

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ

№2 ДЕКАБРЬ 2022

Главная тема номера:
РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Андрей Владимирович Важенин

Академик РАН, заслуженный врач РФ, профессор,
доктор медицинских наук, Главный онколог-радиолог
Минздрава РФ в Уральском федеральном округе

Читайте на стр. 3

ГОВОРИМ О ФАКТОРАХ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

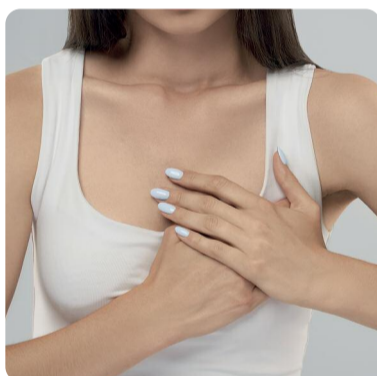
Рак молочной железы (РМЖ) – многофакторное заболевание, развитие которого связано с изменением генома клетки под воздействием внешних и внутренних причин. Это значит, что к возникновению данного заболевания приводит наличие не какого-то одного фактора, а их различные совокупности. И чем их больше, тем выше риск возникновения болезни.

Читайте далее на стр. 4

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Предраковые заболевания молочной железы являются условно доброкачественными и достаточно часто встречаются у женщин. Симптомы этих заболеваний весьма различны, некоторые могут даже имитировать симптомы злокачественного поражения. Вместе с тем, они не являются смертельными. В связи с большой частотой встречаемостью предраковых заболеваний молочной железы среди женского населения будет полезно знать их различные типы, признаки, а также то, как они диагностируются и лечатся.

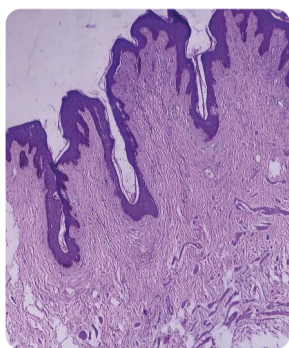
Читайте далее на стр. 6



БИОПСИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАК К НЕЙ ПОДГОТОВИТЬСЯ

Ни один из существующих инструментальных методов не может с полной уверенностью сказать, что выявленные изменения являются или не являются злокачественными. Безусловно, в разных органах существует ряд образований, имеющих классические рентгенологические или УЗИ-признаки, которые говорят об их характере. Но в случае возникновения подозрений необходимо точное подтверждение. Именно таким методом является морфологическое исследование.

Читайте далее на стр. 10



ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

НОВОСТИ >>> 2

МИФОЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ
В СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ >>> 2

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:
ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА >>> 4

КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
ПРОВОДЯТ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ? >>> 7

ИРИНА БОРОВА:
«ВО ВСЕМ, ДАЖЕ В САМОМ СТРАШНОМ,
НУЖНО НАХОДИТЬ ПОЗИТИВ» >>> 8

КТО МЕНЯ ЛЕЧИТ? ИЛИ СКАЗКА
О «ТРЕХГЛАВОМ ДРАКОНЕ»,
КОТОРЫЙ ПОБЕДИЛ ЗЛУЮ ОПУХОЛЬ >>> 9

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ:
КАК ВЕРА В ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ВЛИЯЕТ
НА ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯ >>> 11

БЕСПЛАТНАЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ >>> 12

ЧТО ТАКОЕ АНЕМИЯ? >>> 13

КАКОЙ ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ,
ЕСЛИ МНЕ ОТКАЖУТ В ЛЕКАРСТВАХ? >>> 14

ЧТО ТАКОЕ БИОАНАЛОГИ И ДЖЕНЕРИКИ >>> 15

МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ
НОВООБРАЗОВАНИЕ >>> 16

ЕЩЕ ПО ТЕМЕ



ЧТО СКРИНИНГ
НАМ ГОТОВИТ?
>>> 5



ИСТОРИИ
ПОБЕДИТЕЛЕЙ:
АНАСТЕЙША
ЛИН НЬЮКЁРК
>>> 9



ЖЕНСКАЯ
ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ
>>> 10

НОВОСТИ

В России разработали новую систему для борьбы с раком

Комплекс для борьбы со злокачественными опухолями разработали ученые Томского университета систем управления и радиоэлектроники (ТУСУР). По словам разработчиков, инновация не только повысит качество терапии, но и даст возможность онкологам детально наблюдать за ходом процедуры и реакцией организма пациента.

Для лечения злокачественных опухолей сегодня во всем мире, по словам специалистов, активно испытываются методы лечебной гипертермии. Процедура заключается в воздействии температурой от 43 до 45°C, которая вызывает повреждение клеток опухоли и заметно повышает эффективность терапии. Однако широкого распространения в клинической практике гипертермия и термоабляция (нагрев опухоли до 60°C и выше) до сих

пор не получили из-за отсутствия надежных технических решений для точного контроля процедуры.

Команда лаборатории биомедицинских технологий ТУСУР разработала уникальный комплекс для гипертермии и термоабляции, полностью безопасный для пациента.

Разработка, по словам создателей, не имеет аналогов в мире. Новый комплекс уже активно применяется в рамках сотрудничества ТУСУР с НИИ онкологии Томского НИМЦ. Как сообщили ученые, термоабляция по разработанной методике проведена почти у 30 пациентов с опухолями костей, и у всех пациентов, прошедших терапию, отсутствуют рецидивы в области воздействия.

Текущая проблема в развитии этой методики, которую активно решают специалисты ТУСУР, – это детальный контроль и визуализация температуры в каждой точке человеческого тела во время процедуры. В ряде случаев эти инструменты крайне необходимы онкологам для оказания корректной помощи, объяснили ученые.

Ученые разрабатывают с нуля программу, которая совмещает трехмерную модель тела конкретного пациента с математически рассчитанной моделью распределения тепла внутри тканей. И уже сейчас у ученых появилась возможность строить трехмерные модели из двумерных слайдов, получаемых при магнитно-резонансной или компьютерной томографии. Другие отличия новой установки от аналогов – компактность и низкое потребление энергии, отметили ученые.

В дальнейшем научный коллектив намерен разработать программу для визуализации процессов в тканях разных типов.

Работы по данному направлению предусмотрены в стратегическом проекте программы развития вуза до 2030 года, который реализуется в рамках государственной программы Минобрнауки «Приоритет-2030». 🌱

Источник: РИА Новости (<https://ria.ru/>)

Представлены результаты первого клинического исследования по применению протонной FLASH-терапии у пациентов с костными метастазами

Одним из наиболее значимых событий уходящего года в радиотерапии традиционно стала конференция Американского общества радиационной онкологии – ASTRO 2022, проходившая в Сан-Антонио с 22 по 26 октября. Это событие объединяет радиотерапевтов со всего мира и дает возможность познакомиться с результатами наиболее значимых исследований, а также лично пообщаться с авторами и задать самые интересные и иногда даже неудобные вопросы.

В этом году в рамках конференции была проведена отдельная сессия, посвященная клиническим исследованиям, потенциально способным изменить подходы к лечению, внести существенный вклад в повышение эффективности терапии и улучшение качества жизни пациентов.

Одной из наиболее быстро развивающихся методик в современной лучевой терапии является FLASH-терапия. Облучение выполняется с применением сверхвысокой мощности дозы (≥ 40 Гр/с). На конгрессе были представлены результаты первого клинического исследования FAST-01 по применению протонной FLASH-терапии у пациентов с костными метастазами. В исследование было включено 10 пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни более 2 месяцев и наличием 1–3 метастазов в костях конечностей, сопровождающихся болевым синдромом. Полный или частичный обезболивающий эффект был отмечен у 7 из 10 пациентов после облучения при отсутствии значимой токсичности. Полученные результаты подтверждают возможность применения методики FLASH-терапии в клинической практике. Исследование FAST-01 является первым шагом в изучении клинического применения FLASH-терапии, цель которого – оценка воздействия излучения с высокой мощностью дозы на костную, мышечную и нервную ткань.

В сентябре 2022 года был начат набор пациентов с вторичным поражением костей грудной клетки в клиническое исследование FAST-02, основной целью которого является оценка токсичности со стороны органов средостения. 🌱

Источник: <https://rosoncweb.ru/>

Исследование: Daugherty EC et al. FAST-01: Results of the First-in-Human Study of Proton FLASH Radiotherapy. JROBP 2022; 114 (3): 54.

МИФЫ И НАУКА

Мифологическое мышление в ситуации онкологического заболевания

МИФ – ЭТО НЕ СКАЗКИ И ТЕМ БОЛЕЕ НЕ БРЕДОВАЯ ПРОДУКЦИЯ, А УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ, СВОЙСТВЕННЫЙ ВСЕМ БЕЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ ЛЮДЯМ, КОТОРЫЙ ОБЕСПЕЧИВАЕТ НЕОБХОДИМУЮ ЗАЩИТУ МНОЖЕСТВЕННОЙ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ ОКРУЖАЮЩЕГО МИРА И МИР ОБЪЯСНЯЕТСЯ ПУТЕМ ДОМЫСЛИВАНИЯ ДО ПОНЯТНОЙ ЦЕЛОСТНОЙ КАРТИНЫ. ТАКИМ ОБРАЗОМ, МИФ СДЕРЖИВАЕТ СОЗНАНИЕ И НЕ ДАЕТ ЕМУ РАСПАСТЬСЯ.



Из мифа вышли современная наука, искусство и религия. Это знание нас успокаивает и как бы настраивает, что мы имеем базово эту мифологическую структуру сознания.

Свойства мифа:

- Поддерживает идентичность.
- Снижает тревогу.
- Его разделяют другие люди.
- Способен к эволюции.
- Непознаваем.

Миф необходим для создания и сохранения нашей идентичности, кроме того, важно, что мифологическое сознание коллективно разделяемо.

То есть, если миф индивидуальный – это уже признак безумия, а принадлежность к коллективному мифу открывает доступ к общению с окружающими, получению от них помощи и к определенным ритуальным действиям, включая лечение (отсюда опасность альтернативного недоказательного «лечения» и субъективное доверие на основании коллективной его популярности).

Одним из популярных мифов среди онкологических обществ является психосоматическая природа онкологических заболеваний. Очень важно понимать, что психосоматическая модель онкологического заболевания будучи упрощенной в лучшую (более понятную) сторону отличается от сложной и мало понятной модели АКТУАЛЬНОГО ЗНАНИЯ, основанного на научных фактах*.

Мифологическое сознание используется онкологическими пациентами для защиты от сложных эмоциональных ситуаций. Из-за неполного понимания патогенеза онкологического заболевания, связанного со сложностью модели, она когнитивно упрощается в сторону выбора более простой модели. Это помогает справиться с задачей тревоги, и миф начинает работать.

МИФОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗНАНИЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОТ СЛОЖНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ.

Понимание этиологии и патогенеза опухолевых заболеваний с научной точки зрения позволяют как специалистам, так и пациентам действовать в согласии с научным сообществом в области онкологии и снижает риски избегания, отрицания, отказов от лечения пациентов и ухода в сторону недоказательной альтернативной медицины. Позволяет доверять врачам-онкологам и действовать в согласии с ними, увеличивая успех от лечения.

Природа опухолевых процессов с точки зрения науки

Под воздействием целого ряда канцерогенных факторов (физических, химических, биологических) либо спонтан-

ных мутаций в тех генах, которые контролируют клеточный цикл и апоптоз, происходит повреждение молекулы ДНК с последующим неэффективным процессом ее репарации, с возникновением мутации в геноме соматических клеток, в частности происходят активация протоонкогенов, инактивация антионкогенов, повреждение генов, регулирующих апоптоз.

В результате этого происходят: нерегулируемая клеточная пролиферация (активное деление клеток), подавление апоптоза (программируемая клеточная гибель) с последующей клональной экспансией (гетерогенность, разнородность раковых стволовых клеток и эволюция их клонов – выживание самых устойчивых).

Дальнейшая опухолевая прогрессия и формирование злокачественного образования с инвазией и метастазированием происходят на фоне возникновения дополнительных мутаций, активизации ангиогенеза (прорастание сосудов в опухоль для ее питания), феномена ускользания от иммунного надзора (NK- и Т-лимфоцитов). Наука стремится к изучению биологии опухолей и персонализирует подход лечения с помощью молекулярно-генетических исследований, изучая как наследственные, так и соматические причины опухолевых заболеваний; опухоли каждой локализации (ткани, органа), ее сигнальных путей, ориентируясь на поисках таргетных мишеней для терапевтического воздействия на них.

Таким образом, создаются новые молекулы для лечения конкретных опухолей и конкретных мишеней. Это сложные знания, требующие понимания принципа работы нашего организма, иммунной системы, понимания, как формируется стратегия к лечению и почему к каждому человеку и его опухоли необходим крайне индивидуальный подход, который, конечно, нельзя заменить ни «волшебной пилюлей» (ее просто не существует и никогда не будет существовать), ни проработкой психосоматических кейсов.

«Человек не может полностью объяснить мир и, наверное, никогда не сможет, а также жить в мире, который не объясним, не может. У нас мало информации о мире, и, чтобы его объяснить, собственно и появляется мифологическое сознание» (Софья Залмановна Агранович, филолог, исследователь мифов).

Знания позволяют анализировать и принимать решения с помощью критического, а не мифологического мышления, что является в первую очередь и эффективностью, и безопасностью по отношению и к своему здоровью, и к своей жизни. 🌱

Автор: Светлана Неретина, онкопациент, равный онкоконсультант



*Критерии научности: объективность, универсальность, системность, воспроизводимость, достоверность и опытность знания – характеризуют классическую модель науки.

ВЫ СПРАШИВАЛИ – ЭКСПЕРТ ОТВЕЧАЕТ

Говорим про рак молочной железы



Среди бесконечно огромного количества информации, которую можно найти в сети Интернет, практически невозможно вычленишь ту, которая не окажется недостоверной, а порой и вовсе вредной. Пациенты с онкологическими заболеваниями, их родственники и близкие не всегда знают, что делать, куда обратиться, как правильно поступить и где получить полную информацию о своем здоровье и заболевании. На наиболее актуальные вопросы о новообразованиях молочной железы от наших читателей отвечает Главный онколог-радиолог Минздрава РФ в Уральском федеральном округе, исполняющий обязанности ректора ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, академик РАН, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор **АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ ВАЖЕНИН**.

– Кто входит в группы риска по раку молочной железы?

– Прежде всего те, у кого мамы, бабушки болели раком молочной железы. Мы от родственников наследуем не только гены, садовые участки, но и гормональные, иммунологические предрасположенности. Но это ни в коей мере не наследственное заболевание, это просто предрасположенность. Мы все предрасположены к попаданию под автомобиль на дорогах, но не все эту предрасположенность реализуют.

– Есть ли какие-то симптомы наличия рака молочной железы?

– Коварство злокачественных опухолей заключается в том, что каких-либо симптомов в начале заболевания может и не быть, поэтому необходимы мероприятия по раннему выявлению опухоли, прежде всего маммография, грамотная пальпация. А вот в дальнейшем уже появляются характерные симптомы, классические, как описано в учебниках: втяжение соска, лимонная корочка. Но это уже не ранний рак. А так, маммография, обычный осмотр позволяют рано диагностировать рак молочной железы.

– Какие методы диагностики являются главными при раке молочной железы?

– Все очень просто. Пальпация, визуальное наблюдение, маммография.

– Могу ли я сама выявить или заподозрить наличие образования молочной железы?

– Сама женщина, безусловно, может выявить. Но лучше, если это сделает маммолог. Есть негласная статистика, мы у себя проводили такое исследование, не совсем научное, которое показало, что 50–60% опухолей выявляют женщины. Но все же «золотым стандартом» и по сути единственным в скрининге рака молочной железы во всем мире является маммография.

– Могу ли пройти обследование бесплатно?

– Безусловно, однозначно, это все включено в программу госгарантии, профилактических осмотров.

– Как и для чего определяют тип рака молочной железы?

– При установленном наличии опухоли определение ее гистологического и молекулярного типа является важным исследованием, когда изучается непосредственно фрагмент опухолевой ткани, взятый при биопсии. Мы можем определить гормональную чувствительность и целый ряд факторов, но сначала надо установить диагноз «рак», а потом уже разговаривать более детально о его типе.

– Куда мне обратиться за лечением?

– Очень хороший вопрос. Самое худшее – это начинать мяться в поисках диагноза, лечения. Классика онкологической помощи: лечение определяют 3 специалиста – радиолог, онколог, онкохирург. Нужно обратиться в онкологическое учреждение, лучше в государственное, где есть радиология и химиотерапия. Там будет консилиум, будет выбрано грамотное лечение (сегодня существуют стандарты лечения).

– Я могу лечиться только по месту прописки или могу обратиться в любое учреждение в РФ?

– Конечно, в любое. Связи между областными, городскими онкодиспансерами и федеральными центрами очень плотные и корректные. Любой гражданин РФ может получать высокотехнологичную медпомощь по программе ОМС. Чтобы планомерно попасть на лечение в стационар по полису ОМС, пройти обследование или получить консультацию, необходимо иметь на руках направление (форма 057/у-04). Что касается того, где получать медицинскую помощь, то гражданин РФ имеет право на выбор врача и выбор медицинской организации, что отражено в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

“ НЕОБХОДИМО ПРОСТО ОПТИМИСТИЧНО СМОТРЕТЬ НА ЖИЗНЬ. ВСЕ ОСТАЛЬНОЕ СДЕЛАЮТ ВРАЧИ.

– Какие основные методы лечения рака молочной железы?

– Лечение рака молочной железы включает три вида терапии – лучевое, хирургическое и химиотерапевтическое лечение с разным удельным весом, в разном сочетании, и это уже решают специалисты на консилиуме, исходя из морфологии опухоли, типа роста, при наличии корректного диагноза.

– Есть ли какие-либо противопоказания, противоречия к хирургическому методу лечения рака молочной железы?

– Если хирургическое лечение нужно, противопоказаний очень мало. Это свежий инфаркт, свежий инсульт. Нужно понимать, если вам предлагают оперативное лечение, это не значит, что вас с остановки троллейбуса возьмут в операционную. Вас сначала посмотрит терапевт, анестезиолог, все риски будут взвешены. Если уж совсем жестко говорить, никому не интересно иметь осложнения на операционном столе.

– Как подготовиться к лечению?

– Нужно просто оптимистично смотреть на жизнь. Все остальное сделают врачи.

– Возможно ли эстетическое восстановление объема удаленной груди?

– В принципе, возможно, это первичная пластика, но хочу обратить внимание, что в онкологии в качестве первого

приоритета является жизнь пациента и выздоровление от онкологического заболевания. Красота важна, но это потом. Сначала мы решим онкологические проблемы, а потом готовы обсуждать эстетику. Таких примеров очень много.

– Каждый случай индивидуальный?

– Безусловно. Рваться сразу на восстановление не стоит, мы сначала вылечим рак.

– Обязательна ли лекарственно-лучевая терапия, кому и когда?

– Это консилиум решает, когда необходима операция, когда химиотерапия. Очень много нюансов. Но я хочу предостеречь всех, не бегите в Интернет смотреть какие-то мнения. Решение о виде терапии принимает консилиум, состоящий из специалистов, экспертов своего дела.

– Какие сроки наблюдения и частота обследований после лечения рака молочной железы?

– Они стандартные: 3 месяца, полгода, год и дальше пожизненно.

– Возможна ли беременность и грудное вскармливание после лечения рака молочной железы?

“ НЕОБХОДИМО ПРОСТО ОПТИМИСТИЧНО СМОТРЕТЬ НА ЖИЗНЬ. ВСЕ ОСТАЛЬНОЕ СДЕЛАЮТ ВРАЧИ.

– В принципе да. Понятно, что это для отдельной категории пациентов. Едва ли пациентов, которым 65–70 лет, это волнует. Возможно, но строго по рекомендации онкологов, под контролем врачей. Сейчас статистика достаточно хорошая. Но мы должны понимать, что в онкологии приоритет – здоровье и жизнь мамы.

– Возможны ли рецидив или развитие болезни во второй, «здоровой» молочной железе после лечения?

– Конечно, возможен. Когда в онкологии кто-то гарантирует 100% излечение, это значит, что перед вами или дурак, или жулик. Для этого и нужно наблюдение у онколога.

– Какой прогноз при раке молочной железы?

– По статистике, 5-летняя выживаемость сейчас очень высокая. Нужно делать все ранее сказанное, чтобы попасть в категорию выживших и здоровых, а не в процент неудач. Хотя нужно понимать, что это такая деликатная сфера, все возможно, 100% гарантии никто не дает. Да, успехи большие. Да, результаты высокие, но мы не боги, мы не кудесники и мы не жулики.

– Обещать несбыточное невозможно...

– Да, совершенно верно.

– Андрей Владимирович, редакция газеты «Беседы о здоровье» благодарит Вас за исчерпывающие ответы.)))

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

глобальная проблема человечества



В 2020 г. рак молочной железы (РМЖ) у женщин по распространенности превзошел рак легких, став основной причиной заболеваемости раком во всем мире. По оценкам, зарегистрировано 2,3 млн новых случаев, что составляет 11,7% всех случаев рака [1]. Это пятая по значимости причина смертности от рака во всем мире, в результате которой погибли 685 тыс. пациентов. У женщин на РМЖ приходится примерно 1/4 всех случаев рака и 1/6 часть всех случаев смерти от рака. РМЖ занимает первое место

по заболеваемости в 159 из 185 стран и по смертности – в 110 странах [2]. Заболеваемость РМЖ выше, а показатели смертности ниже в развитых странах по сравнению с развивающимися [3]. Высокая заболеваемость в более развитых странах отражает давние репродуктивные и гормональные факторы риска (например, поздняя менопауза, поздняя первая беременность, меньшее количество родов, заместительная гормональная терапия) и факторы образа жизни (например, употребление алкоголя, избыточная масса тела, отсутствие физических нагрузок) [4], а также улучшение показателей выявления за счет маммографического скрининга.

В большинстве стран и регионов возрастной уровень заболеваемости раком в целом является самым высоким среди лиц в возрасте старше 70 лет и будет увеличиваться во всех возрастных группах до 2035 г. В регионах с высоким уровнем дохода ожидается снижение возрастных показателей заболеваемости РМЖ среди женщин в возрасте старше 50 лет, что уже сейчас характерно для Российской Федерации.

Заболеваемость РМЖ у женщин в России увеличивается в течение последних 30 лет, особенно заметно в период с 1990 по 1995 г., затем снижаясь и снова повышаясь более медленными темпами. Рост заболеваемости можно частично объяснить изменением коэффициента рождаемости в России, который резко упал в начале 20-х годов XX в. и достиг своей самой низкой отметки в 1950-х годах. В по-

колениях после Второй мировой войны заболеваемость была относительно стабильной, что можно объяснить несколькими балансирующими факторами, включая снижение рождаемости, увеличение распространенности ожирения и изменения в пищевых привычках, а также улучшение методов диагностики и раннего выявления случайных заболеваний. Вредоносные факторы окружающей среды также могут играть определенную роль [5].

Глобальная проблема РМЖ у женщин становится все более серьезной, особенно в развивающихся странах. Осведомленность о болезни, факторах ее развития и способах профилактики является ключом к снижению заболеваемости, а соответственно, и летальности от этого заболевания. ❧❧❧

Источники:

1. Сунг Х., Ферлай Дж., Сигел Р.Л. и др. Глобальная статистика рака 2020: оценки GLOBOCAN заболеваемости и смертности во всем мире для 36 видов рака в 185 странах. *CA Cancer J Clin* 2021; 71 (3): 209–49. DOI: 10.3322/caac.21660
2. Фейгин В.Л., Старк Б., Джонсон К.О. и др. GBD 2019. Болезни и травмы. Глобальное бремя 369 болезней и травм в 204 странах и территориях 1990–2019 гг.: систематический анализ для исследования глобального бремени болезней 2019 года. *Lancet Neurol* 2021; 20 (10): 795–820. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0
3. Яр Y, Lu Y, Tamura K и др. Взгляд на рак молочной железы на Востоке против Запада: обзор. *JAMA Oncol* 2019. DOI: 10.1001/jamaoncol.2019.0620
4. Мубарик С., Цао Ю., Ван Ф. и др. Образ жизни и социально-экономический переход и последствия рака молочной железы для здоровья в регионе Восточной Азии, с 1990 по 2019 год. *Фронт Nutr* 2022.
5. Барчук А., Беспалов А., Хухтала Х. и др. Тенденции заболеваемости и смертности от рака молочной железы и шейки матки в России в 1980–2013 гг. *Эпидемиол. рака*. 2018; 55: 73–80.

Говорим о факторах риска и профилактике рака молочной железы

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ) – МНОГОФАКТОРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИТИЕ КОТОРОГО СВЯЗАНО С ИЗМЕНЕНИЕМ ГЕНОМА КЛЕТКИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ ПРИЧИН. ЭТО ЗНАЧИТ, ЧТО К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИВОДИТ НАЛИЧИЕ НЕ КАКОГО-ТО ОДНОГО ФАКТОРА, А ИХ РАЗЛИЧНЫЕ СОВОКУПНОСТИ. И ЧЕМ ИХ БОЛЬШЕ, ТЕМ ВЫШЕ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЗНИ.

Факторы риска

Существует предположение, что к РМЖ приводит нарушение гормонального баланса в организме, связанного с повышением уровня эстрогенов. В связи с этим в группу риска попадают женщины по следующим критериями:

- возраст старше 50 лет;
- никогда не рожавшие;
- не кормившие грудью;
- неоднократно делавшие аборт;
- длительно принимавшие эстрогены;
- раннее менархе;
- поздняя менопауза.

Это главные факторы риска. Женщинам с наличием хотя бы одного из этих критериев, а тем более двух и более необходимо регулярно проходить обследование у врача-маммолога.

Также к факторам риска относятся: наличие доброкачественных образований в молочных железах, наличие ожирения, диабета, артериальной гипертензии, употребление алкоголя и никотина, употребление большого количества жиров животного происхождения.

Наследственные причины

В ряде случаев РМЖ предстает как классическое наследственное заболевание. Наиболее значимыми генетическими факторами предрасположенности к РМЖ исследователи считают гены BRCA1 и BRCA2.

Синдром Ли-Фраумени – это редкое заболевание, которое повышает вероятность развития одного или нескольких ви-

дов рака у больного в течение жизни. Этот синдром обычно наследуется от члена семьи. Одним из видов рака с повышенной вероятностью возникновения является РМЖ.

Профилактика

Современные знания об этиологии и особенностях развития РМЖ позволили выработать достаточно эффективные, относительно простые и доступные меры профилактики РМЖ:

1. **Профилактические обследования молочных желез, включающие маммографию и осмотр специалиста.** В зависимости от известных факторов риска женщины в возрасте 40–50 лет должны проходить маммографию ежегодно или один раз в 2 года, а в возрасте старше 50 лет – ежегодно.

«ПРИ ЛЮБЫХ ПРИЗНАКАХ ОПУХОЛИ В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ОБРАТИТЕСЬ К ВРАЧУ, ТАК КАК ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЕГОДНЯ СЧИТАЮТСЯ РАДИКАЛЬНО ИЗЛЕЧИМЫМИ»

2. **Знание своей наследственности.** При наличии у родственников по женской линии РМЖ или иных видов рака по обеим линиям требуется соблюдение онконастороженности и заблаговременного обследования. Считается, что профилактические мероприятия стоит начинать на 5 лет раньше, чем был возраст возникновения заболевания у родственника. А при наличии мутации в генах BRCA – начиная с 35 лет.

3. Контролировать свою массу тела. Жировая ткань – это гормонально активная ткань. Поэтому нужно держать массу тела под контролем.
4. Физическая активность. Пункт логически вытекает из первого.
5. Придерживаться здоровой диеты. Главное – употребление как можно меньшего количества животных жиров.
6. Ограничение алкоголя и отказ от курения.
7. Кормление грудью. Доказанный фактор значительного снижения риска возникновения рака груди.
8. Избегание длительного применения пероральных противозачаточных средств.
9. Избегание приема гормональных препаратов в менопаузе (моноэстрогенные или эстроген/прогестинные).

Диспансеризация

Ультразвуковое исследование молочных желез на наличие любой их патологии в поликлиниках по месту жительства могут пройти все девушки и женщины в возрасте от 18 до 39 лет. А женщины от 40 лет и старше могут пройти маммографию. Запись на исследование осуществляет участковый врач, врач-маммолог или гинеколог. По-

следних нужно посещать не реже 1 раза в год. Про возможность пройти исследование на определение генетических мутаций BRCA1 и BRCA2, определяющих предрасположенность к РМЖ, нужно дополнительно узнать у вашего врача.

При любых признаках опухоли в молочных железах обратиться к врачу, так как локализованные опухоли молочной железы сегодня считаются радикально излечимыми. ❧❧❧

ЧТО СКРИНИНГ НАМ ГОТОВИТ?



Рак молочной железы (РМЖ) является самым распространенным в мире онкологическим заболеванием среди женщин. На конец 2021 г. число пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на диспансерном наблюдении в Российской Федерации, составило 3 940 529 человек. Из них 18,3% составляли пациенты со злокачественными образованиями молочной железы. А количество впервые выявленных онкологических заболеваний – 69 054. [1]. Внедрение диспансеризации и проведение скрининговой маммографии в РФ в последние годы принесло свои результаты: не менее 70% опухолей молочных желез выявляется на ранних стадиях. Но каждый третий случай РМЖ – III и IV стадия – все равно остается запущенным. Молочная железа считается визуально доступным органом для обследования, в котором заподозрить новообразование не составляет труда и не требует дополнительного инструментария, кроме рук и внимания врача. Поэтому III стадия заболевания также относится к запущенным формам.

По этой причине важно раннее выявление такого опасного и распространенного заболевания.

Скрининг (от англ. screening – отбор) – это набор диагностических процедур и консультаций специалистов, направленный на выявление заболеваний у лиц, клинически бессимптомных или имеющих минимальные клинические проявления.

По истине «золотым стандартом» и по сути единственным в скрининге РМЖ во всем мире является маммография – рентгеновский метод исследования молочных желез. Метод заключается в поочередном сканировании каждой молочной железы на специальном аппарате, где сама железа помещается между двух фиксирующих пластин маммографа. Врач оценивает снимки на наличие микрокальцинатов (косвенный признак наличия опухоли) и каких-либо узловых и объемных образований. Само по себе исследование не определит природу выявленных изменений, но станет первым этапом для дальнейшей уточняющей диагностики. Однако среди выявленных образований далеко не всегда встречаются злокачественные опухоли, достаточно часто находят и доброкачественные изменения, не представляющие опасности для жизни паци-

ента. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 27 апреля 2021 г. №404н скрининговую маммографию необходимо проходить всем женщинам в возрасте от 40 до 75 лет.

В последние два десятилетия для повышения эффективности раннего выявления РМЖ активно разрабатывались специальные рентгенологические методики. Наиболее современной и перспективной технологией на данный момент является цифровой томосинтез молочных желез. В США с 2016 г. он используется в качестве скринингового метода исследования [2].

Томосинтез, как и компьютерная томография, делает серию послойных снимков молочной железы с помощью вращающейся рентгеновской трубки. Главным преимуществом цифрового томосинтеза является устранение эффекта наложения тканей молочных желез, в результате чего улучшается визуализация всех элементов железы, что позволяет дифференцировать структурные особенности от объемных изменений и обнаруживать образования, не всегда определяемые на маммограммах, а также снизить частоту ложноположительных результатов исследований.

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» И ПО СУТИ ЕДИНСТВЕННЫМ В СКРИНИНГЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВСЕМ МИРЕ ЯВЛЯЕТСЯ МАММОГРАФИЯ – РЕНТГЕНОВСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

По данным одного крупного исследования с участием 13 тыс. женщин, при использовании цифрового томосинтеза выявляемость РМЖ была на 33% выше, чем при использовании цифровой маммографии [3]. Несмотря на преимущества данного метода, в России он не входит в программу скрининга по причине дороговизны и малой распространенности оборудования, а также из-за повышенной лучевой нагрузки на пациента.

Ультразвуковое исследование молочных желез относится к уточняющим методам диагностики и не относится к методам скрининга. В силу структуры тканей молочной железы оно имеет в данное время ограниченные возможности в целевой возрастной группе, но широко применяется у молодых женщин. Ультразвуковое исследование остается дополнительным методом диагностики, хотя имеет ряд преимуществ в различении жидкостных и мягкотканых образований.

Широкое распространение имеет методика скрининговой самодиагностики путем самостоятельного осмотра и пальпации молочных желез. Методика заключается в периодическом осмотре и ощупывании каждой железы, как правило ежемесячно, пытаясь выявить образование, отек или иное нарушение структуры. Однако Всемирная организация здравоохранения и многие другие научные организации не рекомендуют прибегать к самообследованию молочных желез, избегая осмотра специалистом, по причине низкой эффективности такой самодиагностики [4].

Несомненно, значительная часть образований молочной железы выявляется женщинами самостоятельно, но про-

исходит это как правило случайно, а не по причине целенаправленного самостоятельного и периодического осмотра. К тому же далеко не все проводят такое обследование правильно и могут быть пропущены образования малого размера. Часто пациентки сталкиваются с боязнью и иным дискомфортом при самообследовании.

Исходя из этого один раз в год осмотр и пальпацию молочных желез должен проводить маммолог-онколог или гинеколог, даже если сама у себя женщина при самостоятельном осмотре ничего не выявила.

ОДИН РАЗ В ГОД ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЮ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬ МАММОЛОГ-ОНКОЛОГ ИЛИ ГИНЕКОЛОГ, ДАЖЕ ЕСЛИ САМА У СЕБЯ ЖЕНЩИНА ПРИ САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ОСМОТРЕ НИЧЕГО НЕ ВЫЯВИЛА.

Конечно, самостоятельный осмотр не должен заменять полноценного осмотра врачом, но, если во время него или случайно вы заметили изменения, ранее отсутствующие, надо срочно обратиться к специалисту. К ним относят: изменение формы или размера молочной железы, уплотнение в молочной железе или подмышечной области (даже при отсутствии боли), огрубение и втягивание сосков или кожи (также даже при отсутствии боли), покраснение и отек кожи молочной железы, выделения из сосков, выраженное уплотнение и болезненность молочной железы.

Наиважнейшими составляющими эффективного скрининга являются активность и добровольное участие самих женщин. В странах с хорошо организованными скрининговыми программами этому аспекту уделяется большое внимание со стороны государственных, медицинских и общественных структур. Существуют значительные различия в психологии обследуемых в странах Западной Европы и Северной Америки сравнительно с менталитетом пациенток в России. В отличие от прагматичного отношения к своему здоровью на Западе наш контингент женщин не уделяет должного внимания состоянию своего здоровья, не осознает значимости своевременной диагностики и лечения. Важнейшая мотивация активного и добровольного участия в профилактических обследованиях – сохранение собственной жизни и здоровья. Именно под такой эгидой должны развиваться и скрининговые программы – «Сохранение здоровья граждан» и привлекать как можно большее число женщин для периодического профилактического обследования. ☺☺☺

Источники:

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзодовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022.
2. US Food and Drug Administration, Department of Health and Human Services Digital Accreditation [Internet]. URL: <https://www.fda.gov/Radiation-EmittingProducts/MammographyQualityStandardsAcc-tandProgram/FacilityCertificationandInspection/ucm114148.htm>
3. Skaane P, Bandos AI, Gullien R et al. Comparison of digital mammography alone and digital mammography plus tomosynthesis in a population-based screening program. *Radiology* 2013; 267 (1): 47–56. DOI: 10.1148/ radiol.12121373
4. Nelson HD, Tyne K, Naik A et al. Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the US Preventive Services Task Force. *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*; 2009 Nov. (Evidence Syntheses, No. 74.) 1, Introduction <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK36395/#ch1.s10>



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

Консультации по вопросам:

- диагностики
- схемам лечения
- маршрутизации
- лекарственному обеспечению

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

Предраковые заболевания молочной железы

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ УСЛОВНО ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ДОСТАТОЧНО ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ЖЕНЩИН. СИМПТОМЫ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕСЬМА РАЗЛИЧНЫ, НЕКОТОРЫЕ МОГУТ ДАЖЕ ИМИТИРОВАТЬ СИМПТОМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ. ВМЕСТЕ С ТЕМ, ОНИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ СМЕРТЕЛЬНЫМИ. В СВЯЗИ С БОЛЬШОЙ ЧАСТОТОЙ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БУДЕТ ПОЛЕЗНО ЗНАТЬ ИХ РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ, ПРИЗНАКИ, А ТАКЖЕ ТО, КАК ОНИ ДИАГНОСТИРУЮТСЯ И ЛЕЧАТСЯ.



ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

Различные доброкачественные заболевания молочной железы проявляются по-разному. Например, пациентки могут жаловаться на:

- боль, отек и/или чувствительность молочных желез;
- покраснение/раздражение кожных покровов;
- припухлость;
- втяжение соска;
- выделения из соска (вне периода лактации и кормления грудью).

Очень важно обратиться к врачу, если у вас есть какие-либо из этих симптомов.

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Определить, является ли заболевание доброкачественным или злокачественным, позволяет скрининг заболеваний молочной железы, включающий следующие исследования:

- Физикальное обследование: врач проведет полное визуальное и мануальное обследование, чтобы отметить любые патологические симптомы.
- Инструментальные исследования – маммография, УЗИ или магнитно-резонансная томография (МРТ) молочных желез.
- Лабораторные исследования – цитологический анализ отделяемого из соска, биопсия образований молочной железы и др.

« ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ-МАММОЛОГОМ ПРИ НАЛИЧИИ БОЛИ, ОТЕКЕ И/ИЛИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, ПОКРАСНЕНИИ ИЛИ РАЗДРАЖЕНИИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ПРИПУХЛОСТИ И ВТЯЖЕНИИ СОСКА.

Фиброаденома

Фиброаденома – доброкачественная опухоль молочной железы, состоящая из фиброзной ткани. На маммограммах выявляются опухолевые очаги. Они наиболее распространены у женщин в возрасте от 20 до 30 лет. Фиброаденомы часто маленькие, круглые, твердые или, напротив, эластичные. Они могут увеличиваться, уменьшаться или даже исчезать сами по себе.

Кисты

Простые кисты представляют собой округлые заполненные жидкостью образования в ткани молочной железы. При пальпации кист могут возникать болезненные ощу-

щения в молочной железе, что часто ошибочно пациенты расценивают как злокачественную опухоль. Если кисты вызывают дискомфорт, то необходимо обратиться к врачу. Важно установить причину происхождения кист, возможно, имеются заболевания, связанные с нарушением гормонального статуса. При необходимости и больших размерах кист врач-хирург может дренировать их содержимое и назначить симптоматические лекарственные средства.

Внутрипротоковая папиллома

Внутрипротоковая папиллома (ВПП) – доброкачественное образование, которое локализуется внутри протоков молочной железы. Обычно ВПП множественные и не превышают 1 см, но могут вырасти до 5 или 6 см. Папилломы состоят из фиброзной ткани, железистой ткани и кровеносных сосудов. Как правило, они возникают у женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Наиболее характерным симптомом ВПП является выделение жидкости из соска (прозрачное, мутное, кровянистое). Также ее можно пропальпировать при больших размерах. Главным и единственным методом лечения ВПП является хирургическая операция (секторальная резекция молочной железы).

Дольковая карцинома in situ

Дольковая карцинома in situ (LCIS) – заболевание, при котором клетки, схожие со злокачественными, начинают расти внутри долек. В отличие от рака LCIS не метастази-

рует. Хотя данное состояние и является относительно доброкачественным, оно связано с более высоким риском развития рака молочной железы. При возникновении симптомов припухлости стоит немедленно обратиться к врачу, который проведет биопсию данной области и определит тип новообразования.

Мастопатия

Считается, что мастопатия – это не диагноз, а временное состояние молочной железы, представленное фиброзно-кистозными изменениями ткани молочной железы. Мастопатия не всегда имеет четкие клинические симптомы. Часто проявляется возникновением кист (фиброаденом), локальным уплотнением ткани железы, наличием выделе-

ний из соска. По результатам УЗИ или маммографии установить это состояние практически невозможно и только морфологическое исследование фрагмента ткани может указать на истинный характер изменений.

Мастодиния, или масталгия

Так же, как и мастопатия, мастодиния относительно благоприятное патологическое состояние молочных желез, проявляющееся болью, набуханием и чувством распирания циклического или спонтанного характера, односторонней или двусторонней локализацией.

Боль характеризуется по основным двум характеристикам:

- 1) имеется цикличность боли или нет;
- 2) локализация: боль односторонняя или двусторонняя.

Циклическая боль. В течение менструального цикла изменяются уровни гормонов. К середине цикла увеличивается уровень эстрогенов, что приводит к увеличению объема железистой ткани. За 7–10 дней до начала менструального цикла может возникать циклическая боль (повторяющаяся из цикла в цикл). Чаще всего она бывает двустороннего характера.

Нет единого мнения относительно причин возникновения циклической боли. Одни исследователи связывают ее с высокими уровнями эстрадиола, пролактина и низким уровнем прогестерона, другие – с соотношением эстрадиола и прогестерона. В любом случае возникает воспалительная реакция в ткани железы, увеличивается объем железистой ткани, расширяются протоки. Также содержимое протоков может всасываться обратно в ткань железы и тем самым еще больше увеличивать ее объем.

Как известно, молочную железу к грудной стенке фиксирует хороший связочный аппарат, который обладает низкой эластичностью. Поэтому при расширении объема железистой ткани возникает эффект ее «сковывания» связками, который и приводит к болевому синдрому.

«Нормально ли это?» – спросите вы.

Вполне. Если это невыраженная боль, которая не снижает качество жизни пациента, не приводит к значительному дискомфорту и не требует противобольных средств. Примерно 2/3 женщин планеты ежемесячно испытывают такую боль.

Ациклическая боль чаще всего не зависит от менструального цикла, может возникать спонтанно, носит острый характер, проявляется жжением, покалыванием или режущей болью. Наиболее частые причины такой боли: возникновение кист, фиброаденом, рубцовые изменения, повреждение грудной стенки, невралгия, компрессия нервных волокон, воспалительные процессы и др. При таком состоянии необходимо обратиться к врачу для уточнения причин возникновения боли и выработки тактики лечения.

Листовидная опухоль

Зачем нужна биопсия фиброаденомы молочной железы? Существует ряд опухолей молочной железы, которые носят название «филлоидные» (или листовидные, от греческого слова phyllon – лист).

Это вариант опухоли, состоящий из эпителиального и соединительнотканного компонентов с преобладанием последнего. Этот тип новообразований встречается редко и составляет около 2–3% от фиброэпителиальных опухолей молочной железы и 0,3–1% от всех опухолей молочной железы у женщин.

Пик заболеваемости приходится на 45–49 лет. Однако филлоидная опухоль может развиваться в любом возрасте – от подросткового до пожилого. Существует три варианта филлоидных опухолей:

- доброкачественные;
- пограничные;
- злокачественные.

По данным международных исследований, частота злокачественных вариантов колеблется от 2 до 45%. Гистологический тип листовидной опухоли является важным прогностическим фактором выживаемости больных.

К сожалению, клинические данные, методы инструментальной и лучевой диагностики не позволяют в большинстве случаев поставить точный диагноз на предоперационном этапе.

Одним из дополнительных методов диагностики в настоящее время является МРТ молочных желез.

Таким образом, разнообразие патологических состояний молочной железы достаточно велико. Несмотря на это, своевременное обращение к врачу позволит установить и устранить причину их развития, провести эффективное лечение и снизить риск развития злокачественного новообразования. 🌱

Какие лабораторные исследования проводят при раке молочной железы?

В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ) ПРИМЕНЯЮТ ДВА ВИДА ИССЛЕДОВАНИЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА ОНКОМАРКЕРЫ И МУТАЦИИ, А ТАКЖЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ (ИГХ) ИССЛЕДОВАНИЕ ФРАГМЕНТА ОПУХОЛЕВОЙ ТКАНИ. ЧТО И ДЛЯ ЧЕГО НУЖНО, МЫ СЕЙЧАС РАЗБЕРЕМСЯ.



Сывороточные маркеры

Онкомаркер – это особые белковые молекулы, которые образуются в крови человека при определенных условиях. В норме в организме онкомаркеры присутствуют, но в минимальных значениях. Но, если у врача появилось подозрение на злокачественный процесс, а онкомаркеры молочной железы содержатся в крови в повышенных количествах, это может говорить о наличии болезни.

Все начинается со сдачи крови на сывороточные маркеры. Самым чувствительным при РМЖ считается белок СА15-3. Обычно его исследуют у пациентов с уже установленным диагнозом. Дополнительно исследуют раковый эмбриональный антиген (РЭА). СА15.3 повышен у 70–80% больных при распространенном процессе и у 2–40% с первичным локализованным РМЖ. РЭА повышен у 40–50% больных. Как видно по цифрам, исследования на эти маркеры не обладают достаточной чувствительностью, поэтому не используются для установления точного первичного диагноза. Их нормальное значение не говорит об отсутствии опухоли, в то время как их повышение с большой вероятностью говорит об обратном. Вместе с тем, сывороточные маркеры играют важную роль в оценке эффективности проводимого противоопухолевого лечения, а также позволяют определить момент прогрессирования опухоли, на что укажет понижение или повышение уровня маркера во времени.

Еще одним важным исследованием крови является определение мутаций в генах BRCA1 и BRCA2. Гены BRCA1 и BRCA2 выполняют схожие функции и кодируют белки, функция которых заключается в регуляции роста клеток и в препятствовании их неконтролируемого деления. Эти

«Только при прохождении полного и комплексного обследования возможно провести полноценное лечение с максимальными шансами на благополучный исход»

белки также участвуют в восстановлении ДНК, за счет чего играют решающую роль в поддержании стабильности генетической информации клетки. Однако в случае мутации в этих генах кодируемый им белок перестает правильно работать. В результате со временем клетки из нормальных перерождаются в злокачественные.

Вероятно, немногие слышали историю голливудской актрисы Анджелины Джоли, которой выполнили профилактическое удаление обеих молочных желез. На этот шаг она пошла именно после получения положительного результата на мутации в генах BRCA1/2. Однако такая профилактическая мастэктомия (название данной операции) в России не разрешена.

Стоит отметить, что наличие мутаций в этих генах значительно повышает риск возникновения опухолей не толь-

ко молочных желез, но и таких органов, как яичники, прямая кишка, предстательная железа (у мужчин), поджелудочная железа, желудок. Результат исследования позволит врачу оценить генетическую предрасположенность к раку и разработать эффективную стратегию профилактики, чтобы не допустить развития заболевания или заметить его на самой ранней стадии, когда оно успешно лечится.

Тканевые маркеры

Еще одним важным исследованием, но уже при установленном наличии опухоли является определение ее гистологического и молекулярного типа. Это исследование производится уже не в крови, а исследуется непосредственно фрагмент опухолевой ткани, взятый при биопсии. В первом случае определяют тип клеток, из которых состоит опухоль (тубулярная карцинома, аденокистозный рак, инвазивный протоковый рак и т.д.). Во втором случае определяют специфический набор рецепторов к эстрогену и прогестерону, а также определение HER2/neu – рецепторов эпидермального фактора роста человека.

Определение наличия и отсутствия тех или иных рецепторов является основой современной классификации РМЖ по подтипам – люминальный тип А, люминальный тип В, нелюминальный тип (HER2-позитивный) и тройной негативный тип. Определение подтипа опухоли – это важнейший этап в формировании стратегии лечения. Ведь это значительно влияет на характер назначаемого лекарственного лечения, определяет прогноз заболевания. Также важным исследованием является определение Ki67-антигена. Это позволяет понять, насколько активно и быстро происходит деление опухолевых клеток, а следовательно, и скорость роста новообразования, оценить риск метастазирования, определиться с тактикой терапии и вероятным ответом на нее, прогнозом заболевания. PD-L1 является еще одним важным рецептором на мембране опухолевой клетки. Особенную важность его опре-

деление имеет при тройном негативном подтипе РМЖ, когда назначение классических схем лекарственного лечения безрезультатно по причине отсутствия рецепторов, на которые оно может воздействовать.

Заключение

Здесь перечислены далеко не все маркеры и другие определяемые параметры при РМЖ, а только самые основные. Полный перечень необходимых анализов назначает лечащий врач. Только при прохождении полного и комплексного обследования возможно провести полноценное лечение с максимальными шансами на благополучный исход. «»

Источник: Онкология: национальное руководство. Под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

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

МНП-00008844 октябрь 2022

ИРИНА БОРОВОВА:

«Во всем, даже в самом страшном, нужно находить позитив»



– Ирина, с чего началась Ваша история?

– Моя жизнь была прекрасна: семья, шестеро детей, бытовые заботы, активная общественная жизнь. Я никогда не была в группе риска по раку молочной железы и даже не думала, что столкнусь с такой бедой. Занималась общественной работой, водила многодетных родителей на диспансеризационные осмотры, в рамках которых была и маммография. В декабре 2013 года моей дочери с инвалидностью предложили путевку в санаторий. Я как сопровождающее лицо была обязана пройти ряд медицинских исследований. Место было потрясающее, санаторий на берегу моря, плавание с дельфинами... Это было что-то невероятное, я была счастлива, что мне предложили туда поехать. Я сдала кровь, мочу, прошла гинеколога и сделала флюорографию. Все результаты отличные, кроме крови: зашкаливала скорость оседания эритроцитов. Врач удивилась, предложила пересдать анализ. Но нет, тот же результат... Стандартные исследования – реакция Васермана, ВИЧ, все отрицательное. Врач в недоумении, говорит: «У нас есть прекрасный маммолог. Сходите». Маммолог отправляет меня на маммографию, в кабинете проводит ультразвуковое исследование и говорит: «Маленькая точка, она мне не нравится. Давайте биопсию сделаем сразу». И через какое-то время как обухом по голове вердикт: «Это злокачественное образование. Абсолютно точно. Вставайте в онкодиспансер на учет. Вам расскажут, что дальше делать».

Я отправляюсь в онкодиспансер. Врач смотрит мои бумаги: «Проведем секторальную резекцию (удаление части железы. – Прим. ред.), и можете забыть про эту напасть». Выдали направление в отделение.

Я долго и безрезультатно звонила в стационар, затем по работе вынуждена была уехать на 1,5 месяца. Вернувшись, опять начала штурмовать диспансер. И тут мне коллега говорит: «Слушай, в твоём распоряжении много федеральных учреждений. Что ты не пойдешь, не посоветуешься? Может, какое-то другое лечение предложат?» И я пошла к знакомым в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. Мне сразу назначили много анализов.

– Чтобы исключить или подтвердить онкологическое заболевание?

– Конечно. Мне сделали ультразвуковое исследование брюшной полости, малого таза, компьютерную томографию легких, проанализировали состояние костей. Сделали гистологию, а не биопсию. Нужно было не просто увидеть, что это раковая клетка, а понять, какая она. Из гистологии стало понятно, что образование достаточно агрессивное, хотя и маленькое, и надо делать FISH (fluorescence in situ hybridization, позволяет определять качественные и количественные изменения хромосом. – Прим. ред.). После этого отправили на молекулярно-генетическое тестирование.

– Удивительно, какой сложный путь пришлось пройти...

– Первый вариант моего лечения – просто секторальное удаление... Представьте, к чему бы это могло привести – к смерти...

Сегодня буквально по пальцам можно пересчитать людей, сумевших превратить свою беду в точку роста и развития. К таким победителям можно смело отнести ИРИНУ ВАЛЕРЬЕВНУ БОРОВОВУ – члена Совета при Президенте Российской Федерации по правам человека и развитию гражданского общества, президента Всероссийской общественной организации помощи пациентам «Ассоциация онкологических пациентов "Здравствуй!", г. Москва». Мы расспросили ее о поражениях и победах, о своем нелегком пути и услышали удивительную историю о силе духа и желании жить.

У меня было 12 курсов химиотерапии до операции и год таргетной терапии. Всего 29 курсов химиотерапии. Операция – полное удаление обеих молочных желез. Как я узнала позже, во второй контралатеральной груди рак возникает в 98%. Меня приглашали на программу на BBC «Разговор о раке». Там были короткие вопросы, и мы должны были на них коротко и емко ответить. Один из вопросов был: «После химиотерапии выпадают волосы. Как вы на это реагируете?» Я считаю, что во всем, даже в самом страшном, нужно находить позитив, иначе сложно жить. Я говорю: «Выпали волосы на голове, но они же выпали везде. Это супер, без эпилепсии 2 года, гладенько, красота!» Парик ты можешь какой угодно надеть: сегодня красный, завтра с ирокезом, послезавтра длинные волосы... Каждый день новая девушка. Я узнала о диагнозе в декабре, а лечить меня начали в июне. У меня не было ужаса, терзаний, что я умираю. Я себе сразу сказала: ну, умру, что теперь? Значит, мне отмеряно 42 года. У меня на тот момент была очень крепкая семья, вниматель-

«... мы объединяемся, мы рады всем, кто вместе с нами, и неважно, сам он пациент или хочет помогать, а с другой стороны, мы желаем всем здоровья и хотим быть здоровыми»

ный супруг, который умеет о детях заботиться. Две бабушки, совершенно замечательные. У меня огромное число друзей. Я была уверена, что дети не останутся в детском доме, не будут брошены. А что еще нужно?

В декабре меня положили на операцию. Врачи удалили все и сделали сразу реконструкцию. Я представляю, какая это сложнейшая операция – сшить все сосуды, все ткани. Низкий поклон врачам.

Прошла операция, я выписалась. Когда уходила из отделения, Сергей Алексеевич (Тюляндин Сергей Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор. – Прим. ред.) меня вызвал: «Вы занимаетесь общественной работой?» Я говорю: «Ну да. С многодетными, детьми-сиротами, детьми-инвалидами. С этим я сталкиваюсь в обычной жизни, мне ничего не стоит помогать другим решать свои проблемы». Он говорит: «Давайте сделаем пациентскую организацию, которая будет больных объединять». Я говорю: «А что, в России нет таких организаций?» Он говорит: «Есть. Но есть созданные юристами, есть созданные врачами». Он имел тогда в виду «Движение против рака». «Но нет созданной самими пациентами, ни одной».

Я сначала испугалась. Одно дело – моя региональная деятельность в районе Москвы, а другое – большая всероссийская работа. Как это делать, как искать людей, единомышленников по всей стране? Сложно. Я ему не сказала сразу

«да». Я сказала: «Идея хорошая, но я не очень представляю, как я буду ее реализовывать». В общем, все началось с этого момента.

Со временем появились люди, которые с удовольствием выбирали название для организации. Мне показалось, что «Здравствуй» – это очень емкое название. Как потом я уже выяснила, у слова «здравствуй» нет иностранных аналогов. У него два значения. С одной стороны, мы приветствуем, а с другой – желаем здоровья. Получается, что мы объединяемся, мы рады всем, кто вместе с нами, и неважно, сам он пациент или хочет помогать, а с другой стороны, мы желаем всем здоровья и хотим быть здоровыми.

Потом мы делали эмблемы. Очень много художников совершенно бесплатно предлагали свои идеи, работы. Мне кажется, с первого раза появилось это солнце, лучики-человечки, которые объединены бесконечным кругом. Восход солнца – это как раз новая жизнь, которая начинается после болезни. Слоган «Будем жить» родился уже чуть позже.

– А как дальше развивались события?

– Потом ассоциация начала расти. Где-то я приезжала в регионы, где-то находились активисты, которые были готовы вести наши региональные отделения. Где-то люди писали нам: «Мы там-то и там-то, хотим работать в вашем региональном филиале».

– Тех, кто обращается в ассоциацию, Вы лично курируете?

– Нет. Мои задачи гораздо шире. Маршрутизация, юридические вопросы. Мы всех новых регионалов обязательно обучаем юридической грамотности. Есть свои онкопсихологи. Сейчас переориентируем и сертифицируем клинических психологов на работу с онкопациентами. Потихонечку работа начала расти.

Первым нашим мероприятием был конгресс в 2016 году, Конгресс онкологических пациентов в Общественной палате РФ. Потом мы сделали его ежегодным. Он проходит каждый год в октябре, в этом году прошел уже в 7-й раз. Ко Всемирному дню борьбы против рака мы придумали премию. Пациенты могут номинировать все лучшее, что было в онкологии. В этом году на сцене Кремля мы назвали всех, кто, по мнению пациентов, был лучшим. Это лучшие врачи, отделения, учреждения, фонды.

Мы сделали номинацию «Легенды в онкологии» и отмечаем тех людей, которые всю жизнь подарили онкологии, совершили великие прорывы в науке.

У нас есть номинация «Материнское сердце», посвященная родителям, которые потеряли своих детей, причем необязательно маленьких... Мы встретили Анастасию из санкт-петербургской организации, она потеряла свою взрослую дочь. Теперь она помогает другим пациентам справляться с болезнью. Стараемся, чтобы в регионе были представлены и детские, и взрослые организации.

Нас ориентировочно 150 тысяч человек, и пациентов, и единомышленников в базе, членов нашей организации. В каждом регионе есть группы взаимопомощи, это наш актив. Это многочисленные чаты в WhatsApp, Telegram, где люди круглосуточно могут задавать вопросы. Там есть чаты по нозологиям (молочная железа, гинекология, рак желудка, рак легкого, рак кожи). Туда же подключаем врачей, делаем вебинары. На церемонию к нам даже иностранцы приезжали: у нас был Сами Насери, который играл главную роль в фильме «Такси», Стивен Сигал. Даже в пандемию мы были единственной организацией, которой разрешили провести мероприятие в Кремле. К нам традиционно приходят министры, представители федеральной власти. В 2023 году мероприятие намечено 4 февраля. Если все сложится, это будет чудесно.

– Прекрасная и очень вдохновляющая история! Удачи Вам! – Благодарю вас! Будьте здоровы!

Всероссийская ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

Ассоциация работает круглосуточно.

Вы можете обратиться за помощью по телефону горячей линии 8 (800) 301-02-09 или на сайте russcpa.ru

ЗДРАВСТВУЙ!
Будем жить



КТО МЕНЯ ЛЕЧИТ?

Или сказка о «трехглавом драконе», который победил злою опухоль

БЕЗУСЛОВНО, ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, А ТОЧНЕЕ, ПАЦИЕНТА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ЛЕЧИТ ВРАЧ, ПРИЧЕМ, ЧТО КРАЙНЕ ВАЖНО, В СТРОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ (С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПРОФИЛЕМ).

Важно понимать, что врач-онколог – это не один специалист, а минимум четыре.

1. Онколог амбулаторного звена (в центре амбулаторной онкологической помощи – ЦАОП или первичного онкологического кабинета – там, где еще нет ЦАОП).

Онколог А (согласно профессиональному стандарту от 2022 г.) организует (как правило, не проводит) исследования, лечение, наблюдение пациентов. Выдает различные направления и рецепты на лекарственные препараты.

2. Решение о выборе тактики лечения как раз и принимает этот «трехглавый дракон» – специалист по лекарственной терапии (он же химиотерапевт, он же онколог В), онкохирург, специализирующийся на определенной нозологии: например, онкогинеколог, онкоуролог, онкопроктолог и т.д. (он же онколог С), и радиотерапевт (лучевой терапевт). Междисциплинарный онкологический консилиум коллегиально определяет дальнейшую тактику лечения.

3. Если консилиум определил, что сначала необходимо пройти лекарственную терапию, то лечащим врачом будет химиотерапевт. Отсюда и важность выбора врача для получения «второго мнения» и понимания, «кому задавать вопросы» и «кто мой врач сейчас».

Нередко пациенты в поисках врача для «второго мнения» ориентируются на именитость специалиста, а не на его специализацию, т.е. по лекарственной терапии едут на консультацию к хирургу или к радиотерапевту, а по хирургии спрашивают у химиотерапевта, все потому, что для нас, пациентов, любой онколог кажется неким суперменом, который обладает сверхспособностями по комплексному лечению. В этом и заключается сложность понимания, что каждый специалист узко направлен и эксперт в своей специализации.

4. Лечение онкопациента заключается в комплексном подходе, и отсюда следует, что не только химиотерапевт,

онкохирург и радиотерапевт могут принимать участие в лечении, но в том числе и патоморфологи (цитологи, молекулярные биологи, генетики) – лабораторные специалисты, устанавливающие диагноз и описывающие особенности опухоли. Рентгенологи, радиологи – диагносты лучевых методов исследований. Реабилитологи и специалисты паллиативной службы – если заболевание на продвинутой стадии. Нейрохирурги – если имеются опухоли центральной нервной системы; гематологи, эндокринологи и другие узкоспециализированные специалисты – так как лечение опухолевых заболеваний, как правило, комплексное лечение организма и требует большого конструктора из экспертов.

В связи с этим мультидисциплинарный консилиум играет ведущую роль в выборе тактики лечения – его безопасности и эффективности, а понимание пациентом всех особенностей организации процессов лечения в разы их усиливает. Совместная командная работа врачей и пациента является основополагающей формулой успешного лечения. ☺☺☺

Автор: Светлана Неретина,
онкопациент, равный онкоконсультант



ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

Анастейша Лин Ньюкёрк

БЫВАЕТ ТАК, ЧТО, ОДНАЖДЫ ПРЕОДОЛЕВ РАК, ЧЕЛОВЕК СТАЛКИВАЕТСЯ С НИМ СНОВА И ТОГДА ЕМУ ПРИХОДИТСЯ ЗАНОВО ПРОХОДИТЬ ВСЕ КРУГИ БОРЬБЫ. В 2003 ГОДУ ПЕВИЦА СЛУЧАЙНО УЗНАЛА, ЧТО У НЕЕ РАК. НА ТОТ МОМЕНТ АНАСТЕЙШЕ БЫЛО 35 ЛЕТ И ОНА НЕ ПРОХОДИЛА СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ. ВО ВСЕМ МИРЕ СКРИНИНГ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МАММОГРАФИЮ ПРИНЯТО НАЗНАЧАТЬ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ 40 ЛЕТ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ТЕХ СЛУЧАЕВ, КОГДА ИМЕЕТСЯ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

На самом деле Анастейша хотела уменьшить размер груди из-за проблем со спиной и тогда результаты маммографии показали, что ей надо будет лечить другое, более серьезное заболевание. В случае с Анастейшей рак молочной железы был выявлен на ранней стадии, но ситуация осложнялась тем, что у певицы были врожденные проблемы с пищеварением и это серьезно влияло на весь процесс лечения.

Анастейша перенесла сложную операцию, которая длилась 7 ч. Затем последовали тяжелая ангина с температурой под 40°C, обострение проблем с пищеварением и как следствие – невозможность использования некоторых лекарств при лечении рака, потому что организм певицы просто не принимал их. Но позитивный настрой и уверенность в своих силах в купе с операцией и курсами радиотерапии помогли певице справиться с недугом. Рак отступил на 10 лет.

Помимо занятия своим любимым творчеством Анастейша решила направить усилия и на борьбу с онкологией. Для этой цели она создала фонд «Anastacia Fund», через который проходит сбор средств для организации исследований рака молочной железы. В результате собственного опыта Анастейша поняла, что случайный снимок маммографии фактически спас ей жизнь!

В феврале 2013 г. болезнь снова вернулась к певице. Теперь Анастейша уже примерно понимала, чего ей можно ждать. Она отменила свои гастроли и принялась активно бороться с недугом. Интенсивный курс лечения длился 4 мес. И уже в июле певица поделилась радостной новостью в своем аккаунте в «Твиттер» – она победила рак! Анастейша уверена, что теперь болезнь ушла навсегда!

В 2022 г. Анастейше исполнилось 54 года. Певица прекрасно себя чувствует и продолжает радовать поклонников по всему миру выступлениями и новыми хитами. ☺☺☺

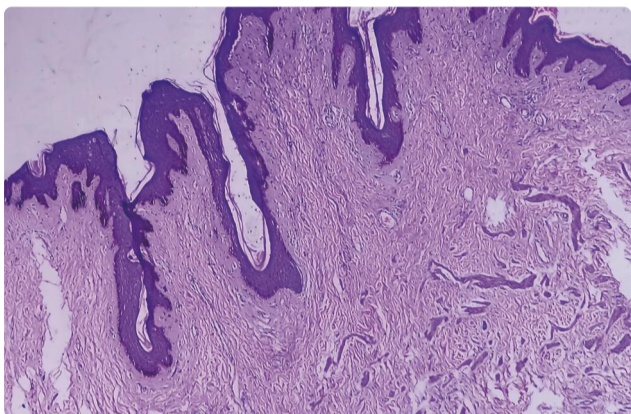
Источник:
Служба «Ясное утро»



Автор фото: Harald Krichel. Источник: <https://en.wikipedia.org/> Фото использовано по лицензии Creative Commons (CC BY-SA 4.0).

БИОПСИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАК К НЕЙ ПОДГОТОВИТЬСЯ

НИ ОДИН ИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ НЕ МОЖЕТ С ПОЛНОЙ УВЕРЕННОСТЬЮ СКАЗАТЬ, ЧТО ВЫЯВЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ИЛИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ. БЕЗУСЛОВНО, В РАЗНЫХ ОРГАНАХ СУЩЕСТВУЕТ РЯД ОБРАЗОВАНИЙ, ИМЕЮЩИХ КЛАССИЧЕСКИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЛИ УЗИ-ПРИЗНАКИ, КОТОРЫЕ ГОВОРЯТ ОБ ИХ ХАРАКТЕРЕ. НО В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОДОЗРЕНИЙ НЕОБХОДИМО ТОЧНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ.



Именно таким методом является морфологическое исследование. Заключается оно в исследовании ткани опухоли (так называемого биоптата) в лабораторных условиях с определением природы составляющих его клеток. Этот метод в онкологии основной для постановки диагноза. Основным же он является и в онкологической маммологии. Лечение не назначается без морфологической верификации опухоли.

Биопсию подозрительного участка назначает лечащий доктор при выявлении на маммограммах или УЗИ-изменений, требующих уточнения.

Существует два основных метода – тонкоигольная аспирационная биопсия и трепанобиопсия.

Тонкоигольная аспирационная биопсия – наиболее щадящая и малотравматичная методика биопсии. С помощью специального шприца врач под контролем УЗИ проводит прокол кожи молочной железы над образованием и выполняет забор ткани опухоли. Процедура занимает нескольких минут и проводится амбулаторно в кабинете ультразвуковой диагностики. Иногда процедура проводится с местным обезболиванием, но в большинстве случаев анестезия не нужна.

Главным недостатком тонкоигольной аспирационной биопсии является ее относительно невысокая эффективность в диагностике образований, таких как фибroadенома и рак молочной железы. Для верификации этих образований «золотым стандартом» является трепанобиопсия. Трепанобиопсия схожа с тонкоигольной биопсией, но при ней используется специальная игла большего диаметра. В результате получают толстый «столбик» тканей ново-

образования молочной железы. Процедура также выполняется под контролем УЗИ. Несмотря на необходимость маленького надреза кожи, рубцы остаются крайне редко, что важно с эстетической точки зрения. Трепанобиопсия проводится под местным обезболиванием. Госпитализация, как и при тонкоигольной биопсии, не требуется. Пациентка после процедуры уходит домой.

Подготовка

Подготовка к манипуляции начинается с лечащего врача, который определяет наличие противопоказаний к проведению биопсии:

- Беременность и период лактации.
- Аллергические реакции на препараты для анестезии. В этом случае есть замена – аспирационная биопсия. Ее можно проводить без анестезии. По ощущениям она схожа с обычным внутримышечным уколom.
- Наличие кардиостимулятора.
- Период менструации.
- Слишком маленький объем образования – менее 5 мм.
- Заболевания инфекционного характера.
- Плохая свертываемость крови у пациентки.

Какой-либо особенной подготовки к непосредственному проведению биопсии молочной железы не требуется.

В день обращения в клинику доктор еще раз уточняет у пациентки, есть ли аллергия на медицинские препараты, лекарства.

Перед процедурой следует: исключить прием ацетилсалициловой кислоты или других препаратов, снижающих свертываемость крови (обязательно по согласованию с вашим врачом), за 48 ч до процедуры не принимать алкоголь, не использовать в день проведения биопсии в области молочных желез и подмышек кремов, антиперспирантов, лосьонов и любых других косметических средств.

Соблюдение этих пунктов позволит вашему врачу провести процедуру максимально качественно, что является залогом правильной и точной диагностики.

Следите за своим здоровьем и при малейших признаках болезни обратитесь к врачу! 🙏

ОЖИДАНИЕ/РЕАЛЬНОСТЬ

Женская привлекательность после лечения

ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ ОЧЕНЬ ВАЖНО, КАК ПОВЛИЯЕТ ЛЕЧЕНИЕ НА ЕЕ ВНЕШНОСТЬ, И СТРАХИ ОТ ОЖИДАНИЯ, КАКОЙ ОНА СТАНЕТ, ЧАСТО ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ТОГО, НАСКОЛЬКО МНОГИЕ ЖЕНЩИНЫ – ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПАЦИЕНТЫ, АККУМУЛИРУЕМЫЕ ЛЮБОВЬЮ К ЖИЗНИ И ВНУТРЕННЕЙ УВЕРЕННОСТЬЮ, ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО ЛЕЧЕНИЯ СТАНОВЯТСЯ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЕЕ.



Начало лечения: очень тяжело все это переживается – потеря органа, потеря волос – новое принятие, точнее, принятие себя.

«Очень отчетливо помню свои мысли за день до операции, что после операции проснусь другим человеком и вскоре из-за искусственного климакса превращусь в толстую нервную старушку с бородой». Так описывают свои переживания женщины, проходящие онкогинекологическое лечение, а также женщины с гормоноположительным раком молочной железы.

Вся эта новая вдруг «свалившаяся онкожизнь» просто в каком-то ускоренном проживании должна уместиться с принятием кардинальных изменений: страх смерти, страх потерять все ценное и любимое, потерять себя, свое прежнее отражение, стать ненужной, жалкой, обузой, «куском» боли душевной и физической...

А еще этот мир – абсолютно непонятный, и понять его нет никаких ни душевных, ни физических сил, и переход в новый этап шока и стресса – помимо принятия болезни нужно принять, что никому твоя жизнь, кроме тебя, не нужна, значит, нужны силы на знания, на вопросы и вытягивание ответов, на добиваться всего, что положено. В какой-то момент отчетливо понимаешь фразу: «Все, что не убивает, делает сильнее». И вот ты уже лысая, с сыпью от химии, онемевшими конечностями, химическим мозгом – понимаешь всю трагедию жизни рыбки Дори отсутствием сил из-за анемии и вообще... Но! Уверенно идешь на капельницу, уже уверенно получаешь свое, реже плачешь, в те дни, когда отпускает, получаешь наслаждение от уборки и любого физического труда, потому что это счастье – иметь силы мочь и просто быть. Меньше себя жалеешь и уже положенное выпрашиваешь не глазами голодной дворовой собачки, а уверенным взглядом, чувствуя силу в своей правоте. И о лысой голове уже думаешь как об удобстве, потому что, где еще брать силы, чтоб ухаживать за волосами? Удобство – главный приоритет.

А потом ждешь, как сюрприза, что же там отрастет на голове, какого цвета и структуры. Меняется одежда: вся она становится исключительно удобной, даже уже когда не плохо, ты не готов жертвовать комфортом. И думаешь о том, как вообще раньше мог им жертвовать – комфортом? Жизнь в моменты без боли, тошноты, усталости становится какой-то эйфорией, когда терпел – и тут такая радость. А еда! Когда что-то снова можно, а что-то снова можешь сделать, чего недавно совсем не мог, – это так все обост-

ренно, это такое удовольствие, которое дает невероятный спектр ярчайших ощущений, их невозможно почувствовать ни одному здоровому человеку.

А еще появляется этот важнейший опыт (он крайне необходим организму) как позитивное подкрепление и опыт того, что любое «плохо» и «больно» – это временно, оно проходит и снова становится хорошо. Перетерпеть неприятное ради этих моментов – вот счастье. И уже появляется пушок на голове, и вдруг понимаешь: как удобно и красиво с короткой стрижкой; меняется стиль, взгляд; ты так любишь себя всего – с новым телом и с новым сознанием. Вот с этой любви к себе и начинается новая жизнь. Лечение не закончено. Но ты, красивая и уверенная, идешь на капельницу, как на праздник, а потом едешь на дачу, лежишь в шезлонге, слушаешь звуки природы и испытываешь счастье быть сейчас. Или едешь на море, лежишь на пляже, закрываешь глаза и слышишь, как море говорит с тобой. В твоём мире в этот момент Мир. Есть жизнь, и организм заряжен на проживание жизни, он получает сигнал того, что у него все хорошо, и он настраивает себя внутри на жизнь.

Вы видели, какие привлекательные эти женщины с короткими стрижками, какой у них сияющий взгляд? Они точно знают, чего хотят, независимо от того, что тело изменилось, физических сил не так много, лечение продолжается, но эта уверенность в восприятии себя создает определенную энергию привлекательности и магнетизма.

Есть ли жизнь после рака? Конечно! Иногда многое меняется: интересы, профессия, круг общения...

Не нужно бояться быть счастливой, нужно разрешить себе быть счастливой.

Счастливый человек, теперь точно знающий, что хочет от жизни, ценящий каждое мгновение, уверенный в себе, независимо от внешних проявлений, излучает какую-то совсем другую энергию. И, увидев этих женщин, их всегда можно узнать по взгляду и улыбке. Без жалости и сочувствия – они самые счастливые на свете!

А кто сейчас в начале пути и переживает все эти эмоции, знайте, милые, что вы обязательно справитесь, нужно немного времени, вместе у нас получится. 🙏

Автор: Светлана Неретина,
онкопациент, равный онкоконсультант



КАК ВЕРА В ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ВЛИЯЕТ НА ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯ



Сложно спорить с тем, что вера в выздоровление оказывает большое влияние на качество жизни. Вера позволяет не отчаиваться, не впадать в уныние и апатию, не опускать руки.

Вера помогает пройти через сложное, порой весьма болезненное и физически тяжелое лечение. Вера в выздоровление – опора, которая может выручить даже тогда, когда других опор не осталось.

Вера в выздоровление имеет огромное значение в тот момент, когда необходимо действовать. Порой лечение онкозаболевания превращается в квест: нужно сходить к одному врачу, потом получить направление от другого, непонятную бумаж-

ку от третьего, вернуться к первому, чтобы потом вернуться к третьему... Все это требует колоссальных сил и больше всего – сил моральных.

Потому что, если косо посмотрели еще в гардеробе, очередь в кабинет на пару часов, а там сказали: «Ваши анализы просрочены, сдавайте заново», – очень хочется заорать и все бросить. А если к этому прибавить мысль «лечение бесполезно, все равно умру», можно прекратить обращаться за медицинской помощью. Жизнь человека, у которого был реальный шанс пройти лечение и уйти в стойкую ремиссию, в самом деле может закончиться. И это страшно.

Но есть и обратная сторона медали. Большинство людей, которым ставят онкологический диагноз, рано или поздно проходят через определенные состояния, которые многие психологи называют «стадии принятия болезни».

Одно из таких состояний – апатия, ощущение бессилия, тщетности борьбы, грусть, жалость к себе, порой желание остаться в одиночестве, спрятаться. Кажется, что радость, вкус к жизни и силы на борьбу ушли навсе-

гда. Это очень тяжелые чувства, а само состояние может долго не покидать человека. И в этот момент мысль о том, что выздоровление во многом зависит от веры в него, может «добить».

«Я знаю, чтобы выздороветь, я должна бороться, должна быть энергичной, но у меня просто нет сил. Я хочу спрятаться ото всех и лежать, уткнувшись лицом в стену. Как мне избавиться от этого?» – как онкопсихолог я часто сталкиваюсь с такими запросами.

Честный ответ здесь может быть только один: «С вами все в порядке. Чувствовать себя так – нормально. Большинство людей, сталкивающихся с болезнью, в какой-то момент чувствуют себя точно так же. Вы устали, вы измотаны долгим лечением – желать отдыха естественно. Ваш организм бросил все силы на борьбу, когда вы только узнали о диагнозе.

Вы проходили обследования одно за другим, консультировались с врачами. Наконец началось лечение – и оно продолжается уже какое-то время. Скорее всего, именно сейчас у вас впервые появилось время начать переживать то, что случилось. Это тяжелые мысли и чувства – и вы не можете

быть деятельной и радостной, испытывая их. Просто дайте этому время».

Безусловно, сдаваться в значении «отменить рекомендованное врачом лечение» – нельзя: это смертельно опасно. Но ожидать от себя постоянного оптимизма и твердой веры – значит загнать себя в угол: чем сильнее вы запрещаете себе унывать, тем сильнее будет становиться ваше уныние.

В такой ситуации крайне важно заметить свои чувства и помочь себе пройти через них. Хорошо все, что поможет вам почувствовать себя чуть лучше: поддержка близких, возможность выплакаться, искренне поделиться с кем-то своими переживаниями, что-то, что позволит «переключиться» (простые дела, хобби, смешное кино), обращение к психологу за профессиональной помощью.

Чувства, эмоции, состояния человека – все они текучи, подобно воде, и постоянно сменяют друг друга. За каждым эмоциональным «спадом» неизбежно следует «подъем». Порой он случается не так скоро, как бы нам того хотелось. Но он случится – это неизбежно. ☺☺☺

Источник:
Служба «Ясное утро»



Рак в паре. Как говорить о диагнозе с партнером? Когда одному из супругов диагностируют рак, второй часто оказывается испуган, расстроен и растерян не меньше самого пациента.



Некоторые пары становятся только крепче во время диагностики и лечения. В других – связь между партнерами ослабевает. Как помочь себе и своему партнеру пройти через лечение плечом к плечу? Люди по-разному выражают свои чувства. Одни говорят о них прямо и много. Другие предпочитают уйти в себя и выразить свое сочувствие и заботу через конкретную помощь. Это может стать источником напряжения между партнерами. Иногда полезно себе напоминать, что, если вас не поддерживают так, как вы ожидаете, это не всегда означает, что вас не поддерживают вовсе. Переживая рак в паре, поговорите с партнером о том, какая поддержка вам нужна. Можно заранее обсудить план разговора с психологом горячей линии: 8 (800) 100-01-91.

Включите партнера в процесс обсуждения лечения и принятия решений

Вы можете вместе ходить к врачу, выяснять информацию о лечении, побочных эффектах, прогнозах течения болезни. Это поможет вам вместе справляться с неизвестностью и строить планы на ближайшее время с учетом заболевания.

Помогайте и принимайте помощь

Возможно, вы всегда были лидером. Вы выполняли большую часть работы, принимали решения, поддерживали супруга в сложные времена. Позвольте партнеру брать больше ответственности за семью и проявлять заботу о вас. В свою очередь, не переставайте поддерживать супруга. Даже простая искренняя благодарность за помощь может придать сил.

Говорите о чувствах


Может казаться, что период лечения не лучшее время для обсуждения ваших чувств. Тем не менее, чтобы пройти через рак в паре, лучше проговаривать их, а не откладывать разговор до лучших времен. Если вас что-то тревожит, можно сказать: «Я понимаю, что мы не можем решить что-то прямо сейчас. Давай просто поговорим о том, что между нами происходит. Я чувствую (...), а ты?»

Устраивайте свидания

Речь не о шикарных ресторанах и далеких путешествиях. Подойдет прогулка вдвоем, просмотр фильма или семейных фото, поход в ближайшую кофейню. Будьте открыты к спонтанным свиданиям. Так вам не придется отменять планы из-за плохого самочувствия. Время наедине поможет укрепить вашу связь и отвлечься от переживаний, связанных с диагнозом. ☺☺☺

Источник:
Служба «Ясное утро»






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

Бесплатная высокотехнологичная медицинская помощь

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ (ВМП) – ЭТО МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.



В ст. 34 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ВМП определяется как «часть специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники».

Особенностями ВМП по сравнению с другими видами медицинской помощи, перечисленными в Федеральном законе №323, является ее высокая стоимость, ограниченное количество квот на ее оказание, закрытый перечень медицинских организаций, в которых она может быть оказана бесплатно. Стоит отметить и длительные сроки ожидания оказания ВМП, которые могут достигать нескольких лет. Перечень видов и методов ВМП, а также их стоимость ежегодно утверждаются Правительством РФ. Особый порядок направления на ВМП установлен для отдельных категорий:

- граждан, чье медико-санитарное обеспечение находится в ведении Федерального медико-биологического агентства;
- военнослужащих;
- пациентов, имеющих право на социальные услуги.

Медицинскими показаниями для направления на оказание ВМП является наличие у пациента заболевания и (или) со-

стояния, требующего применения ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП. Порядок оказания ВМП регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 октября 2019 г. №824н «Об утверждении порядка организации высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

ВМП при наличии показаний оказывается пациенту бесплатно. В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (см. QR-код) отдельно указаны виды ВМП, включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования (ОМС) и не включенные в базовую программу ОМС, однако в обоих случаях помощь для пациента бесплатна. Различие – в распределении денежных потоков: финансовое обеспечение ВМП, включенной в базовую программу ОМС, осуществляется путем перечисления территориальным фондам ОМС средств в составе субвенций, а финансирование ВМП, не включенной в госпрограмму ОМС, идет напрямую федеральным государственным учреждениям в рамках выполнения ими государственного задания по оказанию данного вида помощи. Кроме того, из бюджета фонда ОМС осуществляется софинансирование расходов субъектов РФ, возникающих при оказании ВМП.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 28 декабря 2021 г. №2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»



Талон на оказание ВМП

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 октября 2019 г. №824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (см. QR-код) каждому обращению за ВМП присваивается индивидуальный номер, оформляется талон на оказание ВМП.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 октября 2019 г. №824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»



Если пациенту показана ВМП, включенная в базовую программу ОМС, талон формируется принимающей медицинской организацией. Если ВМП не включена в базовую программу ОМС, комиссия регионального органа управления здравоохранением рассматривает поступивший комплект документов в течение 10 рабочих дней со дня получения документов от пациента или направляющей медицинской организации и в случае принятия положительного решения формирует талон на оказание ВМП.

Талон на оказание ВМП оформляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 января 2015 г. №29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, порядках их заполнения и сроках представления». Этот же документ регламентирует порядок заполнения и сроки представления талона. Срок действия талона на оказание ВМП неограничен. Он считается действительным с момента подачи заявки в комиссию до полного прохождения лечения. После завершения медицинского курса мероприятий документ теряет юридическую силу.

Квота на оказание ВМП

Квота – это определенный объем денежных средств, который поступает за лечение пациента в медицинское учреждение, оказавшее эту услугу.

Государство ежегодно определяет норматив финансовых затрат на ВМП. Исходя из этой суммы и рассчитывается количество квот на ВМП в текущем году. Конкретный медицинский центр может выполнить лимитированное количество операций в рамках выделенного бюджета. Распределение квот происходит в начале года. Так как их число ограничено, нередко приходится ждать новой возможности. Поэтому получить квоту в первые месяцы календарного года проще.

Количество квотных мест контролируется соответствующим отделом в медицинской организации, поэтому у пациента суще-

ствует возможность узнать об их наличии и оставшемся количестве.

Внеочередная квота предоставляется пациентам с неотложным состоянием, требующем немедленного хирургического лечения. В остальных случаях гражданин вынужден занять очередь на получение квоты.

Как оформить направление на ВМП?

Направление на госпитализацию для оказания ВМП готовит направляющая медицинская организация. Требования к процедуре и составу документов описаны в разделе II Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (см. QR-код).

Состав комплекта документов не зависит от источника финансирования ВМП и включает направление на госпитализацию для оказания ВМП, к которому прилагаются выписка из медицинской документации пациента, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по Международной классификации болезней, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания ВМП; копия документа, удостоверяющего личность пациента, или свидетельства о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет); копия полиса ОМС пациента (при наличии); копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (при наличии); согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

Перечень медицинских организаций, оказывающих ВМП

Министерство здравоохранения формирует в специализированной информационной системе перечень медицинских организаций, оказывающих ВМП, в срок до 30 декабря года, предшествующего отчетному.

Порядок формирования перечня медицинских организаций, оказывающих ВМП, описан в разделе I Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (см. QR-код).

Ознакомиться с перечнем медицинских организаций, оказывающих ВМП, можно на сайте Министерства здравоохранения РФ. [👉](#)

Информация предоставлена Всероссийским союзом пациентов



ГОРЯЧАЯ
ЛИНИЯ

8-800-500-82-66

ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Ждем ваших звонков
с 12.00 до 17.00
по московскому времени
в будние дни

СИМПТОМЫ

ЧТО ТАКОЕ АНЕМИЯ?

АНЕМИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ НОРМАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ (ОБЫЧНО 120 Г/Л) ИЛИ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 20 Г/Л ОТ ИСХОДНОГО ЗНАЧЕНИЯ И У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА КАК НАЛИЧИЕМ САМОЙ ОПУХОЛИ, ТАК И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕМ.

СТЕПЕНЬ АНЕМИИ	ДИАПАЗОН СНИЖЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА
Легкая	Концентрация гемоглобина от 100 до 119 г/л
Средняя	Концентрация гемоглобина от 80 до 99 г/л
Тяжелая	Концентрация гемоглобина ниже 80 г/л

Гемоглобин является важнейшим белком эритроцитов (красных кровяных клеток), выполняющим функцию переноса кислорода, без него кислород к клеткам не доставляется. Кислород необходим не только для дыхания. Клетки организма нуждаются в кислороде для правильного функционирования. Нехватка кислорода может иметь самые неблагоприятные последствия практически для каждого органа.

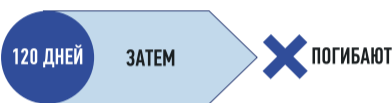
Анемия – очень распространенная проблема у людей с онкологическими заболеваниями, особенно у тех, кто получает химиотерапию или лучевую терапию. У некоторых пациентов анемия возникает еще до начала лечения, что еще больше усложняет ситуацию.

Что лежит в основе анемии у больных онкологическими заболеваниями?

Причин развития анемии у онкологических больных существует несколько, но чаще всего опухоль влияет на способность организма вырабатывать новые эритроциты. В процессе выработки эритроцитов участвуют почки, продуцирующие гормон эритропоэтин, который стимулирует костный мозг вырабатывать красные кровяные тельца. Одним из последствий онкологического заболевания мо-

жет быть снижение способности почек вырабатывать эритропоэтин. При уменьшении выработки эритропоэтина костный мозг не получает сигнала, необходимого для выработки нормального количества новых эритроцитов. Пациенты, получающие химиотерапию препаратами содержащими платину (например, карбоплатин, цисплатин или оксалиплатин), имеют особенно высокий риск развития анемии, поскольку эти препараты могут оказывать токсическое влияние на почки. Поврежденные почки вырабатывают меньше эритропоэтина. В результате костный мозг получает меньшую стимуляцию для производства новых красных кровяных телец, поэтому он вырабатывает их меньше. Химиотерапия или лучевая терапия могут вызвать анемию из-за угнетения костного мозга. Угнетенный костный мозг производит меньше эритроцитов, чем здоровый.

НОРМАЛЬНЫЕ ЭРИТРОЦИТЫ ЖИВУТ ОКОЛО



При онкологических заболеваниях эритроциты разрушаются быстрее, чем у здоровых людей. Когда эритроциты погибают быстрее, чем организм может их заменить, довольно быстро в организме возникает их дефицит, что приводит к анемии. Потеря большого количества крови в результате операции или внутреннего кровотечения также может вызвать анемию.

Каковы симптомы анемии?

Наиболее частыми симптомами анемии являются: **ЧУВСТВО УСТАЛОСТИ, ОЩУЩЕНИЕ НЕХВАТКИ ВОЗДУХА**

ПОМИМО ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ, МОГУТ БЫТЬ ЖАЛОБЫ НА:
Учащение сердцебиения
Легкую лихорадку
Язвочки во рту
Нарушение глотания
Отеки ног или ступней
Сухие или истонченные волосы, выпадение волос, ломкость и изменение формы ногтей
Чувство раздражительности
Головокружение при переходе из положения лежа в положение стоя
Апатию
Зябкость рук и ног
Запоры
Головную боль
Расстройство желудка
Бледность кожи

(ОДЫШКА) И УПАДОК СИЛ (СЛАБОСТЬ). Однако анемия легкой степени может не иметь симптомов или симптомы могут быть невыраженные.

Могу ли я что-нибудь сделать, чтобы предотвратить анемию?

Если у вас онкологическое заболевание, есть возможность коррекции анемии. Сообщите лечащему врачу о симптомах, перечисленных в разделе «Симптомы анемии». Лечение анемии, связанной с онкологическим заболеванием, может быть более эффективным.

Как диагностируется анемия?

С ПОМОЩЬЮ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ

При выполнении общего анализа крови определяют количество эритроцитов в единице объема крови, концентрацию гемоглобина в эритроцитах, оценивают их морфологию (форму, объем).

С ПОМОЩЬЮ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ

При выполнении биохимического анализа крови определяют уровень железа в сыворотке, способность к его связыванию, уровень витамина В₁₂ и фолиевой кислоты (еще один витамин группы В). Достаточное количество этих витаминов также помогает организму вырабатывать красные кровяные тельца.

Информация составлена на основании документа «Практические рекомендации по лечению анемии при злокачественных новообразованиях» [Орлова Р.В., Гладков О.А., Жуков Н.В. и др. Практические рекомендации по лечению анемии при злокачественных новообразованиях. Злокачественные опухоли. Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2020 (том 10). 36].



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

МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

Мне назначили лучевую терапию. Это же радиация? У меня появится новый рак

ИТАК, ДАВАЙТЕ РАЗБЕРЕМСЯ, ЧТО ТАКОЕ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И КАК ОНА ПОМОГАЕТ ОРГАНИЗМУ БОРОТЬСЯ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ – ЭТО ВИД ЛЕЧЕНИЯ РАКА, ПРИ КОТОРОМ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ЛУЧИ ИНТЕНСИВНОЙ ЭНЕРГИИ ДЛЯ УНИЧТОЖЕНИЯ РАКОВЫХ КЛЕТОК. ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ КАК ПРАВИЛО ПРИМЕНЯЮТ РЕНТГЕНОВСКИЕ ЛУЧИ, НО ТАКЖЕ ПРОТОНЫ ИЛИ ДРУГИЕ ВИДЫ ЭНЕРГИИ.

Термин «лучевая терапия» чаще всего относится к дистанционной лучевой терапии. Во время данного типа излучения высокоэнергетические лучи исходят от машины, находящейся вне вашего тела и направляющей лучи точно в зону злокачественного образования на вашем теле. Во время другого типа лучевой терапии – брахитерапии, излучение исходит из источника, который помещается внутрь тела.

Лучевая терапия повреждает клетки, разрушая генетический материал, который контролирует рост и деление злокачественных клеток. Хотя лучевая терапия повреждает как здоровые, так и раковые клетки, цель лучевой терапии состоит в том, чтобы уничтожить как можно меньше здоровых клеток. Нормальные клетки часто могут восстанавливать большую часть повреждений, вызванных радиацией.

Зачем это нужно?

Более 1/2 людей, больных раком, получают лучевую терапию в рамках клинических протоколов лечения рака. Врачи используют лучевую терапию для лечения практически всех видов рака. Лучевая терапия также полезна при лечении некоторых нераковых (доброкачественных) опухолей.

Виды лучевой терапии

Лучевую терапию можно проводить несколькими способами. Наиболее распространенные типы:

- Внешняя, или дистанционная, лучевая терапия.
 - Внутренняя, или брахитерапия, лучевая терапия (металлические проводники помещаются во внутреннюю полость организма).
 - Радионуклидная терапия.
- Лучевая терапия обычно проводится в больнице. Вы можете вернуться домой вскоре после внешней лучевой терапии или остаться в больнице на весь период лечения.
- Как лучевая терапия проходит у больных раком? Врач-радиотерапевт может назначить лучевую терапию:
- в качестве единственного (основного) лечения рака;
 - перед операцией – для уменьшения раковой опухоли (неоадьювантная лучевая терапия);
 - после операции – чтобы остановить рост любых оставшихся раковых клеток (адьювантная лучевая терапия);
 - в сочетании с другими методами лечения, такими как химиотерапия, – для уничтожения раковых клеток;
 - при запущенном раке – для облегчения симптомов (паллиативная лучевая терапия).

К чему быть готовым?

Внешняя лучевая терапия обычно проводится с использованием линейного ускорителя – аппарата, который направляет высокоэнергетические лучи излучения в ваше тело. Когда вы лежите на столе, линейный ускоритель перемещается вокруг вас, направляя излучение под разными углами. Линейный ускоритель можно настроить в соответствии с конкретной ситуацией, чтобы обеспечить точную дозу облучения, назначенную врачом. Обычно получают внешнее лучевое облучение амбулаторно 5 дней в неделю в течение определенного периода времени. В большинстве случаев лечение растягивается на несколько недель, чтобы здоровые клетки могли восстановиться между сеансами лучевой терапии.

Каждый сеанс лечения в среднем длится от 10 до 30 мин. В некоторых случаях однократное лечение может использоваться для облегчения боли или других симптомов, связанных с более поздними стадиями рака. Во время сеанса лечения лежат в положении, определенном на этапе моделирования.

Пациент лежит неподвижно и нормально дышит во время процедуры, занимающей всего несколько минут. Некоторые пациентов с раком легких или молочной железы могут попросить задержать дыхание, пока аппарат выполняет лечение. Лечащий врач находится поблизости в комнате с видео- и аудиосвязью, чтобы общаться с пациентом.

Полученные результаты

Если вы подвергаетесь облучению опухоли, ваш врач может направить вас на периодическое сканирование после лечения, чтобы увидеть, как заболевание отреагировало на проводимую терапию. В одних случаях рак реагирует на лечение сразу, в других – ответ может занять недели или месяцы. Некоторым людям и вовсе не помогает лучевая терапия.

Подведем итоги сказанному. Мы выяснили, что лучевая терапия необходима для достижения хорошего ответа опухоли на данное лечение, что лучевая терапия приводит к уничтожению опухолевых клеток, минуя здоровые.

Какой порядок действий, если мне откажут в лекарствах?

В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОТКАЗА В ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЫТЬ НЕ ДОЛЖНО, КРОМЕ ТОГО, ВСЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПЕРИОД НАХОЖДЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ БЕСПЛАТНО, ВКЛЮЧАЯ ДИАГНОСТИКУ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ, НА ОСНОВАНИИ СТАНДАРТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВАШЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ. В СЛУЧАЕ ТРЕБОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ОПЛАТИТЬ ТЕ ИЛИ ИНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, СЛЕДУЕТ СРАЗУ ЖЕ ПОЗВОНИТЬ В СВОЮ СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ ПО УКАЗАННОМУ НА ПОЛИСЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТЕЛЕФОНУ. ЕСЛИ ВСЕ ЖЕ ПРИШЛОСЬ ЗАПЛАТИТЬ ЗА ДИАГНОСТИКУ ИЛИ ЛЕКАРСТВА, ТО НЕОБХОДИМО СОХРАНИТЬ ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ФАКТ ОПЛАТЫ, И ПО ВОЗМОЖНОСТИ – МЕДИЦИНСКИЕ НАЗНАЧЕНИЯ, С КОТОРЫМИ ВПОСЛЕДСТВИИ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬСЯ В СВОЮ СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ ИЛИ В СУД ЗА ВОЗМЕЩЕНИЕМ ПОТРАЧЕННЫХ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ.



Главная проблема, с которой сталкиваются онкопациенты, – это перебои с обеспечением препаратами, которые чаще всего объясняют недостаточным финансированием. Бывают и перебои с поставками лекарств в аптеки – долгожданный рецепт на руках, а получить препарат невозможно. Главное, что должен помнить пациент, – отказ в оформлении рецепта или выдаче препарата незаконен. И отсутствие финансирования ни при каких условиях не может быть уважительной причиной для этого. Для получения льготных лекарств пациент, имеющий группу инвалидности, включается в Федеральный регистр льготников Пенсионным фондом РФ по месту жительства. Не имеющий группы инвалидности онкологический пациент включается в Региональный регистр льготников через лечебно-профилактическое учреждение. Важно! Не имеющий группы инвалидности, но страдающий злокачественным ново-

образованием пациент имеет право на бесплатное получение лекарств не только по онкологии, но и по любому другому заболеванию. Это право утрачивается только после исключения из регистра. Основание – Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», в котором указано, что право на бесплатные лекарства имеют инвалиды I и II групп, а также лица с онкологическими заболеваниями. Врачи-онкологи на консилиуме определяют необходимые пациенту лекарственные препараты, лечащий врач (врачебная комиссия) оформляет назначение данных лекарственных препаратов и льготный рецепт. Льготный рецепт должен оформить лечащий врач по месту жительства вне за-

висимости от того, имеется ли он в льготной аптеке или нет [рецептурный бланк формы №148-1/у-04(л)].

В соответствии с Порядком назначения лекарственных препаратов, утвержденным Приказом Минздрава России от 24.11.2021 №1094н, назначение лекарственных препаратов осуществляется медицинским работником по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии – группировочному или химическому наименованию. При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляются назначение и оформление назначения лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, либо по торговым наименованиям (пункт 5).

После получения рецепта пациенту необходимо обратиться в аптеку по месту жительства, которая отпускает лекарственные препараты гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарственных препаратов. Лекарственный препарат отпускается в соответствии с «Правилами отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения...» (Приказ Минздрава России от 24.11.2021 №1093н). А что делать, если в аптеке препарата нет? Ранее, в указанных выше Правилах был пункт 12, в котором говорилось, что «рецепт принимается на обслуживание», и указывались сроки обеспечения рецепта в зависимости от пометки, сделанной на нем врачом, например «statim» (не-

медленно) или «cito» (срочно). С 1 марта 2022 г. пункт 12 из Правил исключен и, как действовать на данный момент, не совсем ясно. МОД «Движение против рака» обратилось в Минздрав России с просьбой дать разъяснения о сроках отпуска лекарственных препаратов при обращении пациента в аптечную организацию после 1 сентября 2022 г. в случае отсутствия у субъекта розничной торговли лекарственного препарата, указанного в рецепте. Четких разъяснений, кроме того, что рецепт действителен до указанной на нем даты, мы пока не получили и отправили повторный запрос в ноябре.

На данный момент можно пойти следующим путем. В случае, если в аптеке не ставят рецепт на отсроченное обслуживание: пишем в двух экземплярах заявление об отсутствии препарата, прикладываем копию рецепта и просим руководителя аптечной организации поставить на своем экземпляре отметку, второй экземпляр оставляем в аптеке, таким образом, мы фиксируем дату обращения. В ближайшее время вам, скорее всего, перезвонят и пригласят получить препарат. В случае бездействия со стороны аптечной организации можно приобрести препараты самостоятельно, но сохранить все документы об оплате и обратиться в суд (ответчик – региональный Минздрав) за возмещением. Для данного обращения пациенту будут необходимы факт назначения препарата в медицинской документации, льготный рецепт, документы об оплате и заявление в аптечную организацию (если вы его составляли).

МОД «Движение против рака» всегда готово оказать вам поддержку в правовых вопросах. Телефон нашей Горячей линии: 8 (800) 200-47-32. ☎

Информация предоставлена Межрегиональным общественным движением «Движение против рака»



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Зачем онкопациенту группы поддержки?

В зарубежном кино нередко встречаются герои, посещающие те или иные группы поддержки. В отличие от Запада, где широко распространен такой формат психологической помощи, в России к группам поддержки пока относятся несколько настороженно. Тем не менее группы поддержки могут стать мощным ресурсом в сложной жизненной ситуации.

Суть групп поддержки – в общности переживаний

Группы поддержки объединяют людей, которых лично или опосредованно коснулась какая-то проблема: пережитое насилие, потеря близкого, развод, тяжелая болезнь и др. В группе зарождается чувство общности.

Общаясь с теми, кто находится в схожей ситуации, человек встречает понимание. Он может поделиться своей болью с группой, зная, что его не осудят. Когда рядом есть люди с похожими проблемами, решения находят легче, а страхи отступают.

Для онкологических пациентов и их близких группа поддержки может стать спасением от чувства изолированности. Онкологический диагноз делит жизнь любого пациента на «до» и «после». Болезнь водоразделом отрезает заболевшего от условно здорового большинства.

Даже когда рядом есть те, кто готов выслушать и разделить тревоги пациента, ему часто не хочется обсуждать диагноз и лечение. Во-первых, «все равно не поймут». Во-вторых, не хочется становиться обузой и лиш-

ний раз тревожить близких. В группе поддержки можно не бояться открыто говорить о своих чувствах.

Где найти помощь?

Если вы чувствуете, что вам нужна помощь, найдите подходящую группу поддержки в своем городе:

- Иногда такие сообщества существуют на базе онкодиспансеров. Уточните у своего лечащего врача, может ли он порекомендовать вам группу поддержки.
- Обратитесь в местные благотворительные организации, помогающие онкологическим пациентам.
- Поищите сообщества пациентов онлайн. Общение в Сети может стать альтернативой очным собраниям.

Если вы находитесь в Москве, вы можете присоединиться к группам поддержки, организованным службой «Ясное утро». Встречи сообществ «Точка опоры» – для онкопациентов и «Вместе тепло» – для людей, потерявших близкого, регулярно проводятся в центре города, поблизости от метро «Новослободская». Участие в группе бесплатное, необходимы лишь ваше желание и возможность приехать на встречи.

Подробная информация и запись в группу – на Всероссийской горячей линии: 8 (800) 100-01-91.

Источник: Служба «Ясное утро»



Что такое биоаналоги и дженерики

И биоаналоги и дженерики — это воспроизведенные препараты. Заменяя оригинальные препараты, обладая не меньшей доказанной эффективностью, они позволяют получить доступ к эффективной терапии более широкой популяции пациентов.

Биоаналог —

это воспроизведенный биологический препарат, содержащий высокомолекулярные действующие вещества, который производится с использованием инновационных биотехнологических методик.

Биологический препарат уникален и обладает индивидуальными физико-химическими характеристиками, поэтому создать его точную копию невозможно.

Для производства биологических препаратов необходимо использовать биологические источники, например живые клетки, подверженные естественным изменениям.

В отличие от дженериков, требования для регистрации биоаналогичных лекарственных препаратов более жесткие и включают в себя ряд дорогостоящих и трудоемких сравнительных тестов, а также клинические испытания:

1 фаза — для изучения фармакокинетических параметров и показателей безопасности;

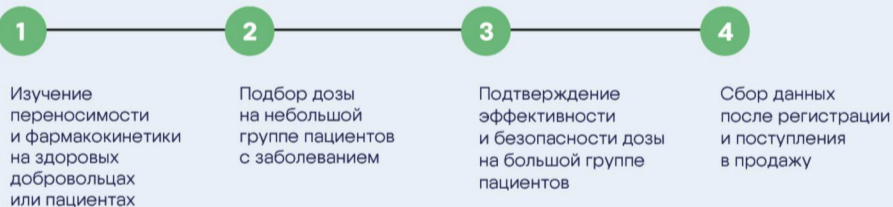
3 фазы — для подтверждения терапевтической эквивалентности воспроизведенного и оригинального биологического лекарственного препарата.

На всех этапах клинической разработки производится оценка безопасности любых воспроизведенных незарегистрированных лекарственных препаратов.

Как исследуют дженерики и биоаналоги, и почему биоаналог может быть лучше оригинала

Исследования биоаналогов — это доказательство терапевтической эквивалентности, то есть изучение эффекта на заболевание.

Оригинальный препарат может последовательно проходить 4 фазы клинических исследований:



Биоаналог не может применяться с дозировкой, отличной от оригинальной. Поэтому он проходит только 1 и 3 фазы клинических исследований!

Источники: 1. <https://pharmedprom.ru/articles/bioanalogi-originalnih-lekarstvennih-sredstv-prigovor-ili-nadezhda-na-istselenie/>
2. https://sojuzpharma.ru/news/1702-ch-to-luchshe-originalny_biopreparat_ili_biosimilyar

Определения терминов «биоаналог», «биоэквивалентность» и «исследования биоэквивалентности» указаны в ст.4 61-ФЗ.

Дженерик —

это воспроизведенный лекарственный препарат с таким же количественным и качественным составом активных веществ и в такой же лекарственной форме, что и оригинальный лекарственный препарат, с доказанной биоэквивалентностью оригинальному препарату.

Действующие вещества дженериков — это низкомолекулярные соединения, которые относительно легко воспроизводятся специальными химическими методами.

Химическую молекулу дженерика легче воспроизвести в лаборатории, чем биологическую, поэтому при разработке дженериков проводится определенный вид клинических исследований, называемых исследованиями биоэквивалентности.

Исследования биоэквивалентности — это гармонизированные подходы не только в России, но и во всем мире, в странах с развитыми регуляторными системами.

Исследования биоэквивалентности — это клинические исследования, в ходе которых у здоровых добровольцев, после приема препарата, исследуют то, как препарат поступает в организм, всасывается, достигает своих концентраций в крови, метаболизируется и выводится.

- Если заявленные показатели дженерика и оригинального препарата эквивалентны, то считается, что дженерик имеет возможность получить доступ на рынок.
- Биоэквивалентность является необходимым параметром для регистрации дженерика в Европе, США, России, Евразийском экономическом союзе.

Исследования дженериков — это доказательство биоэквивалентности и терапевтической эквивалентности референтному препарату. Обычно, здоровые добровольцы принимают препарат, и затем ученые изучают фармакокинетику (как препарат поступает в организм, всасывается, достигает своих концентраций в крови, метаболизируется и выводится). Если это происходит точно так же, как у референтного препарата, дженерик получает доступ на рынок.

При разработке биоаналогов возникает два очевидных преимущества:



В условиях совершенствующихся технологий производства биологических препаратов разработчики могут получить лекарство с большим сроком хранения и меньшим содержанием примесей. То есть биологически оно будет схоже с оригиналом, а по потребительским свойствам даже превосходить его;



Биоаналоги выходят более доступными по цене и позволяют увеличить доступность необходимого пациентам лечения!

BIOCAD — одна из крупнейших биотехнологических международных инновационных компаний в России, объединившая научно-исследовательские центры мирового уровня, современное фармацевтическое и биотехнологическое производство, доклинические и клинические исследования, соответствующие международным стандартам.

BIOCAD — компания полного цикла создания лекарственных препаратов от поиска молекулы до массового производства и маркетинговой поддержки. Препараты предназначены для лечения онкологических, аутоиммунных и других социально значимых заболеваний.



61 препарат в портфеле, из которых **9** — оригинальные, а **22** — биологические



Более 3000 сотрудников, треть из которых ученые и исследователи



Более 40 лабораторий



6 международных офисов



Более 40 препаратов в разработке

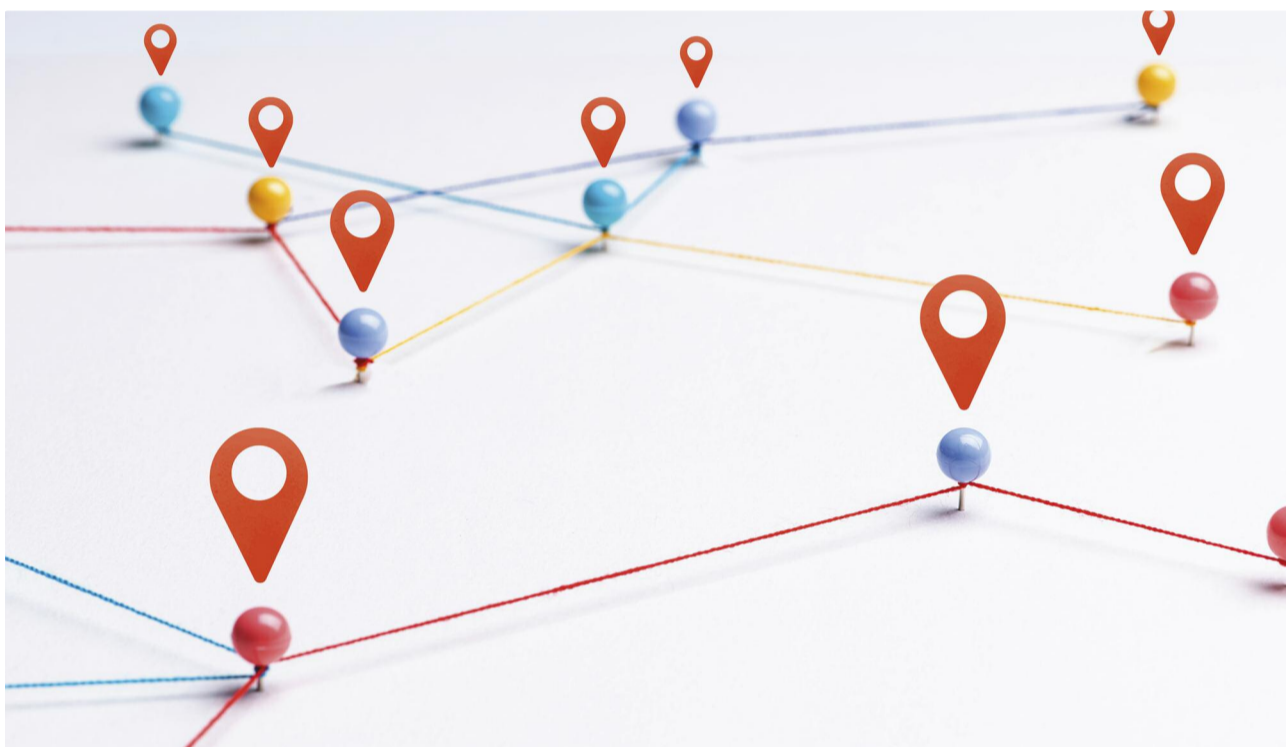


7 производственных площадок



Маршрутизация пациентов с подозрением на злокачественное новообразование и установленным онкологическим заболеванием в российской практике

«Маршрутизация пациентов» – относительно новый медицинский термин, введенный в российскую практику в 2009 г., когда Правительством РФ была утверждена федеральная программа, нацеленная на совершенствование онкологической помощи в специализированных медицинских организациях – региональных и окружных онкологических центрах, за счет усиления их материального обеспечения и закупки нового, высокотехнологичного и современного медицинского оборудования. Именно тогда появились первые схемы маршрутизации пациентов при онкологических заболеваниях, а также сформировался и отдельный Порядок оказания медицинской помощи онкологическим пациентам, что было утверждено приказом Минздрава России (последняя редакция Порядка – приказ Минздрава России от 19.02.2021 №116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»).



В дальнейшем утверждение порядков и схем маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями было осуществлено в каждом субъекте нашей страны. Внедрение маршрутизации пациентов – регламентирования этапности оказания медицинской помощи – позволяет на уровне региона упорядочить движение пациентов, сократить как сроки установления диагноза, так и сроки ожидания специализированной медицинской помощи, обеспечить полноценный перечень лечебных и диагностических обследований, повысив при этом преемственность между медицинскими организациями разных уровней и специализаций.

оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи.

А что же на практике?

Итак, разберем ситуацию на практических примерах. В РФ много лет реализуется программа диспансеризации граждан, что так же, как и Порядок оказания медицинской помощи, регламентировано для всей территории страны приказом Минздрава России. Она подразумевает в том числе скрининг и раннюю диагностику онкологических заболеваний, таких как опухоли молочной, предстательной железы, легких, шейки матки, кишечника. Для кон-

ров крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

По итогам проведения диспансеризации при возникновении подозрения на онкологическое заболевание пациент направляется для дополнительного, уточняющего обследования в Центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) или первичный онкологический кабинет по месту жительства – под наблюдение врача-онколога. Важнейшей составляющей уточнения диагноза является гистологическое исследование опухоли. При подтверждении злокачественного новообразования в зависимости от места жительства и прикрепления к той или иной медицинской организации (это прописано в региональном приказе о маршрутизации) пациенты направляются для получения необходимого противоопухолевого лечения в соответствующее онкологическое подразделение. По окончании специального лечения онкологические пациенты пожизненно наблюдаются у участкового врача-онколога в ЦАОП или первичном онкологическом кабинете и проходят регулярные диспансерные осмотры.

Помимо диспансеризации повсеместно в крупных медицинских организациях работают мужские и женские смотровые кабинеты, где один раз в год каждый гражданин, также бесплатно, может пройти обследование на предмет обнаружения широкого спектра опухолей визуально доступных локализаций (кожи, лимфатических узлов, щитовидной железы, наружных половых органов, молочных желез и др.). При подозрении на опухолевое заболевание пациент так же, как и в случае с диспансеризацией, направляется на дообследование под контролем участкового врача-онколога или ЦАОП и далее по описанному выше пути.

К сожалению, не только при диспансеризации и в смотровых кабинетах выявляются новообразования. Сами пациенты также обращаются за медицинской помощью с определенными жалобами, которые могут сигнализировать о наличии онкологического заболевания, часто – запущенного. Но и в этом случае участковый терапевт должен перенаправить такого пациента под контроль онколога для уточняющего обследования, дальнейшего проведения консилиума и определения тактики лечения пациента.

Таким образом, независимо от места установления подозрения на опухолевый процесс пациент направляется к компетентному специалисту, что сокращает время до установления точного диагноза и получения лечения.

В ряде случаев паллиативное, симптоматическое и обезболивающее лечение на момент первого обращения пациента к врачу является единственно возможным. В таких ситуациях пациенты могут направляться в отделения паллиативной помощи и хосписы.

Ключевой фигурой, конечно, является пациент, для которого в итоге должна быть создана индивидуальная траектория его движения на этапах оказания бесплатной медицинской помощи

Ключевой фигурой, конечно, является пациент, для которого в итоге должна быть создана индивидуальная траектория его движения на этапах оказания бесплатной медицинской помощи с учетом права выбора медицинской организации, что обеспечивается в том числе территориальной программой государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи. кретных половозрастных групп определен необходимый перечень диагностических обследований, которые рекомендуется проходить регулярно и с указанной кратностью: маммография, цитологическое исследование шейки матки, забор кишечного биоматериала для определения скрытой крови, определение онкомаркер-

Важной мыслью данной статьи является то, что даже самая грамотно выстроенная маршрутизация пациентов не обеспечит желаемого результата от лечения, если злокачественное новообразование выявляется поздно. Именно по этой причине так важно широко информировать граждан об угрозе онкологических заболеваний, не сгущая краски, но и не умаляя их значения, надеясь на то, что все прочитавшие эту статью смогут найти правильное решение в сложных ситуациях. 🙏

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

Газета «Беседы о здоровье. Онкология» №2, 2022
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

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

Над номером работали:

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

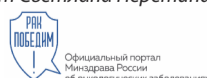
Авторский коллектив

Совет пациентских организаций



Равный онкоконсультант Светлана Неретина

При сотрудничестве с порталом onco-life.ru



Периодичность: 10 номеров в год.

Общий тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2022 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.