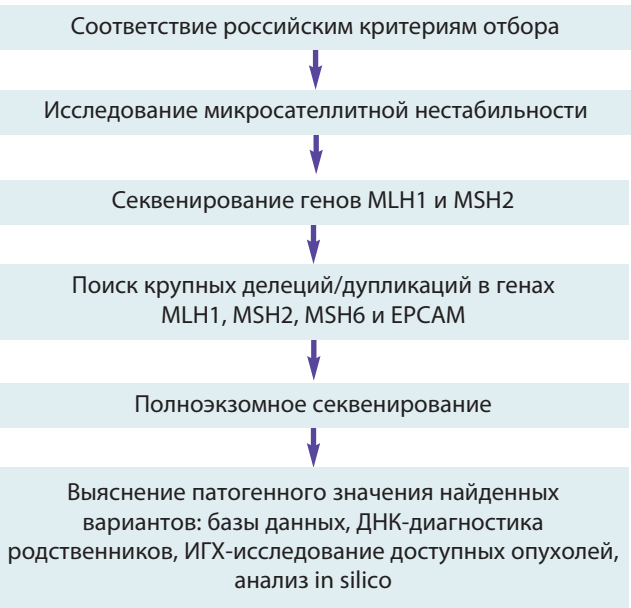
- Колоноскопия – с 22 лет.
- Гастроскопия – с 27 лет.
- Женщинам – УЗИ матки с придатками с 27 лет.
- При мутации гена MSH2 – обследование органов мочевыделительной системы и выполнение цитологического анализа мочи с 32 лет.

Диагностика синдрома Линча

- Колоректальный рак (КРР): все случаи рака толстой кишки, независимо от возраста, должны быть изучены на статус микросателлитной нестабильности – либо методом изучения ДНК в опухоли, либо методом иммуногистохимического (ИГХ) исследования.
- Рак эндометрия и яичников – только методом ИГХ.

* Стандартная ПЦР-панель из 5 маркеров отлично работает в диагностике КРР, но недостаточна для других опухолей (эндометрий, молочная железа, яичники).

Правильный алгоритм диагностики синдрома Линча



А.С. Цуканов

Источники:
1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-sindroma-lincha-u-onkologicheskikh-patsientov-pozitsiya-mezhregionalnoy-organizatsii-molekulyarnykh-genetikov-v-onkologii/pdf>
2. URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/arkhiv-patologii/2023/1/1000419552023011036?ysclid=m5x51oo2l3605447554>
3. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31056702/>

Пищевые волокна: щит от рецидива?



Пищевые волокна, или клетчатка, играют важную роль в снижении риска заболевания раком толстой кишки. Это, как говорится, научно-медицинский факт. Кстати, с целью профилактики этого онкозаболевания Всемирная организация здравоохранения рекомендует употреблять не менее 25 г клетчатки в день. Для наглядности приводим самый доступный вариант:

- 1 чашка вареной фасоли (13 г клетчатки);
- 1 банан среднего размера (3 г клетчатки);
- 2 морковки среднего размера (4 г клетчатки);
- 2 ломтика цельнозернового хлеба (4 г клетчатки);
- 1/4 чашки семян подсолнечника (3 г клетчатки).

Итого: 27 г клетчатки, дневная норма выполнена!

А может ли клетчатка стать «щитом» и оградить онкореконвалесцента от рецидива этого заболевания?

Результаты исследований подтверждают эту связь, показывая, что достаточное потребление клетчатки после лечения колоректального рака (КРР) может улучшить прогноз и увеличить продолжительность жизни. Например, в исследовании, опубликованном в журнале JAMA (Journal of the American Medical Association), было

показано, что у пациентов с КРР, которые употребляли больше клетчатки, риск рецидива был на 22% ниже, а общая выживаемость была выше по сравнению с пациентами, которые употребляли меньше клетчатки. Другие научные исследования также подтверждают эти результаты, показывая, что клетчатка защищает от КРР на разных этапах – от профилактики до снижения риска рецидива.

Как это работает?

Во-первых, через нормализацию моторики кишечника и сокращение времени транзита. Клетчатка увеличивает объем фекальных масс, ускоряет его прохождение через кишечник, уменьшая тем самым контакт слизистой оболочки толстой кишки с потенциальными канцерогенами. И предотвращает запоры, которые тоже расцениваются как факторы, предрасполагающие к ККР. Во-вторых, клетчатка способствует поддержанию здоровой микрофлоры кишечника. Ведь клетчатка является пищей для полезных бактерий в кишечнике (пробиотиков). Ферментация клетчатки бактериями приводит к образованию короткоцепочечных жирных кислот, особенно бутирата. Бутират – основной источник энергии для клеток толстой кишки. Помимо этого, бутират обладает противовоспалительными свойствами, снижая уровень воспаления в кишечнике, способствующего развитию рака, вследствие усиления апоптоза (программированной гибели) раковых клеток. В-третьих, клетчатка связывает и адсорбирует различные канцерогенные вещества, образующиеся в процессе пищеварения (например, гетероциклические амины, полициклические ароматические углеводороды, нитрозамины), и препятствует их попаданию в кровь. Связанные с клетчаткой канцерогены выводятся из организма с калом. В-четвертых, клетчатка модулирует иммунный ответ в кишечнике, снижает уровень провоспалительных цитокинов и усиливает противовоспалительную активность. Поддержание целостности кишечного барьера с помощью клетчатки также предотвращает проникновение бактерий и токсинов в кровоток, что снижает уровень системного воспаления. В-пятых, клетчатка способна связывать желчные кислоты в кишечнике и способствует их выведению с калом. Это

снижает концентрацию желчных кислот в толстой кишке, которые при определенных условиях могут оказывать раздражающее и канцерогенное действие на слизистую оболочку. В-шестых, клетчатка замедляет всасывание глюкозы из кишечника в кровь и таким образом помогает стабилизировать уровень глюкозы в крови и снизить уровень инсулина. Клетчатка повышает чувствительность тканей к инсулину, что снижает риск развития инсулинорезистентности и гиперинсулинемии, которые связаны с повышенным риском развития рецидива КРР.

Актуальный вопрос: как увеличить потребление клетчатки?

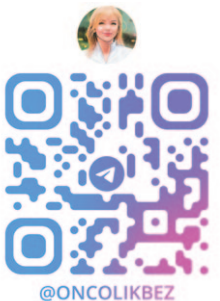
- Включайте в каждый прием пищи фрукты, овощи и цельнозерновые продукты.
- Выбирайте цельнозерновой хлеб, макароны и крупы вместо белых, рафинированных продуктов.
- Добавляйте в рацион бобовые (фасоль, чечевицу, нут).
- Ешьте фрукты и овощи с кожурой, если это возможно.
- Добавляйте отруби в готовую еду – каши, йогурты и выпечку.
- Перекусывайте орехами и семечками.

Не игнорируйте важный совет:

- Начинайте увеличивать потребление клетчатки постепенно, чтобы избежать дискомфорта в кишечнике (газообразование, вздутие).
- Пейте достаточное количество чистой воды (не менее 8 стаканов в день), чтобы клетчатка могла эффективно выполнять свои функции.

Обратите внимание, что эти рекомендации – общие, возможно, что-то из них вам не подойдет, а что-то нужно изменить и подстроить под себя. **Не стесняйтесь посоветоваться с врачом, ведь питание – это чрезвычайно важная часть жизни человека, поборовшего рак!**

Кукош М., врач-онколог,
автор ТГ-канала «Онколикбез»



ШПАРГАЛКА

Колоректальный рак: спорадический и наследственный синдромы

СПОРАДИЧЕСКИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК (КРР)

- Встречается в 90% случаев.
- Соматические мутации в онкогенах/генах-супрессорах опухоли.
- Возраст развития рака – после 60 лет.
- Семейный анамнез не отягощен.
- Как правило, единичные случаи рака.
- Стандартный объем оперативного вмешательства.
- Соматические (в опухолевых клетках) мутации в генах KRAS и NRAS встречаются в 50% случаев КРР (перед назначением таргетных препаратов метастатическим больным).
- Около 15% опухолей имеют высокий уровень микросателлитной нестабильности (II и IV стадии + молодые/семейные).
- До 10% соматических мутаций в гене BRAF встречается при раке толстой кишки (РТК).

Диагностика при спорадическом раке

- Обязательно указывать в генетическом заключении метод и тест-систему, которыми выполнялось исследование генов KRAS, NRAS, BRAF.
- При отсутствии выявления соматической мутации методом полимеразной цепной реакции целесообразно продолжение генетического поиска.
- В качестве «золотого стандарта» целесообразно секвенирование экзонов, в которых могут находиться соматические мутации.

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ КРР

- Встречается в 5–10% случаев.
- Наследственные патогенные варианты в генах-супрессорах опухоли.

- Возраст развития рака: до 45–50 лет.
 - Случаи рака у родственников.
 - Высокий риск повторных опухолей.
 - Желательно расширенный объем оперативного вмешательства.
- ! Возможность выполнения профилактических операций.

Наследственные варианты:

- Синдром Линча.
- Аденоматозный полипоз (ассоциированный с патогенными вариантами APC, MUTYH).
- Гамартомный полипоз (синдром Пейтца–Егерса, ген STK11).

СИНДРОМ ЛИНЧА

- Наиболее частый наследственный рак.
- Частота: 1 случай на 300–500 человек.
- Описан в 1965 г.
- Аутосомно-доминантный тип наследования.
- Риск развития РТК – 80%.
- Возраст манифестации: на 25–30 лет меньше популяционного возраста развития рака.
- Диагноз возможно установить только генетически.

Критерии исследования на синдром Линча

Амстердамские критерии I+II:

- Возраст больного РТК – до 50 лет.
- Трое или более родственников с РТК.
- Заболевание в нескольких поколениях.
- Семейный аденоматоз толстой кишки должен быть исключен.
- Внекишечные раки.

Рекомендации Бетезда (2004):

Амстердамские критерии + микросателлитная нестабильность (MSI-H/dMMR)

Критерии НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих:

- КРР у пациента в возрасте до 43 лет.
- Наряду с КРР еще 2 или более случаев рака любой локализации у пациента или его кровных родственников.

СЕМЕЙНЫЙ АДЕНОМАТОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- Классическая форма: более 100 полипов.
- Тяжелая форма: более 1000 полипов.
- Возраст заболевания: 10–35 лет.
- Риск развития рака – 100% (развивается к 35–45 годам).
- Около 80% случаев – мутации гена APC.
- MUTYH-ассоциированный полипоз.

! Клинические рекомендации «Аденоматозный полипозный синдром»: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/738_1?ysclid=m9wnbjmatn466176198

СИНДРОМ ПЕЙТЦА–ЕГЕРСА (ГАМАРТОННЫЙ ПОЛИПОЗ)

- Гамартонные полипы в толстой, тонкой кишке и желудке.
- Пигментация слизистых оболочек.
- Семейный анамнез в 50% случаев.
- Риск развития рака: толстой кишки – 39%, поджелудочной железы – 36%, молочной железы – 55% и др.

Источники: Московское общество медицинских генетиков (МОМГ); Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова; Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих, А.С. Цуканов.

Неретина С., равный онкоконсультант

Нутриционная поддержка при онкологических заболеваниях

Онкологические пациенты часто сталкиваются с дефицитом массы тела. По данным статистики, при раке желудка, раке поджелудочной железы, опухолях головы и шеи, пищевода у 80% пациентов будут нарушения питательного статуса, что требует помощи в организации питания и назначении дополнительного питания. При других видах онкологии (например, рак легких, рак молочной железы) также наблюдается потеря массы тела. Важно осознавать и знать, что в 30% случаев летальный исход наступает именно в связи с кахексией (крайняя степень истощения). Поэтому вовремя выявленные дефициты и оказанная грамотная нутриционная поддержка улучшат качество жизни и продлят возможность получения химиотерапии.



Предлагаем пройти скрининг

Если у вас или у вашего близкого потеря массы тела составила более 4 кг за месяц или если объем порции еды уменьшился в 2 раза, это свидетельствует о необходимости обращения к врачу-диетологу для подбора питательной лечебной смеси.

Скрытые признаки недостаточности питания, на которые вы можете обратить внимание:

- сухая кожа;
- выпадение волоса;
- ломкость ногтей;
- жажда;
- сухость во рту;
- онемение пальцев рук, ног;
- отеки;
- ощущение зябкости;
- нарушение сна;
- раздражительность;
- перепады настроения.



Почему же так важно питание?

Чтобы проходить химиотерапию, сохраняя хорошее самочувствие, и успешно перенести операцию, пациент должен получать суточную норму калорий и белка, а этого по-

На что нужно обращать внимание в анализах крови:

- низкий общий белок;
- низкий альбумин;
- низкий трансферрин;
- низкий гемоглобин;
- низкое сывороточное железо.



рой можно добиться только с помощью дополнительного питания и правильно организованной нутриционной поддержки.

Отвращение к пище, отсутствие аппетита, а также рвота и тошнота часто встречаются на фоне химиотерапии. В таком случае нужно обязательно задумываться о том, не испытывает ли близкий человек голод.

Какие виды дополнительного лечебного питания бывают? Это сипинговые смеси, зондовое (энтеральное) питание, питание через гастростому, парентеральное питание. Ниже мы разберем подробнее, какой вид питания и когда нужен пациенту.

Чаще всего вне стационара, амбулаторно удобно использовать специальные сипинговые смеси. Название «сипинг» происходит от английского глагола sip («пить через трубочку»), т.е. данную смесь нужно пить медленно, маленькими глотками. Смеси бывают в разных формах: в виде порошка, который надо разводить в жидкости, в виде уже готовых вариантов – в бутылочках и тетрапаках небольших объемов. Они продаются в аптеках и маркетплейсах, в которых предусмотрен раздел аптечных препаратов. Объем смесей составляет от 125 до 200 мл, суммар-

но пациенты пьют 1–2 бутылочки в день. По данным исследований, более 500–600 ккал из сипинга – это максимально допустимое количество калорий, все остальное пациент должен получать из пищи. Данные смеси бывают разных видов, и лучше, чтобы их подбирали врач-диетолог. Питательные смеси отличаются по составу: есть более концентрированные или со сниженным содержанием углеводов, что может быть важно при наличии сахарного диабета у больного. При подборе смеси важно учитывать наличие заболеваний печени или почек. Важно, чтобы эти смеси употреблялись строго по инструкции: например, сухие смеси разводились по четкой схеме, указанной на упаковке, – а также важно соблюдать скорость приема смеси в 40 мин минимум. Если пить смесь залпом, может возникнуть диарея, что приведет к отказу пациента от смеси фактически из-за нарушения ее применения. Некоторые виды опухолей располагаются в области шеи, языка, ротоглотки, когда пациент не способен принимать пищу в связи с механическим препятствием и болевым синдромом. В этом случае существует несколько вариантов помощи пациенту. Первый – установка зонда для питания: в область желудка через нос проводится тоненькая трубочка (назогастральный зонд), через которую можно кормить пациента. Если это невозможно выполнить или пациент отказывается, прибегают ко второму варианту – установке гастростомы: в проекции желудка устанавливается маленькая трубочка, через которую можно кормить пациента прямо в желудок, минуя опухоли, находящиеся выше. В большинстве случаев проводится консилиум, на котором принимается общее врачебное решение о питании пациента через зонд или гастростому. При рекомендации врачей важно не откладывать и не отказываться от установки зонда или гастростомы, так как при большем истощении пациента восстановление будет проходить сложнее.

Если ни тот, ни другой способ нельзя применить, существует вариант внутривенного питания, но оно возможно только в стационарных условиях и требует серьезных показаний. Прежде всего, это невозможность питаться через рот, тогда единственным способом обеспечения суточного калоража остается кормление пациента через вену. Иногда питания из рациона и сипинга недостаточно, в таком случае тоже добавляется дополнительное парентеральное питание.

К препаратам внутривенного питания относятся растворы аминокислот, концентрированной глюкозы, жировые эмульсии, витамины, микроэлементы. По сути, еда напрямую попадает в вену, и пациент, не принимая пищу естественным путем, получает суточную норму калорий внутривенно. Такое питание вводится как в периферическую вену, так и в центральную – в зависимости от вида и объема выбранного парентерального питания. К сожалению, питание через вену не является физиологичным, поэтому назначается короткими курсами и по строгим показаниям в стационаре.

А как же миф, что витамины и питание подкармливают опухоль?

По клиническим рекомендациям, нутриционная поддержка нужна онкологическим пациентам в тех случаях, когда без питания и вовремя оказанной нутриционной поддержки лечение онкологического пациента порой невозможно. Питание в данном случае помогает пациентам пройти тяжелую химиотерапию, восстановиться после оперативного вмешательства и продлить годы жизни.

Заключение

Нутриционная поддержка – важное звено в лечении онкологического процесса, она помогает пациенту пройти лечение, восстановить силы, продолжить полноценную жизнь.

Смирнова О.А., научный сотрудник лаборатории нутрицевтики ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗМ

«Я чувствую, а значит – живу»: как поддержать человека с диагнозом «колоректальный рак»

Узнать о диагнозе рака – все равно что попасть в другую реальность. Особенно если речь идет о колоректальном раке, вторгающемся в самые интимные границы тела и представлений о себе.

Когда человек слышит этот диагноз, внутри что-то обрывается. Первая реакция – это не медицинский интерес к стадиям и схемам лечения. Это страх. Угроза жизни, боли, потери контроля над телом, зависимости от других, чувство стыда. Часто – страх быть отвергнутым или обременительным. Это не просто диагноз – это вторжение в очень личную часть жизни.

Одна из первых пациенток, с которой я работала, призналась: «Я боюсь даже не смерти. Я боюсь, что меня перестанут воспринимать как женщину, как человека. Что буду только диагнозом». Такие признания рождаются не в первые минуты. Сначала – паника, отрицание, поиск информации, попытки понять, насколько все серьезно. А потом приходит одиночество. Да, даже если рядом есть близкие. Потому что это – особое внутреннее переживание, к которому мало кто готов.

Диагноз колоректального рака часто сопровождается изменениями, которые напрямую затрагивают самооценку, представление о себе, интимность, вызывают ощущение уязвимости. Операции, стомы, временная или постоянная утрата контроля над функциями тела – это те изменения, которые пациенты нередко воспринимают как утрату человеческого достоинства. Возникают чувства стыда, отворачивания к себе, страха быть отверженным. Часто они не проговариваются, потому что «неудобно», «стыдно», «врачам не до того», «не хочется нагружать близких».

Психологу важно не подавлять данные эмоции. Не торопиться «успокаивать», не переубеждать. А быть рядом, поддерживать молчание, если оно необходимо, и давать пациенту возможность называть вещи своими именами. Не исправлять – слышать. Не предлагать немедленные решения – быть опорой.

Иногда человек может сказать: «Я не знаю, как жить дальше». И важно не спешить с ответом, не предлагать «найди позитив» или «держаться ради близких». Иногда поддержка – это просто быть рядом и сказать: «Я с вами. Я вас слышу. Это правда тяжело».

О близких, которых не видно

Близкие человека с онкологическим заболеванием часто становятся «невидимыми пациентами». Они держатся, поддерживают, берут на себя решение множества задач. Но при этом сами остаются без поддержки. Внутри – те же страхи, усталость, отчаяние, вина за то, что хочется отдохнуть, раздражение, которое потом снова вызывает вину. Они не жалуются. Ведь это «не у них рак». Но на консультациях они часто плачут. Потому что впервые их просто спрашивают: «А как вам в этом всем?»

Семья – важный ресурс. Но и зона риска – если чувства не проговариваются, если ожидания друг от друга не совпадают. Пациент может чувствовать, что он теперь «только обуза». Близкие – что «он больше не такой, как раньше». Говорить об этом непросто. Но это единственный путь сохранить подлинную связь.

Одна жена на консультации сказала: «Я боюсь его жалеть. Боюсь, что если начну – он сломается». А пациент, ее муж, признался: «Мне кажется, она уже попрощалась со мной. А я еще жив». Эти слова не из вины и не из обвинения. Это тоска по контакту, по возможности оставаться рядом, без страха задеть или сказать лишнее.

Группа поддержки как пространство, где можно быть живым

Работа с онкопсихологом – это не про избавление от страха. Это про разрешение жить с ним. Быть живым – не значит быть всегда сильным. Иногда быть живым – значит бояться, злиться, плакать, а потом снова находить в себе силы смеяться, пить кофе, строить планы. Даже маленькие. Группа поддержки пациентов – это то место, где человек может быть не «пациентом с диагнозом», а просто собой. Где можно говорить то, что не скажешь близким. Где можно услышать: «Ты не один». И это, пожалуй, самое важное. В группах люди делятся тем, о чем молчат даже с самыми близкими. Один участник однажды сказал: «Я впервые за долгое время почувствовал, что не притворяюсь. Что могу

быть собой. Со всеми страхами и надеждами». Такие моменты не исцеляют от болезни – но они исцеляют от одиночества.

Что важно помнить, когда вы рядом

- Не нужно быть сильным все время. Ни пациенту, ни его близким. Усталость и слезы – это не слабость.
- Не стоит пытаться «развеселить» или «замотивировать» человека, если он не готов. Лучше просто быть рядом и слушать.
- Простые фразы вроде «Я с тобой», «Я рядом», «Мы вместе» – работают лучше, чем любые советы.
- Стыд и отворачивание к изменениям в теле – частое, но не очевидное чувство. Его важно признавать и не обесценивать.
- Вопрос «Как ты?» может быть слишком сложным. Иногда лучше спросить: «Что ты сейчас чувствуешь?» или «Что бы тебе сейчас помогло?»

Если вы или ваш близкий столкнулись с диагнозом колоректального рака, важно помнить – вы не одни. На этом пути рядом могут быть не только родные и друзья, но и профессионалы, готовые поддержать: врачи, психологи, волонтеры, сообщества пациентов. За свое здоровье, за возможность чувствовать и жить – стоит бороться.

Психологическую поддержку можно получить бесплатно, анонимно и круглосуточно – просто позвоните на горячую линию службы помощи онкологическим пациентам и их близким «Ясное утро» по номеру 8-800-100-0191. Там вас услышат и поддержат – без оценок, без давления, с уважением к вашей боли и надежде.

Алина Морозова, специалист-психолог
Службы «Ясное утро»

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



«Диагноз стал поводом идти к своей цели»



Анастасия Николаева вместе с дочкой и кошкой живет в Воронеже – городе, известном своими военными подвигами, инженерными прорывами и выдающимися деятелями культуры.

Она много путешествует – у нее даже всегда собран чемодан на всякий случай, но больше всего Настя любит вязать. «Я мастер макраме и вязания. Вяжу всегда и везде.

“ В МОЕМ ВОССТАНОВЛЕНИИ МНЕ ОЧЕНЬ ПОМОГЛО МОЕ ТВОРЧЕСТВО... В ЭТИ МОМЕНТЫ НЕТ МЕСТА НЕГАТИВНЫМ МЫСЛЯМ. ”

Даже в свободное время вы, скорее всего, увидите, что я вяжу, – смеется она. – Однажды случилось так, что мое хобби переросло в работу и в моей жизни появился новый смысл».

Сейчас ей 40 лет, и уже несколько лет она живет с диагнозом «рак почки».

Полтора года назад, 30 августа 2023 г., она почувствовала себя плохо. Решила сделать УЗИ, прежде чем идти к доктору, – там ее отправили на МРТ, а потом к врачу-онкологу. Потом была срочная операция – опухоль удалили вместе с почкой 12 сентября.

Все это время Асю поддерживали сестра и дочь – в тот год девочка училась в 11-м классе, и ей, конечно, пришлось непросто. «Я потеряла свою маму в таком же возрасте и очень переживала за нее, – говорит Ася. – Но мысль, что я ей нужна, давала силы для восстановления. Диагноз и стал поводом к достижению своей цели, – продолжает она. – Я поняла, что всё: хватит сидеть вязать дома, пора идти к цели – открывать свою студию вязания».

Творческую студию она хотела открыть и до того, как узнала про диагноз, – причем хотела, чтобы это стало местом не только для работы, но и для проведения мастер-классов для онкобольных. С одним из близких она проходила этот путь в Воронеже и Москве и понимала важность проведения таких мероприятий.

Поэтому когда Ася сама начала проходить лечение, решила поддержать других девушек и написала лидеру онкообщества с предложением провести мастер-классы по теме вязания и макраме для подопечных фонда.

«В моем восстановлении мне очень помогло мое творчество. В процессе плетения или вязания я полностью погружаюсь в процесс – в эти моменты нет места негативным мыслям. Помню, как после операции, пока я лежала две недели в больнице, я связала рюкзак. Это очень отвлекло. И вот через год я открыла свою студию и помогаю онкопациентам. Ко мне приходят девчонки не только порукodelьничать, но и за общением и поддержкой. И получают их. Это очень важно, когда ты можешь оказаться в бережной атмосфере и получить помощь от других женщин».

Анастасии Николаевой очень повезло: врачи успели вовремя, дальнейшего лечения не требовалось, сейчас она в ремиссии, раз в год проходит обследование и развивает свою студию, а еще продолжает проводить творческие мероприятия для участниц онкообщества.

«Мне всегда нравилось проводить время активно: бильярд, рыбалка, – но жизнь разделилась на «до и после». Я стала ближе к Богу, молитвы и вера помогают. Ну и, конечно, каждый день у меня творчество – моя любимая работа. Верю, что Бог дает трудности по силам каждого человека, и, сталкиваясь с ними, я это понимаю. Вера и любимое дело помогают!»

I love life
Я ЛЮБЛЮ ЖИЗНЬ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД



Противоопухолевые препараты: какие они бывают и как врачи подбирают тот, который подойдет



Рак многолик и подходы к лечению онкологических заболеваний индивидуальны. Выбор тактики терапии определяется врачебным консилиумом индивидуально с учетом диагноза, стадии опухоли и общего состояния пациента. Вместе с доктором медицинских наук, врачом-онкологом клиники МЕДСИ Анастасией Сергеевной Мочаловой разбираемся, какие противоопухолевые препараты существуют, как они работают и кому подойдут.

– Как пациенту подбирается лечение?

– Решение о том или ином лечении принимается в ходе врачебного консилиума после получения результатов первичной диагностики. В консилиум входят хирург, радиолог, химиотерапевт, а еще профильные специалисты – их выбор зависит от того, какая именно проблема у пациента, исходя из локализации опухоли и сопутствующих заболеваний.

Подбор лекарственной терапии проводится в рамках международных стандартов согласно единым протоколам лечения. Они одинаковы во всем мире, а потому, скорее всего, пациента, который решит поехать на лечение в другую страну, будут лечить так же, как в России.

– Что может и должен сделать пациент при подозрении на рак?

– Самое главное – еще на этапе диагностики найти своего врача-онколога, того, кому пациент будет доверять.

Пациенты с подозрением на рак далеко не всегда быстро приходят к врачу и начинают проходить обследования, кто-то надеется, что все пройдет само, кто-то обращается к нетрадиционным методам. Бывают ситуации, когда первичный прием у специалиста оказывается психологически сложным, из-за чего пациент может затягивать с обращением за квалифицированной помощью.

Также можно обратиться за вторым и даже третьим мнением, консультироваться в других местах, если возникают сомнения в правильности диагноза или предложенного плана лечения. Например, если не получилось проконсультироваться в региональном онкоцентре, можно обратиться в федеральный центр или даже частные клиники, многие из которых работают в том числе по ОМС.

Найти своего врача помогут в пациентских сообществах, группах, объединяющих родственников, а также может быть полезно обратиться в фонды, помогающие онкологическим пациентам. В их штате часто есть врачи-консультанты, готовые бесплатно оказать консультационную и координационную помощь, которой часто не хватает тем, кто только узнал о своем диагнозе.

– Часто ли пациенты теряют время и обращаются за помощью поздно?

– Да, бывают такие случаи. Нередко в таких ситуациях оказываются пациенты из регионов, где малодоступны про-

граммы скрининга, затруднено получение медицинской помощи.

Бывают и другие ситуации. На днях я повторно консультировала пациентку из США. Наше первое общение с ней было около полугода назад: я рекомендовала ей противоопухолевый препарат. К сожалению, из-за сложностей со страховкой получить его в кратчайшие сроки пациентка не смогла, ей назначили другое лечение, которое не остановило прогрессирование болезни. Нужно лекарство ей выписали совсем недавно, за это время состояние серьезно ухудшилось. Сейчас она рассматривает возможность возвращения в Россию и получения нужной терапии здесь. Этот случай еще раз указывает на то, что далеко не всегда медицинская помощь в других странах оказывается более доступной и качественной, чем в нашей стране.

– За результат лечения отвечает только врач или пациент тоже несет ответственность?

– Врачам важно правильно поставить диагноз, назначить нужное и эффективное лечение. Но лечение онкологического заболевания – совместная работа, а потому ответственности пациентов за результат стоит уделять больше внимания.

Многие пациенты недооценивают важность соблюдения режима терапии, не понимают, что от регулярности приема лекарств зависит эффективность лечения. После назначения терапии важно лечиться правильно: не пропускать прием лекарств, принимать их в нужных дозировках с соблюдением необходимых интервалов, не пропуская и не отменяя по своему желанию.

Пациент не всегда может самостоятельно принять верное решение: правильно оценить свое состояние и тяжесть симптомов, которую он испытывает на фоне терапии, он не знает о последствиях отказа от терапии. Например, совсем недавно у меня на приеме была молодая женщина, которой после операции по поводу рака легкого требуется проведение химиотерапии. Мне пришлось убеждать ее, что, несмотря на удаление опухоли, «химия» после операции просто необходима. Ведь вероятность рецидива велика, и откладывать терапию на потом не стоит. Это довольно типичная ситуация: пациенты боятся химиотерапии, не понимая, что без ее проведения последствия могут быть более чем печальны.

Другая распространенная история: отказ от приема терапии на фоне явного улучшения и стабилизации состояния. Пациенты объясняют свой отказ тем, что устали от лечения, не хотят «сажать» печень, вредить здоровью и другими подобными причинами.

Очень важна поддержка семьи. Мы часто приглашаем пациентов на прием с родственниками или другими близкими людьми. В контакте с лечащим онкологом нужно быть не только пациенту, но и его близким. Часто те, кто столкнулся с онкодиагнозом, испытывают сильный стресс, они теряются, не всегда понимают, что говорит врач. Кроме того, именно родные в первую очередь смогут поддержать пациента, если он устал от лечения или очень тяжело его переносит.

– Какие основные категории противоопухолевых препаратов сейчас существуют?

– Сейчас в России доступно большинство современных противоопухолевых препаратов, чтобы обеспечивать лечение согласно последним клиническим протоколам. Современная онкология использует несколько классов препаратов:

- Цитотоксические (химиотерапевтические) – повреждают и разрушают делящиеся клетки, в том числе опухолевые. Могут вызывать побочные эффекты, такие как выпадение волос и тошнота из-за поражения здоровых тканей.

- Таргетные препараты – избирательно блокируют молекулярные мишени, участвующие в росте опухоли.

- Иммунотерапевтические препараты – активируют или модулируют собственный иммунный ответ организма на опухоль.

Иммунотерапевтические и таргетные препараты относятся к современным методам лечения и, как правило, характеризуются благоприятным профилем переносимости при высокой эффективности. Побочные эффекты у таких средств известны, прогнозируемы и поддаются контролю. Иммунопрепараты и лекарства для таргетной терапии выпускаются в разных формах – для внутривенного или подкожного введения, в таблетках. Форма выпуска на эффективность терапии не влияет.

– А самим пациентам важно, в какой форме они получают препарат?

Встречаются пациенты, которые доверяют «капельницам» больше, чем таблетированным препаратам. Тогда мы объясняем, что именно эти таблетки для него будут гораздо более эффективными, чем препарат, который им не подходит, пусть и вводится он будет внутривенно.

Решение о форме лекарственного препарата принимается исходя из существующих протоколов лечения, но с учетом желания пациента. Например, многие предпочитают не ложиться в стационар, а амбулаторно сделать подкожный укол, после чего поехать на работу или заниматься своими делами.

Мы выяснили, что это не просто вопрос удобства и экономии времени. Подкожная форма вызывает гораздо меньше стресса, чем необходимость проведения инфузии. Укол не ассоциируется с онкологией, длительным лечением, сильными побочными реакциями, как это происходит с капельницей, и в целом воспринимается более позитивно.

– Что значит «пожизненный прием препаратов». Это не опасно?

– Иммунотерапевтические и таргетные препараты, включая поддерживающую терапию, часто назначаются на длительный срок. Удобство применения, хорошая переносимость и отсутствие тяжелых побочных реакций делают такое лечение возможным в течение многих лет. Регулярные внутривенные инфузии требуют установок порт-системы для облегчения введения лекарства, что не всегда комфортно для пациентов. Более удобным решением может стать увеличение интервалов между капельницами или подкожные инъекции, которые в случае длительного лечения оказываются наиболее подходящим вариантом.

На наших глазах парадигма лечения многих онкологических заболеваний меняется. Благодаря работе фармкомпаний появляются новые пути лечения, совершенствуются существующие препараты, которые более удобны для пациентов и при этом не менее эффективны. Лечение онкологических заболеваний сегодня – это не обязательно тяжелые побочные эффекты и госпитализации. Благодаря развитию науки и фармакологии появляются все более эффективные и щадящие препараты, улучшающие как прогноз, так и качество жизни пациентов.

Не про смерть, а про жизнь с достоинством: что такое паллиативная помощь и почему она важна для общества

Паллиативная помощь – совокупность медицинских манипуляций, которые улучшают качество жизни неизлечимо больных пациентов и их близких. По приблизительным подсчетам, в 2020 г. в паллиативной помощи нуждались 1,3 млн россиян и более 40 млн человек во всем мире. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подсчитали, что в основном паллиативная помощь требуется людям старше 60 лет, однако в ней могут нуждаться пациенты любого возраста, в том числе дети.



Кому нужна паллиативная помощь

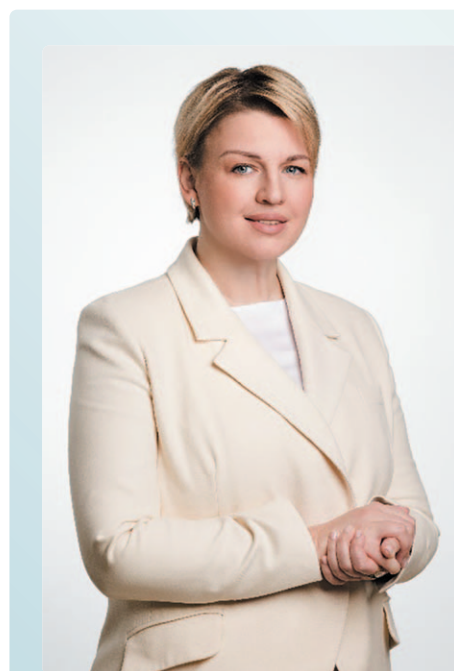
По данным фонда помощи хосписам «Вера», почти 80% пациентов, которым требуется паллиативная помощь, – это люди, страдающие онкозаболеваниями. Оставшиеся 20% приходятся на пациентов с рассеянным склерозом, разными формами деменции, боковым амиотрофическим склерозом, СПИД/ВИЧ, неизлечимыми прогрессирующими генетическими патологиями, а также на людей, столкнувшихся с тяжелыми осложнениями после травм или инсультов.

Понятие паллиативной помощи было закреплено в российском законодательстве в 2011 г., а в 2019 г. был принят закон об организации медицинской паллиативной помощи. Несмотря на то что с каждым годом паллиативная помощь в России развивается, уровень осведомленности о ней невысок. Так, например, опрос, проведенный ВЦИОМ в 2021 г., показал, что почти каждый второй респондент (47%) не знаком с этим понятием.

Какой может быть паллиативная помощь

Само слово «паллиативный» происходит от греческого слова «паллий», что означает «покрывало, плащ». Это название отражает главную суть такой помощи: она защищает пациента от страданий, вызванных болезнью, при этом не излечивает само заболевание. Паллиативная помощь – это не только обезболивание и уход, это и психологическая поддержка, которая так необходима людям с неизлечимыми заболеваниями и их семьям.

Начинать оказывать помощь важно не в последние дни жизни, а сразу же после того, как пациент получает паллиативный статус, то есть узнает о том, что его заболевание неизлечимо. Одно из распространенных заблуждений – уверенность в том, что получить поддержку возможно только в хосписе, специальном медицинском учреждении, где находятся люди с неизлечимыми заболеваниями.



«Современная паллиативная медицина – это комплексный, холистический подход к заботе о пациенте, реализуемый силами высококвалифицированной междисциплинарной команды. В ее состав входят не только врачи разных специальностей, но и психотерапевты, реабилитологи, арт-терапевты, а также уникальные специалисты – социальные инструкторы, чья роль выходит далеко за рамки традиционного медицинского сопровождения. Социальный инструктор становится своеобразным “дирижером” всего процесса помощи, координируя взаимодействие между пациентом, его близкими, медицинским персоналом и другими специалистами. Особенность этой позиции заключается в том, что специалист фокусируется не только на медицинских аспектах, но и на социальной интеграции и эмоциональном благополучии пациента.

Такой интегративный подход позволяет существенно повысить качество жизни наших подопечных и обеспечить им максимально комфортное сопровождение», – подчеркивает главный врач Центра хронических болезней «Golden Care» Анастасия Гольцман.

Однако хоспис – далеко не единственная опция, существуют кабинеты паллиативной помощи в поликлиниках, отделения паллиативного ухода в больницах, а также выездные паллиативные бригады, оказывающие помощь на дому. По данным фонда «Вера», до 80% пациентов хотят получать помощь именно дома, а не в стенах больничных заведений.

В сознании многих хоспис – место, куда нужно обращаться лишь в самом крайнем случае, в ситуации, когда человек признает свое поражение в битве с болезнью. Однако это неверно: в хосписе поддерживают, облегчают страдания, помогают повысить качество жизни. Паллиативная помощь, которую получают пациенты, дает пациентам силы и возможность не просто доживать последние дни со

знанием о диагнозе, а полноценно жить – общаться с близкими и заниматься любимым делом.

Как паллиативная помощь меняет жизнь пациентов и их семей

Помощь паллиативному пациенту всегда индивидуальна – даже для людей со сходными диагнозами она будет разной. Важно не просто устранить физические симптомы, например снять болевой синдром, облегчить страдания пациента, но и помочь адаптироваться ему к жизни с непростым диагнозом, снять страх, не оставить его один на один с переживаниями.

Другие важные свойства паллиативной помощи – ее непрерывность и адаптивность. Она может модифицироваться в зависимости от состояния пациента, а также оказываться близким больного человека даже после его ухода, в моменты, когда им требуется эмоциональная и психологическая поддержка.

Согласно статистике ВОЗ, необходимую паллиативную помощь получают лишь 14% неизлечимых пациентов, которым она требуется. И в России, и в мире не хватает квалифицированных врачей и самих центров, где такая помощь может быть оказана. Однако ситуация постепенно меняется к лучшему. В 2023 г. ВОЗ повысила показатель развития паллиативной помощи в России до уровня 4а, который указывает на предварительную интеграцию паллиативной службы в систему здравоохранения. Помощь становится более доступной и разнообразной, увеличилось количество услуг, которые оказывают паллиативные службы, самих точек их оказания тоже стало больше.

Например, в клинике «Golden Care» можно получить паллиативную помощь премиального уровня, которая основана на инновационных подходах. Врачи используют передовые методики, интегрируют израильский

опыт помощи паллиативным пациентам, применяют современное оборудование, обеспечивают всестороннюю поддержку пациентам и их близким.

Неизлечимый диагноз и паллиативный статус – тяжелое испытание для пациента и его близких. Однако качественно и своевременно оказанная паллиативная помощь дает шанс на жизнь без страданий, боли и страха. Важно не бояться обращаться за помощью, она необходима сразу после постановки диагноза – именно паллиативная поддержка помогает жить полной жизнью, несмотря на тяжелое заболевание.

Материал подготовлен совместно с пресс-службой ГК «Медскан»

Как справляются с болью в онкологии



Хронический болевой синдром является самым распространенным и тяжким спутником злокачественных опухолей. У большинства онкологических больных на различных этапах лечения развиваются неприятные или болезненные ощущения, которые, особенно на поздних стадиях заболевания, могут потребовать назначения сильнодействующих обезболивающих.

Основной причиной развития хронического болевого синдрома является длительно существующая постоянная боль, которая вызывает нарушения в работе периферической и центральной нервной системы. Боль у онкологического больного может быть вызвана непосредственным распространением опухоли (в 75% случаев), противоопухолевым лечением (в 20% случаев), в других случаях она вообще не связана с опухолевым процессом или противоопухолевым лечением.

Недостаточное облегчение боли может быть разрушительным и негативно влиять на качество жизни и повседневную физическую активность пациентов, поэтому неотъемлемой частью лечения в онкологии является обезболивание.

«Лестница обезболивания»

В настоящее время существует множество препаратов, направленных на облегчение или полное устранение боли, каждый из них применяют на определенном этапе. В рамках этого подхода еще в 1986 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была предложена «лестница обезболивания» хронической боли у онкологических пациентов (ее алгоритмы были пересмотрены в 1996 и 2018 годах). Изначально этот подход (в зависимости от интенсивности боли) предусматривал переход от использования ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов к слабым, а затем и сильным опиоидам. Несмотря на то что он считался эффективным и безопасным, в третий пересмотр своего руководства ВОЗ внесла замечание и предложила считать «лестницу» не алгоритмом для применения на практике, а инструментом для обучения, применяя который врач должен руководствоваться степенью выраженности боли у пациента. Таким образом, при сильной боли врач может пропустить этап нестероидных противовоспалительных препаратов и назначить стартовую терапию опиоидным анальгетиком.

Когда назначают опиоиды?

Как правило, необходимость в назначении опиоидных препаратов возникает в тех случаях, когда обычные обезболивающие (которые еще называют нестероидными противовоспалительными препаратами) не могут полностью облегчить боль и улучшить состояние пациента. При правильном применении обезболивающие препараты помогают пациенту значительно улучшить свою повседневную деятельность и вернуться к нормальной жизни. Однако их применение, особенно неправильное, может быть связано с риском развития побочных эффектов, которые в некоторых случаях представляют угрозу для жизни пациента.

Возможные побочные эффекты приема опиоидных препаратов

Как и любые другие лекарственные препараты, сильные обезболивающие могут вызывать ряд побочных эффектов. Полный список их приведен в инструкции по медицинскому применению к каждому препарату, по этой причине перед применением таких препаратов необходимо ознакомиться с инструкцией.

Чаще всего отмечается развитие следующих побочных эффектов:

- **Запоры:** возникают из-за подавления перистальтики кишечника, их развитие отмечается у 90% пациентов, получающих опиоидные обезболивающие. По этой причине рекомендуется принимать слабительные в течение всего периода противоболевого лечения с использованием опиоидных анальгетиков.
- **Тошнота и рвота:** чаще всего развиваются в первые несколько дней терапии как временный побочный эффект от применения обезболивающих препаратов. Продолжительность этого побочного эффекта обычно не превышает 2 недели. Для устранения тошноты и рвоты используются противорвотные средства.

На сегодняшний день достигнут значительный прогресс в обезболивании онкологических больных, но существует и ряд трудностей, о которых должны знать не только врачи, но и пациенты.

Трудности эти обусловлены сложностью оценки боли, нежеланием пациентов принимать обезболивающие препараты, недостаточной доступностью наркотических анальгетиков, а также отсутствием навыков у медицинских работников по облегчению боли у онкологических больных. Пациенты, проходящие амбулаторное лечение, нуждаются в постоянном наблюдении для коррекции анальгетической терапии, предотвращения и устранения побочных эффектов анальгетиков. В каждом конкретном случае следует определять оптимальные дозы лекарственных препаратов и интервалы между их введением и, при необходимости, корректировать их для обеспечения стабильного, непрерывного обезболивания.

- **Сонливость, слабость и головокружение:** сильнодействующие обезболивающие препараты могут оказывать негативное воздействие на центральную нервную систему. Риск развития этих побочных эффектов выше при одновременном приеме других лекарств, вызывающих сонливость.

Одними из самых нежелательных и обременительных для пациента и его семьи осложнений являются опиоид-ассоциированное развитие психических и когнитивных нарушений, спутанность и «нетрезвость» сознания, провоцирующие невозможность выразить свою волю при принятии юридически значимых решений.

ВАЖНО! Памятка при приеме опиоидных обезболивающих препаратов:

- Спросите своего лечащего врача о том, какие меры следует предпринять для предотвращения и контроля возникающих побочных эффектов.
- Сообщите своему врачу обо всех лекарствах, которые вы принимаете, особенно о тех, которые направлены на лечение тревожности, бессонницы или судорог. Одновременный прием опиоидных препаратов и других лекарственных средств, особенно тех, которые воздействуют на центральную нервную систему, может значительно увеличить риск побочных эффектов.
- Принимайте препарат в полном соответствии с рекомендациями вашего лечащего врача.
- Если назначенная доза оказалась недостаточно эффективной и вы по-прежнему чувствуете боль, не принимайте дополнительную дозу самостоятельно – проконсультируйтесь с врачом.
- При появлении побочных эффектов вам следует сообщить об этом своему врачу, который может порекомендовать вам изменить частоту приема или дозу препарата или заменить его альтернативным лекарственным средством.

Есть ли замена опиоидным препаратам?

Все перечисленные трудности, связанные с приемом опиоидных обезболивающих препаратов, привели к поиску новых терапевтических подходов, учитывающих потребности и особенности пациентов со злокачественными опухолями. Такие лекарственные препараты должны эффективно контролировать боль у онкологических пациентов, не вызывать лекарственной зависимости и минимально ассоциироваться с нежелательными реакциями, которые характерны для сильных опиоидов, т.е. стать сопоставимой и безопасной альтернативой.

Одним из самых перспективных направлений в этой области сейчас считается разработка обезболивающих пептидных препаратов с выраженным противоболевым действием. Это уникальные фармацевтические соединения, которые играют роль внутренних сигнальных молекул для многих физиологических функций, создавая возможность терапевтического вмешательства, имитирующего естественные регуляторные механизмы, одним из которых является антиноцицепция (уже заложенная в организме человека система, которая ограничивает чувство боли). Примерами таких препаратов могут быть неопиоидные анальгетики центрального действия, которые действуют через опиоидные рецепторы, но демонстрируют благоприятный профиль безопасности и лишены побочных эффектов, свойственных опиоидам.

ПОМНИТЕ! Какой бы обезболивающий препарат вам ни назначил ваш лечащий врач, если вы испытываете сильную боль, сообщите об этом врачу. Постарайтесь предоставить ему наиболее полную информацию о тяжести боли, ее продолжительности и характере (постоянная или периодическая боль), а также о том, какие лекарства вы принимаете в настоящее время для купирования боли.

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



Клинические рекомендации – право пациентов на качественное лечение



21 марта 2025 г. в Общественной палате Российской Федерации (ОП РФ) состоялся круглый стол на тему «Всегда ли клинические рекомендации являются обязательными к исполнению?», организованный Комиссией по здравоохранению ОП РФ совместно с Ассоциацией онкологических пациентов «Здравствуй!».

Главной темой обсуждения стало место клинических рекомендаций (КР) в системе здравоохранения. Эти документы, основанные на научных данных, включают протоколы диагностики, лечения и реабилитации, но их обязательность вызывает споры.

В обсуждении приняли участие представители Министерства здравоохранения РФ (Минздрава России), Государственной думы РФ, руководители профессиональных медицинских ассоциаций, страховых компаний, юристы, врачи-онкологи и лидеры пациентских сообществ.

Заместитель директора Департамента организации ме-

дицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России **Валерия Гульшина** объяснила, что КР пока не являются нормативным актом и не могут использоваться для контроля качества медицинской помощи.

Главный внештатный онколог Минздрава России, президент Ассоциации онкологов России **Андрей Каприн** рассказал, что в 2025 г. уже разработаны 32 клинические рекомендации, а работа еще по 25 направлениям продолжается. Он отметил, что эксперты из различных учреждений активно взаимодействуют, чтобы обеспечить качество и научную обоснованность рекомендаций.

Заместитель гендиректора Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России **Юлия Ледовских** добавила, что после утверждения КР Центр совместно с главными внештатными специалистами занимается их декомпозицией: рассчитывается стоимость лечения по новым стандартам и создаются соответствующие протоколы.

Президент Ассоциации «Здравствуй!» **Ирина Боровова** подняла вопрос: «Кто несет ответственность за качество лечения, если клинические рекомендации не обязательны? Пациентам важно понимать, как строится их лечение и насколько быстро внедряются инновационные методы».

Роман Щеглеватых, вице-президент Всероссийского союза страховщиков, подчеркнул, что без применения КР в экспертизе качество медицинской помощи нельзя будет объективно оценить. Это может повлиять на дости-

жение национальных целей по снижению смертности и увеличению продолжительности жизни.

Алексей Березников, медицинский директор компании «АльфаСтрахование – ОМС», обратил внимание, что сегодня пациент имеет возможность посредством независимой экспертизы страховых компаний оценить процесс лечения, понять, правилен и достаточен ли он, соответствует ли клиническим рекомендациям: «Важно сохранить экспертизу качества как важный инструмент, который позволяет объективно оценить оказанную пациенту помощь и по критериям качества, и по клиническим рекомендациям. В таком случае все будет прозрачно и ясно. А если мы будем сужать поле зрения, то получим всплеск судебных исков от пациентов, которые пойдут за ответами к судебным медикам».

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов **Юрий Жулёв** выразил опасение, что исключение КР из экспертизы качества приведет к увеличению жалоб в правоохранительные органы.

Подводя итоги, Ирина Боровова заявила: «Клинические рекомендации – это право пациентов на качественное лечение. Важно, чтобы эту позицию приняли все участники процесса: пациенты, врачи и те, кто оценивает качество помощи».

Запись круглого стола доступна по электронной ссылке: https://vk.com/video-93005764_456246708



- РЕЗОЛЮЦИЯ круглого стола «Всегда ли клинические рекомендации являются обязательными к исполнению?»**
- На основании выступлений участников круглого стола:
- заместителя председателя Второго кассационного суда общей юрисдикции (коллегия по уголовным делам), доктора юридических наук, профессора **Матейковича Максима Станиславовича**;
 - декана факультета Санкт-Петербургского института (филиала) Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России), кандидата юридических наук, доцента **Идрисова Наиля Талгатовича**;
 - сопредседателя Всероссийского союза пациентов, президента Общероссийской благотворительной общественной организации инвалидов «Всероссийское общество гемофилии» **Жулёва Юрия Александровича**;
 - председателя Координационного совета межрегионального общественного движения «Движение против рака», члена Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России **Дронова Николая Петровича**;
 - президента Всероссийской общественной организации помощи пациентам «Ассоциация онкологических пациентов "Здравствуй!"» **Борововой Ирины Валерьевны**;
 - вице-президента Всероссийского союза страховщиков, кандидата технических наук **Щеглеватых Романа Вячеславовича**;
 - руководителя рабочей группы по организации обязательного медицинского страхования (ОМС) Всероссийского союза страховщиков, медицинского директора ООО «АльфаСтрахование – ОМС», доктора медицинских наук, доцента **Березникова Алексея Васильевича**;

- определить, что:
- Клинические рекомендации являются документом, на основе которого становится возможным оказывать медицинскую помощь в объеме, достаточном для реализации законных прав и интересов граждан.
 - Положения клинических рекомендаций, изданные в установленном законом порядке, подлежат исполнению вне зависимости от уровня убедительности и уровня достоверности доказательств, так как клинические рекомендации обеспечивают законные права и интересы граждан только в совокупности исполнения всех положений, а не избирательно.
 - Соблюдение критериев оценки качества, стандартов и порядков оказания медицинской помощи не гарантирует соблюдение клинических рекомендаций, а значит не гарантирует оказание доступной и качественной медицинской помощи.
 - Гарантией соблюдения клинических рекомендаций является постоянство контроля при проведении экспертиз качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании, в том числе с применением контрольных листов (чек-листов), разработанных в условиях полного соответствия положениям клинических рекомендаций и порядков оказания медицинской помощи.
 - Результаты экспертиз качества медицинской помощи, основанные на оценке исполнения клинических рекомендаций и порядков оказания медицинской помощи, позволяют гражданам, органам исполнительной и судебной власти объективно судить о качестве медицинской помощи в каждом конкретном случае.
 - Сравнение медицинской помощи с клиническими рекомендациями в ходе проведения экспертиз качества медицинской помощи в досудебном порядке обеспечивает пре-

- емственность с судебно-медицинскими экспертизами, также оценивающими исполнение клинических рекомендаций в процессе оказания медицинской помощи гражданам.
- В соответствии с вышеизложенным рекомендовать Минздраву России:
- Обеспечить своевременный пересмотр и утверждение клинических рекомендаций по лечению онкологических заболеваний, а при отсутствии обновления клинических рекомендаций в нормативные сроки предусмотреть механизм, позволяющий учитывать появление новых методов лечения и новых лекарственных препаратов для их внедрения в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и реальную клиническую практику.
 - Обозначить конкретные сроки утверждения проекта клинических рекомендаций «Рак молочной железы» в редакции, размещенной на портале общественного обсуждения проектов клинических рекомендаций (уведомление от 02.06.2022 №872).
 - Профессиональному сообществу сформировать клинические рекомендации по лечению онкологических заболеваний с включением последних медицинских технологий, в том числе инновационных лекарственных препаратов, исходя из их клинической эффективности и наибольшей пользы для пациентов.
- Всероссийская ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» Ассоциация работает круглосуточно. Вы можете обратиться за помощью по телефону горячей линии 8 (800) 301-02-09 или на сайте russcra.ru



Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №2, 2025
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

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

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

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

Адрес типографии: г. Москва, ул. 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

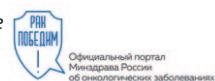


Равный онкоконсультант Светлана Неретина

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. 2025 г.
Газета распространяется бесплатно.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции газеты. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.
Дата выхода: 29.05.2025
Возрастное ограничение 16+