

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ

№3 2023

Главная тема номера:
МЕЛАНОМА



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ
Лев Вадимович Демидов

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель
отделения опухолей кожи (онкодерматологии)
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России

Читайте на стр. 3

ОСНОВНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О МЕЛАНОМЕ

Рак кожи на сегодняшний день является наиболее распространенным из всех видов рака. На меланому приходится лишь около 1% случаев опухолей кожи. Но меланوما является причиной подавляющего большинства смертей от злокачественных новообразований кожи.

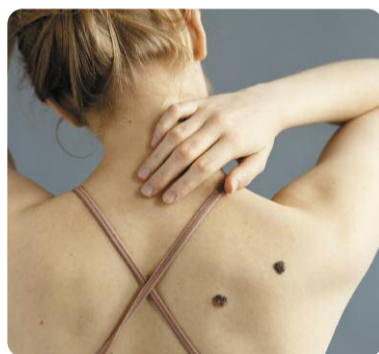
Читайте далее на стр. 4



КОГДА СТОИТ ЗАПОДОЗРИТЬ МЕЛАНОМУ?

В случае с меланомой онкологи говорят, что гипердиагностика лучше, чем пропустить ее и не оказать вовремя помощь пациенту. Разберем основные признаки, по которым можно заподозрить у себя меланому.

Читайте далее на стр. 6



КАК ЛЕЧАТ МЕЛАНОМУ: РАЗБИРАЕМСЯ ВМЕСТЕ

Меланوما возникает в результате злокачественной трансформации меланоцитов – клеток по всему телу, которые синтезируют меланин, фотозащитный пигмент. Меланوما может возникать из пигмент-продуцирующих клеток в глазу, желудочно-кишечном тракте, гениталиях, пазухах и мозговых оболочках. Но чаще всего она возникает в коже при чрезмерном ультрафиолетовом воздействии. Меланوما является нераспространенной формой опухолей у взрослых (мужчин и женщин), но одной из самых смертоносных форм злокачественного новообразования кожи.

Читайте далее на стр. 9



ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

«ПАСПОРТ КОЖИ» ПОМОГАЕТ ОНКОЛОГАМ
БОРЬБЫ ЗА ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТОВ >>> 2

В САМАРЕ ПРОШЕЛ XII СЪЕЗД
ОНКОЛОГОВ РОССИИ >>> 2

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ >>> 5

МЕЛАНОМА И ГЕНЕТИКА:
ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ? >>> 5

КАК ПРОВОДИТСЯ ДИАГНОСТИКА
МЕЛАНОМЫ >>> 8

КАК ГОВОРИТЬ О ДИАГНОЗЕ >>> 10

«НИКОГДА И НИКОМУ НЕ ГОВОРЮ
ОБ ЭТОМ ВСЛУХ...» >>> 10

БЛИЗКИЙ ОТКАЗЫВАЕТСЯ
ОТ ЛЕЧЕНИЯ – ЧТО ДЕЛАТЬ? >>> 11

БОРЬБА С МЕЛАНОМОЙ: КАК СОВЛАДАТЬ
СО СТРЕССОМ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ >>> 14

ПАЦИЕНТСКИЕ СООБЩЕСТВА,
ОНЛАЙН-ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ
И БЛОГЕРЫ >>> 15

МОЖНО ЛИ ЗАНИМАТЬСЯ СПОРТОМ
ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ >>> 16

ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



ВРАЧ-ОНКОЛОГ
К.В. ОРЛОВА:
«ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОМЫ
ЗНАЧИТЕЛЬНО
УЛУЧШИЛАСЬ!»

>>> 7



РАЗБИРАЕМ
ВОПРОСЫ
ПОЛУЧЕНИЯ
ИНВАЛИДНОСТИ
ПРИ МЕЛАНОМЕ

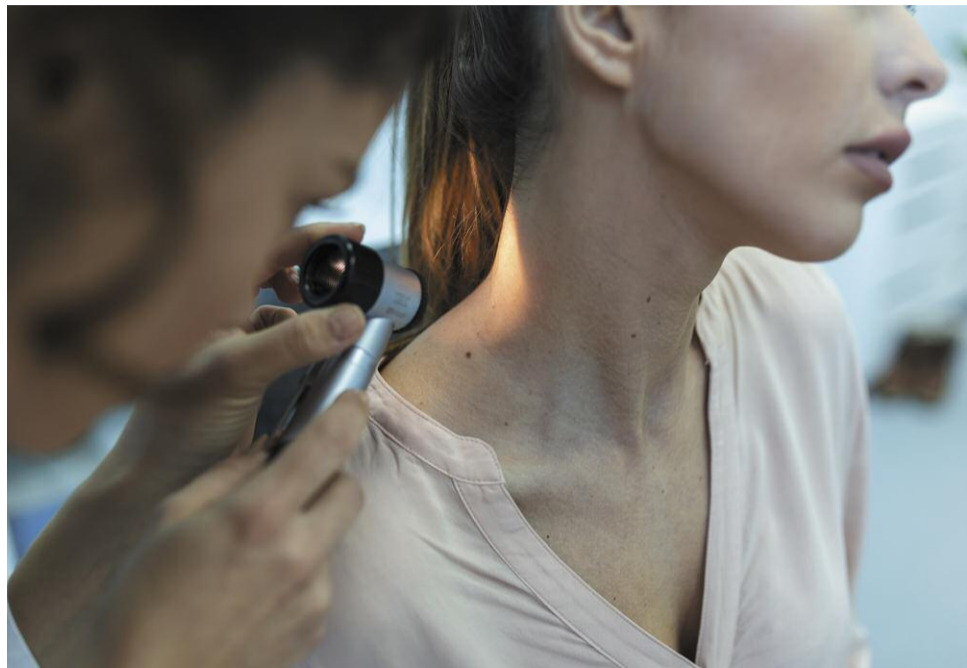
>>> 12



ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ
ПОМОЖЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ РИСК
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ПО СНИМКУ
СМАРТФОНА

>>> 13

«Паспорт кожи» помогает онкологам бороться за жизнь пациентов



Современная техника помогает врачам-онкологам на ранних стадиях обнаружить злокачественные новообразования на коже человека. С помощью картирования кожи – фотографирования и компьютерного

анализа всего кожного покрова – можно вовремя заметить опухоль или опасные родинки и принять решение об их удалении. Об этом 13 мая рассказали в ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России на

дне открытых дверей, посвященном борьбе с меланомой.

С помощью камеры высокого разрешения врачи создают «паспорт кожи», который затем анализирует система.

«Смысл аппарата в том, что в нем присутствует искусственный интеллект. Он обучен на исследованиях более чем 130 тыс. пациентов. Потом вместе с экспертами это было сгенерировано в анализирующую систему, которая позволяет врачу-клиницисту найти любые изменения пигментных новообразований на коже человека. ...Это аппарат, который позволяет врачу с большей точностью провести диагностику», – рассказал заведующий микрохирургическим отделением МНИОИ им. П.А. Герцена Андрей Поляков. Он добавил, что с помощью базы данных возможно также консультироваться с коллегами из других стран, а нейросеть, анализирующая изображения, продолжает обучаться.

Именно ранняя диагностика меланомы – способ ее эффективного лечения, напоминают врачи. Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России академик РАН Андрей Каприн отметил, что

раньше онкологи называли меланому «королевой онкологии» из-за непростой диагностики и быстро прогрессирующего развития опухоли. Меланома может проявляться не только на коже, но и под волосами на голове, а также возможна меланома глаза или слизистых оболочек.

«Дерматоскопы, в том числе флуоресцентные, все время развиваются. Это говорит о том, что врачи-онкологи не удовлетворены теми итогами диагностики, которые есть. Также это локализация, которая больше всех может сейчас претендовать на формирование большой базы данных. Аппарат, который фотографирует родинки и который их интерпретирует, должен все время “заряжаться” с помощью врачей данными в ту или другую сторону», – сказал Андрей Каприн.

В России в год диагностируются 10–12 тыс. случаев меланомы, а в данный момент наблюдаются около 160 тыс. пациентов. В структуре заболеваемости раком меланомы занимает 16-е место. По статистике от меланомы умирают 2,2 человека на 100 тыс. населения. 🌱

Источник: <https://scientificrussia.ru/>

В Самаре прошел XII Съезд онкологов России



18–20 мая в Самаре прошел XII Съезд онкологов России. В нем приняли участие главный онколог Минздрава России, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра радиологии, президент Ассоциации онкологов России академик РАН Андрей Каприн, ведущие онкологи, радиологи и радиотерапевты страны, руководители медицинских организаций и отделений в области онкологии, а также представители смежных специальностей.

Мероприятия для представителей научного сообщества, врачей и пациентов прошли в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере.

«Съезд – это всегда огромное событие. Он проводится каждые два года и объединяет не только российских онкологов, но и специалистов из стран СНГ. Профессионалы общаются, обсуждают актуальные тенденции и подходы, которые применяются в онкологической службе. Впервые с начала

пандемии мы встречаемся в очном формате. Приятно наконец увидеться с нашими многоуважаемыми коллегами здесь, в Самарской области», – отметил Андрей Каприн.

Специалист подчеркнул: в регионе сформирована мощная онкологическая служба. Ежегодно Самарская область показывает высокие результаты по ранней выявляемости новообразований, эпидемиологическому наблюдению за пациентами, организации диспансерного наблюдения. Обновляется материально-техническая база специализированных подразделений, создаются новые условия для диагностики и лечения онкопатологии.

Состоялось открытие тематического монумента «Защита» при участии заместителя председателя Правительства Самарской области Александра Фетисова, министра здравоохранения Самарской области Армена Беняна, главного внештатного специалиста Министерства здравоохране-

ния Самарской области по онкологии, главного врача областного онкологического диспансера Андрея Орлова, президента ВООПП «Здравствуй!» Ирины Боровой.

К участникам обратился руководитель ведомства Армен Бенян.

«Приношу слова благодарности академику Андрею Дмитриевичу Каприну и Ассоциации онкологов России за то, что именно Самарская область была выбрана площадкой для проведения съезда в этом году. Из года в год съезд объединяет онкологов Приволжского федерального округа, специалистов со всей России как самое значимое событие: здесь происходят обмен мнениями, оценка результатов, которых регионы достигают в снижении смертности от злокачественных образований, рассматриваются лучшие практики, – отметил министр. – Особенно ценно,

что в съезде участвуют представители пациентского сообщества. Пациентам, которые столкнулись с онкологическими заболеваниями, необходимо медицинское сопровождение на протяжении всей жизни. Даже радикальное излечение человека не уменьшает внимания, которое мы должны уделять контролю его состояния. Пациентские организации – важная часть этого процесса, ибо, только получая обратную связь, мы можем непрерывно улучшать качество и доступность помощи».

Ирина Боровова поблагодарила Ассоциацию онкологов России за то, что за те 8 лет, которые существует пациентское сообщество, еще ни один конгресс не проходил без пациентской сессии. «Только в тесном взаимодействии мы можем помочь нашим онкологам решить глобальную задачу, которую поставил президент В.В. Путин, – снизить смертность от этого заболевания». 🌱



Скульптурная композиция «Защита» «Вера и профессионализм» открыта 18 мая 2023 года на территории Самарского онкологического диспансера.

В РАМКАХ XII СЪЕЗДА ОНКОЛОГОВ РОССИИ В САМАРЕ СОСТОЯЛАСЬ ПАЦИЕНТСКАЯ СЕКЦИЯ

Важным событием съезда стала пациентская сессия, которая прошла 18 мая. Заместитель директора МНИОИ им. П.А. Герцена по лечебной работе и медицинской реабилитации – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России Елена Гамеева, президент ВООПП «Ассоциация онкологических пациентов “Здравствуй!”» Ирина Боровова и председатель координационного совета МОД «Движение против рака», член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России, генеральный директор ООО «Управляющая компания “Центр персонализированной медицины”» Николай Дронов выступили в качестве соведущих сессии.

Источник: Всероссийская ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» <https://www.russcpa.ru/>

ИНТЕРВЬЮ

ЛЕВ ВАДИМОВИЧ ДЕМИДОВ: «Главное – избегать солнечных ожогов!»



С наступлением летнего периода вопросы о правильном поведении на солнце и возможности развития меланомы встают особенно остро. Важные советы читателям газеты дал Лев Вадимович Демидов – врач-онколог, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения опухолей кожи (онкодерматологии) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

– Лев Вадимович, наши читатели прислали много вопросов. И вот один из них: «Слышал, что в группе риска находятся люди с родинками и особенно с их большим количеством. Это так?»

– Родинка – это немедицинский термин, который используют для обозначения широкого спектра образований кожи. Из этого многообразия необходимо выделять истинно пигментные образования: именно они состоят из пигментных клеток меланоцитов, которые могут трансформироваться в клетки меланомы. Такие родинки называются «меланоцитарные невусы». Если их много, например, несколько десятков, то речь может идти о синдроме диспластических невусов. И в этом случае показано динамическое наблюдение за ними. При этом профилактическое удаление не является методом выбора. Естественно, что самостоятельно в этом вопросе человеку, далекому от этой темы, разобраться не получится. Поэтому, чтобы не гадать, нужно просто получить консультацию специалиста. В остальном этот количественный показатель не является точным маркером для меланомы.

– Как выглядит меланома на ранней стадии? Какие изменения кожи стоит расценивать как подозрительные? Можно ли самому заподозрить это заболевание?

– Специалисты Всероссийского центра изучения общественного мнения опрашивали граждан нашей страны, что им известно о меланоме. Оказалось, что более 40% опрошенных понятия не имеют о том, что такое меланома кожи. В таком информационном дефиците заподозрить это заболевание самому мне кажется довольно нереалистично. На условно доклинической стадии, когда человека ничего не беспокоит, определить самостоятельно, есть ли изменения в пигментном образовании, помогает дерматоскопия. Но ее может сделать только специалист в дерматоонкологии. А чтобы оказаться в руках такого спе-

циалиста, нужно самому систематически уделять внимание своей коже, проходя периодические осмотры. Они серьезным образом увеличивают шансы раннего обнаружения заболевания. Для симптомной меланомы кожи может оказаться полезным мнемоническое правило (в оригинале ABCDE), которое в русском варианте звучит как «АБЦД». Его следует расшифровать следующим образом:

А – асимметричная форма;

Б – бордюр с неровными краями;

Ц – цвет или цветовое разнообразие (в котором темнокоричневый цвет далеко не доминирующий);

Д – диаметр образования: обычно в пределах 6 мм (показатель условный). Кроме того, Д – это и динамика роста, когда можно отметить увеличение образования. И, наконец, Д – это еще и картина при дерматоскопии (на приеме у специалиста).

– Меланома развивается из уже имеющихся на теле пигментных пятен или может появиться на ранее не измененной коже?

– Все истинные пигментные невусы делятся на две категории: врожденные и приобретенные. Гораздо чаще меланома кожи развивается из приобретенных невусов, которым свойственно появляться на коже в разные периоды жизни. Поэтому так важно знать свою кожу и присматривать за новыми пигментными невусами и, если таковые появились, наблюдать за ними в динамике. Однако в погоне за ранней диагностикой их не следует удалять без нужды. В очередной раз нужно серьезное обоснование, а не только желание все удалить, чтобы спокойнее жилось. Существует и такой сценарий, когда меланома возникает на неизменной коже, формируясь, как правило, в псевдорозинку, нередко после интенсивного летнего загара, сопровождавшегося ожогами кожи.

– Куда обращаться с подозрительным пятном или странной родинкой, к какому специалисту?

– На первом этапе следует обращаться к дерматологу. По системе существующих госгарантий (ОМС) сразу к онкологу обратиться не получится. К нему должен направить дерматолог.

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

– Естественно, можно выбирать и частную клинику самостоятельно, если в ней будет предлагаться специализация по направлению онкодерматологии. Но получить гарантию обслуживания по ОМС потребует по факту обращения.

– Можно ли предотвратить меланому? Можно ли загорать на солнце с имеющимися на теле родинками?

– Можно ли предупредить заболевание? Говорить о полном предупреждении я, конечно, не берусь. Однако риск заболеть меланомой кожи существенно будет снижен, если ни в детском, ни в последующем возрасте у человека не будет солнечных ожогов. Сразу возникает вопрос: а как же загорать, можно ли? Строго запрещать загорать большинству людей считаю излишним. Важно не превращать загар в обязательку, особенно если это происходит в поездке на курорты в пик летнего сезона. Если будете обгорать – значит, будете рисковать. Поэтому защищайте свою кожу правильным поведением на солнце. И главное, помните, что солнечная травма в виде ожога, полученная в детском возрасте, может напомнить о себе уже во взрослой жизни. Факт доказанный!

– Правда ли, что солярии опасны в плане провоцирования развития меланомы?

– Рабочая группа Международного агентства по изучению рака в Лионе изучала данные о возможных пагубных последствиях воздействия искусственного ультрафиолетового излучения на здоровье при использовании соляриев. Было установлено заметное и последовательное увеличение риска меланомы у людей, которые впервые поль-

зовались соляриями в возрасте двадцати лет или подростком. В этой связи в нашей стране, как и во многих других странах, посещение соляриев лицам до 18 лет не разрешается без медицинских оснований. Взрослые лица должны быть проинформированы о потенциальном вреде для их здоровья, связанном с посещением соляриев, по тому же принципу, как и потребители табака должны быть информированы о вреде его потребления.

– Хроническая травматизация «родинки» одеждой или иным образом может привести к ее перерождению в злокачественную?

– Скептически отношусь к точке зрения о том, что механическая травматизация пигментного образования может способствовать его перерождению в меланому. Реальная травма наносится избыточным воздействием ультрафиолета, что выражается в появлении ожога на коже.

– Слышал, что меланома считается одной из самых агрессивных опухолей. Это так?

– Действительно, исторически за меланомой закрепился титул «королевы опухолей» и в том числе болезни с непредсказуемым прогнозом. А прогноз, в свою очередь, зависит от распространенности болезни на этапе постановки диагноза. Как правило диагноз устанавливается, когда имеется только первичный очаг опухоли («родинки»). На этом этапе производится микростадирование, которое заключается в измерении вертикального диаметра врастания опухоли в кожу. Этот параметр называется толщиной опухоли и измеряется в миллиметрах. Естественно, что этому предшествует удаление первичного очага меланомы кожи и он подвергается гистологическому исследованию. Далее по параметру толщины опухолевой инвазии можно предварительно судить о прогнозе болезни. Так при толщине до 1 мм прогноз хороший и можно рассчитывать на полное излечение от болезни. А вот при толщине 4 мм и более вероятность появления метастазов достигает не менее 60%. Промежуточная толщина имеет и промежуточный прогноз. Таким образом, счет, как мы видим, идет на миллиметры. Вот почему так важна ранняя диагностика для меланомы кожи.

– Как понять, что меланома дала метастазы?

– Всем больным, у которых толщина опухоли приближается к 1 мм и даже уже достигает 0,8 мм, будет показана дополнительная диагностическая процедура, которая называется биопсией сторожевого лимфатического узла. Она проводится с помощью радиоизотопного коллоида, которым обкалывается зона роста первичного очага опухоли. Далее этот коллоид фиксируется с помощью датчика в самом первом на пути лимфооттока лимфатическом узле. Этот лимфатический узел и называют сторожевым. Он удаляется с помощью щадящего разреза и исследуется микроскопически. Если в нем нет опухолевых клеток, с большой вероятностью их нет и за пределами этого узла. Таким пациентам дальнейшая диагностика не проводится, и они остаются под динамическим исследованием. Напротив, если признаки раннего метастазирования будут выявлены, рекомендуется профилактическое лекарственное лечение длительностью 12 месяцев.

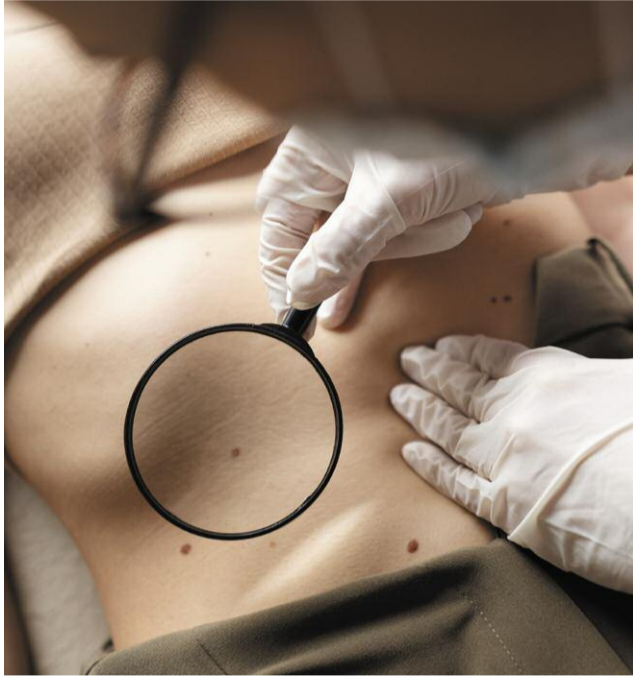
– Как быстро умирают от меланомы? Сколько можно прожить после удаления меланомы? Можно ли полностью излечиться от меланомы?

– Долгие годы меланома кожи, давшая метастазы, считалась болезнью неизлечимой. На сегодняшний день достигнуты существенные успехи в лечении даже метастатической болезни. Применяются методы иммуноонкологической терапии или таргетной терапии (если в опухоли есть специфическая мутация BRAF). Примерно у 20% больных исчезают все признаки болезни и можно рассчитывать на излечение. У остальных болезнь переходит в существенно менее агрессивное хроническое течение.

– Большое спасибо за интересную беседу! ☺☺☺

Основные статистические данные о меланоме

РАК КОЖИ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ИЗ ВСЕХ ВИДОВ РАКА. НА МЕЛАНОМУ ПРИХОДИТСЯ ЛИШЬ ОКОЛО 1% СЛУЧАЕВ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ. НО МЕЛАНОМА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОДАВЛЯЮЩЕГО БОЛЬШИНСТВА СМЕРТЕЙ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ.



Насколько распространена меланوما?

По данным о состоянии онкологической помощи населению России в 2021 году на долю меланомы приходится:

- Абсолютное число состоящих на учете пациентов – более 103 тысяч (около 70 человек на 100 тысяч населения).
 - Летальность от меланомы составляет около 8,3%.
- Показатели меланомы значительно выросли за последние несколько десятилетий, но они варьируют в зависимости от возраста.

Риск заболеть меланомой

Меланомы более чем в 20 раз чаще встречается у лиц европеоидной расы, чем у афроамериканцев. В целом пожизненный риск заболеть меланомой составляет около 2,6% (1 из 38) для европеоидной расы, 0,1% (1 из 1000) – для афроамериканцев и 0,6% (1 из 167) – для латиноамериканцев. В целом меланомы чаще встречается у мужчин, но в возрасте до 50 лет заболеваемость у женщин выше, чем у мужчин.

Риск заболеть меланомой увеличивается с возрастом. Средний возраст людей, у которых ее диагностируют, составляет 65 лет. Но меланомы не редкость и среди тех, кто моложе 30 лет. На самом деле это один из самых распространенных видов опухолей у молодых (особенно молодых женщин).

Факторы риска меланомы

Было обнаружено много факторов риска меланомы, но не всегда ясно, как именно они могут вызывать опухоль.

Например, хотя большинство родинок никогда не вызывает каких-либо проблем, некоторые все же превращаются в меланому. Исследователи обнаружили генные изменения внутри клеток невусов, которые могут привести к тому, что они станут клетками меланомы. Но до сих пор точно не известно, почему некоторые родинки становятся злокачественными, а большинство – нет.

ДНК – это информационная структура каждой клетки организма, структурной единицей которой являются гены, которые контролируют функции наших клеток. Обычно мы похожи на своих родителей, потому что они являются источником нашей ДНК. Но ДНК влияет не только на то, как мы выглядим.

Некоторые гены контролируют то, как наши клетки растут, делятся на новые клетки и умирают:

- Гены, которые помогают клеткам расти, делиться и оставаться в живых, называются онкогенами.
- Гены, которые контролируют рост клеток, исправляют ошибки в ДНК или заставляют клетки умирать в нужное время, называются генами-супрессорами опухолей.

Опухоль может быть вызвана мутациями ДНК (или другими типами изменений), которые поддерживают включенными онкогены или отключают гены-супрессоры опухолей. Эти типы генных изменений могут привести к бесконтрольному росту клеток. Чтобы клетка стала злокачественной, обычно требуются изменения в нескольких разных генах.

Приобретенные генные мутации

Чаще всего генные изменения, связанные с меланомой, приобретаются человеком в течение жизни и не передаются детям (наследуются). В некоторых случаях эти приобретенные мутации, по-видимому, происходят внутри клетки случайным образом, без ясной причины. В других случаях они, вероятно, возникают в результате воздействия внешней причины.

Наиболее частым изменением клеток кроме уже ранее описанных факторов развития меланомы является мутация в онкогене BRAF, которая обнаруживается примерно в половине всех меланом. Другие гены, которые также могут быть затронуты при меланоме, – это NRAS, CDKN2A (также известный как p16) и NF1. Обычно поражается только один из этих генов. Некоторые виды меланомы возникают на участках тела, которые редко подвергаются воздействию солнечного света. Эти опухоли часто имеют генные изменения, отличные от таковых при меланоме, которая развивается на участках, подверженных воздей-

ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОКАЖИТЕ СВОЕМУ ВРАЧУ ВСЕ ОБЛАСТИ, КОТОРЫЕ ВАС БЕСПОКОЯТ, И ПОПРОСИТЕ ЕГО ОСМОТРЕТЬ ОБЛАСТИ, КОТОРЫЕ ВАМ ТРУДНО УВИДЕТЬ. ВЕДЬ РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ И СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ – НЕПРЕВЗОЙДЕННЫЙ ПО СВОЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОД БОРЬБЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

ствию солнца, например, изменения в гене C-KIT (или KIT). Некоторые люди, например, с пигментной ксеродермой (XP), наследуют изменение в одном из генов XP (ERCC), которые обычно помогают восстанавливать поврежденную ДНК внутри клетки. Изменения в одном из этих генов могут привести к тому, что клетки кожи с трудом восстанавливают ДНК, поврежденную ультрафиолетовыми (УФ) лучами, поэтому у таких людей чаще развивается меланомы, особенно на открытых участках тела.

Воздействие УФ-света

Воздействие УФ-лучей является основным фактором риска развития большинства меланом. Солнечный свет – основной источник УФ-лучей. Солярии и солнечные лампы также являются источниками УФ-излучения.

Хотя УФ-лучи составляют лишь очень небольшую часть солнечных лучей, они являются основной причиной вредного воздействия солнца на кожу. УФ-лучи повреждают структурные единицы ДНК (гены), которые контролируют рост клеток кожи. Характер и время воздействия УФ-излучения могут играть роль в развитии меланомы. Например, меланомы на туловище (грудь и спина) и ногах связывают с частыми солнечными ожогами (особенно в детстве). Некоторые данные свидетельствуют о том, что меланомы, начинающаяся в этих областях, отличается от тех, что развиваются на лице, шее и руках, где воздействие солнца более постоянно.

Выделяют синдром диспластического невуса (синдром атипичной родинки): люди с этим наследственным заболеванием имеют много диспластических невусов. Если хотя бы у одного близкого родственника была меланомы, это состояние называется синдромом семейного атипичного множественного невуса и меланомы. Люди с этим заболеванием имеют очень высокий риск развития меланомы в течение жизни, поэтому им необходимо очень тщательно и регулярно осматривать кожу у дерматолога. Иногда делают фотографии всего тела, чтобы помочь врачу определить, меняются ли и растут ли родинки.

Врожденные меланоцитарные невусы – это родинки, присутствующие при рождении. Пожизненный риск развития меланомы во врожденных меланоцитарных невусах оценивается между 0 и 5%, в зависимости от размера невуса. Люди с очень большими врожденными невусами имеют более высокий риск, а у людей с маленькими невусами риск ниже. Например, риск развития меланомы очень низок для врожденных невусов размером с ладонь, в то время как для тех, которые покрывают большие участки спины и ягодиц, риск значительно выше. Врожденные невусы иногда удаляют хирургическим путем, чтобы они не переродились. Советуют ли врачи удалять врожденный невус, зависит от нескольких факторов, включая его размер, расположение и цвет. Многие врачи рекомендуют, чтобы врожденные невусы, которые не были удалены, регулярно осматривались дерматологом и чтобы пациенты были обучены тому, как проводить ежемесячные самостоятельные осмотры кожи. Опять же, вероятность того, что любая родинка превратится в меланому, очень мала. Тем не менее любой человек, у которого много неправильных или больших родинок, имеет повышенный риск развития меланомы.

Ослабленная иммунная система

Иммунная система человека помогает бороться с опухолями кожи и других органов. Люди с ослабленной иммунной системой (из-за определенных заболеваний или лечения) более склонны к развитию многих видов новообразований кожи, включая меланому. Например, людям, перенесшим трансплантацию органов, обычно назначают лекарства, которые ослабляют их иммунную систему, что-

бы предотвратить отторжение нового органа. Это увеличивает риск в том числе и меланомы. Люди, инфицированные ВИЧ, часто имеют ослабленную иммунную систему и также подвержены повышенному риску развития меланомы.

Можно ли обнаружить меланому на ранней стадии?

Меланомы часто можно обнаружить на ранней стадии, когда вероятность ее излечения наиболее высока. Некоторые люди имеют более высокий риск заболеть меланомой. Но важно знать, что меланомой может заболеть каждый.

Самообследование кожи

Вы должны знать структуру родинок, веснушек и других пятен на вашей коже, чтобы замечать любые новые родинки или изменения в существующих родинках. Многие врачи рекомендуют проверять собственную кожу, желательно раз в месяц. Самообследование кожи лучше всего проводить в хорошо освещенной комнате в полный рост перед зеркалом. Используйте ручное зеркало, чтобы рассмотреть труднодоступные места, например заднюю поверхность бедер. Осмотрите все области, включая ладони и подошвы, кожу головы, уши, ногти и спину (у мужчин спина – обычное место начала меланомы). Друзья и члены семьи также могут помочь вам с этими обследованиями, особенно в таких труднодоступных местах, как кожа головы и спина.

Любые пятна на коже, которые появились недавно или изменились в размере, форме или цвете, должны быть немедленно осмотрены врачом. Обязательно покажите своему врачу все области, которые вас беспокоят, и попросите его осмотреть области, которые вам трудно увидеть. Ведь ранняя диагностика новообразований и своевременное лечение – непревзойденный по своей эффективности метод борьбы с онкологическими заболеваниями. 🙏

Источник: <https://www.cancer.org/>

ГЛАВНАЯ ТЕМА: МЕЛАНОМА

Факторы риска развития меланомы

Примерно в 2/3 случаев меланома кожи возникает из родимых пятен (родинок) – врожденных или приобретенных кожных образований, поэтому совершенно оправданным является самостоятельное наблюдение за состоянием кожного покрова. При этом основное внимание необходимо обращать на появление новых родинок, увеличение в размерах существующих, изменение их цвета или формы, шелушение, зуд, кровоточивость, болезненность, изъязвления и т.д. Особенно актуально это для людей с большим количеством родинок на коже, когда обнаружение новых и/или изменение уже имеющихся трудно заметить.

Существуют факторы риска развития меланомы кожи, способствующие перерождению обычных меланоцитов неизменной кожи или тех, что содержатся в родинках, в злокачественные клетки. Давайте разберемся с ними:

1 Ультрафиолетовое (УФ) излучение: естественное (солнечное) и из искусственных источников (оборудование для загара). Является ведущим фактором риска. УФ-излучение оказывает прямое повреждающее воздействие на ДНК клеток кожи, приводящее к появлению мутаций, что может способствовать перерождению нормальной клетки в злокачественную.

2 Фенотип – белая кожа, светлые (голубые) глаза, светлые волосы и розовые веснушки. Это определяет восприимчивость кожи человека к ультрафиолету и характеризует скорость наступления солнечного ожога, который, в свою очередь, является пусковым моментом для развития меланомы.

3 Наличие в анамнезе солнечных ожогов. При этом даже те из них (ожоги), которые были получены в детском, подростковом и юношеском возрасте, могут сыграть роль в развитии опухоли в последующие годы, даже спустя десятилетия.

4 Наследственность – семейный анамнез и наличие меланомы у ближайших родственников.

5 Фактор множественности невусов (более 50) увеличивает риск развития меланомы.

6 Пигментная ксеродерма. Это редкое наследственное заболевание. Также может называться прогрессирующим лентикулярным меланозом Пика или пигментной атрофией кожи Кроккера.

7 Ранее перенесенная меланома.

8 Возраст старше 50 лет. Причем у пациентов с диабетом злокачественные опухоли могут быть спутаны с язвами кожи, возникающими при «диабетической стопе».

Поскольку УФ-излучение является главным фактором развития меланомы, то стоит подробно остановиться на этом пункте и фенотипе кожи, по-другому – фототипе.

I фототип – кельтский. У таких людей нежная молочно-белая кожа, часто с веснушками. Образование пигмента в коже таких людей незначительное, они быстро обгорают на солнце и практически не загорают. Солнечный ожог всегда возникает после кратковременного (30 минут) пребывания на солнце.

II фототип – нордический. Кожа у таких людей светлая, веснушек мало или нет совсем, светлые глаза, светлые, светло-русые или каштановые волосы. Загар ложится плохо, но незначительный оттенок солнца все же остается.

III фототип кожи – темный европейский. У таких людей слегка смуглая кожа без веснушек. Возможны незначительные ожоги; развивается хороший ровный загар.

IV фототип – средиземноморский или южно-европейский. У людей этого типа смуглая оливковая кожа без веснушек, темные глаза и темные волосы. Люди такого типа хорошо загорают, практически не обгорают.



V фототип кожи – индонезийский или средневосточный. У таких людей очень смуглая кожа без веснушек, волосы темные, глаза темные, кожа быстро загорает без обгорания.

VI фототип кожи – афроамериканцы. У них очень темная кожа, черные волосы и глаза. Никогда не обгорает. Известно, что наиболее подвержены развитию меланомы люди с I и II фототипом и наименее – с V и VI, что, однако, не исключает у них полностью вероятность болезни.

Поэтому стоит внимательно относиться к имеющимся на теле родинкам и придерживаться строгих правил пребывания на солнце. В случае появления изменений родимых пятен и сомнений стоит обратиться к врачу за консультацией. Ранее и правильно подобранное лечение позволяет избавить пациента от этого заболевания. ☺☺☺

ГЛАВНАЯ ТЕМА: МЕЛАНОМА

Меланома и генетика: есть ли связь?

Меланоцитарные новообразования встречаются в самых разнообразных вариантах – от доброкачественных поражений, называемых меланоцитарными невусами, до злокачественных, называемых меланомами.

Все они происходят из меланоцитов – клеток, происходящих из нервного гребня, которые во время развития колонизируют кожу, глаза и в меньшей степени другие ткани по всему телу. Меланоциты в этих разных местах могут привести к разнообразным типам меланомы. Наиболее распространенные типы меланомы у европеоидов обнаруживаются на коже, подверженной чрезмерному воздействию солнца. Эти кожные меланомы можно широко классифицировать по их происхождению **из кожи, которая хронически повреждена (CSD) или не повреждена солнцем (non-CSD)**. Меланомы CSD и non-CSD различаются по анатомическому месту происхождения, степени кумулятивного воздействия ультрафиолетового (УФ) излучения, возрасту пациента, бремени мутаций и типам онкогенных изменений. Меланомы CSD возникают на коже, которая проявляет макроскопические и микроскопические признаки длительного воздействия УФ-излучения. Таким образом, меланомы CSD обычно возникают на коже головы, шеи и дорсальных (задних) поверхностей дистальных отделов конечностей людей старше 55 лет). Они имеют высокую мутационную нагрузку и связаны с нейрофибромин (NF1), мутациями NRAS, BRAF pоnV600E или KIT2. Напротив, меланомы, не связанные с CSD, обычно поражают менее подверженные воздействию солнца области, такие как туловище и проксимальные отделы конечностей молодых людей (до 55 лет). Они связаны с умеренной мутационной нагрузкой и преобладанием BRAF V600E-мутаций.

Наиболее часто повторяющиеся соматические мутации при меланомах CSD и без CSD влияют на гены ключевых сигнальных путей, которые управляют пролиферацией



(BRAF, NRAS и NF1), ростом и метаболизмом (PTEN и KIT), идентичностью клеток (домен взаимодействия 2 – ARID2), устойчивостью к апоптозу (TP53), контролем клеточного цикла (ингибитор циклинзависимой киназы 2A – CDKN2A), который кодирует p16INK4A и стр. 14ARF), а также продолжительность репликативной жизни (обратная транскриптаза теломеразы – TERT). Порядок, в котором эти пути нарушаются, не до конца понятен и взгляды на него могут быть подвержены изменениям. Тем не менее наличие определенных патогенных мутаций в поражениях-предшественниках и связь этих поражений-предшественников с конкретными типами меланомы дают важные подсказки о порядке, в котором мутации имеют тенденцию накапливаться.

Мутация приводит к ограниченному увеличению меланоцитов с образованием общего невуса. Эти невусы представляют собой стабильные поражения, которые, вероятно, состоят из смеси стареющих и медленно размножающихся клеток, компенсирующихся истощением, оп-

средованным иммунными клетками. В редких случаях эти банальные невусы прогрессируют до меланомы в результате приобретения вторичных и третичных мутаций, таких как мутации промотора TERT и биаллельная потеря CDKN2A. Напротив, меланомы CSD имеют другой набор мутаций-драйверов, таких как NRAS, NF1- или BRAF pоnV600E-мутаций. Как правило они происходят не из обычных невусов, а из меланомы in situ или промежуточных поражений.

Наше лучшее понимание генетической эволюции меланом от их клеток происхождения через различные типы поражений-предшественников открывает возможности для улучшения диагностики, более раннего распознавания поражений, определения повышенного риска прогрессирования и селективного вмешательства на более ранней стадии. «Золотым стандартом» для оценки злокачественного потенциала меланоцитарных новообразований является гистопатология, которая имеет очевидные ограничения в точном разделении поражений с различным потенциалом риска.

Появляются биомаркеры, которые определяют отдельные этапы прогрессирования и, как ожидается, будут играть все большую роль в диагностической классификации поражений.

Решающая роль УФ-излучения в продвижении основных типов меланоцитарной неоплазии у европеоидов от одной эволюционной стадии к другой стала однозначно ясной, что дает возможность для дальнейшего совершенствования кампаний общественного здравоохранения по чрезмерному пребыванию на солнце. Аналогичные исследования необходимы для понимания эволюции и механизмов мутаций в подтипах меланомы, которые не связаны с УФ-излучением, таких как акральная меланома и меланома слизистой оболочки, которые поражают все популяции мира с сопоставимой частотой. ☺☺☺

КОГДА СТОИТ ЗАПОДОЗРИТЬ МЕЛАНОМУ?



Разберем основные признаки, по которым можно заподозрить у себя меланому:

1 Горизонтальный рост давно существующей родинки (невуса, пигментного пятна) – увеличение в размерах. Почти у всех родинки хоть немного увеличиваются в течение жизни. Неужели это меланомы у всех? Нет, конечно. Однако, если родинка увеличилась на несколько миллиметров за несколько месяцев, – нужно срочно показать ее онкологу.

2 Вертикальный рост существующего невуса – увеличение его объема. Не все растущие невусы – это меланомы. Но при заметном росте, когда родинка выбухает или приобретает опухолевую форму, стоит обратиться к врачу.

3 Появление асимметрии или неправильности очертаний краев невуса, т.е. изменение его формы и контуров. Не все родинки имеют ровные и четкие края. Однако, если до этого родинка имела четкие и ровные контуры и со временем видоизменилась по данному признаку, – стоит идти к врачу.

4 Полное или частичное изменение окраски невуса. Если вдруг у ранее определяемой родинки резко появился участок без пигмента, близкий к цвету кожи, то стоит показать ее врачу. Также стоит волноваться, если какой-то участок или вся родинка стала черного цвета или

В СЛУЧАЕ С МЕЛАНОМОЙ ОНКОЛОГИ ГОВОРЯТ, ЧТО ГИПЕРДИАГНОСТИКА ЛУЧШЕ, ЧЕМ ПРОПУСТИТЬ ЕЕ И НЕ ОКАЗАТЬ ВОВРЕМЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ.

похожего на него. В обычных родинках тоже такое возможно, но менее выражено.

5 Появление чувства зуда и жжения в области невуса. Однако чесаться может любой участок тела, в том числе и абсолютно доброкачественная родинка. При длительном зуде родинки стоит обратиться к врачу.

6 Изъязвление кожи над невусом. Изъязвление появляется в основном у меланомы на поздних стадиях, когда особых сомнений в диагнозе уже нет. Причем данные изменения не связаны с травмой родимого пятна и это происходит за счет злокачественного роста опухоли, когда ее клетки «съедают» нормальные.

7 Мокнутие поверхности пигментного невуса. Так же, как и предыдущий пункт, – в основном появляется на поздних этапах развития меланомы.

8 Кровоточивость поверхности. Одной из частых особенностей меланомы является спонтанная кровоточивость без предшествующей травмы родинки, что также связано с ростом опухоли и изъязвлением ее поверхности со временем.

9 Выпадение волосяного покрова на поверхности невуса. Этот признак может говорить о том, что родинка стала злокачественной. Это также происходит по той причине, что злокачественные клетки «съедают» волосяные фолликулы.

10 Воспаление в области невуса и в окружающих его тканях. Покраснение, отечность тканей вокруг родинки может быть следствием прорастания клеток меланомы в окружающую кожу.

11 Шелушение поверхности невуса с образованием сухих «корочек». Поверхность меланомы может быть покрыта корочками, которые образуются из-за мокнутия или кровоточивости. И этот действительно тревожный признак должен заставлять пациентов немедленно обратиться к врачу.

12 Появление мелких узелков на поверхности невуса. В то же время существует отдельный вид образований кожи – папилломатозные невусы. Еще их иногда называют бородавчатыми. Нередко на их поверхности возникают небольшие узелки, которые человек без опыта может легко отнести к тревожному признаку. Во всяком случае стоит сходить к врачу.

13 Возникновение дочерних пигментированных – черных или розоватых образований (сателлитов) в коже вокруг невуса. На поздних стадиях меланомы может давать внутрикожные метастазы, которые проявляются в виде образований черного цвета вокруг первичного опухолевого очага. Часто отсеки опухоли напоминают по форме мелкий черный виноград.

14 Появление блестящей глянцевой поверхности невуса. Клетки меланомы особым образом преломляют и отражают лучи света. Следствием этого может быть появление глянцевой поверхности у родинки.

15 Исчезновение кожного рисунка на поверхности невуса. Чаще всего на поверхности меланомы нет кожного рисунка. Это связано с тем, что клетки опухоли утрачивают свои обычные функции и занимаются только одним – постоянным делением. В результате после перерождения родинки кожный рисунок исчезает.

16 Появление нового родимого пятна на неизменной коже, которое имеет ряд признаков из перечисленных выше.

Наличие одного из перечисленных симптомов с довольно малой вероятностью будет говорить о наличии меланомы. Каждый из этих признаков по отдельности может встречаться и у доброкачественных родинок. Но все же стоит обратиться к доктору при выявлении даже одного из этих пунктов, если есть сомнения.

Вероятность меланомы значительно выше, если признаков несколько: в этом случае обязательно покажитесь врачу, и лучше всего – онкологу. ☺☺☺



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

ИНТЕРВЬЮ

ВРАЧ-ОНКОЛОГ КРИСТИНА ВЯЧЕСЛАВОВНА ОРЛОВА: «Диагностика меланомы значительно улучшилась!»



Пристальное внимание пациента к состоянию своего здоровья порой играет решающую роль в своевременном выявлении опухоли кожи (меланомы). Врач-онколог Кристина Вячеславовна Орлова – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник научно-консультативного отделения ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина», рассказала читателям издания о причинах развития меланомы, основах самодиагностики и, конечно, о необходимости своевременного обращения к врачу.

– Кристина Вячеславовна, расскажите, пожалуйста, что такое меланома и почему ее следует опасаться.

– Меланома – это злокачественная опухоль, которая происходит из меланоцитов, клеток, вырабатывающих пигмент меланин и отвечающих за цвет кожи, волос, глаз. Это злокачественная опухоль, которая способна метастазировать, то есть распространяться по лимфатическим сосудам и образовывать очаги в разных органах. Болезнь представляет риск для жизни уже на этапе локальной стадии, когда по клиническим и лабораторным данным специалисты выявляют только первичную опухоль – пигментное образование на коже без признаков метастазирования в лимфатические узлы или в органы.

– Каковы факторы риска заболевания? У кого чаще возникает меланома?

– Меланома чаще возникает у людей с первым и вторым фототипом кожи – светловолосых или рыжих, голубоглазых или сероглазых, которые, как правило, никогда не загорают, а чаще всего «сгорают» на солнце. В коже таких людей мало пигмента меланина, который не только окрашивает кожные покровы, но и защищает их от ультрафиолета. Чем больше пигмента содержится в коже, тем человек лучше защищен от солнечного излучения. В группе риска также находятся люди с большим числом родинок или невусов на коже (более 50–100 элементов). Несомненно, это повод обратиться к онкологу или дерматологу, которые занимаются ранней диагностикой опухолей кожи. Специалист изучит тип образований и поможет определить характер процесса.

Кроме того, в группу риска входят люди, у которых в семье родственники болели меланомой, то есть с семейным анамнезом болезни. Это также становится весомым поводом для обращения к врачу.

– Как не пропустить меланому? На что нужно обращать внимание здоровому человеку?

– Важно обращать внимание на уже существующие образования на коже: внезапное изменение их структуры, цвета, размера (например, элемент немного увеличился или стал более выпуклым). Нужно обращать внимание на наличие не только каких-либо пигментных пятен, но и розовых образований на коже (пятен или узелков). Если на коже внезапно появился новый элемент, его нужно показать врачу. Еще один повод для консультации – длительно незаживающие язвы.

– Каковы основные методы диагностики заболевания? Успешна ли ранняя диагностика?

– Начнем с того, что в помощь пациентам разработаны алгоритмы самодиагностики, которые можно найти в Интернете. Асимметричные, с неровными границами и нечеткими контурами, различные по цвету и структуре образования размером больше 6 мм с тенденцией к увеличению показываем врачу.

ЕСЛИ НА КОЖЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛСЯ НОВЫЙ ЭЛЕМЕНТ, ЕГО НУЖНО ПОКАЗАТЬ ВРАЧУ. ЕЩЕ ОДИН ПОВОД ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ – ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИЕ ЯЗВЫ.

На приеме врач полностью осматривает кожу пациента (от волосистой части головы до пят) на предмет наличия каких-либо подозрительных элементов и затем использует дополнительные возможности диагностики – например, дерматоскоп. Это прибор, с помощью которого под большим увеличением можно рассмотреть любое образование на коже. При таком детальном изучении врач может заподозрить наличие злокачественного процесса (в частности, меланомы) и направить пациента на выполнение биопсии – следующего этапа диагностики. В зависимости от того, каков размер первичного образования и его локализация, проводят различные виды биопсии:

→ Панч-биопсию выполняют с помощью специального одноразового ножа трубчатой формы диаметром 3–5 мм (максимум 8 мм). Специалист может взять образец либо целиком, либо частично (если он большого размера) для того, чтобы направить ткань на морфологическое исследование.

→ Другим вариантом становится эксцизионная биопсия, когда образование удаляется скальпелем целиком. Процедура может быть проведена с помощью панч-иглы – например, если образование 6 мм, то врач берет иглу диаметром 8 мм. С помощью того или иного инструмента образование удаляется полностью в пределах неизмененных тканей и направляется на морфологическое исследование. После того, как морфолог даст финальное заключение, лечащий врач планирует дальнейшую тактику лечения либо следующий диагностический этап.

– Встречаются данные о том, что в России становится все больше пациентов с ранней меланомой I–II стадии. Исходя из Вашего опыта, так ли это на самом деле?

– Если обратиться к статистике заболеваемости и показателям средней толщины первично диагностируемых опухолей, то складывается впечатление, что пациентов с I и II стадией болезни действительно становится больше. Возможно, это обусловлено возможностями эффективной диагностики болезни с помощью биопсии сторожевого лимфатического узла – первого лимфатического узла на пути тока лимфы от первичной опухоли.

Эта диагностическая процедура проводится пациентам с I и II стадией меланомы (не имеющей признаков метастатических поражений регионарных лимфоузлов по данным ультразвукового исследования или компьютерной томографии). Такой параметр определяется исключительно при морфологическом исследовании с помощью специальных инструментов. Процедура позволяет в 20–25% случаев выявить микрометастазы в лимфатических узлах, и тогда пациент, имевший I и II стадию меланомы, автоматически получает III стадию заболевания, более высокого риска прогрессирования. Такие пациенты должны получать дополнительное адъювантное профилактическое лечение.

Таким образом, правильнее будет сказать, что не заболеваемость увеличилась, а улучшилась диагностика меланомы III стадии. Сегодня возможности биопсии сторожевого лимфоузла стали шире: большинство региональных врачей либо делают эту процедуру самостоятельно, либо направляют в федеральные центры.

К слову, у нас накоплен довольно большой опыт работы с несколькими регионами Российской Федерации, когда пациент поступает для прохождения биопсии сторожевого лимфоузла (сразу на госпитализацию, то есть без необходимости прохождения амбулаторного диагностического этапа). Все необходимое обследование проводится

в регионе, далее врач заполняет заявку, направляет результаты по системе телемедицинской консультации, а пациенту лишь назначается дата госпитализации. Затем больной приезжает со всеми анализами и после оформления истории болезни госпитализируется для того, чтобы пройти этот диагностический этап.

– Что такое диагностика на BRAF-мутацию и всем ли пациентам она нужна?

– Это исследование позволяет выбрать из двух существующих вариантов (таргетной или иммунотерапии) лекарственной терапии. Если у пациента обнаружена BRAF-мутация, врач может назначить таргетную терапию, которая действует на определенную цель или мишень в опухоли. BRAF-мутация выявляется примерно у половины всех пациентов с меланомой кожи. А иммунотерапия назначается всем пациентам вне зависимости от результатов молекулярно-генетических тестов.

– Каковы основные методы лечения меланомы кожи?

– Основными методами лечения меланомы I и II стадии являются хирургический подход и лекарственная терапия, для ряда пациентов также используется лучевая терапия. Пациентам с III стадией с поражением регионарных лимфатических узлов предлагается хирургическое лечение с последующей профилактической или адъювантной терапией в послеоперационном периоде. Пациентам с «запущенной» стадией, когда хирургическое лечение уже невозможно, предлагается лекарственная терапия, которую подбирают сугубо индивидуально и исходя из различных параметров (наличие/отсутствие BRAF-мутации, метастатического поражения головного мозга, скорости роста очага и появления метастазов).

– Почему некоторым пациентам назначают лекарственную терапию после хирургического удаления очага? Что такое адъювантная терапия?

– Иногда возникает следующая ситуация: при обращении была выявлена только первичная опухоль на коже и решено ограничиться хирургическим этапом, но при дополнительной диагностической процедуре, например био-

псии, были выявлены микрометастазы в лимфоузлах. Специально для таких пациентов разработаны, исследованы и зарегистрированы лекарственные препараты адъювантной терапии, которые назначаются в дополнение к первичной или начальной терапии, чтобы усилить ее эффективность. Эти лекарства позволяют снизить риск рецидива или прогрессирования болезни и частично могут влиять на продолжительность жизни.

– Как бороться с нежелательными явлениями от терапии?

– Иммунотерапия действует не только на опухолевые клетки, но и на иммунную систему, поэтому в некоторых случаях возникают неблагоприятные реакции на лечение. Основным методом борьбы с такими нежелательными явлениями – назначение препаратов, подавляющих иммунную систему, но иногда специалисты ограничиваются динамическим наблюдением либо назначением симптоматической терапии. У таргетной терапии механизм развития нежелательных явлений не связан с активацией иммунной системы, поэтому для купирования побочных реакций подавлять иммунную систему не имеет смысла. Осложнения такой терапии могут быть разные: для одной комбинации характерно повышение температуры тела, которое встречается более чем у 50% пациентов, для другой – тошнота и реакция фоточувствительности. В каждой конкретной ситуации необходимо связываться с врачом для уточнения дальнейших действий.

– Каков прогноз при меланоме кожи?

– Прогноз при меланоме определяется стадией, на которой выявлена болезнь, и может быть как благоприятный – при I стадии болезни с показателями 5–10-летней выживаемости более 90% (до 100%), так и неблагоприятный – при распространенной форме меланомы или метастатической меланомы с прогнозом 5-летней выживаемости не более 10%.

– Каковы сроки наблюдения и частота обследований после постановки диагноза?

– Они определяются стадией болезни. Например, при I стадии локальной меланомы большинство специалистов проводят лишь регулярный осмотр кожных покровов и пальпацию лимфатических узлов. Это необходимо для того, чтобы своевременно выявить новое образование на коже (ведь пациент с меланомой имеет повышенный риск развития еще одной опухоли кожи).

Пациентам на II стадии болезни, когда риск прогрессирования выше, уже рекомендуется выполнять диагностические обследования (например, ультразвуковое исследование или компьютерную томографию).

На III стадии болезни необходимо полноценное обследование, поскольку при отсутствии эффективной адъювантной терапии риск прогрессирования составляет примерно 50% в течение первых 2 лет. В соответствии с клиническими рекомендациями такие пациенты каждые 3–6 меся-

цев проходят ультразвуковое исследование послеоперационных рубцов и лимфатических узлов и компьютерную томографию трех зон – грудной и брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием для того, чтобы исключить развитие отдаленного прогрессирования.

Если пациент с IV стадией заболевания с распространенной формой меланомы получает противоопухолевую терапию, он должен обследоваться каждые 2 или 3 месяца, в зависимости от исходной распространенности опухоли и типа терапии, которую больной получает в полном объеме. Важно выполнять магнитно-резонансную томографию головного мозга с внутривенным контрастированием пациентам с распространенной меланомой на IV стадии, когда есть отдаленные метастазы, и пациентам с III стадией, когда есть поражение региональных лимфатических узлов. Это позволяет выявить метастазы в головном мозге еще до появления симптомов и более эффективно лечить эту подгруппу пациентов.

– Большое спасибо! ☺☺☺

Если у вас еще остались вопросы про меланому кожи, портал ответмеланоме.рф поможет найти на них ответы

662476 /onco/DAP/05.23/0

ДИАГНОСТИКА

Как проводится диагностика меланомы

Наряду со стандартным физическим осмотром многие дерматолого-онкологи используют метод, называемый дерматоскопией (также известный как эпидиуминесцентная микроскопия – ЭЛМ или поверхностная микроскопия), чтобы более четко увидеть изменения на коже. Дерматоскоп представляет собой специальную увеличительную линзу и источник света, удерживаемый рядом с кожей. Иногда с этим инструментом используется тонкий слой спирта или масла. Врач может сделать также цифровую фотографию интересующего участка кожи.



Дерматоскоп.

Источник фото: <https://kvd-moskva.ru/papillomy-na-rukah/>

Биопсия кожи

Если врач считает, что пятно может быть меланомой, подозрительный участок будет удален и отправлен на морфологическое исследование. Есть много способов сделать биопсию кожи.

Выбор зависит от размера пораженного участка, места его расположения на теле и других факторов.

Биопсия кожи проводится с использованием местного анестетика (обезболивающего), который вводится в область предполагаемого операционного поля.

Бритвенная биопсия

Для этого типа биопсии врач удаляет верхние слои кожи небольшим хирургическим лезвием. Кровотечение из места биопсии останавливают путем нанесения мази, химического вещества или небольшого электрического тока для прижигания раны.

Данная методика полезна для диагностики многих типов кожных заболеваний и для взятия образцов родинок, когда риск меланомы очень низок. Этот тип биопсии обычно не используется при подозрении на меланому, если толь-

ко лезвие для биопсии не войдет достаточно глубоко, чтобы пройти ниже подозрительной области.

Пункционная биопсия

Для пункционной биопсии врач использует цилиндрическое лезвие, чтобы удалить более глубокий образец кожи. Врач вращает инструмент для биопсии на коже пока он не прорежет все слои кожи. Образец удаляют, а края места биопсии часто сшивают. Такие манипуляции проводятся с обязательным местным обезболиванием.

Лабораторные исследования образцов биопсии

Образцы любой биопсии будут отправлены в лабораторию, где врач-патологоанатом изучит их под микроскопом. Проводятся специальные лабораторные анализы клеток, чтобы подтвердить диагноз. К ним могут относиться:

- Иммуногистохимия (ИГХ).
- Флуоресцентная гибридизация in situ (FISH).
- Сравнительная геномная гибридизация (CGH).
- Профилирование экспрессии генов (GEP).

Оцениваются важные характеристики, такие как толщина опухоли и скорость митоза (часть клеток, которые активно делятся). Эти признаки помогают определить стадию меланомы, что, в свою очередь, может повлиять на варианты лечения и прогноз заболевания.

Тестирование на генные изменения

У некоторых людей с меланомой образцы биопсии могут быть проверены, чтобы увидеть, есть ли в клетках мутации (изменения) в определенных генах, таких как ген BRAF. Около половины меланом имеют мутации в гене BRAF. Некоторые препараты, используемые для лечения меланомы на поздних стадиях, эффективны в том случае, если в клетках есть BRAF-мутации. По этой причине данный тест так важен для определения вариантов лечения. Также могут быть проведены тесты на выявление изменений и в других генах, таких как C-KIT.

Новый лабораторный тест, известный как DecisionDx-Melanoma, исследует определенные модели экспрессии генов в клетках меланомы, чтобы помочь определить вероятность распространения меланомы на раннем этапе развития.

Инструментальные исследования

Инструментальные исследования используются в основном для поиска возможного распространения меланомы на лимфатические узлы или другие органы. Эти тесты не нужны большинству людей с ранней (локальной) стадией меланомы, распространение которой менее вероятно.

УЗИ

Данный метод используется для осмотра лимфатических узлов рядом с опухолью, особенно если на основании физического осмотра остается неясным, увеличены они или нет. УЗИ, как правило, делается довольно быстро и легко, и оно не подвергает вас воздействию радиации.

Компьютерная томография (КТ)

КТ использует рентгеновские лучи для получения подробных изображений вашего тела в поперечном сечении. В отличие от обычного рентгена КТ может подробно показать структуру внутренних органов и тканей. Это исследование может показать, увеличены ли какие-либо лимфатические узлы или есть ли на таких органах, как легкие или печень, подозрительные участки, которые могут быть вызваны распространением меланомы.

Магнитно-резонансная томография (МРТ)

МРТ-сканирование использует радиоволны и сильные магниты вместо рентгеновских лучей для создания подробных изображений частей вашего тела. МРТ может быть очень полезна для изучения головного и спинного мозга.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

ПЭТ-сканирование может также помочь определить, распространился ли рак на лимфатические узлы или другие органы и ткани организма. Это наиболее полезно для людей с более поздними стадиями меланомы.

При данном обследовании пациенту вводят радиоизотопный препарат, который накапливается в основном в злокачественных клетках. Затем с помощью специальной камеры создается изображение наиболее радиоактивных участков тела.

ПЭТ/КТ-сканирование: во многих центрах есть специальные аппараты, которые одновременно выполняют ПЭТ- и КТ-сканирование (сканирование ПЭТ/КТ). Это позволяет врачу сравнить области с более высокой радиоактивностью на ПЭТ-сканировании с более подробным изображением этой области на КТ-сканировании.

Анализы крови

Анализы крови не используются для диагностики меланомы, но некоторые анализы могут проводиться до или во время лечения, особенно при поздних стадиях меланомы. Перед лечением врачи часто проверяют кровь на уровень лактатдегидрогеназы. Если меланома распространилась на отдаленные части тела, высокий уровень лактатдегидрогеназы является признаком того, что опухоль может труднее поддаваться лечению.

Другие тесты для определения форменных элементов крови и биохимических показателей крови могут быть выполнены у пациента с прогрессирующей меланомой, чтобы увидеть, насколько хорошо костный мозг, печень и почки функционируют до и во время лечения. ☺☺☺

КАК ЛЕЧАТ МЕЛАНОМУ: разбираемся вместе



МЕЛАНОМА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ МЕЛАНОЦИТОВ – КЛЕТОК ПО ВСЕМУ ТЕЛУ, КОТОРЫЕ СИНТЕЗИРУЮТ МЕЛАНИН, ФОТОЗАЩИТНЫЙ ПИГМЕНТ. МЕЛАНОМА МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ИЗ ПИГМЕНТ-ПРОДУЦИРУЮЩИХ КЛЕТОК В ГЛАЗУ, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ, ГЕНИТАЛИЯХ, ПАЗУХАХ И МОЗГОВЫХ ОБОЛОЧКАХ. НО ЧАЩЕ ВСЕГО ОНА ВОЗНИКАЕТ В КОЖЕ ПРИ ЧРЕЗМЕРНОМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ. МЕЛАНОМА ЯВЛЯЕТСЯ НЕРАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ОПУХОЛЕЙ У ВЗРОСЛЫХ (МУЖЧИН И ЖЕНЩИН), НО ОДНОЙ ИЗ САМЫХ СМЕРТОНОСНЫХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ.

Давайте рассмотрим возможности современной онкологии по контролю за меланомой.

Хирургическое вмешательство

Хирургическое вмешательство остается основным методом лечения меланомы, что обеспечивает как длительный локальный контроль, так и адекватное лечение пациентов без скрытых регионарных или отдаленных метастазов. После первоначальной биопсии выполняется широкое и глубокое иссечение опухоли вместе с окружающей кожей, чтобы обеспечить полное удаление пораженного участка и снизить риск местного рецидива. Последний включает в себя как рост в крае резекции, так и рост опухоли в отдаленных лимфатических узлах. Рекомендуемые хирургические отступы для инвазивной меланомы основаны на рандомизированных клинических исследованиях высокого уровня, которые, как правило, исключают меланому кожи головы и шеи и акральные участки, где имеется небольшой запас кожных покровов и возможности хирургического лечения ограничены.

Иммунотерапия

Иммунотерапия в настоящее время считается перспективным подходом к лечению метастатической меланомы, даже если ее роль заключается в относительно позднем обнаружении у пациента этого злокачественного новообразования. Одним из основных показаний к проведению иммунотерапии является резистентность опухоли к лучевой терапии и цитотоксической химиотерапии. В прошлом ключевым препаратом для лечения меланомы был дакарбазин с общей частотой положительного ответа 10–20%. Однако различий между монотерапией дакарбазином и комбинированной химиотерапией не было выявлено. О лучших результатах лучевой терапии также пока не сообщалось. Несмотря на плохие клинические результаты, эти подходы оставались основными в лечении меланомы на протяжении десятилетий.

Новая иммунотерапия

Новая иммунотерапия является методом лечения, который наиболее широко изучен при метастатической меланоме. Иммунотерапию можно разделить на четыре основные группы.

- К первой относятся биологические препараты, такие как цитокины, интерфероны и гранулоцитарно-монокитарные колониестимулирующие факторы.
- Вторая группа – стратегия вакцинации, основанная на пептиде, на целом белке, на вирусе или на ДНК.
- Третья группа основана на адаптивной клеточной терапии, которая заключается в использовании так называемых лимфокин-активируемых клеток-киллеров, инфильтрирующих опухоль лимфоцитов и других специфических лимфоцитов.
- Четвертая группа состоит из ингибиторов иммунных контрольных точек; в последние несколько лет иммунологическое происхождение этого злокачественного новообразования привело к открытию антител, направленных на специфические мишени, такие как антипрограммированная клеточная гибель и антицитотоксический Т-лимфоцит-ассоциированный белок. Эти блокаторы резко увеличили и удлинители выживаемость пациентов с метастатической меланомой. Описанные механизмы воздействия на опухоль весьма сложны в восприятии, но очевидно, что они основаны на последних научных знаниях о природе и поведении этой злокачественной опухоли.

Биологическая иммунотерапия

Биологическая иммунотерапия была впервые использована при лечении метастатической меланомы для замены или завершения действия химиотерапии. Наиболее распространенными препаратами, используемыми в биологической иммунотерапии, являются высокие дозы интерлейкина-2 (IL-2) и интерферонов.

Биологическая иммунотерапия часто используется в сочетании со стереотаксической лучевой терапией, вакци-

нами или антителами против CTLA-4. Хотя такие комбинированные подходы еще не были утверждены и одобрено только использование одного агента. Но проводятся клинические исследования.

Вакцинная терапия меланомы

В настоящее время изучается несколько стратегий для поиска эффективной вакцинной терапии меланомы. В том числе те, которые способны нацеливаться непосредственно на клетки меланомы, – вакцины на основе дендритных клеток, вакцины на основе пептидов и векторные вакцины.

Вакцины, нацеленные на клетки меланомы, представляют собой активную специфическую иммунотерапию, основанную на использовании собственных или донорских клеток меланомы пациентов из резецированных опухолей.

Дендритные клетки представляют собой антигенпрезентирующие клетки с повышенной способностью индуцировать Т-клеточный иммунитет за счет активации цитотоксического Т-клеточного ответа и провоспалительного цитокинового ответа. Вакцины на основе дендритных клеток имеют ограниченную эффективность, поскольку опухоли, как правило, находятся в иммуносупрессивных микросредах.

Вирусы могут заражать клетки и стимулировать иммунный ответ. Вакцинные вирусы действуют как онколитические агенты, активируя иммунную систему против опухолей посредством производства цитокинов и других иммуномодулирующих молекул. На основе таких вирусов, как аденовирус, вирус простого герпеса, реовирус, ретровирус, вирус везикулярного стоматита и вирус кори, было разработано несколько онколитических вирусов. Сообщалось, что репликационно-компетентный вирус простого герпеса, при котором нейровирулентность инактивирована, приводит к гибели клеток в клеточных линиях меланомы человека *in vitro* и селективно реплицируется в ткани меланомы у мышей. Эти вирусы также показали свою безопасность в клинических испытаниях фазы I путем внутриопухолевой инъекции у пациентов с глиомой и меланомой. Основное преимущество онколитической вирусотерапии заключается в том, что вирус не только непосредственно воздействует на опухолевые клетки, но и распространяет лечебное средство дальше по опухолевой ткани. Целью проводимых исследований является повышение селективной опухолевой репликативной способности вируса и его иммуностимулирующей способности для обеспечения мультимодальной терапии рака.

В клинических исследованиях было показано, что другая разновидность вакцины – на основе ДНК – безопасна и иммуногенна. Однако на сегодняшний день она не показала должной эффективности.

Хорошие результаты были получены при использовании **адаптивной клеточной терапии (АКТ)**, хотя она все еще находится на экспериментальном уровне и требует дальнейшей проверки, прежде чем считаться безопасной и эффективной стратегией. АКТ – это сбор лимфоцитов из крови или опухоли пациента, их выделение, расширение и активация *in vitro*. Обработанные лимфоциты затем вводят пациенту обратно в кровь, чтобы вызвать иммунный противоопухолевый ответ.

Клетки, которые чаще всего используются для АКТ, представляют собой лимфоциты периферической крови. Новым подходом АКТ является инфузия изолированных и разросшихся аутологических CD4+ Т-клеток, ранее активированных с использованием меланома-ассоциированного антигена (NY-ESO-1).

Представленные методы лечения требуют разработки конкретного терапевтического плана с «индивидуальным препаратом» для каждого пациента. Кроме того, они требуют времени и нескольких недель культивирования клеток, квалифицированного персонала и подготовки пациентов.

Но ежегодно такие научные разработки, которые становятся рутинными методами лечения, спасают жизни пациентов. И именно по этой причине так важно своевременно обратиться к врачу при возникновении жалоб. 🌱

КАК ГОВОРИТЬ О ДИАГНОЗЕ



Анастасия Кербабина,
психолог фонда «Я люблю жизнь».

Прежде чем перейти к чтению этой статьи, я предлагаю задуматься: «Какие чувства возникают, когда необходимо рассказать о диагнозе?»

Это может быть стыд, неловкость, смущение, стеснение, злость, апатия. Причем в зависимости от того, кому именно предстоит рассказать о диагнозе, чувства могут быть разными.

Чувство стеснения или смущения может возникнуть, когда о диагнозе предстоит рассказать подруге или родственнику. Эти чувства говорят о нежелании разрушить атмосферу близости, интимности, понятности отношений, которые уже сложились. Чувство неловкости может быть связано с нежеланием поставить в неудобное положение других. Именно чувство неловкости часто обнаруживается за нежеланием встречаться с друзьями, зная, что за последнее время ваша внешность изменилась. И, наоборот, агрессию со стороны болеющего человека может вызвать проявленное к нему сочувствие, желание помочь или просто интерес к его самочувствию.

Нашу психику можно сравнить с оркестром, где каждое чувство исполняет свою партию. Партия одних инструментов достаточно простая, ее легко услышать и понять. Но есть и инструменты, звучание которых оказывает значительное влияние на слаженность игры, – выделить их голос бывает не так просто. Таким голосом является голос страха. Чтобы распознать его, нужны готовность и мужество.

Часто именно страх скрывается за чувством стеснения или стыда. И связан этот страх с ощущением, что хорошему отношению к нам что-то угрожает. Отсюда и возникает естественное желание скрыть то, что кажется стыдным. Каждый из нас может вспомнить ситуацию, в которой было страшно говорить о чем-то, что принято считать неблагоприятным.

Одной из причин нежелания говорить о диагнозе могут быть страх потери отношений с близкими, друзьями или коллегами; неготовность встретиться с их реакцией. Бывает и так, что заболевание стараются скрыть от коллег и руководства, опасаясь негативных последствий. В то же время коллеги могут чувствовать или замечать, что что-то изменилось, но не понимать, что именно. Отсутствие информации рождает настороженность и недоверие, что может привести к ухудшению отношений. А следствием этого может стать ухудшение вашего эмоционального и физического состояния.

К сожалению, реакцию другого человека не всегда возможно угадать. Она может оказаться неожиданной или неприятной. Возникшая реакция может быть продиктована личными страхами, нежеланием или невозможностью уважительно отнестись к вашей ситуации. Люди, у которых нет опыта общения с онкопациентами, часто просто не понимают, как себя вести и что можно сделать, чтобы поддержать или помочь. Они чувствуют растерянность и бессилие, с которыми им сложно справиться, это и заставляет отвернуться от вас.

Таким образом, нежелание говорить о своем диагнозе – естественный способ защитить себя от непонимания. В то же время чрезмерная скрытность может привести к чувству одиночества. Чтобы этого не произошло, важно научиться говорить о диагнозе, чувствуя себя уверенно и сохраняя достоинство.

В этом помогут следующие действия:

1 Выберите того человека, кому вы можете доверять. Это может быть родственник/знакомый/коллега, с которым вам приятно общаться. В котором вы уве-

4 Еще одной возможностью рассказать о диагнозе может быть просьба сделать это человека, которому вы доверяете и который знает о заболевании уже некоторое время.

5 Выберите время и место для разговора. Не стоит говорить о болезни на бегу или между делом. Это может привести к недопониманию, бурной реакции или, наоборот, ощущению, что вас проигнорировали.

В заключение хочу напомнить, что такие чувства, как неловкость, стыд, стеснение, – защитники личного (интимного) пространства. Их основная задача – оберегать ваше личное перед взглядом других, позволяя

НЕЖЕЛАНИЕ ГОВОРИТЬ О СВОЕМ ДИАГНОЗЕ – ЕСТЕСТВЕННЫЙ СПОСОБ ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ ОТ НЕПОНИМАНИЯ. В ТО ЖЕ ВРЕМЯ ЧРЕЗМЕРНАЯ СКРЫТНОСТЬ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ЧУВСТВУ ОДИНОЧЕСТВА.

рены и можете рассчитывать на его поддержку. Конечно, невозможно со стопроцентной уверенностью предугадать реакцию другого человека, но, имея опыт предыдущих отношений, можно сделать предположение.

2 Подумайте, что именно и как подробно вы готовы рассказать о диагнозе и процессе лечения. Это важно сделать для того, чтобы сохранить личные границы интимности и не быть раненым реакцией другого. Кроме того, дозируя информацию, вы проявляете заботу о партнере, давая ему время и возможность принять услышанное.

3 Перед разговором обязательно обратите внимание на ваше эмоциональное состояние. Будет ли хорошо начать разговор именно сейчас? Чувствуете ли вы себя готовым или вам нужно еще время? Иногда бывает достаточно отложить разговор на 10–15 минут. Дать себе возможность успокоиться, собраться с мыслями и настроиться.

определить границу открытости, давая возможность решить, о чем, кому и сколько рассказать, а что сохранить в тайне. Иногда хорошим способом решить, как именно рассказать о диагнозе, бывает возможность поговорить с другим об этом. У вас есть возможность выбрать, кто это будет: близкий человек, с которым вам комфортно и спокойно, или психолог, который окажет профессиональную поддержку. ☺☺☺

Бесплатную психологическую помощь вы можете получить в фонде «Я люблю жизнь».
Для этого оставьте заявку на сайте lovelifefund.ru



ИСТОРИИ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

«НИКОГДА И НИКОМУ НЕ ГОВОРИЮ ОБ ЭТОМ ВСЛУХ...»

(из записок пациента)

Что бы вы сделали, если бы в какой-то момент вам сказали, что вы больше не сможете жить своей обычной жизнью? О чем бы подумали, если пришлось бы отказаться от большей части привычных вещей для того, чтобы выжить?

Я бы никогда не подумал, что такой диагноз, как «рак», может коснуться меня. «Со мной такое не случится» – и вот случилось. Дрожь пробежала по всему телу, когда в кабинете онколога страхи превратились в реальность: у меня рак.

Я больше не чувствовал себя таким же, как раньше. В какой-то момент я вдруг осознал, что забытые вчера ключи, из-за которых опоздал на работу, ссора с лучшим другом на той неделе, утренние пробки и толкотня – все это не имеет вообще никакого значения. Я вышел из дверей клиники на улицу. В висках стучало: такого не может быть! Но, увы, болезнь стала реальностью...

Она не оставляет выбора и не дает второго шанса. Когда жизнь заставляет задуматься, ты становишься максимально сфокусированным только на самом важном. На любви к близким и заботе о них. На добром отношении к себе и окружающим. Чаще целуешь детей и останавливаешься на улице просто так, потому что спешить некуда.

В выборе клиники для проведения необходимого лечения я не усомнился ни на минуту, тем более что наблюдался в ней уже достаточно давно.

Всю следующую неделю после постановки диагноза я посещал врача, проходил обследования и постоянно ловил себя на том, что делаю все, чтобы сохранять привычный образ жизни. Но получалось плохо. Мысли перебивали друг друга, бежали куда-то вперед, а жизнь как будто просто остановилась.

К счастью, мой доктор постепенно и спокойно объяснял, с чем я столкнулся, какие варианты лечения моего заболевания существуют, – уверенно настроил меня на позитивный лад.

В день назначенной операции я волновался так сильно, как никогда в жизни до сих пор. Но все прошло как нельзя лучше – первый шаг в лечении был сделан.

Химиотерапия не самая приятная вещь, но делать нечего. Я понимал: «Мне это надо! Мне это просто необходимо!» Я был готов на что угодно, лишь бы болезнь не стала прогрессировать и не перешла на следующую стадию. Человек привыкает ко всему, поэтому на данном этапе меня волновало одно: лишь бы не стало хуже.

Лечение длилось несколько месяцев. Я ходил на процедуры по расписанию, прямо как на работу. Это стало привычным образом жизни – теперь я живу так, потому что хочу победить невидимого врага. Я уже не-

много успокоился, так как самое худшее было позади.

Далее – период реабилитации и наблюдения.

Сейчас у меня все хорошо. Я отношусь к группе «онкологически здоровых пациентов» и по сей день наблюдаюсь у специалистов клиники, которым я безмерно благодарен и за своевременно установленный диагноз, и за позитивный настрой, который так важен для преодоления заболевания, и за весь комплекс лечебных мероприятий, и за поддержку, и просто за человеческое отношение.

Спасибо вам всем!

Пациент. ☺☺☺

Письмо пациента любезно предоставил Лобов Михаил Юрьевич, врач-онколог АО «Медицина» (Клиника академика Ройтберга).

Близкий отказывается от лечения – что делать?



В СЛУЖБУ «ЯСНОЕ УТРО» ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЧАСТО ОБРАЩАЮТСЯ ЛЮДИ, ЧЬИ БЛИЗКИЕ ОТКАЗЫВАЮТСЯ ОТ ЛЕЧЕНИЯ. В ТАКОЙ МОМЕНТ ИМ ХОЧЕТСЯ ЛЮБОЙ ЦЕНОЙ РАЗУБЕДИТЬ БОЛЬНОГО, НО ЭТИ ПОРЫВЫ ВЫЗЫВАЮТ ОБРАТНЫЙ ЭФФЕКТ – ЧЕЛОВЕК ОТСТРАНЯЕТСЯ, ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ БЕСЕДЫ, УПОРСТВУЕТ В СВОЕМ РЕШЕНИИ. МОЖНО ЛИ ЧТО-ТО СДЕЛАТЬ?

Процесс лечения порой крайне тяжело перенести – как физически, так и эмоционально. Жизнь человека может в момент измениться до неузнаваемости: еще вчера я был здоров – сегодня я болен, вчера я был успешным – сегодня инвалид с пособием, вчера я был главой семьи – сегодня домочадцы избегают говорить со мной.

Это ситуация, в которой потеряно практически все. Неудивительно, что сил на борьбу с каждым днем остается все меньше. Больной может чувствовать бессилие («все бесполезно!») и одиночество («я никому не нужен!»). В таком состоянии невыносимо находиться долго.

Но «света в конце туннеля» может быть не видно – врачи не всегда могут предсказать ход лечения, иногда длительное время приходится находиться в неведении – работает лечение или нет. А порой сталкиваться с тем, что оно работает хуже, чем ожидалось. Наступает разочарование, закрадываются мысли о бесполезности, о том, что такая жизнь-больница, полная страданий, неценна.

Это один вариант.

Бывает и другой, куда более тяжелый. Это вариант, когда пациент умирает – и знает об этом. Это подтверждают вра-

чи. Они прямо или намеками говорят о том, что дальнейшее лечение не принесет пользы. Но мы – близкие – не хотим в это верить. Мы хотим надеяться и бороться до конца. Вот только пациент с нами не соглашается, вслух или молча.

Это невыносимо тяжело, и, если вы узнали в этом кусочке текста себя, необходимо обратиться к психологу и поговорить с ним о происходящем. Если он профессионал, то не станет склонять вас к какому-либо решению, но поможет вам и вашему близкому найти свое собственное.

Но что, если лечение возможно, а пациент потерял веру в него? Можно ли что-то сделать?

Первое – не спешите. Попробуйте поговорить с близким о его чувствах и переживаниях. Просто выслушайте, его переживания важны и нормальны, они появились не просто так! Они тяжелы (порой непереносимы), и первый порыв – попытаться избавить близкого от них: подбодрить, переубедить, внушить надежду. Это важно. Но, если вы сделаете это сразу, вы невольно перечеркнете его тяжелые переживания – а они значимы! Пациент останется с чувством, что его не понимают, не видят, как

ему плохо, недооценивают серьезность ситуации. Именно поэтому так важно не спешить. Дать понять близкому, что он услышан в его боли.

Второе – попытайтесь понять, почему близкий решил отказаться от лечения. И даже – да, это звучит очень страшно! – увидеть этот выбор как имеющий право на существование. Тогда и близкий, возможно, в дальнейшем посмотрит на ваше мнение с большим принятием. В противном случае, вероятнее всего, выйдет спор, и ситуация лишь усложнится.

Если пациент готов слушать, можно поделиться своими чувствами и переживаниями. Если вы искренне верите, что исцеление возможно, – скажите об этом. Если вам дорог ваш близкий, страшно потерять его, если вы готовы сделать все что угодно, лишь бы он был жив и здоров, – так и скажите. Но говорите только про себя, не про него. Фраза «ты должен лечиться» отталкивает куда больше, чем «я так тебя люблю, и я в ужасе от того, что ты можешь отказаться от лечения и я потеряю тебя».


Лишь третьим шагом можно пытаться подбодрить близкого – например, рассказать успешные истории выздоровления. Здесь же можно попытаться «перекрыть» аргументы пациента своими: словами врача, результатами исследований, статистикой выздоровлений. Можно попробовать пригласить для разговора авторитетного для пациента человека: лучшего друга, родителя, врача, священника. Главное, чтобы разговор был честный, а не «подстроенный» – заметив сговор, пациент может потерять доверие к вам и вновь закрыться.

Чтобы не было ощущения сговора, не спрашивайте этого человека заранее, о чем он будет говорить, не вдавайтесь в детали будущего разговора и не пытайтесь его контролировать. Достаточно того, что вы оба на стороне пациента, оба желаете ему лучшего и ваше понимание ситуации совпадает. Просто вкратце опишите ситуацию и попросите побеседовать с пациентом так, как человек считает нужным.

Напоследок еще раз хочется сказать – не спешите. Дайте пациенту время. Не делайте из каждого разговора «беседу о необходимости лечения». Если пациент не согласен с вами, отгораживается – не упорствуйте. Но при этом и не бросайте пациента, всегда оставляйте возможность обратиться к вам. Важно, чтобы пациент знал, что вы рядом, готовы оказать поддержку и помощь, как только он этого захочет. Что вы любите и цените его – даже когда ссоритесь.

И в любом случае – не стесняйтесь обратиться к психологу. Он поможет разобраться с собственными чувствами и выстроить бережный диалог с пациентом. Горячая линия Службы психологической помощи «Ясное утро» работает круглосуточно, бесплатно и анонимно. ☺☺☺


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



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

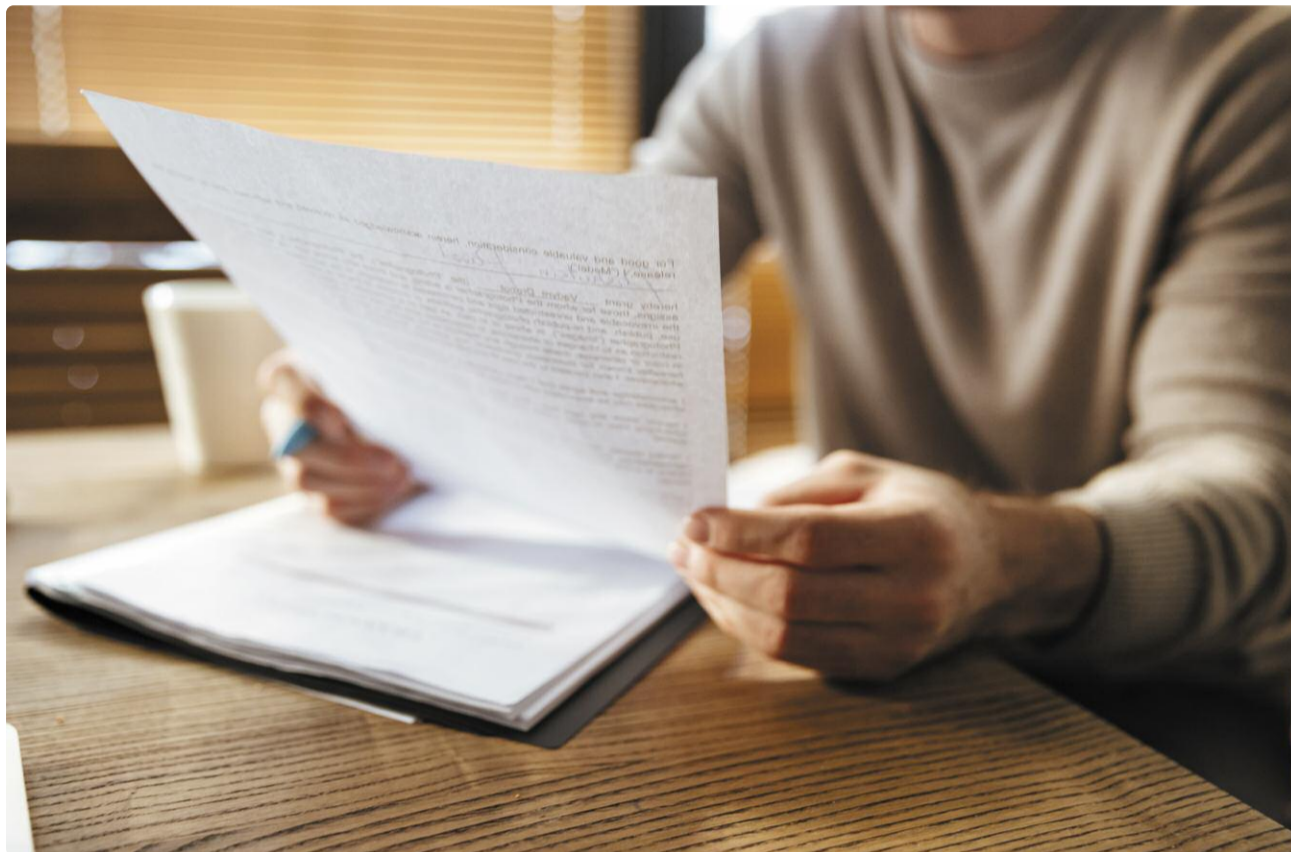
8-800-100-0191

АНОНИМНО. БЕСПЛАТНО. КРУГЛОСУТОЧНО.



ясноеутро.рф

Разбираем вопросы получения инвалидности при меланоме



ОДИН ИЗ САМЫХ ЧАСТЫХ ВОПРОСОВ, С КОТОРЫМИ ПАЦИЕНТЫ ОБРАЩАЮТСЯ В МОД «ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА» – ЭТО ПРИЗНАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ИНВАЛИДОМ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ. ЦЕЛЬ ТАКИХ ОБРАЩЕНИЙ – УБЕДИТЬСЯ В ПРАВИЛЬНОСТИ РЕШЕНИЯ ВРАЧЕЙ, ПОНЯТЬ, НА КАКОМ ОСНОВАНИИ БЫЛО ПРИНЯТО РЕШЕНИЕ И НАСКОЛЬКО ОНО СПРАВЕДЛИВО. СЕГОДНЯ РЕЧЬ ПОЙДЕТ О ТАКОМ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ПОЛУЧИВШЕМ ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИИ, КАК МЕЛАНОМА КОЖИ.

Первое, что вам необходимо знать, если вас волнует процесс получения инвалидности, что предстоит пройти медико-социальную экспертизу. Согласно ст. 7 Федерального закона от 24.11.1995 №181-ФЗ медико-социальная экспертиза – признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ



А сейчас читайте очень внимательно классификацию и критерии, которые используют при осуществлении медико-социальной экспертизы. Предусмотрено следующее. Злокачественная меланома кожи:

1 Меланома кожи I стадии (T1a,1b,2aN0M0) после радикального удаления без местных и/или общих осложнений (Нарушения функций системы крови и иммунной системы, функции кожи и связанных с ней систем) – применяется пункт 2.1.13.1 Количественной системы оценки (Приложение №1 к Классификациям и критериям), что соответствует количественной оценке 10–30 процентов (Группа инвалидности не устанавливается).

2 Меланома кожи II, III стадии (T1a,bN0,1M0) после радикального удаления без местных и/или общих осложнений (Нарушения функции системы крови и иммунной системы, функции кожи и связанных с ней систем) – применяется пункт 2.1.13.2 Количественной системы оценки (Приложение №1 к Классификациям и критериям), что соответствует количественной оценке 40–60 процентов (Третья группа инвалидности).

3 Меланома кожи II, III стадии (T1,2,3,4N0,1,2,3M0) после радикального лечения с местными и/или общими

осложнениями или локальная лучевая терапия в самостоятельном плане. Наличие местного рецидива на фоне проводимого лечения (Нарушения функций системы крови и иммунной системы, функции кожи и связанных с ней систем) – применяется пункт 2.1.13.3 Количественной системы оценки (Приложение №1 к Классификациям и критериям), что соответствует количественной оценке 70–80 процентов (Вторая группа инвалидности).

4 Меланома IV стадии (T1,2,3,4,N1,2,3M1), инкурабельное состояние. Прогрессирование опухолевого процесса (Нарушения функций системы крови и иммунной системы, нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем и метаболизма, пищеварительной системы; нарушения психических функций, функции кожи и связанных с ней систем) – применяется пункт 2.1.13.4 Количественной системы оценки (Приложение №1 к Классификациям и критериям), что соответствует количественной оценке 90–100 процентов (Первая группа инвалидности).

В соответствии с п. 6 Классификаций и критериев к основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к ориентации;
- способность к общению;
- способность контролировать свое поведение;
- способность к обучению;
- способность к трудовой деятельности.

Обращаем ваше внимание, что вопрос об установлении инвалидности (сроке инвалидности) по результатам медико-социальной экспертизы может быть разрешен исключительно специалистами бюро медико-социальной экспертизы на основании объективных данных о состоянии здоровья пациента, отражающих степень нарушения

функций органов и систем, отраженных в направлении на медико-социальную экспертизу, а также на основании медицинских документов.

Итогом проведения медико-социальной экспертизы являются протокол и акт. Пациент или его законный представитель обязательно должен быть ознакомлен с данными документами. Пунктом 42 Правил признания лица инвалидом, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.04.2022 №588, предусмотрено следующее.

Акт медико-социальной экспертизы гражданина, протокол проведения медико-социальной экспертизы, индивидуальная программа реабилитации или абилитации формируются в информационной системе медико-социальной экспертизы в электронное дело медико-социальной экспертизы пациента.

Документы, сформированные в ходе и по результатам медико-социальной экспертизы в информационной системе медико-социальной экспертизы, подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) либо усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного должностного лица, а также усиленными квалифицированными электронными подписями специалистов бюро (главного бюро, Федерального бюро), принимавших участие в проведении медико-социальной экспертизы.

Пациент (его законный или уполномоченный представитель) имеет право на ознакомление с актом медико-социальной экспертизы и протоколом проведения медико-социальной экспертизы.

По заявлению пациента (его законного или уполномоченного представителя), поданному в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) на бумажном носителе, в день подачи указанного заявления ему выдаются заверенные руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) либо уполномоченным им должностным лицом в установленном порядке копия акта медико-социальной экспертизы, копия протокола проведения медико-социальной экспертизы, индивидуальная программа реабилитации или абилитации.

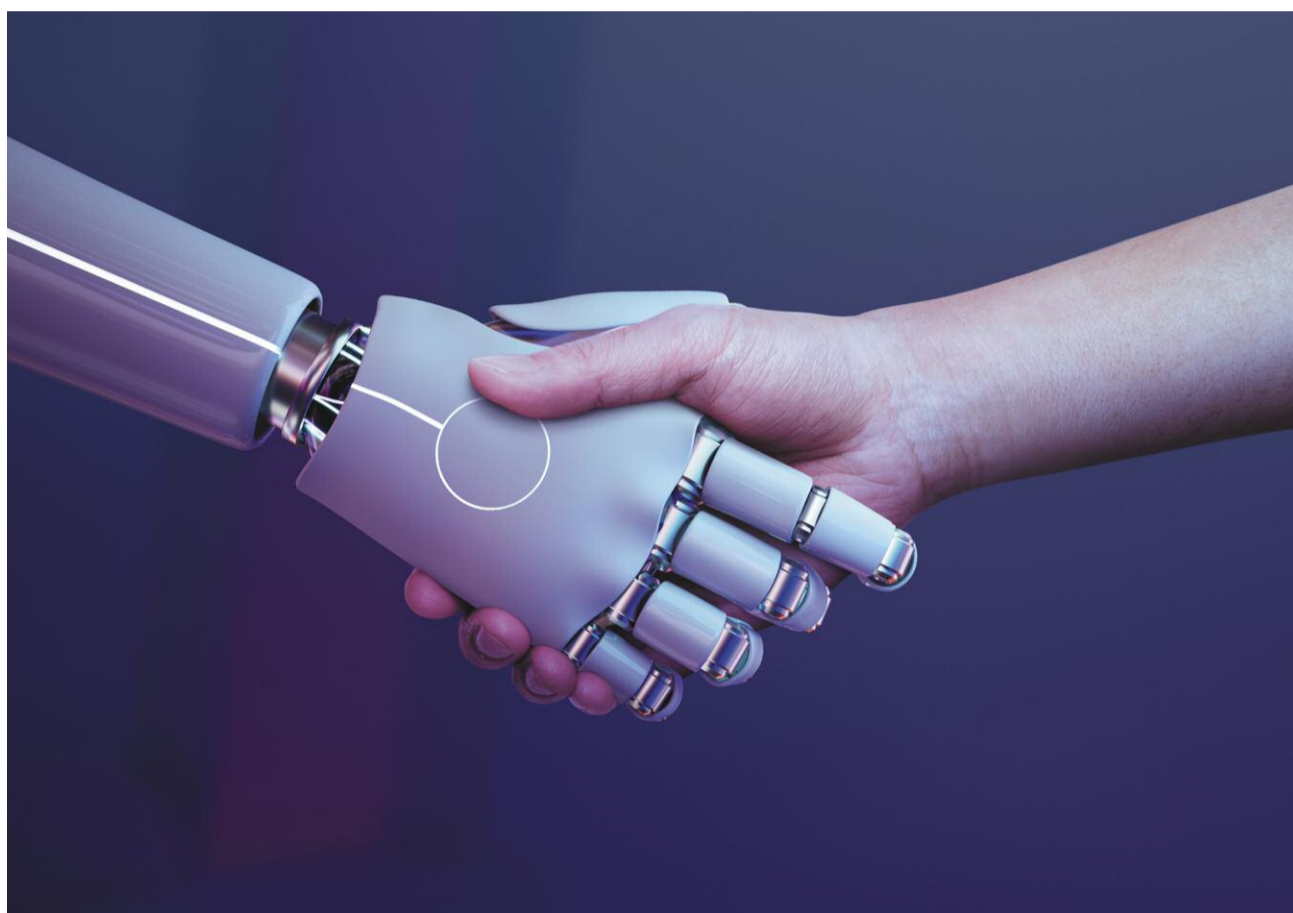
По заявлению пациента (его законного или уполномоченного представителя), поданному в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) в электронной форме с использованием единого портала, ему не позднее следующего рабочего дня со дня подачи указанного заявления в зависимости от выбранного им варианта получения документов:

- выдаются на бумажном носителе заверенные руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) либо уполномоченным им должностным лицом в установленном порядке копия акта медико-социальной экспертизы, копия протокола проведения медико-социальной экспертизы, индивидуальная программа реабилитации или абилитации;
- направляются в личный кабинет на едином портале в виде электронных документов, заверенных усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) либо усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного им должностного лица, копия акта медико-социальной экспертизы гражданина, копия протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина, индивидуальная программа реабилитации или абилитации. ()))

Уважаемые читатели, если у вас возникли вопросы, связанные со сроками диагностирования заболевания, доступа к лекарственным препаратам, получением инвалидности, вы всегда можете обратиться в МОД «Движение против рака»: 8 (800) 200-47-32 (звонок по России бесплатный, будни – 8:00–14:00 Мск), электронная почта: info@rakpobedim.ru или через форму обращений на сайте: rakpobedim.ru

ГЛАВНАЯ ТЕМА: МЕЛАНОМА

Искусственный интеллект поможет определить риск злокачественного заболевания кожи по снимку смартфона



ЕЖЕГОДНО ВО ВТОРОЙ ПОНЕДЕЛЬНИК МАЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С МЕЛАНОМОЙ. ЭТОТ ДЕНЬ ОБЪЕДИНЯЕТ УСИЛИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОБЩЕСТВЕННОСТИ И ЭКСПЕРТОВ ПО ВСЕМУ МИРУ С ЦЕЛЬЮ ПОДНЯТЬ УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О РИСКАХ, ФАКТОРАХ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Меланома – это злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов – клеток, которые вырабатывают пигмент меланин. Этот пигмент окрашивает кожу, волосы, глаза и даже слизистые оболочки в различные оттенки. Меланин – пигмент коричневого или черного цвета (так называемый эумеланин), защищает клетки нашей кожи от повреждения вредным ультрафиолетовым облучением. Меланома, являющаяся одной из наиболее агрессивных форм рака кожи, требует повышенного внимания, так как раннее выявление и вовремя начатое лечение могут значительно повысить шансы на выздоровление.

«Важность Всемирного дня борьбы с меланомой заключается в том, что он призывает каждого принять ответственность за свое здоровье и заботиться о состоянии своей кожи», – подчеркивает **Ирина Боровова**, президент ВООПП «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!». Она также отмечает: «Регулярные осмотры, самопроверка и обращение к врачу при обнаружении изменений – это важные шаги в сохранении здоровья и своевременном выявлении проблемы».

В этом году при активном участии ВООПП «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» была проведена серия мероприятий, направленных на распространение информации о раке кожи, приуроченных ко Всемирному дню борьбы с меланомой.

День открытых дверей «Нет меланоме» прошел 13 мая в НМИЦ радиологии им. Герцена. Все желающие бесплатно, по предварительной записи, смогли пройти консультации и первичную диагностику у врачей-онкодерматологов центра, принять участие в «Школе пациентов» и получить

в прямом эфире ответы на самые распространенные вопросы о диагностике и лечении этого грозного заболевания.



19–20 мая 2023 года в Москве прошла ежегодная конференция с международным участием «Меланома и опухоли кожи 2023», организованная Ассоциацией специалистов по проблемам меланомы (Меланома.ПРО), ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России и ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России.

Специалисты обсудили вопросы, связанные с применением современных устройств для ранней диагностики заболеваний. На конференции было представлено мобильное

приложение «ПроРодинки», которое с помощью искусственного интеллекта может определить риск злокачественного заболевания кожи по снимку смартфона.

Команда экспертов ФГБОУ ВО «Приволжский медицинский университет» Минздрава России (Нижний Новгород) разработала программный комплекс, который позволяет проводить самодиагностику невусов (родинок) по всему телу.

Приложение использует искусственный интеллект для определения риска злокачественного заболевания кожи по фотографии невусов (родинок) с помощью смартфона. Пользователь загружает фотографии родинок, а алгоритм определяет наличие потенциальной опасности. Это комплекс программ, работающий на нейросети, обученной на тысячах диагностированных случаев и контролируемой врачами-экспертами. Приложение анализирует цвет, размер, границы, локализацию, изъязвления и трещинки так же, как опытный врач. Скачать бесплатное приложение «ПроРодинки» можно в AppStore, Google Play или по QR-коду с сайта prorodinki.ru.

Скачайте бесплатное приложение **ПроРодинки** и проверьте себя и своих близких на наличие опасных родинок



Выступающие особо отметили, что основное внимание необходимо уделять ранней диагностике меланомы, поскольку именно в этой фазе заболевания существует больше возможностей для успешного лечения. Современные методы, такие как комбинированное лечение с использованием хирургических, лучевых и химиотерапевтических методов, а также иммунотерапия, позволяют достичь значительного прогресса в борьбе с этим видом рака. Специалисты также подчеркнули важность предотвращения повреждения кожи ультрафиолетовыми лучами. Необходимо принимать меры предосторожности, включая использование солнцезащитных средств, ношение защитной одежды и ограничение времени нахождения под прямыми солнечными лучами. Это поможет предотвратить негативные последствия для кожи и поддерживать ее здоровье на долгий срок.

22 мая на портале «Живи без страха» состоялся бесплатный вебинар с врачом-онкологом Кристиной Орловой. Эксперт рассказала о причинах возникновения меланомы, стадиях заболевания и методах диагностики.

Благодаря современным технологиям и разработкам, таким как мобильные приложения, искусственный интеллект и программные комплексы, диагностика и мониторинг меланомы становятся более доступными и эффективными.

Инновационные решения позволяют своевременно выявлять потенциально опасные изменения на коже и принимать необходимые меры. Поэтому каждому человеку следует уделять должное внимание своим родинкам и в случае подозрения на что-либо необычное немедленно обратиться к врачу. Раннее выявление и своевременная диагностика меланомы являются ключевыми факторами успешного лечения и повышения шансов на выздоровление. ☺☺☺

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



БОРЬБА С МЕЛАНОМОЙ: как совладать со стрессом во время лечения



Постановка онкологического диагноза влечет за собой высокий уровень стресса и целую бурю эмоций, так как рак влияет как на физическое здоровье, так и на психологическое состояние человека. Столкнувшись с онкологией, человек может пережить пять стадий реагирования: отрицание (шок), гнев, торг (вина), депрессия и принятие. Важно помнить, что их можно проживать по-разному и принятие диагноза является индивидуальным процессом. Знания этих стадий может облегчить понимание внутренних психологических процессов онкопациента.

Меланома и ее лечение могут вызвать физические изменения в вашем теле. У многих людей может остаться небольшой шрам на месте удаления меланомы, что несильно повлияет на них. У других же пациентов может быть пересадка кожи или шрам на заметной части тела. С этими изменениями бывает трудно справиться, и они могут повлиять на отношение к себе, в частности на самооценку.

Первые реакции на онкодиагноз

Пребывание в остром стрессе в первое время после установления меланомы может снизить когнитивные функции: вам будет сложно сконцентрироваться на информации, и могут наблюдаться проблемы с памятью. Высокий уровень тревоги может заставлять снова и снова искать и проверять информацию в различных источниках.

После постановки диагноза вполне нормально переживать целый спектр различных чувств и эмоций. На пути к принятию диагноза меланомы стоит помнить, что нет правильных или неправильных эмоциональных реакций. Испытывать разные чувства – это естественная часть борьбы с раком. Всевозможные чувства могут приходиться и уходить. Говорить о своих сложных эмоциях – это не признак слабости, а шаг, который поможет вам и окружающим.

Изменения, с которыми может столкнуться пациент:

- физические проблемы, связанные с побочными эффектами от лечения (последствия химиотерапии, тошнота, изменение образа тела, нарушения аппетита и сна и другие);
- смена ролей в отношениях;
- изменение обязанностей;
- изменение физических потребностей;
- эмоциональные проблемы;
- изменение планов на будущее, страх неопределенности и трудности в прогнозировании;
- борьба со стигмами;
- сложности в общении с врачом;
- проблемы в обсуждении диагноза с окружающими, чувство изолированности;

- возникновение экзистенциальных вопросов (потеря и поиск смысла жизни).

Что поможет справиться?

Составление расписания. Можно использовать ежедневник или онлайн-календарь, чтобы отслеживать встречи и мероприятия. Желательно не планировать слишком много дел на один день или неделю.

Ориентировка на свой объем доступных ресурсов. Если у вас нет времени, энергии или интереса, вы можете вежливо отказаться от чьей-то просьбы. Не стоит чувствовать себя виноватым из-за того, что говорите «нет». Диагноз «рак» меняет жизнь, и имеет смысл сосредоточиться на самом важном.

ИНОГДА ЕДИНСТВЕННЫМ АСПЕКТОМ ПРОБЛЕМЫ, КОТОРЫЙ ВЫ МОЖЕТЕ КОНТРОЛИРОВАТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ ВАША РЕАКЦИЯ НА НЕЕ. ЕСЛИ ЭТО ПОМОГАЕТ, ПОДУМАЙТЕ ОБ ЭТОМ КАК О СОХРАНЕНИИ ВАШЕЙ ЭНЕРГИИ, ЧТОБЫ ТРАТИТЬ ЕЕ НА БОЛЕЕ ВАЖНЫЕ ДЛЯ ВАС ВЕЩИ.

Просьбы о помощи. Также имеет смысл обращаться за помощью к семье, друзьям и коллегам. Близкие не всегда знают, как именно можно помочь пациенту, поэтому имеет смысл заранее подумать о конкретных задачах, с которыми вам нужна помощь. Например, это может быть помощь с покупками, приготовлением еды, присмотром за домашними животными или с тем, чтобы забрать ребенка из школы.

Расстановка приоритетов в задачах. Некоторым помогает составление списков вещей, которые вы обычно делаете, например, работа и домашние дела. Можно расположить эти вещи по степени важности, принимая во внимание то, что вы должны сделать, и то, что для вас наиболее важно.

Разбить задачи на более мелкие шаги. Иногда большие задачи можно разбить на несколько небольших. Этот процесс может облегчить решение проблем, которые кажутся непреодолимыми.

Концентрация на том, что можете контролировать. Бывает так, что в ситуации остается что-то, что вы не можете изменить или контролировать даже при самом тщательном планировании. Иногда единственным аспектом проблемы, который вы можете контролировать, является ваша реакция на нее. Если это помогает, подумайте об этом как о сохранении вашей энергии, чтобы тратить ее на более важные для вас вещи.

10 стратегий совладания со стрессом:

1. Регулярно делать физические упражнения. Умеренные физические нагрузки, такие как 30-минутная прогулка несколько раз в неделю, могут помочь снизить уровень

стресса. Поговорите со своим врачом, прежде чем начинать упражнения.

2. Проводить время на улице. Если есть возможность, прогуляйтесь по парку, но избегайте пребывания на активном солнце. Свежий воздух и звуки природы могут благоприятно влиять на нервную систему некоторых людей. О возможности и режиме прогулок лучше проконсультироваться с лечащим врачом.

3. Проводить время с любимыми. Просмотр фильмов, чтение, беседы, совместное времяпровождение с теми, кто нам симпатичен и кто испытывает симпатию к нам, могут подарить душевных сил и отвлечь от тягостных мыслей.

4. Освоить техники релаксации. Мышечное расслабление, глубокое дыхание, медитация, техники майндфулнесс с доказанной эффективностью способствуют снижению стресса и повышению настроения. Сам процесс их освоения может стать новым увлечением и подарить драгоценные моменты покоя.

5. Стремиться к соблюдению режима сна и диеты. Достаточный сон и питание являются основой для поддержания общего ощущения благополучия. Если у вас возникают проблемы со сном и аппетитом на протяжении длительного промежутка времени (от 2 недель и больше), то важно обратиться за помощью к специалисту (психологу, неврологу, психотерапевту, психиатру).

6. Поиск группы поддержки. Группы поддержки предлагают нам возможность поговорить о своих чувствах и страхах с теми, кто разделяет и понимает наш опыт. Вы также можете обратиться за профессиональной помощью к онкопсихологу, в том числе по круглосуточному бесплатному номеру горячей линии «Ясного утра»: 8 (800) 100-01-91.

7. Планировать ежедневное время для отдыха. Маленькие регулярные сиесты, вписанные в ежедневный список дел, могут помочь восстановлению сил, увеличить ощущение заботы о себе и освободить от вины за несделанные задачи.

8. По возможности делать то, что приносит удовольствие и может вас порадовать. Это может быть непросто. Стресс не способствует получению удовольствия. Тем не

менее, если удастся самостоятельно или в беседе с онкопсихологом определить занятия или дела, которые нравятся, их выполнение часто становится мощным источником положительных эмоций.

9. Ведение журнала эмоций или дневника. Описание своих чувств, фиксация мыслей на бумаге или в электронном виде само по себе позволяет выразить их полнее и немного отстраниться от непосредственного проживания. Кроме эффекта облегчения это дает иногда понимание, что не только из негативных переживаний состоит наша эмоциональная жизнь. Есть место и позитивным впечатлениям.

10. Возвращение хобби в свою жизнь или освоение нового. Увлеченность чем бы то ни было дарит любому человеку ощущение жизни в потоке творческой энергии, подпитывает надежду на благополучный исход даже в самой трудной ситуации.

В поисках «новой нормальности»

Постановка диагноза меланомы или обнаружение метастазирования меланомы может изменить вашу жизнь. Часто бывает трудно просто вернуться к «нормальной» прежней жизни. Возможно, у вас появится новый взгляд на жизнь или вы будете готовы начать все сначала. Независимо от того, как вы себя чувствуете, желательно запастись терпением, чтобы найти свою «новую норму». ☺☺☺

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



Пациентские сообщества, онлайн-группы поддержки и блогеры

ЕСЛИ У ВАС ИЛИ ВАШЕГО БЛИЗКОГО ОБНАРУЖИЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ТО, СКОРЕЕ ВСЕГО, ВЫ СТОЛКНУЛИСЬ СО МНОЖЕСТВОМ НОВЫХ ВОПРОСОВ. ПОМОЧЬ СОРИЕНТИРОВАТЬСЯ ИЛИ ОКАЗАТЬ ПОДДЕРЖКУ МОГУТ ПАЦИЕНТСКИЕ СООБЩЕСТВА, КОТОРЫЕ СОЗДАЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНО ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОПРЕДЕЛЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ГРУППОЙ БОЛЕЗНЕЙ. НА ЭТОЙ СТРАНИЦЕ МЫ СОБРАЛИ ССЫЛКИ НА СООБЩЕСТВА ДЛЯ ОНКОПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ. СООБЩЕСТВА ДАЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗ ПЕРВЫХ РУК УЗНАТЬ, КАК СПРАВЛЯЮТСЯ С БОЛЕЗНЬЮ ДРУГИЕ.

ПАЦИЕНТСКИЕ СООБЩЕСТВА

Пациентское сообщество – это группа людей, объединенных общим диагнозом или группой. Они имеют чаты в мессенджерах или группы в социальных сетях. В них обсуждается лечение, побочные эффекты от химиотерапии и жизнь вне болезни.

Пациенты делятся своим опытом, общаются, находят моральную поддержку и получают информацию о своем диагнозе. Обычно администраторы чатов сами прошли лечение, объединили вокруг себя людей и теперь радуют душой за каждого чатовца: дают максимум информации, маршрутизируют и поддерживают на волонтерских началах.

ДВИЖЕНИЕ #ЛОВЛЮЭМОЦИИ



Движение онкопозитивных людей объединяет людей с онкологией из разных городов и даже стран. Поддержка, общение и только положительные эмоции. Цель – объединять людей с онкологическими заболеваниями, отвлекать от негативных мыслей, радоваться вместе и жить здесь и сейчас, не откладывая ничего на потом. Движение онкопозитивных людей #ловлюэмоции поддерживается АНО «Рак Победим».

Присоединиться к движению



ДЕРЖУ ТЕБЯ ЗА РУКУ



Чат поддержки для родственников онкопациентов «Держу тебя за руку».

Вступить, написав в личные сообщения модератору



ОнкоПодружки (РШМ)



Сообщество пациентов

Чат «ОнкоПодружки» создан для поддержки и помощи женщинам, столкнувшимся с диагнозами «рак шейки матки» и «дисплазия шейки матки», а также их близким. В чате теплая, дружеская атмосфера общения, информационная и моральная поддержка в лечении. Общение на любые темы. Ведь жизнь состоит не только из лечения, борьбы и больниц, но и счастливых моментов, которыми хочется делиться. И, несмотря на диагноз, жизнь продолжается. Чат является закрытым, никакой коммерческой поддержки не имеет и сборов информации не ведет.

Вступить, заполнив анкету



PROSTATE CANCER RUSSIA



Сообщество для пациентов с раком предстательной железы:

- Повышение осведомленности о раке простаты.
- Информирование пациентов о всех возможных методах лечения, включая инновационную терапию.

Чат поддержки



БЛОГЕРЫ

Блогеры – это личности или команды, которые снимают видео, пишут тексты и выкладывают свои работы в сеть Интернет. Блогеры берут интервью у врачей, делятся своим опытом, рассказывают истории пациентов и формируют общественное мнение.

ОКОЛО МЕДИЦИНЫ



Блог **Анны Николаевны Малковой** – руководителя информационно-сервисной службы НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России. Канал создан для информирования онкопациентов. Информация собирается и тексты пишутся лично автором. В 2022 году Анна Николаевна Малкова была номинирована на Всероссийскую премию «Будем жить!» в номинации «Флагман телемедицины» и стала ее победителем.

ТЕЛЕГРАМ



Информационный канал «ANTI CANCER RUSSIA»



Первый информационный канал, посвященный проблемам онкологических заболеваний в России. Обсуждаются современные возможности и достижения российской медицины и науки в борьбе против рака. Авторы стараются сделать канал полезным для каждого, кто столкнулся с онкологическим заболеванием. Среди экспертов – лучшие химиотерапевты, хирурги, онкодietetологи, онкопсихологи, реабилитологи и многие другие профильные специалисты России.

Ютуб канал



Яндекс.Дзен



ONCO TV

Региональная общественная организация в области борьбы с онкологическими заболеваниями «Планы на жизнь»



Здесь вы сможете найти информацию для себя и своих близких, чтобы победить рак и повысить качество жизни. Канал нацелен на сбор правильной и достоверной информации о лечении рака: какие причины развития злокачественной опухоли, какие симптомы у рака, как проходит развитие и лечение раковой опухоли, что такое метастазы и когда необходимо обращаться к хирургу-онкологу. Здесь вы получите моральную поддержку, узнаете все о своей болезни и лечении: где нужно проходить лечение злокачественной опухоли, в какие онкологические центры можно обратиться и как выбрать онколога.

Ютуб канал



МЕДИЦИНСКИЙ РЕПОРТЕР



Это путеводитель по женской груди, и не только: самые распространенные мифы, диагнозы, страхи, новости с доктором Скворцовым. Ведет каналы **Елена Корныхова**, член правления, куратор Северо-Западного федерального округа, Председатель регионального отделения Всероссийской общественной организации помощи пациентам «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» в городе Санкт-Петербурге.

Ютуб канал



ВКонтакте



Можно ли заниматься спортом во время лечения



нения на выносливость с упражнениями на укрепление разных групп мышц и гимнастикой, а начинать занятия еще до начала лечения.

Разумеется, не нужно бежать марафон, поднимать штангу или садиться на шпагат. Нагрузки должны быть умеренными, занятие на пределе возможностей скорее повредит, чем поможет. Полноценные тренировки онкобольным противопоказаны. Бегать, прыгать и поднимать большой вес тоже нельзя, особенно если у человека артрит, остеопороз, слабость, проблемы с вестибулярным аппаратом. Не стоит выполнять упражнения, которые могут привести к потере равновесия и падению, или заниматься на неровных поверхностях, чтобы избежать травм.

Необходимо сразу же вернуться в состояние покоя, если появились следующие тревожные знаки:

- головокружение;
- помутнение зрения;
- появление или усиление боли;
- отеки;
- одышка.

Регулярная физическая нагрузка – важная часть как профилактики онкозаболеваний, так и борьбы с ними.

О возможности занятия теми или иными видами физической активности и об индивидуальных ограничениях необходимо обязательно проконсультироваться с лечащим врачом. ☺☺☺

В ОБЩЕСТВЕ БЫТУЕТ МНЕНИЕ, ЧТО ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЬНЫЕ НЕ ДОЛЖНЫ ИСПЫТЫВАТЬ НИКАКИХ НАГРУЗОК, В ТОМ ЧИСЛЕ ФИЗИЧЕСКИХ, ЧТО ИХ НУЖНО ОБЕРЕГАТЬ ОТ ЛЮБЫХ ДЕЛ. КОНЕЧНО, ЛЮДЯМ, ЗАБОЛЕВШИМ РАКОМ, НУЖНО ПОМОГАТЬ В БЫТУ, НО ПОЛНОСТЬЮ ИЗБАВЛЯТЬСЯ ОТ НАГРУЗОК НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ. ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ СПОСОБНЫ УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОБЛЕГЧИТЬ СИМПТОМЫ.

Многие онкобольные сталкиваются со слабостью, усталостью, апатией, лечение отнимает много сил. Но полное бездействие и отсутствие движения не помогут, а скорее навредят: без физической активности может развиться мышечная атрофия. А вот при умеренных нагрузках многие пациенты отмечают, что неприятные симптомы (такие как усталость, депрессия, потеря аппетита, проблемы со сном) ослабевают и даже вовсе исчезают. Кроме того, физическая активность способствует поддержанию массы тела в пределах нормы, что особенно важно, ведь избыточный вес не только является фактором риска развития онкозаболевания, но и ухудшает прогноз лечения.

Благодаря упражнениям:

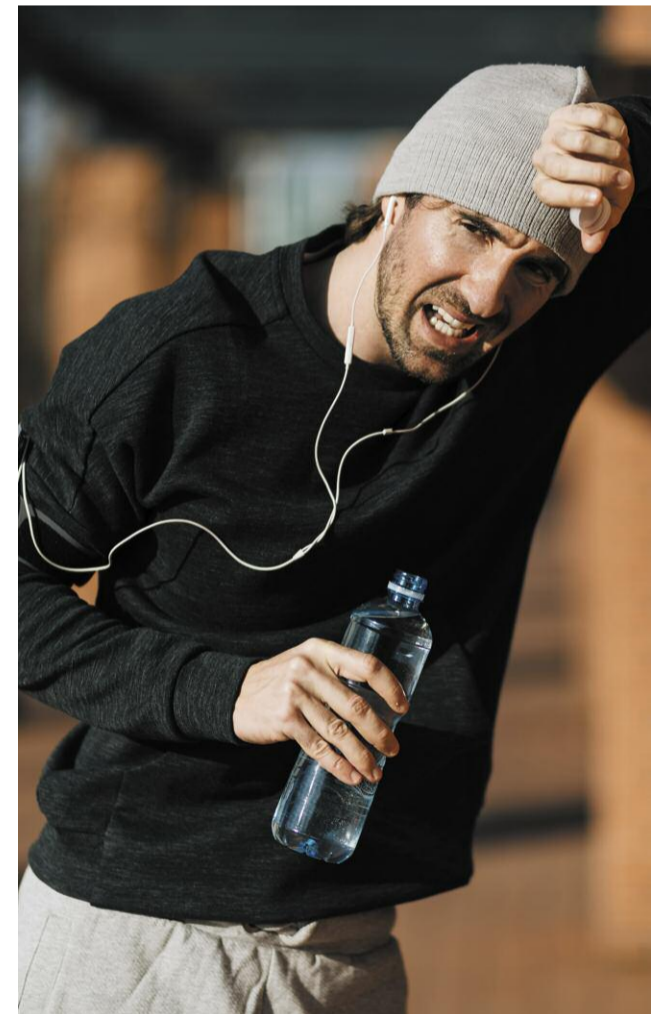
- предотвращается атрофия мышц и укрепляется мышечный тонус;
- улучшается работа дыхательной и сердечно-сосудистой системы;
- уменьшаются тошнота, рвота;
- снижается риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы;
- повышается количество энергии, пропадает усталость;
- улучшается общий эмоциональный фон: снижается тревожность, повышается настроение, растет самооценка.

Важно не просто поддерживать физическую активность, но и правильно ее дозировать, чтобы не навредить себе. Как и при любой тренировке, сначала нужно устроить раз-

минку, аккуратно разрабатывая и подготавливая к работе все группы мышц. Заниматься лучше около 2,5 часа в неделю: примерно по полчаса в день 5 дней в неделю. Можно распределять время и по-другому, но не рекомендуется нагружать организм 2,5 часа подряд. Обязательно нужно давать себе время на отдых и восстановление.

Какие это могут быть упражнения? Самое простое – ходьба. Прогулка на свежем воздухе в бодром темпе – идеальный вариант. Многим онкобольным показано занятие ЛФК. Реабилитологи рекомендуют комбинировать упраж-

УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НУЖНО ПОДБИРАТЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА, ЧТОБЫ НЕ ПРИЧИНИТЬ СЕБЕ ВРЕДА. ТАК, НАПРИМЕР, ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПОВЫШАЕТСЯ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЙ, А ЗНАЧИТ, ЗАНИМАТЬСЯ ЛФК И ДРУГИМИ ВИДАМИ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НУЖНО С ОСОБОЙ ОСТОРОЖНОСТЬЮ, ИЗБЕГАЯ КОНТАКТНЫХ ВИДОВ СПОРТА И ЗАНЯТИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ТРАВМАТИЗАЦИИ.



Источник: onco-life.ru – Официальный портал Минздрава России об онкологических заболеваниях

Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №3, 2023
Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

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

Издатель: ООО «ММА «МедиаМедика»

Редакция: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва,

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

Адрес типографии:

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

Над номером работали:

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

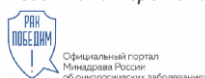
Авторский коллектив

Совет пациентских организаций



Равный онкоконсультант Светлана Неретина

При сотрудничестве с порталом onco-life.ru



Периодичность: 10 номеров в год.

Тираж: 10 тыс. экз.

Информация на сайте БЕСЕДЫ-О-ЗДОРОВЬЕ.РФ

©Все права защищены. 2023 г.

Газета распространяется бесплатно.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

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

Дата выхода: 05.07.2023

Возрастное ограничение 16+