

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ

Общероссийская газета для пациентов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ОНКОЛОГИЯ



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ
Азиз Дильшодович Зикирходжаев

Эксперт-онколог, реконструктивный и пластический хирург, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи в МНИОИ им. П.А. Герцена

Читайте на стр. 11

№5 2023

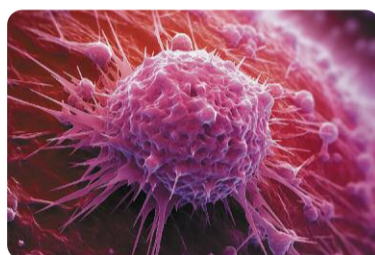
Главная тема номера:

МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак молочной железы может метастазировать практически в любые органы и ткани, но чаще всего это регионарные подмышечные лимфоузлы, легкие, головной мозг, кости и печень. Тем не менее невозможно предсказать, где и когда появятся вторичные очаги рака.

Читайте далее на стр. 4



КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИДЕТСЯ ПРОЙТИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Правильная и полноценная диагностика, такая как лабораторная и инструментальная, имеет решающее значение на пути к правильному лечению метастатического рака молочной железы. Точный список обследований подбирает лечащий врач на основании регламентированных подходов в утвержденных Минздравом России клинических рекомендаций.

Читайте далее на стр. 6



ОНКОЛИКБЕЗ ПРО РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дорогие читатели, хотим представить вам наших единомышленников: телеграм-канал «ОнкоЛикбез», девиз которого – «Онколог об онкологии простыми словами». Ведет его опытный практикующий врач-онколог, кандидат медицинских наук Марина Юрьевна Кукош. В доступной форме доктор рассказывает не только о современных методах лечения и диагностики злокачественных опухолей, о методах и средствах сопроводительной терапии и реабилитации, но и о том, как уберечь себя и близких от онкологических заболеваний.

Читайте далее на стр. 10



ТАКЖЕ В НОМЕРЕ:

ВСЕРОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ «ЗДРАВСТВУЙ!» ПОПРОСИТ МИНЗДРАВ РОССИИ ПРОДЛИТЬ ПРОГРАММУ ПО БОРЬБЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОСЛЕ 2024 ГОДА >>> 2

РИСК РЕЦИДИВОВ ПРИ РАННЕМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ >>> 5

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ >>> 6

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ: ЗАЧЕМ ОНИ НУЖНЫ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ >> 8

«ВСЕ ПРЕОДОЛИМО, ПРОСТО НУЖНО ВЗЯТЬ СЕБЯ В РУКИ» >> 9

«ПРАВДА»: КАК ОБЩАТЬСЯ НА СЛОЖНЫЕ ТЕМЫ. ПРОТОКОЛ ОБЩЕНИЯ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ >>> 10

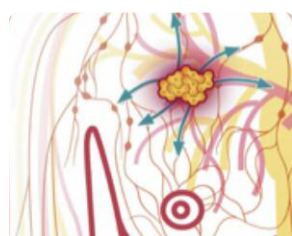
ЛАРИСА АНАТОЛЬЕВНА СМЕРНОВА: «ПАЦИЕНТЫ СЕЙЧАС СТАНОВЯТСЯ АКТИВНЫМИ УЧАСТНИКАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА. ЭТО ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ХОРОШО...» >>> 13

«ЕСЛИ ТЫ ХОЧЕШЬ ЖИТЬ, ТЫ СДЕЛАЕШЬ ВСЕ ДЛЯ ЭТОГО САМА» >>> 14

АНТОН НИКОЛАЕВИЧ ЖИГУЛЕВ: «ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИИ ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО» >>> 15

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ >>> 16

ЕЩЕ ПО ТЕМЕ:



ЧТО ТАКОЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

>>> 3



О ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

>>> 7



МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА

>>> 12

Всероссийская ассоциация помощи онкологическим пациентам «Здравствуй!» попросит Минздрав России продлить программу по борьбе с онкологическими заболеваниями после 2024 года



Фото: Оксана Шилова

С 25 по 27 октября в Москве прошел VIII Всероссийский конгресс онкопациентов, в котором приняли участие около 800 человек, более 4500 зрителей посмотрели прямые трансляции секций и круглых столов в онлайн-режиме. Среди спикеров и участников – академики РАН, руководители и ведущие научные сотрудники крупнейших федеральных научно-исследовательских центров, врачи московских и региональных медицинских учреждений, представители общественных организаций, председатели 78 региональных отделений Всероссийской ассоциации помощи онкологическим пациентам «Здравствуй!», в том числе из новых российских субъектов.

Участники конгресса обсудили широкий спектр тем, было представлено 279 экспертных докладов в 29 секциях, охватывающих различные аспекты борьбы с онкологическими заболеваниями.

Итоги федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» стали главной темой пленарного заседания. По словам директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России **Екатерины Каракулиной**, благодаря проекту создана нормативно-правовая база работы онкологической службы, которая включает территориальную программу госгарантий, маршрутизацию и ежегодно обновляемые региональные программы. В настоящее время в структуре онкологической помощи в 89 российских субъектах – 93 онкологических диспансера (больницы), 8 онкологических центров, 479 центров амбулаторной онкологической помощи, 2198 онкологических кабинетов. С 2019 года показатель смертности от онкологических заболеваний в России снизился на 5,6%.

По мнению пациентского сообщества, реализация программы позволила придать серьезный импульс развитию отрасли онкологии. «В рамках проекта в наших регионах возводятся новые объекты, оснащенные самым современным и качественным оборудованием, медицинские работники



Фото: Оксана Шилова

проходят обучение и повышают квалификацию в ведущих образовательных центрах страны. Благодаря этим мерам онкологическая помощь стала более доступной, а качество предоставляемых услуг заметно улучшилось. Мы просим о продлении программы и после 2024 года. Это будет отражено в резолюции конгресса и специальном обращении в Министерство здравоохранения РФ», – рассказала президент Всероссийской ассоциации помощи онкологическим пациентам **Ирина Боровова**.

На международной секции обсудили вопросы, связанные с ограничением доступа российских пациентов к современным международным инновациям и приостановку клинических исследований ряда лекарств на территории Российской Федерации.

«Большинство иностранных фармацевтических компаний свернуло международные многоцентровые клинические исследования новых оригинальных препаратов в России. Отечественные производители лекарств усилению проводят исследования дженериков, чтобы предотвратить

возможный дефицит медикаментов, но пока они не в силах полностью компенсировать уход иностранных компаний. Мы считаем, что такая ситуация недопустима, поскольку медицина должна оставаться вне политики и каждый человек, столкнувшийся с онкологическим диагнозом, должен иметь возможность воспользоваться новейшими разработками в диагностике и лечении рака, как российскими, так и зарубежными. Ассоциация намерена направить официальное обращение во Всемирную организацию здравоохранения с просьбой обеспечить равный доступ ко всем инновационным методам лечения для всех онкопациентов, независимо от их национальной принадлежности», – заявила член Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека **Ирина Боровова**.

На секциях, посвященных инновационным технологиям и персонализированной медицине, эксперты говорили о российских достижениях в области создания радио-

ботки позволяют лечить онкологические заболевания даже на поздних стадиях. Обеспечение доступа к такому лечению во всех российских регионах является на сегодняшний день приоритетной задачей. Особое внимание на конгрессе было уделено женскому здоровью. По словам заведующего Национальным центром онкологии репродуктивных органов МНИОИ им. П.А. Герцена **Надежды Рожковой**, за последние 10 лет количество выявленных злокачественных новообразований в I-II стадиях увеличилось на 47% и составило 73,8%, а общий показатель смертности снизился на 22,1%. Однако рак молочной железы по-прежнему занимает первое место в структуре злокачественных новообразований среди женщин. В 2022 году в России зарегистрировано 75 789 новых случаев заболевания. С целью повышения онконастороженности и стимулирования регулярного прохождения профилактических медицинских осмотров необходимо реализовывать информационно-просветительские инициативы среди женщин.

За 8 лет работы конгресс стал традиционным форумом для открытого диалога между врачами, пациентами и представителями фармацевтических компаний. Это мероприятие предоставляет возможность обсудить и выработать конструктивные решения для развития онкологической помощи. Медицинский директор по направлению «Онкология и редкие заболевания» «АстраЗенека», Россия и Евразия, **Евгения Логачева** отметила: «Успех в борьбе с онкологическими заболеваниями сегодня зависит не только от усилий науки и медицинского сообщества. Очень важны доступность терапии, приверженность пациента лечению, его информированность, а также поддержка близких и людей, которые ранее также столкнулись с диагнозом "рак". В этом смысле пациентские организации играют ключевую роль. Мы рады поддерживать инициативы и мероприятия, подобные Всероссийскому кон-



Фото: Ольга Олейник

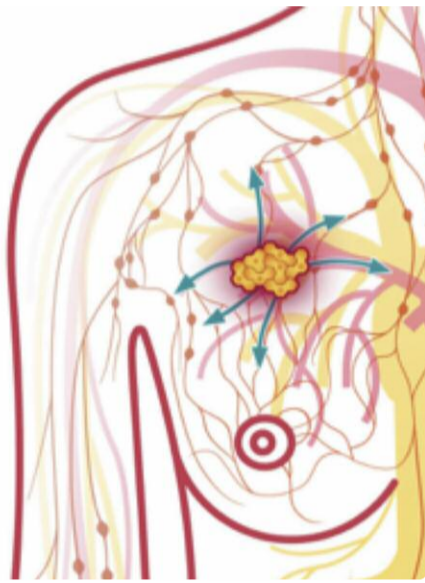
фармпрепаратов. На сегодняшний день 90% всех зарегистрированных в РФ лекарств, содержащих радиоактивные изотопы и применяемых для диагностики и лечения онкологических заболеваний, производится внутри страны. Эти разра-

группы онкопациентов. Благодаря усилиям пациентских организаций тысячи людей узнают о современных возможностях лечения онкозаболеваний, обретая шанс на победу над раком». ☺☺☺

Что такое метастатический рак молочной железы?

Метастатический рак молочной железы классифицируется как генерализованная опухоль или рак молочной железы IV стадии. Метастатический рак молочной железы состоит из клеток первоначальной опухоли, развившейся в молочной железе. Поэтому если он распространяется на кости, то этот очаг в костях состоит из клеток рака молочной железы, а не из клеток рака кости. Вместе с тем отмечено, что в ряде случаев метастатические опухоли теряют признаки первичной опухоли и становятся «дедифференцированными». Часто так происходит при высокозлокачественных опухолях, когда опухоль стремительно распространяется по организму пациента.

Опухолевый узел в молочной железе
(www.nationalbreastcancer.org/metastatic-breast-cancer).

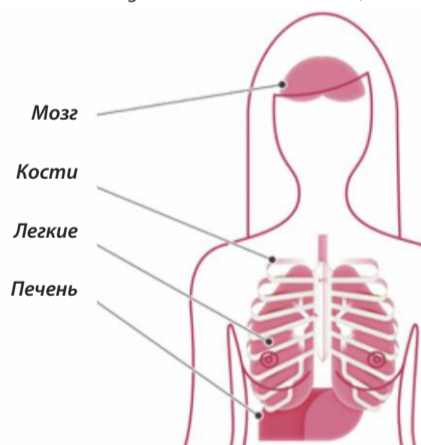


Как происходит распространение рака, или метастазирование?

Распространение рака обычно происходит через один или несколько этапов:

- злокачественные клетки проникают в кровеносную или лимфатическую систему через стенки сосудов;
- мигрируют по кровотоку или лимфатической системе в другие части тела;
- задерживаются в капиллярах, делятся и прорастают в окружающие ткани;
- рост новых опухолевых узлов (микрометастазы).

Зоны метастазирования рака молочной железы
(www.nationalbreastcancer.org/metastatic-breast-cancer).



Каковы симптомы метастатического рака молочной железы?

Симптомы могут быть различными, в зависимости от того, насколько отдаленно распространилось заболевание и в какой орган или систему органов.

По частоте встречаемости на первые позиции выходят метастазы рака молочной железы в кости. Наиболее прогностически неблагоприятная ситуация – распространение опухоли в головной мозг.

Метастазы в кости могут вызывать:

- сильную прогрессирующую боль в костях;
- опухолевый узел;
- патологический перелом (не в результате остеопороза).

Метастазы в печень могут вызывать:

- желтуху кожи, глаз;
- боль в правом подреберье за счет увеличения органа и растяжения капсулы печени;
- зуд кожи или сыпь;

- аномально высокое содержание ферментов в крови;
- потерю аппетита, тошноту и рвоту.

Метастазы в легкие часто протекают бессимптомно, могут вызывать:

- длительный кашель или невозможность сделать полный вдох;
- боль в грудной клетке.

Метастазы в головной мозг могут вызывать:

- постоянную прогрессирующую головную боль или давление на голову;
- шаткость походки и слабость в конечностях, часто асимметричную;
- рвоту или тошноту;
- нарушения зрения;
- судороги.

Другие неспецифические системные симптомы метастатического рака молочной железы могут включать постоянную усталость, потерю массы тела и плохой аппетит, субфебрильную температуру, но важно помнить, что они могут быть вызваны приемом лекарств или депрессией (<https://www.nationalbreastcancer.org/metastatic-breast-cancer/>).

Диагностика метастатического рака молочной железы

Для диагностики метастатического рака молочной железы используются различные тесты.

Рентгеновское исследование. При данном исследовании создается изображение внутренних структур организма с помощью излучения. Рентгенография грудной клетки может быть использована для поиска злокачественного поражения легких, распространившегося из молочной железы. При помощи маммографии (тоже рентгеновский метод) может быть оценена первичная опухоль, ее размеры и положение, вероятный рецидив.

Сканирование костей. Может быть использовано для поиска распространения рака в кости. При сканировании внутренняя поверхность костей просматривается с помощью радиоактивного препарата. Уже давно в рутинной практике используется для этих целей препараты технеция. Количество радиации в препарате слишком мало, чтобы быть вредным. Радиоизотопный препарат вводится внутривенно. Он накапливается в участках измененной кости и идентифицируется сканером. Здоровая кость не отличается таким накоплением и поэтому на снимках она более светлая, а поврежденные участки, злокачественные, напротив, выделяются на снимке более темным.

Интересно, что области развитого артрита или заживления после перелома также будут выглядеть темными. Вместе с тем очаги будут различаться по форме.

Компьютерная томография (КТ). Данное исследование используется для поиска опухолей в органах за пределами молочной железы, таких как легкие, печень, кости, внутренние лимфатические узлы, головной мозг. При КТ делаются снимки внутренних органов с помощью рентгеновских лучей, полученных под разными углами. Компьютер объединяет эти снимки в подробное трехмерное изображение, на котором видны любые аномалии или опухолевые узлы. С помощью КТ также можно оценить размер опухоли. Нередко данное исследование проводится с предварительным введением контрастного препарата для получения более детального изображения. Краситель на основе препарата йода может быть введен в вену пациента и/или выдан в виде жидкости для проглатывания.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ или ПЭТ-КТ). ПЭТ-сканирование обычно сочетается с КТ и называется ПЭТ-КТ. В вену пациента вводится небольшое количество радиоактивного глюкозосодержащего вещества. Это вещество поглощается клетками, которые потребляют больше всего энергии. Поскольку раковые клетки активно используют энергию, они поглощают большее количество данного вещества, чем здоровые. Количество радиации в этом веществе достаточно мало, чтобы быть опасным. Затем сканер обнаруживает это вещество и создает изображение внутренних органов.

Наиболее активные области выглядят как яркие пятна, и интенсивность яркости может быть измерена для более точного описания этих областей. ПЭТ-КТ может также использоваться для измерения размеров опухолей и более

точного определения расположения ярких пятен. ПЭТ-КТ также покажет любые аномалии в костях подобно сканированию костей. Этот метод весьма эффективен при оценке прогрессирования злокачественных опухолей, так как сканируется практически все тело «от макушки до пяток» и быстро подмечаются новые очаги при проведении исследования в динамике. Также ПЭТ полезна при оценке эффективности проводимой химиотерапии.

Магнитно-резонансная томография (МРТ). Позволяет получить детальные изображения внутренних органов с помощью магнитного поля, а не рентгеновского излучения. С помощью МРТ можно определить размер опухоли. Для получения более четкого изображения перед сканированием вводится контрастный препарат. Этот краситель обычно вводится в вену пациента. Этот метод может быть эффективен при оценке генерализации опухоли в мягкие ткани, печень, лимфатические узлы, а также головной мозг.

Ультразвуковой метод. На сегодняшний день ультразвуковое сканирование органов и тканей является рутинным как для медицинской практики в целом, так и для онкологии в частности. Данная методика может дать полезную информацию при оценке размеров и изменениях первичной опухоли, появления метастатических отсеков в регионарных лимфатических узлах (которые будут выглядеть увеличенными и/или измененными по своей структуре), печени, брюшной полости и малом тазу. Само по себе исследование безболезненное. Но вместе с комфортностью для пациентов оно также весьма ценно для оценки кровотока в опухоли и состояния окружающих сосудов и тканей, когда используется дополнение в виде доплеровского сканирования. За несколько минут врач получает важную информацию об опухоли и возможном ее прогрессировании.

Биохимические анализы сыворотки крови. Эти анализы часто проводятся для определения содержания в крови минеральных веществ, таких как калий и кальций. Они также определяют содержание ферментов, которые могут быть повышены или понижены, если злокачественное заболевание распространилось. Эти анализы также позволяют оценить, насколько хорошо работают печень и почки. Хотя результаты этих анализов могут быть не всегда точными для постановки диагноза.

Анализ крови и биопсия костного мозга. Данный анализ измеряет количество различных типов клеток, таких как эритроциты и лейкоциты в периферической крови (в сосудах), путем исследования образца крови человека. Это делается для того, чтобы убедиться, что ваш костный мозг работает нормально и вырабатывает нормальные клетки крови. Это важно для определения возможности проведения химиотерапии. Вместе с тем основным методом оценки состояния костного мозга является трепан- или корбиопсия, когда для исследования берется специальная иглой небольшое количество костного мозга, обычно под местной анестезией, из костей таза.

Анализ крови на опухолевые маркеры. Сывороточные опухолевые маркеры, или биомаркеры, – это опухолевые белки, обнаруживаемые в крови человека. Они вырабатываются опухолью или организмом в ответ на злокачественное заболевание. Повышенный уровень опухолевого маркера в сыворотке крови может быть вызван как злокачественным, так и доброкачественным заболеванием. При метастатическом раке молочной железы может проводиться анализ на раковый антиген 15-3 (CA 15-3), раковый антиген 27.29 (CA 27.29) и/или карциноэмбриональный антиген (СЕА). Эти биомаркеры могут быть обнаружены в крови людей с раком молочной железы. Однако аномальные уровни этих биомаркеров могут быть признаком и другого заболевания, не являющегося раком. Поэтому маркеры крови не могут однозначно определить первичный диагноз злокачественной опухоли. Вместе с тем определение их уровня в динамике может свидетельствовать о прогрессировании или, напротив, улучшении течения заболевания под лечебным воздействием, когда опухоль больше или меньше выделяет специфических веществ (маркеров) в кровь пациента. Некоторые анализы могут также проводиться на наличие циркулирующей ДНК или циркулирующих опухолевых клеток, что позволяет с большей уверенностью говорить о наличии злокачественной опухоли или ее прогрессировании. (III)

Источник: <https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer-metastatic/diagnosis>

ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Рак молочной железы – заболевание, при котором патологические клетки в тканях молочной железы начинают бесконтрольно делиться и образуют опухоль. При отсутствии адекватного лечения опухоль может распространиться на другие органы и системы. В 2020 г. рак молочной железы был диагностирован у 2,3 млн женщин и стал причиной более чем 685 тысяч смертей во всем мире. Около половины всех случаев рака молочной железы встречается у женщин, не имеющих каких-либо специфических факторов риска, за исключением пола и возраста.

Рак молочной железы может метастазировать практически в любые органы и ткани, но чаще всего это регионарные подмышечные лимфоузлы, легкие, головной мозг, кости и печень. Тем не менее невозможно предсказать, где и когда появятся вторичные очаги рака. Сложно резектабельный рак после длительного лечения может никогда не осложниться метастазами. Но иногда удаление молочной железы с небольшой опухолью не гарантирует излечения и через несколько лет возможно появление метастазов. Вместе с тем работает основное правило прогноза: чем больше опухоль, тем больше вероятность ее генерализации и появления метастазов. Неоднородный клеточный состав рака молочной железы обуславливает разную чувствительность метастазов к лекарственным препаратам, даже в одном органе метастазы по-разному отзываются на химиотерапию: одни уменьшаются, вторые не отвечают на лечение и со временем прогрессируют, а третьи замирают на долгий срок. Злокачественные клетки, ставшие родоначальниками рака молочной железы, и отдаленное клеточное потомство опухоли могут быть неодинаковы – рак молочной железы и его метастазы нередко абсолютно разные по особенностям развития и реагированию на противоопухолевые препараты. Но и после полноценного и, казалось бы, радикального первичного лечения рака молочной железы метастазы могут появиться через десятилетия, поэтому всю жизнь женщине необходимо наблюдаться у онколога и регулярно обследоваться.

Куда метастазирует рак молочной железы

Первый барьер на пути распространения опухолевых клеток из первичного очага в молочной железе – это лимфатические узлы по соседству – в подмышечной области, куда оттекает лимфа от всей молочной железы. Сначала в лимфоузлах появляются скопления опухолевых клеток, в дальнейшем происходит их полное замещение опухолевой тканью. При большинстве видов и вариантов рака молочной железы прогноз зависит от количества пораженных лимфатических узлов, исследуемых после хирургиче-

имитирующей инсульта. Ярким проявлением поражения головного мозга при злокачественных опухолях молочной железы являются шаткость походки, а также снижение силы и чувствительности в конечностях. Компьютерная томография позволяет достаточно точно дифференцировать новообразование от инсульта или инфаркта головного мозга.

Распространение опухоли в легкие может происходить изолированно или вместе с появлением метастазов рака в других органах. Способствуют образованию в легочной ткани раковых отсеков богатое кровоснабжение и анатомическая близость к молочной железе. Обычное рентгенологическое исследование, в том числе ежегодное профилактическое – флюорографическое, поможет заподозрить наличие генерализации опухоли в легкие. Часто клиническая картина «запаздывает» и лишь на далеко зашедшей стадии поражения ткани легкого пациенты ощущают нехватку воздуха, кашель и другие тягостные проявления диссеминации.

Метастазы в кости также типичны для рака молочной железы. Они возникают как изолированно – только в скелете, так и последовательно и параллельно с очагами рака в

ГОЛОВНОЙ МОЗГ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ОРГАНОВ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ского лечения. Основными признаками поражения лимфатических узлов являются их увеличение и повышение их плотности. Хотя боль при этом в лимфатических узлах часто не отмечается. Ультразвуковое исследование и пункция лимфатического узла «расставят все точки над и» и позволят точно определить характер поражения. Головной мозг является одним из основных органов метастазирования рака молочной железы. Метастазы могут быть как единичные, так и множественные и иногда впервые выявляются при неврологической симптоматике,

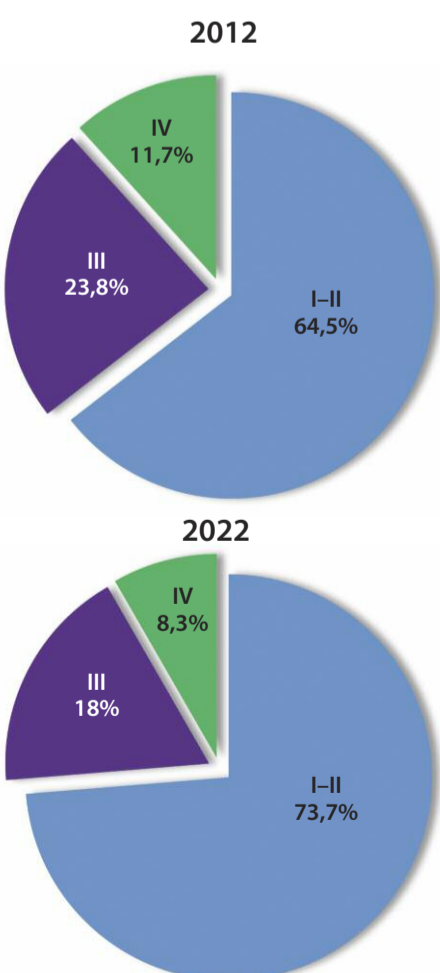
других органах и тканях. Болевые очаги в костной системе должны насторожить как пациента, так и лечащего врача. Сцинтиграфия костной системы с препаратами технеция-99 – действенная мера для определения местоположения очагов и наблюдения за ними в динамике. Поэтому при выявлении опухоли важно в первую очередь определить ее тип, а также пройти ряд обследований на выявление метастазов. Это два важнейших пункта в диагностике рака молочной железы, от которых зависит успех лечения пациента. ☺☺☺

РИСК РЕЦИДИВОВ при раннем раке молочной железы

Не секрет, что рак молочной железы (РМЖ) является самым частым онкологическим заболеванием у женщин во всем мире, и в том числе в России [1, 2]. К раннему РМЖ относят заболевание (I–III стадии), ограниченное молочной железой и регионарными лимфатическими узлами, но не имеющее отдаленных метастазов в другие органы. И подавляющее большинство случаев РМЖ выявляется именно на ранних стадиях. По данным за 2022 г. доля впервые выявленного РМЖ на I–III стадиях в России составила 91,7% от всех новых случаев [2]. Стоит также отметить, что в России доля раннего РМЖ среди впервые выявленных случаев увеличивается с каждым годом (рис. 1). А это значит, что все больше возрастает значимость выбора адъювантной терапии.

Гормонозависимый HER2-отрицательный (HR+/HER2-) подтип РМЖ распространен наиболее широко, и его доля составляет 70–75% от всех случаев [3]. Основа адъювантного лечения HR+/HER2- РМЖ – эндокринная терапия (ЭТ) [4]. Рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO) и Национальной всеобщей онкологической сети (NCCN) при HR+/HER2- раннем РМЖ включают длительную (≥5 лет) адъювантную ЭТ для большинства пациентов после хирургического лечения [1, 5]. Для пациентов с повышенным риском рецидива рекомендуется продленное лечение адъювантной ЭТ [1, 6–8]. В дополнение к ЭТ может быть назначено лечение адъювантной химиотерапией с учетом степени риска рецидива и вероятной пользы от химиотерапии.

Рис. 1. Изменение доли больных с впервые установленным диагнозом РМЖ на разных стадиях в России за 10 лет (2012 и 2022 г.) [2].



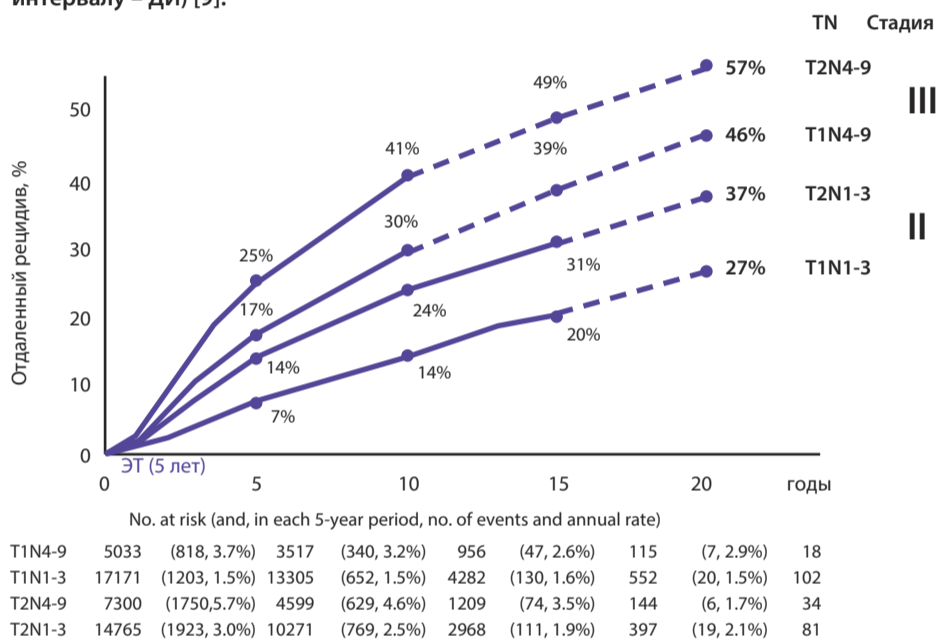
Лечение пациентов с ранним РМЖ проводится с целью достижения полного выздоровления, тем не менее риск появления локорегионарных и/или отдаленных рецидивов до сих пор остается серьезной проблемой. Метаанализ, включивший 88 исследований и почти 63 тыс. пациенток, показал, что каждая третья (27–37%) женщина со II стадией и каждая вторая (46–57%) женщина с III стадией HR+/HER2- РМЖ рано или поздно столкнется с рецидивом заболевания (рис. 2) [9]. Установлено, что рецидивы заболевания продолжают возникать на протяжении 15 лет наблюдений после завершения 5-летней адъювантной ЭТ, т.е. в

течение 20 лет от постановки диагноза. При этом вероятность возникновения отдаленного рецидива связана с исходным статусом TN (анатомической стадией) опухоли. Таким образом, **анатомическая стадия**, выявленная при постановке диагноза, является важным прогностическим фактором. Пациенты с более высокой стадией имеют худший прогноз относительно выживаемости без признаков заболевания по сравнению с пациентами с более низкой стадией [10, 11]. Выделяют низкий, промежуточный и высокий риски развития рецидива, которые соответствуют анатомическим стадиям РМЖ – 0–I, II и III со-

гласно критериям AJCC (рис. 3) [10]. При этом некоторые пациенты с одинаковыми анатомическими стадиями могут быть отнесены к более высокой прогностической стадии, если по результатам оценки морфологических особенностей их опухоль имеет более высокую **степень злокачественности – G** (см. таблицу) [10].

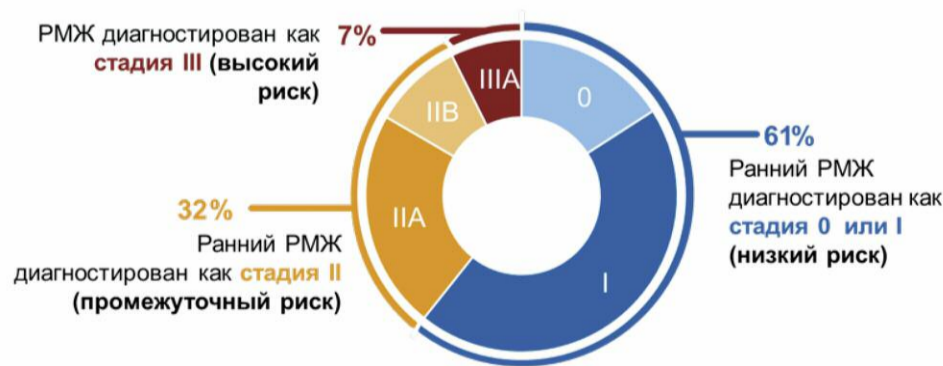
В некоторых случаях при HR+/HER2- раннем РМЖ прогностическое значение может иметь оценка уровня экспрессии Ki-67. Уровни экспрессии делят на низкий (<10%), умеренный (10–19%) и высокий (≥20%) [12]. Но прогностическая ценность Ki-67 для пациентов с опухолями разной степени тяжести различна. Так, для пациентов с I стадией и пациентов со II стадией и низким или средним уровнем экспрессии Ki-67 прогностическая роль этого критерия незначительна. Но для пациентов со II стадией заболевания уровень экспрессии Ki-67 ≥20% является фактором неблагоприятного прогноза, который переводит пациентов с промежуточным риском в прогностическую группу с высоким риском рецидива [12]. Таким образом, при раннем РМЖ вероятность рецидива может сохраняться многие годы (более 20 лет от постановки диагноза). Основными критериями, отражающими степень риска развития рецидива, являются анатомическая стадия заболевания, выявленная при постановке диагноза, и степень злокачественности опухоли. Два этих критерия в совокупности определяют прогностическую группу пациента. В то же время для пациентов с промежуточным риском важное значение имеет уровень экспрессии Ki-67, поскольку позволяет уточнить прогностическую группу таких пациентов. III

Рис. 2. Частота возникновения отдаленных рецидивов в зависимости от стадии раннего ER+ РМЖ (планки погрешностей соответствуют 95% доверительному интервалу – ДИ) [9].



Примечание. TN – классификация опухоли, где T – оценка распространения рака груди, N – оценка поражения регионарных лимфоузлов.

Рис. 3. Соответствие уровня риска развития рецидива и прогностической стадии РМЖ. Классификация риска в зависимости от анатомической стадии согласно клиническим рекомендациям AJCC [10].



T	N	Степень злокачественности опухоли		Прогностическая стадия
		G2	G3	
Анатомическая стадия IIA				
T0	N1		-	IIIA (если ER+, PR-)
T1	N1	-		IB, IIB (если ER+, PR-)
T1	N1		-	IIIA (если ER+, PR-)
T2	N0	-		IIB
T2	N0		-	IIA, IIB или IIIA (если ER+ PR-)
Анатомическая стадия IIB				
T2	N1	-		IIIA
T2	N1		-	IIIB (если ER+, PR-)
T3	N0	-		IIIA (если ER+, PR-)
T3	N0		-	IIIB (если ER+, PR-)

Литература

- Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2019; 30 (8): 1194–220. DOI: 10.1093/annonc/mdz173
- Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии». Минздрава России, 2023. <https://oncology-association.ru/sostoyanie-onkologicheskoy-pomoshhi-naseleniyu-rossii-v-2022-godu> (Дата последнего обращения – 21 сентября 2023 г.).
- Howlander N, Altekruse SF, Li CI et al. US incidence of breast cancer subtypes defined by joint hormone receptor and HER2 status. J Natl Cancer Inst 2014; 106: dju055.
- Pistilli B, Lohrisch C, Sheade J et al. Personalizing adjuvant endocrine therapy for early-stage hormone receptor-positive breast cancer. Am Soc Clin Oncol Educ Book 2022; 42: 1–13.
- National Comprehensive Cancer Network. Breast Cancer. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf (Дата последнего обращения – 21 сентября 2023 г.).
- Davies C, Gray R, Pan H et al. Tamoxifen therapy for patients with breast cancer – authors' reply. Lancet 2013; 381: 2078–9.
- Jakesz R, Greil R, Gnani M et al. Extended adjuvant therapy with anastrozole among postmenopausal breast cancer patients: results from the randomized Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group Trial 6a. J Natl Cancer Inst 2007; 99: 1845–53.
- Howell A. Adjuvant aromatase inhibitors for breast cancer. Lancet 2005; 366: 431–3.
- Pan H, Gray R, Braybrooke J et al. 20-Year Risks of Breast-Cancer Recurrence after Stopping Endocrine Therapy at 5 Years. N Engl J Med 2017; 377 (19): 1836–46 (+ supplementary). DOI: 10.1056/NEJMoa1701830
- Amin MB et al. AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer International Publishing, 2017.
- Park YH et al. Clinical relevance of TNM staging system according to breast cancer subtypes. Ann Oncol 2011; 22 (7): 1554–60. DOI: 10.1093/annonc/mdq617
- Fasching PA et al. Prognostic effect of Ki-67 in common clinical subgroups of patients with HER2-negative, hormone receptor-positive early breast cancer. Breast Cancer Res Treat 2019; 175 (3): 617–25. DOI: 10.1007/s10549-019-05198-9

При поддержке ООО «Новартис Фарма»
721653/onco/dap/10.23/0

Какое обследование придется пройти при метастатическом раке молочной железы

Правильная и полноценная диагностика, такая как лабораторная и инструментальная, имеет решающее значение на пути к правильному лечению метастатического рака молочной железы. Точный список обследований подбирает лечащий врач на основании регламентированных подходов в утвержденных Минздравом России клинических рекомендациях. Но давайте разберемся в диагностических методах, которые имеют значение в данной клинической ситуации.

Инструментальная диагностика

Ультразвуковое исследование (УЗИ) назначается всем пациенткам с подозрением или уже выявленным раком молочной железы. Информация о локализации и количестве измененных лимфатических узлов позволяет определить стадию опухолевого процесса. Несмотря на то, что с помощью УЗИ невозможно получить морфологическую оценку структуры опухоли, на основании ряда ультразвуковых признаков можно заподозрить наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах, планировать дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия.

Кроме исследования самой молочной железы и путей лимфотока также исследуются органы брюшной полости и малого таза – для исключения поражения этих областей метастазами.

Компьютерная томография (КТ) – информативный и широко используемый сегодня метод выявления вторичных изменений в организме при подозрении на метастатический рак молочной железы.

Сканирование без внутривенного контрастирования недостаточно информативно в отношении очагов малого диаметра, а также в случае наличия метастазов в таких органах, как печень. При использовании контрастного усиления на томограммах видны метастазы, размер которых не превышает 3–5 мм. Особенностью злокачественных новообразований является измененная, отличная от нормальной васкуляризация. При контрастировании ткань опухоли интенсивно накапливает окрашивающее вещество, что позволяет четко дифференцировать пораженные участки от здоровых структур.

КТ с контрастным усилением дает возможность уточнить размеры, локализацию метастазов, их количество. Достоверность результатов КТ при определении легочных метастазов значительно выше, чем у рентгенографии, и ее можно выполнять без внутривенного контрастирования.

Так как этот метод высокоинформативен в оценке костной структуры и легочной ткани, он является «золотым стандартом» в диагностике метастазов этих систем.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ) – эффективный и современный метод диагностики онкологических

заболеваний. Метод сочетает возможности ПЭТ и КТ и позволяет с высокой долей уверенности установить наличие метастазов.

ПЭТ-КТ способна оценивать интенсивность обмена веществ в клетках организма, что позволяет обнаруживать метастазы, которые имеют высокий уровень метаболизма. Раковые клетки активнее делятся и быстрее растут, а значит, поглощают больше глюкозы и других биологически активных веществ. Именно с учетом интенсивности этого накопления и построены изображения ПЭТ. Именно способность ПЭТ «видеть» очаги повышенного обмена веществ позволяет четко выявить метастазы, чего иногда не могут сделать другие методы визуализации – рентген, УЗИ, КТ и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Поскольку ПЭТ-КТ при раке молочной железы в Российской Федерации выполняется только с целью поиска метастазов, пациенткам с начальными стадиями заболевания либо с низкой вероятностью метастазирования это обследование могут не назначить. При генерализованных раках, когда имеются отдаленные метастазы, этот метод также хорошо зарекомендовал себя в оценке динамики процесса, когда можно точно оценить степень регрессии или, напротив, прогрессирования на основе количественно-качественного анализа имеющихся очагов в теле пациента.

МРТ – основной метод диагностики метастазов в головной и спинной мозг. Метастазы в головной мозг выявляются у 10–20% больных раком молочной железы. Поэтому лечащий врач может исходя из наличия рисков метастазирования назначить это исследование. Важно знать, что метастазы в головной мозг могут протекать и без каких-либо симптомов, а иногда в редких случаях могут имитировать инсульт.

МРТ имеет значительное преимущество перед КТ в диагностике метастазов малого размера и так называемого лептоменингеального метастазирования – поражения оболочек головного и спинного мозга.

В подавляющем большинстве случаев исследование выполняется с внутривенным контрастированием для четкой визуализации контуров метастазов и визуализации оболочек головного мозга.



Вместе с тем часто МРТ-исследования заменяются КТ-исследованием в силу большего количества КТ-оборудования в медицинских организациях страны, меньшей длительностью процедуры и большей комфортностью для пациентов.

Остеосцинтиграфия (ОСГ) – исследование костей всего скелета на предмет их вторичного поражения. Как следует из названия, никакие другие органы и системы, кроме костной, не исследуются. Однако это исследование более доступно и имеет гораздо меньшую стоимость, чем ПЭТ-КТ, но уступает ей в информативности. Поэтому пациентам, которым уже сделали ПЭТ-КТ, ОСГ не назначают. ОСГ в отличие от МРТ и КТ оценивает не только кости на уровне грудной, брюшной полости, области малого таза, которые входят в зоны обязательного обследования, но и кости черепа, верхних и нижних конечностей, а также весь позвоночник.

Лабораторная диагностика

Основным методом диагностики при раке молочной железы как с, так и без метастазов является иммуногистохимическое исследование – определение специальных белков и рецепторов в биоптате опухоли.

Клетки опухоли обладают способностью вырабатывать и располагать на своей поверхности специальные белки – рецепторы, стимуляция которых приводит к запуску клеточного деления и росту опухоли. Определение этих показателей в совокупности имеет решающее значение в назначении оптимальной и персонализированной тактики лечения пациенток при раке молочной железы, в том числе метастатическом.

Об этом более детально рассказано в отдельной статье этого выпуска. ☺☺☺

Иммуногистохимическое исследование при раке молочной железы

Иммуногистохимическое исследование (ИГХ) при раке молочной железы сегодня входит в число обязательных исследований при установленном диагнозе рака молочной железы, в том числе и при метастатическом. Его результаты позволяют определить молекулярный тип опухоли и подобрать женщине максимально подходящее противоопухолевое лечение, а также определить прогноз течения заболевания.

С тоит сразу сказать, что ИГХ – отдельное исследование, которое проводится в отдельной лаборатории и никак не связано с морфологическим анализом биоптата опухоли молочной железы, хотя и следует сразу за ним.

Метод позволяет оценить **рецепторный статус и пролиферативный потенциал** опухолевых клеток. Происходит это путем установления степени экспрессии (выработки) того или иного белка или рецептора на поверхности опухолевой клетки. Согласно актуальным клиническим рекомендациям, для рака молочной железы имеет значение наличие на опухолевых клетках следующих рецепторов, различные комбинации которых называются рецепторным статусом:

- Рецепторы к гормонам – эстрогенам и прогестерону (ER, PR). Значительная часть опухолей молочной железы являются гормонально-зависимыми, то есть их рост поддерживается и стимулируется половыми гормонами – эстрогенами и прогестероном. Опухоли с положительным гормональным рецепторным статусом хорошо отвечают на терапию аналогами гормонов. Эти препараты блокируют соответствующие рецепторы – связываются с ними, но не вызывают активации внутриклеточных процессов. Таким образом, исследование продукции опухолью ER и PR позволяет определить ее чувствительность к гормональным препаратам.
- Рецептор второго типа к человеческому эпидермальному фактору роста (HER2/neu). В клетках некоторых опу-

холей молочной железы имеет место повышенная выработка данного белка, который, соединяясь с естественным фактором роста, запускает в опухолевой клетке процесс деления. Общее число пациенток с HER2-положительным раком молочной железы составляет от 15 до 20%. Определение HER2/neu имеет не только прогностическое значение (такие опухоли обычно прогрессируют быстрее и имеют более агрессивное клиническое развитие), но и позволяет оценить возможность применения таргетных лекарственных препаратов – моноклональных антител к рецептору HER2, таких как, например, трастузумаб (герцептин), лапатиниб, пертузумаб.

Пролиферативная активность – показатель способности опухолевых клеток к неограниченному делению, которое является основным фактором биологической агрессивности опухоли. Процесс деления сопровождается появлением в клетке определенных белков, один из которых Ki-67. Он не продуцируется в клетках в здоровом состоянии, что позволяет использовать его как маркер пролиферативной активности опухоли. Определение уровня Ki-67 имеет важное прогностическое значение, так как наибольшей пролиферативной активностью обладают опухоли из наименее зрелых и недифференцированных клеток.

Для чего используется исследование?

- Для определения гормонорецепторного статуса и степени пролиферативной активности рака молочной железы, оценки прогноза и индивидуализации лечения, в том числе определения показаний для назначения таргетной терапии.
- По результатам детекции гормональных рецепторов определяется целесообразность использования антиэстрогенов, а рецептора HER2 – таргетных анти-HER2-препаратов. Выявленное отсутствие этих маркеров позволяет избежать назначения заведомо неэффективной терапии. Высокий индекс пролиферативной активности, а также негативность по рецепторному статусу по большей части

являются показанием для добавления к лечению цитостатических препаратов.

Результат исследования

Различают следующие молекулярно-биологические типы опухоли молочной железы в зависимости от комбинаций выявленных аномалий:

- люминальный A (LumA) – наиболее благоприятный тип;
- люминальный B, HER2-отрицательный (LumB-);
- люминальный B, HER2-положительный (LumB+);
- HER2-положительный, нелюминальный (HER2+);
- тройной негативный тип (TNBC) – наименее благоприятный тип.

ИГХ – ключевой этап в диагностике рака молочной железы. Только после этого исследования врач может определиться с комплексной тактикой лечения пациента – целесообразностью проведения операции и послеоперационной химио/гормональной/лучевой терапией. За последние два десятилетия наука шагнула далеко вперед и сегодня пациентки с опухолями молочной железы имеют все шансы на подбор индивидуальной терапии и благоприятный прогноз на излечение. Основное условие – быть внимательными к состоянию своего здоровья и при малейших подозрениях обратиться к врачу. Это правило работает при выявлении локализованных опухолей, а при запущенных – в резерве онкологов остается немного средств. (11)

О лечении метастатического рака молочной железы



Основные цели лечения метастатического рака молочной железы заключаются в том, чтобы обеспечить:

- как можно более длительную выживаемость при данном заболевании;
- меньшее количество побочных эффектов от лечения опухоли;
- наилучшее качество жизни;

Вылечить метастатический рак молочной железы невозможно, но можно обеспечить хорошее качество жизни в течение нескольких месяцев или даже лет. Варианты лечения метастатического рака молочной железы зависят от:

- локализации распространенного рака в организме;
- наличия и уровня гормональных рецепторов и HER2 в опухоли;
- наличия генных мутаций в опухоли;
- проявления специфических симптомов генерализации;
- схемы предыдущего лечения;
- общего состояния здоровья пациента на текущий момент.

Эффективность лечения зависит от многих факторов, в том числе морфологического типа рака молочной железы, его распространенности, а также от того, какие методы лечения уже применялись. Поскольку нередко метастатический рак молочной железы со временем перестает реагировать на лекарства, возможно, придется довольно часто менять лечение.

При метастатическом раке молочной железы применяются:

1. Гормональная терапия.
2. Химиотерапия.
3. Таргетная терапия.
4. Иммунотерапия.

Человек может получать одновременно один вид лекарств или комбинацию препаратов. Первый набор препаратов, применяемых при метастатическом заболевании, называется лечением первой линии. Если злокачественное заболевание прогрессирует, может быть использована другая комбинация препаратов, называемая лечением второй линии. Эти препараты могут также назначаться в рамках плана комплексного лечения, включающего хирургическое вмешательство и/или лучевую терапию.

Важно сообщить лечащему врачу, принимает пациент какие-либо другие рецептурные или безрецептурные препараты или добавки. Они могут взаимодействовать с противораковыми препаратами, вызывая нежелательные побочные эффекты или снижая их эффективность.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Гормональная, или эндокринная, терапия, является эффективным методом лечения многих опухолей, положительно реагирующих на препараты к рецепторам эстрогена (ER) или прогестерона (PR).

Опухоли с положительными гормональными рецепторами могут использовать гормоны для своего роста. Цель гормональной терапии – снизить уровень эстрогена и прогестерона в организме или заблокировать их поступление в злокачественные клетки, следовательно, замедлить их рост.

В целом гормональная терапия рекомендуется всем пациентам с гормон-рецептор-положительным раком молочной железы. Возможные варианты лечения зависят от нескольких факторов:

- наличия или отсутствия менструаций;
- типа лечения, которое получают или получали;
- периода времени до рецидива рака;
- распространенности рака в организме;
- наличия симптомов;
- пола пациента.

ВАРИАНТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Тамоксифен

Тамоксифен – препарат, блокирующий связывание эстрогена с клетками рака молочной железы. К распространенным побочным эффектам тамоксифена относятся приливы жара, а также вагинальные выделения у женщин. Очень редкие риски включают развитие рака слизистой оболочки матки, катаракту и образование тромбов. Этот метод лечения отличается универсальностью, подходит любому человеку и не зависит от менопаузального статуса или даже пола. Мужчины с раком грудной железы выявляются менее чем в 1 случае на 100 тыс. мужского населения в год.

Ингибиторы ароматазы

Ингибиторы ароматазы (ИА) снижают количество эстрогенов, производимых тканями, отличными от яичников, путем блокирования фермента ароматаза. Этот фермент трансформирует гормоны, называемые андрогенами, в эстрогены, следовательно, ИА блокируют эту трансформацию. К побочным эффектам приема ИА можно отнести:

- ригидность суставов, иногда в сочетании с болевыми проявлениями;
- приливы жара;
- сухость слизистой влагалища;
- повышенный риск развития остеопороза и переломов костей;
- повышенный уровень холестерина.

Исследования показывают, что все виды ИА работают одинаково хорошо и имеют схожие побочные эффекты. Однако пациенты, имеющие слишком много побочных эффектов при приеме одного из ИА, по неясным причинам могут иметь меньше побочных эффектов при приеме другого препарата. ИА могут принимать как пременопаузальные женщины, так и мужчины, если данные препараты назначаются в комбинации с инъекционными препаратами. Людям с сохранным менструальным циклом не рекомендовано принимать ИА без инъекционного препарата для блокирования функции яичников (овариальная супрессия), поскольку они не блокируют действие эстрогенов, вырабатываемых яичниками.

Овариальная супрессия

Овариальная супрессия – использование лекарственных препаратов или хирургическое вмешательство с целью прекращения выработки эстрогенов яичниками. Она мо-

жет применяться в комбинации с тамоксифеном, ИА. Препараты, называемые аналогами гонадотропина или лютеинизирующего релизинг-гормона, могут угнетать выработку яичниками эстрогена, вызывая временную менопаузу. Операция по удалению обоих яичников также навсегда прекращает выработку эстрогенов. Подавление выработки эстрогенов яичниками обычно используется как часть лечения гормонально-положительного метастатического рака молочной железы у людей, не достигших периода менопаузы.

Гормональная терапия второй линии

Если первая линия гормонотерапии, проводимая самостоятельно или в сочетании с таргетной терапией, перестает действовать или плохо переносится, переход на другой вид гормональной терапии может быть возможен, если нет данных о прогрессировании заболевания. Новая гормональная терапия может также сочетаться с некоторыми видами таргетной терапии.

Если злокачественное заболевание прогрессирует во время лечения гормональными препаратами метастатического ER-положительного и HER2-отрицательного рака молочной железы, Американское общество клинической онкологии (ASCO) рекомендует провести тестирование на наличие мутаций ESR1, которые могут развиваться в ответ на лечение. В это время можно также провести тестирование на наличие мутаций PIK3CA.

Для больных распространенным ER-положительным, HER2-отрицательным раком молочной железы и с отсутствием таргетной мутации ESR1, которые уже получали гормональную терапию и ингибитор CDK4/6, варианты лечения могут включать антиэстрогены, ИА в самостоятельном варианте или гормональную терапию в сочетании с таргетной терапией. Для пациентов с таргетной мутацией ESR1 возможны варианты антиэстрогенов или другая гормональная терапия как отдельно, так и в комбинации с таргетной терапией.

Для пациентов мужского пола с метастатическим гормон-положительным и HER2-отрицательным раком молочной железы ASCO рекомендует гормональную терапию антиэстрогенами. Другие варианты включают ИА в сочетании с препаратами, снижающими выработку андрогенов. Если метастатический гормон-положительный, HER2-отрицательный или HER2-низкий рак молочной железы рецидивирует или даже прогрессирует во время гормональной терапии, то следует назначить другую гормональную терапию.

ХИМИОТЕРАПИЯ

Химиотерапия – это лекарственные препараты, направленные на уничтожение быстро делящихся клеток, как злокачественных, так и доброкачественных. Химиотерапия метастатического рака молочной железы может проводиться по разным схемам, в зависимости от того, какая схема или график лучше всего зарекомендовали себя в клинических исследованиях. Химиотерапия может проводиться один раз в неделю, один раз в 2 недели, один раз в 3 недели или даже один раз в месяц. Недельные схемы нередко включают недели перерыва. В целом химиотерапия часто проводится непрерывно, до тех пор, пока она оказывает противоопухолевый эффект и пациент не испытывает слишком много побочных эффектов.

Больной метастатическим раком молочной железы обычно получает схему лечения, включающую одновременно один вид химиотерапии, а не комбинацию. ASCO рекомендует назначать пациентам с метастатическим тройным негативным раком молочной железы, без экспрессии PD-L1, и пациентам с метастатическим гормон-положительным, HER2-отрицательным или HER2-низким раком молочной железы, которым гормональная терапия уже не помогает, схемы химиотерапии с использованием только одного препарата. Однако некоторым пациентам с указанными типами рака в зависимости от симптомов и прогноза может быть предложена комбинированная химиотерапия. Выбор оптимального варианта химиотерапии для каждого пациента зависит от нескольких факторов, включая ранее полученное лечение, возможные побочные эффекты,

общее состояние здоровья и даже предпочтения больного. Лицам с наследственными мутациями BRCA, страдающим метастатическим раком молочной железы, по возможности следует предлагать химиотерапию с платиносодержащими препаратами.

Побочные эффекты от химиотерапии индивидуальны, зависят от используемого препарата (препаратов), графика и дозы. Эти побочные эффекты могут включать усталость, тошноту и рвоту, язвы во рту, выпадение волос, сыпь, потерю аппетита, онемение и покалывание при повреждении периферических нервов конечностей, диарею. Данные побочные эффекты часто можно успешно предотвратить или купировать во время лечения с помощью поддерживающих препаратов, и большинство симптомов обычно проходит после окончания лечения.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ

Таргетная терапия – целенаправленное лечение и действует иначе, чем химиотерапия. Этот вид лечения блокирует рост и распространение раковых клеток, воздействуя на специфические клеточные мишени, при такой терапии минимизируется повреждение здоровых клеток. Не все опухоли имеют одинаковые клетки-мишени. Кроме того, продолжаются исследования, направленные на выявление конкретных молекулярных мишеней и новых методов лечения, направленных на них. Существуют разные

виды таргетной терапии, различающиеся по способу воздействия на злокачественные клетки.

МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА

Моноклональное антитело распознает и присоединяется к определенному белку в злокачественных клетках и не воздействует на клетки, не содержащие этот белок. Кроме того, некоторые моноклональные антитела сообщаются с химиотерапевтическим препаратом и помогают доставить химиотерапевтический препарат к конкретной злокачественной клетке.

ИНГИБИТОРЫ МАЛЫХ МОЛЕКУЛ

Ингибиторы малых молекул – препараты, разработанные специально для воздействия на те структуры злокачественной клетки, которые способствуют ее росту и выживанию. Структуры, на которые направлено действие этих препаратов, могут быть рецепторами на внешней стороне клетки, ферментами на внутренней стороне клетки или белком, важным для роста клетки. Некоторые из этих препаратов могут воздействовать на разные части клетки. Такие препараты называются мультитаргетными.

ИММУНОТЕРАПИЯ

Иммунотерапия использует естественные защитные силы организма для борьбы со злокачественным заболеванием,

повышая способность иммунной системы атаковать раковые клетки.

Разные виды иммунотерапии могут вызывать различные побочные эффекты. Общие побочные эффекты включают сыпь, гриппоподобные симптомы, диарею и изменение массы тела. К редким, но тяжелым побочным эффектам относятся надпочечниковая недостаточность, гипотиреоз или гипертиреоз, а также пневмония.

В заключение необходимо отметить, что на сегодняшний день рак молочной железы относится к группе так называемых «управляемых раков», поскольку благодаря значительному кругу используемых методов лечения, в том числе лекарственной терапии, ежегодная летальность женского населения России от опухолей молочной железы составляет около 5% в 2022 г. (тогда как для всех злокачественных новообразований – около 20%). Причем эти статистические данные отмечаются на фоне значительного количества первичных III и IV стадий заболевания – около 26% (в 2022 г.), когда III стадия, так же, как и IV стадия, относится к запущенным в силу того, что молочная железа визуально доступна локализация и заподозрить в ней опухоль не требует особого инструментария. Таким образом, пациентки даже с рецидивным или генерализованным раком молочной железы имеют высокие шансы на продление жизни и сохранение высокого уровня ее качества. ☺☺☺

Препараты для укрепления костной ткани: зачем они нужны при раке молочной железы

Бисфосфонаты – это группа препаратов, которые используются для защиты костей от воздействия некоторых видов злокачественных заболеваний и для лечения некоторых заболеваний костей. Бисфосфонаты могут применяться для лечения множественной миеломы и костных метастазов опухолей. Также они могут использоваться для профилактики и лечения остеопороза при гормональной терапии злокачественного заболевания молочной железы, когда требуется восстановить структуру кости.

Как действуют бисфосфонаты?

Бисфосфонаты замедляют действие костных клеток (остеокластов), которые растворяют небольшие фрагменты костей, способствуя их реконструированию и сохранению прочности. Когда злокачественное заболевание распространяется на кости (метастазирует), эти клетки становятся чрезмерно активными, в результате чего кость разрушается быстрее, чем восстанавливается. В результате повреждения кости могут стать тоньше и слабее, что может проявляться:

- болью в пораженных костях;
- повышенным уровнем кальция в крови (гиперкальциемия);
- повышенным риском переломов костей (трещин).

Применение бисфосфонатов

Бисфосфонаты могут применяться для:

- уменьшения болей в костях, вызванных костными метастазами, множественной миеломой, другим заболеванием костной системы;
- снижения высокого уровня кальция в крови;
- укрепления костей и снижения риска переломов, вызванных злокачественным заболеванием, костными метастазами или остеопорозом.

Боль в костях

Большинство видов рака, поражающего кости, возникает в другой части тела и распространяется на кость. Наиболее распространенными видами являются рак молочной железы, предстательной железы и легкого. Боли при раке часто связаны с метастазами в кости или возникшим вследствие этого переломом.

Остеопороз

Потеря костной массы (или плотности костей) называется остеопорозом. Это состояние приводит к тому, что кости становятся слабыми и чаще подвержены переломам. Некоторые виды лечения злокачественного заболевания, такие как длительное применение кортикостероидов, гормональная терапия и некоторые химиотерапевтические препараты, могут повышать риск развития остеопороза. Он может развиваться и по причинам, не связанным со злокачественным заболеванием. Для профилактики и лечения остеопороза также могут использоваться бисфосфонаты.

Прием бисфосфонатов

Бисфосфонаты можно принимать в виде таблеток или в виде внутривенной инфузии. Таблетки обычно принимают один или два раза в день натощак. Внутривенные инфузии обычно проводятся каждые 3–4 недели. Они могут длиться от 15 минут до 4 часов, в зависимости от того, какой бисфосфонат вводится. Последующее наблюдение после приема бисфосфонатов включает в себя:

- оценку степени уменьшения боли в костях;
- биохимический анализ крови для проверки работы почек и уровня кальция;
- сканирование плотности костной ткани.

Побочные эффекты

Побочные эффекты могут возникнуть при любом виде лечения, но у каждого человека они проявляются по-разному. Большинство побочных эффектов проходят сами по себе или поддаются лечению, но некоторые могут сохраняться долгое время или стать постоянными. Побочные эффекты терапии бисфосфонатами зависят главным образом от типа, дозы, способа введения препарата и общего состояния здоровья пациента.

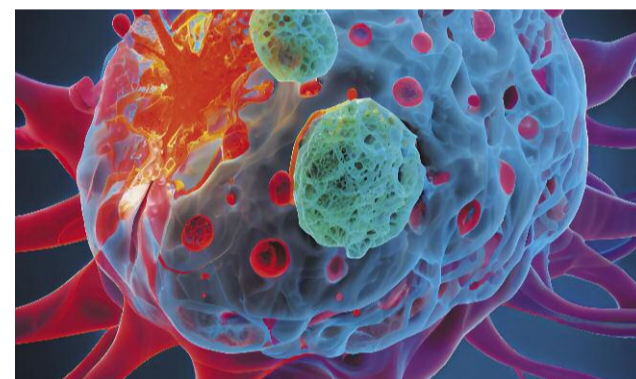
1. Усталость. Общая нехватка энергии и утомляемость, которая может возникать во время терапии бисфосфонатами. Усталость заставляет человека чувствовать себя более утомленным, чем обычно, и может мешать повседневной деятельности и сну. Как правило, усталость усиливается, если пациент получает и другие виды лечения, например, химиотерапию или лучевую терапию.

2. Усиление боли в костях. Иногда боль в костях может усиливаться при первом приеме бисфосфонатов. Этот побочный эффект часто носит временный характер. Выходом из ситуации в данном случае является назначение более сильных обезболивающих препаратов, пока этот побочный эффект не пройдет.

3. Проблемы с пищеварением. Могут возникнуть проблемы с пищеварением, особенно если бисфосфонат принимается в виде таблеток. Проблемы с пищеварением включают:

- тошноту и рвоту;
- изжогу;
- спазмы или боль в животе;
- диарею.

4. Гриппоподобные симптомы. Иногда вскоре после приема бисфосфонатов могут появиться гриппоподобные



симптомы: повышение температуры, озноб, боли в мышцах и суставах, головные боли. Эти побочные эффекты часто носят временный характер. Они как правило возникают после внутривенного введения бисфосфонатов.

5. Низкий уровень кальция. Бисфосфонаты могут снижать уровень кальция в крови ниже нормы. Этот побочный эффект возникает редко и носит временный характер. При приеме бисфосфонатов уровень кальция в крови проверяется регулярно.

6. Изменения в работе почек. Бисфосфонаты могут влиять на работу почек. Часто это не вызывает никаких симптомов. Во время приема бисфосфонатов проводятся анализы крови для проверки работы почек, оценивается уровень электролитов, креатинина и мочевины.

7. Остеонекроз. Это гибель костной ткани, вызванная нарушением кровоснабжения определенного участка. Остеонекроз челюстной кости – редкий побочный эффект некоторых бисфосфонатов, если они принимаются более года. Иногда он наблюдается при вырывании зуба у человека, принимающего бисфосфонаты. Остеонекроз обычно не наблюдается у людей, принимающих бисфосфонаты в виде таблеток. Остеонекроз может привести к расшатыванию зубов и их выпадению, а также к инфекции или незаживающим язвам на челюстной кости. Такие язвы часто трудно поддаются лечению. Перед началом приема бисфосфонатов врач может порекомендовать пройти стоматологический осмотр и устранить имеющиеся проблемы с зубами. Соблюдение гигиены полости рта, правильная установка зубных протезов и регулярные стоматологические осмотры могут предотвратить остеонекроз челюсти. В заключение необходимо отметить, что при лечении злокачественных опухолей применяются разнообразные препараты, которые, с одной стороны, вызывают побочные нежелательные эффекты. С другой стороны, эти препараты необходимы для излечения онкологического заболевания или поддержания ремиссии, когда пациент может оставаться полноценным членом социума длительное время. Таким образом, врачу постоянно приходится взвешивать «за» и «против» назначения отдельных препаратов, в том числе и бисфосфонатов. Чрезвычайно важно, чтобы пациент не занимался самолечением, не спрашивал советов у соседей и коллег, а при любой необходимости советовался с лечащим врачом. ☺☺☺

«Все преодолимо, просто нужно взять себя в руки»



Диагноз «рак» пришел в жизнь Нины из Воронежа 5 лет назад и стал настоящим испытанием. Пришлось не только перестраивать быт и искать внутренние ресурсы, но и преодолевать связанную с ним психологическую пропасть. Сейчас Нина все еще лечится. Вот ее история.

Я как будто попала в вакуум

Это произошло в 2018 году. Тогда мне было 47 лет. В тот год я упала с большой высоты и получила серьезную травму, после которой долго лежала в больнице и долго восстанавливалась. Из-за этого падения у меня было ощущение, как будто я попала в вакуум и потеряла возможность и радость движения. Я вообще рабочая лошадка, трудоголик – и вдруг я выпадаю из процесса. Мне показалось, что закончилась жизнь. Муж у меня тогда не работал, на руках – несамостоятельный ребенок. С работы меня не уволили, я являюсь бюджетником, однако доход, конечно, снизился. Нужно было как-то собирать дочь в школу, что-то есть, а я лежу. Это был сильнейший стресс: абсолютное ощущение беспросветности существования, каждый день слезы.

И вот однажды я просыпаюсь – знаю, звучит странно, но так и было – и понимаю, что у меня увеличилась грудь. Буквально за ночь выросла на три размера. Мне не пришла в голову, что это может быть онкозаболевание, ведь я с 40 лет регулярно прохожу обследования, знаю, что уровень гормонов у меня был даже лучше стан-

дартных возрастных показателей. Сейчас мне известно, что мое заболевание негормонозависимое, другой тип, инвазивный, трижды негативный рак, но тогда я даже не задумывалась об этом.

Страха не было

Я тогда была на костылях, и мне было совершенно не до диагноза, я его ни капли не боялась. Думала только о том, как поднять дочь, что нужно быстрее восстановиться, выходить на работу. После маммографии меня сразу же направили на анализы, сделали биопсию. Все произошло очень быстро: поставили диагноз – вторая стадия рака молочной железы. После этого направили в ОД за «новой» жизнью.

Лечение и операция

Лечение у всех идет по-разному. Мне назначили тяжелую химиотерапию, потому что опухоль была уже большая, диагностировали третью стадию с тенденцией роста. Я прошла 8 курсов «химии». Вспоминать об этом, конечно, тяжело, но не страшно. С удивлением узнала, что у меня, оказывается, были шикарные волосы, как я краси-

во выглядела в ином размере одежды и что у меня, к тому же, есть печень, почки, сердце и кости. Ведь до диагноза это не ценилось, не замечалось мной.

Далее – радикальная мастэктомия, включая лимфоузлы. Следующий этап – лучевая терапия, сдерживающая рост злокачественности. Затем я опять находилась на химиотерапии. Потом, после ковидного времени, начался процесс миграции клеток. Сейчас у меня метастазы в легких, они начинают расти, а я продолжаю лечиться. Но при этом веду образ жизни обычного человека: хожу на любимую работу, занимаюсь творчеством, уделяю время близким. У меня очень поддерживающая семья, заботливый муж, любимая дочка, коллеги всегда готовы прийти на помощь, есть круг помощи от женщин с диагнозом.

Цель жизни

Обычно задают вопрос: «Что заставляло бороться?» Я могу ответить на него легко: моя семья, мой ребенок. Дочка была слишком маленькая, чтобы меня потерять, я не могла это себе позволить. Вообще дел очень много на Земле.

Выйти из тьмы

Диагноз мне помог заново поверить в людей: я получила очень много поддержки, много позитива. Хочется выразить родным и близким искреннюю благодарность: такая помощь – это источник жизни для больных людей. Вот некоторые говорят, что встретили страх от окружающих или там какую-то низость, предательство. Вообще ни одного случая такого не было. Наоборот.

Любовь и поддержка

В период прохождения лечения я также занималась с психологом. Это еще одна из светлых дорожек, которые помогают выйти из тьмы. Мой психолог – профессионал с большой буквы. Она помогла мне найти путь к творчеству. Моя работа с ним никак не связана, отнюдь. Но творчество – это один из источников моей жизненной силы. Когда что-то делаешь руками, творишь красоту, общаешься с единомышленниками – происходит сильнейший энергообмен. Ты строишь планы, участвуешь в мероприятиях, маркетах. Это все тоже позволяет жить и развиваться, и отсюда я черпаю силы.

Еще хочу отметить помощь тех, кто работает в этой сфере. Очень помогали и помогают пройти этот путь медсестры. Врачи часто закрыты, немногословны. Оно понятно – такая специфика работы. А вот медсестры, которые встречались мне, были полны искреннего участия и понимания. Лично мне эти разговоры дали какую-то устойчивость, план действий. Им удалось где-то найти правильные слова, а где-то просто чисто по-женски поговорить, и меня это успокоило, вселило надежду.

Еще одним важным ресурсом для меня всегда были книги. Я даже пыталась проводить позитивную пропаганду, раздавала книги. У меня была такая определенная подборка, например, книги Дарьи Донцовой. Она сама прошла через диагноз, и у нее есть замечательная книга «Я хочу

жить». Она смешная, легко написана, очень рекомендую к прочтению. Кто любит тему самоисцеления, порекомендую Георгия Сытина, его настрои «вытащили» меня после тяжелых процедур, где-то в подкормке теперь стоит установка «жить!»

Важно иметь проверенный источник информации

Я узнала о фонде «Я люблю жизнь» из информационных щитов в отделении лучевой терапии. Тогда меня очень поддержало то, что я не одна такая, которая хочет жить, которая любит жизнь. И я туда написала. Самое важное, что дает фонд, – это информация. Здесь собирают официальные источники сведений об онкозаболеваниях и конкретно по каждому виду рака и его лечению, участницы помогают друг другу отзывами, советами, опытом. Очень ценная информационная поддержка.

Ну и, конечно же, мероприятия. Девочки встречаются на творческих мастер-классах, занимаются йогой, участвуют в фотосессиях, зовут друг друга в гости, куда-то ездят, ходят на экскурсии. На этих встречах видишь вокруг себя прекрасных женщин: стильных, красивых, жизнерадостных. Возраст у всех разный, история каждой неповторима и вызывает эмоции, сострадание, кто-то еще лечится, кто-то уже в ремиссии, но каждая – большая молодец, личность, меня это очень вдохновляет.

Нужно взять себя в руки

Когда в моей жизни происходит что-то неожиданное и неконтролируемое, я пишу бизнес-план, пошаговую стратегию. Я тщательно изучаю тему, собираю контакты, намечаю действия. Я – та лягушка из притчи, которая взбивает молоко лапками в масло и спасается. Потому что если ты себе не начнешь помогать, то и люди не придут. Не придут в твою жизнь нужные события и ресурсы. Поддержка, конечно, великое дело, но к ней нужно сделать шаг. При этом я убеждена, что люди в нашей жизни появляются неслучайно. Поэтому раз мы собрались вместе, раз мы встретились, раз у нас семья или просто близкие отношения, то мы для чего-то к этому шли, и поэтому нужно разговаривать, общаться, обмениваться, чтобы узнать, как мы можем помочь друг другу выстоять в диагнозе.

И еще – не нужно унывать, потому что это все реально преодолимо. Важно взять себя в руки, осознать свою ценность и полюбить жизнь. Сейчас каждая деталь дня для меня важна, я ценю каждого человека, встречающегося на пути, элементарный цветок приносит радость жизни, восприятие жизни обостряется, когда понимаешь зачем жить. ☺☺☺

Текст и фото предоставлены благотворительным фондом «Я люблю жизнь».

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД



Бесплатная психологическая помощь для онкопациентов и их близких

«ПРАВДА»: как общаться на сложные темы. Протокол общения с онкологическими пациентами

Травмирующие события часто разделяют семью просто потому, что никто не знает, как о них говорить: с чего начать и какие слова подобрать, чтобы как минимум не сделать хуже. Чаще всего члены семьи либо обходят болезненную тему стороной, либо придерживаются стратегии нереалистичного оптимизма («все будет хорошо!», «ничего страшного» и т.д.). Однако проблема остается. **АЛЕКСАНДР АЛОВ, старший специалист-психолог Службы «Ясное утро», советует обратиться к протоколу «ПРАВДА».**

Чтобы помочь людям обсуждать сложную тему, для одной из сторон (болезнь, ухудшение состояния, смерть близкого) был разработан протокол «ПРАВДА» (он же в оригинале SPIKES). Его суть – в последовательном выполнении шести шагов.

1. Подготовка

Для того чтобы что-то обсуждать, нужно четко понимать, что вы знаете по теме, как к этому относиться и какие перспективы видите. Без этого каждый может «застрять» в своих переживаниях, и диалога не получится. Четкое понимание своей позиции важно не для того, чтобы убедить собеседника, а чтобы сохранить собственную устойчивость вне зависимости от хода разговора.

Поэтому соберите в кучку свои знания и представления о предмете. Выберите, что именно хотите сообщить близкому (или что обсудить с ним), отследите свои переживания по этому вопросу. Эмоции не нужно подавлять или исправлять, их даже прятать не всегда уместно. Но о них нужно знать, потому что они обязательно придут к вам в ходе разговора, и к этому нужно быть готовым.

2. Разведка

Теперь, когда вы разобрались со своими мыслями и переживаниями, узнайте, что там с другой стороны. Что уже известно вашему близкому, что он по этому поводу думает и

чувствует, какие выводы делает и какие планы строит. Так вы поймете, где ваши взгляды уже сошлись, а где нет, и для налаживания коммуникации уже этого бывает достаточно.

Однако в некоторых случаях важно не только узнать, но и сообщить. Сообщать ли плохие вести – вопрос морального выбора. Для этого алгоритмов не существует. Но, если вы все же ответили для себя на этот вопрос положительно, переходите к следующему пункту.

3. Актуальность

Вы приняли для себя решение, но важно получить подтверждение с другой стороны. Спросите своего близкого, готов ли он обсудить ваш взгляд (или точку зрения врача/новую информацию по теме). Хочет ли он это услышать? Если да, переходите к следующему пункту. Если нет, не стоит настаивать, но можно предложить человеку задать вопросы вам. Так вы передадите контроль в его руки: он сам будет определять объем и характер информации, которую готов получить. Это облегчает коммуникацию и формирует готовность углубиться в самые сложные темы.

4. Весть

Настало время поделиться тем, что вы знаете (или тем, что вас беспокоит). Старайтесь как можно более ясно и однозначно донести свою мысль (вот почему так важен был

первый пункт!). Старайтесь обходиться без эвфемизмов и расплывчатых формулировок. Поделитесь значением этой информации для себя и возможными последствиями.

5. Душевность

Теперь дайте возможность близкому выразить свои мысли и эмоции по поводу услышанного. Не торопите, не перебивайте, не успокаивайте. Не обещайте того, что не в ваших силах выполнить. Дайте ему время. Во всех семьях свои стандарты поддержки. Постарайтесь так, как у вас заведено, показать, что вы принимаете все переживания близкого, что вы остаетесь с ним в этой ситуации, что на вас можно положиться.

6. Альтернативы

Когда эмоции немного улягутся, обсудите альтернативы дальнейших действий. Хорошо, если вам удастся не только предлагать, но и побуждать близкого делиться его видением – это полезно для принятия ситуации, возврата контроля над ней. Здесь же хорошо поделиться имеющимися ресурсами, к которым может обратиться собеседник (профильные специалисты, горячие линии, социальные службы и т.д.). Если вам удастся совместно набросать краткосрочную перспективу, это можно будет считать продуктивным завершением диалога. Иногда ситуация может требовать повторного обсуждения – это нормально. Вы можете сразу договориться, когда вернетесь к вопросу. 🌱

Надеемся, этот алгоритм будет вам полезен. Берегите себя и своих близких.

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



ОНКОЛИКБЕЗ про рецидивирующий рак молочной железы

Дорогие читатели, хотим представить вам наших единомышленников: телеграм-канал «ОнкоЛикбез», девиз которого – «Онколог об онкологии простыми словами». Ведет его опытный практикующий врач-онколог, кандидат медицинских наук **МАРИНА ЮРЬЕВНА КУКОШ**. В доступной форме доктор рассказывает не только о современных методах лечения и диагностики злокачественных опухолей, о методах и средствах сопроводительной терапии и реабилитации, но и о том, как уберечь себя и близких от онкологических заболеваний. Ниже приводим пост, написанный автором специально для нашей газеты.



О необходимости проведения сопроводительной терапии у пациенток с рецидивирующим раком молочной железы (РМЖ).

Успехи современной онкологии позволяют сегодня контролировать те проявления РМЖ, которые еще десятилетия назад считались безнадежными. Наряду с активным применением в реальной клинической практике все

большого числа лекарственных агентов, поиска оптимальных комбинаций с локальными методами воздействия нерешенной проблемой остаются побочные эффекты химиопрепаратов. Это определяется низкой избирательностью действия большинства из них, с этим ученые справиться пока не могут.

Но объективной реальностью является и то, что поддерживающей терапии (ПТ) в наше время уделяется значительно более пристальное внимание, чем 10–15 лет назад. Имеющиеся в арсенале онкологов методы ПТ имеют доказанную высокую эффективность, при правильном применении они позволяют свести к нулю или значительно снизить практически все негативные проявления противоопухолевого лечения.

Современные пациенты не должны страдать от тошноты и рвоты, хронического болевого синдрома, они не должны терять массу тела и мышечную массу. В наших силах значительно снизить осложнения лечения от развития гематологической токсичности.

В России разработаны «Практические рекомендации RUSSCO по поддерживающей и сопроводительной терапии», полностью соответствующие клиническим рекомендациям Минздрава РФ. С 1 января 2022 г. они обязательны к применению для всех онкологов из любого региона России.

Таким образом, пациентки, проходящие лечение и в федеральных центрах, и в отдаленных ЦАОПах, должны обладать одинаковой доступностью ко всем одобренным методикам ПТ.

С другой стороны, проблема реабилитации онкологических пациентов, особенно находящихся в процессе противоопухолевого лекарственного лечения, далека от разрешения. Например, пациентки с гормонально-зависимым РМЖ, длительно получающие эндокринотерапию ингибиторами ароматазы (анастрозол, летрозол), страдают от артралгий и миалгий (болей в суставах и мышцах). Эти состояния остаются без должного внимания онкологов, максимум, что назначают, – нестероидные противовоспалительные средства. А ведь существующие отработанные методики физиотерапевтического воздействия могли бы значительно облегчить эти симптомы. Например, электросон, иглоукальвание, бальнеотерапия, массаж, физическая реабилитация. С расстройствами обоняния вследствие химиотерапии можно эффективно бороться ароматерапией и так далее, потенциал средств очень велик.

Аксиома: каждая пациентка, страдающая РМЖ, должна иметь свободный доступ к психологической или психотерапевтической поддержке, причем в разнообразных, максимально удобных формах.

Нельзя не отметить до сих пор сохраняющуюся настороженность и пациентов, и медицинского сообщества к разнообразным реабилитационным методикам. Сформировавшийся десятилетиями стереотип о всеобъемлющих ограничениях для онкопациентов, начиная с питания и кончая физической активностью, применением методик физиотерапии, санаторно-курортного лечения, необходимо разрушать с позиций доказательной медицины!

Рассказ в доступной форме о тех возможностях, которыми обладает не только онкология, но и сопроводительная терапия, и онкорехабилитация, как и где получить такую помощь, и чем пациент сам может помочь в лечении – все это вы найдете в телеграм-канале «ОнкоЛикбез»!



АЗИЗ ДИЛЬШОДОВИЧ ЗИКИРЯХОДЖАЕВ: «Одномоментная реконструкция молочной железы является в настоящее время широко распространенной методикой»

Наших читателей интересует эстетический аспект после операций по удалению опухолей в социально значимых областях, таких как, например, молочная железа у женщин. Вопросы возникают как перед самой операцией, так и во время реабилитации. Редакция обратилась к эксперту-онкологу, реконструктивному и пластическому хирургу, доктору медицинских наук, профессору, руководителю отделения онкологии и реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи в МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России АЗИЗУ ДИЛЬШОДОВИЧУ ЗИКИРЯХОДЖАЕВУ, чтобы получить ответы на эти «болезненные» вопросы.



– Множество слухов ходит о безопасности имплантатов. Могут ли они привести к рецидиву опухоли?

– Нет, имплантаты не являются причиной рецидивирования рака молочной железы.

– При постановке имплантатов через какое время потребуется их заменить?

– Если после установки имплантатов не отмечаются признаки разрывов, нарушения целостности, развития осложнений, то необходимости в замене нет. В среднем срок службы большинства грудных имплантатов составляет примерно 10–15 лет, хотя некоторые могут прослужить и дольше.

« В СРЕДНЕМ СРОК СЛУЖБЫ БОЛЬШИНСТВА ГРУДНЫХ ИМПЛАНТАТОВ СОСТАВЛЯЕТ ПРИМЕРНО 10–15 ЛЕТ, ХОТЯ НЕКОТОРЫЕ МОГУТ ПРОСЛУЖИТЬ И ДОЛЬШЕ. »

– Aziz Dilshodovich, наши читатели задают много вопросов, и вот один из них: «Меня очень беспокоит внешний вид, а именно – отсутствие молочной железы после удаления опухоли. Через какое время можно будет провести реконструктивную операцию?»

– Реконструкцию молочной железы можно выполнить после завершения комбинированного или комплексного лечения рака молочной железы, в том числе после завершения лучевой терапии. Оптимальный период для отсроченной реконструкции молочной железы – два года после окончания лечения, чтобы исключить рецидив заболевания. Лучевая терапия в послеоперационном периоде, выполненная у 66,5% пациенток в случае отсутствия лучевого фиброза тканей передней грудной стенки, не влияет на сроки реконструкции.

– Делают ли сейчас в одну процедуру операцию по удалению опухоли и реконструкцию? От чего зависит выбор тактики сегодня?

– Конечно, одномоментная реконструкция молочной железы является в настоящее время широко распространенной методикой. Выбор тактики определяется, безусловно, распространенностью процесса. Если у пациентки отмечен отек кожи молочной железы, в таком случае данная операция не показана ввиду высоких рисков рецидивирования заболевания.

– «При обследовании выявлена злокачественная опухоль в одной молочной железе и доброкачественная (фиброма) – в другой. Предлагают провести операцию сразу на двух молочных железах, сомневаюсь. Куда можно обратиться за «вторым мнением?»»

– За вторым мнением целесообразно обращаться в профильные онкологические учреждения.

– «Слышала, что бывают осложнения после терапии, когда образуются “язвы” на коже. Почему это происходит? И как обычно это лечится?»

– Протрузии или формирование пролежней, как правило, отмечаются при тонком или невыраженном подкожно-жировом слое молочной железы, а также при несостоятельности послеоперационных швов. В таком случае необходимо обращаться к оперирующему хирургу для определения оптимальной тактики ведения.

– Какие ограничения будут после постановки имплантатов? Какие виды физических нагрузок нужно будет ограничить? И как после операции делать обследования, можно ли маммографию с имплантатами делать?

– В среднем срок строгого ограничения физической активности составляет 6–8 недель. В этот период происходит активная регенерация тканей, поэтому даже небольшая нагрузка на мышцы торса и верхнего плечевого пояса может нарушить этот процесс. В первые 6–8 недель пациентке разрешены только пешие прогулки. Бег, прыжки, плавание, йога, посещение тренажерного зала и прочие виды спорта запрещены. Точный срок безопасного восстановления физической активности может назвать только лечащий врач.

– Что Вы можете сказать о проведении операций с «профилактическими» целями, когда в семье были случаи рака молочной железы у женщин и положительные маркеры? Каково отношение в нашей стране к подобному роду подходам?

– Выполнение профилактической операции на сегодняшний день, согласно клиническим рекомендациям нашей страны, возможно у тех женщин, кому уже установлен ди-

агноз одностороннего рака молочной железы. В такой ситуации мы можем им рекомендовать выполнить профилактическую операцию с другой стороны. При этом в рекомендациях указано, что это возможно у пациенток с мутациями в генах BRCA1 и BRCA2. Однако помимо мутаций в этих генах существуют и другие гены, мутации в которых также повышают риск развития рака молочной железы. Самым сложным вопросом на сегодняшний день является юридическое сопровождение профилактических операций у здоровых женщин. К сожалению, выполнение таких операций согласно рекомендациям не указано для здоровых женщин с мутацией. В нашем центре идет научная работа, связанная с оценкой эффективности двусторонней профилактической мастэктомии, и мы выполняем такие операции. Происходит это в рамках научного исследования, пациентка информируется об этом, дает свое согласие, проводится консилиум с участием разных специалистов, в том числе медицинского психолога. Но для хирурга выполнение такой операции – очень большой риск в юридическом поле, поскольку нет четких прописанных рекомендаций, утвержденных научным сообществом, для выполнения таких операций. И в случае возникновения судебных разбирательств с пациенткой существует высокий риск лишиться возможности дальнейшей врачебной практики или понести уголовную ответственность.

– «Слышала, что после удаления лимфоузлов во время операции часто болит рука, сложно с движениями. Сколько времени в среднем уходит на восстановление после обширной операции?»

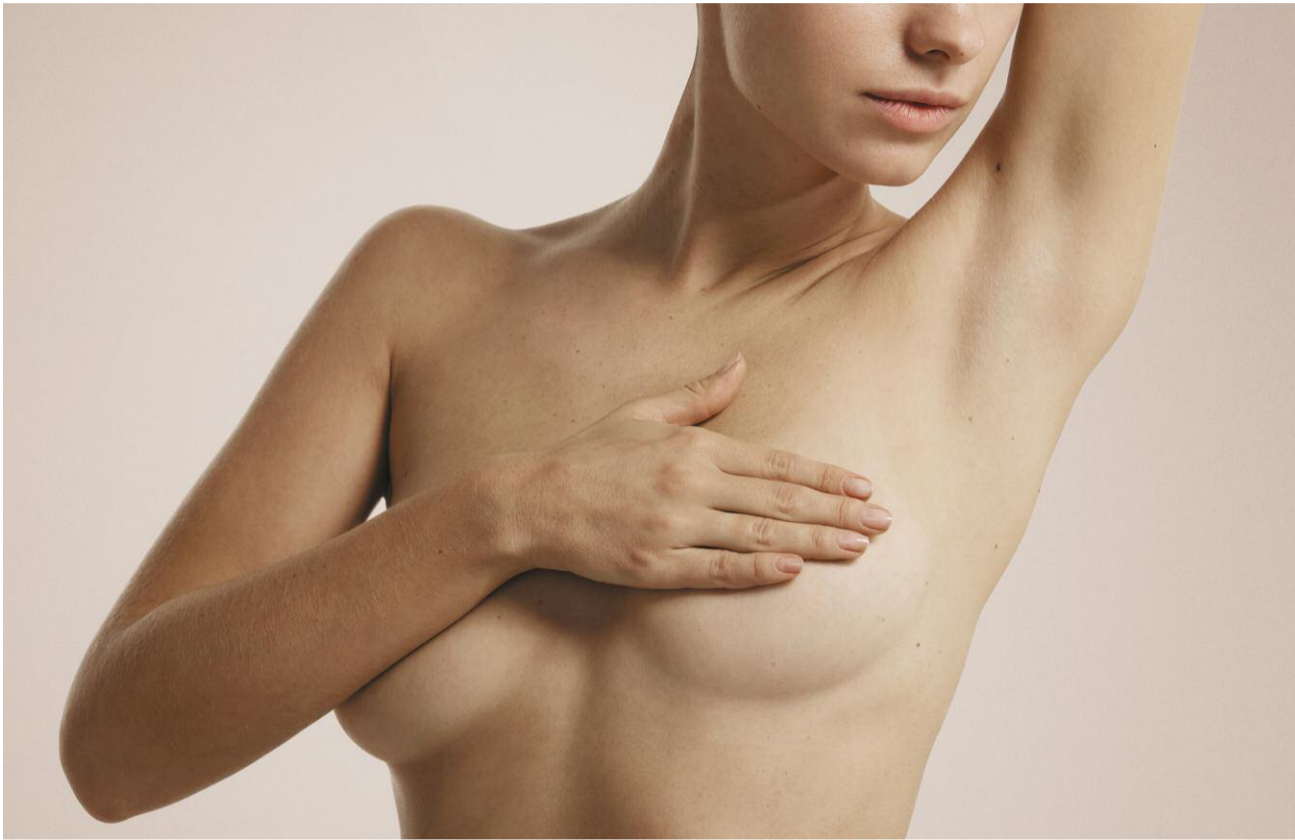
– Ограничение функции верхней конечности, риск и выраженность отека руки зависят от количества удаленных лимфатических узлов. При выполнении биопсии «сторожевого» лимфатического узла функция руки сохраняется, а риски развития лимфедемы сводятся к минимуму. Однако после выполнения регионарной лимфаденэктомии по поводу рака молочной железы, после заживления послеоперационной раны необходимо приступить к реабилитации. Комплекс упражнений для пациенток, как правило, подбирает врач-реабилитолог.

– «Мне провели реконструктивную операцию 8 лет назад не в Российской Федерации. Периодически возникают напряжение и отек в молочной железе, где установлен имплантат. К какому специалисту сейчас обращаться? Онкологу по месту жительства, хирургу-онкологу или пластическому хирургу?»

– В данном случае необходимо обращаться в профильные онкологические учреждения, на базе которых есть отделения, выполняющие реконструктивно-пластические операции у больных раком молочной железы, в первую очередь, для исключения рецидива заболевания, к хирургам-онкологам, имеющим сертификат по пластической хирургии либо к пластическим хирургам, если врачами-онкологами исключены данные о наличии рецидива или прогрессирования рака молочной железы.

– Большое спасибо за Ваши ответы и пояснения! Ждем новых писем и вопросов от наших читателей.

МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА



Рак молочной железы является самым распространенным видом рака в мире. Но этот факт едва ли снижает уровень тревоги человека, который узнает о своем диагнозе. Особенно если речь идет о метастатическом раке молочной железы, главное отличие которого – наличие отдаленных метастазов в других органах.

Грудь для женщины является символом привлекательности, материнства, сексуальности. И, столкнувшись с онкологическим диагнозом, женщина может испытывать огромное количество самых разнообразных чувств и эмоций: страх, растерянность, подавленность, вину, отчаяние. Хотя в редких случаях рак молочной железы может наблюдаться и у мужчин.

Давайте же разбираться, что происходит с нашей психикой в момент постановки диагноза и на дальнейших этапах лечения и как помочь себе или своим близким пройти этот непростой путь.

В любой стрессовой ситуации, меняющей привычный уклад нашей жизни, мы приходим к принятию неизбежного не сразу, а постепенно, пройдя пять стадий проживания горя: шок (отрицание), гнев, торг, депрессия, принятие. Каждая из этих стадий играет важную роль для психики человека.

1 СТАДИЯ ШОКА ИЛИ ОТРИЦАНИЯ. Человек только узнает о диагнозе, новых особенностях течения болезни, рецидиве. Может особо не проявлять эмоций, не осознавать случившееся, а порой и отрицать происходящее, считая это, например, ошибкой.

2 СТАДИЯ ГНЕВА. «Эмоциональная волна» настигает человека. Стадия характеризуется повышенной раздражительностью и даже агрессивностью в сторону родных, близких, врачей, социума, самого себя. Стадия при этом является очень важной и необходимой, так как зачастую именно энергия гнева помогает человеку в прохождении лечения и борьбе с болезнью.

3 СТАДИЯ ТОРГА. Человек еще не готов принять происходящую с ним действительность и пытается вернуть прежний уклад жизни. Пациент может обращаться к нетрадиционным методам лечения, целительству, заключать сделку с «высшими силами»: если начну вести «правильный образ жизни» или совершать «добрые дела», то прежнее состояние здоровья вернется и т.п. Данная стадия коварна тем, что доказательная медицина может отодвигаться пациентом на второй план.

4 СТАДИЯ ДЕПРЕССИИ. Характеризуется унынием и апатией, потерей прежних смыслов, погружением в себя, переоценкой ценностей. «Как раньше, уже не будет, а по-новому еще не могу».

5 СТАДИЯ ПРИНЯТИЯ. Прийти на стадию принятия пациенту с метастатическим раком молочной железы бывает весьма непросто. Это адаптация к жизни, быту и общению с другими людьми, это новые жизненные цели и ориентиры. Это желание и умение повысить качество своей жизни, даже несмотря на хроническое течение заболевания.

Пять перечисленных стадий проходят у каждого онкологического пациента индивидуально и не всегда последовательно. Но знание особенностей проживания эмоционального потрясения даст понимание того, что все чувства и эмоции, которые испытывает человек в данной ситуации, – абсолютно нормальны. Ведь пациенту с метастатическим раком молочной железы приходится сталкиваться с большим количеством факторов, меняющих привычный уклад жизни: частые обследования, интенсивное лечение, изменение образа тела или внешности, постоянная поддерживающая терапия.

Все это приводит к эмоциональному и физическому истощению, поэтому так важно знать, как восстановить силы, где найти опору и поддержку, что делать в критических ситуациях:

● **Главное в лечении метастатического рака молочной железы – это доверительный контакт с лечащим врачом.** Знание плана и процесса лечения, информированность о личных особенностях протекания заболевания, обсуждение минимизации побочных эффектов, получение ответов на интересующие вопросы внесут в жизнь пациента понимание и определенность, что значительно снизит чувство тревоги.

● **Родные и друзья.** Говорите с близкими вам людьми о своих чувствах и переменах, которые вы переживаете. Открыто сообщайте о своих нуждах и желаниях, и это помо-

жет вам лучше понять друг друга. В случае необходимости обращайтесь за помощью и принимайте помощь, которую могут предлагать вам другие.

● **Психолог.** Поможет снизить уровень тревоги и стресса, связанный с диагнозом или сложным лечением. Круглосуточную психологическую поддержку онкопациентам и их близким оказывает служба «Ясное утро», номер горячей линии: 8 (800) 100-01-91.

● **Пациентские сообщества и группы-поддержки.** Обмен опытом, поиск новых возможностей, общение с единомышленниками и ощущение, что вы не одиноки в своей борьбе с болезнью, могут стать ресурсными и поддерживающими. Очные и онлайн-группы еженедельно организует служба «Ясное утро». Записаться на бесплатное участие и получить дополнительную информацию можно по телефону: 8 (800) 100-01-91.

● **Интернет-ресурсы.** Актуальную информацию об онкологических заболеваниях лучше получать из достоверных источников, например на официальном портале Минздрава России об онкологических заболеваниях или на сайте yasnoeutro.ru, где собрано большое количество статей и публикаций. Откажитесь от поиска информации в Интернете и непроверенных источниках.

● **Самоподдержка.** Главным человеком в заботе о вас являетесь вы сами. В моменты, когда вам необходим отдых, вы можете воспользоваться медитативными техниками. Я предложу вам упражнение «Уютное место». Выполняйте его ежедневно или по мере необходимости по 5–10 минут. *Сядьте или лягте поудобнее, закройте глаза, сделайте три глубоких вдоха и выдоха. Представьте, что вы находитесь в каком-то очень приятном и безопасном месте. Это место целиком ваше, оно создано исключительно для вас. Находясь в нем, вы можете не беспокоиться ни о чем, вас никто не может потревожить, никто за вами не подсматривает, и вы можете делать все, что вам захочется. Это место предоставляет вам те возможности, которые вам необходимы, и вы можете отдыхать и радоваться сколько захотите. Это место может быть реальным или придуманным, вы можете поменять его, если первый выбор был не самым желательным. Находитесь там, получайте удовольствие, изучайте это место и не заботьтесь ни о чем. При желании вы можете пригласить туда друзей или любимое животное. Предоставьте себе полную свободу.*

А теперь попрощайтесь с гостем и с этим прекрасным местом с благодарностью и намерением еще встретиться. Сохраните в душе и теле все приятные ощущения, которые вы получили, и возвращайтесь в свое тело, на этот стул/кушетку в этой комнате. Сделайте глубокий вдох, с выдохом откройте глаза.

● **Паллиативная помощь.** Это комплекс мер, который может сочетаться с основным лечением и направлен на улучшение качества жизни заболевшего и его семьи. Главной задачей является купирование боли и других тягостных симптомов, а также решение социальных, психологических, духовных вопросов. Круглосуточная горячая линия: 8 (800) 700-84-36.

Важно знать, что уровень современной медицины превратил метастатический рак молочной железы из сурового приговора в хроническое заболевание. А это значит, что при своевременном лечении и поддерживающей терапии можно продлить свою жизнь и улучшить ее качество. ☺

Автор: **Татьяна Гончаренко**, психолог-консультант службы «Ясное утро»

Служба помощи онкобольным «Ясное утро»: 8 (800) 100-01-91 ясноеутро.рф



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ЛАРИСА АНАТОЛЬЕВНА СМИРНОВА: «Пациенты сейчас становятся активными участниками лечебного процесса. Это действительно хорошо...»

Множество слухов и домыслов о доступности лекарств распространено в среде пациентов. Особенно тревожными являются устные сообщения и публикации в СМИ о том, что иностранные производители уходят с российского рынка. Чтобы прояснить реальную ситуацию и ответить на вопросы о текущем положении в сфере лекарственных препаратов, мы обратились к эксперту фарминдустрии – ЛАРИСЕ АНАТОЛЬЕВНЕ СМIRНОВОЙ, вице-президенту по онкологии крупного российского производителя препаратов компании Р-Фарм.



– Как сегодня происходит подбор средств химиотерапии? Если у пациента с онкологическим заболеванием возникает потребность в конкретном препарате, которого нет в его регионе, куда ему обращаться?

– Тут важно понимать, кем определена необходимость в этом препарате. Определил это доктор или так считает сам пациент. Пациенты сейчас становятся активными участниками лечебного процесса и вооружены знаниями относительно течения и лечения своего заболевания. В терапии онкологических заболеваний очень важно, чтобы пациент не опускал руки и был максимально информирован, максимально готов к форматам лечения. Но иногда

стационарного этапа терапии. При втором варианте, когда пациент нуждается в таргетированной терапии, основной путь финансирования – это региональная льгота. Поэтому в целом такие ситуации не должны случаться. Кроме того, система здравоохранения сейчас так выстроена, что скорость назначения препаратов и скорость начала терапии жестко контролируются со стороны различных органов: страховых организаций, территориальных фондов обязательного медицинского страхования. И медицинская организация штрафует, если пациент долго не получает лекарственную терапию от момента постановки диагноза. Поэтому такая надзорная функция со стороны местных органов Минздрава России тоже гарантирует пациентам, что им назначат лечение и они получат препарат в кратчайшие сроки.

– Как пациенту (профиль – онкология) найти информацию об исследовании нового лекарства и как принять участие в таком исследовании?

– Все очень просто. На сайте Минздрава России есть вкладка «Клинические исследования». Этот ресурс доступен абсолютно всем участникам процесса, т.е. не надо обладать медицинским дипломом, чтобы туда зайти. Если у пациента есть информация, какой препарат ему интере-

« В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ДАННОЕ ЛЕКАРСТВО БЫЛО НАЗНАЧЕНО ВРАЧАМИ И В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ЭТОМ КОНКРЕТНОМ РЕГИОНЕ И БОЛЬНИЦЕ НЕ ДОСТУПЕН ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ С НУЖНЫМ МНН, ТО ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ИНИЦИИРУЕТ СРОЧНУЮ ЗАКУПКУ ПРЕПАРАТА В СООТВЕТСТВИИ С ПОКАЗАНИЯМИ. »

– На сегодняшний день много крупных иностранных компаний покинуло российский рынок и регулярно в СМИ появляются сообщения о дефиците препаратов для онкологических пациентов. Могли бы Вы прокомментировать реальную ситуацию с обеспечением лекарствами данной группы пациентов?

– Я не знаю ни одного крупного поставщика, который бы покинул рынок и прекратил ввозить жизненно важные препараты для лечения онкологических заболеваний. Произошло изменение активностей в Российской Федерации, некоторые компании свернули свои маркетинговые активности по продвижению препаратов. Но препараты как ввозились, так и ввозятся, поэтому дефицита с онкологическими препаратами отсутствует.

– С учетом увеличения стоимости закупки и доставки ингредиентов, будет ли повышаться цена на лекарства, и в какие сроки?

– В законодательстве РФ прописано, что у производителя есть право подать на изменение цены, если происходит повышение курса валют в значимых пределах относительно той цены, которая была исходно зарегистрирована. В частности, в нашем портфеле есть один из препаратов, который был зарегистрирован в 2018 году и, к сожалению, на данный момент времени не представляется возможным ввозить этот препарат по той же цене. Поэтому мы в установленном порядке подаем просьбу в регуляторные органы о возможном увеличении цены. Реализация препаратов происходит не выше предельно допустимой цены, которая контролируется Минздравом России и Федеральной антимонопольной службой. Поэтому я не предполагаю, что увеличится цена на какой-то большой перечень препаратов.

предпочтения касаются каких-то определенных наименований. Мы знаем, что у препарата есть торговое наименование (ТН) и есть международное непатентованное наименование (МНН). Если вопрос касается предпочтения конкретного ТН, то действительно конкретного ТН может и не быть. Обычно это касается тех случаев, когда пациент решает купить препарат за свой счет. Надо сказать, что в нашей стране есть достаточно успешная онкологическая программа, которая позволяет пациентам получать лечение бесплатно в рамках того, что закупается в системе ОМС или в рамках региональной льготы. И если речь идет о назначении препаратов в этой системе, то такая ситуация не должна случаться. Выбор препарата обусловлен стадией заболевания, состоянием пациента и определяется не одним врачом, а врачебной комиссией (ВК) с консультацией нескольких специалистов, потому что онкологические заболевания часто нуждаются в лечении несколькими способами: химиотерапия, хирургия, радиотерапия. Цель ВК – решить, какой для конкретного пациента оптимальный способ терапии в данном случае. Когда ВК принимает такое решение, что пациента сейчас не надо оперировать, а надо его лечить лекарственными препаратами, то задача в обеспечении ими ложится на врачей. В случае если данное лекарство было назначено врачами и в настоящее время в этом конкретном регионе и больнице не доступен лекарственный препарат с нужным МНН, то лечащий врач инициирует срочную закупку препарата в соответствии с показаниями. Когда закупается конкретный лекарственный препарат для пациента, скорость закупки существенно сокращается. Кроме того, наша система государственного обеспечения онкологической помощи предполагает два канала финансирования. Первый – ОМС, в рамках которого пациенты обычно обеспечиваются растворами инъекционных препаратов для

сен, – он где-то сам прочитал в иностранной прессе, в литобзорах, – в определенное окошечко забивается название препарата по МНН и на сайте будет показано, какие исследования есть по данному препарату. Далее, «проваливаясь» внутрь, можно найти все клинические центры, в которых идет нужное исследование. И практически в любом федеральном центре можно подключиться к этому исследованию при условии, что пациент по своим объективным характеристикам, своему статусу и стадии заболевания подходит под требования клинического исследования, которые бывают довольно строгими.

– Сколько лет компания Р-фарм работает на рынке химиотерапии? Какие виды опухолей подлежат лечению с помощью препаратов, выпускаемых вашей компанией?

– Компания Р-фарм основывалась в 2001 году и с самого начала своей деятельности была ориентирована на поставку препаратов именно для специализированной терапии, госпитальных форм лечения, поэтому с самого начала поставляла препараты в том числе и для лечения онкологических заболеваний. Безусловно, за последние лет 10 этот спектр продуктов существенно расширился. Мы поставляем на рынок препараты для лечения практически всех форм онкологических заболеваний – есть ряд собственных продуктов, лицензионных продуктов. Но такое расширение портфеля связано в основном с расширением возможностей онкологической помощи в мире. Арсенал онкологов за последние 10 лет вырос многократно. И появились абсолютно инновационные препараты, как для больших групп онкологических заболеваний, так и таргетной терапии, которые нацелены на формы опухолей с определенными выявленными мутациями в организме.

– Большое спасибо за беседу! ☺☺☺

«ЕСЛИ ТЫ ХОЧЕШЬ ЖИТЬ, ТЫ СДЕЛАЕШЬ ВСЕ ДЛЯ ЭТОГО САМА»

Какие мысли приходят на ум пациенту при слове «рак»? Страх, боль, отчаяние. Как найти в себе силы, выстоять и продолжить жить? А также, как, выздоравливая, помогать другим пациентам? Мы поговорили с НАТАЛЬЕЙ БАИМОВОЙ, лидером пациентского сообщества «Я люблю жизнь» из Оренбурга, о ее истории преодоления и выздоровления.



– Наталья, как у Вас обнаружили опухоль молочной железы? Расскажите, пожалуйста, как складывался Ваш путь в терапию?

– Опухоль у меня обнаружили во время медосмотра на работе в июле 2018 года. Врач, который меня осматривал, сказал, что есть какое-то подозрение и, скорее всего, у вас будет длительное лечение, не сказав о подозрении на злокачественную опухоль. Записали меня на прием в онкодиспансер на 7 августа, это был мой день рождения. Страха не было, я шла спокойно. Через неделю был консилиум и меня сразу же положили на операцию.

– Сколько длилось лечение и из каких этапов оно состояло?

– Лечение состояло из двух этапов. Операция в августе и вторым этапом – лучевая терапия («лучи»), которую я закончила в октябре.

–Что было самым сложным в лечении?

– Трудно сказать, что было самым сложным в лечении. Наверное, сначала было сложно принять свое тело, когда у тебя нет груди, и это длилось несколько лет. Во время «лучей» было обожжено горло так, что я не могла говорить, не могла глотать. И с этим я тоже справилась.

– Были ли приступы депрессии, отчаяния во время лечения? Как Вы с ними справлялись?

– Приступы депрессии и отчаяния, конечно же, были – и во время лечения, и в процессе восстановления. Были и слезы, хотелось побыть одной.

Мне помогали прогулки. Была осень, и я выходила гулять вечером, когда темно: я стеснялась, что у меня грудь неровная, хоть и надевала протез. Очень много гуляла с палками – час-полтора каждый вечер, слушала музыку, пыталась прийти в себя. Также много читала, делала упражнения. Помню, все уйдут на работу, а я вот встану перед зеркалом – рука не поднимается, больно, слезы текут... Но вот каждый день, миллиметр за миллиметром, со слезами на глазах, я делала эти упражнения, чтобы рука двигалась.

– Что помогало держаться и продолжать путь в терапии?

– Помогала поддержка близких, подруги, с которой познакомились во время лечения. Помню, когда пришла лечиться в палату перед операцией, в глазах стояли слезы. А она мне и говорит: «Что ты плачешь? Мы здесь пришли все выздоравливать, и не надо плакать». Еще, конечно же, мне помогло то, что, когда только поставили диагноз, я позвонила племяннице, которая познакомилась со своей однокурсницей – у нее уже была опухоль молочной железы, и она проходила лечение. Поэтому как такового сильного страха, паники у меня уже не было, и я понимала, что можно пройти лечение, что это не все так страшно и что дальше можно жить.

– Помните ли какой-то «поворотный» момент, когда поняли, что преодолели болезнь и дальше все будет хорошо? Можете его описать?

– Поворотный момент, к сожалению, я не помню. Я просто всеми силами старалась верить, что все будет хорошо, что я выздоравливаю, я смогу победить эту болезнь и жить дальше.

Очень хорошо помню один момент. Это было начало сентября. Рано утром, где-то часов в 7, я шла на очередное обследование. Было тепло, светило солнце, пели птицы, и я поняла, что не замечала всего этого раньше. Куда-то вечно бежала, торопилась. Я поняла, что нужно остановиться, нужно замедлиться и ценить каждый момент, каждую мелочь в этой жизни!

– Сегодня Вы закончили основной этап лечения и готовитесь к реабилитации. Какой совет Вы могли бы дать себе в самом начале этого пути?

– На сегодняшний день я в ремиссии. Я проходила и реабилитацию, и восстановление после лечения, потому что открылась язва, и многие еще проблемы. В процессе я уставала ходить по больницам, это длилось практически четыре года. Каждый месяц какие-то обследования, какое-то лечение, снова и т.д. Было тяжело, но я с этим справилась и совет, который я могу дать: «Нужно верить в себя и свои собственные силы и именно во врачей». Когда я выписывалась, мой врач-хирург дал мне такой совет: «Наташа, сейчас, если ты хочешь жить, то ты делаешь для этого все сама. Врачи не обязаны отслеживать все этапы твоего лечения». Поэтому я все записывала, как и что сказал врач, когда нужно прийти, ходила напоминала врачам, что мне необходимо такое-то обследование, что мне нужно это сделать и т.д.

– Встречали ли во время лечения людей, которые уже выздоровели? Помогало Вам общение с ними?

– С сообществом пациентов «Я люблю жизнь» я познакомилась в декабре 2020 года и первый раз попала на встречу Нового года. Меня тогда поразило то, насколько девчонки открытые и раскрепощенные, насколько они могут веселиться, зная, что у них такой диагноз. Именно это в тот момент дало силы восстанавливаться. Я поняла, что я буду общаться с людьми, у которых есть диагноз. Начала ходить на все мероприятия, которые проводились в сообществе, принимать в них участие. Познакомилась с девочками, с кем-то сдружилась и поняла, что потихонечку где-то появились силы помогать другим, делиться тем опытом, который приобрела сама во время лечения.

– Ваши пожелания нашим читателям, кто сейчас борется с болезнью...

– Те, кто сейчас только узнал о диагнозе и проходит лечение. Да, лечение сложное, трудное, длительное. Наступают периоды отчаяния, депрессии. Но, несмотря ни на что, нужно не опускать руки, нужно верить в себя, в свой организм, верить врачам. Верить в то, что ты победишь! Я думаю, что именно вера и помогла мне выстоять и измениться самой, изменить свое отношение к жизни и происходящим событиям.

– Наталья, спасибо, что согласились поделиться своей историей. Для наших читателей очень важно узнать историю человека, который смог преодолеть тяжелую болезнь – рак и победить! 🍀

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД

Я ❤️ ЖИЗНЬ



Бесплатная психологическая помощь для онкопациентов и их близких

АНТОН НИКОЛАЕВИЧ ЖИГУЛЕВ: «При диагностике анемии ее лечение необходимо начинать незамедлительно»

Анемия – это частое осложнение у онкологических пациентов, которые проходят химиотерапию. Анемия проявляется снижением уровня гемоглобина ниже нормы и является самым распространенным гематологическим нежелательным явлением. О вопросах профилактики и лечения анемии мы поговорили с врачом-онкологом, кандидатом медицинских наук, заместителем главного врача ГБУЗ ПК «Пермский краевой онкологический диспансер» ЖИГУЛЕВЫМ АНТОНОМ НИКОЛАЕВИЧЕМ.



– Какие анализы назначают пациенту для выявления анемии?

– Пациентам с клиническими симптомами анемии рекомендуются выполнение общего (клинического) анализа крови, оценка гематокрита, исследование уровней эритроцитов и ретикулоцитов с целью диагностики и дифференциальной диагностики анемий. Также исследование статуса железа крови, включающее уровень железа сыворотки крови, насыщение трансферрина железом, ферритин, тесты на гемолиз (общий билирубин, свободный и связанный билирубин, активность лактатдегидрогеназы, уровень креатинина в крови и/или определение клиренса креатинина).

– В каких случаях на фоне химиотерапии может развиться анемия?

– Механизм развития анемии у пациентов со злокачественными новообразованиями достаточно сложен и связан как с прямым, так и с опосредованным воздействием опухолевого процесса на организм: кровотечения, опухолевое поражение костного мозга, токсические эффекты химиотерапии, избыточная продукция провоспалительных факторов (цитокинов) и связанные с ними нарушения обмена железа и эритропоэза. Большинство режимов химиотерапии подавляет развитие и созревание клеток в

костном мозге. Ряд противоопухолевых препаратов (цисплатин, карбоплатин) снижает продукцию гормона эритропоэтина в почках, уменьшая чувствительность клеток к дефициту кислорода (гипоксии). Некоторые препараты химиотерапии, блокирующие синтез рибонуклеиновой кислоты – РНК (антрациклины, циклофосфамид, ифосфамид) или секрецию белка (винкристин), вызывают угнетение синтеза эритропоэтина.

– Как срочно нужно начать лечить анемию на фоне онкологического заболевания? Пациенты и так получают много разных препаратов. И какие могут быть последствия, если не лечить анемию у онкологического больного?

– Анемия – это снижение уровня гемоглобина менее 120 г/л и встречается более чем у 1/3 больных со злокачественными опухолями, а у пациентов, получающих химиотерапию, ее частота достигает 90%. При этом, согласно ряду научных данных, анемия снижает качество жизни, ока-

« ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОД ЕГО ЛАБОРАТОРНЫМ КОНТРОЛЕМ ДО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЭРИТРОПОЭТИНОВ В СРЕДНЕМ КУРС МОЖЕТ ЗАНИМАТЬ 16 НЕДЕЛЬ

зывает неблагоприятный эффект на показатели выживаемости; у пациентов с анемией выше риск смерти, и снижается эффективность проводимого лечения. Более того, анемия входит в топ-5 самых частых осложнений не только опухоли, но и самого лечения и при этом является одним из самых частых поводов госпитализации. Таким образом, при первичной диагностике анемии ее лечение необходимо начинать незамедлительно.

– Какие препараты используют для лечения анемии у пациентов со злокачественными новообразованиями?

– Выделяют две группы лекарственных средств. Первая группа – лекарственные препараты железа, при этом в арсенале врача есть препараты и 2-валентного и 3-валентного (более предпочтительны) железа: Железа сульфат, Железа сульфат + [Аскорбиновая кислота], Железа [III] гидроксид декстран, Железа [III] гидроксид сахарозный комплекс и другие. Вторая группа – группа эритропоэтинов: Дарбэпоэтин альфа, Эпоэтин альфа, Эпоэтин бета. При этом предпочтительно, ввиду определенных особенностей, использовать Эпоэтин альфа.

– Препараты для лечения анемии входят в программу бесплатной помощи для пациентов со злокачественными опухолями?

– Большинство лекарственных препаратов входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения в соответ-

ствии с распоряжением Правительства РФ от 12 октября 2019 г. N 2406-р. Таким образом, данные лекарственные препараты онкологические пациенты могут получить в рамках льготного лекарственного обеспечения, а также в рамках обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара.

– Какие самые эффективные на сегодня методы борьбы с анемией?

– Эффективность лекарственного препарата, в первую очередь, зависит от установленных показаний. Взрослым пациентам рекомендуется назначение эритропоэтинов. При этом назначение препаратов эритропоэтина производится как при солидных опухолях, так и при заболеваниях системы крови. Пациентам с доказанным абсолютным дефицитом железа показаны препараты железа.

– Бывают ли побочные эффекты у лекарств для лечения анемии? К чему нужно быть готовым?

– Нежелательные реакции существуют на все лекарственные препараты, но частота их невысока. При применении препаратов железа могут отмечаться головная боль, головокружение, искажение вкуса, тошнота, диспепсия, боль в животе, запор, диарея; изредка возникает вздутие живота, отмечаются как нечастые реакции: миалгия, боль в спине, боль в суставах, боль в конечностях, судороги мышц и реакции в области инъекции/инфузии. При использовании эритропоэтинов нежелательные реакции встречаются нечасто: реакции повышенной чувствительности, головная

боль, судороги, артериальная гипертензия, диарея, тошнота, рвота, кожная сыпь, крапивница, повышение температуры тела, озноб, гриппоподобный синдром, периферические отеки, местные реакции.

– Как долго длится лечение анемии? Нужно ли будет повторять курсы через какое-то время?

– Терапия препаратами железа осуществляется под его лабораторным контролем до восстановления дефицита. При назначении эритропоэтинов в среднем курс может занимать 16 недель. Но следует учитывать, что, если в течение 8 недель отсутствует терапевтический эффект, от терапии эритропоэтинами следует отказаться.

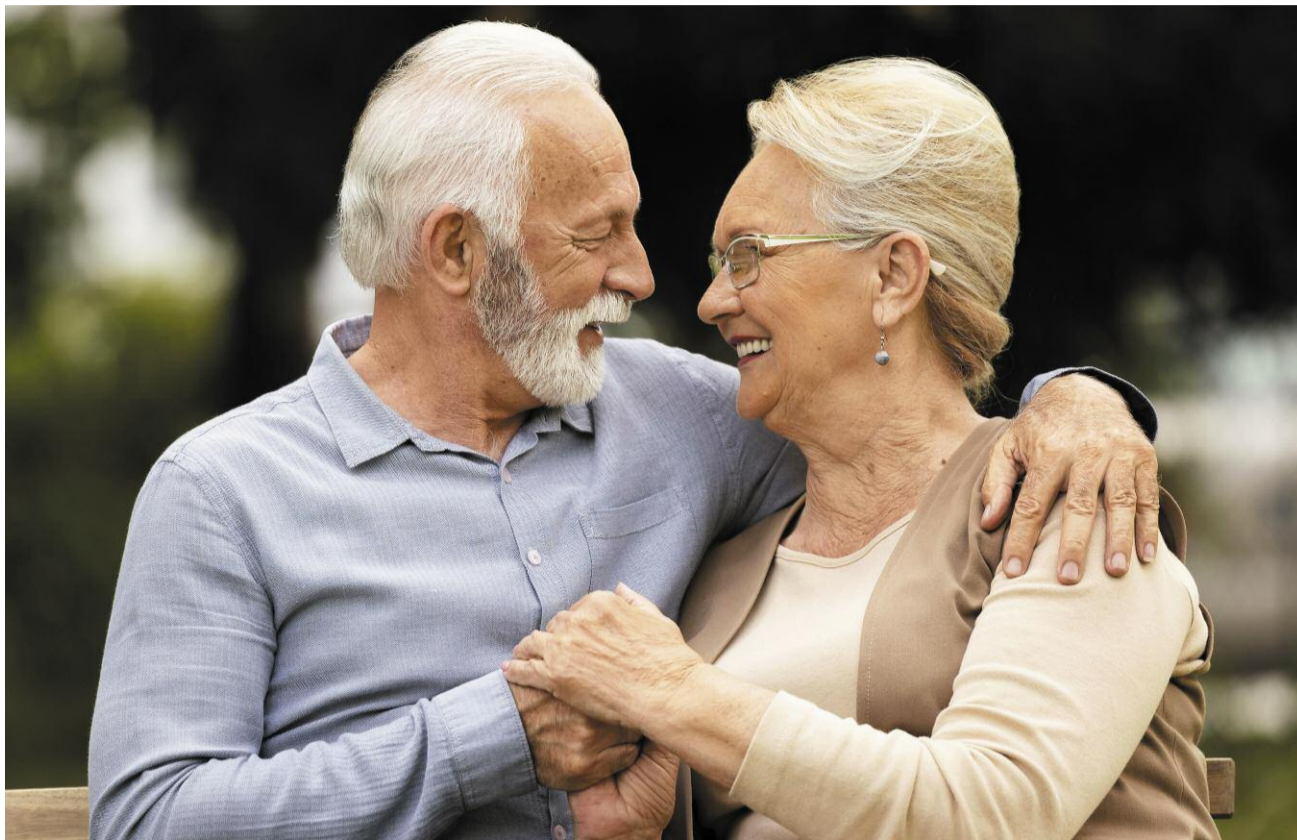
– Как часто нужно пересдавать анализы после лечения анемии?

– Четких критериев по данному вопросу нет. Отдельные пациенты требуют еженедельного контроля. Некоторые пациенты с легкой анемией и отсутствием выраженной клиники могут проходить лабораторный контроль, к примеру, один раз в месяц и реже.

– Назначают ли препараты железа для профилактики анемии онкологическим пациентам?

– Существуют определенные критерии анемии и лабораторные показатели, ее характеризующие. При отсутствии признаков анемии проводить лечение/коррекцию в профилактических целях не следует. ☺☺☺

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ



Множественная миелома – злокачественное заболевание системы крови, при котором в костном мозге происходит повышенная выработка дефектных плазматических клеток, в большинстве случаев вырабатывающих патологический белок. Множественная миелома – это редкое заболевание с частотой встречаемости 1% среди всех злокачественных опухолей и 13% – среди всех опухолевых заболеваний кроветворной системы. Заболевание распространено повсеместно, чаще встречается у мужчин. Заболевают миеломой преимущественно пожилые люди, только 5% пациентов – моложе 40 лет. Число заболевших увеличивается с возрастом. В России ежегодно регистрируется около 3500 новых случаев миеломы, средний возраст больных составляет 64 года.

Симптомы множественной миеломы крайне разнообразны, не существует четко очерченной клинической картины. Наблюдается вариабельное течение болезни – заболевание иногда протекает очень быстро, агрессивно, а может наблюдаться медленное вялотекущее развитие заболевания. В ряде случаев встречается бессимптомная форма болезни. Наиболее частый симптом – боли в костях, он выявляется у 70% пациентов. Также может наблюдаться повышение содержания кальция в крови вследствие разрушения костной структуры, встречается в 10–30% случаев и может проявляться тошнотой, рвотой, запорами, мышечной слабостью, аритмией. Поражение почек – еще один значимый и грозный симптом множественной миеломы, встречается у 20% в дебюте заболевания и более чем у 50% больных – в рецидиве. При остром повреждении почек дебют миеломы бурный. У пациента возникают тошнота, рвота, может быть уменьшение объема выделяемой мочи. Вследствие вытеснения нормальных клеток костного мозга у 60–70% больных развивается анемия. При этом у пациента могут быть жалобы на головокружение, слабость, недомогание, одышку, шум в ушах, учащенное сердцебие-

ние. В связи с нарушенной выработкой нормальных иммуноглобулинов у больного развивается иммунодефицит, что приводит к частым и затяжным инфекциям. Крайне важно выявить множественную миелому на самых начальных этапах, тогда шансы на достижение ремиссии и продолжительную жизнь повышаются в разы. Первые признаки, которые могут натолкнуть на мысль о множественной миеломе, обнаруживаются при исследовании крови и мочи во время обычного диспансерного медицинского обследования еще до появления клинических симптомов болезни. Так, в общем анализе крови у пациента может выявляться повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ), снижение гемоглобина (анемия). В моче может наблюдаться белок (протеинурия). В биохимическом анализе крови – повышение общего белка (гиперпротеинемия), креатинина, кальция. Но все эти проявления необязательно указывают на диагноз. Они позволяют заподозрить миелому, а подтвердить заболевание поможет визит к гематологу с определением специфических диагностических тестов. Адекватный перечень обследований, необходимых для диагностики множественной миеломы, может назначить только врач. Из-за разнообра-

зия симптомов заподозрить множественную миелому бывает сложно. Пациентам нужно знать, что боль в любом отделе позвоночника требует уточнения причины. Противопоказано принимать обезболивающие, ходить к мануальному терапевту, посещать курс массажа, если присутствует болевой синдром неуточненного происхождения. Требуется выполнение инструментальных методов исследования (КТ или МРТ) для того, чтобы понять причину болевого синдрома.

На современном этапе развития медицины множественная миелома является хроническим заболеванием, однако достигнуты значительные успехи в терапии, которые позволяют контролировать течение болезни, в ряде случаев приводить к многолетней ремиссии, что способствует хорошему самочувствию пациентов и сохранению качества жизни.

Множественная миелома – заболевание с волнообразным течением: на фоне лечения достигается ремиссия, затем ее сменяет рецидив, и вновь возобновляется противоопухолевая терапия с достижением очередной ремиссии. Цель терапии миеломы – уменьшение опухолевой массы, устранение симптомов болезни, улучшение продолжительности и качества жизни. Основой лечения являются комбинации таргетных противоопухолевых препаратов, цитостатических и гормональных лекарственных средств. Пациентам моложе 65 лет при сохранном общем соматическом статусе предлагается выполнение высокодозного химиотерапевтического курса с трансплантацией аутологичных стволовых гемопоэтических клеток крови. Стратегия лечения формируется лечащим врачом с учетом пожеланий пациента.

После достижения ремиссии и завершения основного лечения наступает этап динамического наблюдения. Именно регулярное посещение специалиста и выполнение стандартных диагностических исследований позволяют на раннем этапе выявить рецидив заболевания и назначить новые лекарственные препараты.

В последние годы продолжительность лечения больных множественной миеломой существенно увеличилась за счет внедрения в клиническую практику инновационных лекарственных препаратов, обладающих изолированным действием на дефектный клон плазматических клеток. В этой связи все большее значение приобретает сохранение качества жизни пациентов. Радует, что благотворительные организации уделяют внимание популяризации знаний о диагностике, лечении, купировании нежелательных реакций при множественной миеломе и помогают пациентам получить помощь в диагностике и лечении. Одна из таких организаций – Фонд борьбы с лейкемией. Он оказывает активную помощь больным миеломой на различных этапах терапии, в том числе содействует качественной и активной жизни больных, несмотря на тяжелый диагноз. ☺☺☺



Автор статьи: Соловьев Максим Валерьевич – кандидат медицинских наук, заведующий отделением гематологии и химиотерапии паранеоплазматических гемобластозов с блоком трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, старший научный сотрудник отдела химиотерапии паранеоплазматических гемобластозов.

Благотворительный фонд
«Фонд борьбы с лейкемией»

leikozy.net



**ФОНД БОРЬБЫ
С ЛЕЙКЕМИЕЙ**



Газета «Беседы о здоровье: Онкология» №5, 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



**ДВИЖЕНИЕ
ПРОТИВ
РАКА**



**ЗДРАВСТВУЙ!
Будем жить**

Равный онкоконсультант Светлана Неретина

При сотрудничестве
с порталом onco-life.ru



Официальный портал
Минздрава России
об онкологических заболеваниях

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: 30.11.2023

Возрастное ограничение 16+