

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ Игорь Владимирович Решетов,

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор Института кластерной онкологии им. профессора Л.Л. Левшина, заведующий кафедрой онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Читайте на с. 2

№3 2026

Главная тема номера:
Профессиональные
онкологические заболевания

КОГДА РАБОТА СТАНОВИТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

В повседневной жизни мы редко задумываемся о том, что наше рабочее место может быть источником серьезной угрозы здоровью. Между тем, по оценкам экспертов, ежегодно в мире от рака, связанного с профессиональной сферой труда, умирают около 700 тыс. человек – и это вдвое больше, чем от производственных травм. Проблема носит глобальный характер и требует пристального внимания, в том числе потому, что с 1 сентября 2025 г. злокачественные новообразования официально включены в перечень профессиональных заболеваний в России.

с. 3



МИФЫ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Злокачественные новообразования, которые могут быть связаны с работой, – тема, требующая комплексного исследования. Болезнь часто проявляется не сразу, а спустя много лет, и причин у нее обычно несколько. Ошибочно думать, что опухоль возникла только из-за вредной работы, забывая при этом про курение, питание или наследственность. Но полностью отрицать влияние профессии – тоже неправильно. В этой статье мы разберем наиболее распространенные мифы, которые мешают правильно оценить риски для здоровья и вовремя заметить болезнь.

с. 4



КАКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НУЖНЫ, ЕСЛИ БЫЛ КОНТАКТ С КАНЦЕРОГЕНАМИ

Профессиональный контакт с химическими канцерогенами (бензол, асбест, полициклические ароматические углеводороды, винилхлорид, соединения хрома, никеля и др.) инициирует каскад молекулярных повреждений, которые могут десятилетиями оставаться клинически незаметными. Своевременная элиминация экспозиции не аннулирует отсроченные риски, что делает диспансерное наблюдение важной пожизненной стратегией. Ключевой дилеммой для врача и пациента становится выбор между рутинным регламентированным мониторингом и углубленным инструментальным поиском, оправданным только при наличии симптомов или жалоб пациента.

с. 8



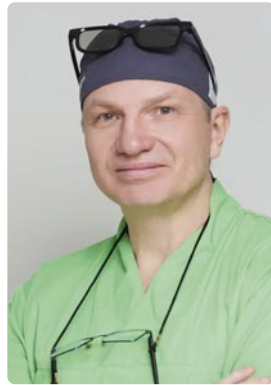
АКТУАЛЬНЫЕ ИНТЕРВЬЮ



РАК ЛЕГКОГО: ИСТОРИЯ НЕ ТОЛЬКО О БОЛЕЗНИ, НО И О ВОЗМОЖНОСТЯХ

Константин Константинович Лактионов, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, первый заместитель директора, заведующий отделением противоопухолевой лекарственной терапии №3 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ) онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

» 6



РАК ЛЕГКОГО: ОТ СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМ СТРАТЕГИЯМ ЛЕЧЕНИЯ

Андрей Борисович Рябов, доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по хирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, руководитель отдела торакоабдоминальной онкохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, профессор кафедры хирургии и онкологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН им. Патриса Лумумбы

» 10

ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ » 5

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ – НЕ ОДНО И ТО ЖЕ » 8

ПРОФЕССИЯ, ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА » 9

АССОЦИАЦИИ «ЗДРАВСТВУЙ!» – 10 ЛЕТ » 12

НЕОЧЕВИДНЫЕ СИМПТОМЫ РАКА ЖЕЛУДКА:
СЕМЬ ТРЕВОЖНЫХ СИГНАЛОВ ОРГАНИЗМА » 13

КАК ПИТАТЬСЯ, КОГДА ПЕЧЕНЬ ПОД УДАРОМ » 13

АНЕМИЯ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:
НЕ ПРОСТО «ПЛОХОЙ АНАЛИЗ» » 14

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ: РАБОТАЛ КАК РОБОТ,
А СЛОМАЛСЯ КАК ЧЕЛОВЕК » 15

ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ: «ДИАГНОЗ СТАЛ
МОЕЙ САМОЙ СИЛЬНОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ» » 16

ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ: «Я УЖЕ ПРОШЛА ОГРОМНЫЙ ПУТЬ,
ЧТОБЫ ОКАЗАТЬСЯ ЗДЕСЬ. СЕЙЧАС Я СДЕЛАЮ ЕЩЕ ОДИН
МАЛЕНЬКИЙ ШАГ» » 16

Говорить, дышать, жить: как лечат рак гортани сегодня

Важно понимать, что рак гортани не возникает «за одну неделю». Чаще всего это результат многолетнего воздействия факторов риска.



– Какие первые симптомы рака гортани чаще всего замечают пациенты и почему их так легко пропустить?

– Самый частый ранний симптом – это изменение голоса: осиплость, охриплость, быстрая утомляемость голоса, ощущение, что голос «садится» без понятной причины. Особенностораживает ситуация, когда охриплость держится больше двух – трех недель и не проходит после обычного лечения. Также пациенты могут жаловаться на першение, ощущение инородного тела в горле, дискомфорт при глотании, сухой кашель, боль в горле или боль, отдающую в ухо. Иногда появляется увеличенный лимфоузел на шее. Эти симптомы действительно легко пропустить, потому что они очень похожи на проявления простуды, ларингита, аллергии, курения или голосовой перегрузки. Человек думает: «Перекричал, простыл, покурил – само пройдет». И в этом главная опасность.

– Как современные методы диагностики помогают выявить рак гортани на самой ранней стадии?

– Сегодня диагностика стала гораздо точнее и щадящее для пациента. Основной метод – это эндоскопический осмотр гортани. Тонкий гибкий эндоскоп позволяет врачу увидеть голосовые складки, надгортанник, подскладочное пространство, оценить подвижность гортани и обнаружить даже небольшие изменения слизистой. Очень важны современные оптические технологии: осмотр в увеличении, видеоларингоскопия, узкоспектральная визуализация, которая помогает лучше видеть патологические сосуды и подозрительные участки слизистой. Если врач видит подозрительный участок, выполняется биопсия – берется маленький фрагмент ткани для гистологического исследования. Только биопсия окончательно подтверждает диагноз. Дополнительно применяются компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи, комбинированная позитронно-эмиссионная с рентгеновской компьютерной томографией при распространенных процессах. Но при раннем раке гортани ключевым остается простое правило: вовремя посмотреть гортань изнутри.

– Какие привычки или факторы риска особенно сильно повышают вероятность развития этого заболевания?

– Главные факторы риска – это курение и алкоголь. Причем особенно опасно их сочетание: табачный дым повреждает слизистую, алкоголь усиливает это повреждаю-

щее действие, и клетки годами находятся в состоянии хронического раздражения. Риск повышают также длительный контакт с вредными производственными веществами, пылью, химическими испарениями, хронические воспалительные заболевания гортани, длительная голосовая перегрузка при наличии других факторов риска. Имеют значение возраст, мужской пол, наследственная предрасположенность, общее состояние иммунитета.

Важно понимать, что рак гортани не возникает «за одну неделю». Чаще это результат многолетнего воздействия факторов риска. Поэтому отказ от курения – это не формальность, а реальная профилактика.

– Как изменились подходы к лечению рака гортани за последние 5–10 лет?

– Главное изменение – мы все чаще думаем не только о том, как удалить опухоль, но и о том, как сохранить человеку дыхание, голос, способность глотать и нормальную жизнь.

– Как изменились подходы к лечению рака гортани за последние 5–10 лет?

– Главное изменение – мы все чаще думаем не только о том, как удалить опухоль, но и о том, как сохранить человеку дыхание, голос, способность глотать и нормальную жизнь.

« НАША ЗАДАЧА – УДАЛИТЬ ОПУХОЛЬ РАДИКАЛЬНО, НО ПРИ ЭТОМ МАКСИМАЛЬНО БЕРЕЖНО СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЫЕ ТКАНИ ГОРТАНИ.

Раньше при многих опухолях гортани чаще выполнялись тяжелые операции, включая полное удаление гортани. Сегодня подход стал более индивидуальным. Мы оцениваем стадию, точное расположение опухоли, ее распространение, возраст пациента, сопутствующие заболевания, профессию, голосовые потребности. При ранних стадиях возможно органосохраняющее лечение: эндоскопические операции, лазерная хирургия, лучевая терапия. При более распространенных стадиях применяются комбинированные схемы – хирургия, химиолучевая терапия, реконструктивные операции, современные методы реабилитации.

Кроме того, в лечении опухолей головы и шеи все большую роль играет иммунотерапия – препаратами, которые помогают иммунной системе распознавать и атаковать опухолевые клетки. Особенно активно они применяются при рецидивных и распространенных формах, а сейчас изучаются и в более ранних клинических ситуациях.

– Можно ли сохранить голос и качество жизни после лечения рака гортани? Какие технологии для этого применяются?

– Да, во многих случаях это возможно. Но многое зависит от стадии заболевания. Чем раньше выявлена опухоль, тем выше шанс сохранить естественный голос, нормальное глотание и привычный образ жизни.

При раннем раке гортани мы можем использовать эндоскопические операции, в том числе лазерные технологии, когда опухоль удаляется через рот, без наружных разрезов. Лучевая терапия также может позволить сохранить орган и голосовую функцию. При некоторых распространенных опухолях применяются органосохраняющие протоколы химиолучевого лечения.

Если гортань все же приходится удалить полностью, это не означает, что человек навсегда лишается общения. Существуют методы голосовой реабилитации: голосовые протезы, трахеопищеводная речь, электронные голосовые образующие аппараты, занятия с логопедом-фоноатром. Это требует времени и усилий, но многие пациенты возвращаются к активной жизни, работе, общению с семьей. Наша задача как хирургов – не просто продлить жизнь, а сделать так, чтобы человек жил полноценно.

– Какую роль играет питание и образ жизни в процессе лечения и восстановления пациентов с раком гортани?

– Огромную. Пациент с раком гортани часто сталкивается с нарушением глотания, потерей веса, снижением аппетита, последствиями лучевой или химиолучевой терапии. А для успешного лечения организму нужны силы. Питание должно быть полноценным: достаточно белка, калорий, жидкости, витаминов и микроэлементов. Иногда требуется специальное лечебное питание, консультация диетолога, временное питание через зонд или гастростому. Это не «крайняя мера», а способ поддержать организм, чтобы пациент мог пройти лечение без опасных перерывов.

Образ жизни тоже важен. Полный отказ от курения и алкоголя обязателен. Нужно поддерживать физическую активность в разумных пределах, следить за полостью рта, выполнять дыхательные и голосовые упражнения, если они назначены. Восстановление после лечения – это командная работа хирурга, онколога, радиотерапевта, диетолога, логопеда, психолога и самого пациента.

ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА

с. 2

– Какие мифы о раке гортани встречаются чаще всего и что Вы хотели бы разъяснить пациентам?

– Первый миф: «Если горло не болит, значит, ничего серьезного нет». На самом деле ранний рак гортани может не вызывать боль. Иногда единственный симптом – стойкая охриплость.

Второй миф: «Биопсия разнесет рак». Это неправда. Биопсия – необходимый и безопасный метод диагностики. Без нее невозможно правильно выбрать лечение.

Третий миф: «Если нашли рак гортани, обязательно удалят всю гортань». Тоже неверно. При раннем выявлении часто можно сохранить орган и голос. Современная онкология стремится к органосохранению там, где это безопасно для пациента.

Четвертый миф: «После лечения человек уже не сможет нормально жить». Да, лечение может быть сложным. Но при правильной реабилитации многие пациенты возвращаются к работе, семье, общению и привычной активности. И еще один важный момент: пациенты часто боятся самого слова «рак» и поэтому откладывают визит к врачу. Но именно раннее обращение дает нам шанс вылечить болезнь наиболее щадящим способом.

– Как психологическая поддержка влияет на успех лечения и реабилитацию пациентов?

– Очень сильно. Рак гортани затрагивает не только орган, но и то, что для человека чрезвычайно важно: голос, дыхание, речь, возможность принимать пищу, общаться, быть социально активным. Поэтому страхи у таких пациентов абсолютно понятны.

Психологическая поддержка помогает пациенту не замыкаться, не отказываться от лечения, лучше переносить операции, лучевую и лекарственную терапию. Человек, который понимает свой диагноз и план лечения, меньше боится и активнее участвует в восстановлении.

Особенно важна поддержка семьи. Иногда родственникам тоже нужно объяснять, как правильно помогать: не жалеть чрезмерно, не пугать, не давить, а быть рядом и поддерживать дисциплину лечения и реабилитации.

Я убежден: хороший результат в онкологии – это не только правильно выполненная операция. Это еще и доверие между врачом и пациентом.

– Какие новые методы лечения и клинические исследования сейчас применяются и проводятся в вашем центре?

– В нашем центре мы развиваем несколько современных направлений. Первое – это ранняя эндоскопическая диагностика и более точное определение границ опухоли. Наша задача – удалить опухоль радикально, но при этом максимально бережно сохранить здоровые ткани гортани.

Второе направление – органосохраняющая хирургия: эндоскопические и лазерные вмешательства, реконструктивные операции, технологии, позволяющие сохранить дыхательную, голосовую и глотательную функции.

Отдельно хочу отметить роботическую хирургию. В онкологии головы и шеи она открывает новые возможности, особенно при опухолях, расположенных в труднодоступных анатомических зонах. Роботическая система позволяет хирургу работать через естественные доступы, с высокой точностью, хорошей визуализацией и минималь-

ной травматизацией окружающих тканей. Это особенно важно, когда мы стремимся не только удалить опухоль, но и сохранить качество жизни пациента: речь, глотание, дыхание и внешний вид.

Третье направление – персонализированный подход к лечению. Мы обсуждаем пациентов на мультидисциплинарном консилиуме: хирург, химиотерапевт, радиотерапевт, рентгенолог, патоморфолог, реабилитолог. Для каждого пациента выбирается не «средняя схема», а оптимальный маршрут лечения.

Кроме того, в мире активно изучаются новые комбинации иммунотерапии, химиолучевого лечения, таргетных препаратов, а также методы, позволяющие заранее понять, у какого пациента опухоль лучше ответит на тот или иной вид терапии. Для пациентов это означает главное: лечение становится все более точным, а цель современной онкологии – не только победить болезнь, но и сохранить качество жизни.

– Как пациенту попасть на консультацию и лечение в клинический центр Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова?

– Запись на прием осуществляется через кол-центр ежедневно с 07:00 до 19:00, а также через регистратуру Университетской клинической больницы №1. При обращении наши сотрудники помогают пациенту подобрать профильного специалиста, удобное время приема и при необходимости объясняют порядок подготовки документов.

Когда работа становится фактором риска



Масштаб проблемы

Профессиональные факторы риска в структуре всех факторов риска онкологической заболеваемости составляют относительно небольшую долю – от 2 до 8%. Однако в абсолютных цифрах это означает, что ежегодно от 400 тыс. до 1,6 млн новых случаев рака возникают в результате профессиональной вредности. Исследование «Global Burden of Disease» показало, что как минимум 13 канцерогенов, связанных с условиями труда, вносят вклад в развитие различных форм злокачественных новообразований. Особую тревогу вызывает то, что официальная статистика профессионально обусловленного рака, по мнению экспертов, не в полной мере отражает реальное положение дел. Причинами этого являются длительный латентный период развития опухолей (достигающий 10–20 лет), недостаточная информированность работников, а также несовершенство системы учета и мониторинга. Кроме того, выявление факторов риска требует проведения очень тщательно спланированных популяционных и групповых исследований, а также беспристрастное оценивание их результатов, что требует серьезных финансовых затрат.

Основные группы профессиональных канцерогенов

Все профессиональные канцерогенные факторы можно разделить на три основных класса.

● Химические канцерогены – наиболее обширная группа, включающая такие химические вещества и соединения, как бензол, асбест, формальдегид, соединения хрома, никеля, мышьяка, полициклические ароматиче-

ские углеводороды (ПАУ), а также древесную и кожевенную пыль.

● Физические факторы – это ионизирующее излучение, ультрафиолетовое излучение (особенно для работников на открытом воздухе), профессиональное воздействие радона в карьерах и шахтах. Чрезмерный холод или длительная работа в жарких условиях доменных производств, а также в условиях постоянной вибрации являются примерами пагубного физического воздействия на организм человека.

● Биологические агенты – вирусы гепатита В и С, представляющие актуальный риск для медицинского персонала, работников салонов красоты и др.

Наиболее известные опасные отрасли производства

Прежде всего это металлургия и добыча полезных ископаемых, когда работники контактируют с никелем, хромом, кристаллическим диоксидом кремния, а также подвергаются воздействию радона. Канцерогены присутствуют при производстве чугуна, стали, меди, алюминия, а также при добыче угля и руды. Рак легких остается ведущей формой профессионально обусловленных злокачественных новообразований – на него приходится от 54 до 75% всех случаев.

Строительство стало «лидером» по числу случаев профессионального рака в Великобритании: 41% всех случаев заболевания этой патологией приходится именно на строителей. Основные факторы риска: асбест, солнечная радиация и кремнийсодержащая пыль.

Деревообрабатывающая и мебельная промышленность также представляет опасность при длительной работе – древесная пыль признана доказанным канцерогеном группы 1. Работники этих отраслей имеют значительно повышенный риск развития рака полости носа и носовых пазух. По всей видимости, опасность для организма связана не с природными компонентами дерева, а с клеями и лаками, которые используются для производства мебели. Резиновая промышленность связана с повышенным риском рака легкого, мочевого пузыря, желудка, толстой кишки и гемобластозов. Канцерогенное действие объясняется использованием ароматических аминов и растворителей в резинотехническом производстве.

Неочевидные зоны риска

Современные исследования, в частности итальянское когортное исследование с участием более 900 тыс. работни-

ков, выявили повышенную смертность от рака в отраслях, которые редко ассоциируются с онкологическим риском. Уборка и клининг: у женщин, занятых в этой сфере, обнаружен повышенный риск злокачественных новообразований всех типов, особенно рака печени и лимфогематогенной ткани. У мужчин в этой же отрасли повышен риск рака желудка и легких.

Парикмахерские услуги связаны с воздействием химических веществ, входящих в состав красок, лаков и других профессиональных средств.

В сельском хозяйстве онкологический риск несет применение пестицидов и контакт работников с ними. Интенсивное ультрафиолетовое облучение на открытом воздухе также создает дополнительный риск для здоровья.

Примечательно, что медицина как отрасль также таит в себе опасность для медицинских работников, особенно для работающих длительно с источниками ионизирующего излучения (рентгенологи, радиологи, радиотерапевты), цитостатиками и патогенами (вирусы гепатита и ВИЧ) – они постоянно находятся в зоне повышенного риска.

Что можно контролировать: управляемые риски

Ключевое слово в профилактике профессионально обусловленного рака – управляемость. В отличие от генетической предрасположенности или возраста профессиональные риски поддаются контролю. И здесь есть три уровня воздействия.

Уровень 1: производственная профилактика

Устранение профессиональных канцерогенов возможно за счет локальных мероприятий на конкретных предприятиях, цехах или технологических процессах. Внедрение современных систем вентиляции, автоматизация опасных процессов, использование средств индивидуальной защиты, замена опасных веществ на безопасные, соблюдение графика работ, дополнительные отпускные периоды и оздоровление в специализированных санаториях – все эти меры реально снижают риск.

Уровень 2: регулярные медицинские осмотры

Раннее выявление профессиональных заболеваний – важнейший инструмент профилактики. Полноценные медицинские осмотры позволяют своевременно выявлять он-

ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА

с. 3 «

кологические заболевания, а значит, и назначить пациенту своевременное и радикальное лечение.

Уровень 3: личная ответственность работника также чрезвычайно важна

Самый доступный и управляемый фактор – соблюдение правил безопасности на производстве и приверженность работников здоровому образу жизни.

Важно понимать: профессиональные канцерогены могут вступать в синергизм с поведенческими факторами и факторами образа жизни. Так, курение и алкоголь много-

кратно усиливают канцерогенный эффект асбеста, радона и многих химических веществ.

Поэтому даже если вы не можете изменить условия труда, вы можете поменять свои привычки – и это значительно снизит суммарный риск.

Профессионально обусловленный рак – междисциплинарная проблема. Ее решение требует объединения усилий врачей, работодателей, органов исполнительной власти и надзора, а также и самих работников. Но приоритетное направление – профилактика, и здесь каждый может внести свой вклад. Информированность о рисках, регу-

лярные обследования и отказ от вредных привычек – это не абстрактные рекомендации, а конкретные шаги, способные сохранить здоровье и жизнь.

Е.Д. Маслов, врач-онколог, аспирант отдела лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Под редакцией доктора медицинских наук
А.С. Доможировой

Мифы о профессиональных онкологических заболеваниях: разбор заблуждений с позиции доказательной медицины



Миф 1.

«Если нет симптомов, значит, всё в порядке»

Заблуждение. Данный тезис базируется на широко встречающемся представлении о том, что онкологический процесс обязательно манифестирует болью, пальпируемым образованием или органной дисфункцией. Справедливости ради необходимо сказать, что в большинстве случаев это так и есть, только когда появляются яркие симптомы, уже поздно говорить о радикальном излечении.

Реальность. Бессимптомное течение – норма для ранних стадий большинства злокачественных новообразований профессионального генеза. Уротелиальная карцинома, например индуцированная ароматическими аминами, на стадии *carcinoma in situ* проявляется лишь микрогематурией (небольшое количество крови в моче), выявляемой исключительно лабораторно. Другая ситуация – мезотелиома плевры асбестовой этиологии, которая может десятилетиями существовать в виде минимальных плевральных наслоений, не давая болевого синдрома и одышки вплоть до появления выпота (жидкости) в плевральной полости. Именно бессимптомный период является тем «окном возможностей», в котором радикальное вмешательство максимально эффективно. Принцип активного скрининга лиц из групп риска – краевой угольный камень современной онкопрофилактики.

Миф 2.

«Стаж работы меньше 5 лет – риска нет»

Заблуждение. Убеждение о существовании некоего безопасного порога экспозиции, ниже которого канцерогенный эффект отсутствует.

Реальность. Канцерогенез – стохастический (случайный) процесс, для которого не существует абсолютно безопасной дозы. Беспороговая линейная модель, принятая в радиационной токсикологии, экстраполируется и на многие химические канцерогены. Интенсивность кратковременной экспозиции может превышать кумулятивную дозу, полученную за десятилетия низкоуровневого контакта. Классический пример – ангиосаркома печени у работников, контактировавших с винилхлоридом в период аварийных ситуаций или ручной чистки реакторов, когда дозы были колоссальными, а стаж – минимальным.

Более того, для некоторых агентов доказан феномен сенсibilизации: короткая экспозиция запускает эпигенети-

ческие изменения, делающие клетки-мишени более восприимчивыми к последующему действию иных проканцерогенов, включая компоненты табачного дыма. Следовательно, стаж – лишь суррогатный маркер, а не абсолютный критерий риска.

Миф 3.

«Если я уволился 20 лет назад, это уже не имеет значения»

Заблуждение. Представление о том, что элиминация (устранение) контакта автоматически обнуляет онкологический риск.

Реальность. Латентный период для солидных опухолей профессионального генеза составляет от 10 до 40 лет. Наиболее показателен асбестоз и асбест-индуцированные неоплазии: мезотелиома плевры в среднем манифестирует через 30–45 лет после прекращения экспозиции. Риск не снижается со временем, а, напротив, продолжает нарастать, описывая колоколообразную кривую с максимумом в указанный период.

Аналогичная динамика характерна для рака полости носа и околоносовых пазух, ассоциированного с древесной пылью и соединениями никеля, – опухоли верифицируются спустя десятилетия после выхода на пенсию. Данный факт диктует необходимость пожизненного диспансерного наблюдения, а не его прекращения по факту увольнения.

Вместе с тем необходимо помнить про комбинацию факторов риска. И основным фактором является возраст. С течением времени снижается гормональная активность, от которой напрямую зависит и иммунная защита организма, что позволяет ряду заболеваний манифестировать именно в старшем и пожилом возрасте. И онкологические заболевания – не исключение из правил.

Миф 4.

«Это просто возраст, а не профессиональная болезнь»

Заблуждение. Отнесение всей клинической симптоматики к соматической полиморбидности пожилого возраста без попытки установления причинно-следственной связи с производственным анамнезом – другая сторона медали.

Реальность. Возраст – универсальный фактор риска, однако профессиональный анамнез – модификатор, способный смещать возраст дебюта заболевания на более ранний период и в ряде случаев изменять его гистологический тип или степень злокачественности опухоли. Так, плоскоклеточный рак легкого у 55-летнего мужчины с 30-летним стажем контакта с соединениями хрома требует обязательного сопоставления с критериями профессиональной обусловленности. Если популяционный риск для данного возраста условно равен X, то присутствие двух независимых канцерогенов (табак и хром) мультипликативно умножает риски, а не суммирует их.

Нивелирование профессионального анамнеза под предлогом «возрастного износа организма» также приводит к ошибочной недооценке этиологии и лишает пациента права на адекватную персонализированную терапию.

Миф 5.

«Средства индивидуальной защиты решали все проблемы»

Заблуждение. Переоценка эффективности респираторов и защитных костюмов, граничащая с отрицанием самого факта экспозиции.

Реальность. Средства индивидуальной защиты (СИЗ) – последний, наименее надежный уровень иерархии контроля профессиональных рисков. Даже при корректном использовании фильтрующих респираторов коэффициент проникновения аэрозолей и паров никогда не равен нулю. Чрескожная абсорбция (особенно актуальная для ароматических аминов и растворителей) часто недооценивается: перчатки и спецодежда имеют ограниченное время защитного действия, а загрязнение открытых участков тела, включая область шеи и запястий, в реальных производственных условиях неизбежно.

Таким образом, использование СИЗ снижает дозу экспозиции, но не элиминирует ее полностью, что создает ложное ощущение безопасности.

Заключение

Развенчание перечисленных мифов – не академическое упражнение, а практическая необходимость. Отказ от скрининга по причине отсутствия жалоб, игнорирование рисков при малом стаже или в отдаленном периоде после увольнения, а также упрощенная трактовка симптоматики лишают пациента главного жизненного ресурса – времени. Следование принципам концепции существования пожизненного онкологического риска, основанной на типе канцерогена, интенсивности и длительности экспозиции, позволит не упустить первые признаки заболевания и своевременно применить необходимые меры.

А.Ю. Чаноева, врач-онколог, аспирант отделения химиотерапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Под редакцией доктора медицинских наук
А.С. Доможировой

Профессиональные вредности и наследственность: суммируются ли риски?

Многие пациенты задают врачу один и тот же вопрос: «В нашей семье уже был рак, а я работаю на вредном производстве. Это двойной риск развития онкологического заболевания?». Ответ на этот вопрос важен: от него прежде всего зависит то, на что стоит обращать особое внимание при профилактике и обследовании.



Рак – это не одна «поломка», а цепочка «поломок»

Злокачественная опухоль почти никогда не возникает из-за одной-единственной причины. Клетка становится опасной для организма постепенно, накапливая несколько «поломок» в своих генах. Обычно на это уходят годы, и здоровые механизмы защиты успевают такие клетки вовремя обезвредить.

Наследственная предрасположенность означает, что часть этого пути человек проходит еще до рождения. Если в семье передается мутация (например, в генах BRCA1/2, TP53 или в генах «починки» ДНК), одна из «поломок» уже как бы встроена в каждую клетку. У такого человека заболевание стартует не с нуля, а на несколько шагов ранее.

Профессиональные канцерогены: ионизирующее излучение, химические вещества и соединения, например ароматические амины на красильных и резиновых производствах, асбест, бензол, продукты неполного сгорания топлива, – как раз и добавляют дополнительные риски такой «поломки», с которыми система защиты ДНК у людей с наследственными мутациями будет справляться намного хуже.

Не сложение, а умножение

Здесь сказано главное. Риски при отягощенной наследственности и профессиональных факторах вреда чаще не

складываются, а перемножаются. Причина состоит в том, что многие «наследуемые» мутации возникают в генах, отвечающих за то, как организм обезвреживает яды и «чинит» поврежденную ДНК. Если эта защита ослаблена изначально, то воздействие вредных веществ наносит больше вреда, чем у человека без предрасположенности к этому. Классический пример – рабочие уже упомянутых выше красильных и резиновых производств. У тех из них, чей организм по наследству медленно метаболизирует ароматические амины (так называемые «медленные ацетиляторы», носители варианта гена NAT2), рак мочевого пузыря развивается заметно чаще, чем у их коллег при тех же условиях, но с высокой скоростью утилизации и обезвреживания веществ. Другой пример – носители синдрома Ли – Фраумени (мутация TP53) или мутаций BRCA; они особенно чувствительны к ионизирующему излучению: та доза, которую другой человек перенесет спокойно, для них опаснее.

Могут ли «вредности» сдвинуть сроки?

Да, могут – и это важный практический момент. Отягощенная наследственность как бы понижает «порог», достаточный для развития онкологического заболевания, а профессиональная вредность быстрее подводит человека к этому порогу. Поэтому у людей с наследственными и про-

фессиональными факторами риска болезнь нередко развивается раньше, чем можно было бы ожидать, иногда на 5–10 лет. Речь не о неизбежности, а о времени: то, что могло бы вообще не случиться или проявиться лишь в глубокой старости, при воздействии профессиональных вредностей способно дать знать о себе раньше.

Что можно сделать

Хорошая новость заключается в том, что у людей с факторами риска профилактические меры работают достаточно хорошо: исключая вредный фактор, исключается сама причина, которая ускоряет развитие онкологического заболевания.

- Знайте свою семейную историю. Если у близких родственников было онкологическое заболевание, особенно в молодом возрасте, или отмечалось несколько случаев в одной семье, то стоит обсудить это с врачом и пройти медико-генетическое консультирование.
- Относитесь к вредным условиям труда серьезнее, чем ваши коллеги. Средства индивидуальной защиты, контроль условий труда, а при значительном воздействии вредных факторов – перевод на менее опасный участок могут существенно снизить риск онкологического заболевания. То, что для коллег допустимо, для вас может обернуться серьезным испытанием.
- Не добавляйте новые факторы риска. Курение и алкоголь перемножаются с остальными факторами не самым щадящим образом. Отказ от них – самый доступный способ разорвать порочный круг.
- Наблюдайтесь раньше и чаще. При наличии семейной предрасположенности и/или профессиональных рисков скрининг необходимо начинать в более молодом возрасте и проводить его чаще, чем у обычных людей; иногда с врачом обсуждают и дополнительные профилактические меры.

Семейная и профессиональная предрасположенность – это не приговор, а информация к действию. Она подсказывает, где именно ваша защита тоньше, чем у других, а значит, где ваши усилия по защите и профилактике принесут наибольшую пользу.

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

Под редакцией доктора медицинских наук
А.С. Доможировой

живи без страха

«Живи без страха» — это социальная программа, направленная на профилактику и раннюю диагностику онкологических заболеваний.

Живибезстраха.рф



Рак легкого: история не только о болезни, но и о возможностях

Главный залог успешного лечения сегодня – это максимально точная диагностика и индивидуальный подбор терапии.



– Константин Константинович, сегодня врачи все чаще говорят о том, что рак легкого перестал быть исключительно «болезнью курильщиков». Почему рак легкого все чаще выявляется у некурящих людей и какие факторы риска сейчас считаются наиболее опасными?

– Несмотря на то что сегодня мы действительно все чаще сталкиваемся с раком легкого у некурящих людей, курение по-прежнему остается главным фактором риска. По различным данным, именно с ним связано до 80% случаев заболевания. При этом значение имеет не только количество выкуриваемых сигарет, но и длительность курения – зачастую именно этот фактор оказывает наиболее существенное влияние на риск развития опухоли. Важно понимать, что даже после отказа от курения риск снижается постепенно. Обычно требуется 10–15 лет, чтобы он существенно уменьшился. Поэтому результаты антитабачных программ становятся заметны не сразу, а спустя годы.

Определенную роль играет и пассивное курение. Хотя риск в этом случае увеличивается не в десятки раз, как у активных курильщиков, он возрастает примерно на 20–30%.

Среди других значимых факторов риска – загрязнение атмосферного воздуха, воздействие вредных производственных факторов.

Отдельно стоит упомянуть радон – радиоактивный газ природного происхождения, который может накапливаться в плохо проветриваемых помещениях. Во многих странах именно радон рассматривается как один из наиболее значимых факторов риска после курения.

Кроме того, развитию рака легкого могут способствовать хронические заболевания дыхательной системы – хроническая обструктивная болезнь легких, эмфизема, хронические бронхиты. Наибольшая заболеваемость приходится на возраст около 65 лет.

Вместе с тем существует группа опухолей, возникающих вследствие спонтанных генетических изменений в клетках. Такие опухоли нередко развиваются у людей, которые никогда не курили, чаще встречаются они у относи-

Еще совсем недавно диагноз «рак легкого» у многих ассоциировался с безнадёжностью. Сегодня ситуация меняется: современные методы диагностики позволяют обнаруживать опухоль раньше, а персонализированное лечение дает пациентам реальные шансы на долгую и полноценную жизнь.

О том, как изменилась борьба с раком легкого, почему им страдают не только курильщики и какие возможности современной онкологии доступны пациентам уже сейчас, рассказывает Константин Константинович Лактионов – член-корреспондент Российской академии наук, доктор медицинских наук, первый заместитель директора, заведующий отделением противоопухолевой лекарственной терапии №3 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

тельно молодых пациентов и представлены преимущественно аденокарциномой легкого.

– Отдельное внимание уделяется так называемым профессиональным ракам легкого, связанным с условиями труда и воздействием вредных веществ. Какие профессии и производственные факторы сегодня наиболее сильно повышают риск развития рака легкого и можно ли защитить человека заранее?

– Профессиональные факторы занимают особое место среди причин развития рака легкого, поскольку связаны с длительным и регулярным воздействием канцерогенных веществ в процессе трудовой деятельности. Наибольшему риску подвержены работники отраслей, где имеется контакт с промышленной пылью, химическими соединениями, продуктами сгорания топлива, тяжелыми металлами и другими токсичными веществами. Особую опасность представляют асбест, соединения хрома, никеля и мышьяка, а также выхлопные газы дизельных двигателей, длительное воздействие которых значительно повышает вероятность развития злокачественных новообразований легких.

Основой профилактики является производственный контроль условий труда: постоянный мониторинг содержания вредных веществ в воздухе рабочей зоны, использование эффективной вентиляции, современных средств индивидуальной защиты органов дыхания, соблюдение технологических регламентов и ограничение времени контакта с вредными факторами.

Не менее важны регулярные медицинские осмотры работников. Они позволяют своевременно выявлять хронические заболевания органов дыхания и первые признаки возможной патологии, а при необходимости направлять пациента на дополнительное обследование. Если человек работает во вредных условиях и при этом курит, отказ от курения становится одной из наиболее эффективных мер профилактики, поскольку сочетание профессионального вреда и табакокурения значительно увеличивает риск развития рака легкого.

Поэтому своевременное соблюдение требований охраны труда и регулярные профилактические обследования позволяют значительно снизить вероятность развития профессионального рака легкого.

– Какие симптомы рака легкого пациенты чаще всего игнорируют, упуская возможность ранней диагностики?

– Основная проблема заключается в том, что ранние симптомы рака легкого часто неспецифичны и могут напоминать проявления обычной усталости или респираторных заболеваний.

Чаще всего пациенты не придают значения немотивированной слабости, быстрой утомляемости, снижению работоспособности. Нередко игнорируется длительный кашель – сухой или с небольшим количеством мокроты, который постепенно становится постоянным.

Еще один важный симптом – необъяснимая потеря массы тела и снижение аппетита. Иногда пациенты воспринимают похудение как положительный результат, особенно если ранее стремились снизить вес. Однако потеря массы тела без изменения образа жизни и питания должна настораживать.

По мере прогрессирования заболевания могут появляться более характерные признаки: кровохарканье, повторяющиеся воспалительные процессы в легких, плохо поддающиеся лечению антибиотиками, осиплость голоса, затруднение глотания, отеки лица и шеи.

Если заболевание уже распространилось за пределы легких, симптоматика зависит от локализации метастазов. Однако на этом этапе речь, как правило, идет уже о распространенном опухолевом процессе.

– Насколько изменилась диагностика рака легкого за последние 10–15 лет и какие технологии действительно позволили повысить выявляемость заболевания на ранних стадиях? Что такое молекулярно-генетическое тестирование опухоли и почему сегодня без него невозможно подобрать современное лечение?

– За последние полтора десятилетия диагностика рака легкого сделала огромный шаг вперед. Сегодня ключевым методом визуализации является компьютерная томография, особенно с контрастным усилением, которая позволяет намного точнее оценивать характер изменений в легочной ткани.

Большое значение приобрела позитронно-эмиссионная томография. Этот метод помогает определить истинную распространенность опухолевого процесса во всем организме, поскольку радиофармпрепарат избирательно накапливается в опухолевых клетках.

Для выявления метастазов в головном мозге наиболее информативной остается магнитно-резонансная томография с контрастированием.

Однако одним из самых важных достижений современной онкологии стало внедрение молекулярно-генетического тестирования опухоли. Сегодня мы понимаем, что каждая опухоль обладает уникальным набором биологических особенностей. Выявление конкретных генетических нарушений позволяет подобрать максимально эффективное лечение для каждого пациента.

с. 6 «

Именно поэтому современная терапия рака легкого невозможна без молекулярно-генетического исследования: оно помогает определить чувствительность опухоли к таргетным препаратам и выбрать наиболее результативную тактику лечения.

– Когда многие пациенты слышат слова «таргетная терапия» и «иммунотерапия», они не всегда понимают разницу. Как бы вы объяснили эти понятия простыми словами?

– Таргетная терапия и иммунотерапия – два принципиально разных подхода к лечению рака.

Таргетная терапия действует непосредственно на опухолевую клетку. У некоторых пациентов в опухоли обнаруживаются определенные генетические мутации, которые заставляют клетки бесконтрольно делиться. Таргетные препараты блокируют именно эти механизмы роста. Если говорить образно, они выключают «сломанный переключатель», который заставляет опухоль постоянно расти.

Благодаря этому заболевание можно длительно контролировать, а в ряде случаев перевести его в хроническую форму, когда пациент живет с болезнью многие годы при хорошем качестве жизни.

Иммунотерапия работает иначе. Она не атакует опухоль напрямую, а помогает собственной иммунной системе распознавать и уничтожать раковые клетки. Дело в том, что опухоль умеет «маскироваться» от иммунитета. Иммунотерапевтические препараты снимают эту защиту, позволяя иммунной системе вновь увидеть опухоль и начать борьбу с ней.

Именно поэтому иммунотерапия стала одним из самых значимых достижений современной онкологии и позволяет рассчитывать на длительный контроль заболевания даже у пациентов с распространенными стадиями рака легкого.

– За последние годы хирургическое лечение рака легкого стало значительно менее травматичным, а возможности торакальной хирургии – шире. Как изменились операции при раке легкого и насколько малоинвазивные технологии действительно улучшают качество жизни пациентов?

– За последние десятилетия торакальная хирургия пережила настоящую технологическую революцию.

Если раньше стандартом была большая открытая операция через широкий разрез грудной клетки, то сегодня все чаще используются малоинвазивные методики – видеоторакоскопические и робот-ассистированные вмешательства.

Во время таких операций через небольшие разрезы вводятся видеокамера и специальные инструменты, что позволяет выполнить необходимый объем вмешательства без значительной травмы тканей.

Важно подчеркнуть, что современные малоинвазивные операции не уступают открытым вмешательствам по онкологической эффективности. При этом пациенты быстрее восстанавливаются, испытывают меньшую боль, раньше возвращаются к привычной активности и реже сталкиваются с послеоперационными осложнениями.

Кроме того, сокращаются сроки госпитализации и появляется возможность раньше приступить к дополнительному лечению, если оно необходимо.

– В каких случаях пациенту с раком легкого показана операция, а когда хирургическое вмешательство уже не является основным методом лечения?

– Основным критерием выбора тактики лечения является стадия заболевания.

При I–II стадиях рак легкого чаще всего лечится хирургически. Именно операция позволяет добиться наилучших результатов и обеспечить максимальную вероятность полного излечения. Стандартным объемом вмешательства обычно является удаление доли легкого вместе с регионарными лимфатическими узлами. В отдельных случаях возможно выполнение органосохраняющих операций с удалением только сегмента легкого. Вместе с тем в некоторых случаях даже при I–II стадиях хирургическое лечение дополняют лекарственной терапией.



“ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПОЛТОРА ДЕСЯТИЛЕТИЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЛЕГКОГО СДЕЛАЛА ОГРОМНЫЙ ШАГ ВПЕРЕД.

При III стадии подход становится более комплексным. Операция может сочетаться с предоперационной или послеоперационной лекарственной терапией, а также лучевым лечением.

Если же заболевание диагностировано на IV стадии и имеются отдаленные метастазы, основное значение приобретают системные методы лечения – лекарственная терапия, включая химиотерапию, таргетные препараты и иммунотерапию. В таких ситуациях хирургическое вмешательство, как правило, уже не является ведущим методом лечения.

– Для большинства пациентов и их семей главный вопрос после постановки диагноза – это прогноз и шансы на долгую жизнь. От чего сегодня в наибольшей степени зависит прогноз при раке легкого и насколько современные методы лечения способны его улучшить?

– Сегодня прогноз определяется не только стадией заболевания, как это было еще 15–20 лет назад.

Безусловно, ключевое значение имеет распространенность опухолевого процесса на момент постановки диагноза. Именно поэтому столь важна полноценная диагностика, позволяющая выявить или исключить наличие метастазов.

Не менее значимым фактором является биология опухоли. Современные молекулярно-генетические исследования позволяют определить особенности конкретного новообразования и подобрать наиболее эффективную терапию.

Сегодня лечение становится максимально персонализированным. В ряде случаев правильно подобранная таргетная терапия позволяет годами контролировать заболевание, а современные схемы иммунотерапии дают шанс на длительную ремиссию и даже выздоровление части пациентов с распространенными формами болезни.

Поэтому главный залог успешного лечения сегодня – это максимально точная диагностика и индивидуальный подбор терапии.

– Как сегодня организована маршрутизация пациентов с подозрением на рак легкого в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии имени Н.Н. Блохина? Что нужно сделать пациенту, чтобы попасть на консультацию или лечение?

– Современная онкологическая служба России построена по многоуровневому принципу. Если у пациента возникает подозрение на опухоль легкого, первоначально выполняются рентгенологические исследования и компьютерная томография. При наличии изменений, не позволяющих исключить злокачественный процесс, проводится комплексное обследование, направленное на уточнение диагноза, определение стадии заболевания и получение материала для морфологического и молекулярно-генетического исследования.

Для получения консультации и прохождения диагностики в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии имени Н.Н. Блохина пациенту необходимо получить у онколога по месту жительства направление по форме 057/у.

После проведения необходимых исследований специалисты Центра определяют оптимальную тактику лечения. При этом не всегда требуется лечение непосредственно в федеральном центре. Во многих случаях специалисты помогают разработать план терапии, который может быть реализован в региональном онкологическом учреждении.

Если пациенту рекомендовано лечение в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, направление по форме 057/у для госпитализации не требуется. Центр принимает пациентов на лечение в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Дополнительные возможности открывают телемедицинские консультации. Региональные специалисты могут направить медицинскую документацию в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, после чего пациент получает экспертное заключение и рекомендации по дальнейшему лечению без необходимости личного визита.

главная тема

Какие обследования нужны, если был контакт с канцерогенами

I. Регламентированный периодический мониторинг (обязательный минимум)

Нормативная база российского законодательства в сфере здравоохранения предписывает проведение периодических медицинских осмотров лиц, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами. Этот комплекс мер ориентирован на раннее выявление профессионально обусловленной патологии.

Клинический осмотр и сбор профессионального анамнеза

Профпатолог (врач, работающий с пациентами из групп риска по развитию профессиональных заболеваний или с установленным диагнозом такового) оценивает длительность контакта с факторами риска, соблюдение гигиенических нормативов, использование средств индивидуальной защиты. Погрешности сбора анамнеза – частая причина гиподиагностики. Кроме того, коммуникация с пациентом зачастую носит субъективный характер и влияет на понимание фактического положения дел.

Гематологический скрининг

Общий анализ крови с оценкой лейкоцитарной формулы – рутинный, но высокочувствительный тест для мониторинга токсического поражения костного мозга, которое зачастую возникает при работе с бензолом, ионизирующим излучением и другими факторами. Некоторые изменения в крови могут возникнуть задолго до клиники миелодиспластического синдрома или острого лейкоза, своевременная диагностика которых позволит принять соответствующие меры вовремя.

Лучевая диагностика органов грудной клетки

Цифровая рентгенография или флюорография в двух проекциях остается стандартом для групп риска по раку легкого и мезотелиоме плевры (асбест, тяжелые металлы). Метод позволяет выявить объемные образования, интерстициальные изменения и плевральные наслоения.

Функциональная диагностика

Спирометрия с оценкой форсированной жизненной емкости легких и объема форсированного выдоха за первую секунду предназначена для динамического контроля obstructивных нарушений, которые при сочетании действия пылевых и химических агентов могут предшествовать злокачественной трансформации. Данные, полученные при использовании этого метода, анализируют только совместно с результатами других исследований.

Дерматологический осмотр

Визуальная оценка кожных покровов и дерматоскопия необходимы работникам, контактировавшим с продуктами перегонки нефти, каменноугольной смолой, мышьяком. Цель – выявление кератозов, невусов и ранних форм плоскоклеточного рака.

II. Скрининг versus диагностика: терминологическая четкость

Фундаментальное различие двух понятий имеет прогностическое значение.

Скрининг – популяционная стратегия активного выявления доклинических форм заболевания у бессимптомных лиц с помощью тестов, обладающих высокой чувствительностью. Он уместен тогда, когда польза от раннего вмешательства превышает вред от гипердиагностики. Пример: цитологическое исследование мочи у работников, экспонированных анилиновыми красителями. Для скрининга используют не только эффективные, но и часто малоинвазивные методы, комфортные для пациентов.

Диагностика по показаниям запускается при появлении патогномоничного симптома и жалоб пациента (кровь в моче, упорный кашель, немотивированная потеря массы тела). Здесь чувствительность уступает место специфичности, а инвазивность метода оправдана высокой вероятностью верификации. Если на фоне стажа контакта с ароматическими аминами возникает микрогематурия (эритроциты в моче), скрининг завершается и выполняется цистоскопия с биопсией – золотой стандарт для уротелиальной карциномы. При данном подходе используют прицельные методики, которые позволяют наиболее эффективным методом установить диагноз. Они могут требовать инвазивного вмешательства и седации.

III. Углубленная программа: дополнительные методы обследования при высоком риске

Когда рутинные осмотры недостаточно эффективны, а совокупный риск (стаж, сочетанное воздействие табака, генетическая предрасположенность) превышает популяционный порог, показано расширение протокола обследования.

Низкодозная компьютерная томография легких

При сочетанном воздействии асбеста и табакокурения в анамнезе стандартная рентгенография уступает низкодозной компьютерной томографии (НДКТ) по чувствительности в выявлении периферических аденокарцином легкого. Метаанализы подтверждают снижение смертности на 20% при ежегодном НДКТ-скрининге в группах с индексом курения ≥30 пачка-лет.

Проточная цитометрия и консультация гематолога

Изолированные изменения в общем анализе крови без явной клиники требуют дополнительного исследования – иммунофенотипирования клеток. Это позволяет выявить минимальную остаточную группу бластных элементов, ускользающую от обычной световой микроскопии. Детальное обследование в случае наличия онкологического заболевания позволит подобрать точное лечение.

УЗИ органов брюшной полости и онкомаркеры

При контакте с винилхлоридом (риск ангиосаркомы печени) или пестицидами скрининговую ценность имеет ультразвуковое исследование (УЗИ) печени с определением альфа-фетопротеина. Мониторинг должен проводиться с периодичностью 6–12 мес у лиц с сопутствующим циррозом или хроническим вирусным гепатитом.

Цитология мочи и УЗИ мочевого пузыря

Для групп риска, взаимодействующих с кадмием, мышьяком или работающих на производстве алюминия, показано цитологическое исследование осадка мочи для выявления атипичных клеток, которое предпочтительнее рутинного анализа, так как обладает большей диагностической эффективностью в отношении карцином *in situ*.

IV. Принципы рационального онкопоиска

Тотальный бессистемный скрининг (check-up всего организма), популярный у части населения, научным сообществом отвергается: изолированное повышение неспецифических онкомаркеров (CA-125, РЭА – раково-эмбриональный антиген) при отсутствии клиники ведет к необоснованным инвазивным вмешательствам и ятрогенным осложнениям.

Оптимальная стратегия для пациента, профессионально связанного с канцерогенами, базируется на трех постулатах.

- Персонализированная маршрутизация – объем исследований диктуется конкретным агентом и длительностью контакта.
- Онконастороженность – появление минимальной симптоматики переводит наблюдение из скринингового режима в диагностический, без промедления.
- Комплаенс или регулярный контроль – соблюдение периодичности обследований; пропуск двух циклов диспансеризации способен нивелировать все преимущества ранней диагностики.

Заключение

Работа с канцерогенами формирует уязвимую когорту лиц, требующих междисциплинарного, методологически выверенного и постоянного мониторинга состояния здоровья, в котором каждое исследование имеет высокую степень эффективности и конкретную цель.

А.Ю. Чанеева, врач-онколог, аспирант отделения химиотерапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Под редакцией доктора медицинских наук
А.С. Доможировой

Лучевая терапия и лучевая болезнь – не одно и то же

Лучевая терапия и лучевая болезнь: чем они отличаются? Лучевая терапия – один из основных методов лечения злокачественных опухолей, который используется в 50–60% случаев терапии онкологических заболеваний. Однако до сих пор многие пациенты воспринимают тождественно «облучение» и тяжелое поражение всего организма лучевой болезнью. Этот страх часто основан на исторической памяти о событиях, связанных с техногенными радиационными авариями на ПО «Маяк», на Чернобыльской АЭС, а также атомными бомбардировками Хиросимы и Нагасаки, что часто становится психологическим барьером на пути к лечению. Давайте разберемся, почему лучевая терапия и лучевая болезнь – принципиально разные явления, и разрушим этот миф.

Что такое лучевая болезнь

В зависимости от полученной дозы облучения и объема тканей организма, которые были облучены, выделяют острую и хроническую лучевую болезнь. Острая лучевая болезнь – это системное поражение организма, возникающее при однократном облучении всего

тела (или большей его части) высокой проникающей радиацией в дозе от 0,7–1,0 Гр и выше за короткое время (минуты или часы). Речь идет о сценариях, связанных с ядерными авариями или атомными взрывами. Лучевая болезнь поражает три основные системы организма, которые наиболее чувствительны к радиации:

- кроветворная система – разрушение костного мозга приводит к анемии, кровотечениям и тяжелым инфекциям;
- желудочно-кишечный тракт – неукротимая рвота, диарея, обезвоживание, поражение и некроз слизистой;
- нервная система – головокружение, судороги, потеря сознания, кома.

Важнейшая особенность: эти симптомы развиваются именно при тотальном облучении всего тела. Если же источник радиации воздействует на малый объем, например на руку или голову, признаки поражения будут местными, а не системными.

Как работает лучевая терапия

Лучевая терапия строится на совершенно иных принципах. Вместо однократного массивного удара по всему телу используется фракционирование – дробление общей ле-

чебной дозы на множество небольших сеансов. Кроме того, во время каждой процедуры излучение проводится строго локально – на область злокачественной опухоли, а не на всё тело. Максимальный размер полей облучения не превышает 20×20 см. Здоровые ткани при этом получают минимальную дозу, которая находится ниже порога, вызывающего необратимые повреждения. В поле облучения также могут развиваться лучевые реакции, которые проходят в течение ближайшего месяца после окончания лечения. Обычно они проявляются покраснением кожи и воспалением слизистых, которые попадают в зону облучения.

Почему фракционирование меняет всё?

Разбивка дозы на фракции (сеансы) дает здоровым клеткам время на восстановление. Раковые клетки, напротив, восстанавливаются медленнее, поэтому накопление дозы в опухоли оказывается летальным для нее, но переносимым для организма в целом. Именно поэтому дозы, которые пациент получает за весь курс лучевой терапии, могут достигать 60–70 Гр: распределенные по времени и объему, они не вызывают лучевой болезни.

с. 8

Современные аппараты для лучевой терапии используют новейшие технологии, такие как IMRT (intensity-modulated radiotherapy – интенсивно-модулированная лучевая терапия) и VMAT (volumetric modulated arc therapy – объемно-модулированная ротационная терапия), что позволяет создавать пучок излучения, который фокусируется точно по объему опухоли, обходя критически важные структуры. Точность наведения настолько высока, что риск серьезных осложнений при курсе лучевой терапии составляет менее 3%.

Побочные эффекты и лучевая болезнь: важнейшие отличия

Важно отличать местные реакции на медицинское облучение от системной лучевой болезни. Да, лучевая терапия может вызывать неприятные эффекты – общие (такие как утомляемость, слабость, тошноту) и локальные (покраснение кожи в зоне облучения, сухость во рту). Однако эти симптомы ограничены областью лечения и не затрагивают весь организм; в отличие от лучевой болезни они связаны с повреждением быстро делящихся клеток в зоне облучения (кожа, слизистые), а не с системным поражением костного мозга, кишечника и нервной системы. При медицинском облучении производится предварительный точный

расчет дозой лучевой нагрузки как на опухоль, так и на здоровые ткани вокруг нее. И значительная часть излучения часто приходится как раз на кожные покровы и слизистые, что и является причиной развития лучевых реакций. Данные явления обычно обратимы и купируются симптоматической терапией, проходят в течение нескольких недель, реже месяцев, после завершения лечения.

Почему возникает страх

Исследования показывают, что пациенты, которым назначена лучевая терапия, часто испытывают особую тревогу именно потому, что этот метод в массовом сознании связан с радиацией и ее разрушительными последствиями. Аппаратная сложность метода, невидимое глазу излучение и недостаток информации о том, как именно проходит сама процедура, активизируют страхи, не имеющие отношения к реальности. Пациенты меньше боятся химиотерапии, потому что она субъективно более понятна, но лучевая терапия пугает сильнее, несмотря на то что она является одним из основных и очень эффективных методов лечения при многих локализациях опухолей.

Выводы

Лучевая терапия – это высокоточное и контролируемое применение медицинского ионизирующего излучения

для уничтожения опухолевых клеток. Лучевая болезнь – это неконтролируемое, часто случайное, одномоментное и тотальное поражение всего организма при дозах, в десятки раз превышающих разовые дозы при лечении. Лучевая терапия спасает жизни, а лучевая болезнь – это трагический результат аварий и катастроф. Если пациенту назначена лучевая терапия, то ему важно помнить, что он получает не лучевую болезнь, а целенаправленное лечение серьезного заболевания, которое контролируется врачом-радиотерапевтом и медицинскими физиками с использованием самых точных технологий. Беспокойство естественно, но оно не должно становиться препятствием для эффективной терапии и основанием для отказа от нее. Стоит обсудить свои переживания с лечащим врачом, задать вопросы о том, как работает метод, это значительно снизит тревогу и поможет настроиться на успешное лечение.

Е.Д. Маслов, врач-онколог, аспирант отдела лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

*Под редакцией доктора медицинских наук
А.С. Доможировой*

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

Профессия, здоровье и психологическая поддержка

Когда мы слышим словосочетание «профессиональные заболевания», чаще всего нам представляются люди, работающие на вредных производствах – там, где есть химические вещества, пыль, тяжелые условия труда или радиация. И действительно, существуют профессии, при которых организм годами сталкивается с повышенной нагрузкой и воздействием факторов, способных влиять на здоровье. Но сегодня специалисты все чаще говорят о том, что влияние профессии на человека гораздо шире, чем было принято считать. Иногда речь идет не только о прямом контакте с вредными веществами, но и о самом образе жизни, который постепенно формируется вокруг работы. Ночные смены, хронический недосып, постоянное напряжение, отсутствие полноценного отдыха, привычка жить в режиме «надо держаться» – всё это тоже со временем отражается на состоянии организма. Есть профессии, где особенно страдают определенные системы организма. Например, у певцов, преподавателей, дикторов и актеров огромная нагрузка приходится на голосовой аппарат. У врачей, сотрудников служб помощи и людей помогающих профессий накапливается хроническое эмоциональное напряжение. У водителей и работников ночных смен годами нарушается режим сна и отдыха. У людей, работающих с химическими веществами, красками, растворителями или промышленной пылью, организм постоянно сталкивается с дополнительной токсической нагрузкой. При этом очень важно понимать – ни одна профессия сама по себе не означает, что человек обязательно заболеет. Мы не можем свести болезнь к одной причине. Онкологическое заболевание – это всегда сложное сочетание факторов. Но профессия может становиться частью этой общей нагрузки на организм, особенно если человек долгое время игнорирует усталость, тревожные симптомы и необходимость заботиться о себе. И, наверное, одна из самых непростых вещей заключается в том, что многие люди привыкают жить «на автомате». Они годами откладывают обследования, потому что нет времени, потому что нужно работать, потому что страшно услышать плохие новости. Очень часто люди, привыкшие быть сильными и ответственными, оказываются самыми невнимательными к собственному состоянию. Как будто заботу о себе они постоянно оставляют на потом.

Почему мы можем долго игнорировать симптомы

Очень часто люди замечают изменения в самочувствии задолго до того, как обращаются за помощью. Появляется постоянная усталость, ухудшается сон, что-то начинает

болеть или беспокоить, но в ответ на это человек обычно говорит себе: «Надо просто отдохнуть», «Сейчас слишком много работы», «Это возраст», «Потом проверюсь». И дело здесь совсем не в том, что людям безразлично собственное здоровье. Многие из нас живут в очень высоком темпе. Работа, ответственность, семья, тревога за близких, постоянная нехватка времени постепенно становятся привычным фоном жизни. Особенно это касается людей, которые привыкли быть сильными, надежными, справляться со всем самостоятельно и не жаловаться. Часто именно такие люди дольше других откладывают обследования и визит к врачу, потому что заботу о себе постоянно ставят в конец списка важных дел. Иногда за этим стоит и страх. Пока человек не идет на обследование, сохраняется ощущение, что, возможно, ничего серьезного нет. Психика таким образом пытается защитить нас от тревоги и тяжелых переживаний. Мы можем долго объяснять симптомы стрессом, усталостью или перегрузкой, потому что столкнуться с неизвестностью бывает очень страшно. Кроме того, организм способен долго адаптироваться к жизни «на износ». Человек привыкает мало спать, жить в напряжении, работать без полноценного отдыха, не питаться нормально, игнорировать эмоциональное и физическое истощение. И постепенно это состояние начинает восприниматься как обычная жизнь. Длительное эмоциональное и физическое напряжение действительно истощает организм и влияет на очень многие процессы: качество сна, иммунную систему, питание, уровень тревоги, способность замечать сигналы собственного тела и готовность вовремя обращаться за помощью. Когда человек долго живет в режиме выживания, контакт с собственным телом постепенно теряется. Люди настолько привыкают терпеть и справляться, что перестают замечать, насколько им плохо. И иногда организм начинает говорить с человеком все громче только потому, что раньше его сигналы просто некому было услышать. Наверное, одна из самых важных вещей, о которых сегодня стоит говорить: забота о себе не делает человека слабым. Наоборот, внимание к своему состоянию, своевременные обследования, возможность остановиться и услышать себя – это проявление ответственности за собственную жизнь и здоровье.

Почему нужна психологическая поддержка

Когда человек сталкивается с онкологическим заболеванием, очень часто болезнь затрагивает не только тело, но и ту часть личности, которая была тесно связана с профес-

сией, привычной жизнью и ощущением самого себя. Меняется привычный ритм жизни, появляется чувство неопределенности, тревоги и потери контроля над будущим. Многие люди сталкиваются не только со страхом за здоровье, но и с ощущением внутренней растерянности: как теперь жить дальше, справляться с лечением, сохранять отношения с близкими, продолжать работать или принимать ограничения, с которыми раньше не приходилось сталкиваться? Именно поэтому психологическая поддержка в этот период так важна. Она помогает человеку не оставаться один на один со своими переживаниями, справляться с тревогой, эмоциональным истощением и страхом перед будущим. Очень часто людям сложно говорить о своих чувствах даже с близкими – появляется желание «не нагружать», держаться, сохранять внешнее спокойствие. Но внутри при этом может быть очень много боли, одиночества и усталости. Психологическая помощь дает возможность говорить об этих переживаниях открыто, получать поддержку, искать внутренние опоры и постепенно адаптироваться к изменениям, которые приносит болезнь. В поддержке нередко нуждаются и близкие пациента, потому что для семьи диагноз тоже становится серьезным эмоциональным испытанием.

Где можно получить поддержку

Онкологические пациенты, а также их близкие могут получить бесплатную психологическую помощь в Службе «Ясное утро» по телефону 8 800 100 01 91. Линия работает круглосуточно, а обращения остаются анонимными. В службе доступна не только горячая линия психологической поддержки, но и возможность очных консультаций – как индивидуальных, так и в формате групп поддержки. Очень важно помнить, что обращение за психологической помощью – это не проявление слабости, а часть заботы о себе и своем эмоциональном состоянии. Поддержка помогает человеку не оставаться один на один со страхом, тревогой и переживаниями, искать внутренние опоры и проходить через сложный период жизни с ощущением, что рядом есть люди, готовые помочь и выслушать.

***Алина Морозова,**
специалист-психолог
Службы «Ясное утро»*



Рак легкого: от стандартизированной химиотерапии к персонализированным стратегиям лечения

Современное лечение рака легкого все больше становится персонализированным. Если раньше большинству пациентов назначались примерно одинаковые схемы химиотерапии, то сегодня мы все чаще подбираем лечение под конкретные молекулярные особенности опухоли.



Современная онкология переживает настоящую революцию: если еще десятилетие назад лечение рака легкого строилось по универсальным схемам, то сегодня на первый план выходит индивидуальный подход. Персонализированная медицина позволяет подбирать терапию с учетом молекулярных особенностей опухоли, что значительно повышает шансы на успех и сохраняет качество жизни пациента. О том, как изменились подходы к диагностике и лечению рака легкого, какие симптомы нельзя игнорировать, каковы возможности ранней диагностики и почему так важно отказаться от мифов, мы беседуем с **Андреем Борисовичем Рябовым** – доктором медицинских наук, профессором, заместителем генерального директора по хирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, руководителем отдела торакоабдоминальной онкохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, профессором кафедры хирургии и онкологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН им. Патриса Лумумбы. В этом интервью Андрей Борисович расскажет о первых тревожных признаках болезни, современных методах диагностики и лечения, а также о том, как пациентам и их близким справиться с эмоциональным стрессом и вернуться к полноценной жизни после терапии.

– Андрей Борисович, какие первые тревожные симптомы рака легких нельзя игнорировать? На что человеку стоит обратить внимание, чтобы не пропустить болезнь на ранней стадии?

– К сожалению, именно рак легкого относится к тем заболеваниям, которые на ранних стадиях очень часто протекают практически незаметно. В этом и заключается одна из главных проблем: человек может чувствовать себя относительно нормально и долго не обращаться к врачу. Кроме того, первые проявления нередко маскируются под «обычный бронхит», последствия курения, усталость или сезонную простуду. Поэтому многие пациенты теряют драгоценное время, пытаются лечиться самостоятельно.

На какие симптомы действительно стоит обратить внимание? Прежде всего на длительный кашель, который сохраняется больше трех недель и не связан с острой респираторной вирусной инфекцией. Особенно если характер кашля изменился. Например, у курящего человека был привычный утренний кашель, а затем он стал более интенсивным, мучительным или постоянным. Тревожными признаками также являются одышка, особенно если она постепенно усиливается даже при привычной физической нагрузке, боли в грудной клетке, плече или спине, появление крови в мокроте. Это уже симптомы, которые требуют немедленного обследования.

Есть и так называемые общие проявления, которые люди часто недооценивают: беспричинная слабость, потеря аппетита, снижение веса, повышенная утомляемость. Иногда первым симптомом становится осиплость голоса или отечность лица и шеи. Еще один тревожный сигнал – частые или плохо поддающиеся лечению воспалительные заболевания дыхательных путей. Если пневмония или бронхит возникают повторно в одном и том же участке легкого, это всегда повод для более глубокого обследования.

Но важно понимать, что наличие этих симптомов автоматически не означает рака. Многие из них могут быть связаны и с другими заболеваниями. Однако задача пациента – не поставить себе диагноз самостоятельно, а вовремя об-

ратиться к врачу и пройти обследование, потому что именно раннее выявление принципиально влияет на результаты лечения и прогноз.

– Правда ли, что рак легкого может долго протекать бессимптомно? Как сегодня удается обнаруживать опухоль случайно, еще до появления жалоб?

– Да, это действительно так. Рак легкого – одно из тех онкологических заболеваний, которое может очень долго никак себя не проявлять. Именно поэтому многие пациенты искренне говорят: «Меня ничего не беспокоило». И зачастую это правда. Сегодня до 60% случаев рака легкого выявляются фактически случайно, то есть во время профилактических обследований, диспансеризации, выполнения рентгенографии или компьютерной томографии по совершенно другому поводу. И это очень важный момент, потому что ранний рак легкого – это совсем другая история с точки зрения прогноза и возможностей лечения. Одним из наиболее эффективных инструментов раннего выявления сегодня считается низкодозная компьютерная томография. Это специальный метод скрининга, который позволяет обнаруживать даже очень небольшие опухолевые очаги еще до появления симптомов. По сути, речь идет о возможности «поймать» болезнь в тот момент, когда человек считает себя здоровым. И это принципиально меняет перспективы лечения. По объективным данным, применение такого исследования позволяет выявлять рак легкого на I стадии примерно у 80% пациентов. А именно ранняя стадия дает максимальные шансы на эффективное лечение.

– Какие современные методы диагностики позволяют выявить опухоль в легких максимально точно и безболезненно для пациента?

– Сегодня основным методом диагностики рака легкого, как я уже сказал выше, является компьютерная томография. Для уточнения распространения опухоли пациенту может быть назначена комбинированная позитронно-эмиссионная томография с рентгеновской компьютерной

томографией (ПЭТ/КТ). Этот метод помогает понять, поражены ли лимфоузлы и есть ли отдаленные метастазы, что крайне важно для выбора правильной тактики лечения. Но окончательный диагноз ставится только после морфологического подтверждения, то есть исследования ткани опухоли. Для этого выполняется бронхоскопия с биопсией, трансторакальная пункция или, в отдельных случаях, открытая биопсия. Да, это инвазивные процедуры, но сегодня они проводятся максимально щадяще, то есть под местной анестезией или при необходимости под наркозом, с использованием современных методов навигации и визуализации. Кроме того, полученный материал позволяет провести молекулярно-генетическое исследование опухоли и подобрать пациенту персонализированное лечение.

– Как за последние годы изменились подходы к лечению рака легкого? Что сегодня принципиально отличается от того, что было 10 лет назад?

– За последние 5–10 лет лечение рака легкого действительно изменилось очень серьезно. Если раньше подход был более «агрессивным» и универсальным, то сегодня он стал гораздо более персонализированным и органосохраняющим. В хирургии приоритет все чаще отдается сохранению функции легкого. На ранних стадиях мы стремимся удалять не весь орган, а только пораженный участок, выполняя сублобарные анатомические резекции, бронхоангиопластические операции, позволяющие сохранить максимально возможный объем здоровой легочной ткани. Это напрямую влияет на качество жизни пациента после лечения. Кроме того, активно внедряются малоинвазивные технологии – торакоскопические и робот-ассистированные операции. Для пациента это означает меньшую травматичность, более быстрое восстановление и снижение риска осложнений. Серьезный прорыв произошел и в лекарственном лечении.

с. 10

– Сегодня много говорят о таргетной терапии и иммунотерапии. Чем эти методы отличаются от классической химиотерапии и как они работают при раке легкого?

– Действительно, современное лечение рака легкого все больше становится персонализированным. Если раньше большинству пациентов назначались примерно одинаковые схемы химиотерапии, то сегодня мы все чаще подбираем лечение под конкретные молекулярные особенности опухоли. Таргетная терапия применяется в тех случаях, когда в опухоли выявляются определенные мутации – например, EGFR, ALK, ROS1 и др. Такие препараты работают очень прицельно: они блокируют сигнальные пути, которые отвечают за рост и деление опухолевых клеток. Главное отличие от классической химиотерапии заключается в том, что таргетные препараты воздействуют именно на клетки с конкретной мутацией, а не на весь организм в целом. Иммунотерапия работает по другому принципу. Опухоль умеет «обманывать» иммунную систему и фактически выключать ее защитные механизмы. Иммунопрепараты снимают это «торможение», позволяя иммунным клеткам снова распознавать и атаковать опухоль.

Сегодня иммунотерапия – одно из самых перспективных направлений лечения рака легкого, особенно при распространенных стадиях заболевания. У части пациентов она позволяет значительно продлить жизнь и сохранить ее качество. Но важно понимать: эти методы подходят не всем. Поэтому ключевое значение сегодня имеет молекулярно-генетическое тестирование опухоли, поскольку именно оно помогает определить, какое лечение будет максимально эффективным для конкретного пациента.

– Как пациенту и его близким справиться с эмоциональным стрессом после постановки диагноза? Есть ли специальные программы поддержки?

– Диагноз – это всегда серьезное эмоциональное испытание не только для самого пациента, но и для всей его семьи. И здесь очень важно не замыкаться в себе и не оставаться один на один со страхами и тревогами. Сегодня психологическая поддержка – это уже полноценная часть современной онкологической помощи. Существуют специальные программы сопровождения пациентов, работают онкопсихологи, проводятся консультации для родственников. В нашем Центре также есть клинические психологи, которые помогают пациентам пройти через этот сложный этап. Но огромную роль играет и лечащий врач. Очень важно видеть в пациенте не только болезнь, но и человека с его переживаниями, вопросами, сомнениями. Когда врач подробно и спокойно объясняет тактику лечения, пациенту становится гораздо легче справляться со стрессом и включаться в лечение осознанно и активно.

– Влияет ли образ жизни – курение, питание, физическая активность – на течение болезни и эффективность лечения?

– Безусловно, влияет. И иногда очень существенно. Прежде всего это касается курения. Отказ от этой пагубной привычки улучшает прогноз и снижает риск осложнений после лечения. Например, у продолжающих курить пациентов значительно выше риск пневмонии, сердечно-сосудистых осложнений и проблем с заживлением после операции. Важно, что положительный эффект начинается достаточно быстро. Даже отказ от курения за несколько недель до операции уже позволяет снизить риск послеоперационных осложнений. Поэтому мы всегда рекомендуем пациентам отказаться от сигарет как можно раньше. Не менее важны питание и физическая активность. Сегодня мы уделяем большое внимание так называемой нутритивной поддержке, то есть коррекции питания перед операцией и во время лечения. Если у пациента выраженный дефицит массы тела или белка, это может ухудшать восстановление и повышать риск осложнений. Кроме того, большое значение имеет контроль хронических заболеваний – сердечно-сосудистых, эндокринных, бронхолегочных. Очень часто именно сопутствующая патология определяет, насколько хорошо пациент перенесет лечение и как быстро восстановится после него.

– Можно ли после лечения рака легких вернуться к привычной жизни, работе, путешествиям? Какие ограничения могут остаться?

– Да, сегодня многие пациенты после лечения возвращаются к привычной жизни, продолжают работать, путе-



“ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5–10 ЛЕТ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ИЗМЕНИЛОСЬ ОЧЕНЬ СЕРЬЕЗНО. ЕСЛИ РАНЬШЕ ПОДХОД БЫЛ БОЛЕЕ «АГРЕССИВНЫМ» И УНИВЕРСАЛЬНЫМ, ТО СЕГОДНЯ ОН СТАЛ ГОРАЗДО БОЛЕЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМ.

шествовать и сохраняют активность. Современная онкология все больше ориентирована не только на продолжительность жизни, но и на ее качество. Конечно, многое зависит от стадии заболевания, объема операции, проведенной лекарственной терапии и общего состояния пациента. У части людей могут сохраняться ограничения, связанные, например, со снижением дыхательной функции или общей переносимостью нагрузок. Но современные методы хирургии, лекарственного лечения и реабилитации позволяют значительно уменьшить последствия терапии и ускорить восстановление. Большое значение имеют дыхательная гимнастика, физическая активность, нутритивная поддержка и наблюдение специалистов в восстановительном периоде. И самое главное, сегодня рак легкого все чаще становится заболеванием, с которым можно жить долгие годы при правильном лечении и наблюдении.

– Какие мифы о раке легкого встречаются чаще всего и почему важно не верить непроверенной информации из интернета?

– Вокруг рака легкого до сих пор существует очень много мифов, которые мешают людям вовремя обращаться за помощью и правильно воспринимать лечение. Один из самых распространенных мифов гласит, что рак легкого бывает только у курильщиков. Да, курение остается главным фактором риска, но такое заболевание встречается и у некурящих пациентов.

Второй миф утверждает, что рак легкого почти всегда смертелен. Это давно не так. Сегодня при раннем выявлении многие формы заболевания успешно лечатся, а современные методы терапии позволяют значительно продлевать жизнь даже при распространенных стадиях болезни.

Еще одно опасное заблуждение сводится к тому, что лечение переносится хуже самой болезни. Современная онкология очень сильно изменилась, как вы уже знаете, появились малоинвазивные операции, таргетная терапия, иммунотерапия, новые подходы к реабилитации и сопровождению пациентов. Все это позволяет сделать лечение гораздо более эффективным и при этом более щадящим.

Именно поэтому очень важно не ориентироваться на случайные истории из интернета или советы «знакомых знакомых», а обсуждать все вопросы с лечащим врачом. В онкологии сегодня огромное значение имеют индивидуальные особенности заболевания, и универсальных историй здесь просто не существует.

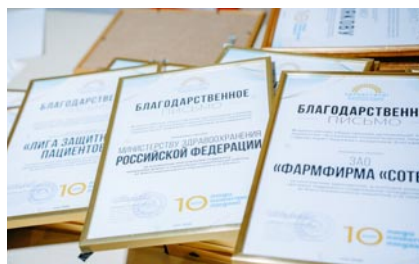
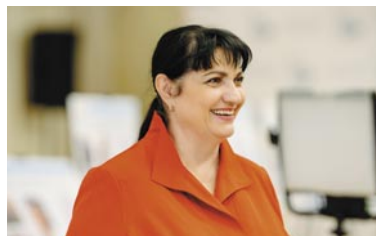
– Расскажите, пожалуйста, о маршрутизации пациентов в ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Как пациенту попасть на консультацию или лечение в ваш Центр, какие для этого нужны документы и показания?

– Попасть на консультацию в наш Центр просто. Достаточно взять направление из онкологического диспансера по месту жительства по форме 057/у, консультация и лечение проводятся в рамках программы государственных гарантий, то есть для наших пациентов бесплатно. На прием желательно взять выписку из медицинской документации, результаты уже проведенных обследований, а также диски КТ, ПЭТ/КТ или других исследований, если они выполнялись ранее. Это позволяет специалистам быстрее оценить ситуацию и определить дальнейшую тактику лечения. Запись осуществляется через единый контакт-центр НМИЦ радиологии – вся информация доступна на официальном сайте Центра. Решение о необходимости госпитализации и тактике лечения принимает лечебный консилиум нашего Центра после очной консультации и оценки всех медицинских данных пациента.



Ассоциации «Здравствуй!» – 10 лет: в Общественной палате РФ отметили юбилей крупнейшего пациентского сообщества страны

В Общественной палате Российской Федерации (ОП РФ) прошло торжественное мероприятие по случаю 10-летия Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!». На площадке ОП РФ собрались пациенты, врачи, представители власти и общественных организаций со всей страны, чтобы приветствовать и поддержать сообщество, которое уже десять лет помогает людям справляться с онкологическим диагнозом и возвращаться к жизни.



Началом встречи стал короткометражный анимационный фильм о том, как родилась Ассоциация. Фильм создали и озвучили дети основателя и бессменного президента «Здравствуй!» Ирины Борововой. Фильм, набравший в интернете более восьми миллионов просмотров, простым и честным языком рассказывает о пути от личного испытания к делу, которое объединило тысячи людей.

Секретарь Общественной палаты РФ Лидия Михеева в поздравлении отметила, что Ассоциация стала надежной опорой для тех, кому выпало испытание болезнью, а юбилей подтверждает востребованность миссии и неиссякаемую энергию команды: «Ваша самоотверженная работа, высокий профессионализм, чуткость, искреннее сострадание дарит пациентам веру и силы».

Председатель Комиссии ОП РФ по вопросам социального партнерства Александр Ткаченко напомнил о многолетнем сотрудничестве и вкладе «Здравствуй!» в развитие социального партнерства и эффективности борьбы с тяжелыми онкологическими заболеваниями.

Первый заместитель председателя Комиссии ОП РФ по здравоохранению, директор Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии ФМБА России Николай Дайхес подчеркнул роль Ассоциации в защите интересов пациентов и развитии отечественной онкологии.

В своем послании член Комитета Государственной думы по охране здоровья Михаил Кизеев назвал «Здравствуй!» важной площадкой взаимодействия пациентов, врачей, психологов, юристов и органов власти, где междисциплинарный подход помогает последовательно улучшать качество и доступность помощи.

В поздравлении Совета Евразийского женского форума при Совете Федерации сенатор Галина Карелова напомнила, что за десятилетие Ассоциация объединила более 500 тысяч человек из 85 регионов страны и убедительно доказала силу простой миссии «люди помогают людям».

По итогам торжественной части Ирина Боровова от имени Ассоциации вручила благодарственные письма партнерам и друзьям организации. Музыкальным подарком стали выступления юных артистов, среди которых финалист детского «Евровидения» и победитель конкурса «Ты – супер!» Даниил Хачатуров, сумевший добиться успеха, несмотря на потерю зрения вследствие онкологического заболевания. «У каждого онкопациента должно быть завтра. Если оно будет – значит, жизнь продолжается!» – отметила Ирина Боровова. Мероприятие прошло при поддержке компании Р-ФАРМ.

От группы взаимопомощи к крупнейшему пациентскому сообществу страны

В 2026 г. Ассоциация «Здравствуй!» встречает 10-летний юбилей с результатами, которые говорят сами за себя: 85

региональных отделений по всей России, включая новые территории; около 500 тысяч членов; более 10 тысяч проведенных пациентских мероприятий. Официально организация создана в 2016 г., и уже в первый год в Общественной палате РФ прошел первый Всероссийский конгресс онкопациентов – событие, показавшее востребованность прямого диалога пациентов, врачей и государства. Инициативу создания сильного пациентского сообщества поддержал Николай Дайхес – на тот момент член Комиссии ОП РФ по охране здоровья, а ныне первый зампред Комиссии по здравоохранению.

От повседневной помощи «здесь и сейчас» Ассоциация перешла к масштабным просветительским и профессиональным форматам – региональным форумам, экспертным круглым столам, вебинарам и мастер-классам, детским праздникам в стационарах. Команда выстроила устойчивое взаимодействие с ведущими онкологами, Минздравом России и федеральными медцентрами, включилась в реализацию федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Это позволило влиять на маршрутизацию, доступность терапии и качество жизни пациентов по всей стране: обновлялась инфраструктура в регионах, росло число квалифицированных специалистов, сокращались очереди на диагностику и лечение, а количество обращений по поводу дефицита лекарств снизилось вдвое, расширилась доступность современных методов диагностики и терапии.

«Участие нашего пациентского сообщества в составлении клинических рекомендаций и любой другой нормативной базы в области здравоохранения – это важный момент и наша принципиальная позиция. Отрадно, что вы принимаете в этом самое активное участие. Сегодня это очень важно. Мы делаем общее дело, ведь в значительной степени лечение пациента зависит от его мотивации, желания, а также от помощи общественных организаций», – подчеркнул Николай Дайхес.

«Нам важно, чтобы человек, столкнувшийся с диагнозом, быстро получил верную маршрутизацию, понятные ответы и поддержку. Мы предлагаем всестороннюю помощь, в которой пациент не остается один на один с болезнью», – поясняет Ирина Боровова. «Ключевое условие успеха – конструктивный диалог. Критиковать могут многие, но выстроить и наладить совместную работу сложно. Вот уже 10 лет мы успешно справляемся с этой задачей в тесном взаимодействии с властью и медицинским сообществом», – добавляет она.

Всероссийский конгресс онкопациентов, с которого началась история «Здравствуй!», за эти годы стал одной из ведущих площадок для презентации инноваций в отечественной онкологии. Здесь обсуждают современные подходы к диагностике, лечению, реабилитации и паллиатив-

ной помощи, демонстрируют передовые технологии и практики. Идеи и решения конгресса включаются в итоговую резолюцию, которую направляют в законодательные и исполнительные органы для внедрения необходимых изменений и модернизации системы онкопомощи.

Флагманский проект – премия «Будем жить!» с 2017 г. усиливает диалог между профессиональным сообществом, государством и гражданскими инициативами и помогает тиражировать лучшие практики. Лауреатами стали врачи и медицинские сестры, научные и клинические команды, представители некоммерческих организаций, средств массовой информации и бизнеса – всего более 800 человек. Ежегодно в церемонии, включая открытое голосование, участвуют свыше 10 тысяч человек. Премия проводится в Государственном Кремлевском дворце при поддержке Аппарата Президента России.

Наряду с адресной помощью «Здравствуй!» развивает профилактику и раннюю диагностику. Ассоциация ежегодно проводит около 50 онкоскринингов в регионах, в которых участвуют порядка 15 тысяч человек. На постоянной основе действуют 58 групп взаимопомощи; для участников «Школы пациента» два-три раза в месяц проходят вебинары юриста, психолога и врача. На горячую линию ежегодно поступает около 20 тысяч обращений, сайт russcra.ru посещают примерно 800 тысяч пользователей в год.

Открытость – важная часть философии Ассоциации. Присоединиться к нам может каждый: на сайте достаточно заполнить форму обратной связи. Врачи консультируют, юристы помогают разбираться с правовыми аспектами получения помощи, волонтеры доставляют документы и предметы первой необходимости, проводят мастер-классы и встречи, организуют акции для детей и взрослых. «Если вы хотите быть полезны, то возможность обязательно найдется. Это и есть наша философия: люди помогают людям. Из множества маленьких действий складывается большое дело», – говорит Ирина Боровова.

Члены Общественной палаты РФ поздравили всех участников и партнеров Ассоциации с юбилеем: «Дорогие друзья! Низкий вам поклон за вашу самоотверженную необходимую работу на благо онкологических пациентов и их близких! Вы – пример высоконравственной позиции гражданского общества. В своей деятельности можете рассчитывать на нашу помощь и поддержку. Крепкого вам здоровья и новых успехов!».

Юбилей «Здравствуй!» стал поводом не только подвести итоги, но и подтвердить главное – сила сообщества, профессионализм, участие и взаимопомощь превращают поддержку в системный результат для миллионов людей по всей стране.

Фото: Арина Киселева

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



ВАЖНО ЗНАТЬ

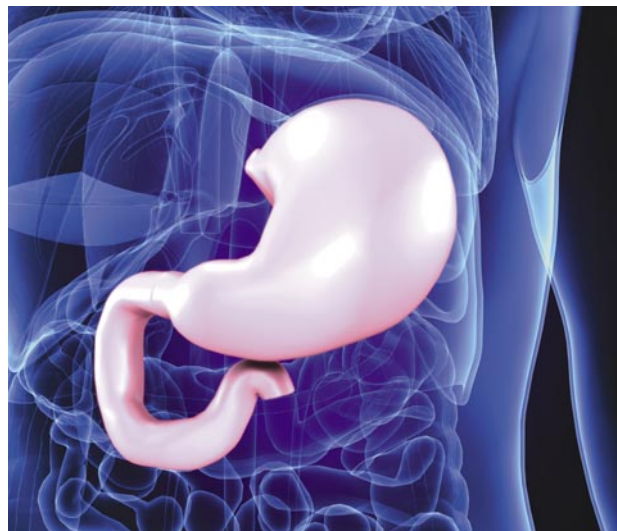
Неочевидные симптомы рака желудка: семь тревожных сигналов организма

Тревожные статистические данные Всемирной организации здравоохранения указывают на высокую распространенность рака желудочно-кишечного тракта во всем мире, в том числе прогрессирующий рост новых случаев, выявленных на поздних стадиях. Многие пациенты обращаются за помощью в медицинские учреждения достаточно поздно. Основными причинами такого поведения являются отсутствие регулярной диспансеризации и игнорирование тревожных сигналов организма, указывающих на первые симптомы рака желудка. Каковы же эти сигналы организма?

Во-первых, это потеря веса без видимых причин на фоне полноценного питания и отсутствия регулярного субъективного дефицита калорий. Этот симптом часто наблюдается у больных раком желудка IV стадии. Причинами такого снижения массы тела являются невозможность усваивать полезные вещества из пищи, нарушение общего метаболизма и снижение активности гормонов щитовидной железы, половых желез, надпочечников, приводящих к разрушению мышечных волокон и костной ткани.

Во-вторых, это изменение восприятия вкуса и быстрое насыщение пищей: совсем небольшие порции еды вызывают ощущение сытости, которое сохраняется длительное время. Со временем присоединяется отсутствие желания употреблять пищу вообще, особенно мясные продукты. Данное тревожное состояние связано с нарушением работы клеток слизистой оболочки желудка ввиду массивного поражения опухолевым процессом.

В-третьих, пациентов очень часто беспокоит дискомфорт в верхних отделах живота: тяжесть после приема



пищи, отрыжка кислым содержимым, изжога и неприятный запах изо рта. Эти симптомы являются следствием воспалительных процессов, снижения кислотности желудка, роста патогенной флоры и нарушения моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

В-четвертых, должна настораживать появившаяся бледность кожных покровов, истончение и выпадение волос, выраженная ломкость ногтей. Причиной этому являются снижение уровня гемоглобина и эритроцитов в крови ввиду недостаточного усвоения организмом железа, белка, витаминов группы В, а также часто встречающиеся кровотечения из опухоли желудка.

В-пятых, должно настораживать появление выраженной слабости, недомогания, снижения когнитивных функций.

Больные часто отмечают, что не обращали внимания на склонность к сонливости днем, игнорировали ухудшение работоспособности, потерю интереса к спорту и активным физическим нагрузкам в целом. Причина – развитие хронической раковой интоксикации.

В-шестых, рак желудка часто сопровождается развитием различных паранеопластических реакций: озноб, потливость, лихорадка до 38°C и т.д. – вследствие воздействия на организм продуцируемых опухолью цитокинов.

И в-седьмых, появление черного стула или рвоты с примесью крови свидетельствует о возможном кровотечении из опухоли желудка и требует незамедлительного обращения за медицинской помощью.

Несмотря на наличие длинного списка неочевидных признаков рака желудка, очень часто пациенты не уделяют должного внимания этим моментам, находят другое объяснение этим симптомам и откладывают свой визит к врачу. Симптомы, указанные нами, нельзя оставлять без внимания: необходимо обязательно обратиться к специалисту, описать жалобы и пройти дообследование для исключения злокачественного процесса. Относитесь бережно к своему здоровью!

Н.Ю. Фимушкина, врач-онколог отделения торакоабдоминальной онкологии и хирургии Центральной клинической больницы «РЖД-Медицина»;

А.С. Габоян, доктор медицинских наук, заведующий отделением торакоабдоминальной онкологии и хирургии Центральной клинической больницы «РЖД-Медицина»

Как питаться, когда печень под ударом



В онкологической практике, особенно при проведении лекарственной противоопухолевой терапии, нередко развивается так называемое лекарственное повреждение печени. Разные лекарственные препараты имеют различные механизмы действия и профили токсичности. Они могут потенцировать или ингибировать действие друг друга, таким образом влияя на фармакокинетику.

В зависимости от выраженности гепатотоксичности у пациента врач-химиотерапевт будет реагировать по-разному: снижением (редукцией) дозы вводимого противоопухолевого препарата, удлинением времени между введениями (циклами) либо назначением различной лекарственной терапии, с той или иной успешностью контролирующей нарушенную печеночную функцию.

В такой ситуации сам пациент должен приложить максимум усилий, чтобы помочь собственному организму пережить «тяжелое время».

Важным компонентом изменения образа жизни, помимо полного отказа от приема алкоголя и курения, является правильное пищевое поведение.

В последнее десятилетие подход специалистов к этому вопросу изменился от требования строгого соблюдения ограничительной диеты в сторону ее модификации.

Основные принципы питания при гепатотоксичности:

- 1) рекомендуемое соотношение белков, жиров и углеводов в рационе: 20% – 35% – 45% соответственно;
- 2) ежедневное достаточное количество полноценного, легкоусвояемого белка в рационе. Раньше при болезнях печени резко ограничивали белок, боясь печеночной энцефалопатии и комы.

Но теперь позиция врачей изменилась: ограничение белка вредно. Пациенты с нарушением функции печени находятся в состоянии тяжелого распада тканей (катаболизма). Дефицит белка ведет к разрушению мышц (саркопении), что парадоксально усиливает энцефалопатию, так как именно скелетные мышцы помогают печени утилизировать аммиак из кровотока. Рекомендовано в среднем 1,2–1,5 г белка на 1 кг массы тела. Ограничение (до 0,6–0,8 г) вводится только при тяжелой, некупируемой лекарствами энцефалопатии и на короткий срок.

- 1 **Жиры.** Если печеночная недостаточность сопровождается нарушением оттока желчи (холестазом), обычные жиры не всасываются. В этом случае в питании должны преобладать так называемые среднецепочечные триглицериды. Они всасываются сразу в кровь без участия желчи и липазы поджелудочной железы, обеспечивая пациента калориями. Качество жиров определяется в том числе и состоянием моторики желудочно-кишечного тракта, при запорах необходимо увеличить содержание растительных жиров.

- 2 **Углеводы.** Печень запасает гликоген. При нарушении функции печени этот резерв запасается с дефицитом и пациенты склонны к внезапным падениям уровня глюкозы в крови (гипогликемии). Питание должно быть дробным (5–6 раз в день), чтобы поддерживать стабильный уровень глюкозы. Углеводы должны быть представлены сложными, а не простыми соединениями.

- 3 **Дефицит витаминов и микроэлементов (цинка).** При печеночной недостаточности всегда есть дефицит жирорастворимых витаминов (А, D, E, К) и витаминов группы В (особенно витамина В1 – тиамина). А цинк участвует в орнитинном цикле (превращение аммиака в мочевины).

- 4 **Приемы пищи** – частые, 5–6 раз в день, исключение периода ночного голодания. Обязателен прием пищи (углеводно-белковый перекус или порция сингла) прямо перед сном. За ночь организм начинает активно «поедать» собственные мышцы. Для пациентов с печеночной недостаточностью ночной перерыв в еде в 8–10 ч равносителен суточному голоданию здорового человека или даже хуже.

- 5 В качестве **нутритивной поддержки** показано использование смесей типа «Гепат». Это так называемое метаболически направленное клиническое питание. Такие смеси содержат повышенное количество разветвленных аминокислот (лейцин, изолейцин, валин) и сниженное количество ароматических аминокислот. Разветвленные аминокислоты усваиваются мышцами без участия печени и снижают уровень аммиака. Таким образом нагрузка на печень снижается.

- 6 Для **выведения аммиака** через кишечник рекомендуется использовать препараты, содержащие невсасывающиеся дисахариды (лактолоза и лактиол).



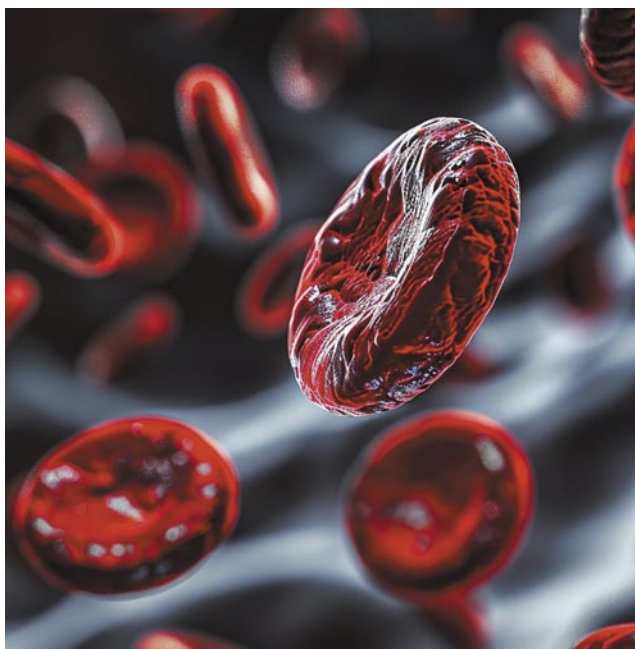
М.Ю. Кукош,
кандидат медицинских наук,
врач-онколог,
автор ТГ-канала «ОнкоЛикбез»
<https://t.me/oncolikbez>



@ONCOLIKBEZ

Анемия при онкологических заболеваниях: не просто «плохой анализ»

Роль страховых медицинских компаний в реализации прав пациента на качественное лечение



Невидимый враг: почему анемия опаснее, чем кажется

Прежде чем говорить о правах и страховках, важно понять медицинскую суть проблемы. Мы попросили экспертов кратко объяснить, почему онкологи так строго относятся к уровню гемоглобина.

Почему возникает анемия? Опухоль может вызывать хронические кровотечения, провоцировать воспаление (из-за чего в организме снижается усвоение и использование железа, сокращается выработка собственного эритропоэтина), а химио- и лучевая терапия угнетает кроветворение в костном мозге, снижая появление новых эритроцитов. В чем заключается опасность? Анемия вызывает гипоксию – кислородное голодание тканей. В условиях нехватки кислорода опухолевые клетки становятся менее чувствительными к химио- и лучевой терапии. Одновременно организм, пытаясь «спасти» ткани, начинает стимулировать рост новых сосудов вокруг опухоли, что способствует ее метастазированию. **Статистика неумолима: риск смерти у пациентов с анемией в среднем на 65% выше. Исследования 2025 г. показывают, что средняя тяжелая анемия ухудшает прогноз, а отсутствие ее лечения ведет к неблагоприятным исходам у 93% пациентов.**

Как лечить эту болезнь? Золотым стандартом сегодня является не переливание крови (гемотрансфузия), которое несет риски перегрузки организма железом и подавляет иммунитет, а эритропоэз-стимулирующие препараты (эритропоэтин – ЭПО). Они заставляют костный мозг работать. Доказано: раннее назначение ЭПО еще в период госпитализации снижает риск неблагоприятного исхода на 15–27%.

Всероссийский союз страховщиков: государственные гарантии и список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

О системном подходе, законодательной базе и гарантиях государства мы поговорили с представителем Всероссийского союза страховщиков (ВСС) **Ольгой Владимировной Верховодовой**.

– Существуют ли административные решения для лечения анемии у онкопациентов в системе ОМС?

– Безусловно, административные решения лечения анемии у онкопациентов существенно отличаются от таковых при любой другой анемии, и государство сделало огромный шаг вперед в последние годы. Мы понимаем, что онкологическое заболевание – это колоссальная финансовая и

эмоциональная нагрузка на семью. Пациент не должен думать, где найти деньги на спасительные уколы. Подчеркну, что решение вопроса в настоящее время на государственном уровне имеет комплексный и системный характер. Лечение самого заболевания всегда включено в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которая ежегодно утверждается постановлением Правительства Российской Федерации, а это значит, что в бюджете Федерального фонда ОМС на оказание такой медицинской помощи предусмотрено выделение финансовых средств полным рублем. Именно поэтому препараты эритропоэтина прочно закреплены в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) и системе ОМС. Кроме того, государственное регулирование предусматривает и необходимые финансовые инструменты как для врача – клинические рекомендации, описывающие алгоритм действий при выявлении анемии, так и для медицинской организации в целом – имеются в виду мотивационные механизмы оплаты оказанной медицинской помощи, обеспечивающие, с одной стороны, бесплатность лечения для застрахованного лица, с другой – полное покрытие всех необходимых расходов на лечение.

Все это является важной информацией, о которой многие пациенты не знают. И давайте не забывать, что пациент всегда при возникновении проблем в организации или оказании ему медицинской помощи имеет независимого защитника его законных прав и интересов в лице страховых медицинских организаций, которые не только сопровождают его на всех этапах оказания медицинской помощи, но и при необходимости проведут экспертную оценку лечения и выступят медиатором при взаимодействии с медицинской организацией. И так, в федеральной модели государственных гарантий оказания медицинской помощи предусмотрены специальные административные решения для финансирования лечения анемии у онкологических пациентов. Во-первых, существуют выделенные клинико-статистические группы для анемий. Например, группы st05.001 «Анемии (уровень 1)» и st05.002 «Анемии (уровень 2)» с разными коэффициентами затратоемкости. Это означает, что когда пациент госпитализируется с диагнозом анемии, медицинское учреждение получает соответствующее финансирование по ОМС для проведения диагностики и лечения в зависимости от сложности клинической ситуации. Во-вторых, и это особенно важно для онкопациентов, предусмотрен специальный коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП). Что это значит на практике? Онкологические пациенты редко лежат в стационаре только из-за анемии. Чаще всего низкий гемоглобин появляется как тяжелый сопутствующий диагноз на фоне основного онкологического заболевания или проводимой химиотерапии. И вот здесь вступает в действие важнейший адми-

нистративно-финансовый инструмент – коэффициент сложности лечения пациента. В большинстве регионов России при появлении у пациента тяжелой сопутствующей патологии медицинское учреждение получает дополнительную надбавку к тарифу – коэффициент 0,6. Когда врач-онколог фиксирует у пациента анемию, он имеет полное право поставить сопутствующий диагноз «анемия неуточненная» (код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра: D64.9) и тем самым активировать механизм КСЛП. Это дает медицинской организации дополнительное финансирование для проведения необходимой диагностики, уточнения диагноза и своевременного назначения ЭПО.

Проще говоря, система ОМС создает финансовые стимулы для врачей не игнорировать анемию как побочный эффект, а активно ее диагностировать и лечить. Пациент должен знать: если у него диагностирована анемия на фоне онкологии, медицинское учреждение имеет все возможности для проведения полноценного лечения, включая дорогостоящие препараты эритропоэтина. Наша задача как страховых компаний – контролировать, чтобы эти механизмы работали, а пациенты получали всю необходимую помощь бесплатно.

– Какова роль страховых компаний в контроле за исполнением этих гарантий?

– Страховые медицинские организации – это также защитники прав застрахованных в системе ОМС. Это значит, что система ОМС перестала быть «слепой». Административные решения на уровне тарифных соглашений выстроены так, чтобы лечить анемию у онкопациента было экономически целесообразно для больницы. Если врач игнорирует жалобы, симптомы анемии или отправляет пациента «покупать препарат за свой счет», несмотря на наличие показаний, это нарушение прав пациента. СМО проводит экспертизу качества медицинской помощи, связывается с клиникой и обязывает врачей действовать строго в соответствии с клиническими рекомендациями.

Интервью с медицинским директором страховой медицинской организации: пошаговая инструкция для пациента

О том, как реализовать свое право на лечение на практике, нам рассказал медицинский директор ООО «Альфа-Страхование – ОМС» **Алексей Васильевич Березников**.

– Пациент сдал кровь, гемоглобин 85 г/л, он чувствует сильную слабость. Онколог говорит: «Это нормально для вашей стадии, давайте просто железо в таблетках пропьете». Что делать пациенту?

с. 14

– Конечно, не нужно паниковать, но необходимо знать, что препараты железа в таблетках при анемии часто неэффективны из-за нарушенного обмена железа, который вызывает сама опухоль. Всемирная организация здравоохранения и Минздрав России рекомендуют ограничивать переливания крови и делать ставку на ЭПО. Если врач отказывает в назначении препарата рекомбинантного эритропоэтина при гемоглобине ниже 100 г/л, может потребоваться «второе мнение», это значит, что пациенту нужно позвонить на номер телефона горячей линии СМО, указанный на его полисе ОМС. Наш врач-эксперт проведет телефонную консультацию, а при необходимости свяжется с лечащим врачом или заведующим отделением, чтобы урегулировать вопрос на месте. В 99% случаев после звонка из страховой компании стационар получает качественную консультацию о том, как оказать оптимальную медицинскую помощь пациенту или выписать нужный рецепт.

– Допустим, врач выписал рецепт. Куда с ним идти?

– Врач выписывает рецепт на специальном бланке (форма 148-1/у-88 или 107-1/у в зависимости от статуса льготника). С этим рецептом пациент должен обратиться в государственную аптеку, которая обслуживает льготников. Список таких аптек и порядок отпуска препарата пациент всегда может уточнить у нас в СМО или в своем территориальном фонде ОМС.

– Что происходит после того, как пациент или его родственник набирает номер горячей линии и говорит:

«Мне отказывают в назначении препарата рекомбинантного эритропоэтина, говорят, покупайте сами?»

– Прежде всего, хочу сказать пациентам: вам не нужно ни с кем ругаться в медицинских кабинетах. Ваша задача – зафиксировать факт отказа и позвонить нам. Дальше в дело вступает машина обязательного медицинского страхования, регулируемая Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Когда на горячую линию поступает такой звонок, алгоритм действий СМО выглядит следующим образом.

1. Включение врача-эксперта. Звонок принимает не просто оператор кол-центра, а специалист с медицинским образованием. Если вопрос требует клинической оценки (а отказ в лечении при гемоглобине ниже 100 г/л на фоне химиотерапии – это именно такой случай), в диалог подключается врач – эксперт СМО. Он консультирует пациента прямо по телефону, опираясь на действующие клинические рекомендации Минздрава России.

2. Запуск экспертизы качества медицинской помощи. Если на месте вопрос не решен, СМО инициирует внеплановую экспертизу качества медицинской помощи. Мы запрашиваем медицинскую карту пациента. Если эксперт СМО видит, что врач проигнорировал симптомы гипоксии, не провел дифференциальную диагностику анемии и не назначил эритропоэтин, на медицинскую организацию налагаются штрафные санкции (экспертные меры). Ни одна клиника не хочет терять деньги из-за того, что врач решил «сэкономить» на пациенте. Поэтому врачи крайне внимательно относятся к требованиям страховых представителей.

Памятка: алгоритм действий, если вам отказывают в лечении

Помните: анемия – не приговор и не «обязательное приложение» к онкологическому заболеванию. Это состояние, которое нужно и можно лечить. Раннее назначение эритропоэтина дает дополнительные шансы на жизнь и успешное завершение химиотерапии.

Ваши шаги:

1. Контролируйте цифры. При каждом анализе крови смотрите на уровень гемоглобина. Если он ниже 100 г/л и вы чувствуете слабость, одышку, тахикардию – это повод для активных действий.

2. Говорите с врачом. Спросите напрямую: «Показан ли мне рекомбинантный человеческий эритропоэтин согласно клиническим рекомендациям?»

3. Требуем рецепт. При наличии показаний врач обязан выписать рецепт на бланке формы 148-1/у-88 или 107-1/у.

4. Звоните в страховую компанию. Если вам отказывают, предлагают купить препарат за свой счет или говорят, что «в вашем регионе этого нет» – звоните в свою СМО (телефон и название компании указаны на вашем полисе ОМС). Страховой представитель вступится за ваши права.

Материал подготовлен при информационной поддержке медицинских экспертов. Берегите себя, знайте свои права и не бойтесь просить о помощи. Звонок в СМО – это не «ябедничество». Это законный механизм контроля, созданный государством специально для того, чтобы лечение пациента проводилось по протоколу, а пациент не боялся остаться один на один со своей болезнью и финансовыми тратами.

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



Эмоциональное выгорание: работал как робот, а сломался как человек

В июне 2026 г. Фонд борьбы с лейкемией празднует свой день рождения – 12 лет. Все эти годы команда фонда помогает не только с оплатой лечения, но и оказывает психологические консультации, поддерживает пациентов и медицинских специалистов.

Эмоциональное выгорание – это реакция организма на непрерывный стресс, которая выражается в отсутствии эмоций, перманентной усталости, нежелании делать даже привычные вещи.

Незаметно подкрадываясь, эмоциональное выгорание может привести к плачевным результатам: негативно отразиться на психологическом и физическом состоянии человека независимо от его профессии, возраста и образа жизни. Не важно, педагог вы, шахтер, офисный работник или продавец в супермаркете: высокий темп работы, многозадачность, стресс истощают внутренние ресурсы любого. Итог – перманентная усталость, апатия, раздражительность. Даже если вы очень любите свою работу, эмоциональное выгорание лишит вас ощущения радости от жизни, да и самые простые вещи, которые вы всегда любили, станут серыми и скучными. Это вполне естественная реакция организма на длительное эмоциональное перенапряжение. Дальше мы расскажем, как научиться распознавать первые признаки выгорания, заботиться о своем состоянии и не ставить жизнь на паузу.

Выгорел или устал?

Мы предлагаем вам ответить на десять простых вопросов, прислушиваясь к своим чувствам. Их разработала психолог Кристина Маслач, чтобы вы могли самостоятельно оценивать свой эмоциональный настрой и вовремя замечать признаки выгорания. Отвечая на вопросы, используйте следующие оценки: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно».

- Вы чувствуете себя уставшим с самого утра.
- Вам безразлично то, что раньше волновало.
- Коллеги и клиенты раздражают.
- Вам нужно гораздо больше времени, чтобы сделать привычный объем работы.
- Вам сложно удерживать внимание на задачах, вы часто отвлекаетесь.
- Вас преследуют головные боли, проблемы со сном, частые простуды.
- Вам трудно найти повод для радости и смысл в том, что вы делаете.

- Вы срываетесь на близких или коллег из-за мелочей.
 - Вас преследует беспокойство, даже когда для него нет явной причины.
 - Вам кажется, что вы плохо справляетесь со своими обязанностями, хотя по результатам видно, что это не так.
- Переходим к результатам.

Продолжайте в том же духе

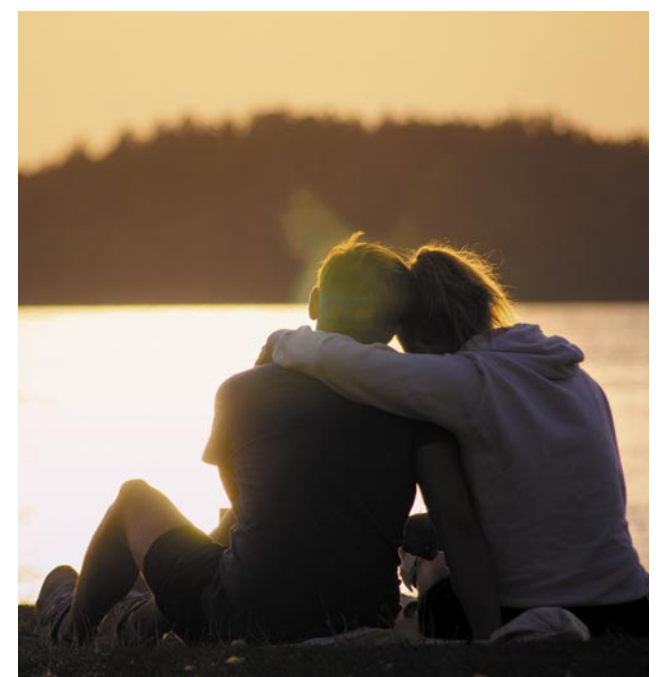
Если вы ответили «часто» и «постоянно» до трех раз, то вы на данный момент не подвержены хроническому стрессу или отлично с ним справляетесь. Главное – не забывать, что помогает вам отдохнуть, и продолжать заботиться о своем ментальном здоровье.

С вниманием к себе

Если, отвечая на вопросы, оценки «часто» и «постоянно» прозвучали от трех до пяти раз, то это значит, что вам следует быть внимательнее к себе. Пребывание в состоянии постоянной усталости начало перерастать в хронический стресс. Ваша психика, словно желтый сигнал светофора, предупреждает: вы приближаетесь к опасной черте! Пренебрегать такими сигналами – значит встать на путь к тотальному эмоциональному выгоранию. Но пока у вас все еще есть возможность самостоятельно предотвратить его. Для этого уже сейчас нужно сократить нагрузку, внедрить в повседневность ритуалы отдыха и восстановления и постепенно начать восполнять эмоциональные ресурсы, возвращая себе силы и жизненную энергию.

В зоне риска

Если, отвечая на вопросы, оценки «часто» и «постоянно» прозвучали более пяти раз, это означает, что вы, скорее всего, достигли уровня глубокого эмоционального истощения. Это состояние, когда защитные ресурсы психики и организма на нуле. Безразличие, раздражительность и постоянное чувство несостоятельности – классическая триада выгорания по шкале Маслач. Ваш внутренний аккумулятор не просто разряжен, а, возможно, поврежден от постоянной перегрузки. Но хорошая новость для вас со-



стоит в том, что это обратимый процесс, если не оставаться с этим состоянием один на один. Вам необходима профессиональная поддержка психолога или психотерапевта. Обращение к специалисту – это не признак слабости, а забота о себе и первый шаг к восстановлению. Он поможет не только снять остроту состояния, но и найти причины проблемы, а еще выстроить систему саморегуляции, которая позволит осознанно управлять своим эмоциональным состоянием и быть счастливей.

Справляться с трудностями намного легче, когда рядом есть люди, готовые услышать, поддержать и помочь. Не оставайтесь с проблемами один на один – обратитесь за помощью.



**ФОНД БОРЬБЫ
С ЛЕЙКЕМИЕЙ**



ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

«Диагноз стал моей самой сильной трансформацией»



Екатерина Беркут, 40 лет, рак ротоглотки, в ремиссии год

Я работаю тренером в тренажерном зале и массажистом в зале единоборств, увлекаюсь фотографией – снимаю бои, стараясь передать эмоции и силу момента. Помимо этого, работаю визажистом, в том числе сценическим. Это моя творческая сторона, через которую я раскрываю красоту и индивидуальность. По работе много путешествую, сопровождаю спортсменов в сфере бодибилдинга, делаю сценический макияж на соревнованиях по всему миру. В феврале 2025 г. узнала о своем диагнозе. Эта новость потрясла меня, ведь я всегда следила за своим здоровьем: регулярно проходила обследования, придерживалась правильного питания и активно занималась спортом. У меня был диагностирован плоскоклеточный рак ротоглотки (правой небной миндалины) с метастазами в шейные лимфоузлы справа. Сейчас наблюдаюсь в Воронежском онкологическом центре. Основные сложности при этом диагнозе связаны с такими базовыми функциями организма, как глотание, речь и дыхание. Во время лечения возникают серьезные побочные эффекты: боль, сухость, проблемы с приемом пищи, потеря веса и сильная слабость. Во время лечения были периоды без аппетита, с отсутствием слюны, дискомфортом при глотании. Даже прием пищи становился непростой задачей и требовал особого подхода. Диагноз сильно повлиял на мою жизнь – я замедлилась, перестала быть трудоголиком без выходных и научилась выстраивать свой ритм, отталкиваясь от самочувствия и приоритетов. Научилась жить в моменте, ценить каждую минуту, убирать из жизни все, что приносит тревогу, и укрепила свои внутренние точки опоры. Я обязательно нахожу время для общения с друзьями и семьей и ста-

раюсь сохранять баланс между нагрузкой и отдыхом. Меня вдохновляют мои друзья и родные, их поддержка и вера помогают не сдаваться. Пройти этот путь мне помогли спорт, дисциплина и внутренняя сила. Я иду вперед шаг за шагом, решая проблемы по мере их поступления и не погружаясь в изнуряющее самокопание, не разрешаю себе опускать руки. После лечения я получила дополнительное образование на базе спортивного и стала тренером по адаптивной физической культуре для людей с ограниченными возможностями. Мечтаю о глубоком развитии в направлении адаптивной физической культуры (АФК), чтобы стать сильным специалистом в этой области. И, конечно, о пожизненной ремиссии. Тем, кто только столкнулся с таким страшным диагнозом, хочу сказать: очень важно найти своего врача и команду, которым вы будете доверять и с которыми будете работать в одной связке – это дает уверенность и помогает пройти лечение. Слушайте свое тело, берегите себя и найдите свою точку опоры, ведь она есть у каждого.

Я горжусь тем, что прошла этот путь с высоко поднятой головой и не сдалась.



«Я уже прошла огромный путь, чтобы оказаться здесь. Сейчас я сделаю еще один маленький шаг»

Меня зовут Татьяна, мне 36 лет. Я живу в Санкт-Петербурге и являюсь онкомейтом фонда «Онкологика». Весь 2024 год я проходила лечение рака молочной железы: операция, химиотерапия, лучевая терапия. Сейчас продолжаю гормонотерапию. А 2025 год я посвятила восстановлению своих физических сил и спортивной формы. Начало было непростым. Казалось, что период минимальных нагрузок и простой гимнастики для рук никогда не закончится. Терпения не хватало, прогресс был едва заметен, а несколько раз из-за проблем со здоровьем приходилось начинать все сначала.

Мне нужна была цель, которая помогала бы двигаться вперед. И она появилась. Я узнала, что мои друзья собираются на восхождение на Килиманджаро. Так родилась мечта.

Впереди было 10 месяцев подготовки: постепенные нагрузки, работа с дыханием, режим сна, питание, психологический настрой. Даже лифт пришлось «отменить» – а я живу на 15-м этаже.

Когда идешь к мечте, меняется все. Подготовка постепенно стала частью жизни.

В феврале 2026 года я поднялась на Килиманджаро – самую высокую гору Африки (5895 м).

Маршрут проходил через четыре климатические зоны: от жарких джунглей до снежной вершины. Температура менялась от +30 до -12°C. Физической подготовки мне хватило, но самым сложным испытанием стала высота. Особенно финальный штурм: за 7 часов нам нужно было набрать более 1300 метров. Из-за разреженного воздуха сил почти не оставалось. И тогда меня держала одна мысль: «Я уже прошла огромный путь, чтобы оказаться здесь. Сейчас я сделаю еще один маленький шаг. И еще один». Я была единственной девушкой в группе из девяти человек. До вершины дошли шестеро. Я – среди них. На вершине было все сразу: восторг, усталость, гордость, благодарность и тишина внутри. Свое восхождение я посвятила людям, столкнувшимся с диагнозом, и фонду «Онкологика».

Мне хотелось поддержать тех, кто сейчас проходит лечение, боится, ищет силы двигаться дальше или временно теряет опору.

И напомнить о главном: жизнь после диагноза есть.

Она может быть разной. Иногда непростой. Но в ней есть место мечтам, движениям вперед, открытиям, путешествиям, любви и своим вершинам – в прямом и переносном смысле. Каждый день я вижу, какой силой обладают онкомейты фонда «Онкологика». Пройдя свой путь лечения, они находят силы не только жить дальше, но и поддерживать других людей, которые только начинают этот путь. И в этом – сила равной помощи: быть рядом, понимать и давать опору тогда, когда она особенно нужна. ❤️

История предоставлена фондом «Онкологика»

ОНКОЛОГИКА

Газета «Беседы о здоровье. Онкология» №3, 2026
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Каталог «Почта России». ПВ819.
Учредитель: ООО «МЕДИАФОРМАТ»
Рег. номер ПИ №ФС77-83374 от 03.06.2022.
Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»
Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»
Адрес редакции: 115054, Москва, Жуков проезд, д. 19, эт. 2, пом. XI, комната 7
Адрес типографии: г. Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

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

При поддержке НПО им. П.А. Герцена

При поддержке Ассоциации онкологов России

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. 2026 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: 30.07.2026
Возрастное ограничение: 16+