

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ

№ 1 МАРТ 2023

Главная тема номера:
КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Сергей Иванович Ачкасов

Член-корреспондент РАН, профессор,
доктор медицинских наук, директор
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Минздрава России

Читайте на стр. 3

ПОГОВОРИМ О ГЕНЕТИКЕ

Приблизительно 25–35% случаев рака толстой кишки являются семейными, то есть заболевание встречается у членов семьи чаще, чем можно ожидать в общей популяции, даже если в семье не было выявлено специфической генной мутации. Для поиска унаследованных генных мутаций, которые могут свидетельствовать о более высоком риске заболеть определенными видами рака, используется генетическое тестирование.

Читайте далее на стр. 5



КАК СЕГОДНЯ ЛЕЧАТ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Вместе с развитием технического прогресса человечество постоянно осваивает новые и совершенствует уже известные методы лечения различных заболеваний, в том числе и злокачественных новообразований. Изменяются подходы к диагностике и лечению, создаются современные высокотехнологичные устройства и оборудование, активно используемые в медицине. Рассмотрим основные методы лечения колоректального рака.

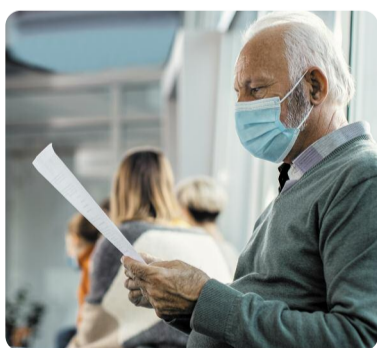
Читайте далее на стр. 8



ПОДГОТОВКА К ОБСЛЕДОВАНИЮ И ОПЕРАЦИИ

Операция – достаточно волнительный момент для человека. Пациент преисполнен переживаниями и сомнениями. Иногда не получается нормально сосредоточиться и четко распланировать порядок дальнейших действий. В этой статье мы постараемся с вами разобраться, какой план обследования обычно вырабатывается перед операцией и как подготовиться к этим обследованиям.

Читайте далее на стр. 14



ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

- НОВОСТИ >>> 2
- ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.
ПРИВЫЧКА ПРОСИТЬ О ПОМОЩИ >>> 2
- КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: ОСНОВНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ >>> 4
- ЗНАТЬ ВРАГА В ЛИЦО
(ВИДЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА) >>> 5
- СКРИНИНГ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА >>> 6
- СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
КАК ОНИ ВЛИЯЮТ НА ЛЕЧЕНИЕ >>> 7
- ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ.
ЖАННА ГРИШИНА: «ПОСЛЕ БОЛЕЗНИ
Я ПЕРЕОСМЫСЛИЛА ВСЮ
СВОЮ ЖИЗНЬ» >>> 9
- САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ОПУХОЛЕВЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ >>> 10
- ПАМЯТКА: ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ >>> 10
- РАЗБИРАЕМ ПРОЦЕДУРУ
ПОЛУЧЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ >>> 11
- ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ
С ИНВАЛИДОМ >>> 12

ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



ИСТОРИИ
ПОБЕДИТЕЛЕЙ:
СВЕТЛАНА СУРГАНОВА
>>> 7



ТЕЗИСНАЯ
ОНКОПАМЯТКА ДЛЯ
ПАЦИЕНТОВ И ИХ
БЛИЗКИХ
>>> 13



О ПОЛЬЗЕ ОВОЩЕЙ
И ФРУКТОВ ДЛЯ
ОНКОПАЦИЕНТОВ
>>> 16

НОВОСТИ

В феврале в Государственном Кремлевском Дворце состоялась VII Торжественная церемония вручения ежегодной Всероссийской премии «Будем жить!»

Премия, организованная Всероссийской Ассоциацией онкологических пациентов «Здравствуй!», была приурочена к Международному дню борьбы с онкологическими заболеваниями, который ежегодно отмечается 4 февраля. Награждение победителей происходит по нескольким номинациям: лучшее учреждение, лучшее отделение, лучшая медицинская сестра, жемчужины профессии, легенды в онкологии, волшебники в белых халатах, лучший волонтер, лучший журналист и др.

В этом году на церемонии присутствовали министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, сенатор Владимир Круглый, главный онколог Минздрава РФ Андрей Каприн, главный онколог Москвы Игорь Хатков, главный оториноларинголог Минздрава РФ Николай Дайхес, депутат Московской гордумы Инна Святенко, депутат Госдумы Татьяна Буцкая, главный трансплантолог Минздрава РФ Сергей Готье. А также представитель Всемирной организации здравоохранения в России – Мелита Вуйнови.

На открытии церемонии выступил министр здравоохранения РФ **Михаил Мурашко**. «2022 год — это год, который



Источник фото: express-novosti.ru, автор фото Елена Стародворская



Источник фото: express-novosti.ru, автор фото Елена Стародворская

принес нам ряд успехов и серьезных достижений. Рост выявляемости онкозаболеваний на ранних стадиях в рамках проведения, в том числе профилактических осмотров, достиг практически 60%. Это самая высокая цифра за последние годы. Это говорит о том, что наша с вами работа не проходит зря», – сказал министр.

«Несмотря на все геополитические сложности, на церемонии присутствовали представители 78 регионов страны, – резюмировала член Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека, президент Всероссийской организации помощи пациентам «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» Ирина Боровова. – Сегодняшняя церемония – это возможность не только сказать слова благодарности нашим партнерам, пациентам, врачам, учителям, но и донести до максимального числа россиян, насколько развита онкологическая служба в стране и что не стоит впадать в панику, если в твою жизнь ворвется такое заболевание. Нужно просто найти контакты пациентского сообщества, обратиться к нему, и там вы получите всю необходимую помощь».

*«Мы живем в эпоху потрясающих достижений в области профилактики, диагностики и лечения онкозаболеваний. Благодаря стремительному научному прогрессу, более широкому внедрению скрининга рака, тесному сотрудничеству медицинского и пациентского сообществ, а также государственного и частного секторов, мы все ближе подходим к достижению цели устранить рак как причину смерти. Главным действующим лицом в этом процессе является пациент, а наша задача – ему помочь. Так, для поддержки пациентов с диагнозом «рак легкого» и их близких был снят первый в России художественный фильм «Быть героем». На реальных примерах в фильме показано, что онкология – не приговор», – отметила медицинский директор по направлению «Онкология и редкие заболевания» «АстраЗенека», Россия и Евразия, **Евгения Логачева**.*

Премии поддержали артисты Валерий Николаев, Екатерина Гусева, музыканты и исполнители Таисия Повалий, Максим Завидия, Диана Гурцкая, Сергей Эфрон, Жасмин, Анжелика Агурбаш, Родион Газманов. 🎭

Во время церемонии был представлен социальный интернет-проект «За руку» – сайт-помощник для людей с онкологическими заболеваниями, их близких и всех, кто входит в группу риска развития рака. Это не просто большой справочник с полезной информацией, но и сборник видео с личными историями онкопациентов, которые вдохновляют и настраивают на борьбу с болезнью. Все материалы, которые публикуются на сайте, проверены врачами, имеют под собой доказательную базу и одобрены экспертами Ассоциации онкологов России – партнера портала «За руку». 🎭

Источник: express-novosti.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

ПРИВЫЧКА ПРОСИТЬ О ПОМОЩИ



Невероятно, но многие онкопациенты и их близкие на вопрос: «Обращались ли вы к кому-либо за помощью?» – отвечают: «Нет».

Привычный мир рушится – и у самого пациента, и у его семьи. Это новая жизнь – со страхом, неизвестностью и необходимостью принимать жизненно важные решения. На это нужно время и силы – физические и моральные. При этом старая жизнь не исчезает. По-прежнему необходимо зарабатывать деньги, воспитывать детей, готовить еду, убирать дом, выгуливать собаку...

- Но люди ставят перед собой задачу справиться в одиночку:
- «У всех свои проблемы, кому я нужна со своим лечением?»
 - «Не хочу их напрягать».
 - «Ведь это не я болею! Я молодая, сильная, я помогать должна!»

Почему люди даже не пытаются искать помощи?

По разным причинам. Кто-то не верит, что окружающие откликнутся. Кто-то всю жизнь справлялся сам – и просьба о помощи равносильна признанию в своей слабости. Кто-то самоотверженно ухаживает за заболевшим близким, и в голову не приходит подумать о себе.

Меж тем ситуация тяжелой болезни требует немалых дополнительных сил. И чья-то поддержка может дать эти недостающие силы или хотя бы часть – что тоже немало.

Поэтому, если вы или ваши близкие боретесь сейчас с болезнью, приглашаем вас выделить 5–10 минут и поразмышлять вот над чем:

- Сколько времени и сил вы сейчас тратите на труд (лечение, домашние обязанности, дети, заработок и пр.) и сколько – на отдых? Хватает ли вам времени отдыха, чтобы восстановиться?
- Если бы рядом с вами появился человек, про которого вы бы точно знали, что он поможет во всем, чего бы вы ни попросили, – за какой помощью вы бы обратились к нему?

- Напишите на листочек все, что приходит в голову (Пример: «успокой меня», «просто выслушай», «поищи в Интернете информацию о моем диагнозе и расскажи сухую выжимку», «забери меня на машине из больницы», «погуляй с моей собакой», «займи детей, чтобы я смогла час поспать днем».)

Взгляните на получившийся список

К кому из вашего окружения вы гипотетически могли бы обратиться? Если ваш первый порыв ответить – «ни к кому», тогда возьмите другой лист бумаги и запишете всех людей, которые есть в вашем окружении и с которыми у вас нейтральные или теплые отношения. Абсолютно всех. Вычеркнуть всегда успеете. И посмотрите внимательно на каждого человека в списке. Может ли он – теоретически! – помочь вам? (Пример: «мне нужно, чтобы меня кто-то забрал на машине из больницы», я знакома всего с двумя людьми: Васей и Петей. Вася живет в другом городе = не сможет, у Пети нет машины, но он может приехать на такси = сможет.)

Следующий этап

Нужно выяснить, смогут ли выбранные вами люди в действительности помочь вам. Способ всего один – спросить их. Это может быть трудно, например, очень неловко. Тогда я предлагаю представить, что в худшем случае может произойти, если вы наберетесь храбрости попросить. Насколько вероятен (в процентах) этот худший сценарий? И готовы ли вы отказаться рискнуть из-за него? (Здесь оба ответа могут быть: и да, и нет.)

Если вы так и не нашли, к кому бы вы могли обратиться, знайте – так бывает. Вы всегда можете обратиться на круглосуточную и бесплатную горячую линию – 8 (800) 100-01-91 и подумать вместе с психологом. Две головы лучше одной, с большой вероятностью вы найдете подходящий вариант. 🎭

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



СЕРГЕЙ ИВАНОВИЧ АЧКАСОВ: «Нельзя опускать руки даже на последней стадии колоректального рака!»



О причинах развития злокачественных образований области толстой кишки, методах профилактики заболевания и алгоритме его лечения мы поговорили с Сергеем Ивановичем Ачкасовым, директором ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, доктором медицинских наук, профессором, членом-корреспондентом РАН, лауреатом Премии Правительства РФ в области науки и техники за разработку и внедрение междисциплинарной стратегии в лечении колоректального рака.

– **Расскажите, пожалуйста, в каком возрасте вероятность заболеть колоректальным раком (КРР) самая высокая?**

– Выделяют две категории пациентов, которые находятся в группе риска в зависимости от возраста. Это спорадический (случайный, не связанный с наследственностью) колоректальный рак, когда мы говорим о том, что риск возникновения злокачественного образования толстой кишки увеличивается в возрасте старше 60 лет, и пациенты, у которых есть наследственная предрасположенность, – в таком случае риск возникновения колоректального рака начинается примерно с 35–40 лет.

– **Кто входит в группу риска по развитию колоректального рака? Что повышает риск его возникновения?**

– На сегодняшний день считается, что есть генетическая предрасположенность, мы говорим о наследственных формах рака – это особая категория пациентов. Второй вариант – спорадический рак, в этом случае различные неблагоприятные факторы в течение жизни воздействуют на клетку и вызывают в ней те изменения, которые приводят к развитию злокачественного новообразования. Это, к примеру, природные факторы: ионизирующее излучение, инсоляция, высокие температуры, вредные факторы внешней среды. Также в последнее время есть убедительные данные о том, что определенный вид питания и вредные привычки могут оказывать свое влияние на возникновение колоректального рака.

– **Существует мнение, что употребление большого количества красного мяса повышает риск возникновения колоректального рака. Так ли это?**

– Да, это так. Несколько лет назад Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала пресс-релиз, где на основании серьезного исследования было продемонстрировано, что употребление красного и переработанного мяса приводит к риску развития двух видов рака: рака поджелудочной железы и колоректального рака. Что такое красное мясо? Это мясо свинины, баранины, говядины, конины, козлятины. Почему выделяется именно красное мясо? Потому что цвет мяса придает кровь. Кровь имеет красный цвет за счет гемоглобина. Небелковая часть гемоглобина – гем, в процессе своего метаболизма в организме человека образует соединения, которые являются канцерогенами, то есть веществами, которые могут инициировать злокачественный процесс в нашем организме. При употреблении в день больше 70 грамм красного мяса значительно повышается риск возникновения злокачественных образований. Почему переработанное мясо? Переработанное мясо – это колбасы, при приготовлении которых используется кровь в качестве добавки к фаршу, сосиски, сардельки, бекон и т.д., где наряду с красным мясом есть еще так называемые внешние канцерогены – усилители вкуса, консерванты, которые всегда используются при приготовлении колбасных изделий. И, согласно упомянутому пресс-релизу, переработанного мяса рекомендовано употреблять в два раза меньше, чем сырого, – то есть не более 35 граммов в день.

– **Передается ли предрасположенность к колоректальному раку генетически?**

– Существуют ситуации, когда мы знаем, что родители с большой степенью вероятности передадут генетическую мутацию своему ребенку, это так называемые наследственные факторы. К таким заболеваниям относятся семейный аденоматоз толстой кишки, синдром Линча и ряд

...СЕГОДНЯ В СВЯЗИ С РАЗВИТИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ... С АКТИВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА ЛЕГКИХ, ПЕЧЕНИ, БРЮШИНЕ МЫ У БОЛЬШОГО ЧИСЛА БОЛЬНЫХ С IV СТАДИЕЙ РАКА ДОБИВАЕМСЯ БЕЗРЕЦИДИВНОЙ ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ.

других генетически определенных заболеваний. Но когда речь идет о спорадическом раке, то скорее тут нужно говорить о том, что родители передают своим детям не столько генетическую мутацию, сколько другие предрасположенности: культуру потребления красного мяса в семье или какие-то другие особенности – ожирение, активность образа жизни, вредные привычки в виде курения, злоупотребления крепким алкоголем и т.д. При спорадическом раке ребенку передается особенность, которая может способствовать возникновению колоректального рака в течение всей последующей жизни.

– **Есть ли какие-либо признаки или симптомы наличия колоректального рака? На какой стадии заболевания они появляются? Часто ли колоректальный рак протекает бессимптомно?**

– Колоректальный рак тем и коварен, что он начинает проявлять себя клинически только тогда, когда развиваются осложнения, – например, непроходимость, кровотечение, перифокальное воспаление. Но когда колоректальный рак еще на ранней стадии и представляет собой небольшие опухолевидные образования, то, к сожалению, до поры до времени себя никак клинически не проявляет.

– **Что надо делать, чтобы выявить заболевание на ранней стадии?**

– «Золотым стандартом» диагностики колоректального рака является колоноскопия. Для выявления заболевания на ранней стадии достаточно выполнить исследование или пройти скрининговую программу, которая включает в себя анализ кала на скрытую кровь, по результатам которого вас могут направить на колоноскопию. Поэтому, если вы старше 40 лет и, в особенности, если у ваших родственников выявляли рак толстой кишки, вам рекомендовано прохождение скрининговой программы или выполнение колоноскопии даже при отсутствии жалоб.

– **Можно ли самому выявить или заподозрить наличие опухоли на ранней стадии?**

– К сожалению, нет. Это всегда большая ошибка, когда пациент думает: «Я так внимателен к своему здоровью, и я смогу вовремя выявить заболевание». Еще раз хочу повторить и напомнить о коварстве этого заболевания, хотя диагностируется оно очень легко, надо для этого лишь сделать колоноскопию.

– **Существует ли какая-нибудь скрининговая программа выявления колоректального рака при прохождении диспансеризации? И если да, то как пациенты могут ею воспользоваться? Какие методы диагностики являются главными при колоректальном раке?**

– Согласно приказу Минздрава России №404н (Приказ МЗ РФ от 27.04.2021 №404-н «Об утверждении порядка прохождения профилактического осмотра и диспансеризации у определенных групп населения») в рамках диспансеризации скринингу злокачественных новообразований толстой кишки подлежат люди в возрасте 40 лет и старше. Скрининговая программа включает в себя исследование кала на скрытую кровь один раз в 2 года, а в возрасте от 65 до 75 лет включительно – исследование кала на скрытую кровь ежегодно. Колоноскопия рекомендована для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога по итогам первого этапа диспансеризации. Для того, чтобы ею воспользоваться, достаточно обратиться в поликлинику по месту жительства для прохождения диспансеризации. Также данные обследования возможно выполнить и в НМИЦ колопроктологии.

– **Куда больному обратиться за лечением? Он может лечиться только по месту прописки или любое учреждение в РФ примет больного?**

– Пациент может быть направлен в федеральный центр по направлению (форма 057/у-04) или обратиться самостоятельно. Можно записаться на первичный прием врача-онколога или врача-колопроктолога и приехать со всеми имеющимися результатами проведенных исследований.

Также для установки диагноза в сложных клинических случаях на базе НМИЦ колопроктологии функционирует референс-центр патоморфологических, иммуногистохимических и лучевых методов исследования, поэтому при наличии у пациента данных по проведенным КТ/МРТ-исследованиям на электронном носителе, гистологических стекол и парафиновых блоков они будут пересмотрены. Изучив имеющиеся данные, доктор может назначить необходимые дополнительные исследования, которые пациент может пройти либо по месту жительства, либо в нашем центре. Более того, мы активно проводим дистанционные консультации с применением телемедицинских технологий по системе «врач-врач», которые позволяют дистанционно согласовать тактику лечения и определить необходимость госпитализации в наш центр, что особенно актуально для пациентов, проживающих в других регионах РФ. Для пациентов такие консультации абсолютно бесплатны, в рамках системы обязательного медицинского страхования.

– **Каковы основные методы лечения колоректального рака? Обязательны ли лекарственная и/или лучевая терапия после операции?**

– Основным методом лечения остается хирургический, однако революционных изменений удалось добиться благодаря совершенствованию аппаратуры для лучевой

терапии, когда мы в 18–20% случаев при лечении рака прямой кишки добиваемся полного исчезновения опухоли только благодаря одному этому методу лечения. И, конечно же, очень изменилась лекарственная противоопухолевая терапия, которая сейчас включает в себя не только химиотерапию, но и так называемую иммунотерапию. Она применяется у особой категории пациентов достаточно эффективно. Тут надо сказать, что только команда, состоящая из химиотерапевта, хирурга и радиотерапевта, может выбрать наиболее оптимальную программу лечения для пациента, чтобы с минимальными воздействиями на организм получить максимальную отдачу.

– Возможно ли функциональное восстановление после удаления опухоли и/или части кишки? Сильно ли изменится качество жизни после такой операции? Что может ждать после операции?

– На этот вопрос сложно ответить, потому что спектр хирургических вмешательств при лечении колоректального рака очень широк. Есть операции, которые не оставляют никаких последствий после их выполнения. А есть операции, которые могут сопровождаться выведением стомы, которая может быть временной или постоянной, и это, конечно же, может ухудшить качество жизни. Однако к настоящему времени накоплен большой опыт реабилитации стомированных пациентов. В крупных хирургических стационарах работают и помогают адаптироваться к жизни со стомой специалисты, в основном это обученные медицинские сестры. Самое главное, без чего невозможна реабилитация стомированных пациентов, – это обеспеченность средствами ухода. Пациенты с постоянной стомой

получают их бесплатно. Но для достойного качества жизни необходимо научить пациентов правильно их использовать. Также в современных условиях есть возможность использования интернет-ресурсов, но обязательно профессиональных, таких, например, как сайт нашего центра.

– Обязательны ли лекарственная и/или лучевая терапия после операции? Кому и когда они показаны?

– Пациенты, у которых развился колоректальный рак, должны наблюдаться у специалиста пожизненно. Несмотря на то, что в онкологии существует правило: пациент, переживший пятилетний рубеж без возникновения рецидива заболевания в этот период времени, считается клинически выздоровевшим, – мы настоятельно рекомендуем продолжать наблюдение с периодичностью, которую определит врач. Если у пациента возникла опухоль толстой кишки, это означает, что у него есть предрасполагающие факторы для возобновления заболевания.

– Каков прогноз при колоректальном раке?

– При колоректальном раке прогноз хорош в том случае, если заболевание находится на ранних стадиях развития, но нельзя опускать руки даже у больных на IV стадии рака. Когда я 35 лет назад пришел в центр, в то время больной с метастатическим поражением печени считался неизлечимым. Ему назначалось паллиативное или симптоматическое лечение. Сегодня в связи с развитием лекарственной терапии с более агрессивным подходом к лечению такого рода пациентов, с активным хирургическим вмешательством на легких, печени, брюшине, мы у большого числа больных с IV стадией рака добиваемся безрецидивной пя-



тилетней выживаемости. И это позволяет говорить об их клиническом излечении.

– Каковы меры профилактики колоректального рака? Каких диет нужно придерживаться?

– Конечно же, ответственно подходить к своему здоровью и своевременно проходить диспансеризацию и назначенные обследования. Более того, существуют такие общие вредные воздействия на организм, которые в онкологии уже подтверждены, – это табакокурение и прием больших доз крепкого алкоголя. И, как я уже говорил, на сегодняшний день убедительным фактором риска развития колоректального рака является избыточное употребление красного и переработанного мяса. Поэтому мои рекомендации – снизить его употребление. Будьте здоровы!

– Сергей Иванович, большое спасибо за беседу! 🙏

ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА: КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: основная информация

Термин «колоректальный рак» (КРР) подразумевает под собой эпителиальные злокачественные опухоли (карцинома, рак) некоторых отделов кишечника: восходящей, поперечно-ободочной, нисходящей толстой кишки, сигмовидной кишки, прямой кишки, анального канала.

Актуальность обсуждения данной проблемы исходит из высокого уровня заболеваемости (выявляемости) и, соответственно, высокого уровня смертности населения России от данной патологии, что подтверждается приведенными ниже статистическими данными.

В последние годы злокачественные новообразования (ЗНО) колоректальной зоны совокупно занимают в структуре заболеваемости колоректальным раком мужского населения России 3-е место, уступая опухолям легких и предстательной железы, и также 3-е место – среди женского населения*.

Ежегодно в России выявляется около 68 тысяч новых случаев злокачественных опухолей колоректальной зоны: около 36 тысяч случаев – у женщин и около 32 тысяч – у мужчин. Причем, такая тенденция – численное превалирование выявления данной патологии у женского населения над мужским – сохраняется уже не одно десятилетие. Интересно, что за последние 10 лет ежегодный темп прироста заболеваемости мужчин в среднем превышал в 2 раза таковой показатель для женского населения.

Колоректальный рак является также третьим наиболее распространенным видом рака, за исключением рака кожи, диагностируемым в Соединенных Штатах Америки. Оценки Американского онкологического общества количества случаев колоректального рака в Соединенных Штатах на 2023 год таковы, что ожидается выявление 106 970 новых случаев рака толстой кишки и 46 050 новых случаев рака прямой кишки.

Симптомы

Признаки и симптомы колоректального рака включают:

- стойкое изменение характера стула, включая диарею, запор, изменение консистенции стула, появление крови в стуле;
- постоянный дискомфорт в животе, такой как спазмы, газы или боль;

- ощущение недостаточного опорожнения кишечника;
- слабость или усталость;
- необъяснимая потеря массы тела, лихорадка.

Большинство пациентов с колоректальным раком не испытывают никаких симптомов на ранних стадиях заболевания. Когда появляются симптомы, они, вероятно, будут различаться в зависимости от размера и расположения опухолевого узла.

Причины

Как правило, рак толстого кишечника начинается, когда в здоровых клетках развиваются изменения (мутации) в их ДНК. Здоровые клетки растут и делятся упорядоченным образом, чтобы ваше тело функционировало нормально. Но, когда возникает мутация в ДНК, клетки начинают бесконтрольно делиться. По мере их деления они образуют опухоль. Пусковым фактором может явиться один из перечисленных ниже.

Факторы риска

Факторы, которые могут увеличить риск развития рака толстой кишки, включают:

1. Возраст старше 50 лет.
2. Негроидная раса.
3. Отягощенный анамнез (ранее диагностированный рак толстого кишечника или доброкачественные полипы).
4. Хронические воспалительные заболевания толстого кишечника, такие как язвенный колит и болезнь Крона, могут увеличить риск развития рака толстой кишки.
5. Наследственные синдромы. Некоторые генные мутации, передаваемые из поколения в поколение в семье, могут значительно увеличить риск развития рака толстого кишечника. Лишь небольшой процент связан с унаследованными генами. Наиболее распространенными наследственными синдромами являются: семейный аденоматозный полипоз (САП) и синдром Линча, который также известен как наследственный неполипозный колоректальный рак (ННПКР).

6. Отягощенный семейный анамнез. Риск возникновения колоректального рака выше, если есть кровный родственник, перенесший это заболевание; если имеется более чем один такой родственник, то, соответственно, риск заболеть увеличивается в несколько раз.

7. Диета с низким содержанием клетчатки и высоким содержанием жиров. Возникновение колоректального рака может быть связано с диетой с низким содержанием клетчатки и высоким содержанием жиров и килокалорий. Некоторые исследования обнаружили повышенный риск возникновения колоректального рака у людей, которые придерживаются такой диеты с высоким содержанием красного и/или обработанного мяса (колбасы, мясоспродукты и т.п.).

8. Сидячий и малоподвижный образ жизни.
9. Сахарный диабет. Люди с данным заболеванием имеют повышенный риск развития рака толстого кишечника.
10. Ожирение. Люди, страдающие ожирением, имеют повышенный риск рака толстого кишечника и повышенный риск летального исхода от данного злокачественного заболевания по сравнению с людьми с нормальной массой тела.
11. Курение.
12. Алкоголь.

Профилактика

Изменения в образе жизни для снижения риска рака толстой кишки

Вы можете предпринять шаги, чтобы снизить риск развития рака толстой кишки, внося изменения в свою повседневную жизнь. Примите меры, чтобы:

- увеличить употребление свежих фруктов, овощей и цельнозерновых продуктов. Эти продукты содержат витамины, минералы, клетчатку и антиоксиданты;
- отказаться от приема никотинсодержащей продукции;
- вести активный образ жизни: старайтесь уделять физическим упражнениям не менее 30 минут в день.
- поддерживать оптимальную массу тела.

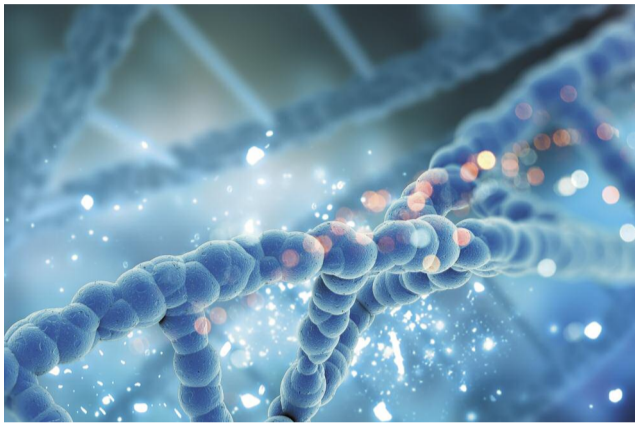
Профилактика рака толстой кишки для людей с высоким риском

Было обнаружено, что некоторые лекарства снижают риск предраковых полипов или рака толстого кишечника. Например, по некоторым данным, это связывают с регулярным приемом аспирина или аспириноподобных препаратов. Остается неясным, какая доза и какой период времени потребуется для снижения данного риска. Но в то же время прием аспирина сопряжен с риском возникновения желудочно-кишечных язв и кровотечений. Помните, что любой прием лекарственного препарата должен быть обоснован и назначен врачом! 🙏

*Злокачественные новообразования в России в 2020 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, 2021.

ПОГОВОРИМ О ГЕНЕТИКЕ

У 1 из 18 человек (5,5%) в течение жизни может возникнуть рак толстой кишки. Только 5–10% опухолей являются наследственными, унаследованными от матери или отца, связанными с мутациями в генах.



Приблизительно 25–35% случаев рака толстой кишки являются семейными, то есть заболевание встречается у членов семьи чаще, чем можно ожидать в общей популяции, даже если в семье не было выявлено специфической генной мутации. Конкретная причина рака толстого кишечника неизвестна, но, вероятно, – из-за комбинации факторов риска, включая генетические факторы, образ жизни и влияние окружающей среды.

Остальные опухоли толстой кишки (около 70%) считаются случайными и ненаследственными. Факторы риска случайно возникшего рака толстого кишечника включают:

- возраст (9 из 10 человек старше 50 лет);
- воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона;
- рацион с высоким содержанием жиров и/или низким содержанием клетчатки;
- курение/употребление табака;
- отсутствие физической активности и/или ожирение;
- диабет 2-го типа.

Что такое генетическое тестирование?

Генетическое тестирование – это тип тестирования, используемый для поиска унаследованных генных мутаций, которые могут свидетельствовать о более высоком риске заболеть определенными видами рака. Данное исследование может быть предложено:

- людям с отягощенным семейным анамнезом определенных видов опухолей, чтобы узнать, несут ли они генную мутацию, которая увеличивает риск заболеть;
- людям, у которых уже диагностирован рак, особенно если есть другие факторы, указывающие на то, что процесс мог быть вызван наследственной мутацией. Генетическое тестирование может показать, есть ли у человека более высокий риск развития других видов рака. Это также может помочь другим членам семьи решить, хотят ли они пройти тестирование на наличие мутации;

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ МОГУТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЛЮДЯМ, У КОТОРЫХ В СЕМЬЕ БЫЛИ ЗАФИКСИРОВАНЫ СЛУЧАИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ ОПУХОЛЕЙ

Генетическое тестирование может показать, есть ли у человека более высокий риск развития других видов рака. Это также может помочь другим членам семьи решить, хотят ли они пройти тестирование на наличие мутации;

- членам семьи человека, у которого выявлена генная мутация. Тестирование может помочь им узнать, нужны ли им скрининговые тесты для раннего выявления рака или им следует предпринять шаги, чтобы попытаться снизить риск.

Кому может быть полезно генетическое тестирование?

Генетическое консультирование и тестирование могут быть рекомендованы людям, у которых в семье были за-

фиксированы случаи определенных видов опухолей. Например:

- несколько родственников первой степени родства (мать, отец, сестры, братья, дети) с онкологическими заболеваниями;
- большое число родственников с одной стороны семьи, у которых был тот же тип рака;
- группа злокачественных заболеваний в семье, которые связаны с мутацией одного гена (например, рак груди, яичников и поджелудочной железы, которые связаны с мутациями гена BRCA);
- член семьи с более чем одним типом рака;
- члены семьи, у которых был установлен рак в более молодом возрасте;
- близкие родственники с онкологическими заболеваниями, связанными с редкими наследственными онкологическими синдромами;
- редкий вид опухоли (у вас или члена семьи), например, рак молочной железы у мужчины или ретинобластома;
- определенная раса или этническая принадлежность (например, еврейское происхождение – ашкенази,

что связано с более высоким риском мутаций гена BRCA);

- физическая находка, связанная с наследственным раком (например, наличие большого количества полипов толстой кишки);
- установленная генетическая мутация у одного или нескольких членов семьи, которые уже прошли генетическое тестирование. ☺☺☺

Источники:

1. Эл. ресурс: <https://www.cancer.org/healthy/cancer-causes/genetics/genetic-testing-for-cancer-risk/understanding-genetic-testing-for-cancer.html>
2. Эл. ресурс: <https://www.cancer.net/cancer-types/peutz-jeghers-syndrome#:~:text=PJS%20is%20a%20genetic%20condition,known%20as%20the%20LKB1%20gene.>

ЗНАТЬ ВРАГА В ЛИЦО (виды колоректального рака)

В медицине существует несколько классификаций колоректального рака: по форме роста новообразования, типу гистологического (клеточного) строения, локализации, клинической картине. Знать, какие виды опухолей кишечника существуют и как они развиваются, необходимо прежде всего людям старшей возрастной группы, составляющим группу риска по колоректальному раку.

По характеру роста

По характеру роста опухоли различают: экзофитные, эндофитные и смешанные.

Экзофитные опухоли. Такие образования имеют форму гриба на ножке и растут в просвет прямой кишки. Среди экзофитных опухолей чаще встречаются образования, которые формируются из полипа и имеют широкое основание. При выявлении экзофитных образований нельзя откладывать обращение к врачу, так как они развиваются быстро и ведут себя агрессивно. Кроме того, именно они часто вызывают кишечную непроходимость из-за перекрытия просвета прямой кишки. Несмотря на агрессивный характер, такие опухоли на ранних стадиях хорошо поддаются хирургическому лечению.

Эндофитные опухоли. Если опухоль поражает стенку кишки, распространяясь по ней, то ее называют эндофитной. Поражение происходит вначале не всегда глубоко, очаг поражения локализуется на одной стенке органа, при этом просвет кишки не сужается. Но если опухоль не выявлена вовремя, то на поздней стадии существуют

риски сужения просвета кишки с картиной кишечной непроходимости.

Смешанные опухоли. В этом случае опухоль растет как комбинация форм описанных выше двух видов образований.

Клинические формы колоректального рака:

- 1) токсико-анемическая форма – ухудшение общего состояния больного на фоне прогрессирования анемии и лихорадки. Наиболее часто встречается при опухолях правой половины ободочной кишки;
- 2) энтероколитическая форма – преобладание кишечных расстройств в виде периодических поносов;
- 3) диспепсическая форма – преобладание функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта;
- 4) обтурационная форма – развитие частичной или полной обтурационной толстокишечной непроходимости. Более характерна для опухолей левой половины ободочной кишки;
- 5) псевдовоспалительная форма – наличие воспалительного процесса в брюшной полости по типу колита (лейкоцитоз в клиническом анализе крови, болевой синдром, лихорадка, положительные симптомы раздражения брюшины);
- 6) опухолевая (атипичная) форма – случайное пальпаторное выявление опухоли при отсутствии жалоб у пациента.

Строение опухолей

Крайне важное значение при колоректальном раке, как и для всех опухолей,

имеет определение гистологического типа опухоли, то есть определение характера составляющих ее клеток. Это имеет решающее значение в лечении пациента.

Аденокарцинома

В ее состав входят атипичные клетки железистого эпителия. Выделяют различные степени дифференцировки клеток, что имеет важный клинический аспект и влияние на прогноз:

- **высокодифференцированная опухоль** – признаки совпадают с материнской эпителиальной тканью, на развитие таких опухолей уходит много лет, поэтому возможны ранняя диагностика и успешное излечение;
- **малодифференцированная** – агрессивная, быстро увеличивается и распространяется, проявляются незначительные признаки исходной ткани, прогнозы при таком диагнозе могут быть неблагоприятными, если лечение не начато вовремя;
- **умеренно дифференцированная** – промежуточная форма образования.

Слизистая аденокарцинома. Опухоли свойственно вырабатывать слизь, поэтому в ее структуру входит группа клеток, которые окружены слизью.

Перстневидноклеточный рак. Форма клеток этой опухоли напоминает перстень, отсюда и название. Перстневидноклеточная опухоль развивается быстро и агрессивно, поэтому хирургическое лечение должно быть безотлагательным.

Плоскоклеточный рак. Редкая разновидность колоректального рака, который

может быть неороговевший и ороговевший. Как правило, опухоль образуется в том месте, где прямая кишка переходит в канал заднего прохода.

Железисто-плоскоклеточная аденокарцинома. Редкий тип колоректального рака, который сочетает в себе признаки и составляющие плоскоклеточного рака и аденокарциномы. Опухоль имеет вид типичной аденокарциномы с присутствием мелких фрагментов плоскоклеточного рака.

Недифференцированная аденокарцинома. В состав такой опухоли входят атипичные клетки эпителия, которым не свойственно формировать железистые структуры и продуцировать слизь.

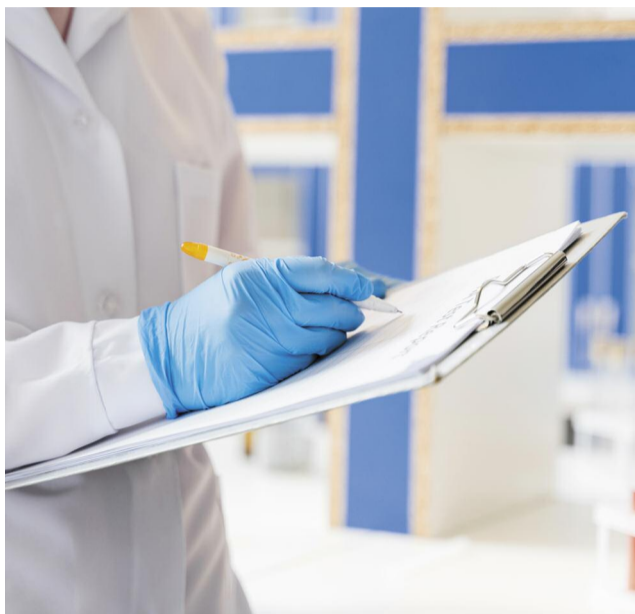
Скирр. Злокачественное образование, состоящее преимущественно из соединительной ткани.

Меланома. Наиболее частая локализация меланомы – анальный канал, ампулярный отдел прямой кишки.

Основным методом лечения рака ободочной кишки является хирургический. Он позволяет выполнить полное удаление опухоли в случае нераспространенного процесса. Решить задачу подавления последующего опухолевого роста призваны лучевая, химио- и/или иммуномодулирующая терапии. Однако решающее значение в лечении колоректального рака имеет раннее обнаружение опухоли – на этапе развития, когда хирургическое лечение будет радикальным. ☺☺☺

СКРИНИНГ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Скрининг – это процесс поиска злокачественного заболевания у людей, у которых нет симптомов рака, или в группе «практически здоровых». Для скрининга колоректального рака (КРР) можно использовать несколько тестов, но принципиально важно регулярно проходить обследование, независимо от того, какой тест используется.



В Российской Федерации взрослое население «целевых» возрастных групп подлежит диспансеризации в поликлиниках по месту жительства. В число тестов входят необходимые обследования, в том числе для определения КРР. Основной целевой группой являются мужчины и женщины старше 55 лет. Диспансеризация предполагает два этапа обследования граждан. Первый этап носит общий характер, и проводятся тесты для выявления целого ряда заболеваний. Второй этап является уточняющим и назначается при выявлении каких-либо отклонений на первом этапе.

На второй этап скрининга КРР направляются пациенты с положительным результатом исследования кала на скрытую кровь, с отягощенной наследственностью по КРР, при наличии симптомов, характерных для заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Вызов и направление на второй этап диспансеризации пациентов с подозрением на КРР осуществляется медицинским работником, ответственным за проведение первого этапа скрининга КРР, в течение одних суток после получения информации о наличии показаний для направления на второй этап скрининга КРР с использованием любых средств коммуникации. Гражданин вправе отказаться от прохождения второго этапа скрининга, о чем делается запись в амбулаторной карте.

Срок проведения консультации врача-хирурга или врача-колопроктолога на втором этапе не должен превышать срока, установленного в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ. На этом этапе проводятся, при необходимости, колоноскопия и другие исследования для уточнения подозрений, выявленных на первом этапе.

Первый этап скрининга КРР начинается с лабораторных анализов.

АНАЛИЗЫ КАЛА

Эти тесты исследуют стул (фекалии) на наличие возможных признаков КРР или полипов. Обычно проводятся дома, поэтому многие люди считают их более легкими, чем такие тесты, как колоноскопия. Если результат одного из анализов кала положительный (имеется примесь крови, слизи и т.д.), то необходимо проведение колоноскопии, чтобы определить, есть ли злокачественное поражение.

Иммунохимический тест кала (ИТК)

Данный тест исследует кал на скрытую кровь. Его необходимо проводить каждый год, в отличие от некоторых других тестов.

В отличие от анализа кала на скрытую кровь на основе гваяковой кислоты (гFOBT) перед тестом ИТК не существует никаких ограничений по лекарствам или диете (по-

скольку витамины и продукты не влияют на тест), и сбор образцов может быть проще. Этот тест также реже реагирует на кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта, например, из желудка.

При положительном результате теста (при обнаружении скрытой крови) необходимо провести колоноскопию для дальнейшего обследования. Вместе с тем, хотя кровь в стуле может быть вызвана раком или полипами, она также может быть вызвана и другими причинами, такими как язвы, геморрой или другие состояния.

Анализ кала на скрытую кровь на основе гваяковой кислоты (гFOBT)

Анализ кала на скрытую кровь на основе гваяковой кислоты (гFOBT) обнаруживает скрытую кровь в стуле посредством химической реакции. Он работает иначе, чем FIT, но, как и FIT, гFOBT не может определить, идет ли кровь из толстого кишечника или из других частей пищеварительного тракта (например, из желудка). Этот тест необходимо проводить каждый год, в отличие от некоторых других тестов.

Перед тестом: некоторые пищевые продукты или лекарства могут повлиять на результаты, поэтому перед этим тестом рекомендовано избегать следующего:

- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), в течение 7 дней до тестирования. (Они могут вызвать кровотечение, что может привести к ложноположительному результату.)

Примечание. Люди должны стараться избегать приема НПВП при незначительных болях перед тестом. Но, если вы принимаете эти лекарства ежедневно при проблемах с сердцем или других состояниях, не прекращайте их прием для этого теста, не посоветовавшись сначала со своим лечащим врачом;

- витамин С более 250 мг в день из пищевых добавок или цитрусовых, соков, в течение 3–7 дней до тестирования (Это может повлиять на химические вещества в тесте и сделать результат отрицательным, даже при наличии крови.);

- красное мясо (говядина, баранина или печень) за 3 дня до тестирования. (Компоненты крови в мясе могут привести к положительному результату теста.)

Некоторые люди, которым проводят данное тестирование, неохотно его выполняют, опасаясь, что что-то из того, что они съели, может повлиять на результаты теста.

При положительном результате теста (при обнаружении скрытой крови) потребуются колоноскопия для выяснения причины кровотечения.

Анализ кала на ДНК

Данный анализ также известен как многоцелевой анализ кала на ДНК [MT-sDNA] или FIT-DNA, устанавливает определенные аномальные участки ДНК злокачественных клеток, а также наличие скрытой крови в стуле. Клетки КРР часто имеют измененную ДНК в определенных генах. Клетки с этими мутациями часто попадают в стул, где их могут обнаружить тесты. Cologuard, единственный тест, доступный в настоящее время в США, проверяет как изменения ДНК, так и наличие крови в стуле (FIT).

Этот тест следует проводить каждые 3 года, его можно проводить дома. Он тестирует полный образец стула. Перед сдачей теста нет никаких ограничений по лекарствам или диете.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ Колоноскопия

Для этого исследования врач эндоскопического отделения осматривает толстый и прямой кишечник по всей его длине с помощью колоноскопа – гибкой трубки с небольшой видеокамерой на конце. Колоноскоп вводят в анальное отверстие в прямой кишечник. Через колоноскоп можно ввести специальные инструменты для взятия биопсии или, при необходимости, удалить любые подозрительные участки, такие как полипы.

КТ-колонография

Представляет собой расширенный метод исследования при помощи компьютерной томографии (КТ) толстого и прямого кишечника, метод может показать аномальные участки, такие как полиповидные выросты, злокачественные новообразования. Специальные компьютерные программы используют как рентгеновские лучи, так и компьютерную томографию для создания трехмерного изображения внутренней части толстого и прямого кишечника. Данное исследование не требует седации (лекарства для сна) или введения какого-либо инструмента или эндоскопа в прямую кишку или толстую кишку. Этот тест может быть полезен для людей, которые не могут или не хотят проходить более инвазивный тест, такой как колоноскопия. Тест можно сделать довольно быстро, но для этого требуется такая же подготовка кишечника, как и для колоноскопии.

Если при данном тесте будут обнаружены полипы или другие подозрительные области, колоноскопия все равно потребует для их удаления или для полного исследования области.

Перед тестом важно, чтобы толстая кишка и прямая кишка были опорожнены – для получения наилучших изображений. Вам, вероятно, скажут следовать тем же инструкциям по очистке кишечника, что и при колоноскопии.

Тест занимает около 10 минут. Требуется употребить контрастный препарат перед тестом, чтобы маркировать стул, оставшийся в толстой или прямой кишке. Пациент укладывается на стол, который является частью компьютерного томографа, и в прямую кишку вводится маленькая гибкая трубка. Воздух нагнетается через трубку в толстую и прямую кишку, чтобы расширить их и обеспечить лучшее изображение. Затем пациента попросят задержать дыхание примерно на 15 секунд, пока выполняется сканирование.

После проведения данного теста редко отмечаются побочные эффекты, может встречаться временное вздутие живота или спазм из-за свободного воздуха в толстой и прямой кишке. Существует очень небольшой риск того, что при нагнетании воздуха в толстый кишечник врач может повредить стенку органа, но считается, что этот риск намного меньше, чем при колоноскопии. Как и другие виды компьютерной томографии, этот тест связан с получением допустимого количества радиации.

Гибкая ректороманоскопия

Гибкая ректороманоскопия похожа на колоноскопию, за исключением того, что она не исследует весь толстый кишечник. Ректороманоскоп (гибкая трубка с видеокамерой и осветителем на конце) вводится через прямую кишку, а затем перемещается на длину около 60 см. Изображения с эндоскопа отображаются на экране, поэтому врач может найти и удалить, при необходимости, любые подозрительные участки.

Перед тестом необходимо опорожнить кишечник для достижения качественной диагностики. Инструкции те же, что и при очистке кишечника перед колоноскопией.

Ректороманоскопия обычно занимает от 10 до 20 минут. Большинство людей не нужно вводить седативные препараты, но иногда это требуется. Непосредственно перед тестом врач производит пальцевое ректальное исследование для оценки ампулы прямой кишки. Ректороманоскоп сначала смазывают, чтобы его было легче ввести в прямую кишку, затем воздух подается в толстую и прямую кишку, чтобы врач мог лучше видеть внутреннюю оболочку. Это может вызвать некоторый дискомфорт, но не должно быть болезненным.

Если во время теста будут обнаружены какие-либо полипы, врач может удалить их с помощью небольшого инструмента, пропущенного через эндоскоп. Полипы исследуют в лаборатории. **Если обнаружены аденома (предраковый полип) или колоректальный рак, то позже пациенту требуется пройти колоноскопию, чтобы не пропустить полипы или рак в остальной части толстой кишки.** В части возможных побочных эффектов вы можете наблюдать появление небольшого количества крови в испражнениях в течение дня или 2 дней после теста. ☺☺☺

Источник: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests-used.html>

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: КАК ОНИ ВЛИЯЮТ НА ЛЕЧЕНИЕ

При постановке диагноза «злокачественное новообразование», а также во время планирования дальнейшего лечения, при выборе метода немаловажную роль играет наличие у пациента других хронических болезней. Такие болезни называют сопутствующими заболеваниями. К ним относят, например, гипертоническую болезнь, сахарный диабет 1 и 2-го типа, болезни щитовидной железы, язвенную болезнь. В зависимости от степени их выраженности в дальнейшем обсуждается возможность проведения того или иного лечения.

Информацию о наличии сопутствующих заболеваний получает врач с помощью расспроса пациента. Задаются вопросы о том, наблюдается ли пациент у других профильных специалистов, получает ли он какое-то специализированное лекарственное лечение. Далее, чтобы объективно оценить выраженность сопутствующего заболевания и скорректировать при необходимости планируемое лечение по поводу злокачественного новообразования, назначается ряд лабораторных и инструментальных методов обследования.

При планировании оперативного вмешательства хирургу-онкологу важно понимать, перенесет ли организм пациента операцию. Для этого необходимо оценить показатели крови, состояние сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта посредством выполнения таких исследований, как общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ показателей свертываемости крови (коагулограмма, или гемостазиограмма), общий анализ мочи, электрокардиография, эхокардиография (или УЗИ сердца), ультразвуковое исследование вен ниж-

них конечностей и эзофагогастродуоденоскопия (эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ). Каждое из этих исследований подробно анализируется врачом-анестезиологом-реаниматологом в рамках очной консультации, после чего он дает свое заключение об отсутствии противопоказаний к операции. Если же выявляются отклонения по тем или иным показателям, то на этом основании следует полагать, что в настоящий момент степень выраженности сопутствующего заболевания не позволяет пациенту проводить операцию, и предоставляются рекомендации по методам коррекции данных показателей либо пациент направляется к профильному специалисту, если требуется узкоспециализированное лечение. При наличии сахарного диабета (1 или 2-го типа) и высоких показателей уровня глюкозы крови на момент исследования врачом-эндокринологом проводится коррекция получаемой сахароснижающей терапии. Либо же при наличии сердечно-сосудистых заболеваний врачом-кардиологом меняется кардиальная терапия путем добавления новых препаратов или увеличения доз, или замены уже

принимаемых на аналоги. В некоторых случаях, например при наличии выраженных нарушений ритма сердца, может потребоваться консультация специалистов узкоспециализированных учреждений. После коррекции сопутствующей патологии проводится повторное комплексное обследование, на основании которого профильные специалисты предоставляют свое заключение и направляют к хирургу-онкологу.

При наличии показаний к химиотерапии также проводятся все указанные выше исследования. Отсутствие противопоказаний к проведению системной химиотерапии имеет первостепенное значение, поскольку многие химиопрепараты обладают высокой токсичностью. В учет берется выраженность патологии сердечно-сосудистой системы, наличие почечной недостаточности и печеночной недостаточности. В ситуациях, когда назначение той или иной схемы противоопухолевого лекарственного лечения сопряжено с высоким риском развития побочных явлений и обострения обозначенных заболеваний, рассматривается вопрос о смене схемы химиотерапии с заменой на менее токсичные препараты. Это не всегда означает, что эффект от получаемого лечения может существенно ухудшиться. То же самое касается и таргетной терапии.

Строгая приверженность лечению и самодисциплина помогут вам избежать нежелательных последствий сопутствующих болезней. Следуйте рекомендациям ваших лечащих врачей, выполняя все их назначения. Врач поможет вам объективно оценить состояние организма и при необходимости внесет изменения в получаемую вами терапию. ☺☺☺

ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

Светлана Сурганова



Автор фото: Sarganistmetyushki. Собственная работа. Источник: https://ru.wikipedia.org/wiki/Светлана_Сурганова. Фото замаскировано (без изменений) по лицензии Creative Commons (CC BY-SA 4.0).

Сначала у Светланы были «Ночные снайперы», а теперь есть свой оркестр, группа «Сурганова и оркестр». Но мало кто знает, что и пик популярности дуэта Сургановой

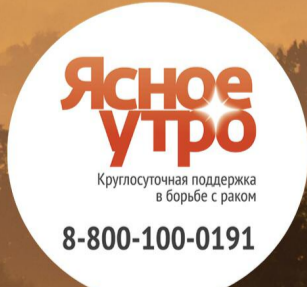
и Арбениной, и его дальнейший распад пришлось на то время, когда Светлана боролась за свою жизнь, пытаясь победить онкологию.

Началось все в 1997 году. Тогда сама Светлана начала чувствовать дискомфорт внутри, появились боли, пропал аппетит. Медик по образованию, она по симптомам начала догадываться, что это могут быть признаки онкологии. Переживала, но идти к врачам медлила. Думала, что как-то все решится само собой. И это промедление чуть было не стоило Светлане жизни. Все решилось совершенно случайно. Именно нелепая случайность привела к надрыву в кишечнике. Светлане сделали операцию и выяснили, что у нее рак кишечника II стадии. О том, что ее тело изменилось, Светлана узнала, когда пришло себя после наркоза. Врач сообщил ей, что опухоль удалена, но теперь ходить в туалет она сможет только при помощи колостомы.

Через несколько дней была повторная операция. Светлану преследовали жуткие боли. Но лечение, поддержка друзей и настойкой Светланы бороться несмотря ни на что делали свое дело. Певица началаправляться и дала себе слово, что сцену не бросит, хотя теперь в ее положении давать даже самой себе такую клятву было непросто, а выполнить еще сложнее. Светлана сдержала свое слово – она продолжила сценическую карьеру. В первые дни после выписки из больницы выходить на сцену для певицы было сложно, ведь она похудела до 42 кг. Ну и то, что на животе постоянно находился «мешочек», в котором собирались каловые массы и газы из кишечника, не способствовало улучшению настроения. Однако Светлана выдержала все. Восемь лет она продолжала борьбу с онкологией и жила с колостомой, не прекращая при этом сценической деятельности. В 2000 году она даже совершила прыжок с парашютом. В 2002 году пережила распад группы «Ночные снайперы» и начала новый творческий этап, приняв на себя руководство группой «Сурганова и оркестр».

За 8 лет Светлана пережила 5 полостных операций. Последняя из них была в 2005 году. Тогда у певицы случилось воспаление желчного пузыря, потребовалось его удаление, и врачи предложили Светлане восстановительную операцию. Операция прошла успешно, реабилитационный этап тоже. Вот что сама певица вспоминает об этом: «Через несколько месяцев, когда легла на очередное обследование, мне объявили: все срослось правильно и... можно теперь нормально сходить в туалет. Извините за прямоту. Здоровый человек не представляет, как это важно... Тогда я подумала: «Кажется, победила!» Жизнь нахлынула на меня. Я могла нормально питаться, общаться с людьми, чаще выступать. Этого я ждала долгих восемь лет!» Сегодня, после возвращения к нормальной жизни, Светлана прекрасно себя чувствует, продолжает заниматься творчеством, ездит с гастролями по городам России и мечтает о детях. ☺☺☺

Материал подготовлен Службой помощи онкобольным «Ясное утро» 8-800-100-0191




Круглосуточная поддержка в борьбе с раком

8-800-100-0191

ВСЕРОССИЙСКАЯ ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ И ИХ БЛИЗКИМ

8-800-100-0191

АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО. КРУГЛОСУТОЧНО.



ясноеутро.рф

ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА: КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

КАК СЕГОДНЯ ЛЕЧАТ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Вместе с развитием технического прогресса человечество постоянно осваивает новые и совершенствует уже известные методы лечения различных заболеваний, в том числе и злокачественных новообразований. Изменяются подходы к диагностике и лечению, создаются современные высокотехнологичные устройства и оборудование, активно использующиеся в медицине.

В этой статье мы рассмотрим три метода лечения колоректального рака и расскажем, когда и какой из этих трех методов применяется и какие существуют вариации каждого из них.



ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД

ФАКТ Хирургия является одной из древнейших наук и отраслей медицины. Хирургический метод лечения, вне всяких сомнений, занимает важное место и в онкологии.

Прежде чем говорить о возможных объемах хирургических вмешательств в онкологической колопроктологии, стоит немного поговорить об анатомии. Толстая кишка разделена на слепую кишку, восходящую ободочную кишку, поперечную ободочную кишку, нисходящую ободочную кишку, сигмовидную кишку и прямую кишку, которая, в свою очередь, подразделяется на верхнеампулярный, среднеампулярный и нижнеампулярный отделы. Отдел кишки, где восходящая ободочная кишка переходит в поперечную ободочную, называется печеночным изгибом ободочной кишки и располагается в непосредственной близости к печени, из поперечной ободочной в нисходящую – селезеночным изгибом, а сигмовидная кишка в верхнеампулярный отдел прямой кишки – ректосигмоидным переходом. Конечным отделом желудочно-кишечного тракта является анальный канал, заканчивающийся заднепроходным отверстием. В зависимости от локализации расположения опухолевого процесса толстой кишки будет выработываться тактика хирургического лечения, определяется, какую именно операцию будет выполнять хирург. Основная задача хирургического метода лечения – это полностью удалить опухолевую ткань из организма пациента. При планировании операции учитывается множество факторов, в том числе особенность кровоснабжения толстой кишки. Вместе с удаляемым отделом толстой кишки удаляются также и лимфатические узлы, являющиеся своеобразными «коллекторами» в организме человека, которые на определенном этапе развития болезни препятствуют распространению отсевов (метастазов) опухоли в другие органы. В зависимости от степени поражения лимфатических узлов по результату более детального изучения удаленной ткани врачами-патологоанатомами (так называемого морфологического исследования) выработывается дальнейшая тактика лечения. При отсутствии пораженных лимфо-

ЕСЛИ У ВАС ИМЕЮТСЯ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ (СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УТОМЛЯЕМОСТИ, НАЛИЧИЕ СЛЕДОВ КРОВИ В СТУЛЕ, СКУДНЫЙ СТУЛ ЛИБО ЧАСТЫЙ ЖИДКИЙ СТУЛ), НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПОЛИКЛИНИКУ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

узлов по заключению морфологического исследования показаний для продолжения лечения, как правило, нет. Поэтому пациенту предоставляются рекомендации по динамическому наблюдению с периодическим проведением полного обследования. Хирургическое лечение при колоректальном раке рекомендуется пациентам в случаях, когда подразумевается полное удаление опухолевой ткани без существенного вреда для организма, – при локализованных новообразованиях без метастатического поражения лимфатических узлов или других органов и тканей.

ХИМИОТЕРАПИЯ

ФАКТ С развитием генетики появляются новейшие лекарственные препараты, способные эффективно воздействовать на опухолевую ткань.

В тех ситуациях, когда выполнить операцию в радикальном объеме не представляется возможным и/или операция сопряжена с высоким риском неблагоприятного исхода, врач-онколог предоставляет пациенту рекомендации по проведению химиотерапии.

Химиотерапия – лекарственный метод лечения, в том числе колоректального рака, основной задачей данного метода является уменьшение объема опухолевой ткани в организме и предотвращение ее дальнейшего роста за счет системного воздействия противоопухолевого препарата на организм. Часто используется комбинация нескольких препаратов. Существует также вариант лекарственного лечения, называемый таргетной терапией, он применяется в том числе в лечении колоректального

рака. При данной терапии используют препараты, воздействующие непосредственно только на опухоль, в случае если выявляются мутации определенных генов клеток опухоли. Решение о назначении таргетных препаратов принимается после проведения молекулярно-генетического исследования биопсийного материала, и в случае выявления мутаций генов таргетные препараты включаются в системную химиотерапию. Как было сказано выше, лекарственный метод лечения применяется в случае невозможности проведения на данном этапе хирургического лечения. Однако решение о выполнении операции на втором этапе комплексного лечения может быть пересмотрено по результатам контрольного обследования после проведения определенного количества курсов химиотерапии (с или без добавления таргетных препаратов). Также химиотерапия назначается в качестве профилактического метода после операции в том случае, если по результатам морфологического исследования были выявлены пораженные опухолью лимфатические узлы.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

ФАКТ Еще в конце XIX века было открыто рентгеновское излучение, и тогда же ионизирующее излучение было впервые применено для лечения рака. Сегодня лучевая терапия достигла невероятных высот в лечении опухолевых заболеваний.

Лучевая терапия в лечении колоректального рака также играет немаловажную роль. Ввиду особенностей расположения толстой кишки в организме человека лучевая терапия имеет ограниченное применение, в связи с этим допускается облучение только прямой кишки. При этом зачастую данная терапия позволяет избежать выполнение инвалидизирующих пациента операций, сводя полностью на нет их необходимость либо кардинальным образом изменяя объем хирургического вмешательства в сторону его уменьшения. В частности, в лечении рака прямой кишки доказала свою эффективность лучевая терапия с добавлением химиопрепаратов, так называемая химиолучевая терапия. Как лучевая, так и химиолучевая терапия в подавляющем большинстве случаев не требует госпитализации в стационар, после проведения процеду-

ры пациент отправляется домой. Сеанс облучения проводится после предварительной разметки полей облучения на специальном высокотехнологичном аппарате. Процедура абсолютно безболезненна и зачастую переносится без побочных эффектов. В случае же возникновения жалоб нужно сообщить об этом лечащему врачу-радиотерапевту, поскольку побочные эффекты после лучевой терапии успешно поддаются коррекции.

В этой статье мы привели краткие данные об основных методах лечения рака толстой кишки, применяемых в современной онкологии.

Если у вас имеются определенные симптомы (снижение массы тела, значительное повышение утомляемости, наличие следов крови в стуле, скудный стул либо частый жидкий стул), необходимо обратиться за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, где будет назначено комплексное обследование. Если по результатам данного обследования будет заподозрено либо выявлено онкологическое заболевание, вы имеете право на получение бесплатной специализированной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования в профильном онкологическом центре. Каждый конкретный клинический случай рассматривается в рамках онкологического консилиума с участием хирурга-онколога, врача-химиотерапевта и врача-радиотерапевта, по решению которых будет избран один из вышеописанных методов лечения, являющийся наиболее оптимальным для каждой конкретной клинической ситуации. ☺☺☺

ЖАННА ГРИШИНА:

«После болезни я переосмыслила всю свою жизнь»



Когда болезнь застигает врасплох, очень важно не потерять надежду и не сдаться. **ЖАННА ГРИШИНА** узнала о своем диагнозе внезапно, прошла тяжелую терапию и вышла победителем из схватки с онкозаболеванием. Мы поговорили с Жанной о том, как она узнала о своем диагнозе, о поддержке близких и медиков и о том, какой ее жизнь стала сейчас.

Кстати, про «звоночки» мы много говорили с хирургом уже в стационаре, пока я ждала операцию. Обсуждали, искали, я старалась вспомнить... Но стандартных симптомов не было, организм работал как обычно, без сбоев и нарушений... Лишь однажды доктор упомянул об «изменении обоняния», и я вспомнила! Действительно, возвращаясь домой после работы, я открывала все окна и часами проветривала квартиру, мне казалось, пахнет сыростью, затхлостью. Дочка этого не чувствовала и сильно удивлялась. Возможно, это и был единственный – и очень необычный – «звоночек» моей болезни, в остальном организм работал как часы.

– Какой диагноз Вам поставили в итоге?

– Рак нисходящего отдела ободочной кишки IV стадии.

– А какое лечение предложили?

– На момент постановки диагноза уже была угроза развития непроходимости кишечника, поэтому начали с оперативного лечения. А через 2 недели сразу перешли к весьма агрессивной химиотерапии, так как восстанавливаться после операции было некогда, печень была сильно поражена метастазами.

– Было ли лечение болезненным?

– Да, оно было, мягко говоря, некомфортным. Параллельно я мучилась от страха, основанного на смутных познаниях о химиотерапии (в основном, по сценам из кинофильмов). И правда, все описанное сам начинаешь чувствовать: стали выпадать волосы, появилась невыносимая тошнота... И в то же время появилась надежда, что химия будет убивать чужеродные клетки...

«Одной мне было бы намного сложнее, а люди оказывали помощь душевную, материальную и физическую. Я чувствую тепло и благодарность за то, что такие люди встретились на моем пути!»

– Как к Вам относились врачи? На базе какой больницы Вы проходили терапию?

– Я тогда ничего не знала об онкологических заболеваниях. Стала спрашивать друзей и знакомых – тех, кому могла довериться, и мне посоветовали Московскую городскую онкологическую больницу №62 Департамента здравоохранения города Москвы. Проконсультировалась с хирургом, отправила ему результаты компьютерной томографии, и он сказал: «Срочно приезжайте». Это была большая удача – оказаться в руках таких потрясающих хирургов-онкологов-проктологов. Я чувствовала заботу, терпение, любовь, поддержку от всего персонала, на всех уровнях. Я ведь была абсолютно растеряна, в оцепенении и отупении, и уже готова была умирать. В больнице сразу собрали консилиум врачей различных

специальностей, сообща все обсуждали и пришли к единому – самому оптимальному – решению.

На третьем курсе химиотерапии у меня случилась клиническая смерть, кома. Потом был тяжелый период восстановления, во время которого весь положительный эффект от химиотерапии сошел на нет и даже усугубился, печень полностью была поражена метастазами и вот-вот могла отказать... Если честно, я была совершенно истощена и обессилена, практически не могла говорить и почти не управляла своим телом. Могла только лежать... Начались пневмония, пролежни...

Молекулярно-генетическое исследование показало наличие микросателлитной нестабильности (MSI) – это означало, что опухоль еще можно попробовать лечить иммунотерапией. На очередном консилиуме было решено попробовать иммунотерапию под кодовым названием «терапия отчаяния». И она сработала! Я безмерно счастлива!

– Как Вас поддерживали психологически? Друзья, родные, коллеги?

– Сначала я смогла рассказать только нескольким, самым близким людям из своего окружения. И на них, конечно, свалился самый большой груз горя. И они первые оказали мне искреннюю и бесценную поддержку. Потом уже постепенно рассказала всем остальным. Что тут сказать, новость очень тяжелая, и не у каждого хватило сил разделить и принять такое известие, а тем более поддержать. Многие ушли из моей жизни, даже из близкого окружения, я перестала с ними общаться. Но удивительно: пустое пространство заполнилось новыми, более близкими и понятными мне людьми! Одной мне было бы намного сложнее, а люди оказывали помощь душевную, материальную и физическую. Я чувствую тепло и благодарность за то, что такие люди встретились на моем пути!

– Закончено ли лечение сейчас?

– Да, согласно клиническим рекомендациям, препараты иммунотерапии вводят в течение 2 лет и затем прекращают, но их действие продолжается (очень на это надеюсь).

– Предстоят ли какие-то манипуляции в будущем? Боитесь ли Вы их?

– Мое лечение завершено, организм положительно ответил на терапию. Я продолжаю восстанавливаться

– Жанна, как Вы узнали о своем диагнозе? Какие симптомы ему предшествовали?

– Все началось после, казалось бы, обычной простуды. На рабочем совещании у начальника были все признаки ОРВИ, он чихал. Заразилась и я, думала, за пару дней пройдет. Но простуда «набирала обороты», температура упорно не снижалась. Затем – затишье, оказавшееся временным, и опять новый виток инфекции, еще более сильный, – слабость, яркие симптомы. Я даже подумала, что это COVID-19 (все происходило в октябре 2019 года). Сил выходить на работу не было никаких. Вызвала врача: тогда терапевт назначил тщательное обследование. На первом этапе сдала все анализы, в том числе общий анализ крови, выявилась небольшая анемия. Этому значения не придали – уровень гемоглобина у меня всегда был то нормальный, то чуть ниже нормы. Но, учитывая результаты, врач рекомендовал пройти фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) и анализ кала на скрытую кровь. Результаты были отличные, и я уже вышла на работу, влилась в обычное жизненное русло, как подошла очередь на УЗИ органов брюшной полости. Дай, думаю, схожу, перед работой удобно. Врач поводит датчиком и на мой стандартный вопрос «Все ли хорошо?» сухо ответил: «Обратитесь к своему доктору за комментариями». Я поехала на работу и по дороге в машине читаю заключение: МТС (метастазы. – Прим. ред.) печени, заболевание поджелудочной железы под вопросом. Я начала искать в Интернете, что это такое, и остолбенела...

– Проходили ли Вы раньше диспансеризацию? Не было ли каких-то «звоночков» ранее?

– Да, я очень ответственный человек, регулярно проходила чек-апы [check-up («чек-ап») – это набор обследований, с помощью которых можно выявить неинфекционные заболевания на ранней стадии. – Прим. ред.]. Не перестаю удивляться, как возможен тот факт, что болезнь не обнаружилась на ранних стадиях и она приобрела такую запущенную форму...

после клинической смерти и очень надеюсь, что резервы организма позволят сделать это без последствий. Конечно, где-то внутри, как и у всех онкопациентов, у меня прячется страх рецидива, но сейчас я наслаждаюсь жизнью.

– Как изменилась Ваша жизнь? Пришлось ли переосмыслить подход к жизни?

– Да, конечно, я переосмыслила всю свою жизнь. С самого начала я искала ответы на вопросы «как это могло случиться?», «почему именно со мной?». Многие перестало быть значимым и на передний план вышли другие ценности.

– Жанна, большое Вам спасибо за интервью. Желаем Вам здоровья! 🙏

ФАКТОРЫ РИСКА

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ и опухолевые заболевания



Злокачественные опухоли часто многофакторны. Эпидемиологические исследования показали, что гипергликемия, которая сопутствует сахарному диабету, повышает распространенность и смертность от некоторых злокачественных новообразований, таких как рак молочной железы, печени, мочевого пузыря, поджелудочной железы, толстой кишки (колоректального рака), эндометрия [1, 2].

По данным Всемирной организации здравоохранения, число пациентов с диабетом увеличится с 382 миллионов в 2015 г. до 592 миллионов в 2035 г. [3]. Более 50 лет назад, в 1956 г., О. Варбург впервые предположил, что повышенный уровень глюкозы в крови связан с онкогенезом [4]. С тех пор многие исследователи обнаружили, что гипергликемия может способствовать развитию опухоли [5–7]. Гипергликемия может способствовать пролиферации, инвазии и миграции, а также химиорезистентности опухолевых клеток [1, 8–10]. Недавние исследования признали гипергликемию фактором риска развития рака у пациентов с диабетом. В основном речь идет о диабете 2-го типа, ко-

торый встречается примерно в 10 раз чаще, чем диабет 1-го типа. Гипергликемия увеличивает распространенность и смертность (краткосрочную или долгосрочную) от многих злокачественных новообразований, в том числе у пациентов с колоректальным раком [5–7, 11, 12]. Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, хроническое системное воспаление и гипергликемия являются комплексной патофизиологической основой взаимосвязи сахарного диабета и рака. Инсулин является фактором роста, который способствует пролиферации клеток. Митогенный эффект гиперинсулинемии более выражен в злокачественных клетках, в которых часто отмечаются сверх-

экспрессия рецепторов инсулина и чрезмерное восприятие к нему. Гипергликемия обеспечивает энергию для пролиферации злокачественных клеток и способствует росту раковых клеток и неоангиогенезу. Риск колоректального рака повышается у лиц с ожирением и при употреблении пищи, бедной клетчаткой, но с высоким содержанием животного белка, жиров и простых углеводов [13]. Подозрения на колоректальный рак у больных сахарным диабетом могут возникнуть при появлении следующих симптомов: кровь в кале, задержка стула или диарея, боль в животе. В такой ситуации следует незамедлительно

НЕДАВНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИЗНАЛИ ГИПЕРГЛИКЕМИЮ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ

обратиться к врачу поликлиники по месту жительства, который назначит необходимые исследования, позволяющие диагностировать колоректальный рак: пальцевое исследование прямой кишки, анализ кала на скрытую кровь и колоноскопию с биопсией. Вовремя установленный диагноз позволит вовремя начать противоопухолевое лечение и сохранить жизнь пациентам. ☺

Литература

- Li W, Zhang X, Sang H и др. Влияние гипергликемии на прогрессирование опухолевых заболеваний. J Exp Clin Cancer Res 2019; 38: 327.
- Garg SK, Maurer H, Reed K, Selagamsetty R. Diabetes and cancer: two diseases with obesity as a common risk factor. Diabetes Obes Metab 2014; 16: 97–110.
- Popkin BM. Nutrition transition and the global diabetes epidemic. Curr Diab Rep 2015; 15: 64.
- Warburg O. On the origin of cancer cells. Science 1956; 123: 309–14.
- Cappaticcio L, Maiorino MI, Bellastella G et al. Insights into the relationships between diabetes, prediabetes, and cancer. Endocrine 2017; 56: 231–9.
- Pandey A, Forte V, Abdallah M et al. Diabetes mellitus and the risk of cancer. Minerva Endocrinol 2011; 36: 187–209.
- Vigneri P, Frasca F, Sciacca L et al. Diabetes and cancer. Endocr Relat Cancer 2009; 16: 1103–23.
- De Lorenzo MS, Baljinnyam E, Vatner DE et al. Caloric restriction reduces growth of mammary tumors and metastases. Carcinogenesis 2011; 32: 1381–7.
- Lee C, Longo VD. Fasting vs dietary restriction in cellular protection and cancer treatment: from model organisms to patients. Oncogene 2011; 30: 3305–16.
- Seyfried TN, Kiebish MA, Marsh J et al. Metabolic management of brain cancer. Biochim Biophys Acta 2011; 1807: 577–94.
- Huang Y, Cai X, Qiu M et al. Prediabetes and the risk of cancer: a meta-analysis. Diabetologia 2014; 57: 2261–9.
- Zhou XH, Qiao Q, Zethelius B et al. Diabetes, prediabetes and cancer mortality. Diabetologia 2010; 53: 1867–76.
- Мисникова И.В. Сахарный диабет и рак. РМЖ. 2016; 20: 1346–50.

Автор: Алла Сергеевна Доможирова, доктор медицинских наук, врач-онколог

РАВНЫЙ ОНКОКОНСУЛЬТАНТ

Памятка: диспансеризация

ПРИНЦИПАЛЬНАЯ СХЕМА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

I этап:

- Проведение базовых обследований в целях раннего выявления состояний, заболеваний и факторов риска в целях определения группы здоровья.
- Проведение онкоскрининга.
- Оценка сердечно-сосудистого риска.
- Установление группы здоровья.

II этап:

- Проведение дополнительных исследований по показаниям, выявленным на I этапе.
- Уточнение диагноза.
- Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно.
- Диспансеризация в возрасте 18–39 лет проводится 1 раз в 3 года, в возрасте 40 лет и старше – ежегодно.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ, I ЭТАП:

- Профилактический осмотр.
- Скрининг на выявление онкологических заболеваний:

- 18–39 лет/1 раз в год
- взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года;
- осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов;
- общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);
- краткое профилактическое консультирование;
- прием (осмотр) врачом-терапевтом.
- 40–64 года/1 раз в год и в 2–3 года
- осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом (1 раз в год);
- взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки (1 раз в 3 года);
- маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм (1 раз в 2 года);
- эзофагогастродуоденоскопия (до 45 лет);
- определение ПСА в крови (в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет);

- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом (1 раз в 2 года);
- осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов;
- общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);
- краткое профилактическое консультирование;
- прием (осмотр) врачом-терапевтом.
- 65 лет и старше (1 раз в год):
- осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом (1 раз в год);
- маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм – до 75 лет (1 раз в 2 года);
- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом – до 75 лет (1 раз в 2 года);
- осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов;
- общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);

- краткое профилактическое консультирование;
- прием (осмотр) врачом-терапевтом.

СКРИНИНГ колоректального рака (КРР):

I ЭТАП:

- Определение группы риска пациента по КРР (анкетирование).
- Если риск:
 - высокий – направление на II этап скрининга;
 - средний – исследование кала на скрытую кровь в рамках ДОГВН (40–75 лет);
 - если результат положительный, то на II этап;
 - если результат отрицательный, то явка на скрининг через 2 года.

II ЭТАП:

- Колоноскопия:
 - объемное образование не обнаружено: скрининг КРР через регламентный интервал;
 - есть объемное образование:
 - аденома: полипэктомия одноэтапная;
 - полип: полипэктомия двухэтапная;
 - рак: направление и обследование в ЦАОП. ☺

Источник: XXIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: Драпкина О.М., Шелыгин Ю.А., Ассоциация онкологов России.

Автор: Светлана Неретина, онкопациент, равный онкоконсультант

РАЗБИРАЕМ ПРОЦЕДУРУ ПОЛУЧЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ



МСЭ – ЗАГАДОЧНАЯ АББРЕВИАТУРА ИЛИ ТРИ БУКВЫ, КОТОРЫЕ С ЛЕГКОСТЬЮ РАСШИФРУЕТ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ, ПОЛУЧИВШИЙ ИНВАЛИДНОСТЬ. НА ГОРЯЧУЮ ЛИНИЮ МОД «ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА» КАК МИНИМУМ НЕСКОЛЬКО РАЗ В НЕДЕЛЮ ПОСТУПАЮТ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ. СЕГОДНЯ МЫ ПОСТАРАЕМСЯ В ДОСТУПНОЙ ФОРМЕ РАССКАЗАТЬ, КАК ЖЕ ПОЛУЧАЮТ ИНВАЛИДНОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПАЦИЕНТЫ.

Кто направляет на медико-социальную экспертизу (МСЭ)

Принятие решения врачебной комиссией медицинской организации о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу и проведении медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, осуществляется не позднее 30 рабочих дней со дня принятия решения врачебной комиссией медицинской организации о подготовке такого направления.

Приказом Минтруда России No 402н, Минздрава России No 631н от 10.06.2021 утвержден Перечень медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы. Из содержания данного перечня можно узнать, какие медицинские обследования необходимы при определенной нозологической форме. Например, при раке толстой кишки (толстого кишечника) необходимы следующие обследования: минимум – анализ крови общий; анализ мочи общий; биохимические анализы (общий белок, белковые фракции, альбумин-глобулиновый коэффициент, другие – по показаниям); рентген или флюорография грудной клетки; УЗИ печени; рентгенологическое исследование кишечника

ПО ВОПРОСУ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬСЯ К СВОЕМУ ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (В ПОЛИКЛИНИКУ)

ка для оценки возможного рецидива и функции анастомоза, кишечника и т.д., данные биопсии опухоли; заключение онколога, терапевта, невропатолога, при необходимости осмотр других специалистов.

По показаниям: копрограмма; анализ кала на дисбактериоз; рентгенологическое исследование толстой кишки для оценки ее функции (при повторных освидетельствованиях для исключения рецидива); консультация психолога.

По вопросу направления на медико-социальную экспертизу необходимо обратиться к своему лечащему врачу медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (в поликлинику) с вопросом о подготовке направления на медико-социальную экспертизу и вынесения данного вопроса на рассмотрение врачебной комиссии. Направление на медико-социальную экспертизу формируется в медицинской информационной системе медицинской организа-

ции и в форме электронного документа в течение 3 рабочих дней со дня формирования передается в бюро медико-социальной экспертизы посредством медицинских информационных систем медицинских организаций.

Сроки направления на МСЭ

Классификациями и критериями, которые используют при осуществлении медико-социальной экспертизы, например, при диагнозе «рак толстой кишки» (толстого кишечника) предусмотрено следующее:

- III группа инвалидности (стойкое умеренное ограничение жизнедеятельности) устанавливается:
 - при первичном освидетельствовании радикально леченным больным, которые из-за абсолютных противопоказаний утратили возможность продолжать труд в некоторых профессиях или могут выполнять его в неполном объеме;
 - больным с колостомой без нарушения или (и) с умеренным нарушением ее опорожнения при освидетельствовании через 2–3 года;
 - при 2-й степени нарушений функции ануса;
 - при умеренном нарушении опорожнения толстой кишки.
- II группа инвалидности (выраженное ограничение жизнедеятельности) определяется:
 - при сомнительном прогнозе у радикально леченных в III стадии болезни, эндофитном, средней или низкой степени дифференцировки раке;
 - при нерадикальном лечении и отсутствии необходимости в постоянном постороннем уходе;
 - у больных с колостомой и нарушением опорожнения через нее 2-й и 3-й степеней;
 - при нарушении функции сфинктера 3-й степени;
 - при выраженном нарушении опорожнения толстой кишки.
- I группа инвалидности (резко выраженное ограничение жизнедеятельности) устанавливается больным с нарушением самообслуживания и нуждаемостью в постоянном постороннем уходе при:

- инкурабельности опухоли;
- рецидивах и отдаленных метастазах опухоли.

Хотелось бы обратить ваше внимание, что вопрос об установлении инвалидности (сроке инвалидности) по результатам медико-социальной экспертизы может быть разрешен исключительно специалистами бюро на основании объективных данных о состоянии здоровья пациента, отражающих степень нарушения функций органов и систем, отраженных в направлении на медико-социальную экспертизу, а также на основании медицинских документов. ☺

Друзья, если у вас остались вопросы, вы всегда можете обратиться на Горячую линию МОД «Движение против рака» 8 (800) 200-47-32 – 8:00–14:00, время московское, или написать нам на электронную почту: info@rakpobedim.ru



ЗА РУКУ



АО «Рош-Москва», 107031, Россия, г. Москва, Трубная площадь, дом 2, помещение I, этаж 1, комната 42, МФК «Галерея Неглинная». Тел. +7 (495) 229-29-99; www.roche.ru

Портал «За руку» посвящен темам:

- Факторы риска
- Современные методы диагностики
- Информация о пациентских организациях и правах пациента
- Существующие подходы к терапии
- Реабилитация
- Полезные ссылки и многое другое



zaruku.com – медиа для онкопациентов, их близких и всех, кто находится в группе риска развития рака

Информация на сайте не заменяет консультацию врача 18+

- Рак легкого
- Рак мочевого пузыря
- Рак молочной железы
- Рак печени
- Меланома
- Лимфома

МФК-0008844 от 18.08.2022

ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ С ИНВАЛИДОМ



О вопросах трудовых отношений во время болезни нам расскажет юристконсульт Всероссийской ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!» ОЛЬГА БОРИСОВНА ИВАНОВА.

Общие положения

Наличие у человека инвалидности и ограничений трудоспособности само по себе не может быть основанием для увольнения.

Документы, подтверждающие инвалидность работника:

- справка, подтверждающая факт установления инвалидности, либо в случае утраты или порчи справки ее дубликат;
- индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида.

Продолжительность рабочего времени

Исходя из положений ст. 11, ст. 23 181-ФЗ и ст. 93, ст. 94, ст. 224 ТК РФ, если продолжительность рабочего времени инвалида оговорена в медицинском заключении, работодатель должен установить неполный рабочий день (смену) или неполную рабочую неделю такому работнику в пределах установленных в медицинском заключении. В этом случае оплата труда устанавливается пропорционально отработанному времени или в зависимости от выполненного объема работ.

При этом работа на условиях неполного рабочего времени не должна повлечь для работника какие-либо ограничения продолжительности ежегодного основного оплачиваемого отпуска, исчисления трудового стажа и других трудовых прав.

На основании ст. 96, ст. 99, ст. 113 ТК РФ инвалиды любой группы могут привлекаться к работе в ночное время, сверхурочной работе, а также в выходные и праздничные дни только с их письменного согласия и при условии, если такая работа не запрещена им по состоянию здоровья в соответствии с медицинским заключением. При этом инвалиды должны быть ознакомлены в письменной форме с правом отказаться от такой работы.

Также инвалидам любой группы предоставляется ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней, ст. 23 181-ФЗ.

В соответствии со ст. 128 ТК РФ работодатель обязан предоставлять работающим инвалидам на основании письменного заявления работника отпуск без сохранения заработной платы по семейным обстоятельствам и другим уважительным причинам до 60 календарных дней в году.

Для инвалидов III группы законодательством не предусмотрена сокращенная продолжительность рабочего времени, по общему правилу для них действует нормальная продолжительность рабочего времени – 40 часов в неделю (ст. 91 ТК РФ). Если работник с инвалидностью работает в обычном для всех работников графике, ему нужно выплачивать сверхурочные.

Работник с инвалидностью II группы должен работать не более 35 часов в неделю. Если в случае проверки трудовая инспекция вы-

явит нарушение или работник сам пожалуется в инспекцию, компанию обяжут оплатить работнику сверхурочную работу за весь период трудоустройства и выплатить компенсацию за задержку заработной платы. Такое решение принято Четвертым судом общей юрисдикции – Определением от 23.06.2020 №88а-13925/2020.

Работодатель обязан установить работнику-инвалиду I или II группы сокращенную продолжительность рабочего времени независимо от желания такого работника (Определение СК по гражданским делам ВС РФ от 12 августа 2019 г. №25-КГ19-7).

Когда могут уволить

Если сотрудника-инвалида признали полностью неспособным к трудовой деятельности, то можно уволить его по самостоятельному основанию увольнения – п. 5 ч. 1 ст. 83 ТК РФ. При увольнении выплачивается сотруднику выходное пособие в размере двухнедельного заработка (ч. 3 ст. 178 ТК РФ).

За отказ от перевода, необходимого сотруднику-инвалиду в соответствии с медицинским заключением, на основании справки об инвалидности и ИПРА нельзя уволить. Данные документы не являются единственными, на основании которых работодатель имеет право уволить работника по п. 8 ч. 1 ст. 77 ТК РФ (Определение ВС РФ от 16 января 2023 г. №4-КГ22-53-К1).

Можно ли уволить работника, находящегося на больничном и когда часто бывает на больничном?

Пока сотрудник находится на больничном, его уволить нельзя. Исключение составляют случаи, когда организация ликвидируется (ч. 6 ст. 81 ТК РФ, подп. «а» п. 23 постановления Пленума Верховного суда от 17.03.2004 №2 «О применении судами Российской Федерации ТК РФ»).

Максимальный срок одного больничного не может превышать 12 месяцев. Если сотрудник берет разные больничные и непрерывно болеет более года, то может возникнуть подозрение, что часть больничных поддельная. Поэтому могут проверить больничный. Если выяснится, что какой-то из листов нетрудоспособности не выдавали, то могут уволить сотрудника за прогул. Ответ на вопрос об увольнении в период действия больничного листа зависит от того, сам ли работник захотел уволиться или же такое решение принял работодатель в одностороннем порядке.

Что ждет работодателя, уволившего по собственной инициативе работника, находящегося на больничном?

Если работодатель поймет, что поступил неправомерно, и восстановит уволенного работника не позднее дня, когда он будет признан врачом трудоспособным, работнику выплачивается больничное пособие, и он продолжает работать в штатном режиме.

Но, если работник обратится в суд с иском о незаконном увольнении, судья, как правило, в подобных ситуациях встают на сторону работников. В результате этого работодателю придется восстановить работника, оплатив ему время вынужденного прогула по среднему заработку и компенсировав моральный вред (ст. 237, ст. 394 ТК РФ). Увольнение работника, находящегося на больничном, грозит работодателю и его должностным лицам административной ответственностью (ч. 1, 2 ст. 5.27 КоАП РФ).

Квотирование рабочих мест

Ст. 13.2 Закона РФ от 19.04.1991 N 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» предусматривает квотирование рабочих мест для инвалидов, определено: работодателям, у которых численность работников превышает 100 человек, законодательством субъекта России устанавливается квота для приема на работу инвалидов в количестве 2–4% среднесписочной численности работников. Работодателям, у которых численность работников составляет от 35 до 100 человек включительно, законодательством субъекта России может устанавливаться квота для приема на работу инвалидов не выше 3% среднесписочной численности работников.

Действующим законодательством запрещается необоснованный отказ инвалиду в приеме на работу на квотируемые рабочие места (Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 22.07.2019 N 5-КГ19-71). ☺

Дополнительную информацию вы сможете круглосуточно получить, обратившись во Всероссийскую ассоциацию онкологических пациентов «Здравствуй!»
www.russcra.ru
или по телефону «Горячей линии»
8 (800) 301-02-09



ТЕЗИСНАЯ ОНКОПАМЯТКА для пациентов и их близких



1 Прежде всего при установлении диагноза онкологического заболевания необходимо **встать на учет у врача-онколога** в Центре амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) или первичном онкологическом кабинете (ПОК) по месту жительства (прикрепления). Взять направления на необходимые дообследования и пройти их.

2 Оформить **доверенность на близкого человека**, который сможет осуществлять все организационные моменты, не связанные непосредственно с медицинскими манипуляциями. Например, брать направления, рецепты и т.д.

3 **Диагноз онкологического заболевания** выставляется на основании Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Онкологический диагноз ставится на основании гистологического заключения или заключения консилиума компетентных врачей.

4 **Онкологический консилиум.** Решение о диагнозе, тактике ведения и лечении пациента принимается консилиумом врачей в региональном онкологическом диспансере или федеральном учреждении при наличии трех стационарных подразделений (отделения хирургии, химиотерапии, радиотерапии). Другие медицинские организации не могут его создавать и проводить. Причем, консилиум врачей принимает решения как о первичном лечении, так и в случае прогрессирования заболевания у пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением.

5 В состав консилиума могут входить следующие врачи:

- Онколог-хирург.
- Химиотерапевт.
- Радиотерапевт.

- Диагност: рентгенолог, радиолог, эндоскопист.
- Патоморфолог/генетик/молекулярный биолог.
- Анестезиолог и другие специалисты – в зависимости от клинической ситуации.

6 Кто мой врач?

- Если консилиум назначает:
- лекарственную противоопухолевую терапию, то врач на период лечения – химиотерапевт;
 - хирургическое лечение, то врач на период лечения – хирург;
 - лучевую терапию, то врач на период лечения – радиотерапевт;
 - диагностику лучевыми методами исследования – МРТ, КТ, ПЭТ/КТ – проводят рентгенологи и радиологи;
 - исследуют биопсию, иммуногистохимию, проводят молекулярно-генетические исследования биоматериала (блоки, стекла, кровь) – патоморфологи, генетики, молекулярные биологи;
 - онколог (или химиотерапевт) по месту жительства (прикрепления) – консультирует, маршрутизирует, выдает направления, выписывает рецепты на лекарства для сопроводительной терапии, обезболивающие, наблюдает пациентов после лечения до конца жизни.

7 Лекарственное противоопухолевое лечение:

- Химиотерапия.
- Таргетная терапия.
- Иммунотерапия.
- Гормонотерапия (эндокринотерапия).

8 **Телемедицина и референс-центры.** Восемнадцать референсных центров имеют авторитетное значение, созданы на базе крупных ведущих медицинских организаций для проведения телемедицинских консультаций с ре-

гиональными диспансерами. Также для регионов здесь доступны консультации по лучевым, иммуногистохимическим, молекулярно-генетическим методам исследования. Регионы направляют материал для исследования, если сами не владеют необходимыми ресурсами или требуется дополнительная консультация в трудном случае. Телемедицинская консультация «врач-врач» – аналог консилиума, здесь также имеется возможность получения второго мнения по лечению.

9 Достоверная информация для онкологических пациентов находится на официальных сайтах профессиональных онкологических сообществ:

- по диагнозу, обследованию, лечению: RUSSCO (Российское общество онкологов): <https://rosoncology.ru/standarts/RUSSCO/> AOP (Ассоциация онкологов России): <https://oncology-association.ru/clinical-guidelines> ROHS (онкогематология): <https://rusoncohem.ru/klinrec/>
 - по сопроводительной терапии и коррекции побочных явлений: <https://rosoncology.ru/standarts/suptherapy/>
- Все назначения делает только врач!
Не занимайтесь самолечением!**

10 **Позитивная коммуникация врач-пациент.** Чрезвычайно важно выстраивание доверительной позитивной коммуникации с обязательным сообщением лечащему врачу о всех нежелательных реакциях в ходе лечения; отсутствие самостоятельных назначений дополнительных добавок и разных методов терапии с использованием недоказательных методов (травы, биологически активные добавки, настойки, грибы – это может быть очень опасно!). **Все только через согласование с лечащим врачом!**

11 **Доверяй, но проверяй!** Несмотря на доверие к врачу, нужно помнить, что врач в связи с ограничениями во времени и многозадачностью приема может забыть что-то сказать, допустить техническую ошибку. Поэтому обязательно перечитывайте все выписки и направления до того, как выйти из медицинской организации.

12 **Второе мнение.** Несмотря на важность консилиума в принятии решения о тактике лечения, пациент имеет право получить второе (другое) мнение в иных медицинских организациях любой формы собственности.

13 Нормативно-правовые аспекты, необходимые для изучения.

- Право выбора медицинской организации и врача:
- Федеральный закон N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».
- Порядок оказания помощи:
- Приказ Минздрава России N116н.
- Медицинская помощь для пациента с полисом ОМС гражданина РФ – бесплатная:
- Федеральный закон N326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».
- Сроки оказания помощи:
- Постановление Правительства РФ ПГГ N 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов». (((

Автор: Светлана Неретина,
онкопациент, равный онкоконсультант

ВАМ НУЖНО БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ?

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

беседы-о-здоровье.рф



**БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ
ОНКОЛОГИЯ**

НА САЙТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ:

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

КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К ПРОЦЕДУРЕ

ПОДГОТОВКА К ОБСЛЕДОВАНИЮ И ОПЕРАЦИИ



Операция – достаточно волнительный момент для человека. Пациент преисполнен переживаниями и сомнениями. Иногда не получается нормально сосредоточиться и четко распланировать порядок дальнейших действий. В этой статье мы постараемся с вами разобраться, какой план обследования обычно выработывается перед операцией и как подготовиться к этим обследованиям.

КОЛОНОСКОПИЯ

Первым исследованием, назначаемым пациенту, у которого имеется подозрение на наличие колоректального рака, является колоноскопия. Это процедура, во время которой проводится визуальный осмотр просвета толстой кишки при помощи специального приспособления с камерой, именуемого колоноскопом и вводимого в кишечник через задний проход. В случае выявления подозрительного образования в толстой кишке во время этого исследования при помощи биопсийных щипцов производится забор опухолевого материала, который в последующем отправляется на морфологическое исследование.

Подготовка. Для правильной подготовки к колоноскопии перед исследованием необходимо соблюдать безшлаковую диету в течение нескольких дней, она исключает употребление овощей, фруктов, круп, хлебных изделий, жирных сортов мяса, молочных продуктов, а также газированных напитков. К употреблению в пищу допускаются обезжиренные продукты, очищенный картофель, соки без мякоти, некоторые сорта нежирных сыров, куриные яйца, нежирные сорта рыбы. Начиная с 15:00–17:00 за один день до исследования необходимо соблюдать голод. В день исследования не допускается прием пищи и жидкости. Также за один день до исследования врач назначает специальную подготовку в виде слабительных препаратов, обычно это порошок, который необходимо разбавлять большим количеством воды. Таким образом, при соблюдении всех рекомендаций по подготовке обеспечивается полноценная визуализация просвета толстой кишки и всех ее отделов.

Возможно выполнение исследования как без дополнительной седации (обезболивания), так и под внутривенной анестезией. Во втором случае необходимо пройти ряд дополнительного обследования с целью исключения наличия противопоказаний для введения в наркоз.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

Перед тем как рассматривать вопрос о возможности хирургического лечения помимо колоноскопии пациенту

назначается выполнение компьютерной томографии органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием. Контраст, вводимый при исследовании, является йодосодержащим, по этой причине лицам с наличием аллергических реакций на йод его введение не допускается.

ВРАЧ ВСЕГДА ПОМОЖЕТ ЛУЧШЕ СОРИЕНТИРОВАТЬСЯ ВО ВСЕХ ЭТАПАХ, НЕОБХОДИМЫХ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ТАКОГО ВАЖНОГО ДЕЙСТВИЯ, КАК ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Подготовка. Исследование не требует какой-то определенной подготовки. Обследование абсолютно безболезненно и не требует дополнительного обезболивания.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ

При локализациях опухоли в прямой кишке для более детальной оценки степени вовлечения стенок прямой кишки и прилежащих структур выполняется магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием. Наличие металлоконструкций и металлических имплантов в организме препятствует адекватной визуализации полости малого таза при проведении магнитно-резонансной томографии, поэтому в случае наличия в анамнезе эндопротезирования или остеосинтеза врачом в качестве альтернативы назначается компьютерная томография.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

После анализа всех данных, полученных по результатам описанных исследований, пациенту проводят полное функциональное обследование с целью исключения заболеваний, которые могут воспрепятствовать выполнению

операции. Эти исследования включают в себя эхокардиографию (ультразвуковое исследование сердца, оценивающее функциональное состояние сердца), электрокардиографию, ультразвуковую доплерографию вен нижних конечностей (исследование, позволяющее оценить проходимость вен нижних конечностей и исключить наличие тромбозов, являющихся жизнеугрожающими для пациента) и эзофагогастродуоденоскопию (эндоскопическое исследование просвета пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки). После оценки данных исследований кардиологом и анестезиологом-реаниматологом в случае отсутствия противопоказаний к хирургическому вмешательству пациент допускается к операции. При необходимости, в случае наличия сахарного диабета или заболевания щитовидной железы может потребоваться дополнительная консультация эндокринолога. В случае же выявления обострения сопутствующего заболевания может потребоваться его медикаментозная коррекция. Тактика дальнейшего лечения будет обсуждаться уже с профильными специалистами на консилиуме.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое лечение колоректального рака чаще всего подразумевает плановое хирургическое вмешательство. Это означает, что сама операция, а также послеоперационный период проводятся в стационарных условиях после госпитализации в профильное отделение по предварительному плану, построенному лечащим врачом в соответствии с заключением онкологического консилиума.

Подготовка. Перед операцией на толстой кишке проводится подготовка, схожая с подготовкой к колоноскопии, назначаются слабительные препараты, а также голод во второй половине дня за день до операции. Лечащий врач еще раз проговаривает с пациентом все нюансы предстоящей операции. Также проводится беседа с анестезиологом, который непосредственно будет давать наркоз. Операция проводится под комбинированной анестезией, включающей в себя ингаляционный наркоз под аппаратом искусственной вентиляции легких и внутривенную анестезию. Пациент во время операции полностью погружен в сон и находится под обезболиванием. Все эти нюансы наркоза проговариваются с анестезиологом. В день операции не допускается прием пищи

и напитков. Если пациент принимает кроверазжижающие препараты, производится их отмена за несколько дней до операции с заменой на препараты низкомолекулярного гепарина. Если необходимо, то накануне операции на ночь пациенту назначаются седативные (успокаивающие) препараты.

Мы рассмотрели с вами основные этапы подготовки к операции и постарались их систематизировать. Прежде всего стоит следовать рекомендациям вашего врача и обязательно задавать интересующие вас вопросы в случае, если какой-то из моментов остается неясным. Врач всегда поможет лучше сориентироваться во всех этапах, необходимых перед выполнением такого важного действия, как хирургическое вмешательство. И помните, что оперирующие онкологи – одни из самых опытных хирургов, которые имеют огромный опыт по проведению сложнейших операций, и вы – в верных руках! Это важно понимать, так как доверительные отношения к врачу и с врачом являясь весомой составляющей успеха лечения и снимают значительную часть страхов пациента перед операцией. ☺☺☺

ИННОВАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОРЬБЕ С ОНКОЛОГИЕЙ

Нутритивная поддержка при онкологических заболеваниях важна. Потребность в белке у онкологических пациентов в 2 раза выше¹.



НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОНКОЛОГИИ

1

Высокое содержание белка, энергии в малом объеме**

2

Широкая линейка вкусов для разнообразия рациона**



БАНАН

ВАНИЛЬ

КЛУБНИКА

ПЕРСИК-
МАНГО

КОФЕ



Разработано совместно с пациентами с онкологическими заболеваниями^{3*}



Может помочь при изменении вкуса у онкологических пациентов



НЕЙТРАЛЬНЫЙ
ВКУС

ОХЛАЖДАЮЩИЙ
ФРУКТОВО-
ЯГОДНЫЙ ВКУС

СОГРЕВАЮЩИЙ
ВКУС ИМБИРЯ
И ТРОПИЧЕСКИХ
ФРУКТОВ

NUTRIDRINK COMPACT PROTEIN

В бутылочке 125 мл содержит***:

18 г белка

Как 3 тарелки борща



306 ККАЛ

Как 3 куса хлеба



2,7 мг железа

Как 100 г говядины



38 мг витамина С

Как 1 мандарин



* НУТРИДРИНК КОМПАКТ ПРОТЕИН - ВКУСЫ : С НЕЙТРАЛЬНЫМ ВКУСОМ, С ОХЛАЖДАЮЩИМ ФРУКТОВО-ЯГОДНЫМ ВКУСОМ, С СОГРЕВАЮЩИМ ВКУСОМ ИМБИРЯ И ТРОПИЧЕСКИХ ФРУКТОВ.

** СРЕДИ ЛИНЕЙКИ ПРОДУКТОВ КОМПАНИИ ООО "НУТРИЦИЯ" В РОССИИ

*** - ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО

1. J. ARENDS ET AL. ESPEN GUIDELINES ON NUTRITION IN CANCER PATIENTS. CLINICAL NUTRITION 36 (2017) 11-48

2. ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ РОССИЙСКИХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ. ПОД РЕДАКЦИЕЙ ЧЛЕН-КОРП. МАИ, ПРОФ. И.М. СКУРИХИНА И АКАДЕМИКА РАМН, ПРОФ. В.А. ТУТЕЛЬЯНА. - МОСКВА, 2002, СТР.235

3. DE HAAN J ET AL. IMPACT OF TASTE ALTERATIONS DURING SYSTEMIC ANTI-TUMOUR THERAPY ON THE LIKING OF ORAL NUTRITIONAL SUPPLEMENTS WITH ADAPTED FLAVOURS. ANNALS OF ONCOLOGY, 2018, 29 (SUPPL_8): VIII603-VIII640

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРЫМ СПЕЦИАЛИСТ РЕКОМЕНДОВАЛ ПРОДУКТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ NUTRIDRINK COMPACT PROTEIN. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ БАД И ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА. НУТРИДРИНК КОМПАКТ ПРОТЕИН ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕ 18 ЛЕТ.



О ПОЛЬЗЕ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ ДЛЯ ОНКОПАЦИЕНТОВ



Можно ли потреблять овощи и фрукты в процессе лечения онкозаболевания? В каком количестве и виде? Есть ли такие злокачественные новообразования, при которых потребление овощей и фруктов под запретом?

Об этом и многом другом рассказала врач-онкореконструктор, канд. мед. наук, руководитель отделения медицинской реабилитации МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала НМИЦ радиологии Минздрава России **Александра Степанова**.

– Как питаться онкопациентам? Что должно быть в «здоровой» тарелке?

– Безусловно, особенности питания онкологического пациента зависят от стадии заболевания, пораженного органа или системы, общего состояния, методов лечения, применяемых в данный момент и т.д.

Важно, что у многих пациентов развиваются сопутствующие поражения органов и систем, что также требует корректировки лечебного питания. При онкологических заболеваниях единой диеты не существует и быть в принципе не может.

При начальных стадиях заболевания, при отсутствии сопутствующей патологии, вне химио/химиолучевой терапии рекомендуется следовать ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ, которые показаны в том числе и обычным людям.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения следует употреблять разнообразные пищевые продукты, большинство из которых – продукты растительного, а не животного происхождения.

Рекомендовано несколько раз в день есть разнообразные овощи и фрукты, лучше свежие и выращенные в местности проживания. Общее количество потребления овощей и фруктов не должно быть ниже 400 г в день.

Очень важно контролировать поступление жира с пищей (не более 30% от суточной калорийности), при этом важно заменять животный жир на растительный, а жирное мясо и мясные продукты – на бобовые, зерновые, рыбу, птицу или постное мясо.

– Расскажите о роли овощей и фруктов в профилактике рака?

– Овощи и фрукты должны быть обязательно включены в ежедневный рацион и в идеале входить в каждый прием пищи. Это отличный источник клетчатки, витаминов и микроэлементов. Они чрезвычайно важны для профилактики рака.

В крупном международном обзоре литературы, результаты которого были опубликованы в 2022 году, было отмечено, что потребление цельного зерна, овощей и фруктов связано со снижением риска злокачественных новообразований на 6–12% по сравнению с группами с низким потреблением. При этом отмечено, что каждые 30 г цельнозерновых продуктов, овощей и фруктов связаны со снижением риска развития рака на 7%. Также потребление цельного зерна неизменно ассоциировалось с более низким риском развития рака толстой кишки, желудка, поджелудочной железы и пищевода.

Нельзя не сказать о роли овощей семейства крестоцветных (все виды капусты) в профилактике рака. Крестоцветные овощи представляют особый интерес из-за содержания в них глюкозинолатов, основные продукты распада которых обладают антиканцерогенными свойствами. По последним данным было доказано, что крестоцветные овощи оказывают благотворное влияние на риск различных распространенных видов рака, в частности, верхних отделов пищеварительного тракта, толстой кишки, молочной железы и почек.

– Онкопациентам овощи и фрукты предпочтительно потреблять в сыром или обработанном виде?

– Конечно, в свежем виде, поскольку они являются идеальным источником витаминов и микроэлементов. Однако, если есть непереносимость свежих овощей и фруктов, их лучше бланшировать.

Безусловно, есть определенные ситуации, когда свежие овощи и фрукты необходимо исключить. Прежде всего речь идет о пациентах, которые находятся в раннем послеоперационном периоде на органах брюшной полости.

На фоне нейтропении, когда есть риски развития инфекционных осложнений, свежие овощи и фрукты лучше также исключить.

Также стоит отметить, что некоторые виды цитрусовых – грейпфрут, помело, сивильские апельсины не сочетаются с огромным количеством препаратов как для системной терапии злокачественных новообразований, так и для лечения различной сопутствующей патологии.

Это же касается и чая со зверобоем. Все это лучше исключить из своего рациона.

– Очень часто пациенты задают вопросы о необходимости дополнять свой рацион витаминами. Что Вы думаете по этому поводу?

– Основываясь на заключениях Европейского общества онкологов и Европейского общества клинического питания и метаболизма, пациентам необходимо обеспечение витаминами и минералами в количествах, приблизительно равных рекомендуемой суточной норме.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ МИКРОНУТРИЕНТОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА НЕ РЕКОМЕНДОВАНО

Кроме того, согласно рекомендациям Американского общества клинической онкологии, онкологическим пациентам не показаны такие методики питания, как кетогенная диета, низкоуглеводная диета, диеты с низким содержанием жиров, употребление функциональных пищевых продуктов.

РЕКОМЕНДОВАНО РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ С ДОСТАТОЧНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ВСЕХ МАКРОНУТРИЕНТОВ

В завершение невозможно не отметить важность физической активности, которая является неотъемлемой частью здорового образа жизни!

Физическая активность, правильное питание, а при необходимости нутритивная поддержка – обязательные элементы жизни пациента со злокачественными новообразованиями. 🌱

Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №1, 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



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: 20.03.2023

Возрастное ограничение 16+