

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Левон Андреевич Ашрафян,

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заместитель директора ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова, директор института онкогинекологии и маммологии.

Читайте на стр. 3

№ 1 2024

Главная тема номера:

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ И ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Генетическая предрасположенность является важным фактором риска в развитии онкологических заболеваний женской репродуктивной системы. Рассмотрим несколько примеров в развитии одного из частых онкогинекологических заболеваний.

Читайте далее на стр. 4



ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Профилактика в онкологической практике – это комплекс действий, направленный на выявление и нивелирование (предотвращение) факторов риска развития онкологических заболеваний (первичная профилактика), выявление локализованных форм опухолей – ранняя диагностика (вторичная профилактика) и предупреждение прогрессирования заболевания за счет своевременного обеспечения надлежащего лечения и наблюдения (третичная профилактика). За счет первичной профилактики обеспечивается снижение вероятности заболевания. За счет вторичной и третичной профилактики рака снизится количество смертей, вызванных раком.

Читайте далее на стр. 7

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Любая операция – это серьезнейший стресс для организма, что требует дальнейшей реабилитации. Индивидуально подобранный план реабилитации после лечения позволяет как можно быстрее и максимально полноценно устранить последствия самого заболевания и проводимого лечения, помогает в восстановлении функций органов и тканей и скорейшему возвращению в привычный ритм жизни.

Читайте далее на стр. 9



ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

НАКОПЛЕН УНИКАЛЬНЫЙ ОПЫТ В ОБЛАСТИ ОНКОФЕРТИЛЬНОСТИ >>> 3

ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБЩЕСТВА НЕОБХОДИМО УДЕЛЯТЬ БОЛЬШЕ ВНИМАНИЯ ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ >>> 3

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОМОГАЮТ НЕ ТОЛЬКО В ЭФФЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА, НО И В ТЕРАПИИ >>> 3

КАК ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ТЕЛА МАТКИ? >>> 6

ВИДЫ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТЕЛА МАТКИ >>> 6

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ >>> 7

РАК ЯИЧНИКОВ: САМОЕ ВАЖНОЕ КОРОТКО >>> 8

СВЕТЛАНА МАЙОРОВА: «ПОЛОВИНА УСПЕХА – ЭТО НАЙТИ ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ В СВОЕЙ ОБЛАСТИ, А ВТОРАЯ – ЭТО НАСТРОЙ И ПОДДЕРЖКА РОДНЫХ И БЛИЗКИХ» >>> 9

ОНКОЛИКБЕЗ. ЛИМФЕДЕМА >>> 10

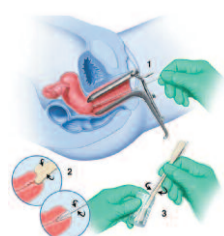
SCC-ИССЛЕДОВАНИЕ: ЧТО ЭТО ТАКОЕ? >>> 10

АНЕМИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ >>> 13

БОЛИ В ВЕНАХ ПРИ ОНКОЛЕЧЕНИИ (ИЗ ЛИЧНОГО ОПЫТА ОНКОПАЦИЕНТА) >>> 14

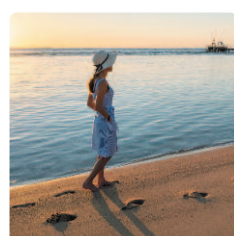
РАВНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ В ОНКОЛОГИИ: ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ >>> 16

ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



РАК ШЕЙКИ МАТКИ: РАССКАЗЫВАЕМ САМОЕ ВАЖНОЕ

>>> 4



ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ: КАК СПРАВИТЬСЯ СО СТРАХАМИ?

>>> 11



ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЕ, ЕСЛИ У СУПРУГИ РАК

>>> 12



ДИАГНОЗ «ЛЕЙКОЗ» И КАРЬЕРА У МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ

>>> 15

Накоплен уникальный опыт в области онкофертильности



В Москве состоялся VIII Национальный научно-образовательный конгресс «Онкологические проблемы от менархе до постменопаузы». Научная программа охватила широкий спектр актуальных теоретических и практических вопросов по проблемам женского здоровья: предупреждение онкологической заболеваемости и её ранней диагностики, эффективная органосохраняющая терапия, современная реабилитация, реализация репродуктивной функции, оптимальные подходы терапии при сочетании рака и беременности.

Заместитель министра здравоохранения РФ **Евгения Котова** рассказала, что многие молодые пациентки, эффективно излеченные от онкологических заболеваний, в последующем хотели бы стать мамами. Сегодня у федеральных медицинских организаций, в том числе у Центра им. академика В.И. Кулакова Минздрава

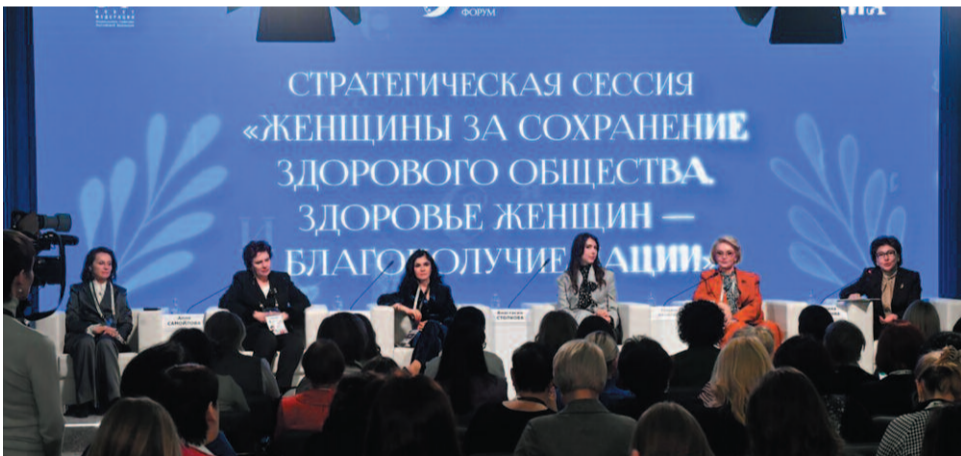
России, уже накоплен уникальный опыт в области онкофертильности, и этот опыт необходимо максимально тиражировать в регионы.

По словам замминистра, в стратегии борьбы с онкологическими заболеваниями ключевую роль играют раннее выявление заболеваний и профилактика.

В этом году в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи предусмотрена диспансеризация женщин фертильного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, которая предполагает осмотр акушером-гинекологом, скрининг на онкологические заболевания и инфекции, а также консультирование, направленное на сохранение репродуктивного здоровья и мотивацию к рождению детей, – подчеркнула Евгения Котова.

Источник: Официальный портал Минздрава РФ об онкологических заболеваниях (onco-life.ru)

Для сохранения здорового общества необходимо уделять больше внимания вопросам профилактики



В ходе стратегической сессии «Женщины за сохранение здорового общества. Здоровье женщин – благополучие нации» участники обсудили роль женщин в построении здорового общества, их включенность в решение широкого спектра задач в системе оказания медицинской и социальной помощи, отметив при этом важность сбережения и укрепления здоровья самих женщин.

Как заявила сенатор **Галина Карелова**, которая выступила модератором мероприятия, тема, связанная с сохранением здоровья, традиционно обсуждается на разных площадках и выносится в повестку ЕЖФ, причем речь идет не только о здоровье женщин, но и о здоровье нации в целом. Сенатор напомнила, что один из первых проектов Совета ЕЖФ – это проект «Здоровье женщин – благополучие нации». Это словосочетание очень точно отражает роль и миссию женщин в борьбе за здоровье нации, добавила она.

При этом сенатор подчеркнула, что важно уделять внимание вопросам профилактики. Так, уже действуют такие проекты, как «Онкопатруль» и «Профилактический щит страны». «Готовясь к очередному ЕЖФ, такие акции развернут более активно и будут включать в них все большее и большее

количество женщин», – сообщила парламентарий.

Директор Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, куратор проекта Совета ЕЖФ «Здоровье женщины – благополучие нации» **Оксана Драпкина** рассказала о том, как она оценивает в новом национальном проекте «Семья» роль женщин в задаче сбережения здоровья семьи и какие инициативы реализуются в рамках деятельности НМИЦ в формировании здорового образа жизни. Президент Ассоциации «Здравствуй!» **Ирина Боровова**, которая присутствовала среди участников секции, отметила: «Государство гарантирует нам доступ к качественной медицинской помощи. Однако, я задаюсь вопросом: насколько мы сами осознаем и ценим наше собственное здоровье? Насколько мы нацелены на активную и долгую здоровую жизнь? По моему мнению, недостаточно мотивированное население в этом вопросе является проблемой. В России мы видим, что помимо мотивации, также необходимы дополнительные стимулы и поощрения для максимальной эффективности».

Источник: Всероссийская ассоциация онкологических больных «Здравствуй» (www.russcpa.ru)

Генетические технологии помогают не только в эффективной диагностике рака, но и в терапии



Об этом в рамках сессии «Генетические и геномные технологии: новые возможности в диагностике и персонализации» рассказал заведующий лабораторией молекулярно-генетической диагностики НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России **Евгений Имянитов**.

– Есть целый ряд опухолей, когда поставить диагноз затруднительно. И в данном случае генетические особенности опухоли являются маркерами, которые позволяют отличить доброкачественный процесс от злокачественного, а также различить опухоли между собой, – сказал Евгений Имянитов.

Он также подчеркнул, что все опухоли содержат мутации, и даже на ранних стадиях опухолевые клетки могут выделять ДНК в плазму. Это открывает новые возможности в диагностике.

– Сегодня проводятся исследования, которые показывают, что если у здоровых людей собирать кровь, выделять плазму и найти так называемый циркулирующий опухолевый ДНК, то примерно половина случаев рака может быть диагностирована подобным универсальным тестом на ранних стадиях, – рассказал Евгений Имянитов.

Кроме того, во время выступления он отметил, что при стандартной противоопухолевой терапии, как правило, назначаются препараты с вероятностью достижения эффекта в 20–50%. В свою очередь, молекулярная медицина при правильно подобранном препарате позволяет добиться хорошего ответа на терапию практически в 100% случаев.

Источник: Официальный портал Минздрава РФ об онкологических заболеваниях (onco-life.ru)

ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ЛЕВОН АНДРЕЕВИЧ АШРАФЯН: «Сохранение репродуктивного потенциала женщины – это главная цель нашей работы»



Заболеваниями женских половых органов и органов малого таза занимается особый раздел медицины – гинекология. О злокачественных опухолях женской репродуктивной системы мы побеседовали с врачом-акушером-гинекологом, онкологом, директором института онкогинекологии и маммологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства и гинекологии» им. В.И. Кулакова Минздрава России, доктором медицинских наук, профессором, академиком РАН, заслуженным врачом РФ, Левоном Андреевичем Ашрафяном.

– Уважаемый Левон Андреевич, скажите, пожалуйста, заболеваниями каких органов занимается онкогинекология?

– Онкогинекология занимается заболеваниями органов, расположенных в области малого таза, а именно наружные половые органы, влагалище, шейка матки, матка, маточные трубы и яичники.

– Каковы основные симптомы заболеваний в этой группе?

– Одним из самых распространенных симптомов, выражающихся в большей или меньшей степени в зависимости от локализации опухоли, являются, пожалуй, атипические кровянистые выделения, которые могут выражаться в виде межменструальных кровянистых выделений, обильных менструаций, посткоитальных кровотечений. Особое внимание следует уделить кровянистым выделениям, возникающим у женщин в постменопаузе.

– Что приводит к развитию злокачественного процесса? Какие есть факторы риска?

– Назвать определенный фактор риска, который был бы единственным, очень сложно. Имеется огромное число исследований, где обоснованы факторы, в той или иной степени способные обуславливать риски развития онкологического процесса. Сегодня уже понятно, что подавляющее число онкологических процессов формируется внешними факторами или образом нашей жизни. Онкологические заболевания, так же как и атеросклероз, принято относить к болезням «цивилизации». Цивилизационные тренды резко изменились за последние 50–70 лет. Мы стали (высокоразвитые страны) высококалорийно питаться при сомнительном химическом качестве продуктов, возрос уровень стресса в социуме. Если говорить о раке репродуктивных органов, то налицо существенная смена ее гинекологического анамнеза: женщина меньше стала рожать (в РФ коэффициент по деторождению в среднем 1,5–1,7), мало кормить грудью (в среднем 3,5 мес). Существенно увеличился в популяции женщин индекс массы тела, а у многих он соответствует ожирению. Девушки рано начинают свою сексуальную жизнь с частой сменой сексуальных партнеров, что увеличивает вероятность заражения вирусом папилломы че-

ловека (ВПЧ). Иными словами, складываются условия для мутационных и эпигенетических модификаций.

– Влияет ли прием противозачаточных средств и более поздние первые роды на риск возникновения онкологии?

– В многочисленных двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях уже достаточно давно доказано, что правильное использование противозачаточных средств не только не влияет на риск возникновения злокачественных процессов, но и помогает предотвращению такого грозного онкологического процесса, как рак яичников или рак эндометрия. Поэтому нужно докторам знать эту часть гинекологической эндокринологии и дифференцированно подходить к назначению этих препаратов. Их выбор огромен и требует знаний и профессиональной компетентности.

« СЕГОДНЯ ЖЕНЩИНА, ПЕРЕНЕСШАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, В БУДУЩЕМ МОЖЕТ ЗАБЕРЕМЕНЕТЬ, ВЫНАШИВАТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ И КОРМИТЬ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ В ТОМ ЧИСЛЕ »

– Если женщина самостоятельно обнаружила у себя странные симптомы или признаки болезни, куда ей лучше обратиться в первую очередь?

– Первично я бы рекомендовал обратиться к врачу-акушеру-гинекологу в женскую консультацию.

– Какие методы входят в перечень основных в диагностике онкогинекологических заболеваний? Почему магнитно-резонансная томография (МРТ) является золотым стандартом?

– Я бы не сказал, что МРТ-исследование является золотым стандартом в ранней диагностике злокачественных новообразований (ЗНО) женской репродуктивной системы. Это заблуждение и искажение сути принципов ранней диагностики, потому что вы не увидите ни в одной женской консультации (являющейся первичным звеном российского здравоохранения) аппарат для МРТ, который использовал-

ся бы в ранней диагностике ЗНО у женщин. На первом месте, если говорить о женской консультации, используются методы диагностики по принципу: быстро, недорого и информативно. К таким методам относится цитологический, ультразвуковой, метод ПЦР (полимеразной цепной реакции). Эта группа методов способна эффективно диагностировать различные патологические процессы вульвы, влагалища, шейки матки, матки и придатков матки.

– Левон Андреевич, возможна ли беременность после лечения онкологических заболеваний женской репродуктивной системы, если пациентка репродуктивного возраста?

– Конечно, и это является основным направлением работы в НИИЦ АГП им. В.И. Кулакова. Здесь сконцентрированы усилия акушеров-гинекологов, репродуктологов, эндокринологов, онкологов, неонатологов для того, чтобы женщина, перенесшая онкологическое лечение, смогла стать мамой. Но здесь есть одно НО: многие пациентки, которых коснулась эта трагедия, не задумываются о будущей репродукции и мысль об этом приходит к ним уже после излечения онкологического процесса. Пациентам следует знать, что многое можно сделать до начала специальной противоопухолевой терапии. Ведь именно противоопухолевая терапия и лишает женщину возможности иметь детей в будущем. Частично вина за это лежит и на онкологах, которые не информируют пациенток вовремя о возможностях последующей репродукции: как сохранить собственный биологический материал (яйцеклетки, например).

– Как лечат злокачественные новообразования (ЗНО) женской репродуктивной системы? Какую роль отводят хирургическому, лекарственному, лучевому и комбинированным методам лечения?

– На этот вопрос невозможно ответить однозначно, потому что существуют варианты ЗНО, где лечение следует начинать именно с хирургии, а есть такие варианты, где лекарственная или лучевая терапия являются основными. Это непростой процесс, требующий учета очень многих факторов, касающихся различных параметров заболевания, репродуктивных планов больной, вероятного прогноза болезни. Неправильно выстроенная тактика – это неэффективный итог лечения и бесперспективное репродуктивное будущее. К счастью, наши специалисты, опираясь на знания, огромный клинический опыт, тем не менее в отношении каждой пациентки принимают решение, опираясь на междисциплинарный консилуим.

– Как проходит реабилитация после лечения гинекологического рака и что в нее входит?

– Это очень хороший и своевременный вопрос. К сожалению, существующая реабилитация отстает от того, что может дать современная эндокринология, клиническая медицина, реабилитология и т. д. На сегодняшний день мы

имеем множество наработок в различных направлениях реабилитации больных с онкологическими процессами. Особенно важна эндокринологическая реабилитация, ведь женщина, перенесшая лечение по поводу злокачественного процесса, зачастую теряет функциональную активность яичников, развивается ранняя менопауза. Эти симптомы существенно ухудшают качество жизни. Поэтому правильная реабилитация является актуальнейшей и крайне необходимой частью современной онкологии. Именно это мы и пытаемся реализовать в НИИЦ АГП им. В.И. Кулакова, выпуская множество материалов, посвященных этой проблеме: вебинары, симпозиумы, конференции, чтобы создать для наших пациентов комфортную жизнь.

– Уважаемый Левон Андреевич, спасибо Вам за столь подробные ответы! ☺

Наследственность и онкогинекологические заболевания

Генетическая предрасположенность является важным фактором риска в развитии онкологических заболеваний женской репродуктивной системы. Рассмотрим несколько примеров в развитии одного из частых онкогинекологических заболеваний.



Рак эндометрия

Наличие рака эндометрия у ближайших родственников женщины увеличивает ее риск заболеть этим заболеванием в 2–3 раза. Это вызвано наследованием генетических «поломок». Некоторые из этих генетических сбоев значительно повышают вероятность развития заболевания, другие – умеренно или слабо. Сильнее всего риск увеличивают мутации, которые приводят к формированию наследственных заболеваний, таких как синдром Линча и синдром Коудена. Рассмотрим их далее более детально.

Синдром Линча

Наиболее частой причиной наследственного рака эндометрия является синдром Линча – наследственное заболевание, которое встречается с частотой 1:100–1:180. Оно возникает из-за мутации в одном из генов, отвечающих за «починку» ДНК. Эти мутации имеют аутосомно-доминантный тип наследования. То есть, если один из родителей имеет установленный синдром Линча, риск передачи его ребенку составляет 50%.

Результатом генетических дефектов становится повышенная предрасположенность к различным опухолям – прежде всего к колоректальному раку. Риск развития рака эндометрия при наличии синдрома Линча достигает 71% по сравнению с 3,1% в общей популяции. Пациентки с синдромом Линча составляют от 2 до 5% всех заболевших раком эндометрия. Кроме того, у пациенток с синдромом Линча отмечается развитие рака эндометрия, опухоли в более раннем возрасте (в основном в период от 46 до 54 лет, тогда как средний возраст развития рака без наследственной предрасположенности – старше 60 лет).

Синдром Коудена

Другое наследственное заболевание, которое повышает риск развития рака эндометрия, – синдром Коудена. Он встречается реже, чем синдром Линча. Частота возникновения синдрома Коудена составляет примерно 1:200 000. Причиной его возникновения является мутация в гене PTEN, который в норме подавляет опухолевый рост. Риск развития рака эндометрия при данном синдроме возрастает на 13–26%. Кроме того, при синдроме Коудена повышается риск развития рака молочной железы, щитовидной железы, толстой кишки. Есть и риск развития ряда доброкачественных образований, которые вызывает синдром Коудена: трихилемомы (опухоли волосяных фолликулов), полипы кишечника, а также разнообразные опухоли головного мозга (например, диспластическая ганглиоцитома).

Для классификации молекулярных подтипов рака эндометрия проводят дополнительные исследования на определение таких маркеров, как POLE, p53, MSI.

Влияние гормональных факторов на риск

Ключевым фактором развития рака эндометрия является повышение уровня эстрогена в организме женщины. Повышение может происходить двумя путями:

- 1) экзогенное, т.е. внешнее воздействие (поступление эстрогена с помощью лекарств);
- 2) эндогенное, т.е. внутреннее воздействие (повышение эстрогена в организме за счет внутренних процессов).

Экзогенное поступление эстрогена

Системная терапия эстрогенами любым путем (для приема внутрь, трансдермальный пластырь, вагинальное кольцо) без одновременного введения прогестерона приводит к значительному увеличению риска развития рака эндометрия. Этот риск возрастает в 1,5–10 раз у пациенток, принимающих только эстрогены, и зависит от дозы и продолжительности применения препаратов.

Эндогенное повышение эстрогена

- менопауза – период, который предшествует менопаузе и сопровождается гормональными сбоями;
- синдром поликистозных яичников – синдром, при котором наблюдаются нерегулярные менструации или аменорея, избыток андрогенов (например, гирсутизм, угри) и множественные кисты яичников.

Другие факторы риска

Ожирение значительно увеличивает риск развития рака эндометрия. Люди с лишней массой тела имеют высокий

уровень эстрогена в организме за счет образования эстрадиола в жировой ткани. Увеличение индекса массы тела (соотношение роста и веса) на каждые 5 кг/м² связано с повышением риска развития рака эндометрия более чем на 50%.

Что снижает риск развития рака эндометрия

Применение гормоносодержащих контрацептивов

Использование противозачаточных препаратов (оральных контрацептивов) снижает риск развития рака эндометрия на 30–40%. Этот эффект сохраняется в течение многих лет после прекращения приема. Противозачаточные средства, содержащие только прогестин (например, депо медроксипрогестерона ацетата, внутриматочные спирали, высвобождающие прогестин), также снижают риски развития рака эндометрия.

Конечно, важно учитывать все риски и преимущества при выборе метода контрацепции. Риск развития рака эндометрия является лишь одним фактором, который следует учитывать.

Беременность и роды

Риск рака эндометрия снижается при увеличении количества беременностей и родов. В одном из исследований было показано, что даже первая беременность снижает риск развития рака эндометрия. Этот результат наблюдался независимо от того, закончилась ли беременность абортom или родами. Каждая последующая беременность еще больше снижает риск развития рака эндометрия*.

Чем позже были последние роды (независимо от количества родов и других факторов), тем меньше риск развития рака эндометрия. Например, у пациенток, которые в последний раз рожали в возрасте 35–39 лет, риск был ниже на 32%. Высокий уровень прогестерона во время беременности может быть важным защитным фактором по мере увеличения возраста пациенток.

Физическая активность

Доказано снижение риска развития рака эндометрия при увеличении физической активности. В том числе и потому, что физическая активность снижает риск ожирения.

Выводы

На некоторые факторы риска развития рака эндометрия сложно повлиять, другие могут быть скорректированы. Однако далеко не всегда наличие даже нескольких факторов риска ведет к развитию онкологического заболевания. Поэтому необходимо знать об индивидуальных факторах риска и периодически проходить все необходимые профилактические обследования.

*Pregnancy duration and endometrial cancer risk: nationwide cohort study. Anders Husby, Jan Wohlfahrt, Mads Melbye. BMJ. 2019;366:14693. DOI:10.1136/bmj.14693

Рак шейки матки: рассказываем самое важное

Скрининговые тесты помогают обнаружить злокачественное новообразование шейки матки на ранних стадиях, когда возможно полное излечение пациента. В российских медицинских организациях проводят скрининг, начиная с 21 года. Обычно тесты повторяются регулярно. Рекомендуется проходить профилактический осмотр не реже 1 раза каждые 1–2 года.

СКРИНИНГОВЫЕ ТЕСТЫ

ПАП-тест

Во время теста врач берет соскоб клеток из цервикального канала (рис. 1). При проведении ПАП-теста специальным гинекологическим инструментом врач раздвигает стенки влагалища. Образец клеток с шейки матки собирается с помощью мягкой щеточки и плоского шпателя (1 и 2 на рис. 1). Клетки помещают во флакон с раствором для их сохранения

до исследования в лаборатории (3 на рис. 1). Или клетки могут быть нанесены на предметное стекло. Позже клетки рассматривают под микроскопом.

Затем эти клетки исследуются в лаборатории на наличие атипичных клеток. Данный тест может обнаружить злокачественные клетки в шейке матки. Он также может обнаружить клетки, в которых есть изменения, повышающие риск развития данного заболевания.

Тест на ДНК вируса папилломы человека

Данный метод предполагает проверку на наличие в клетках шейки матки заражения любым из типов вируса папилломы человека, которые с наибольшей вероятностью могут привести к злокачественному перерождению клеток шейки матки.

Биопсия

Диагноз устанавливается при проведении биопсии.

При подозрении на злокачественное новообразование шейки матки обследование начинается с тщательного осмотра шейки матки. Специальный увеличительный инструмент, называемый кольпоскопом, используется для выявления признаков злокачественной опухоли.

Во время кольпоскопического осмотра врач также берет образец из клеток шейки матки для лабораторного исследования (рис. 2). Для этого проводятся:

с. 4

Рис. 1. ПАП-тест (источник: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cervical-cancer/diagnosis-treatment/drc-20352506#dialogId24053992>)

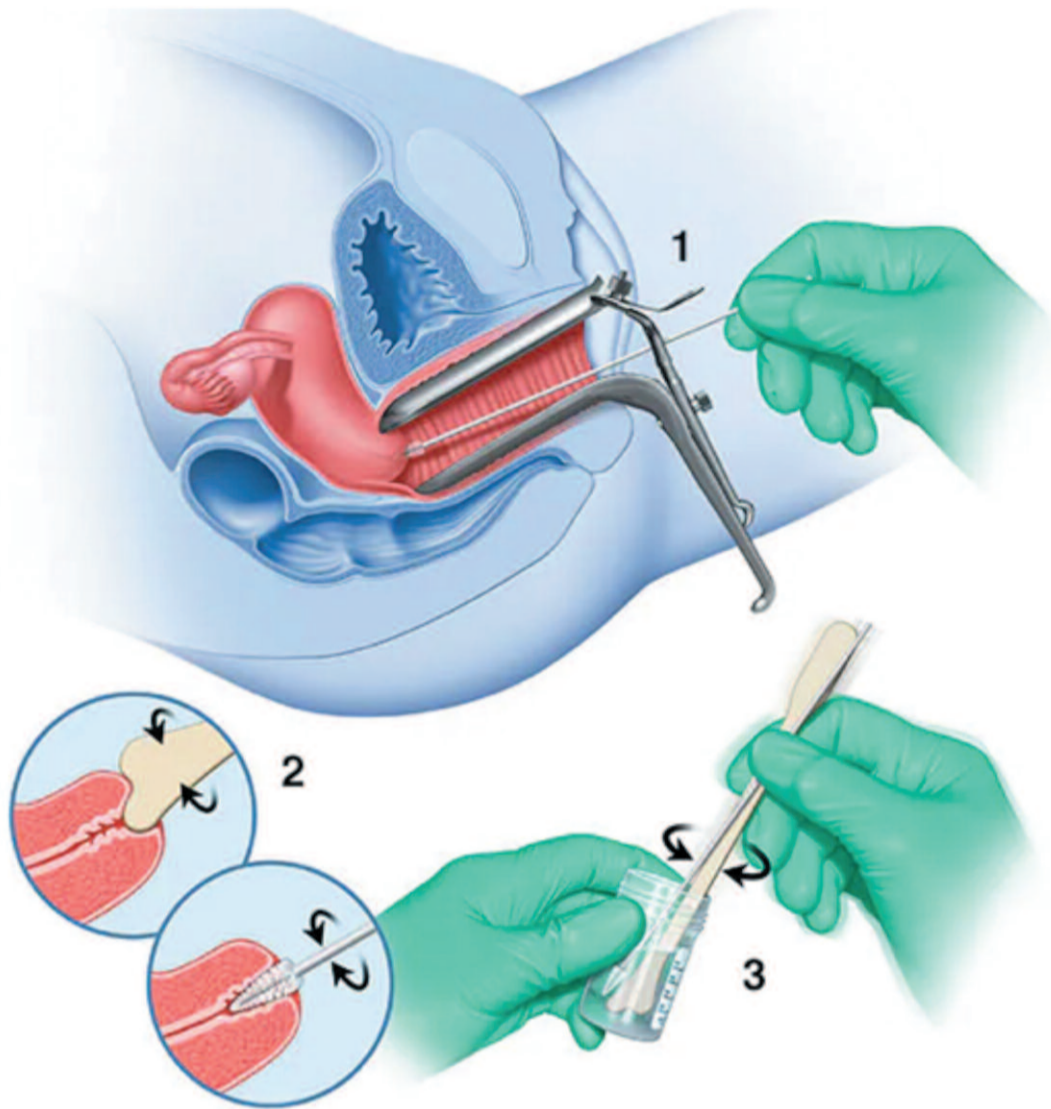
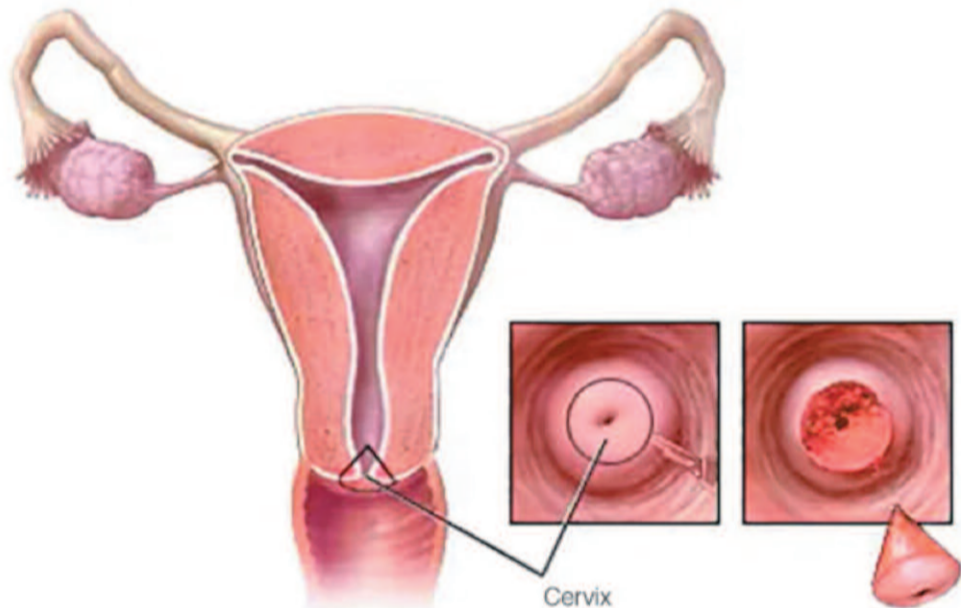


Рис. 2. Конусная биопсия

(источник: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cervical-cancer/diagnosis-treatment/drc-20352506#dialogId35224791>).



1. Пункционная биопсия, при которой с помощью острого инструмента добывается образец ткани шейки матки.

2. Эндоцервикальный кюретаж. При этой манипуляции используется маленький инструмент в форме ложки, называемый кюреткой, или тонкой щеточки, чтобы соскоблить образец ткани с шейки матки.

Если результаты этих тестов вызывают опасения, то могут быть назначены дополнительные исследования. К ним могут относиться варианты забора ткани, позволяющие более детально исследовать клетки шейки матки:

- Электрическая проволочная петля, при которой с помощью тонкой низковольтной проволоки берется небольшой образец ткани. Данная процедура проводится под местным обезболиванием. Этот тест также называется процедурой петлевого электрохирургического иссечения, известной как LEEP.

- Конусная биопсия, также называемая конизацией, – процедура, которая позволяет врачу взять более глубокие слои клеток шейки матки для исследования. Во время данной процедуры хирургическим путем удаляется из шейки матки фрагмент ткани в форме небольшого конуса. Как правило, конусообразный кусочек включает в себя ткань как из верхней, так и из нижней части шейки матки. Процедура также проводится с обезболиванием.

Стадирование

Если диагностирована злокачественная опухоль шейки матки, могут понадобиться другие анализы, чтобы опре-

делить степень распространения заболевания. При проведении инструментальных исследований становится ясным точное расположение и размер злокачественного образования. Эти тесты могут включать рентгенографическое исследование, магнитно-резонансную томографию, компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию и др.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение злокачественного новообразования шейки матки зависит от нескольких факторов, прежде всего таких, как стадия заболевания, сопутствующая патология. Может применяться хирургия, лучевая терапия, химиотерапия или сочетание этих трех методов.

Хирургия

Если злокачественное новообразование шейки матки не распространилось за ее пределы, применяется хирургический этап лечения. Варианты могут быть следующими:

- **Иссечение только опухолевого узла.** При очень маленьком размере опухолевого образования возможно удалить весь пораженный участок конусной биопсией за один раз. В ходе этой процедуры вырезается конусообразный участок ткани шейки матки, а остальная часть шейки остается нетронутой. При данном виде хирургического лечения остается перспективный шанс забеременеть в будущем.

- **Операция по удалению шейки матки, называемая трахелэктомией.** Данный вид хирургического вмешательства также применяется при небольших размерах опухолевого образования. При этом удаляются шейка матки и некоторые окружающие ткани. Матка после этой операции остается, поэтому шанс забеременеть также сохраняется.

- **Операция по удалению шейки и матки, называемая гистерэктомией.** Большинство случаев злокачественного процесса в шейке матки, не распространившегося за ее пределы, подлежат лечению с помощью радикальной гистерэктомии. При этом удаляются шейка матки, матка, часть влагалища и близлежащие лимфатические узлы. Данная методика позволяет снизить риск рецидива заболевания в большей степени, чем при других методиках.

Лучевая терапия

Данный метод лечения использует мощные пучки ионизирующего излучения для уничтожения злокачественных клеток. Энергия может исходить от высокоэнергетических рентгеновских лучей, кобальтовых установок, протонов или других источников. Лучевая терапия часто сочетается с химиотерапией для лечения данного заболевания в случае распространения за пределы органа. Она также может применяться и после операции, если существует повышенный риск рецидива заболевания. Используют следующие виды лучевой терапии:

- Внешняя, так называемая дистанционная лучевая терапия. Пучок излучения направляется на пораженный участок тела снаружи и проникает внутрь тела.

- Внутриполостная лучевая терапия, или брахитерапия. Устройство, наполненное радиоактивным материалом, помещается внутрь влагалища, обычно всего на несколько минут. Таким образом, происходит облучение изнутри, в непосредственной близости к опухоли, что позволяет сберечь окружающие ткани от переоблучения.

- Комбинация первого и второго методов.

Химиотерапия

Лекарственная терапия использует усиленные дозы противоопухолевых препаратов для уничтожения злокачественных клеток. Если заболевание распространилось за пределы органа, химиотерапия часто сочетается с лучевой терапией. Это связано с тем, что химиотерапия может усилить эффект облучения. Более высокие дозы химиотерапии могут быть рекомендованы для купирования или стабилизации запущенного заболевания. Химиотерапия используется как в неoadъювантном режиме (перед операцией), для уменьшения размера опухоли, так и в адъювантном режиме (после операции).

Таргетная терапия

Разновидность противоопухолевой лекарственной терапии. В данной методике используются препараты, которые воздействуют исключительно на специфические белки-рецепторы, которые располагаются на злокачественных клетках. Данная методика проходит в сочетании с химиотерапией.

Иммунотерапия

Это лечение с помощью лекарств, которые помогают иммунной системе бороться со злокачественными клетками. Данный метод лечения может быть рассмотрен на поздней стадии заболевания и когда другие методы лечения не помогают.

Паллиативное лечение

Это особый вид медицинской помощи, который помогает пациенту облегчить боль и другие симптомы, когда другие виды лечения бессильны. Цель команды – улучшить качество жизни пациента.

Несмотря на всю грозность заболевания, рак шейки матки относят к визуально доступным локализациям, когда заподозрить опухоль не представляет труда для любого гинеколога или акушерки смотрового кабинета. Не требуется какого-то особо сложного инструментария. От этого этапа зависит то, насколько быстро пациент получит необходимые рекомендации по дообследованию и лечению – при необходимости. Вместе с тем многое зависит от самой пациентки: регулярное посещение профилактических осмотров – залог здоровья!

Информационный источник: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cervical-cancer/diagnosis-treatment/drc-20352506>

Как диагностируется злокачественная опухоль тела матки?

Для диагностики используются различные тесты и обследования. Не все описанные здесь тесты могут применяться для каждого пациента. При выборе диагностического теста нужно учитывать следующие факторы:

- тип предполагаемого злокачественного новообразования;
- признаки и симптомы;
- возраст и общее состояние здоровья;
- результаты предыдущих медицинских тестов.

Помимо физического осмотра для диагностики могут использоваться следующие тесты:

1. **Осмотр малого таза.** Врач пальпирует матку, влагалище, яичники и прямую кишку, чтобы проверить наличие патологических образований.
2. **Биопсия эндометрия.** При данном исследовании происходит забор небольшого количества ткани для исследо-

вания. Биопсия эндометрия является единственным точным способом диагностики злокачественного новообразования матки. Пациенткам с аномальным вагинальным кровотечением перед исследованием может потребоваться дилатация и кюретаж, даже если во время биопсии не будет обнаружено аномальных клеток.

3. **Дилатация и кюретаж.** Это процедура удаления образцов ткани из матки. Данная процедура проводится под местной анестезией. Во время гистероскопии врач вводит тонкую гибкую трубку через шейку матки в матку и забирает необходимое количество ткани внутренней выстилки матки.

4. **Трансвагинальное ультразвуковое исследование.** При данном исследовании ультразвуковой датчик вводится во влагалище и направляется на матку, чтобы сделать снимки. Если эндометрий выглядит слишком толстым, принимается решение о проведении биопсии.

5. **Компьютерная и магнитно-резонансная томографии.** С помощью данного исследования можно точно определить местоположение и измерить размер опухоли. Иногда перед сканированием вводят специальный краситель, называемый контрастным веществом, для лучшей детализации изображения. Это требуется для уточнения наличия прорастания опухоли в соседние органы и ткани.

6. **Тестирование опухоли на биомаркеры.** Врач может порекомендовать провести лабораторные исследования образца опухоли, чтобы выявить специфические гены, белки и другие факторы, характерные только для этой опухоли. Это также называется молекулярно-генетическим тестированием опухоли. Результаты этих анализов помогут выбрать подходящие варианты лечения. ☺☺☺

Виды терапии злокачественных опухолей тела матки

Варианты лечения и рекомендации зависят от нескольких факторов, включая тип и стадию заболевания, возможные побочные эффекты, общее состояние здоровья, сопутствующие заболевания, возраст. Злокачественное новообразование тела матки лечится одним методом или их комбинацией, включая хирургию, лучевую терапию и/или лекарственную терапию.

Хирургия

Как правило, это первый метод лечения.

К распространенным хирургическим процедурам относятся:

- **Гистерэктомия, или удаление матки.** Это достаточно большая операция, но она обеспечивает наилучший результат. В зависимости от степени распространения проводится либо простая гистерэктомия (удаление матки и шейки матки), либо радикальная гистерэктомия (удаление матки, шейки матки, верхней части влагалища и близлежащих тканей). Пациенткам, пережившим менопаузу, обычно проводят двустороннюю сальпингоофорэктомию – удаление обеих маточных труб и яичников. Гистерэктомия может проводиться как открытым (лапаротомия), так и закрытым способом (лапароскопически).

- **Удаление лимфатических узлов.** Одновременно с гистерэктомией удаляются близлежащие лимфатические узлы, которые могут быть поражены метастазами, – чтобы определить распространенность заболевания. Это может быть сделано с помощью процедуры, называемой биопсией «сторожевого» лимфатического узла или лимфаденэктомией (удаление близлежащих лимфатических узлов) с их последующим гистологическим исследованием.

Лучевая терапия

При данном методе лечения используются высокоэнергетические рентгеновские лучи и другие источники ионизирующего излучения (например, кобальт-60). Схема лучевой терапии, или график, обычно состоит из определенного количества процедур, проводимых в течение определенного периода времени.

Лучевая терапия может проводиться наружно или внутренне. При наружной или дистанционной лучевой терапии используется аппарат, находящийся вне тела, который доставляет излучение в область поражения извне. Облучение может также осуществляться и изнутри. Такая форма облучения называется брахитерапией, или внутриматочной лучевой терапией. Дистанционная лучевая терапия может проводиться отдельно или в сочетании с брахитерапией.

Лучевая терапия чаще всего проводится после операции, чтобы уничтожить оставшиеся злокачественные клетки.

Иногда лучевую терапию проводят до операции, чтобы уменьшить опухоль и было легче ее удалить во время операции.

Побочные эффекты лучевой терапии зависят от ее объема и могут включать усталость, кожные реакции, изменения частоты мочеиспускания и расстройства кишечника. Большинство побочных эффектов при правильном проведении облучения проходит вскоре после окончания лечения.

Лекарственная терапия

Химиотерапия – использование лекарственных препаратов для уничтожения злокачественных клеток, она не дает им расти, делиться и создавать новые клетки. Схема химиотерапии, или график лечения, обычно состоит из определенного количества циклов, проводимых в течение определенного периода времени. Пациент может получать один препарат в самостоятельном варианте или комбинацию различных препаратов, вводимых одновременно.

Цель химиотерапии – уничтожить опухолевые клетки, замедлить рост, если заболевание распространилось на другие части тела. Хотя химиотерапию можно проводить перорально, большинство препаратов вводится внутривенно.

Гормональная терапия

Данный метод лечения часто включает в себя высокую дозу полового гормона прогестерона, принимаемого в виде таблеток. Другие виды гормональной терапии включают внутриматочные спирали с гормонами и ингибиторы ароматазы, такие как анастрозол, летрозол и экземестан. Гормональная терапия также может применяться для людей, которым нельзя проводить хирургическое вмешательство или лучевую терапию, или же она может использоваться в сочетании с другими видами лечения. Такой вид лечения стабилизирует рост опухоли на определенное время.

Побочные эффекты гормональной терапии могут включать задержку жидкости в организме, повышение аппетита, бессонницу, боли в мышцах и увеличение массы тела.

Таргетная терапия

Таргетная терапия доступна в рамках клинических исследований, а в некоторых случаях – как часть стандартных планов лечения. Целевая терапия рака тела матки:

- **Антиангиогенная терапия.** Она направлена на остановку ангиогенеза – процесса образования новых кровеносных сосудов опухоли, которые помогают ей существовать и расти. Поскольку для роста и распространения опухоли необходимы питательные вещества, доставляемые кровеносными сосудами, цель антиангиогенной терапии – «уморить» опухоль без питания и кислорода. Бевацизумаб – это один из видов антиангиогенной терапии, который может быть использован для лечения.

- **Ингибиторы рапамицина** – мишени млекопитающих (mTOR). При раке эндометрия часто встречаются мутации, называемые mTOR. Людей с прогрессирующим или рецидивирующим раком тела матки можно лечить препаратом, блокирующим этот путь, например, эверолимусом.

Иммунотерапия

Иммунотерапия использует естественные защитные силы организма для борьбы с злокачественным заболеванием, повышая способность иммунной системы.

Злокачественные клетки с дефектами репарации несоответствия (dMMR) более чувствительны к иммунотерапии. Препарат для иммунотерапии пембролизумаб одобрен для лечения опухолей с высокой микросателлитной нестабильностью (MSI-high) или dMMR, независимо от расположения опухоли в организме. Пембролизумаб можно использовать для лечения опухоли матки с dMMR, если другие предыдущие методы лечения не помогли.

Комбинация ленаватиниба, препарата таргетной терапии, и пембролизумаба также одобрена для лечения распространенной злокачественной опухоли эндометрия. Эта комбинация может использоваться для лечения заболевания, которое не имеет высокого уровня MSI или dMMR, не контролируется системной терапией и не может быть вылечено с помощью хирургического вмешательства или лучевой терапии. Среди прочих побочных эффектов ленаватиниба может вызывать повышение артериального давления и требует тщательного контроля для снижения и купирования побочных эффектов.

Различные виды иммунотерапии могут вызывать разные побочные эффекты. Общие побочные эффекты включают кожные реакции, гриппоподобные симптомы, диарею, изменение массы тела и другие возможные побочные эффекты. Необходимо проконсультироваться с врачом о возможных побочных эффектах рекомендованной иммунотерапии.

Информационный источник: <https://www.cancer.net/cancer-types/uterine-cancer/types-treatment>

Ранняя диагностика рака эндометрия

Матка состоит из нескольких оболочек. Периметрий (серозная оболочка) – слой, представляющий собой выстилку, обращенную в брюшную полость живота. Миометрий – мышечная оболочка матки. Эндометрий – это внутренний слой, выстилающий матку изнутри, состоящий из эпителиальных клеток.

Рак эндометрия – заболевание, при котором злокачественные (раковые) клетки образуются в тканях внутреннего слоя – эндометрия. Рак эндометрия отличается от злокачественного новообразования мышечной оболочки матки, который называется саркомой матки.

Рак эндометрия диагностируется чаще всего у женщин в постменопаузе в среднем в возрасте 60 лет. С середины 2000-х годов число новых случаев рака эндометрия несколько увеличилось, причем показатели стали примерно на 2% в год выше у женщин моложе 50 лет и на 1% в год выше у женщин в возрасте 50 лет и старше. В период с 2016 по 2020 г. смертность от рака эндометрия оставалась стабильной – отмечается увеличение не более 1% в год. Все, что увеличивает шанс заболеть, называется фактором риска. Отсутствие факторов риска не означает, что человек не заболеет раком. Люди, которые считают, что они могут быть в группе риска, должны обсудить это со своим врачом.

Так, к факторам риска развития рака эндометрия относятся следующие ситуации:

- прием тамоксифена для лечения или профилактики рака молочной железы;
- длительный изолированный прием эстрогена (прием эстрогена в сочетании с прогестероном не увеличивает риск развития рака эндометрия);
- избыточная масса тела;
- диета с высоким содержанием жиров;
- не рожавшие и не беременевшие женщины;
- начало менструации в раннем возрасте;
- достижение менопаузы в более старшем возрасте;
- наличие гена наследственного неполипозного рака толстой кишки (HNPCC).

Стандартного или рутинного скринингового теста на рак эндометрия в настоящее время не существует, хотя в мире ведутся работы в данном направлении. Во многих странах проводятся скрининговые клинические испытания, однако они не утверждены на общемировом уровне. Рак эндометрия обычно вызывает симптомы (например, вагинальное кровотечение) и обнаруживается на ранней стадии, когда есть хорошие шансы на излечение и выздоровление.

Существует несколько методик, используемых в выявлении рака эндометрия. Одна из них – трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ) – это процедура, используемая для исследования влагалища, матки, маточных труб и мочевого пузыря. Его еще называют эндовагинальным УЗИ. Ультразвуковой датчик (зонд) вводится во влагалище и используется для отражения высокоэнергетических звуковых волн (ультразвука) от внутренних тканей или органов и создания эха. Эхосигналы формируют картину тканей тела, называемую сонограммой. Так, ультразвуковой диагност может выявить опухоль, посмотрев на сонограмму. ТВУЗИ обычно используется для обследования женщин с аномальным вагинальным кровотечением. Биопсия эндометрия – это забор ткани из эндометрия путем введения щетки, кюретки или тонкой гибкой трубки через шейку матки в матку. Инструмент используется для аккуратного соскабливания и забора небольшого количества ткани с эндометрия. Патологоанатом изучает ткань под микроскопом, чтобы найти раковые клетки.

Регулярное посещение гинекологического кабинета может помочь своевременно заподозрить и диагностировать заболевание на ранних стадиях. При наличии жалоб, таких как маточное кровотечение, не связанное с менструацией, необходимо срочно обратиться к врачу-гинекологу. В дальнейшем он поможет выработать план диагностических мероприятий, необходимых для того, чтобы либо подтвердить, либо опровергнуть заболевание. 🗨

Профилактика рака эндометрия

Профилактика в онкологической практике – это комплекс действий, направленный на выявление и нивелирование (предотвращение) факторов риска развития онкологических заболеваний (первичная профилактика), выявление локализованных форм опухолей – ранняя диагностика (вторичная профилактика) и предупреждение прогрессирования заболевания за счет своевременного обеспечения надлежащего лечения и наблюдения (третичная профилактика). За счет первичной профилактики обеспечивается снижение вероятности заболевания. За счет вторичной и третичной профилактики рака снизится количество смертей, вызванных раком.

Чтобы предотвратить появление новых видов рака, ученые изучают как факторы риска возникновения, так и защитные факторы. Все, что увеличивает вероятность развития рака, называется фактором риска развития рака. Напротив, все, что снижает эту вероятность, называется противораковым или защитным фактором.

Некоторых факторов риска развития рака можно избежать, но некоторых – нет. Например, и курение, и наследование определенных генов являются факторами риска для некоторых видов рака, но только курение может быть исключено по воле пациента. Регулярные физические упражнения и здоровое питание могут стать защитными факторами для некоторых видов рака. Избегание факторов риска и увеличение защитных факторов, казалось бы, должно снизить риск, но это не совсем так, это не значит, что вы не заболеете раком.

Следующие факторы риска повышают риск развития рака эндометрия:

- гиперплазия эндометрия;
- изолированный длительный прием эстрогена;
- прием тамоксифена (используется для профилактики рака молочной железы у женщин, которые находятся в группе высокого риска заболевания);
- наличие ожирения, увеличение массы тела, наличие метаболического синдрома и сахарного диабета;
- генетическая предрасположенность (наличие рака у ближайших родственников).

Существуют и защитные факторы, снижающие риск развития рака эндометрия:

- беременность и кормление грудью;
- прием сбалансированных гормональных контрацептивов (комбинированных оральных контрацептивов);

- постоянная физическая активность и контроль массы тела.

Итак, избегание факторов риска рака может помочь предотвратить некоторые виды рака. Известные факторы риска, как уже было сказано, включают курение, избыточную массу тела и недостаточную физическую активность. Повышение защитных факторов, таких как отказ от курения и физические упражнения, также может помочь предотвратить некоторые виды рака. Стоит проконсультироваться с врачом о том, как можно снизить риск развития рака и что относится к факторам риска его возникновения.

Самостоятельная гормональная терапия эстрогенами увеличивает риск развития рака эндометрия. Таблетированный эстроген может назначаться для замены собственного эстрогена, который больше не вырабатывается яичниками у женщин в постменопаузе или у женщин, у которых яичники были удалены. Это называется гормональной терапией. Использование гормональной терапии, содержащей только эстроген, увеличивает риск рака эндометрия, и риск тем выше, чем дольше используется эстроген. По этой причине изолированная терапия эстрогенами обычно назначается только женщинам, у которых матка была удалена.

Гормональные контрацептивы (противозачаточные таблетки), сочетающие в себе эстроген и прогестерон (комбинированные оральные контрацептивы), снижают риск развития рака эндометрия. Защитный эффект этого вида контрацепции усиливается в зависимости от продолжительности использования, он может сохраняться в течение многих лет после прекращения применения оральных контрацептивов.

Ранняя менструация – еще один фактор риска. Начало менструации в раннем возрасте увеличивает количество лет, в течение которых организм подвергается воздействию эстрогена, и увеличивает риск развития рака эндометрия у женщин. Поздняя менопауза: женщины, которые достигают менопаузы в более старшем возрасте, подвергаются воздействию эстрогена в течение более длительного времени и имеют повышенный риск развития рака эндометрия. Также, поскольку уровень эстрогена во время беременности ниже, женщины, которые никогда не были беременны, подвергаются воздействию эстрогена в течение более длительного времени, чем женщины, которые были беременны. Это повышает риск развития рака эндометрия. Уровень эстрогена ниже во время беременности и при грудном вскармливании.

Женщины с определенными генетическими заболеваниями имеют повышенный риск развития рака эндометрия. Например, синдром Линча – наследственное заболевание, вызванное изменениями в определенных генах. Женщины, у которых отмечается синдром Линча, имеют гораздо более высокий риск развития рака эндометрия, чем женщины, у которых его нет. Синдром поликистозных яичников (когда происходит нарушение выработки яичниками гормонов) и синдром Коудена являются наследственными заболеваниями, которые также связаны с повышенным риском рака эндометрия. Женщины с семейным анамнезом рака эндометрия у родственниц первой степени родства (мать, сестра или дочь) также подвержены повышенному риску развития рака эндометрия.

Физическая активность (упражнения) может снизить риск рака эндометрия. Это включает в себя любую физическую активность, которую вы выполняете на работе или дома. Таким образом, соблюдение мер профилактики может помочь вам снизить риск развития злокачественной опухоли. Тем не менее важной составляющей собственного благополучия является регулярное (не реже 1 раза в год) посещение гинекологического кабинета с целью профилактического осмотра. Помимо этого, в случае появления симптомов, ранее не выявлявшихся, в частности развития аномального подкравливания вне периода менструации, нельзя их игнорировать. В таких ситуациях нужно обратиться за помощью к врачу-гинекологу, который поможет выработать верный план диагностического поиска и в случае подтверждения заболевания назначить правильное, а самое главное – своевременное лечение. 🗨

Рак яичников: самое важное коротко

Рак яичников, маточной трубы и первичный рак брюшины – группа злокачественных опухолей, исходящая из эпителия перечисленных органов. И, несмотря на разное расположение первичной опухоли, клиническое течение, диагностика и методы лечения первичного рака брюшины и маточных труб практически аналогичны раку яичников. (Далее по тексту будет использоваться термин «рак яичников» – РЯ).

Основные причины возникновения РЯ

В большинстве случаев РЯ имеет спорадический характер. К основным факторам риска относят:

- 1) отсутствие беременностей;
- 2) курение;
- 3) избыточная масса тела. Считается, что если индекс массы тела более 30, то это достоверно повышает риск развития РЯ [1]. Был проведен метаанализ 28 исследований, целью которого было выявить связь между развитием РЯ и ожирением. В итоге была отмечена явная взаимосвязь между ожирением и возникновением РЯ [2].
- 4) частое использование препаратов от бесплодия (исследования не дают четкого суждения по этому фактору риска) [3];
- 5) использование гормональной заместительной терапии, содержащей только эстрогены, в течение не менее чем 10 лет (исследования не дают четкого суждения по этому фактору риска, однако в последнее время выявляют тесную взаимосвязь) [4].

Дело в том, что эстрогены могут влиять на клетки-мишени таким образом, что это приводит к угнетению апоптоза (запрограммированной гибели клеток). Помимо этого, стоит отметить, что онкогенной активностью обладают продукты половых гормонов (катехолэстрогены).

Также имеется связь с развитием РЯ и уровня гормонов щитовидной железы. Поскольку данные гормоны влияют на превращение эстрадиоловых фракций эстрогенов в эстриол, в условиях гипотиреоза указанные превращения гормонов активизируются [5, 6].

Существует «овуляторная» гипотеза Фаталла, которая гласит о том, что риск развития РЯ находится в прямой зависимости от числа овуляторных циклов на протяжении жизни женщины. Чем больше число овуляций, тем выше потенциальный риск трансформации клеток покровного эпителия яичника в злокачественные.

В 10% случаев у пациенток с диагнозом РЯ развитие заболевания связано с наличием известных наследственных синдромов. Наиболее распространенный синдром наследования рака молочной железы и РЯ связан с мутациями генов BRCA [7].

В случае наличия наследственного синдрома появление опухоли в среднем меньше на 10 лет, чем в общей популяции [8, 9].

Основные наследственные опухолевые синдромы:

1. Синдром Линча I: сочетание РЯ и рака молочной железы у одной и той же пациентки (встречается в 65–75% всех случаев наследственного РЯ) [10].

2. Синдром Линча II: сочетание РЯ с колоректальным раком и раком эндометрия (встречается в 10–15% от всех случаев наследственного рака) [10].

3. Остальные синдромы РЯ (встречаются в 10–15% наследственного рака) [10].

Диагностика

Ранние стадии РЯ (да и других онкодиагнозов) протекают бессимптомно, поэтому, чтобы выявить онкодиагноз на ранней стадии, стоит обратиться к врачу с профилактической целью.

Порой даже на физикальном осмотре врач-гинеколог не сможет определить наличие опухоли яичника, поэтому стоит прибегнуть к инструментальным и лабораторным исследованиям.

К инструментальным методам исследования относится УЗИ/КТ/МРТ органов малого таза. Рутинно гинеколог/УЗ-диагност амбулаторного звена выполняет УЗИ и в случае подозрения на РЯ назначает пациентке дообследование в объеме КТ или МРТ (лучше) органов малого таза с внутривенным контрастированием.

Также врач назначает лабораторное исследование крови на Ca125 и HE4.

НАПОМИНАЮ! Нельзя сдать кровь на серологические маркеры и узнать, есть онкодиагноз или его нет. Данная ситуация является исключением и назначение Ca125 и HE4 возможно только при наличии опухоли яичника на основании УЗИ/КТ/МРТ-данных.

В случае повышения показателей вышенаписанных анализов и наличия подозрительной картины в ходе инструментального исследования пациентке рекомендуется выполнение диагностической лапароскопии.

Почему диагностическая лапароскопия? А не лечебная?

Такой подход связан с некоторыми причинами:

1. Онкодиагноз можно поставить только после верификации, т.е. необходимо предварительно выполнить биопсию из опухолевого очага и только после этого узнать, есть в данной опухоли злокачественные клетки или нет. Выполняется это исследование интраоперационно, т.е. осуществляется биопсия из очага и направляется морфологу на исследование, ответ получают через 15–30 минут (в зависимости от организации процесса доставки и приготовления биоматериала).
2. Диагностическая лапароскопия способна оценить, что происходит в окружающих тканях и органах, а значит, позволяет более точно выполнить стадирование заболевания.

3. Стоит не забывать, что диагностическая лапароскопия может перейти и в лечебную.

Помимо этого, хочу отметить, что существует достаточно простая классификация опухолей яичников:

1. Доброкачественные опухоли.
2. Злокачественные опухоли.
3. Пограничные опухоли (низкой степени злокачественности).

Порой произвести дифференциальную диагностику между категориями представленных опухолей с использованием лабораторных и инструментальных методов исследований невозможно! В связи с этим и прибегаем к диагностической лапароскопии.

Кстати, с недавних времен (на самом деле более 30 лет) принято, что пограничные опухоли лечатся как злокачественные опухоли яичника.

Заключение

Мы знаем, что есть скрининг и профилактика (вакцинирование) рака шейки матки, скрининг рака молочной железы (маммография), скрининг колоректального рака (колоноскопия), но на данный момент не существует официального скрининга РЯ.

Могу лишь порекомендовать проконсультироваться с онкологом/гинекологом/онкогинекологом по поводу своих онкорисков. А после посещать компетентного в данном случае гинеколога/онколога 1 раз в год и выполнять УЗИ органов малого таза. В случае наличия подозрения на РЯ – сдать Ca125 и HE4, а также выполнить КТ/МРТ (последнее предпочтительней) малого таза с внутривенным контрастированием.

Помимо этого, хочу отметить, что прием комбинированных оральных контрацептивов защищает женщину от РЯ и рака тела матки [11]. Однако по поводу данного вопроса стоит проконсультироваться с гинекологом.

Литература

1. Leitzmann MF et al. Body mass index and risk of ovarian cancer. *Cancer*. 2009; 115 (4): 812–22.
2. Olsen CM et al. Obesity and the risk of epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer*. 2007; 43 (4): 690–709.
3. Silva Idos S et al. Ovulation – stimulation drugs and cancer risks: a long-term follow-up of a British cohort. *Br J Cancer*. 2009; 100 (11): 1824–31.
4. Rooth C. Ovarian cancer: risk factors, treatment and management. *Br J Nurs*. 2013; 22 (17): S23–30.
5. Гарин А.М. Эндокринная терапия и гормонозависимые опухоли. М.–Тверь: Триада, 2005.
6. Урманчеева А.Ф., Мешкова И.Е. Вопросы эпидемиологии и диагностики рака яичников. *Практическая онкология*. 2000; 4: 7–13.
7. Pal T, Permuth-Wey J, Betts JA et al. BRCA1 and BRCA2 mutations account for a large proportion of ovarian carcinoma cases. *Cancer*. 2005; 104 (12): 2807–16.
8. Boyd J et al. Clinicopathologic features of BRCA-linked and sporadic ovarian cancer. *J Am Med Assoc*. 2000; 283: 2260–5.
9. Menkiszak J et al. Hereditary ovarian cancer in Poland. *Int J Cancer*. 2003; 106: 942–5.
10. Lynch HT, Fusaro RM, Lynch J. Hereditary cancer in adults. *Cancer Detect Prev*. 1995; 19 (3): 219–233.
11. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol. 72, Hormonal Contraception and Postmenopausal Hormonal Therapy, Lyon, 1999.

Материал предоставлен
Анной Архицкой –
автором Телеграм-канала
«Oncoprotection_DAO».



Горячая линия МНИОИ им. Герцена –
филиала НМИЦ радиологии Минздрава России
8 800 444 3102

Консультации по вопросам:
• диагностики
• схемам лечения
• маршрутизации
• лекарственному обеспечению

Получить консультацию онколога можно бесплатно
и с любого телефона, в том числе по междугородней связи.
Помимо горячей линии в Центре работает
единый контактный номер
8 495 150 1122

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитация в онкогинекологии после лечения

Любая операция – это серьезнейший стресс для организма, что требует дальнейшей реабилитации. Индивидуально подобранный план реабилитации после лечения позволяет как можно быстрее и максимально полноценно устранить последствия самого заболевания и проводимого лечения, помогает в восстановлении функций органов и тканей и скорейшему возвращению в привычный ритм жизни. Любая операция – это серьезнейший стресс для организма, что требует дальнейшей реабилитации. Индивидуально подобранный план реабилитации после лечения позволяет как можно быстрее и максимально полноценно устранить последствия самого заболевания и проводимого лечения, помогает в восстановлении функций органов и тканей и скорейшему возвращению в привычный ритм жизни.



Основная цель реабилитации – максимально восстановить здоровье пациента, улучшить его качество жизни, нормализовать работу всех органов и систем. Во всех случаях необходимы те или иные реабилитационные мероприятия, которые проводятся в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Так, реабилитационные мероприятия, проводимые после малоинвазивной хирургии или эндоскопического вмешательства, требуют не очень продолжительного периода времени, так как процесс восстановления проходит достаточно быстро. Если это внутриполостная или эндоскопическая операция с удалением органа или его части, тогда в план реабилитации должны быть включены мероприятия, которые помогают в восстановлении его утраченных функций.

В реабилитации необходимо соблюдение определенных правил: максимально раннее начало мероприятий в их проведении, соблюдение этапности и комплексный подход.

Выделяют:

- **Ранний период** – до 21-го дня с момента проведения операции. Ключевые задачи в это время: адекватное обезболивание и комфорт пациента, стимуляция заживления операционного рубца, профилактика кровотечений и осложнений. Также проводятся противовоспалительное лечение в раннем послеоперационном периоде, профилактика спаечного процесса. После операции женщинам не рекомендуется поднятие и ношение тяжестей (свыше 5 кг). По показаниям врача необходимо но-

шение бандажа. Также следует воздержаться от половой жизни на срок, устанавливаемый лечащим врачом.

- **Поздний этап** – начинается с 22-го дня после операции. Проводится восстановление утраченных функций или определенных физических ограничений. Физиолечение предполагает использование следующих процедур: УФО; УВЧ; ионо- или электрофорез с лекарственными веществами. При отсутствии противопоказаний назначаются комбинированные противозачаточные средства с целью восстановления отсутствующего звена циклических изменений в функциональной системе пациентки: гипоталамус – гипофиз – яичники – матка.

« ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ – МАКСИМАЛЬНО ВОССТАНОВИТЬ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА, УЛУЧШИТЬ ЕГО КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, НОРМАЛИЗОВАТЬ РАБОТУ ВСЕХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ »

При выписке из стационара в зависимости от объема лечения проведение дальнейших реабилитационных мероприятий может выполняться самостоятельно дома по рекомендациям лечащего врача. Но иногда может потребоваться привлечение врача-специалиста — реабилитолога. Такое восстановление может в некоторых случаях проводиться как в амбулаторных условиях, т.е., дома или при самостоятельном посещении специалиста, так и в специальных реабилитационных центрах и занимать до 1–1,5 мес. В любом случае лечащий доктор всегда предупредит о такой необходимости пациента. От своевременности и полноты назначенных реабилитационных процедур зависит скорейшее возвращение пациентки к привычному образу жизни. «

ИСТОРИЯ УСПЕХА

СВЕТЛАНА МАЙОРОВА: «Половина успеха – это найти врачей-экспертов в своей области, а вторая – это настрой и поддержка родных и близких»



Светлана Майорова, 39 лет

О своем диагнозе я узнала в ноябре 2020 г., после эндоскопического удаления кисты правого яичника в Ярославском перинатальном центре. Гистологическое исследование удаленной кисты показало эндометриоидный рак обоих яичников, метастазы в сальник. После этого меня отправили в диспансер, а там сказали: «стадия IV, случай неоперабельный, и жить тебе, Света, осталось несколько месяцев».

Диагноз, конечно, был для меня неожиданностью, но не шоком, не было ни страха, ни слез. Рак – это заболевание, которое лечится, и успешно лечится, есть болезни страшнее.

Больше всего меня поразила некомпетентность и полное отсутствие этичности некоторых докторов. Решила разобраться сама, благо образование позволяет. Пройшла компьютерную томографию легких, магнитно-резонансную томографию брюшной полости, малого таза, гастро- и колоноскопию – чисто. В голове у меня не укладывалось – эндометриоидный рак, не самый страшный вид рака, IV стадия, отсутствие метастазов и результаты обследования.

Нашла самый лучший медицинский центр ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академи-

ка В.И. Кулакова» и самых лучших онкогинекологов – Морхов Константин Юрьевич и Нечушкина Валентина Михайловна. Это не только врачи от Бога, но замечательные люди, которым я безмерно благодарна.

Через полторы недели я уже сидела в палате НИИ им. В.И. Кулакова, с бутылочкой мовипрепа, в предвкушении операции.

Три дня в реанимации и две недели в отделении. Не больно, не страшно, красивый косметический внутрикожный шов. А самое главное – отсутствие остаточной опухоли.

К моему удивлению, во время химиотерапии, кроме потери волос, не столкнулась ни с какими неприятностями, благодаря грамотным рекомендациям моего доктора. Даже работала во время прохождения лечения. К маю я была здорова!!!

Мое мнение, половина успеха – это найти врачей-экспертов в своей области и четко следовать их рекомендациям, а вторая – это настрой и поддержка родных и близких.

После диагноза стала более уверенной в себе, более твердой и решительной, работаю, воспитываю сына. Я люблю запах возможностей по утрам...

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



ОнкоЛикбез. Лимфедема

Онкомаммология – область онкологии, прогресс в которой можно назвать прорывным. Сегодня «золотым стандартом» хирургического лечения рака молочной железы являются органосохранные операции, позволяющие добиться максимально высоких функциональных и эстетических результатов не в ущерб онкологической эффективности. После распространения концепции биопсии сторожевого лимфоузла удаление регионарных лимфоузлов перестало быть неизбежным.



Увы, но риск формирования лимфедемы верхней конечности (лимфатического отека) до сих пор дамокловым мечом угрожает женщинам, излечившимся от рака молочной железы.

Лимфедема – хроническое и на сегодня неизлечимое заболевание, характеризующееся накоплением жидкости, богатой белком, в межклеточном пространстве и приводящее к отеку. Это патологическое состояние обусловлено дисфункцией лимфатической системы.

Лимфедема обычно развивается спустя несколько лет после операции, как правило, в первые 3 года.

Факторы риска:

- **Хирургические.** При мастэктомии вероятность лимфедемы выше, но и радикальная резекция может явиться ее причиной. Также риск развития лимфедемы прямо пропорционален числу удаленных лимфатических узлов.
- **Лучевые.** Облучение резецированной молочной железы, послеоперационного рубца передней грудной стенки, зоны лимфооттока.
- **Избыточная масса тела.** Индекс массы тела более 30 кг/м².
- **Другие факторы риска:** послеоперационные осложнения (серомы, инфицирование раны), инфекции; травмирование (ожоги, колотые раны) конечности на стороне операции.

Профилактика:

- Обработывайте даже самые мелкие порезы на руке антибактериальными средствами.
 - Избегайте любых пункций/инъекций в руку со стороны операции и даже не измеряйте артериальное давление на этой руке.
 - Избегайте экстремальных температурных воздействий на руку (например, не проверяйте рукой температуру воды).
 - Не носите ювелирные изделия и одежду, сдавливающую ткани.
 - Не носите сумку в руке со стороны операции.
 - Контролируйте массу тела: избегайте ее увеличения!
 - Как можно раньше после операции начните заниматься специализированной физической активностью!
- Если все же лимфедема сформировалась, нужна комплексная терапия:
- Ношение компрессионных бинтов (компрессионный рукав/бандаж).
 - Ручной противоотечный массаж.
 - Использование увлажняющих лосьонов для поддержания необходимой влажности кожи руки.
 - Обязательна физическая активность (акваэробика, плавание, силовые упражнения, йога, упражнения на сопротивление).

Хотите узнать больше? 29 марта Российское общество клинических онкологов и ВООПП «Ассоциация онкопациентов ЗДРАВСТВУЙ!» проведут Школу пациентов «Лимфедема: профилактика и реабилитация».

*Марина Кукош,
автор Телеграмм-канала
«ОнкоЛикбез».*



ИССЛЕДОВАНИЯ

SCC-исследование: что это такое?

В этой статье мы хотим рассказать о том, что такое SCC и кому же оно положено.

В Межрегиональное общественное движение (МОД) «Движение против рака» можно сказать с определенной регулярностью поступают обращения пациенток с раком шейки матки, связанные с возможностью проведения исследования уровня антигена плоскоклеточной карциномы (SCC) в крови за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Если говорить простым русским языком, пациентки спрашивают, можно ли данное исследование сделать бесплатно в регионе, где они проживают.

Что же говорит об этом законодательство.

Так, в соответствии с Клиническими рекомендациями «Рак шейки матки» (утв. Минздравом России, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 №1968 данный документ применяется с 1 января 2022 г.):

а) При диагностике (2.3. Лабораторные диагностические исследования)

- Рекомендуется исследование уровня антигена плоскоклеточного рака – SCC (при возможности) у всех пациенток с плоскоклеточным раком шейки матки и подозрением на него с целью оценки текущей клинической ситуации и дальнейшего течения заболевания.

б) При профилактике рекомендуется следующий алгоритм наблюдения за пациентками:

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства и определение уровня SCC при плоскоклеточном раке каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем – ежегодно.

Хотим отметить, что Приказом Минздрава России от 01.03.2021 №146н утверждены «Стандарты медицинской помощи взрослым при раке шейки матки».

В раздел «Медицинские услуги для диагностики заболевания, состояния» при лечении и диспансерном наблюдении включено исследование уровня антигена плоскоклеточной карциномы (SCC) в крови.

Таким образом, исследование уровня антигена плоскоклеточной карциномы (SCC) в крови прямо предусмотрено Стандартами медицинской помощи и Клиническими рекомендациями при наличии медицинских показаний. И на первый взгляд, кажется, что все элементарно и все пациентки, которым, согласно Клиническим рекомендациям, данное исследование необходимо, обязательно его пройдут. Но не все так просто. Как мы уже говорили выше, пройти его можно за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а территориальная программа, как вы понимаете, у каждого региона своя. И даже если в Вашем случае по описанным выше параметрам данное исследование назначить Вам должны, необходимо сначала заглянуть в Территориальную программу региона, в котором Вы проживаете, и убедиться, что исследование в нее входит.

А можно поступить проще и позвонить или написать в МОД «Движение против рака».

Почему же проще связаться с нами, чем искать SCC в ТПГ? Дело в том, что в 2023 г. мы начали наш рейд по регионам, а именно сделали запросы во все Минздравы и департаменты здравоохранения России с запросом: «Сообщить о возможности проведения исследования уровня антигена плоскоклеточной карциномы (SCC) в крови за счет средств ОМС в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Тарифным

соглашением по реализации территориальной программы ОМС».

Будем честны, ответили пока еще не все, но более 50% регионов, приславших ответы на наш запрос, подтвердили, что данное исследование входит в ТПГ. Также были ответы, где решение о включении данного исследования принималось буквально после запроса МОД «Движение против рака».

Полная статистика по всем регионам будет в ближайшее время опубликована на сайте МОД «Движение против рака» <http://www.rakpobedim.ru/>.

А чтобы уточнить информацию по Вашему региону прямо сейчас, Вы можете написать нам на электронную почту info@rakpobedim.ru или позвонить по телефону 8 800 200 47 32.



**ДВИЖЕНИЕ
ПРОТИВ
РАКА**

Онкогинекология: как справиться со страхами?

Когда мы говорим о переживаниях человека с онкозаболеванием, большое значение имеет локализация опухоли – то место, которое больной орган занимает в образе тела человека в целом. Поэтому онкогинекологический рак имеет свои особенности, которые важно иметь в виду.



Помимо страхов за здоровье и жизнь, в том или ином виде имеющих место у большинства людей с онкологией, этот диагноз порождает и множество страхов, специфических именно для женщин. Давайте поговорим о том, как справиться с этими страхами и помочь себе в период лечения. Для многих женщин гинекологическое заболевание в первую очередь связано с угрозой бесплодия либо утратой возможности иметь детей. Это становится тяжелым испытанием для самооценки, восприятия себя как женщины. Зачастую может возникнуть чувство стыда, самообвинения, ощущение своей «неполноценности». Для начала важно сказать о том, что это – полноценная утрата, переживание которой займет определенное время. И то, что вы испытываете сейчас, – нормальная человеческая реакция. Дайте себе время на это и отнеситесь к себе с терпением, поддержкой и пониманием. Можно вести дневник, записывая туда свои переживания и тревоги или, напротив, то, что сейчас поддерживает, помогает справляться. Часто в качестве утешения можно услышать пожелание держаться и быть стойкой; действительно, во время лечения нужны силы и терпение, но в то же время, сдерживая свои эмоции, вы не избавляетесь от них. Дайте себе разрешение на то, чтобы оплакать происходящее с вами, – только таким образом можно это прожить. Отдельное внимание следует уделить контакту с лечащим врачом. Во-первых, вы можете столкнуться с такими симптомами, как потеря аппетита или бессонница, тревога и панические атаки, апатия. Если эти симптомы сохраняются на протяжении длительного времени, стоит обсудить это с врачом. Во-вторых, частая проблема в отношениях пациента и врача – это отсутствие информации о болезни и лечении, а значит, полного понимания

происходящего. В ситуации бесплодия особенно важно обсудить с лечащим врачом возможности и ограничения своего организма.

Еще один характерный страх – это потеря женственности в связи с телесными изменениями. Какие-то из них: потеря волос или изменения веса – временны. Другие – шрамы или удаление органов – остаются навсегда, но вне зависимости от характера этих изменений и их видимости для других они вызывают тревогу и страх. Чем более значительны эти перемены, тем сильнее может чувствоваться утрата контроля над собой и своим телом. Помните о том, что вы, ваша уникальность и индивидуальность – больше, чем ваша болезнь. Внешняя привлекательность состоит из множества вещей, и одна из важнейших – это уверенность в себе. В период лечения может помочь и поддержать творческое самовыражение, которое можно попробовать направить в сторону создания своего нового образа, – попробуйте позволить себе те эксперименты во внешности, на которые раньше, возможно, не решились бы.

Часто женщины испытывают тревогу по поводу отношений с супругом, страх, что партнер не сможет понять и принять происходящие изменения. В психологии семьи существует такое понятие, как «жизненный цикл семьи», состоящий из определенных стадий, и переход от одной стадии к другой сопровождается возникновением ситуации, которая становится для семьи кризисной (например, заключение брака и создание совместного быта). Такой кризисной ситуацией может стать и заболевание одного из супругов, представив в новом свете те межличностные и внутриличностные конфликты, которые уже существовали в семье ранее. Лучшая рекоменда-

ция в это время – открытый, честный диалог с супругом. Если вы столкнулись с трудностями в отношениях, с отторжением со стороны партнера, не бойтесь инициировать разговор с ним, чтобы понять, над чем и как вы оба можете работать в отношениях. Если этот разговор причиняет слишком большой дискомфорт и кому-то из вас сложно сдерживать свои эмоции либо участвовать в диалоге полноценно, вы можете обсудить обращение к семейному психологу.

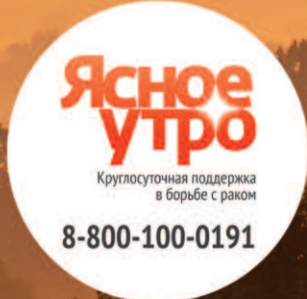
Еще один немаловажный момент – это интимные отношения; и вновь лучший способ преодоления возникающих трудностей в этом случае – диалог. Не бойтесь быть открытой с партнером, говорить о своих потребностях и возможностях, о том, что для вас комфортно, а что – нет. Важно учитывать то, что лекарственная терапия может стать причиной как снижения либидо, так и физиологических изменений. Можно обсудить с лечащим врачом возможности коррекции терапии.

Обсуждение своего тела и происходящих с ним перемен может казаться неловким. Но если вы готовы к этому диалогу и чувствуете потребность в нем, не бойтесь обсуждать свои переживания с другими. Поддержка родных и друзей – это один из важнейших ресурсов во время лечения; часто в этот период и сами люди с онкозаболеванием, и их близкие могут чувствовать себя одинокими и непонятыми, поэтому искреннее общение с близкими людьми может помочь вам сблизиться, лучше понять переживания друг друга. В то же время важно помнить о своих личных границах и бережно относиться к ним; помните, что вы сами вправе выбирать, с кем делиться своими чувствами и мыслями. Часто для женщин становится большой поддержкой общение с другими людьми с аналогичным опытом. Оно помогает почувствовать, что вы не одна в своих чувствах и мыслях, можно обменяться опытом, получить поддержку. Это возможно как с помощью групп поддержки, так и равных консультантов.

Во время лечения, которое отнимает много сил и энергии, очень важно заботиться о себе и в особенности – о своем теле. Помимо того, что забота о себе снижает тревогу, ресурсом могут стать ее виды, помогающие наладить контакт с женственностью, – различные ритуалы ухода за собой (самомассаж, макияж или маникюр); различные способы самовыражения (например, ведение дневника или рисование); умеренная физическая нагрузка, например, йога или танцы (обязательно обсудите эту возможность со своим лечащим врачом).

Берегите себя и не стесняйтесь обращаться за помощью. Если у вас нет возможности получить консультацию психолога очно, вы всегда можете обратиться на бесплатную анонимную и круглосуточную горячую линию Службы помощи онкопациентам и их близким «Ясное утро» по телефону 8 (800) 100-01-91.


*Мария Скавронская,
специалист-психолог Службы «Ясное утро»*



**ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ И ИХ БЛИЗКИМ**

8-800-100-0191

АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО. КРУГЛОСУТОЧНО.



ясноеутро.рф

Отношения в семье, если у супруги рак

Рак женской репродуктивной системы, по данным Всемирной организации здравоохранения, относится к одним из самых распространенных женских онкологических заболеваний.



В работе онкопсихолога данная категория пациентов является весьма уязвимой, так как увеличивается число факторов, повышающих уровень стресса пациента. Но поговорим обо всем по порядку.

Столкнувшись с диагнозом онкозаболевания, каждый человек испытывает огромное количество самых разнообразных чувств и эмоций: шок, гнев, страх, отчаяние, вина и многие другие. Все они являются нормальными для ситуации, в которой оказывается человек. Нашей психике нужно время, чтобы адаптироваться к новой ситуации и изменениям, которые связаны с жизнью и здоровьем.

Мы неоднократно рассказывали о стадиях принятия болезни. Но важность данной информации для понимания пациентом своего состояния трудно переоценить, поэтому стоит поговорить об этом еще раз.

I СТАДИЯ: СТАДИЯ ШОКА ИЛИ ОТРИЦАНИЯ. Человек только узнает о диагнозе и находится либо в шоке, либо отрицает факт наличия болезни. Стадия характеризуется низкой выраженностью эмоциональных реакций. Важно отслеживать свое состояние. Ведь данная стадия может быть коварна тем, что человек застревает в отрицании на длительное время, задерживая тем самым процесс лечения. А ведь успешное лечение онкозаболевания напрямую зависит от того, насколько своевременно начат данный процесс.

II СТАДИЯ: СТАДИЯ ГНЕВА. Эмоциональная волна не просто настигает человека, а активно на него обрушивается. Человек может злиться на близких, на окружающих, на врачей, на себя. Эмоций много, но именно они дают энергию человеку сражаться за свое здоровье и принимать активное участие в процессе лечения.

III СТАДИЯ: СТАДИЯ ТОРГА. Характеризуется желанием человека вернуть здоровье и прежний уклад жизни. В связи с этим люди часто обращаются к нетрадиционным методам лечения, религии, «правильному» образу жизни, «добрым делам» в обмен на здоровье. Это все может дополнять традиционное лечение, но порой человек отодвигает доказательную медицину на задний план и застревает на стадии торга. Поэтому важно вовремя отследить свое состояние и помочь себе в продолжении лечения.

IV СТАДИЯ: СТАДИЯ ДЕПРЕССИИ. Самая трудная, но очень необходимая для психики стадия. Человек осознает, что, как раньше, уже не будет, понимает, что жизнь непоправимо изменилась, прежние смыслы утеряны, а новые не найдены. Здесь важно погрузиться внутрь себя, разрешить себе побыть в этом состоянии, чтобы в итоге обрести новые смыслы и ориентиры.

V СТАДИЯ: СТАДИЯ ПРИНЯТИЯ. Человек строит свою жизнь в соответствии с имеющимися ограничениями или особенностями здоровья. Находит новые смыслы и цели. Время прохождения каждой стадии индивидуально, порой непоследовательно или даже хаотично. Все зависит от течения заболевания, методах и эффективности лечения. Но почему же при работе психолога с женщинами, имеющими онкогинекологическое заболевание, мы зачастую сталкиваемся с особенно уязвимой группой пациентов? Женская репродуктивная система – это не просто матка, шейка матки, маточные трубы, яичники, влагалище и наружные половые органы. Это то, что с самого раннего детства помогает девочкам отличать себя от мальчиков, а в последующем увидеть свою исключительность и уникальность, связанную с репродуктивной функцией. Вся репродуктивная система играет для женщины важную не только физиологическую, но и психологическую роль! Ведь это символ жизни, сексуальности, удовольствия и женственности.

При столкновении с онкогинекологическим диагнозом помимо основных переживаний за свою жизнь и здоровье, особенностей протекания болезни женщина зачастую испытывает дополнительные страхи, связанные с сексуальной жизнью, отношениями с партнером, репродуктивным здоровьем.

Все эти факторы создают сильное психоэмоциональное напряжение, повышают уровень стресса, поэтому так важно знать, что делать, к кому обратиться за помощью и как поддержать себя на этом непростом жизненном этапе.

Рекомендации женщине, столкнувшейся с онкогинекологическим заболеванием:

- Будьте в контакте со своим лечащим врачом, задавайте больше уточняющих вопросов онкологу/хирургу/химио-

терапевту. Консультируйтесь с другими специалистами при необходимости: с гинекологом, психотерапевтом, сексологом, репродуктологом. Имея достаточное количество информации, вы сможете снизить тревогу и, возможно, найти альтернативные или дополнительные пути решения проблем.

- Будьте открыты и честны со своим партнером/супругом. Поделитесь своими страхами и переживаниями. Это поможет избавиться от излишнего напряжения, которое могут порождать страхи и домыслы. Честный и открытый разговор поможет лучше понять друг друга, совместно найти пути решения возникающих проблем и стать ближе.

- Этап лечения бывает непрост как с физической, так и с психологической стороны. Поэтому особенно важно заручиться поддержкой родных, друзей, коллег, которые смогут стать для вас опорой в трудную минуту. Разрешите себе просить помощи и принимать ее, когда вам это необходимо.

- Слезы – это естественный способ проживания эмоций и высвобождение скопившегося напряжения. Разрешайте себе чувствовать и проживать те эмоции, с которыми вы сталкиваетесь.

- Проживая негативные эмоции, человек освобождает место в своем внутреннем пространстве для новых, более позитивных эмоций. Вспомните, какие занятия приносят вам удовольствие, включайте их в свою жизнь как ресурс и поддержку, которая вам сейчас необходима.

- Отдельное внимание хочется уделить женщинам детородного возраста, которые, столкнувшись с онкогинекологическим заболеванием, утратили свою фертильность (возможность зачать и выносить потомство). Здесь может запуститься еще один непростой психологический процесс – процесс горевания, связанный с утратой значимого объекта, части собственной идентичности или ожидаемого будущего. Незаменимую помощь и поддержку в таком случае вам окажет психолог.

- Онкопсихолог – специалист, который может сопроводить вас на всех этапах лечения и восстановления. Именно он поможет пережить огромный стресс, которым является болезнь, и выйти из этой ситуации с минимальными последствиями для психического здоровья.

Рекомендации мужчине, если ваш партнер столкнулся с онкогинекологическим заболеванием:

- Будьте открыты со своим партнером/супругой, поделитесь своими мыслями и чувствами. Это поможет лучше понять друг друга, снизить уровень психоэмоционального напряжения в паре и уровень тревожности в сложившейся ситуации. Совместное обсуждение происходящего сближает.

- Оказывайте дополнительную поддержку своему партнеру/супруге, если вы знаете, какая помощь сейчас необходима. В ином случае вы можете получить нужную информацию с помощью диалога: «Как бы ты хотела, чтобы я проявил поддержку? Что сейчас могло бы тебя порадовать или быть для тебя полезным?» Для каждого пациента это может быть что-то свое: слова; прикосновения; время, проведенное вместе; помощь; внимание и забота; подарки.

- Необходимо знать, что онкологический пациент в процессе лечения, проходя стадии принятия болезни, сталкивается с большим количеством разнообразных чувств и эмоций. Поэтому родственникам важно уметь понимать и выдерживать эти эмоции. Но это бывает весьма непросто, ведь родственники онкопациентов переживают происходящее зачастую не менее интенсивно, чем сам пациент. Очень важно в данной ситуации заботиться и о своем психологическом состоянии.

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

Татьяна Гончаренко,
специалист-психолог Службы «Ясное утро»

Анемия при злокачественных новообразованиях

Анемия при злокачественных новообразованиях определяется как снижение концентрации гемоглобина (Hb) ниже нормального значения, обусловленное как наличием самой опухоли, так и ее лечением.

Анемия является одной из самых частых проблем во время лечения пациентов со злокачественными новообразованиями и часто присутствует уже при постановке диагноза. Так, проведенный в Европе анализ, охвативший 18 крупных онкологических центров и включивший данные о 25 093 пациентах, показал, что среди пациентов со злокачественными новообразованиями независимо от типа опухоли анемичными являются более 80% [1].

Анемия отрицательно влияет на качество жизни онкологических больных с развитием слабости; снижает продолжительность жизни при большинстве типов опухолей; уменьшает эффективность противоопухолевого лечения (отдельных цитотоксических препаратов и лучевой терапии) [2].

ЧТО МОЖЕТ СТАТЬ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ?

Анемия у онкологических больных может развиваться вследствие самых различных причин, таких как:

- недостаток железа и витаминов (чаще всего);
- наличие опухоли (инфильтрация костного мозга, кровотечение, гиперспленизм, анемия хронических заболеваний);
- противоопухолевое лечение (обширная лучевая терапия, индуцированная химиотерапией и другими противоопухолевыми препаратами, костно-мозговая и почечная токсичность, индуцированный препаратами гемолиз);
- сопутствующие заболевания (гемоглобинопатии, заболевания почек и др.).

КАК АНЕМИЯ СВЯЗАНА СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ?

Механизм развития анемии у пациентов со злокачественными новообразованиями достаточно сложен и связан как с прямыми, так и с опосредованными эффектами опухолевого процесса на организм [1].

Паранеопластический процесс (т.е. биохимические изменения в организме, которые вызывает опухоль) характеризуется повышенной продукцией ряда провоспалительных цитокинов, которые ответственны за развитие анемии на фоне злокачественного опухолевого процесса. Характерными его чертами являются: укорочение продолжительности жизни эритроцитов; нарушение метаболизма железа (входящего в состав гемоглобина) вследствие его всасывания в желудочно-кишечном тракте, снижение продукции почками эритропоэтина, который в норме стимулирует костный мозг вырабатывать красные кровяные тельца.

Химиотерапия также может быть причиной развития анемии. Большинство режимов химиотерапии подавляет в костном мозге пролиферацию (размножение) предшественников кровяных клеток. Ряд противоопухолевых препаратов, особенно препараты платины (цисплатин или карбоплатин), непосредственно и избирательно подавляют продукцию эритропоэтина в почках.

Существуют и **другие механизмы** развития анемии:

- кровотечения (например, внутриопухолевые кровоизлияния);
- вытеснение нормальных ростков кроветворения в костном мозге опухолевыми клетками при гемобластозах или метастазах солидных опухолей;
- дефицит железа, фолатов, витамина B₁₂;
- нарушение функции почек.

КАКИЕ СТЕПЕНИ АНЕМИИ ВЫДЕЛЯЮТ?

Согласно существующей классификации побочных эффектов лекарственных средств, используемых в терапии рака (Common Terminology Criteria for Adverse Events, CTCAE, v. 5.0), выделяют 5 степеней тяжести анемии [2]:

Степень тяжести анемии	Уровень гемоглобина (Hb)
1-я (легкая)	100–119 г/л
2-я (средняя)	80–99 г/л
3-я (тяжелая)	<80 г/л
4-я	Жизнеугрожающее состояние, необходимо срочное медицинское вмешательство
5-я	Смерть

КАК ЗАПОДОЗРИТЬ АНЕМИЮ?

Основными клиническими проявлениями анемии являются БЛЕДНОСТЬ, УСИЛЕННОЕ СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ШУМ В УШАХ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, УСТАЛОСТЬ [1]. Могут появиться ОЩУЩЕНИЕ НЕХВАТКИ ВОЗДУХА (ОДЫШКА) и УПАДОК СИЛ (СЛАБОСТЬ).

Большинство из этих симптомов является неспецифическими признаками анемии, которые накладываются на симптомы основного заболевания, опухолевой интоксикации и побочные эффекты проводимой химиотерапии.

НО! О появлении данных симптомов обязательно следует сообщить своему лечащему врачу.

ЧТО БУДЕТ ДАЛЬШЕ?

Ваш лечащий врач назначит:

- **Общий анализ крови**, чтобы подтвердить факт анемии: концентрация гемоглобина, количество эритроцитов и

ретикулоцитов, гематокрит, форма и объем эритроцитов.

- **Биохимический анализ** крови для определения причины анемии: оценка показателей обмена железа (уровень железа в сыворотке, способность к его связыванию, ферритин), содержание в крови фолатов и витамина B₁₂.

Также (по показаниям) могут быть назначены и дополнительные исследования:

- исследование костного мозга;
- оценка возможности скрытого кровотечения из желудочно-кишечного тракта (пробы на скрытую кровь в кале, эндоскопическое исследование);
- оценка почечной недостаточности с нарушением продукции эндогенного эритропоэтина;
- определение концентрации эндогенного эритропоэтина (при подозрении на миелодиспластический синдром).

КАК ЛЕЧАТ АНЕМИЮ?

Устранить анемию у онкологических пациентов можно тремя способами: переливание эритроцитарной массы, введение эритропоэстимулирующих препаратов (ЭСП), назначение препаратов, содержащих железо. В отдельных случаях возможна комбинация методов.

Переливание **эритроцитарной массы** проводят при тяжелой анемии с проявлениями симптомов и признаков анемической гипоксии.

ЭСП – группа лекарственных средств, используемых с целью активации эритропоэза (образование новых эритроцитов) в костном мозге пациентов с анемией. Инъекции препаратов эритропоэтина способствуют повышению содержания гемоглобина в крови, улучшению кровоснабжения тканей и работы сердца, а также значительному сокращению доли пациентов, нуждающихся в последующем переливании эритроцитарной массы. Чаще всего из группы ЭСП применяются препараты эпоэтина альфа, который представляет собой эритропоэтин человека, полученный в культуре клеток с использованием технологии рекомбинантной ДНК.

У части пациентов на фоне терапии ЭСП быстро развивается абсолютный или функциональный дефицит железа, важной составляющей гемоглобина. В связи с этим для лечения анемии могут применяться **препараты железа** в форме таблеток и инъекций. У больных с анемией и дефицитом железа парентеральное введение препаратов железа приводит к значительно большему повышению концентрации гемоглобина, чем без применения железосодержащих препаратов или при назначении препаратов железа внутрь. Поддержка препаратами железа уменьшает также число больных, нуждающихся в трансфузиях эритроцитов [2].

Лечение анемии в каждом случае подбирается индивидуально, в зависимости от причины и тяжести состояния пациента.

Источники

1. Клинические рекомендации «Анемия при злокачественных новообразованиях». Национальное гематологическое общество, Национальное общество детских гематологов, онкологов, 2020.
2. Орлова Р.В., Гладков О.А., Кутукова С.И. и др. Практические рекомендации по лечению анемии при злокачественных новообразованиях. Злокачественные опухоли. Практические рекомендации. RUSSCO #3s2, 2022;12:19-25.



ЗАО «ФармФирма «Сотекс» Москва, Каширское ш., д. 22, корп. 4, стр. 7, тел.: (495) 231-15-12; email: info@sotex.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

ЛИЧНЫЙ ОПЫТ

БОЛИ В ВЕНАХ ПРИ ОНКОЛЕЧЕНИИ (из личного опыта онкопациента)

Химиотерапия – непростое испытание. А когда количество курсов идет на десяток и более, то тут уже задумаешься о венах, которые нещадно болят после инъекций химиотерапии и анализов.

Вены...

Я лежала, не шелохнувшись, чтобы минимизировать болезненные движения катетера. В ход пошла кисть.

При всей умелости золотых ручек Юлечки, получилось поставить с раза 4–5-го, даже не вспомню. Закусив рукав рубашки и сжав зубы от боли, я тихо подвывала. Слезы лились без контроля воли, попадая в уши и смачивая сольным страданием чалму на лысой головушке.



Прибежали мои врачи – вердикт Юлечки: больше ставить некуда. А впереди еще 10 «белой». Врачи гладили меня по голове, поправляли одеяло и рассказывали о портах, какие можно поставить.

С рекомендаций по модели через неделю я уже была с мембранным чудом под кожей.

Долго я раздумывала: ставить–не ставить. А ведь речь шла об этом уже в середине «красной» хими.

Все операции у меня справа (и по лимфоме, и по РМЖ). Порт слева ставить побоялись: близость сердца, а при моем состоянии и двух онкодиагнозах – видимо было вообще не вариант. В общем, порт мне поставили тоже справа: получилось между шрамом по лимфоме и шрамом по РМЖ. С портом у меня сначала было не все гладко.

Но **порт** – это реально шикарный выход, чем колоть химию в вены.

В западной практике лечения онкологии при назначении химиотерапии онкопациенту сразу предлагают поставить порт-систему, чтобы минимизировать страдания больных и травматизацию вен.

Надо было раньше! И это один из наказов Инны из рубрики «что вы бы посоветовали себе самой».

У меня сейчас 1,5 «рабочих» венки на кисти и запястье для взятия анализов.



Полторы, потому что одна бывает выбивается из рабочей готовности. Но порт дает уверенность «на всякий случай».

Порт-систему мне ставили по ОМС с обоснованием «отсутствие доступа к периферическим венам».

ИЗ ОНКОБУДНЕЙ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ ПРО ВЕНЫ
Меня частенько спрашивают, а восстанавливаются ли вены после химии?

Нет.

При лечении лимфомы мне кололи химию на правой руке. Были хорошие вены, осталась в видимости сеточка мелких сосудов. А на местах инъекций выросли 2 родинки. При лечении РМЖ на левой руке вместо вен такая же сеточка сосудов.

А как же анализы?

Анализы по биохимии берут из вен кисти левой руки и только детской иглой-бабочкой (идеально размером G23, цвет бабочки голубой).

ОАК я сдаю или совмещая с биохимией, или из пальца (в ИНВИТРО).

Болят ли вены на хими?

Еще как! Сначала просто «тянет». Но чем больше проколов, тем больше тянущее ощущение переходит в тяжелую боль. А проколов этих, помимо хими, у онкопациентов немерено! С учетом всех анализов и их частоты.

Что делала я?

Меня спасала только моя любимая мазь – траумель С. А так еще пила аскорутин для быстрого заживления стенок сосудов.



И еще «секретки» перед постановкой внутривенных (в/в) инъекций и взятия анализа крови.

Перед процедурой (за день) нужно обязательно пить жидкость – суточную норму воды, рассчитанную на ваш вес. В день процедуры нужно держать руки в тепле. Если на улице прохладно, то надевайте теплые вещи с рукавами. Можно, конечно, еще сделать теплые обертывания в месте инъекции перед самой процедурой или искусственно создать видимость вен при помощи той же слабо накаченной манжетки тонометра, но лучше это делать под контролем специалистов.

Как после химиотерапии?

Сначала было постепенное снижение тянущих болей после постановки порта, который сделал безболезненными вливания химиотерапии. Потом боли в венах и вовсе прошли.

Ну а после взятия в/в анализов я все также мажу траумелем зону инъекции. А порт промываю раз в 1–1,5 месяца в клинике, где его и ставили. Напомню, что порт-систему мне ставили по ОМС с обоснованием «отсутствие доступа к периферическим венам». Промывка порта по месту жительства у нас отсутствует, поэтому я хожу на платную услугу. И нет, его не особо видно: только небольшой шрамик и легкая выпуклость размером с небольшую пуговичку в проекции порта.

Решать вам: стоит или нет ставить порт-систему, но о бережном отношении к вашим венам задумываться придется только вам – ведь вам с вашими венками еще долго жить. Так ведь?!

Больше практической информации по онкологии в Телеграмм <https://t.me/onkorus>



ОнкоБукварь

Адьювантная терапия. «Адьювантный» означает «послеоперационный». Часто это слово применяется в контексте обсуждения лекарственной терапии, однако адьювантной также может быть и лучевая терапия, если она проводится после хирургического лечения.

Таким образом, словосочетание «адьювантная химиотерапия» означает, что пациенту после проведения операции будет назначено какое-то количество курсов химиотерапии.

Но есть и другие варианты.

То противоопухолевое лечение, которое проводится до проведения какой-либо операции, называется неoadьювантным. Также существует периоперационная терапия – лечение, при котором несколько курсов противоопухолевой терапии проводится до операции, и несколько курсов – после.

Брахитерапия. Лучевая терапия – один из методов лечения злокачественных образований, подразделяется на дистанционную лучевую терапию, брахитерапию, аппликационную лучевую терапию и радионуклидную лучевую терапию.

Брахитерапия – это метод лучевой терапии, используемый для лечения некоторых видов рака. Отличие брахитерапии от традиционной лучевой терапии заключается в том, что радиоактивный источник помещается непосредственно внутрь или рядом с зоной, где находится опухоль. Это позволяет направлять высокую дозу радиации прямо на опухоль, при этом минимизируя воздействие на окружающие здоровые ткани.

Брахитерапия чаще всего используется для лечения рака простаты, шейки матки, эндометрия, рака молочных желез и толстой кишки. Она может использоваться как самостоятельный метод лечения или в сочетании с другими методами, такими как хирургия или химиотерапии.

Преимущество брахитерапии заключается в высокой точности и минимизации нежелательных последствий радиоактивного облучения.

Диагноз «лейкоз» и карьера у молодых взрослых. Как вернуться к работе после наступления ремиссии?



За последние два десятилетия в лечении заболеваний системы крови произошел значительный прогресс. Появление новых препаратов и методов лечения, повышение их доступности привели к увеличению продолжительности жизни пациентов, а также улучшению ее качества.

Некоторые заболевания, считающиеся раньше неизлечимыми, поддаются терапии, а продолжительность жизни при них сопоставима со среднестатистической. Люди, соблюдая определенные ограничения и рекомендации, могут полноценно жить, работать, заниматься спортом, путешествовать. Конечно, остается очень много проблем, в том числе социальных.

«Лечение заболеваний системы крови, особенно лейкозов, – это не только очень дорого, это еще и очень долго. Взрослый человек просто выпадает из социума. Возвращение в обычную среду после долгого пребывания в больнице – это формирование нового образа жизни, появление новых привычек и даже смена места работы или профессии. На этом этапе особенно важно чувствовать поддержку и осознавать, что процесс адаптации и смены карьерного трека может быть комфортным», – говорит генеральный директор Фонда борьбы с лейкемией **Ануш Овсепян**.

Действительно, людям, которых заболевание надолго выбило из привычной жизни, после завершения интенсивного лечения нужно возвращаться к работе, строить карьеру, выстраивать новые отношения с коллегами. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения, каждый десятый работодатель не взял бы на работу человека, зная, что у него рак, даже в ремиссии. На практике такая ситуация встречается еще чаще. Руководитель скорее предпочтет сотрудника без подобного диагноза, который будет реже уходить на больничный и менее зависеть от изменений состояния здоровья.

Когда мы говорим о молодых взрослых, ситуация еще сложнее. Дискриминация – не единственный фактор, который влияет на конкурентоспособность работников, которые столкнулись с заболеванием. Одним из них на самом деле недостает опыта, который они не успели получить за те годы, пока проходили терапию. Другим приходится полностью поменять сферу деятельности на более подходящую по условиям труда. **Врач-гематолог Ольга Алешина** приводит рекомендации, на которые следует ориентироваться, например, пациентам, которые находятся в процессе лечения острого лейкоза при поиске работы:

- идеально, если работа удаленная или по крайней мере есть возможность опоздать, не прийти, поработать из дома;
- если все же приходится добираться до работы, желательно делать это не на общественном транспорте. Из-за того, что химиотерапия ослабляет иммунитет, следует избегать лишних контактов, чтобы не было инфицирования: найти работу близко к дому или ездить на машине, но не за рулем;
- по этой же причине работать следует в отдельном помещении или кабинете;

- особенно не рекомендуется работа с лакокрасочными материалами, тяжелыми физическими нагрузками и работа вне помещения.

Чтобы помочь пациентам с заболеваниями системы крови вернуться к активной жизни и строить карьеру, Фонд борьбы с лейкемией в 2021 г. запустил проект «Самое время жить. Карьера». Фонд не помогает людям непосредственно с трудоустройством, но готовит к возвращению к работе: помогает настроиться психологически, узнать о текущей ситуации на рынке труда, подумать про гибкие режимы работы или даже о запуске своего бизнеса; получить мотивационный буст и освоить навыки поиска работы.

«Я счастлива, что нам в фонде удалось расширить проект "Самое Время Жить", и таким образом сделать шаг в сторону системной осознанной благотворительности, которая способна качественно изменить новую жизнь наших подопечных, вовлечь их в сообщество людей с разным опытом и интересами, позволить получать актуальную информацию, инструменты, навыки и даже возможности трудоустроиться!» – **Ануш Овсепян**.

На сайте фонда можно найти ответы на ключевые вопросы, которые интересуют людей, возвращающихся на рынок труда после долгого перерыва:

- как правильно взаимодействовать с работодателями;
- стоит ли говорить о своем диагнозе коллегам;
- как правильно составить резюме и сопроводительное письмо;
- как успешно пройти собеседование и т.д.

Например, часто пациентов беспокоит вопрос, стоит ли сообщать о диагнозе во время собеседования. Вот как на этот вопрос отвечает психолог **Фонда борьбы с лейкемией Камилла Шамансурова**: «В самом начале собеседования эту тему лучше не поднимать. Но не затронуть этот вопрос тоже нельзя, так как первые 3–5 лет даже после достижения ремиссии пациенты должны периодически приезжать на прием и проходить обследования. Что становится особенно проблематичным, если клиника находится в другом регионе. Желательно предупредить работодателя о том, что с определенной периодичностью вам нужно будет уезжать, для чего придется брать отпуск или даже больничный. Вы можете озвучить ту часть информации, которая для вас безопасна и понятна. Заодно важно продумать ответы на вопросы, которые могут возникнуть у работодателя относительно заболевания. Бывает так, что руководитель, понимая ситуацию, сам предлагает варианты решения проблемы: удаленную работу или частичную занятость.

Когда вы рассказываете о своих преимуществах, опыт заболевания и его преодоления может быть даже положительным фактором. В больнице человек быстро взрослеет, начинает четко понимать, чего хочет от жизни. Пациенты приобретают колоссальный опыт самостоятельности, общения с бюрократическими организациями, организованности, соблюдения режима, обязательности. Вы можете это проговорить, если посчитаете необходимым». Хотя в современном обществе до сих пор существует стигматизация людей с серьезными заболеваниями и инвалидностью, в действительности те, у кого был такой тяжелый опыт, кому пришлось бороться и стойко переносить все трудности, оказываются одними из самых сильных, мотивированных и целеустремленных сотрудников. А некоторые из них полностью перезапускают свою жизнь: меняют место жительства, работу, открывают свой бизнес или находят себя в творчестве, волонтерстве, поддержке других.

Благотворительный фонд
«Фонд борьбы с лейкемией»

leikozu.net



**ФОНД БОРЬБЫ
С ЛЕЙКЕМИЕЙ**



РАВНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ В ОНКОЛОГИИ: Часто задаваемые вопросы



Людам с онкологическим диагнозом и их близким часто бывает нужна эмоциональная и информационная поддержка. Равные консультанты дают такую поддержку – они сами пережили онкологию и теперь бесплатно помогают тем, кто только столкнулся с этим. Вместе с фондом «Александра», в котором служба равных консультантов работает уже 6 лет, отвечаем на вопросы про равную помощь.

Как равные консультанты могут обсуждать с клиентами лечение, у них же нет медицинского образования?

Равный консультант не назначает лечение и не обсуждает его. Он может только поделиться ссылками на достоверные источники информации о диагнозе и лечении, сориентировать человека в море контента в интернете, зачастую вредного. Конкретный план лечения, препараты и процедуры – вне бесед с равными. Если клиент сомневается в своем лечении, равный может порекомендовать получить второе мнение, рассказать, какие есть варианты сделать это по ОМС в федеральных референсных центрах, например. Зачастую для этого не нужно выезжать из региона. Но ни в коем случае не комментирует тактику лечения сам. Равные делятся информацией, а не советами: информация нейтральна и дает возможность сделать выбор самому, а советы обычно эмоциональны и категоричны, это указания «иди и сделай так».

Равные дают эмоциональную поддержку – но ведь ее можно получить от психолога или от друга. Чем они отличаются?

До того как начать работать, каждый консультант учится профессионально помогать на специальном курсе. Он приобретает и тренирует навыки выстраивать коммуникацию, давать клиенту время и место выразить свои чувства – это не всегда получается при дружеском общении. Равные консультанты – ни в коем случае не психологи. Они не могут дать профессиональную психологическую помощь, но имея некоторые психологические навыки, опираются на свой собственный опыт жизни с диагнозом и лечением. Каждый из них – это буквально «выживший», каждый имеет опыт получения онкодиагноза, лечения, жизни с диагнозом. И это делает равных ближе, разговор с ними многим новым пациентам дается легче, к ним больше доверия.

Есть ли научные данные об эффективности равного консультирования?

Самая изученная в этом смысле часть пациентов – это женщины с раком груди (РМЖ). Как правило, после работы с равными консультантами у них улучшается эмоциональное состояние, они постепенно преодолевают травму от диагноза и могут дальше действовать самостоятельно.

Авторитетных исследований на эту тему пока немного – но вот что есть. Самый свежий обзор вышел в 2023 г. в Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, есть также метаанализ журнала Breast Cancer Research and Treatment «Влияние равной поддержки на пациентов с РМЖ – систематический обзор» (2019) и исследование Psycho-Oncology Journal (2006) – тут наблюдали и за пациентами с онкодиагнозом, и за самими равными консультантами.

Кто контролирует работу равных консультантов?

Равные консультанты в фонде «Александра» в обязательном порядке проходят супервизию не менее двух раз в месяц. Это помощь со стороны онкопсихологов, специализирующихся на супервизии равных консультантов в онкологии. На супервизиях можно разрешить сложности, возникающие у равного во время консультаций, чтобы его помощь была эффективной и точно не вредила клиенту. Кроме этого, супервизия нужна для профилактики эмоционального выгорания равных.

На супервизию можно прийти со своим кейсом, который вызвал сложности, и обсудить его индивидуально или в группе. Но супервизоры и по своей инициативе регулярно знакомятся с консультациями на горячей линии фонда и потом разбирают их.

Помощь равных консультантов всегда бесплатна и доступна для каждого человека. Для того чтобы ее получить, достаточно позвонить по бесплатному федеральному номеру 8 800 444 13 50 или отсканировать QR-код на этой странице.



Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №1, 2024
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

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

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва,

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

Адрес типографии:

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

Над номером работали:

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

Авторский коллектив

Совет пациентских организаций



ДВИЖЕНИЕ
ПРОТИВ
РАКА



ЗДРАВСТВУЙ!
Будем жить



Равный онкоконсультант Светлана Неретина

При сотрудничестве
с порталом onco-life.ru



Официальный портал
Минздрава России
об онкологических заболеваниях

Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2024 г.

Газета распространяется бесплатно.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

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

Дата выхода: 15.04.2024

Возрастное ограничение 16+