

# БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

## ОНКОЛОГИЯ

№2 2023

Главная тема номера:  
**РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ**



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

**Андрей Дмитриевич Каприн**

Академик РАН, академик РАО, доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист-онколог Минздрава России (ЦФО, ПФО, СКФО)

Читайте на стр. 3

## РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРИЧИНЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Рак предстательной железы (РПЖ) – это злокачественное новообразование, возникающее из эпителия предстательной железы. РПЖ – одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований у мужчин. Ежегодно во всем мире выявляется свыше 400 тыс. случаев РПЖ. В ряде стран он занимает в структуре онкологических заболеваний 2-е или 3-е место после рака легких и рака желудка.

Читайте далее на стр. 4



## ТЕСТЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Большинство случаев рака предстательной железы (РПЖ) впервые обнаруживается в результате скрининга. На ранних стадиях он обычно не вызывает симптомов, но иногда на более поздних стадиях обнаруживается впервые из-за симптомов. Если на основании результатов скрининговых тестов или симптомов заподозрено злокачественное новообразование предстательной железы, для уточнения потребуются тесты.

Читайте далее на стр. 7



## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Современная медицина предлагает несколько вариантов терапии рака предстательной железы. Наиболее популярны: хирургическое вмешательство, химиотерапия, лучевое и гормональное лечение. В зависимости от ситуации могут использоваться комбинированные методы. Постараемся вместе разобраться в современных методах терапии.

Читайте далее на стр. 9



### ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

ОТНОШЕНИЯ С СОБОЙ И БЛИЗКИМИ >>> 2

КАК ДИАГНОСТИРУЕТСЯ РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ >>> 5

САМОЕ ГЛАВНОЕ – КОГДА ТЫ НУЖЕН ЛЮДЯМ >>> 6

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ >>> 8

ПРОТОННАЯ ТЕРАПИЯ >>> 12

ЧТО ТАКОЕ ПОРТ-СИСТЕМА? >>> 14

СТРАХ РЕЦИДИВА: МОЖНО ЛИ ОТ НЕГО ИЗБАВИТЬСЯ? >>> 16

### ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



КАК НАЙТИ ВНУТРЕННИЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРУДНОСТЕЙ >>> 11



НЕ ВЫДАЮТ НЕОБХОДИМЫЕ ЛЕКАРСТВА. ЧТО ДЕЛАТЬ? >>> 13



ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ >>> 15

# Циклические наноконтейнеры останавливают рост раковых клеток, не вредя здоровым



Терапия злокачественных опухолей зачастую осложняется устойчивостью раковых клеток к лекарствам и повреждением здоровых в процессе борьбы с онкологическим заболеванием. Разработка новых лекарств мало помогает в терапии опухолей, поскольку устойчивость развивается быстро, к тому же некоторые новые препараты «бессильны» против уже существующих мутаций. Ученые используют другие под-

ходы: либо упаковывают лекарства в разные формы, которые позволяют использовать терапию более направленно и в меньших дозах, либо разрабатывают наноструктуры, которые сами по себе угнетают рост опухолевых клеток.

Группа ученых из Казанского федерального университета совместно с коллегами из Китая получила циклические макромолекулы с фрагментами аминокислот, способ-

ные предотвращать рост клеток рака молочной и предстательной железы, обходя при этом здоровые клетки. Более того, соединения можно использовать как контейнеры для лекарств, которые «открываются» только в опухоли, обходя здоровые клетки, а значит, не вредят им.

Ученые синтезировали циклические соединения с фрагментами аминокислот (L-триптофана и L-фенилаланина) и показали, что они могут выступать в роли наноконтейнеров для молекул флуоресцеина (светящегося красителя). По его свечению исследователи выяснили, что контейнеры, содержащие фрагменты L-триптофана, «открываются» в нейтральной и щелочной среде, оставаясь «закрытыми» в кислой. Наночастицы на основе циклических молекул с L-фенилаланиновыми остатками остаются закрытыми в любых условиях. Таким образом, и те и другие высвобождают или удерживают молекулу красителя в зависимости от кислотности среды – это и есть химическая управляемость.

Полученные в этой работе соединения разрушали клетки аденокарциномы молочной железы MCF-7 и карциномы предстательной железы PC-3 – самых распространенных опухолей у женщин и мужчин соответственно. Возможно, что полученные соединения способны разрушать и

другие виды раковых клеток. Но такие перспективы покажут дальнейшие работы. Таким образом, комплексы наноконтейнера с флуоресцеином выполняют двойную функцию: терапевтическую и дозирующую. Они способны подавлять опухолевые клетки и одновременно выступать в качестве контейнера для контролируемого высвобождения потенциального лекарства. Это направление может стать основой для создания нового класса противоопухолевых систем – наночастиц с противоопухолевым действием, направленный дизайн строения которых сделает возможным управление активностью, избирательностью и биологической совместимостью наночастиц.

Чтобы лучше понять механизм этого явления, ученые создали компьютерную модель двух типов наноконтейнеров. Выяснилось, что связи между флуоресцеином и разными аминокислотными остатками в составе циклических структур обладают разной прочностью. При изменении кислотности среды меняется количество водородных связей, и молекулы флуоресцеина в зависимости от этого охотнее «скакивают» с наночастиц или еще прочнее закрепляются в циклическом комплексе.

Источник: Научная Россия (<https://scientificrussia.ru/>)

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

# Отношения с собой и близкими



**У КАЖДОГО ИЗ НАС В ГОЛОВЕ ЕСТЬ КАРТИНКА ТОГО, КАК МЫ ВЫГЛЯДИМ, – ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ ОБРАЗ ТЕЛА. ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ ИЗМЕНИТЬ ОБРАЗ ТЕЛА И, СООТВЕТСТВЕННО, САМООЩУЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА. НЕКОТОРЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, НАПРИМЕР, ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ИЛИ ИЗМЕНЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА – ВРЕМЕННЫ. ДРУГИЕ (ТАКИЕ КАК ШРАМЫ ОТ ОПЕРАЦИИ, ВЫВЕДЕНИЕ СТОМЫ ИЛИ РЕЗУЛЬТАТ МАСТЭКТОМИИ) – ОСТАЮТСЯ С НАМИ НАВСЕГДА.**

Даже если изменения в вашем теле незаметны посторонним, они могут тревожить вас. Злость, ощущение утраты, боязнь быть отверженным близкими, печаль – естественные реакции на такие перемены. Пациент может свести к минимуму общение

вне ближайшего круга, сократить активность и лишней раз не выходить из дома. Неприятие собственного тела может снизить желание заниматься сексом, что может стать дополнительным поводом для беспокойства.

### Как принять новый образ тела?

Позвольте себе эмоции. Вам нужно время, чтобы оплакать свою потерю. У вас есть полное право горевать, злиться или печалиться. Постарайтесь сосредоточиться на том, что сражение с раком сделало вас сильнее, мудрее, прагматичнее. Да, сегодня вы выглядите иначе – но вы изменились и внутренне.

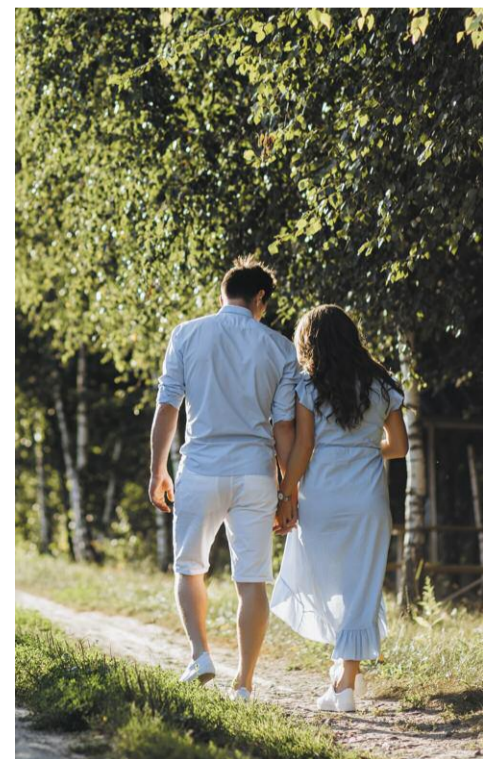
Ищите новые способы подчеркнуть свою красоту и индивидуальность. Сейчас самое время экспериментировать с внешностью! Новая стрижка (даже если это стрижка парика), макияж, стиль в одежде могут дать вам импульс к принятию новой себя.

Общайтесь с другими пациентами, которые столкнулись с изменениями. Их истории помогут вам почувствовать, что вы не одиноки. Сообщества пациентов можно найти онлайн.

Обеспечьте себе физический комфорт. Если вы носите парик или протез, подберите их со всей тщательностью. Главное, чтобы вам было максимально удобно. Если врачи разрешают физическую нагрузку, поддерживайте активный образ жизни. Занятия снимают стресс, делают вас сильнее и позволяют вновь чувствовать контроль над своим телом. Делитесь с партнером своими чувствами. Будьте открыты к обсуждению интимной жизни.

Если вы проходите лечение и вам нужна поддержка психолога, позвоните на Все-

российскую горячую линию помощи онкопациентам и их близким: 8 (800) 100-01-91. Мы работаем круглосуточно и анонимно, звонок по России бесплатный. ☎️



Подготовлено  
Службой помощи  
онкобольным «Ясное утро»  
8 (800) 100-01-91



ИНТЕРВЬЮ

# ВЫ СПРАШИВАЛИ – ЭКСПЕРТ ОТВЕЧАЕТ

## Интервью с главным онкологом Минздрава России Андреем Дмитриевичем Каприным



**На наиболее актуальные вопросы наших читателей о раке предстательной железы отвечает главный онколог Минздрава России, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, академик РАН и РАО, доктор медицинских наук, профессор Андрей Дмитриевич Каприн.**

– Уважаемый Андрей Дмитриевич, наши читатели прислали нам много вопросов о раке предстательной железы. И вот один из них: «Кто входит в группу риска по развитию рака предстательной железы? Как избежать развитие рака?»

– На вопрос «Кто входит в группу риска по развитию рака предстательной железы?» я бы ответил без иллюзий – каждый мужчина. Тем не менее сейчас выделены некоторые факторы риска – причины, повышающие вероятность развития данного заболевания. К ним относятся: возраст – риск заболеть значительно увеличивается после 50 лет; наличие подобного заболевания в семье (наследственный и семейный рак). При этом важно пояснить, что наследственный рак можно заподозрить у пациента, если у 3 и более или 2 родственников первой степени родства (таких случаев около 5%), а семейный – если данное заболевание встречалось в семье ранее (около 20% случаев). Также к факторам риска относят генетические особенности, следует помнить, что рак предстательной железы может быть ассоциированным с мутациями генов BRCA1 и BRCA2. Еще одним значимым фактором является избыточная масса тела, наличие которой само по себе инициирует развитие многих заболеваний. В свете нашего разговора хочу обратить внимание нашей аудитории на потребление различных витаминов и БАДов в качестве профилактики рака предстательной железы. К сожалению, до сегодняшнего времени нет ни одного клинического исследования, подтвердившего бы значение конкретного витамина, минерала или какой-либо пищевой добавки в предотвращении рака предстательной железы.

– Как избежать развитие рака?

– Конечно, многие хотели бы услышать единственно верный рецепт, но, к сожалению, его – нет. Однако возможно предпринять меры к профилактике и ранней диагностике этого грозного заболевания, тем самым повысив шансы на успех лечения.

– Является ли аденома простаты фактором риска развития рака предстательной железы?

– Аденома предстательной железы, или, если говорить правильно, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, и рак предстательной железы – это два заболевания, между которыми нет причинно-следственной связи. Они развиваются из разных зон предстательной железы – областей органа, имеющих индивидуальные гистологические и функциональные характеристики. Например, у одного пациента может быть сразу два заболевания: аденома и рак предстательной железы. Поэтому перед началом лечения аденомы (доброкачественной гиперплазии предстательной железы) нужно обязательно исключить онкологический диагноз. Следует также отметить, что рак предстательной железы на ранних стадиях заболевания клинически себя никак не проявляет, а гиперплазия предстательной железы вызывает симптомы нарушения мочеиспускания. В большом количестве отечественных и международных научных исследований связи между гиперплазией предстательной железы и вероятностью развития рака предстательной железы найдено не было.

– Являются ли заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), фактором риска развития рака предстательной железы? Если да, то в каком возрасте ЗППП могут дать о себе знать развитием рака?

– В настоящее время рандомизированных клинических исследований, подтверждающих связь развития рака предстательной железы и ЗППП, – нет. Однако существуют научные публикации, которые посвящены рассмотрению влияния вируса папилломы человека высокого онкогенного риска и вирусов герпеса, в частности 2-го типа, на частоту заболеваемости раком предстательной железы. Также следует помнить, что часть возбудителей ЗППП инициирует хроническое воспаление, что, в свою очередь, может привести к возникновению онкологического процесса.

– Есть ли программы раннего выявления рака предстательной железы? Как они устроены и из чего состоят? Как ими воспользоваться и с чего начать?

– Российское здравоохранение исторически следует принципам профилактической медицины. Установление диагноза на ранней стадии позволяет значительно повысить вероятность радикального лечения. ПСА крови, пальцевое ректальное исследование и трансректальное исследование предстательной железы – вот три основных обследования, которые позволяют исключить/заподоз-

рять рак предстательной железы, в том числе на ранних стадиях. К тому же наша страна – единственная, в которой действует программа сразу семи скрининговых исследований на выявление наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований, и рак предстательной железы – одно из них. Анализ крови на ПСА включен в эту программу.

– В какое учреждение следует обращаться, чтобы проверить? Обязательно ли по месту прописки или я могу выбрать клинику сам, например, в другом регионе?

– По месту постоянного проживания следует обратиться в поликлинику и получить консультацию врача-уролога.

– Много раз слышал про ПСА. Что это и зачем его измерять? Какой врач назначит и объяснит результат?

– ПСА – это простатспецифический антиген – органоспецифический маркер, вещество пептидной природы, содержащееся в клетках железистого эпителия предстательной железы. Наиболее простой и распространенной является оценка общего ПСА в анализе крови. При повышении значений данного маркера необходимо исключить онкологический процесс в предстательной железе. Направляет пациента на исследование ПСА врач-терапевт/врач общей практики или уролог, онколог поликлиники.

– Как часто и с какого возраста нужно сдавать анализы на уровень ПСА?

– Ежегодно с 40 лет при существующих рисках наследственной/семейной форм рака и с 45 лет – для остальных мужчин.

– Измерение уровня ПСА является единственным лабораторным показателем для диагностики рака предстательной железы?

– Нет, не единственным. Маркеров рака предстательной железы гораздо больше, они выделяются не только из крови, но и мочи, и ткани предстательной железы. Но следует отметить, что наиболее простым, доступным, доказавшим свою клиническую значимость остается общий ПСА. В большинстве клинических ситуаций определения его значений достаточно.

– Слышал, что ПСА повышается при воспалительных изменениях предстательной железы и при аденоме простаты. Как разобраться в анализе? Как понять, когда повышенный уровень ПСА свидетельствует о наличии рака?



– Да, действительно, ПСА может повышаться при разных ситуациях. Но в первую очередь нужно исключить рак предстательной железы. При повышенном значении ПСА крови пациенту назначается ряд дополнительных исследований, в том числе УЗИ, магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза с контрастированием, в случае необходимости – биопсия для гистологической верификации образования.

**– Кому и когда нужно делать МРТ предстательной железы? Является ли МРТ методом скрининга?**

– При повышенном значении ПСА крови (подтвержденном в двух последовательных исследованиях) пациент направляется на МРТ органов малого таза с контрастированием. Прошу обратить внимание, именно с контрастированием, так как нативное исследование неинформативно. МРТ органов малого таза не является методом скрининга.

**– Стоит ли делать МРТ при неизмененных показателях ПСА?**

– Нет, не стоит.

**– Какие уточняющие методы диагностики рака предстательной железы?**

– После гистологического подтверждения рака предстательной железы необходимо оценить степень распространения процесса. С этой целью выполняется: остеосцинтиграфия – метод радионуклидной диагностики, основанный на введении в организм пациента тропного к костной ткани радиофармацевтического препарата (РФП) и последующей регистрации его распределения и накопления в скелете; и компьютерную томографию (КТ) органов грудной полости, брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием. Альтернативой остеосцинтиграфии для выявления метастазов в костях может служить позитронно-эмиссионная томография с КТ (ПЭТ-КТ) с <sup>18</sup>F-фторидом натрия или ПЭТ-КТ <sup>11</sup>C-холином, <sup>68</sup>Ga-простатическим специфическим мембранным антигеном (ПСМА), <sup>18</sup>F-ПСМА, позволяющая визуализировать как метастазы в костях, так и метастатическое поражение иных органов.

**– Какие основные методы лечения рака предстательной железы?**

– Если диагноз установлен на ранней стадии, то пациенту предлагается радикальное лечение – хирургическое вмешательство или лучевая терапия. При метастатическом раке предстательной железы, то есть заболевании, выявленном на более позднем сроке, пациенту назначается лекарственная терапия.

Тут должен упомянуть о новых разработках в области ядерной медицины, применяемых для лечения рака предстательной железы. Речь идет о терапии РФП на основе лютеция-177. Мы много об этом говорим и в СМИ, и на

## ...НАША СТРАНА – ЕДИНСТВЕННАЯ, В КОТОРОЙ ДЕЙСТВУЕТ ПРОГРАММА СРАЗУ СЕМИ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, И РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОДНО ИЗ НИХ.

научных наших встречах. Почему это важно? В определенный период времени в некоторых случаях метастатический рак предстательной железы становится резистентным, то есть устойчивым к предлагаемым линиям лекарственного лечения. Казалось бы, такие пациенты обречены. Но сегодняшние разработки, в том числе нашего центра, позволяют нам продлевать жизни таких пациентов, снимать болевой синдром, применяя терапию препаратами на основе радиоактивных изотопов, сейчас речь о лютеции-177. Этот препарат синтезирован в стенах НМИЦ радиологии, то есть он полностью российский, что, во-первых, значительно дешевле иностранных аналогов и, во-вторых, не ставит нас в зависимость от поставок из-за рубежа.

**– Как разобраться, в какое учреждение обращаться за лечением? Областное/региональное/федеральное? Как сделать правильный выбор?**

– Онкологическая служба в нашей стране выстроена по территориальному принципу. В первую очередь нужно

обращаться в профильное лечебное учреждение по месту жительства. И помнить, что выбор лечебного учреждения и врача – это право пациента, которое установлено нашим государством.

**– Возможно ли сохранение эректильной функции и возможности контролировать мочеиспускание после операции на предстательной железе?**

– На современном этапе развития медицины функциональные результаты лечения становятся не менее приоритетными, чем онкологические. Поэтому при установлении диагноза на ранней стадии и при соответствующем

гистологических характеристиках опухоли существует возможность выполнения нервосберегающей операции, при которой обязательно обсуждается вопрос о сохранении эректильной функции пациента. Следует помнить, что при лечении рака предстательной железы фертильная функция утрачивается и при необходимости следует получить предварительно консультацию репродуктолога.

В отношении удержания мочи следует отметить, что после операции пациент может отмечать временные трудности. Однако переживать не стоит, у 97% пациентов удержание мочи полностью восстанавливается через некоторое время. Нужно помнить, что функциональные результаты хирургического лечения зависят не только от технических особенностей операции, но и от наличия сопутствующих заболеваний пациента: избыточный вес, сахарный диабет, атеросклероз и др.

– Андрей Дмитриевич, спасибо Вам за исчерпывающие ответы. ☺☺☺

### ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА: РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

# РАК ПРОСТАТЫ: причины и распространенность



**Рак предстательной железы (РПЖ) – это злокачественное новообразование, возникающее из эпителия предстательной железы.**

РПЖ – одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований у мужчин. Ежегодно во всем мире выявляется свыше 400 тыс. случаев РПЖ. В ряде стран он занимает в структуре онкологических заболеваний 2-е или 3-е место после рака легких и рака желудка.

В структуре заболеваемости злокачественными опухолями мужского населения России РПЖ занимает 2-е место, уступая первенство только раку легкого, что соответствует почти 15% всех диагностированных новообразований у мужчин [1].

Причины и механизмы развития данного заболевания остаются малоизученными. Многие исследования направлены на изучение образа жизни пациентов: диеты, продуктов питания, гормонального воздействия, а также инфекции и семейного анамнеза в этиологии РПЖ. Распространенность РПЖ зависит от этнических и географических особенностей. Наиболее высокая заболеваемость у афроамериканцев, проживающих в США (на 60% выше, чем у белых американцев), наименьшая – у китайцев, проживающих в Китае. Помимо расовых особенностей факторами риска развития РПЖ считают генетическую предрасположенность, возраст мужчины и особенности питания. Вероятность развития опухоли предстательной железы у мужчины, у которого один из ближайших родственников первой степени родства (отец или брат) болел РПЖ, выше в 1,8 раза, чем в популяции. Если болели двое родственников или более (отец и брат или оба брата), риск заболевания РПЖ возрастает в 5,51 и 7,71 раза соответственно.

Также риск развития РПЖ повышается у мужчин, употребляющих большое количество жиров животного происхождения [2].

У 25% мужчин развитых стран в возрасте 70 лет обнаруживают внутриэпителиальные раковые клетки, а в возрасте 80 лет латентный рак можно обнаружить у 50% мужчин.

следствие, β-каротин – фактора защиты от возникновения некоторых злокачественных опухолей;

- наследственная предрасположенность: риск заболеть РПЖ повышается в 10 раз у мужчины, трое родственников которого больны данным заболеванием; в США самый высокий риск заболеть РПЖ имеют афроамерикан-

## ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ МЕЖДУ ЛАТЕНТНОЙ МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПУХОЛЮ И РАЗВИТИЕМ СИМПТОМОВ РПЖ С МЕТАСТАЗАМИ ДОСТИГАЕТ 20 ЛЕТ, ПОЭТОМУ ВАЖНА СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА.

Промежуток времени между латентной микроскопической опухолью и развитием симптомов РПЖ с метастазами достигает 20 лет. У 70% больных первичный очаг располагается в периферической зоне железы.

К факторам риска, увеличивающим шансы заболеть РПЖ, относятся [3]:

- пожилой возраст: более 75% случаев рака простаты диагностируется у мужчин старше 65 лет, а на мужчин моложе 60 лет приходится лишь 7% случаев заболевания;
- связанные с возрастом нарушения гормонального фона;
- особенности питания: у мужчин, употребляющих жирную пищу, риск возникновения рака простаты возрастает в 2 раза, поскольку обилие в пище животных жиров ведет к ухудшению всасывания витамина А и, как

цы – в 3 раза выше, чем белые американцы, а у иммигрантов из Азии РПЖ встречается редко;

- факторы внешней среды: например, облучение ультрафиолетовыми лучами;
- вирусные инфекции: в частности, обсуждалась гипотеза о роли некоторых вирусов из семейства ретровирусов как о факторе риска при заболевании раком простаты;
- вредные условия труда, такие как работа с кадмием, в резиновой промышленности. ☺☺☺

### Литература

1. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022.
2. Denis L, Morton MS, Griffiths K. Diet and its preventive role in prostatic disease. Eur Urol 1999; 35: 377–87.
3. Копыльцов Е.И., Новиков А.И., Косенок В.К. и др. Онкологические заболевания органов мочеполовой системы. Омск: Изд-во Центра МО и ИТ Омской ГМА, 2008.

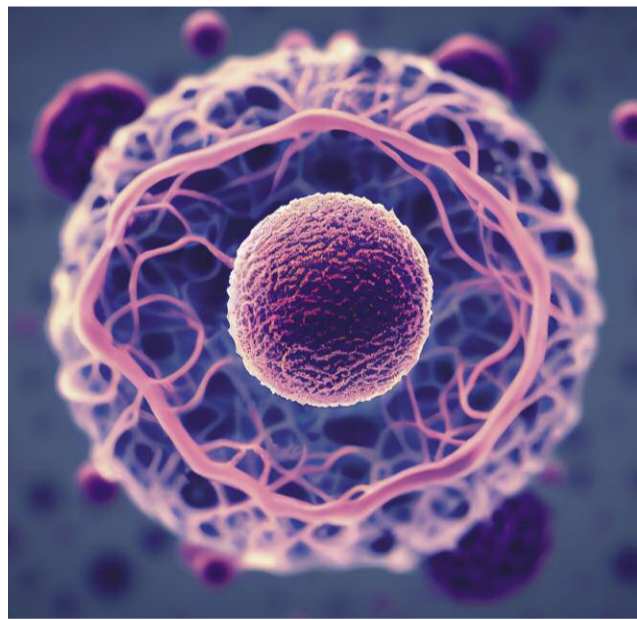
В настоящее время прирост заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) достигает в среднем 3,4% за год, что относит данную локализацию к интенсивно прирастающим: за 2011–2021 гг. показатель заболеваемости увеличился на 42% – с 43 до 59 случаев на 100 тысяч мужского населения страны. Предраковыми изменениями в простате считаются те, которые приводят к злокачественному перерождению клеток органа. Без должного лечения заболевание развивается и постепенно прогрессирует. Однако продолжительность течения предрака разнится в зависимости от возраста пациента и общего состояния его здоровья, поэтому может длиться как месяцы и годы, так и десятилетия. Некоторые предраковые состояния могут приостановиться в развитии либо полностью прекратить процесс перерождения на начальном этапе. Поэтому выделяют облигатные и факультативные «предраки». Первые почти обязательно закончатся раком, вторые – только в некотором проценте случаев.

Следует учесть, что длительность процесса развития патологии прямо влияет на результативность борьбы с заболеванием. С течением времени любые предраковые состояния переходят в хронические, а затем и в необратимые.

### ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА: РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

# Как диагностируется рак простаты

Существует множество диагностических тестов, используемых для подтверждения диагноза рака предстательной железы (РПЖ). Не все тесты, описанные здесь, обычно используются для каждого человека.



Врач может учитывать следующие факторы при выборе диагностического теста:

- Подозреваемый тип рака.
- Симптомы.
- Возраст и общее состояние здоровья.
- Результаты ранее проведенных медицинских анализов.

### Ранние тесты

При подозрении на РПЖ проводятся медицинский осмотр и первичные тесты. Основная цель – определить, нужны ли дополнительные диагностические исследования.

**1 Анализ на простатспецифический антиген (ПСА).** Он представляет собой белок, высвобождаемый тканью предстательной железы, и обнаруживается в более высоких концентрациях в крови при патологии предстательной железы. Уровни могут повышаться при аномалиях предстательной железы, включая РПЖ, доброкачественную гипертрофию предстательной железы (ДГПЖ) и воспаление предстательной железы. Чтобы решить, нужна ли биопсия, врачи могут изучить особенности значения ПСА, такие как абсолютный уровень, изменение с течением

времени (также известное как «скорость ПСА») и уровень по отношению к размеру простаты.

**2 Определение свободного ПСА.** Существует версия теста на ПСА, которая позволяет врачу измерять определенный компонент, называемый свободным ПСА. Свободный ПСА находится в кровотоке и не связан с белками. Стандартный тест ПСА измеряет общий ПСА, который включает как ПСА, так и не связанный с белками. Тест на свободный ПСА измеряет отношение свободного ПСА к общему ПСА. Знание этого соотношения или процента иногда может помочь выявить, связан ли повышенный уровень ПСА с большей вероятностью со злокачественным заболеванием, таким как РПЖ.

**3 Пальцевое ректальное исследование (ПРИ).** Данный метод используется врачом для первичной мануальной диагностики опухоли предстательной железы или чтобы обнаружить аномалии в ее структуре. Данная методика не отличается высокой точностью постановки диагноза, и не каждый врач владеет этой техникой.

**4 Биомаркерные тесты.** Биомаркер – это вещество, которое обнаруживается в крови, моче или тканях человека, больного раком. Биомаркер вырабатывается опухолью или организмом в ответ на рак. Биомаркер также можно назвать онкомаркером. Тесты биомаркеров РПЖ включают определение 4Kscore, которое предсказывает шансы того, что у кого-то РПЖ высокого риска, и индекс здоровья простаты, или Prostate Health Index (PHI), который предсказывает шансы того, что у кого-то есть РПЖ. Для людей, у которых рак простаты диагностирован с помощью биопсии, бывают случаи, когда геномный тест, такой как Oncotype Dx Prostate, Prolaris, Decipher и ProMark, может предоставить дополнительную информацию для принятия решения о том, как лечить РПЖ в дальнейшем. Это касается случаев, когда люди с определенным локализованным РПЖ низкого или среднего риска рассматривают возможность активного наблюдения. Оно также может включать использование теста, чтобы решить, следует ли рассмотреть возможность дальнейшего лечения у определенных пациентов после хирургического удаления предстательной железы (простатэктомия). Если используется тест на биомаркеры, результаты всегда следует оценивать в сравнении со всей другой доступной информацией.

### Постановка диагноза

Если результаты теста ПСА или ПРИ не соответствуют норме, то будут использоваться дополнительные тесты, чтобы подтвердить, есть ли у человека РПЖ. Многие тесты могут свидетельствовать о наличии рака, но только биопсия может поставить точный диагноз.

### Биопсия

Биопсия – это взятие небольшого количества ткани для исследования под микроскопом. Чтобы получить образец ткани, чаще всего использует трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) и инструмент для биопсии, чтобы взять очень маленькие кусочки ткани предстательной железы.

Образцы биопсии берутся из нескольких областей предстательной железы. У большинства людей забирают от 12 до 14 микрофрагментов ткани, и процедура может занять 20–30 минут.

Эта процедура обычно проводится в больнице или амбулаторно в лечебно-диагностическом кабинете врача. Пациенту предварительно делают местную анестезию, чтобы обезболить область, и обычно перед процедурой назначают антибиотики, чтобы предотвратить инфекцию. Ультразвуковой инструмент вводится в прямую кишку, а затем игла для биопсии проходит через прямую кишку в предстательную железу для сбора образцов ткани.

Существует риск инфицирования, связанный с трансректальной биопсией простаты, поэтому некоторые врачи вместо этого предпочитают использовать трансперинеальную биопсию предстательной железы. Эта биопсия также проводится под контролем УЗИ, но игла для биопсии проходит через кожу промежности в предстательную железу.

### Биопсия под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ)

МРТ-биопсия объединяет МРТ с ТРУЗИ. Оценка предстательной железы с помощью МРТ стала рутинной процедурой в клинической практике. Сначала пациенту проводится МРТ-сканирование для выявления подозрительных участков предстательной железы, требующих дальнейшего обследования. Затем пациенту делают УЗИ той же локализации. Компьютерная программа объединяет эти изображения для создания трехмерного изображения, которое помогает нацелить точную область для биопсии.

## Сканирование костей всего тела

При сканировании костей используется радиоизотопный препарат (технеций-99) для изучения внутренней части костей. Количество радиации слишком низкое, чтобы быть опасным. Препарат накапливается в областях кости, где произошла метаболическая активность за счет метастатического поражения. Здоровая костная ткань на изображении светлее, а области повреждений, например, вызванных злокачественным поражением, выделяются на изображении. Важно знать, что структурные изменения костей, такие как артрит, или повреждения костей, такие как переломы, также могут быть интерпретированы как аномальные зоны и должны быть оценены врачом, чтобы убедиться, что они не являются проявлением рака.

## Компьютерная томография (КТ)

При данной методике изображение органов и их систем формируется с помощью рентгеновских лучей, сделанных под разными углами. Компьютер объединяет эти изображения в подробное трехмерное изображение, на котором видны любые аномалии или опухоли. Иногда данный метод диагностики используется в комбинации с контрастным препаратом, для обеспечения лучшей детализации органов и систем.

## Магнитно-резонансная томография

МРТ использует магнитные поля, а не рентгеновские лучи, для получения подробных изображений тела. МРТ можно использовать для измерения размера опухоли, а сканиро-

вание может фокусироваться конкретно на области предстательной железы или на всем теле. Методика схожа с КТ – по серии полученных срезов детально изучается ткань предстательной железы. МРТ лучше подходит для изучения этого органа, так как предназначена для оценки мягкотканых структур – в отличие от КТ (лучше исследует костные структуры).

## Позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ-КТ)

Отличием данного метода диагностики от вышеописанных является использование радиоактивного вещества в комбинации с КТ. Это вещество поглощается клетками, которые используют больше всего энергии или являются более биологически активными. Поскольку рак склонен к потреблению энергии и является биологически активным, он поглощает больше радиоактивного вещества. Затем аппарат обнаруживает это вещество, и врач изучает полученное изображение внутренних органов и их систем.

Для многих видов рака при ПЭТ-КТ в качестве отображаемого вещества используется фтордезоксиглюкоза-18 (ФДГ-18); однако ФДГ не является полезным веществом для начальной визуализации при РПЖ и не должна использоваться рутинно. При подозрении на метастазирование или рецидив может быть рекомендована ПЭТ с использованием галлия-68 PSMA-11 или фтора-18 (18F)-DCF-PyL. В этом типе сканирования галлий-68 или фтор-18 связывается с простатспецифическим мембранным антигеном (ПСА), уровень которого часто выше в злокаче-

ственных клетках предстательной железы, и показывает места, куда рак распространился.

## Биопсия лимфатических узлов

При подозрении на распространение опухоли за пределы органа, при биопсии лимфатических узлов, также известной как диссекция лимфатических узлов, или лимфаденэктомия, удаляют один или несколько лимфатических узлов, чтобы определить, есть ли злокачественное поражение. Данная методика используется не рутинно, но помогает выявить распространенность на регионарные лимфатические узлы.

## Биопсия лимфатических узлов как отдельная процедура

Биопсия лимфатических узлов редко проводится как отдельная процедура. Иногда ее используют, когда радикальная простатэктомия не планируется (например, для некоторых мужчин, которые выбирают лечение лучевой терапией), но когда все же важно знать, есть ли рак в лимфатических узлах. Чаще всего это делается в виде пункционной биопсии. Для этого врач использует изображение (например, МРТ или КТ), чтобы провести длинную полую иглу через кожу в нижней части живота к увеличенному узлу. Перед введением иглы для взятия небольшого образца ткани кожа обезболивается под местной анестезией. Затем образец отправляется в лабораторию и проверяется на наличие раковых клеток. ☺☺☺

Источник: <https://www.cancer.org>

## ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

# ИГОРЬ ПАВЛОВИЧ АНТОНОВ: «Самое главное – когда ты нужен людям»

**Герой нашей истории – писатель, член Союза журналистов России, заслуженный работник культуры ИГОРЬ ПАВЛОВИЧ АНТОНОВ из города Иваново. Узнал о своем диагнозе неожиданно, но до сих пор выходит победителем из схватки с онкозаболеванием и продолжает заниматься своим любимым делом. Мы тепло поговорили с Игорем Павловичем и хотим поделиться с вами его историей.**

– Игорь Павлович, расскажите, пожалуйста, Вашу историю. Как Вы узнали о диагнозе?

– Я проверялся на диспансеризации, у нас это называется «проверка». И вот очередная проверка показала, что что-то у меня не то. Я обращался в разные лечебные центры, это было в 2008 году. Мне посоветовали в Москву поехать, в центр, где рак лечат облучением. Я согласился, приехал, меня стали проверять – оказывается, нельзя мне облучение проводить. И мне отказали. Пришлось возвращаться домой.

– Вам отказали в терапии?

– Да, мне отказали. Облучение, сказали, проводить нельзя, потому что у меня мочевого пузыря как-то очень близко расположен. И я сюда приехал опять, в Иваново, и обратился в областной онкологический диспансер, он у нас очень хороший, и работает там замечательный врач Андрей Владимирович, доктор наук, замечательный хирург, единственный у нас с европейской лицензией по Владимирской и Ивановской области. И вот он меня стал лечить. И потихоньку, как видите, пока я живу.

Таблетки принимаю. Специально мне выписывают таблетки какие-то немецкие, и вот четыре таблетки – две утром и две вечером. Вот что пока меня держит. Раньше проверяли меня все время, каждый квартал, как-то уж досконально – облучали, все смотрели. Сейчас уже только кровь сдаю. Врачи смотрят, там пока все нормально. Мне Андрей Владимирович говорит еще иногда: «Давай ПСА\* еще проверь себе». Я сдал анализ – нормально пока. Так что вот живу, продолжаю работать, пишу книги, выступаю очень часто, приглашают. В общем, пока живу, дай бог, уже 80 лет, скоро 81 будет.

Я даже с женой своей простился, никак не забуду. Получилось так, что жена раньше ушла, чем я. У нее рак груди

оказался. Видите, как. «Давай, – говорил ей, – скажи, что тебе требуется». А сейчас себя ругаю, что надо было как-то ее заставить тоже анализы сделать, а она затынула. И все, ничего не могли сделать.

– Искренне сочувствуем Вам. А как врачи Вас ведут, какое отношение?

– У нас в этом плане молодцы, конечно. Надо отдать должное нашей системе, и особенно Андрею Владимировичу. К нему приезжают и из Владимирской области, и даже из Украины приезжали, чтобы он посмотрел. Врач действи-

## КОГДА ТЫ НУЖЕН, ТЫ КАК-ТО БОРЕШЬСЯ ЗА ЭТУ ЖИЗНЬ. СТРЕМИШЬСЯ ЧТО-ТО СДЕЛАТЬ ЛЮДЯМ ДОБРОЕ!

тельно от души. Мы сейчас... (я тоже хлопочу, у меня есть какие-никакие возможности) хотим как-то человека отметить. Вот никак мы пока не можем добиться «заслуженного врача» ему. А так все награды мы сделали для него. Действительно молодец. Врач замечательный, отзывчивый, грамотный очень. Он даже за границу часто ездит, его приглашали в Европу, он там выступал, часто слушает доклады научные. Надо ему, конечно, отдать должное. Я о нем написал очерк в Гаврилово-Посадском районе, где он родился. К нему приехали земляки, наверное, 10–15, у кого раковые или предраковые заболевания.

Кстати, хочу сказать, что меня уже пять человек называют то братом, то отцом – я спас пять человек. Я их просто заставил сдать ПСА. Везде, где я выступаю, обязательно подчеркиваю: сдавайте ПСА, потому что сразу можно выявить заболевание, можно спасти жизни. Так что в этом плане я пропагандист ПСА.

– А не помешала ли Вам болезнь продолжать работать?

– Да, не только таблетки меня держат, это самое главное. Я продолжаю заниматься любимым делом, писать книги. Совсем недавно к 75-летию Победы в свет вышла моя книга «Ивановские маршалы Победы», ее даже вручили нашему президенту. Книга повествует о советских военачальниках, уроженцах Ивановской области. А в 2021 году, в преддверии 55-летнего юбилея со дня первого полета человека в космос, вышла книга «Космический триумф земляков-ивановцев», которая дает возможность нынешнему молодому поколению познакомиться с выдающимися личностями Ивановского края, с теми, кто своими научны-

*Игорь Павлович участвовал в создании уже 20 книг о своих земляках – ветеранах и героях Великой Отечественной войны, а также написал более 30 исторических, краеведческих и научно-популярных изданий.*

ми работами в области ракетостроения и освоения космоса прославил нашу Ивановскую область не только в России, но и за ее пределами.

И вот, что понял: если опустить руки, сдаться, если никому нет дела до тебя, то это всё, ты мертвый какой-то человек. А вот когда ты занимаешься любимым делом, когда ты нужен людям – это, я считаю, самое главное. Главное не отчаиваться, жизнь-то продолжается. Вот ложишься вечером спать, думаешь: ага, завтра у тебя такие-то дела, уже по часам все расписываешь, думаешь, как бы не забыть это сделать, то сделать. И у тебя какое-то стремление к жизни остается. Самое главное, я еще раз повторяю, когда ты нужен людям... Когда ты нужен, ты как-то борешься за эту жизнь. Стремись что-то сделать людям доброе. Так что вот пока живу.

– Спасибо Вам, Игорь Павлович! Мы желаем Вам еще многих лет жизни и не оставлять Вашего любимого занятия! Творческих Вам успехов!

\*ПСА – простатический специфический антиген (также простатспецифический антиген), позволяет провести первичную диагностику рака и других патологий предстательной железы. В норме небольшое количество ПСА присутствует у большинства мужчин, однако повышение его уровня свидетельствует о необходимости проведения биопсии эпителиальной ткани (Прим. ред.).

# Тесты для диагностики и определения стадии рака предстательной железы

Большинство случаев рака предстательной железы (РПЖ) впервые обнаруживается в результате скрининга. На ранних стадиях он обычно не вызывает симптомов, но иногда на более поздних стадиях обнаруживается впервые из-за симптомов. Если на основании результатов скрининговых тестов или симптомов заподозрено злокачественное новообразование предстательной железы, для уточнения потребуются тесты.

**Фактически диагноз РПЖ может быть поставлен только по результату биопсии предстательной железы.**



## Медицинский анамнез и медицинский осмотр

Если врач подозревает наличие поражения предстательной железы, будет произведен опрос пациента и определение наличия или отсутствия симптоматики. Например, пациента спросят о любых проблемах с мочеиспусканием или половыми проблемами, а также о том, как долго они наблюдаются. Также важным фактором является отягощенный семейный анамнез.

## Анализ крови на простатспецифический антиген

Простатспецифический антиген (ПСА) представляет собой белок, вырабатываемый клетками предстательной железы (как нормальными, так и злокачественными). ПСА в основном содержится в сперме, но небольшое количество его присутствует и в крови.

Анализ крови на ПСА используется в основном для скрининга РПЖ у мужчин без симптомов, но также является одним из первых тестов, проводимых мужчинам с симптомами злокачественного заболевания.

ПСА в крови измеряется в единицах, называемых нанogramмами в миллилитре (нг/мл). По мере повышения уровня ПСА риск наличия заболевания предстательной железы повышается, но не существует установленной точки предела, по которой можно было бы точно сказать, есть у мужчины РПЖ или нет. Многие врачи используют пороговое значение ПСА равное 4 нг/мл или выше, когда решают, нуждается ли пациент в дальнейшем тестировании; в то время как другие могут рекомендовать начинать лечение и с более низкого уровня, например, 2,5 или 3 нг/мл.

- У большинства мужчин без РПЖ уровень ПСА ниже 4 нг/мл крови. Тем не менее уровень ниже 4 нг/мл не является гарантией того, что у мужчины нет рака.
- Мужчины с уровнем ПСА от 4 до 10 нг/мл (часто называемым «пограничный диапазон») имеют примерно 1 из 4 шансов заболеть РПЖ, так как повышение уровня ПСА может быть связано и с другой патологией органа.
- Если ПСА больше 10 нг/мл, вероятность РПЖ составляет более 50%.

## Применение теста ПСА у мужчин, у которых уже диагностирован рак простаты

Анализ ПСА также может быть полезен, если у пациента уже был диагностирован РПЖ.

- У мужчин, у которых только что диагностировали РПЖ, уровень ПСА можно использовать вместе с результатами медицинского осмотра и степенью злокачественности опухоли (определяемой при биопсии), чтобы решить, нужны ли другие тесты (такие как компьютерная томография или сканирование костей).
- Уровень ПСА используется для определения тяжести течения рака. Это может повлиять на выбор вариантов лечения, поскольку некоторые виды лечения (такие как хирургия и облучение) не демонстрируют должную эффективность, если рак распространился на другие части тела.
- Тесты на ПСА нередко являются важной частью определения эффективности лечения, а также наблюдения за возможным рецидивом рака после первичного лечения.

## Биопсия простаты

Если результаты анализа крови на ПСА или других тестов указывают на наличие РПЖ, скорее всего, потребуется биопсия простаты.

Биопсия – это процедура, при которой берутся фрагменты ткани предстательной железы, а затем исследуются под микроскопом. Во время биопсии врач обычно осматривает предстательную железу с помощью визуализирующего теста, такого как трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), или применяют комбинацию двух методов. Это делается либо через стенку прямой кишки (трансректальная биопсия), либо через кожу между мошонкой и

## ХОТЯ БИОПСИЯ КАЖЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОЙ, КАЖДАЯ ПРОЦЕДУРА ОБЕЗБОЛИВАЕТСЯ И ОБЫЧНО ВЫЗЫВАЕТ ЛИШЬ КРАТКОВРЕМЕННЫЙ ДИСКОМФОРТ, ТАК КАК ОНА ДЕЛАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛЬНОГО АВТОМАТИЧЕСКОГО БИОПСИЙНОГО ИНСТРУМЕНТА.

анусом (трансперинеальная биопсия). Чаще всего врач забирает около 12 образцов ткани из разных частей предстательной железы.

Хотя процедура кажется болезненной, каждая биопсия обезболивается и обычно вызывает лишь кратковременный дискомфорт, так как она делается с помощью специального автоматического биопсийного инструмента. Устройство вводит и извлекает иглу за долю секунды. Большинство врачей, которые делают биопсию, сначала обезболивают участок, вводя местный анестетик рядом с предстательной железой. В течение нескольких дней после процедуры возможно наличие болезненных ощущений в области биопсии и даже гематурия (кровь в моче). Многие мужчины замечают кровь в сперме или сперму цвета ржавчины, которая может сохраняться в течение нескольких недель после биопсии.

## Получение результатов биопсии

Обычно получение результатов занимает от 1 до 3 дней. Они могут быть представлены как:

- положительный результат** – в образцах биопсии были обнаружены злокачественные клетки;
- отрицательный результат** – в образцах биопсии не было обнаружено злокачественных клеток;
- подозрительно** – были замечены клетки, похожие на злокачественные, но нет четкой уверенности, что это может быть.

Если результаты биопсии предстательной железы отрицательны и вероятность РПЖ не очень высока, дополнительные анализы могут не понадобиться. Возможно повторное исследование ПСА через некоторое время.

Но даже если будет взято много образцов ткани предстательной железы, при биопсии иногда пропускаются злокачественные клетки, если ни одна из игл для биопсии не пройдет через нужную зону. Это также обозначается как ложноотрицательный результат. Если врач все еще подозревает наличие РПЖ, то возможно проведение:

- других лабораторных анализов (крови, мочи или образцов биопсии предстательной железы). Примеры таких тестов включают индекс здоровья простаты (PHI), тест 4Kscore, тесты PCA3 (например, ProgenSA) и ConfirmMDx;
- повторной биопсии предстательной железы через некоторое время. Это может включать в себя получение дополнительных образцов тканей предстательной железы, которые не были подвергнуты биопсии в первый раз, или использование визуализирующих тестов, таких как МРТ, для более тщательного поиска аномальных областей, на которые следует обратить внимание.

Степень злокачественности РПЖ определяется по шкале Глисона (или группе степени).

Система Глисона, которая используется уже много лет, присваивает оценки на основе того, насколько рак похож на нормальную ткань предстательной железы.

- Если злокачественные клетки очень похожи на нормальную ткань предстательной железы, присваивается 1-я степень.
- Если злокачественные клетки выглядят очень аномальными, присваивается 5-я степень.
- Степени со 2-й по 4-ю имеют промежуточные черты между этими крайностями.

Почти все виды рака имеют 3-ю степень или выше; классы 1 и 2 используются нечасто.

Поскольку РПЖ часто имеет участки с разной степенью злокачественности, степень присваивается двум областям с крайними значениями. Эти 2 балла складываются для получения **балла Глисона** (также называемого суммой Глисона).

Первое присвоенное число – это степень, которая наиболее распространена в опухоли. Например, если оценка по шкале Глисона записана как 3+4=7, это означает, что большая часть опухоли имеет степень 3, а меньшая часть – степень 4, и они суммируются для оценки по шкале Глисона, равной 7. Теоретически оценка по шкале Глисона может составлять от 2 до 10, но оценки ниже 6 используются редко.

Основываясь на шкале Глисона РПЖ часто делят на 3 группы:

- Рак с показателем Глисона 6 или менее можно назвать высокодифференцированным.
- Рак с показателем Глисона 7 можно назвать умеренно дифференцированным или промежуточным.
- Рак с оценкой по шкале Глисона от 8 до 10 можно назвать низкодифференцированным или с плохим прогнозом.

## Генетическое тестирование некоторых мужчин с РПЖ

Врачи рекомендуют, чтобы пациенты с РПЖ были обследованы на наличие генетической мутации. В данную группу входят пациенты с отягощенным семейным анамнезом (например, мутация гена BRCA или синдром Линча), а также пациенты с РПЖ, имеющие определенные признаки высокого риска или распространившимся на другие органы и системы. ☺☺☺

Источник: <https://www.cancer.org/>

ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА: РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

# РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

При планировании лечения по поводу рака предстательной железы, или рака простаты, немаловажное значение имеет наличие у пациента сопутствующих заболеваний. Сопутствующее заболевание – болезнь, не имеющая связи с основным, в данном случае с онкологическим, диагнозом. К таким заболеваниям относятся гипертоническая болезнь, сахарный диабет 1 и 2-го типа, язвенная болезнь, болезни щитовидной железы.



Часто при обращении за помощью пациентов на этапе респроса врач получает информацию о наличии сопутствующих заболеваний у самого пациента. Но бывает и так, что пациенты узнают о том, что у них есть, предположим, гипертоническая болезнь, после обращения к врачу другой специальности. В этом случае, а также при планировании лекарственного или хирургического лечения основного заболевания врачом назначается ряд обследований с последующей консультацией профильных специалистов.

При планировании операции врачу-урологу важно знать объективную характеристику общего состояния пациента. Для такой оценки потребуется выполнить некоторое количество исследований, таких как общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ показателей свертываемости крови (коагулограмма, или гемостазиограмма), общий анализ мочи, электрокардиография, эхокардиография (или УЗИ сердца), УЗИ вен нижних конечностей и эзофагогастродуоденоскопия (эндоскопическое иссле-

дование верхних отделов желудочно-кишечного тракта). После прохождения этих исследований пациент направляется к врачу-анестезиологу-реаниматологу для детальной их оценки. Если выявляются отклонения по тем или иным показателям, изменение которых будет являться противопоказанием в настоящий момент к проведению хирургического либо лекарственного лечения, то пациент направляется к профильному специалисту для узкоспециализированного лечения. В случае высоких показателей глюкозы крови пациент должен обратиться к врачу-эндокринологу, который назначит сахароснижающую терапию. При отклонениях со стороны сердечно-сосудистой системы врачом-кардиологом вырабатывается план кардиотропного лекарственного лечения. После купирования выраженности сопутствующей патологии пациенту выполняется контрольное обследование.

Данные мероприятия по выявлению и коррекции сопутствующих заболеваний выполняются независимо от того, какое лечение рака предстательной железы показано пациенту. Неблагоприятным образом проявить себя обострение сопутствующей патологии может как во время или после операции, так и во время проведения лекарственной терапии. Поэтому очень важно перед проведением самого лечения соблюсти все меры предосторожности, чтобы избежать нежелательных последствий, к которым однозначно могут привести высокие показатели сахара крови, выраженные нарушения сердечного ритма или высокое артериальное давление.

Вне всяких сомнений рак предстательной железы является грозным заболеванием, которое нужно лечить. Тем не менее медицину характеризует взвешенный подход. Один из главных постулатов, которому следуют все врачи всех специальностей без исключения, – «Не навреди!». Очень важно, чтобы планируемое лечение являлось прежде всего безопасным для пациента. Следуйте рекомендациям ваших лечащих врачей и не пренебрегайте вопросами по моментам, которые вам не совсем ясны. Лечащий врач поможет более осознанно и с пониманием относиться к заболеванию. ☺☺☺

ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА: РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

## КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К ПРОЦЕДУРЕ Химиотерапия при раке предстательной железы



Опухоли простаты на ранних стадиях прогрессирования имеют бессимптомное течение. По этой причине диагностика заболевания в большинстве случаев становится эффективной, когда опухоль достигает значительных размеров и начинает себя проявлять, а также начинается процесс метастазирования. Химиопрепараты применяются в том случае, если гормональные средства не дают должного результата.

**Химиотерапия рака простаты – распространенный и эффективный метод, направленный на борьбу со злокачественным образованием с помощью специальных противоопухолевых средств. Они замедляют процессы деления клеток в опухоли или непосредственно разрушают раковые клетки, а также борются с метастазами, распространившимися по организму. Химиотерапия назначается самостоятельно или комплексно с операцией, лучевой или гормональной терапией.**

Преимущество противоопухолевых средств заключается в возможности использования их при агрессивных опухолях предстательной железы, которые уже дали метастазы или не могут быть удалены хирургически. Сочетание с операцией и гормональными препаратами позволяет стабилизировать или улучшить состояние пациента.

На начальных этапах прогрессирования рака простаты химиотерапия малоэффективна и преимущество отдадут гормональной терапии. Это обусловлено тем, что при злокачественном образовании предстательной железы рост опухолевых клеток практически такой же, как и у здоровых. Цитостатики же действуют исключительно на быстро-

растущие клеточные структуры. Поэтому чаще всего противоопухолевые препараты назначаются на III–IV стадии болезни.

В зависимости от цели проведения химиотерапии при раке предстательной железы выделяют следующие виды лечения:

- **Неoadъювантная химиотерапия.** Назначается перед хирургическим удалением опухоли. Цель – уменьшение ее размера до тех пор, пока она не станет резектабельной.
- **Адъювантная химиотерапия.** Показана после хирургического удаления опухоли с целью уничтожения оста-



точных злокачественных клеток в ложе удаленной опухоли или метастазов, а также для предотвращения рецидивов.

• **Паллиативная химиотерапия.** Назначается при новообразованиях на поздних стадиях прогрессирования заболевания, когда невозможно другое лечение. Направлена на облегчение симптомов заболевания и на улучшение качества жизни пациента.

Схема проведения химиотерапии разрабатывается индивидуально в зависимости от стадии злокачественного новообразования и состояния организма больного. Для начала назначается комплексное инструментальное и лабораторное обследование. В него могут входить КТ и МРТ с внутривенным контрастированием или без него, остеосцинтиграфия, ПЭТ-КТ. Обязательным является морфологическое исследование опухолевой ткани, получаемой с помощью биопсии. Также сдаются общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. На основании полученных результатов врачебный консилиум определяет наиболее эффективные и безопасные препараты, количество курсов и продолжительность терапии.

Перед проведением химиотерапии рака простаты проводится подготовка, которая направлена на уменьшение негативных последствий от лечения. Перед введением хи-

миопрепаратов проводится премедикация для поддержки функции печени, почек и сердца и профилактики побочных эффектов. Для контроля состояния внутренних органов пациент регулярно сдает биохимический и общий анализ крови для своевременного реагирования лечащего врача на изменения показателей функций того или иного органа, так как химиопрепараты часто токсичны.

На первом цикле химиотерапии в большинстве случаев достаточно принимать противорвотные средства. Перед следующими курсами схема лечения при необходимости корректируется. Сначала вводятся наиболее эффективные и менее токсичные препараты, так называемые препараты первой линии. Курс длится от 4 до 6 месяцев. Если эффект отсутствует, то используется вторая линия препаратов, при необходимости – третья линия и т.д.

В среднем один цикл химиотерапии при раке простаты проводится 1 раз через 1–4 недели. Параллельно назначаются поддерживающие препараты, снижающие побочные эффекты и облегчающие состояние пациента. Длительность терапии определяется индивидуально в соответствии с клиническими рекомендациями. Все зависит от того, насколько эффективны будут подобранные препараты и как пациент будет переносить терапию.

В некоторых случаях при раке предстательной железы требуется длительное лечение, которое продолжается до

6 месяцев. Между циклами необходимы перерывы для восстановления ресурсов организма. Назначаются противоопухолевые средства преимущественно внутривенно. Пероральный прием возможен в исключительных случаях. ☺☺☺

*Эффективность химиотерапии при раке простаты определяется в соответствии с ответом организма:*

- **Полный ответ.** Злокачественная опухоль и метастазы полностью уничтожаются. Данное состояние поддерживается на протяжении 4 недель с момента исчезновения новообразования.
- **Частичный ответ.** На протяжении 4 недель наблюдается уменьшение очагов злокачественного новообразования суммарно на 50% и более. Заболевание при этом не прогрессирует.
- **Стабилизация состояния.** Злокачественный процесс не распространяется и опухолевые очаги не увеличиваются в размерах, но полного или частичного ответа не наблюдается.
- **Прогрессирование.** Опухоль продолжает увеличиваться в размерах и наблюдается появление новых очагов, метастазов.

**ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА: РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

# Современные методы терапии рака предстательной железы

**Современная медицина предлагает несколько вариантов терапии рака предстательной железы. Наиболее популярны: хирургическое вмешательство, химиовоздействие, лучевое и гормональное лечение. В зависимости от ситуации могут использоваться комбинированные методы. Постараемся вместе разобраться в современных методах терапии.**

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Радикальная простатэктомия – это хирургическое удаление предстательной железы. Это лечение является вариантом лечения рака предстательной железы (РПЖ), который не распространился за пределы самой железы.

Как и любая операция, эта операция сопряжена с некоторыми рисками, такими как недержание мочи и эректильная дисфункция. В крайне редких случаях проблемы, возникающие после операции, могут привести к летальному исходу.

Существует вероятность, что РПЖ может рецидивировать после проведенного лечения. Исследования показали, что лучевая терапия (ЛТ) после операции может увеличить шансы на стойкую ремиссию заболевания, но все еще проводятся исследования для определения времени после операции, когда ее следует использовать.



## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хирургия является основным и эффективным методом лечения РПЖ при нераспространенном заболевании. Основным видом оперативного вмешательства при РПЖ является радикальная простатэктомия. При этой операции удаляются предстательная железа, подлежащая клетчатка, семенные пузырьки.

## Открытая или лапароскопическая радикальная простатэктомия

При более традиционном подходе к простатэктомии, называемой открытой простатэктомией, производится нижний срединный разрез через кожу надлобковой зоны, чтобы осуществить доступ к железе и прилегающей клетчатке.

При лапароскопической простатэктомии хирург делает несколько небольших отверстий и использует специальные длинные хирургические инструменты (манипуляторы) для удаления железы через них. Такая операция называется «щадящая», так как восстановительный период после операции короткий. Но разные типы операции хороши при разных клинических ситуациях и проведение лапароскопической операции подходит не всем пациентам.

## Открытая простатэктомия

### Радикальная позадилобковая простатэктомия

Для этой открытой операции хирург делает надрез в нижней части живота. Пациент будет находиться под общей анестезией либо под проводниковой анестезией (спинальная или эпидуральная анестезия) во время операции. Если есть подтвержденные данные о распространенности опухолевого процесса на близлежащие лимфатические узлы, может производиться лимфодиссекция.

### Радикальная промежностная простатэктомия

При такой открытой операции хирург делает надрез на коже между анусом и мошонкой (промежностью). Этот подход используется реже, потому что он с большей вероятностью приведет к такой проблеме, как эректильная дисфункция, и регионарные лимфатические узлы недоступны для удаления. Данный вид операции может привести к более быстрому выздоровлению, чем ретролобковая простатэктомия.

## Лапароскопическая радикальная простатэктомия

При лапароскопической радикальной простатэктомии (ЛРПЭ) оперирующий хирург вводит инструменты-манипуляторы в брюшную стенку через маленькие разрезы. На конце одного из инструментов есть небольшая видеокамера, которая позволяет хирургу визуализировать железу.

Данная операция имеет некоторые преимущества перед открытой радикальной простатэктомией, что выражается в меньшей кровопотере, меньшем болевом синдроме, более коротком пребывании в больнице и более быстром восстановлении. Частота основных побочных эффектов ЛПРЭ, таких как эректильная дисфункция и недержание мочи, примерно такая же, как и при открытой простатэктомии.

## Робот-ассистированная лапароскопическая радикальная простатэктомия

В этом подходе, также известном как роботизированная простатэктомия, лапароскопическая операция выполняется с использованием робота-ассистента. Хирург производит свои манипуляции при помощи пульт-системы, находящейся в операционной, которая управляет роботом-ассистентом (см. рисунок). Роботизированная простатэктомия имеет преимущества перед открытым подходом с точки зрения меньшего болевого синдрома, кровопотери

Общий вид оборудования для проведения робот-ассистированной простатэктомии.



и времени восстановления, а также точности выполнения манипуляции. Относительно побочных эффектов, которые больше всего беспокоят пациентов, – проблемы с мочеиспусканием или эрекцией, при данном методе лечения несколько меньше по сравнению с открытой и лапароскопической простатэктомией.

## Трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП)

Данный вид хирургического лечения чаще всего используется для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Но иногда он также используется у мужчин с распространенным РПЖ, чтобы облегчить симптомы, такие как затрудненное мочеиспускание, но данный метод не используется для лечения рака.

Во время этой операции хирург удаляет ткань предстательной железы и прилегающую уретру. При этой операции кожа не затрагивается. Инструмент, называемый резектоскопом, вводят через кончик полового члена в уретру до уровня предстательной железы. После того, как он достиг нужного места, используется лазер для диссекции ткани. При данном хирургическом лечении используется спинальная или общая анестезия.

## ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ



ЛТ является одним из вариантов лечения РПЖ, как радикальной терапии, так и с паллиативной целью. ЛТ при РПЖ чаще используют для замедления прогрессирования РПЖ и облегчения симптомов при распространенных опухолях. Обычно ЛТ проводится амбулаторно, короткими сессиями в течение 5 дней в неделю, обычно от 4 до 8 недель. Существуют побочные эффекты, связанные с ЛТ:

- дискомфорт вокруг ягодиц;
- диарея;
- регионарная алопеция;
- усталость;
- воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря, которое может вызвать боль при мочеиспускании и потребность в более частом мочеиспускании.

ЛТ также несколько чаще, чем другие методы лечения, вызывает проблемы с анальным отверстием средней и тяжелой степени, такие как покраснение и воспаление слизистой и кожи, дискомфорт, диарея, кровоточивость.

Также пациент может получить гормональную терапию (ГТ) в комбинации с ЛТ, что повышает шансы на успешное лечение.

## Брахитерапия

Брахитерапия – это форма ЛТ, при которой доза облучения доставляется внутрь предстательной железы при помощи специальных радиоактивных носителей (спицы, иглы, бусы). Этот метод также известен как внутритканевая ЛТ.

Облучение может быть доставлено с помощью нескольких крошечных радиоактивных семян (бус-шариков), имплантированных в опухоль при помощи хирургической иглы. Оставаясь в ткани железы, бусы облучают местно опухоль, оказывая тем самым лечебное воздействие. Бусы сделаны из инертного металла, поэтому их последующее удаление из организма не требуется.

Это так называемая брахитерапия с низкой мощностью дозы.

Излучение также можно доставлять через тонкие радиоактивные стержни, помещаемые внутрь железы. Часто брахитерапия РПЖ проводится с высокой мощностью дозы.

Идея этого метода заключается в том, чтобы доставить высокую дозу радиации к предстательной железе, сводя к минимуму повреждение близлежащих тканей.

Мощность дозы в ткани железы зависит от используемого радионуклида и длительности его пребывания в органе. Чаще всего в практике сегодня используют радиоактивный йод и иридий.

Риск развития проблем с мочеиспусканием при такой методике выше, чем при ЛТ, хотя риск проявления сексуальной дисфункции такой же. Реакции со стороны кишечника немного ниже.

## ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

ГТ часто используется в сочетании с ЛТ. Например, пациент получает ГТ перед ЛТ, чтобы увеличить шансы на успешное лечение. Это также может быть рекомендовано и после ЛТ, чтобы уменьшить вероятность рецидивирования опухоли. ГТ как монотерапия не излечивает от РПЖ. Ее можно использовать для замедления прогрессирующего РПЖ и облегчения симптомов.



## СУЩЕСТВУЕТ МНОЖЕСТВО МЕТОДИК СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, НО ВАЖНО, ЧТОБЫ КАЖДЫЙ ПАЦИЕНТ ПОЛУЧИЛ ПОДХОДЯЩЕЕ ИМЕННО ДЛЯ НЕГО ЛЕЧЕНИЕ, ПОЭТОМУ ВАЖНО СОБЛЮДАТЬ ДВА ПРАВИЛА: ОБРАТИТЬСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ВОВРЕМЯ И НЕ ИСКАТЬ ПУТЕЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ.

Гормоны контролируют рост клеток предстательной железы, в частности, гормон тестостерон. Цель ГТ состоит в том, чтобы заблокировать проявление тестостерона, остановив его выработку, либо снизить способность организма использовать тестостерон.

ГТ может проводиться в виде:

- инъекций;
- per os (таблетки);
- комбинации обоих методов.

Основные побочные эффекты ГТ связаны с ее влиянием на уровень тестостерона. Обычно они исчезают после прекращения лечения. К ним относятся снижение полового влечения и эректильная дисфункция (это чаще встречается при инъекциях, чем при приеме таблеток).

Другие возможные побочные эффекты включают:

- приливы жара;
- потливость;
- увеличение массы тела;
- набухание и болезненность грудных желез.

Альтернативой ГТ является хирургическое удаление яичек (орхидэктомия). Это не излечивает от РПЖ, но, удаляя данный орган, значительно снижаются показатели тестостерона, который они вырабатывают в норме.

## ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫЙ ФОКУСИРОВАННЫЙ УЛЬТРАЗВУК

Высокоинтенсивный фокусированный ультразвук (HIFU) иногда используется для лечения локализованного РПЖ, который не распространился за пределы железы. Ультразвуковой датчик, введенный в прямую кишку, испускает высокочастотные звуковые волны через стенку органа.

Эти звуковые волны негативно действуют на раковые клетки в предстательной железе, нагревая их до высокой температуры и разрушая впоследствии. Риск побочных эффектов от HIFU обычно ниже, чем при других методах лечения. Но возможные последствия могут включать эректильную дисфункцию или недержание мочи. Проблемы с анальным отверстием возникают редко. Свищ, когда между мочевыделительной системой и прямой кишкой образуется аномальный канал, также встречается редко. Это связано с тем, что лечение нацелено только на пораженную зону железы, а не на всю площадь.

## КРИОТЕРАПИЯ

Криотерапия – это метод воздействия на злокачественные клетки путем их замораживания. Иногда его используют для лечения локализованного РПЖ, который не распространился за пределы железы.

Крошечные зонды, называемые криониглами, вводятся в предстательную железу через стенку прямой кишки. Они замораживают ткань предстательной железы и уничтожают злокачественные клетки, но вместе с ними погибают и некоторые нормальные клетки.

Цель данной методики состоит в максимальном воздействии на злокачественную ткань, минимизируя ее действие на здоровую.

Побочные эффекты криотерапии традиционные:

- эректильная дисфункция;
- недержание мочи.

Как вы уже могли заметить, для лечения местно-распространенного РПЖ, который не выходит за пределы органа, используют локальные методы воздействия, будь то брахитерапия или криодеструкция. Такой подход важен для сохранения здоровых окружающих тканей и снижения числа возможных побочных эффектов.

## ЛЕЧЕНИЕ ЗАПУЩЕННОГО РАКА ПРОСТАТЫ

Если рак достиг поздней стадии, вылечить его уже невозможно. Но, возможно, удастся замедлить его прогрессирование, продлить жизнь пациента и облегчить симптомы.

Если рак распространился на другие органы и системы (произошло метастазирование), возможно использовать системную лекарственную терапию.

## Химиотерапия

Химиотерапия действует на быстро делящиеся клетки, как злокачественные, так и доброкачественные, препятствуя их распространению по организму.

Основные побочные эффекты химиотерапии связаны с тем, что она влияет на здоровые клетки, такие как иммунные.

Побочные эффекты:

- инфекции;
- усталость;
- алопеция;
- потеря аппетита;
- диспепсические проявления и рвота.

Многие из этих побочных эффектов можно предотвратить или контролировать с помощью других лекарств, которые может назначить ваш врач.

## Стероиды

Стероидные препараты используются, когда ГТ больше не работает, потому что рак устойчив к ней. Это называется кастрационно-резистентным раком предстательной железы. Стероиды могут быть использованы, чтобы попытаться уменьшить опухоль и остановить ее рост.

## Иммунотерапия

Иммунотерапия – это использование лекарственных средств для стимуляции собственной иммунной системы человека для более эффективного распознавания и уничтожения имеющихся в организме злокачественных клеток. Некоторые виды иммунотерапии могут быть использованы для лечения РПЖ.

**На сегодняшний день специалисты используют множество методик специального лечения РПЖ. Важно, чтобы каждый пациент с РПЖ получил свое, подходящее именно для него лечение, которое приведет к наилучшим результатам. По этой причине важно соблюдать два правила: обратиться за медицинской помощью вовремя и не искать путей для самостоятельного решения проблемы. 🗣️**

Источники:

1. Эл. ресурс: <https://www.nhs.uk/conditions/prostate-cancer/treatment/>
2. Эл. ресурс: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/treating.html>

# Сильнее рака простаты: как найти внутренние ресурсы для преодоления эмоциональных трудностей



Диагноз «рак простаты» не только означает физические изменения в организме, но и вызывает эмоциональный стресс как у пациента, так и у его близких.

Это заболевание сопровождается множеством переживаний, таких как страх, беспокойство, тревога, депрессия, поэтому очень важно не забывать о психологической поддержке при борьбе с раком простаты.

Мужчина, столкнувшийся с раком простаты, может испытывать чувство уязвимости, поскольку это заболевание напрямую связано с его мужской идентичностью и способностью к сексуальной активности.

понятию, как «стадии психологического переживания болезни»:

- 1 Отрицание:** на этой стадии человек отказывается признавать тот факт, что он болен, и игнорирует свои симптомы.
- 2 Гнев:** на этой стадии человек осознает, что он болен, и это вызывает у него гнев и раздражение. Он может чувствовать обиду на окружающих, на Бога, на судьбу, на свое тело.
- 3 Торг:** на этой стадии человек пытается «торговаться» с судьбой. Он обещает сделать что-то хорошее, если его здоровье вернется. Он может также искать альтернативные способы лечения, верить в чудодейственные средства и методы.
- 4 Депрессия:** на этой стадии человек чувствует глубокую печаль и безысходность. Он может переживать потерю смысла жизни и надежды на выздоровление.
- 5 Принятие:** на этой стадии человек принимает тот факт, что он болен, и начинает искать способы жить с этим. Он может начать учиться новым навыкам, менять свой образ жизни, искать поддержку в окружающих людях.

Понимание этих стадий может быть важно, потому что это помогает осознать, что переживания – нормальная реакция на болезнь. Кроме того, знание этих стадий помогает людям, которые общаются с больными, понимать их переживания и предлагать им поддержку и помощь в соответствии с их потребностями.

## Как поговорить с близкими

Стоит обратить внимание на важность общения с близкими людьми, которые могут поддержать пациента в трудные моменты. Часто бывает, что родные хотят помочь, но не знают, как это сделать. Важно выстраивать искреннее и открытое общение с близкими, выражать свои чувства и говорить о своих переживаниях и о том, чем сейчас можно помочь. На такой подход в большинстве случаев откликнется ответной честностью, а поддержка дает силы для борьбы с болезнью.

## Как выстроить слаженное общение с врачом

При лечении рака очень важно эффективное взаимодействие между пациентом, его близкими и медицинскими работниками. Лечащий врач при таком взаимодействии сможет объяснить пациенту и его близким все о лечении, ожидаемых результатах, а также обеспечить необходимую поддержку и помощь, что в свою очередь ведет к более результативному лечению. Слаженная коммуникация поможет улучшить самочувствие и качество жизни пациентов, а совместное с врачом обсуждение проблем и принятие решений важны на всех этапах лечения и поддерживающей терапии рака. Часто бывает, что стресс не позволяет запомнить все, что говорит лечащий врач на приеме, это нормально и характерно для такой ситуации. Старайтесь делать записи информации от врача, это позволит снизить эмоциональный отклик в момент восприятия информации, а записи всегда можно перечитать в спокойной обстановке.

Приходите на прием с тем из близких, кто сможет поддержать вас и задать уточняющие вопросы врачу.

## Где искать информацию о раке

В современном мире многие люди используют Интернет, чтобы узнать больше о своем заболевании, лечении и прогнозе. Тревога заставляет искать новую информацию, но из-за противоречивости данных в Интернете можно запутаться и начать волноваться сильнее. Выбирая источники, нужно обращать внимание на официальные сайты здравоохранения, научные журналы, ссылки на официальные и научные источники, медицинскую статистику и актуальные даты. Вся информация должна быть адаптирована к вашему конкретному случаю, включая особенности здоровья, образ жизни, систему здравоохранения и другие обстоятельства. Если нужно разобраться в медицинских заключениях, обратитесь к вашему врачу.

## Где найти силы

Попробуйте вспомнить, как вы справлялись с трудностями в жизни, и попробуйте применить эти знания к ситуации, связанной с вашим лечением:

- Ориентируйтесь на свои убеждения и моральные ценности, это поможет вам находить смысл и цель в процессе лечения.
- Разрешайте себе чувствовать эмоции, не стесняйтесь выражать их. Это поможет вам освободиться от стресса и напряжения, которые могут усугубить болезнь.
- Старайтесь поддерживать свои социальные связи и не изолироваться, так как общение с близкими и друзьями поможет вам сохранять позитивный настрой и чувство поддержки.
- Используйте свое воображение и творческие способности для поиска решений и вдохновения. Визуализируйте ваше выздоровление.
- Проявляйте рациональное мышление и разумный подход к лечению. Не бойтесь задавать вопросы врачам и искать информацию, которая поможет вам принимать информированные решения.
- Старайтесь поддерживать свое тело активным и по мере возможности вести привычный образ жизни. Это может улучшить ваше настроение и общее самочувствие. Болезнь – это испытание, которое вы должны успешно преодолеть, и в этом процессе очень важна психологическая поддержка, которая может помочь пациенту справиться с эмоциональными трудностями, улучшить качество жизни и повысить шансы на выздоровление. Помните, что вы всегда можете позвонить на горячую линию 8 (800) 100-01-91 – получить необходимую поддержку и задать вопросы консультантам Службы «Ясное утро». Мы всегда готовы не только поддержать вас, но и помочь найти необходимые и надежные сведения, а также предоставить консультацию юриста. Бесплатно. Круглосуточно. Анонимно. ☺☺☺

Автор: психолог-консультант  
Службы «Ясное утро»  
Морозова Алина



# ПРОТОННАЯ ТЕРАПИЯ

## ЧТО ТАКОЕ ПРОТОННАЯ ТЕРАПИЯ?

Протонно-лучевая терапия – тип лучевой терапии, в котором для лечения определенных видов рака используется пучок протонов высокой энергии, представляющих собой небольшие части атомов, а не рентгеновские лучи высокой энергии (называемые фотонами).

Протонная лучевая терапия позволяет точно направить дозу протонов высокой энергии на опухоль, уменьшая повреждение окружающих здоровых тканей и жизненно важных органов, что является преимуществом для определенных групп пациентов или локализации поражения.

*Если назначена протонная терапия, вы, скорее всего, пройдете сеанс симуляции лечения, во время которого устанавливают иммобилизирующее устройство, чтобы гарантировать одно и то же точное положение для каждого сеанса лечения. Будет проведена компьютерная томография для создания виртуальной модели вашей опухоли, а также могут быть использованы другие процедуры визуализации, которые помогут определить ее точную форму и местоположение. Врач даст вам конкретные инструкции в зависимости от типа проводимого исследования.*

## КАК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ?

Протоны – это частицы, несущие положительный заряд. Подобно тому, как рентгеновские лучи (также известные как фотоны) применяют для лечения как доброкачественных, так и злокачественных опухолей, пучки протонов могут использоваться для облучения опухолей аналогичным образом. Нет существенной разницы в биологическом действии протонов по сравнению с фотонами. Однако протоны доставляют дозу радиации к опухолевой ткани гораздо более ограниченным путем, чем фотоны. Попадая в организм, протоны выделяют большую часть своей энергии в области опухоли и в отличие от фотонов доставляют лишь минимальную дозу за пределы опухоли. Поэтому доза облучения может гораздо плотнее прилегать к опухоли и здоровые ткани могут быть менее повреждены, особенно при меньших размерах опухоли. В результате этого врач онколог-радиолог может дать еще большую дозу на опухоль, сводя к минимуму нежелательные побочные эффекты. Это особенно важно при лечении детей, ведь протоны помогают уменьшить облучение растущих и развивающихся тканей.

### Наиболее частые локализации, при которых используется протонная терапия

1. Легкие.
2. Простата.
3. Головной мозг.
4. Печень.
5. Грудь.
6. Пищевод.
7. Прямая кишка.
8. Саркомы основания черепа.
9. Детские опухоли головного мозга.
10. Голова и шея.
11. Меланомы глаз.

## КТО УЧАСТВУЕТ В ДАННОЙ ПРОЦЕДУРЕ?

Как и в случае с другими формами дистанционной лучевой терапии, для протонной лучевой терапии требуется лечебная бригада, в которую входят онколог-радиолог, медицинский физик, дозиметрист. Онколог-радиолог – врач, который оценивает состояние пациента и определяет соответствующую терапию, зону и дозу облучения. Медицинский физик и дозиметрист составляют расчеты лечения, чтобы обеспечить точное облучение.

## КАКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ?

В протонно-лучевой терапии применяют специальные аппараты, наиболее распространенные – циклотрон и синхротрон, для генерации и ускорения протонов скоростью до 60% от скорости света и энергии до 250 млн электрон-вольт.



Эти высокоэнергетические протоны направляются магнитами к процедурному кабинету, а затем к определенной части тела, подвергаемой лечению. В некоторых старых протонных машинах требуется дополнительное оборудование для изменения диапазона протонов и формы луча. Более новые устройства вносят аналогичные коррективы, точно настраивая энергию луча и магнитные поля, кото-

Пациент входит в кабинет и на него надевают его личное иммобилизирующее устройство. Пациент позиционируется с помощью лазерного излучения с точностью до нескольких миллиметров от необходимого положения, что по сравнению с изображениями, полученными во время моделирования, позволяет убедиться, что пациент принял соответствующее положение. В некоторых случаях си-

## ПЕРЕДОВЫЕ МЕТОДЫ, ТАКИЕ КАК ПРОТОННАЯ ТЕРАПИЯ, ПОЗВОЛЯЮТ ОНКОЛОГАМ-РАДИОЛОГАМ МАКСИМИЗИРОВАТЬ СПОСОБНОСТЬ РАДИАЦИИ УНИЧТОЖАТЬ РАК, СВОДЯ К МИНИМУМУ ЕЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ.

рые определяют его путь («сканирование карандашным лучом», или «сканирующий луч»). Эти модификации направляют протонный пучок точно в то место в теле, куда он доставит энергию, необходимую для разрушения опухолевых клеток.

### НУЖНА КАКАЯ-ТО ОСОБАЯ ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ?

Прежде чем пациент начнет протонную терапию, необходимо выполнить несколько подготовительных шагов. Первым шагом в подготовке к лечению является симуляция, в ходе которой пациента помещают в специализированное иммобилизационное устройство, чтобы обеспечить точное и воспроизводимое положение для каждой процедуры. Иногда необходимо разместить металлический маркер (опознавательный маркер) внутри или вокруг опухоли, чтобы помочь в лечении. При необходимости процедуру выполняют за несколько дней до симуляции.

Используемое устройство для иммобилизации пациента зависит от локализации опухоли. Для лечения над шеей можно поместить специальную маску вокруг лица или специальную капу, которую временно прикрепляют к зубам. Для лечения ниже шеи специальные формы можно расположить под телом или вокруг него. После того, как устройство иммобилизации изготовлено, пациенты проходят компьютерную томографию (КТ), которая используется для создания виртуальной трехмерной реконструкции опухоли и нормальных тканей вокруг нее. Онкологи-радиологи определяют границы опухоли и окружающих нормальных структур в этой виртуальной компьютеризированной трехмерной модели и работают с физиками над определением наиболее безопасных и эффективных методов облучения. КТ выполняется в том же положении, что и при лечении. Дополнительные исследования, такие как магнитно-резонансная томография или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с КТ, часто необходимы, чтобы помочь врачу точно определить местоположение и размер опухоли или критических структур.

### КАК ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРОЦЕДУРА?

Протонная лучевая терапия обычно проводится амбулаторно. Для большинства опухолевых участков стандартный курс лечения составляет от 2 до 8 нед, при этом лечение проводится 5 дней в неделю. Продолжительность каждого лечения зависит от типа опухоли и стадии. Доставка пучка протонов к пациенту длится всего несколько минут, хотя общее время пребывания в специализированном помещении (каньоне) больше (около 15–30 мин) – для позиционирования и регулировки параметров оборудования.

стема КТ будет использоваться для визуализации мишени перед каждым лечением. Этот специальный процесс выравнивания и визуализации повторяется перед каждой процедурой для обеспечения высочайшей точности.

После проверки позиционирования и параметров лечения онколог-радиолог и технологи выходят в комнату управления, расположенную рядом с каньоном, и начинают лечение. Во время лечения состояние пациента тщательно контролируется с помощью видеокамер и микрофона.

### ЧТО ЧУВСТВУЮТ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ?

Во время процедуры пациент не ощущает боль или дискомфорт. Однако после облучения могут возникнуть некоторые побочные эффекты, они будут контролироваться вашим онкологом-радиологом так же, как и при любом курсе облучения. Факторы, которые могут повлиять на ваше самочувствие после лечения, – величина дозы и применение одновременно химиотерапии.

#### Общие побочные эффекты:

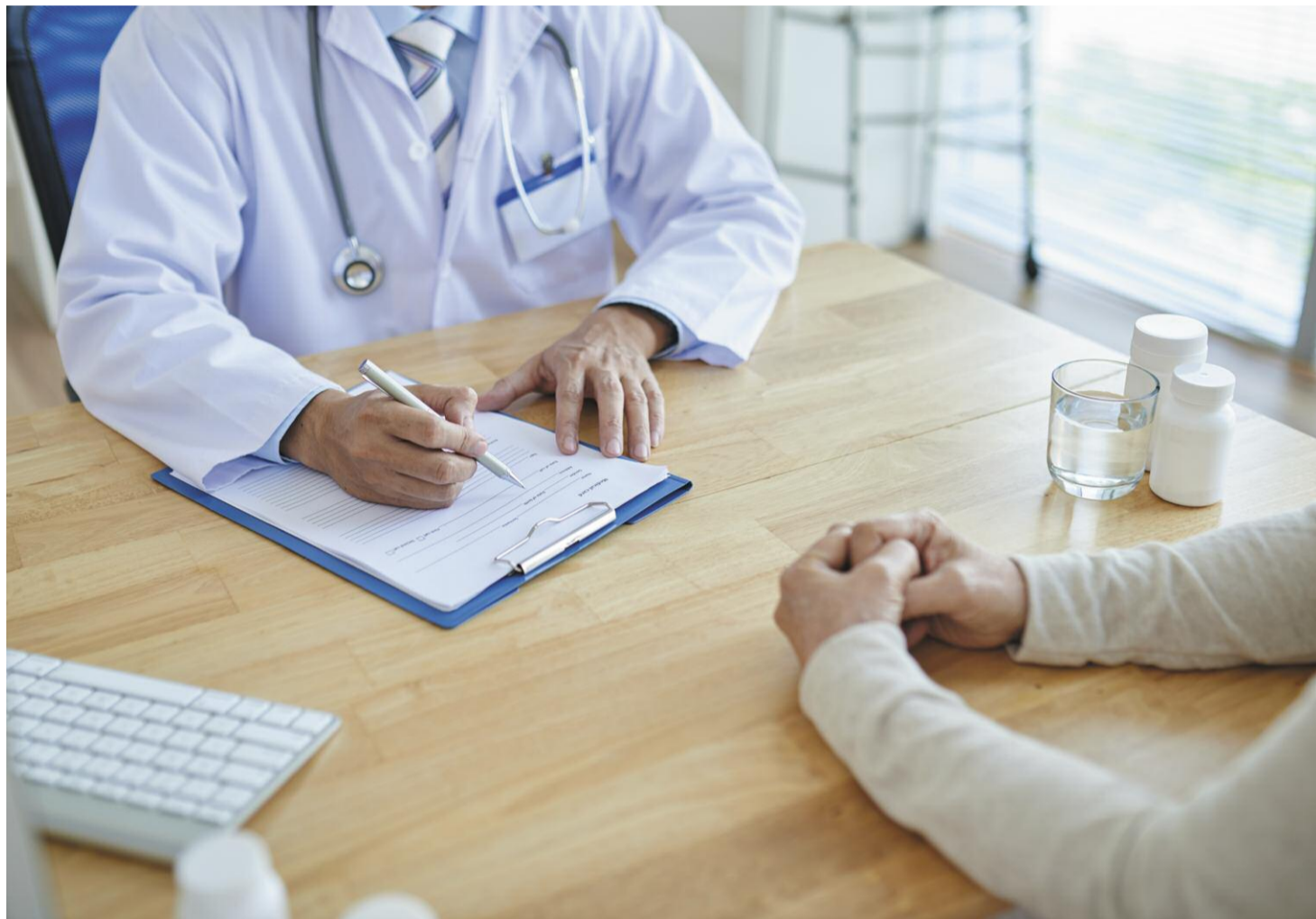
- выпадение волос в зоне облучения;
- поражение полости рта и затрудненное глотание;
- затруднение в употреблении и переваривании пищи;
- диарея;
- тошнота и рвота;
- головные боли;
- болезненность и отек в области лечения;
- нарушение мочеиспускания;
- бесплодие;
- лимфедема.

Радиация может вызывать ранние и поздние побочные эффекты. Ранние побочные эффекты возникают во время или сразу после лечения. Обычно они исчезают в течение нескольких недель. Общие ранние побочные эффекты включают усталость и проблемы с кожей. Кожа в зоне обработки может стать чувствительной, красной, раздраженной или опухшей. Другие изменения включают сухость, зуд, шелушение и образование волдырей.

Существует небольшой риск развития рака в результате лучевой терапии, однако при проведении протонно-лучевой терапии этот показатель значительно ниже. После лечения ваш онколог-радиолог будет регулярно проверять наличие осложнений и рецидивирующих или новых видов рака.

Передовые методы, такие как протонная терапия, позволяют онкологам-радиологам максимизировать способность радиации уничтожать рак, сводя к минимуму ее побочные эффекты. ☺☺☺

# Не выдают необходимые лекарства. Что делать?



«Прошу помощи!» – так чаще всего начинаются обращения, адресованные в «Движение против рака». Мы проанализировали обращения пациентов с диагнозом «рак предстательной железы», поступившие к нам в 2023 году, и сегодня разберем на конкретном примере одну из самых часто встречающихся проблем пациентов. **«У моего папы рак предстательной железы, опухоль и простата были удалены. Сейчас метастазы в кости. На консультацию к районному онкологу нужно было идти через терапевта, запись была длинная, обратились в Федеральный центр. Там был собран консилиум и назначено гормональное лечение. Мы купили лекарства сами и начали лечение. В диспансере онкоуролог посмотрел наши документы, согласился с назначенным лечением, пошёл посоветоваться в заведующей, а заведующая сказала, что маловероятно утвердят выдачу лекарства. Мы всё равно собираем дополнительные анализы и хотим подать на консилиум в диспансере. Онколог говорит, что вероятно вопрос вынесут на городской консилиум, но всё равно откажут. Как нам лучше действовать в данной ситуации?»** Мы специально сохранили орфографию и пунктуацию автора, возможно, многие из вас узнали в этой истории себя или своих близких. Итак, ваши действия – ответ юридической службы МОД «Движение против рака». В данном случае следует добиваться назначения лекарственных препаратов и оформления рецептов в онкологическом диспансере, где в настоящее время пациент получает медицинскую помощь. На какие нормы, законы при этом опираться, читайте внимательно и сохраните себе номер газеты в качестве памятки.

Из обстоятельств дела следует, что лечащим врачом лечебного учреждения по месту жительства (онкологического диспансера) не назначены лекарственные препараты, рекомендованные Федеральным центром.

Данное бездействие нельзя признать законным, поскольку оно противоречит положениям ст. 80 и ст. 81 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года No 890, Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ



В рассматриваемом случае пациенту следует обратиться в медицинскую организацию по месту жительства (онкологический диспансер) с заявлением на имя руководителя медицинской организации (в письменной форме) о рассмотрении врачебной комиссией данного вопроса (назначение лекарственных препаратов, рекомендованных в Федеральном центре). По результатам рассмотрения данных вопросов врачебной комиссией будет принято решение, которое будет оформлено протоколом и внесено в медицинскую документацию пациента.

Для сведения: Статья 48 Федерального закона от 21.11.2011 No 323-ФЗ закрепляет положение о врачебной комиссии.

В медицинской организации создается врачебная комиссия в целях совершен-

ствования организации оказания медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, обеспечения назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами, медицинской реабилитации, а также принятия решения по иным медицинским вопросам. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

В случае принятия отрицательного решения врачебной комиссией его следует обжаловать путем подачи заявления (жалобы) в Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Жалобу следует подавать в письменной форме, в том числе путем заполнения формы обращения на официальном сайте ведомства. Форма жалобы по данным вопросам не установлена, рекомендуем подавать жалобу в свободной форме, кроме того ее следует направить также в Департамент здравоохранения города или региональный Минздрав.

Советуем также ознакомиться с Приказом Минздрава России от 19.02.2021 No 116н, которым утвержден Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях. Обратите внимание на следующие пункты приказа.

Тактика лечения устанавливается консилиумом врачей, включающим врачей-онкологов, врача-радиотерапевта медицин-

Приказ Минздрава России от 19.02.2021 No 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»



ской организации, в составе которой имеются отделения хирургических методов лечения злокачественных новообразований, противоопухолевой лекарственной терапии, радиотерапии (далее – онкологический консилиум), в том числе онкологическим консилиумом, проведенным с применением телемедицинских технологий, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. При изменении метода лечения проведение онкологического консилиума обязательно. Решение онкологического консилиума, оформленное протоколом, вносится в медицинскую документацию пациента (п. 16 Порядка).

Кроме того, Приказом Минздрава России от 30.11.2017 No 965н утвержден Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Необходимость проведения консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в плановой форме устанавливает лечащий врач (п. 28 Порядка).

Лечащий врач формирует направление на консультацию согласно требованиям к порядку оформления направлений на консультации и согласует его (п. 30 Порядка). Таким образом, одновременно с подачей заявления о врачебной комиссии пациенту следует обратиться к своему лечащему врачу по профилю «Онкология» с просьбой о созыве консилиума врачей с обязательным участием медицинского работника сторонней медицинской организации, а именно ведущих лечебных учреждений по профилю «Онкология», в том числе с применением телемедицинских технологий, в целях определения тактики лечения и подтверждения необходимости назначения рекомендованных лекарственных препаратов.

Приказ Минздрава России от 30.11.2017 No 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»



МОД «Движение против рака» всегда готово помочь вам разобраться с вопросами реализации ваших прав на бесплатное медицинское обслуживание и лечение онкологических заболеваний. Поверьте, у пациентов в России есть очень большие возможности, которые обеспечила наша законодательная система. Звоните, пишите – разберемся вместе! ☺☺☺

Телефон горячей линии: 8 (800) 200-47-32 (будние дни, звонок по России бесплатный).

E-mail: [info@rakpobedim.ru](mailto:info@rakpobedim.ru)

КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К ПРОЦЕДУРЕ

# ЧТО ТАКОЕ ПОРТ-СИСТЕМА?

**«Порт-система» – слово, которое, наверное, слышал каждый. Правда мало кто представляет, что скрывается за этим термином. На самом деле так называется порт для длительной инфузии химиотерапевтических препаратов.**

Как известно, химиотерапевтическое лечение проходит в несколько этапов, длится не один час, а то и сутки... Используемые препараты негативно влияют на внутренний слой сосудов (интиму), что со временем может затруднить доступ к ним из-за их повреждений. По сравнению с применяемым периферическим катетером или проколом вен верхних конечностей порт-система имеет следующие преимущества:

- безболезненное введение лекарственных препаратов и забор крови для исследований;
- снижение вероятности повреждения сосудов и занесения инфекции во время выполнения процедур;
- уменьшение рисков ожога и некроза кожных покровов из-за попадания препаратов для химиотерапии на открытые участки кожи;
- профилактика истончения стенок вен и разрыва сосудов в результате частых инъекций;
- профилактика флебитов и флеботромбозов, которые могут появиться из-за разрушения сосудистых стенок.



Порт-система устанавливается подкожно, трубка подсоединяется к вене. Внешний доступ осуществляется специальной иглой через желтую мембрану.

(Источник фото Tristanb - en:Image:Porta-cath.jpg, Copyrighted free use, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=1487863>)

## ВИДЫ ПОРТ-СИСТЕМ

Существует много разновидностей порт-систем, основное отличие которых – доступ.

### Артериальный порт

Порт устанавливается в область грудной клетки, а катетер находится в артериальном кровеносном русле. Предназначается для введения химиотерапевтических препаратов в артерию. Применяется намного реже, чем порт с доступом в вену.

### Эпидуральная порт-система

Пациентам с сильными болями для купирования болевого синдрома необходимо постоянно вводить обезболивающие средства. Специально для таких случаев разработана эпидуральная порт-система, катетер которой размещается в эпидуральном пространстве\* позвоночного столба. При этом сама камера порта располагается под кожей спереди, на грудной клетке, а специальная силиконовая трубка выведена в область поясничного отдела позвоночника.

### Перитонеальная порт-система

В брюшной полости находится пространство, которое называется перитонеальным. Оно ограничено тонкой оболочкой – брюшиной (перитонеальной мембраной). Брюшина – это природная мембрана, которая использу-

ется в качестве фильтра для очищения крови и удаления жидкости.

Перитонеальная порт-система схожа с внутривенной системой для химиотерапии. Единственное отличие – дренажный катетер. На всем его протяжении расположены перфорированные линии, представленные маленькими отверстиями.

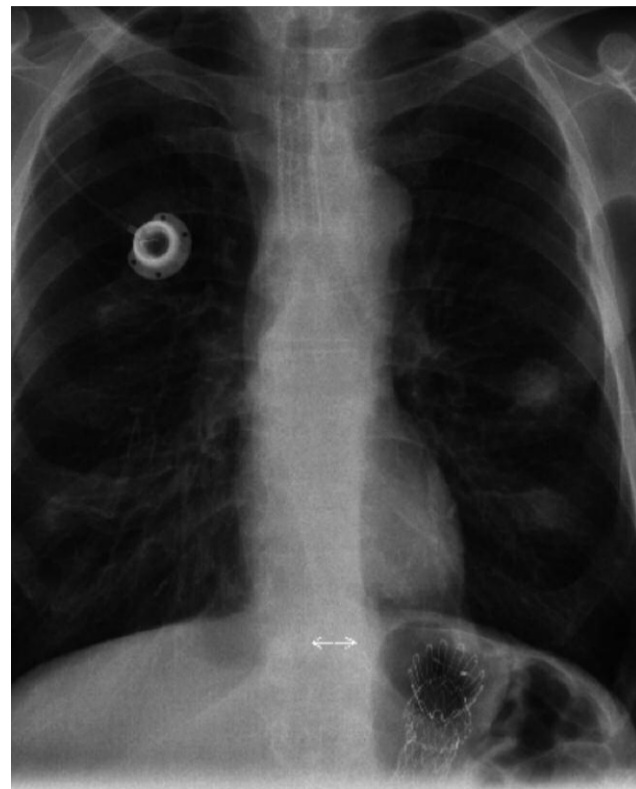
Главные функции перитонеальной порт-системы:

- облегчает процесс введения химиотерапевтических препаратов при назначении регионарной химиотерапии – прямо в брюшную полость (PIRAC, HIPAC);
- позволяет осуществить доступ к откачиванию свободной жидкости из живота (экссудат).

Порт-система с перитонеальным доступом устанавливается всем пациентам, у которых в результате распространенного злокачественного процесса развился асцит. Количество асцитической жидкости нередко может достигать объема в 10–12 л.

### Плевральная порт-система

Плевральная полость – щелевидное пространство между париетальным (наружным) и висцеральным (внутренним) листками плевры, окружающими каждое легкое. Плебра представляет собой гладкую серозную оболочку. Пари-



Рентгенограмма грудной клетки, показывающая имплантированный порт.

Источник фото: Author – Pixman, [https://en.wikipedia.org/wiki/Port\\_\(medical\)#/media/File:Portkatheter\\_R%C3%B6ntgen.JPG](https://en.wikipedia.org/wiki/Port_(medical)#/media/File:Portkatheter_R%C3%B6ntgen.JPG)

В положении лежа на спине пациенту в верхней трети грудной клетки выполняется кожный разрез длиной 2 см. Далее формируется полость для будущего порта. Под контролем ультразвукового датчика производится

**Во время хирургического вмешательства пациент не чувствует никаких болезненных ощущений и дискомфорта. Через 3 ч после операции и проверки работоспособности порта пациент может идти домой.**

## ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

«На какой период должна быть установлена порт-система; какой у нее срок годности; может ли она засориться?»

Отвечая на вопросы, сразу скажем, что данная система устанавливается на весь период химиотерапевтического лечения – от 6 мес до нескольких лет. Бывают случаи, когда лечащий врач принимает решение о временной приостановке курса химиотерапии по причине непереносимой токсичности для организма, но порт-система остается работоспособной.

тальный листок плевры выстилает стенки грудной полости, висцеральный – покрывает легкое и его анатомические структуры (сосуды, бронхи и нервы). В норме плевральные полости содержат незначительное количество серозной жидкости, но на фоне появления злокачественной патологии (опухолевые узлы, метастатические отсевы), локализованной в области легких, в плевральной полости появляется злокачественный выпот (патологическая жидкость). Для его удаления необходима мини-операция с дренированием полости (торакоцентез). Именно с этой целью и устанавливают плевральную порт-систему. При необходимости через нее можно вводить лекарственные средства для локальной химиотерапии.

## УСТАНОВКА

Так как система непростая, установка ее предполагает проведение хирургического вмешательства в условиях рентген-операционной и с местной анестезией.

прокол внутренней яремной вены, затем устанавливается трубчатый катетер. После успешно проведенной манипуляции камера порта и катетер присоединяют друг к другу и порт-систему устанавливают в сформированную ранее полость. На кожу накладываются косметические швы. Обязательно проводится контроль работы установленной системы:

- 1) производится эвакуация незначительного количества крови через шприц;
- 2) вводится физиологический раствор;
- 3) проводится контрольная рентгенография – проверка положения порт-катетера.

Во время хирургического вмешательства пациент не чувствует никаких болезненных ощущений и дискомфорта. Через 3 ч после операции и проверки работоспособности порта пациент может идти домой.

## ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Доступ к катетеру осуществляется уколом специальной иглой (игла Губера). Ее кончик имеет слегка скругленную конструкцию, поэтому при прохождении через силиконовую мембрану игла не повреждает ее, а аккуратно раздвигает материал. Благодаря этому обеспечивается полная герметичность системы и исключается риск инфицирования. ☺☺☺

## ВАЖНО!

### Уход за подкожной порт-системой

Средний медицинский персонал обучит пациента и членов его семьи уходу за порт-системой. Ее следует промывать каждые 4 нед гепаринизированным раствором\*.

\*Гепарин – лекарственный препарат, предотвращающий свертывание крови и закупорку катетера.

\*Эпидуральное пространство находится между твердой оболочкой спинного мозга и надкостницей позвонков, в нем находятся соединительная ткань и венозные сплетения.

КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К ПРОЦЕДУРЕ

# ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ



**Паллиативная медицинская помощь (ПМП) – комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни больных и направляемые на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.**

ПМП подразделяется на паллиативную первичную медпомощь, в том числе доврачебную и врачебную, и паллиативную специализированную медпомощь. ПМП сегодня оказывается как в специализированных отделениях онкологических диспансеров, так и в специализированных кабинетах при поликлиниках по месту жительства.

**Группы паллиативных пациентов по ожидаемой продолжительности жизни:**

- От нескольких лет до нескольких месяцев.
- От нескольких месяцев до нескольких недель.
- От нескольких недель до нескольких дней.
- Пациенты как на IV клинической группе, так и на II.

**Кто дает направление на ПМП?**

- Медицинское заключение взрослым со злокачественными новообразованиями выдают: онколог при наличии гистологически верифицированного диагноза;
- терапевты участковые, врачи общей практики, фельдшер, врачи-специалисты – при наличии заключения онколога о необходимости проведения паллиативного/симптоматического лечения.

- Если диагноз гистологически не верифицирован: врачебная комиссия медицинской организации или консилиум врачей, которые устанавливают диагноз на основании данных других обследований и считают необходимым проведение паллиативного лечения.

**РЕКОМЕНДАЦИЯ 1**

- Пациентов со злокачественными новообразованиями на поздней стадии – привентивно направлять на консультацию к специалистам по ПМП, внося запись в медицинскую документацию.
- ОРГАНИЗОВАТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЕЩЕ В ПРОЦЕССЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ.

**РЕКОМЕНДАЦИЯ 2**

- ОПРЕДЕЛИТЬ МАРШРУТ больного при возникновении неотложных состояний, сориентировать на основные проявления:
  - Непроходимость кишечника (срочное оперативное вмешательство).
  - Компрессия спинного/головного мозга (мониторинг и своевременное лечение).
  - Анемия (гемотрансфузии).

- Нутритивная поддержка.
- Наложение дренажей, стом, стентов.
- Выраженный болевой синдром.

**Потребность пациентов в контроле симптомов:**

- Боль (всех типов).
- Респираторные проблемы (одышка, кашель).
- Желудочно-кишечные проблемы (запор, тошнота, рвота, сухость во рту, воспаление слизистой оболочки полости рта, диарея).
- Спутанность сознания, бредовое состояние.
- Раны, язвы, кожная сыпь и повреждения кожи.
- Нарушение сна.
- Утомляемость.
- Потеря аппетита.
- Анемия.
- Сонливость или вялость.
- Потливость.
- Повышенная температура.

**Инструментальные методы:**

- Малоинвазивная хирургия (эндоскопическая реканализация, стентирование).
- Респираторная поддержка (с внедрением новых способов и режимов искусственной вентиляции легких и вспомогательной вентиляции легких).
- Детоксикация (фотомодификация крови, энтеросорбция).
- Фотодинамическая терапия (наружная и эндоскопическая).
- Локальная гипертермия.
- Регионарное обезболивание (проводниковая и эпидуральная анестезия с использованием помп и дозаторов).
- Нутритивная поддержка (энтеральное и парентеральное питание с использованием помп).

Итак, вмешательства при оказании ПМП осуществляются с целью:

- облегчения страдания и лечения тяжелых проявлений заболевания;
  - улучшения качества жизни пациента и его семьи.
- Не направлены на лечение основного заболевания. Ориентированы на потребности пациента. Не исключают лечения основного заболевания. При паллиативном лечении используются методы лучевой, противопухлевой лекарственной терапии по специальным схемам, что нередко позволяет вернуться к вопросу хирургического лечения опухоли после уменьшения ее распространенности. ☺☺☺

*Автор: Светлана Неретина, онкопациент, равный онкоконсультант*

**Источники:**  
<http://www.palliated.ru/publications/pub177/>  
[http://www.palliated.ru/news/news\\_960.html](http://www.palliated.ru/news/news_960.html)  
<https://www.mnoi.nmicr.ru/klinika-i-otdeleniya/tsentr-p...>  
<https://palliativmed.sechenov.ru/?ysclid=13z4kf7r3w>  
<https://youtu.be/G8m10ofgTzw>  
<https://youtu.be/JTG8XhV-A7E>  
<https://youtu.be/BfLbkZQr5cs>

**ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?**

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

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



**БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ  
ОНКОЛОГИЯ**

**НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:**

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

# СТРАХ РЕЦИДИВА: МОЖНО ЛИ ОТ НЕГО ИЗБАВИТЬСЯ?



**Можно ли избавиться от страха рецидива? Этот вопрос преследует многих людей, победивших болезнь. Кажется бы, наконец-то тяжелое лечение позади, самое время наслаждаться жизнью, воплощать все надежды и планы, которые долгие месяцы давали силы на борьбу. Но липкий страх не отпускает. Малейшее недомогание – «О, нет! Только не снова!» Особенно перед каждым обследованием: «Хоть бы там все “чисто”».**

Страх рецидива – очень неприятное чувство, и желание избавиться от него раз и навсегда понятно и естественно. Но у меня для вас плохая новость. Навсегда избавиться от какого-то чувства или эмоции – любой! – задача невыполнимая. Люди – существа чувствующие, переживающие, таккова наша природа. Эмоции и чувства выполняют важную работу. Они указывают нам на наши потребности, на то, в чем мы нуждаемся. Нам хорошо – мы радуемся. Нам плохо, не хватает чего-то важного – мы грустим, печалимся. Нам страшно – значит, мы в опасности.

И у страха рецидива есть важная задача – уберечь нас от повторной беды. Благодаря ему мы становимся внимательнее к своему здоровью, обращаемся к врачу при малейшем недомогании, вовремя проходим все положенные обследования.

Поэтому в норме страх – очень нужная в хозяйстве вещь. Вот только далеко не всегда он нас выручает. Порой наш страх «слишком старается». И из доброго по-

мощника превращается во всеохватывающее, парализующее переживание огромной силы, которое разрушает. В этом случае задача – не избавиться от него совсем, а научиться справляться, выдерживать и уменьшать до переносимого уровня.

Как это сделать? Существует множество различных способов «подступиться» к страху, я перечислю некоторые из них. Предлагаю вам приглядеться к каждому и выбрать тот, который вам ближе, или придумать свой вариант.

## ПЕРВЫЙ ПУТЬ – «РАЦИОНАЛЬНЫЙ»

Попробуйте выписать на листок бумаги все, чего вы опасаетесь. Например: «У меня начала побаливать спина – это точно метастазы. Сейчас я пройду обследование и окажется, что у меня рецидив, что уже все настолько плохо, что сделать ничего нельзя, я умру, и мои дети останутся сиротами, о них некому будет позаботиться, и их заберут в детский дом». Замечаете, как

к концу предложения становится все страшнее? Иногда так работает наше мышление – в ярких красках рисует все более катастрофичный сценарий. В этом месте бывает полезно сказать себе «стоп!» и попытаться соотнести страшные картинки с реальностью. «Какова вероятность, что все именно так? Не гущаю ли я краски? Каковы на данный момент факты?» Вполне может произойти примерно такой внутренний диалог: «Да, спина немного болит. Впервые ли это со мной? Нет, не впервые. Я обращался к врачу в прошлые пять раз, когда спина болела? Да, обращался. Что оказалось? Потянул мышцу, через пару дней все прошло. Чем я занимался вчера? Ага, весь день провел в огороде. Каковы шансы, что я снова потянул спину? Кажется, довольно высоки. Стоит ли обратиться к врачу? Если через пару дней не пройдет само, пожалуй, на всякий случай стоит – так мне будет спокойнее».

Иногда самому с собой проводить такие беседы тяжело, страх рецидива захватывает. В этом случае можно попробовать договориться с кем-то из близких, чтобы критически «препарировал» страх именно он. Если в результате такого анализа некоторые опасения остались и выглядят убедительными, стоит ответить себе на вопрос: «Что я могу с этим сделать?» Например: «Что я могу сделать, чтобы снизить риски рецидива?» (– Следовать рекомендациям врача), «Что я могу сделать, чтобы, если рецидив все-таки случится, “поймать” его как можно раньше?» (– Обсудить с врачом, какие симптомы должны насторожить, как часто нужно проходить обследования, и действительно регулярно их проходить). Иными словами, обнаружить что-то, на что вы можете повлиять, и сделать это (или подготовить план).

## ВТОРОЙ ПУТЬ – ОБРАЩЕНИЕ К НАСТОЯЩЕМУ МОМЕНТУ

Попробуйте прямо сейчас заметить все, что происходит вокруг вас в эту минуту. Сядьте. Почувствуйте опору под ногами, сиденье стула, его спинку. Она мягкая или жесткая? Вам удобно? Где лежат ваши руки? Что вы видите перед собой? Опишите в мельчайших деталях. Что вы слышите? Крики подростков на улице? Шум проезжающих машин? Тиканье часов? Чувствуете ли вы какой-нибудь запах? Какой вкус у вас во рту?

А теперь поразмышляйте о том, что собой представляет ваша жизнь прямо сейчас: что в ней уже есть и чего бы вам хотелось еще. Например: «Прямо сейчас мое лечение успешно завершено. Я чувствую себя намного лучше. У меня есть муж/жена –

он(а) здоров(а). Мы давно мечтали, как поедем в отпуск/переберемся за город/заведем собаку. Кажется, пора начать воплощать мечты в жизнь». Ваша жизнь происходит прямо сейчас. Не позволяйте страху лишать вас ее.

## ТРЕТИЙ ПУТЬ – ТВОРЧЕСКИЙ

Попытайтесь выразить страх рецидива через образ: нарисуйте, слепите, станцуйте. Рисунок можно сделать акварельными красками, а затем поместить лист в воду и наблюдать, как краски бледнеют, – так страх уходит и растворяется. Можно «выгрузить» все страхи на лист бумаги: просто возьмите ручку записывайте все, чего боитесь, не обращая внимания на связность текста. Как только страхов в голове не останется – сожгите бумагу, не перечитывая.

## ЧЕТВЕРТЫЙ ПУТЬ – ЭКСПРЕССИВНЫЙ

Если чувства столь сильны, что уже «из ушей лезут», хороший способ – выпустить их наружу. Так, как это могли бы сделать маленькие дети, громко крича: «Ааа!», «Боюсь-боюсь-боюсь» – бегая по комнате, размахивая руками, топая ногами.

## ПЯТЫЙ ПУТЬ – САМОУТЕШЕНИЕ

Представьте, что внутри вас есть маленький мальчик или девочка (т.е. вы сами в детстве) и он(а) сейчас очень напуган(а). Обратитесь к этому ребенку и успокойте его так, как обычно успокаивают мамы: «Ты мой(я) хороший(ая), я вижу, что тебе страшно. Я здесь, я с тобой, все будет хорошо». Можно взять мягкую игрушку на роль этого ребенка или обнять самого себя руками, погладить по голове.

Это лишь часть способов, которые могут помочь. Некоторым людям помогает медитация или массаж. Пробуйте разное, но оставляйте только то, что подходит именно вам. От некоторых техник может становиться хуже – так бывает. Это значит, что конкретно вам эта техника не подходит и нужно искать другую.

Если ваш страх рецидива сильный и справляться в одиночку с ним непросто, вы всегда можете обратиться за поддержкой профессиональных психологов. Например, на горячую линию службы «Ясное Утро» – 8 (800) 100-01-91. Линия анонимная, конфиденциальная и бесплатная на всей территории Российской Федерации.

Материал подготовлен  
Службой помощи  
онкобольным «Ясное утро»:  
8 (800) 100-01-91



Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №2, 2023  
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

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

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва,

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

Адрес типографии:

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

Над номером работали:

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

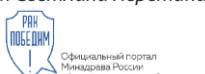
Авторский коллектив

Совет пациентских организаций



Равный онкоконсультант Светлана Неретина

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



Периодичность: 10 номеров в год.

Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2023 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: 22.06.2023

Возрастное ограничение 16+