№1 (5). Серпень/Вересень 2020

ГОЛОС АФІНИ

ВІСНИК ОНКОПАЦІЄНТА

ЦЕ ВАЖЛИВО ПАМ'ЯТАТИ КОЖНОМУ!

З 1 квітня 2020 року стартував другий етап медичної реформи. Що змінилось для пацієнтів з онкологічними захворюваннями?

З 1 квітня онкоцентри отримують значно більше коштів. Медичні послуги мають бути безоплатними для пацієнта. За отримані пацієнтом послуги сплачує Національна служба здоров'я України (НСЗУ).

Щоб отримати безоплатні медичні послуги за Програмою медичних гарантій, пацієнту потрібне електронне направлення. Його виписує сімейний лікар, з яким укладена декларація, або лікуючий лікар. Пацієнт сам обирає медичний заклад, що має договір з НСЗУ, в якому проходити лікування чи обстеження, та лікаря, незалежно від місця реєстрації (прописки). Медичний заклад не має права відмовити пацієнту в наданні медичних послуг, аргументуючи це, наприклад, тим, що пацієнт не прописаний на цій території, чи направлення виписав лікар первинки з іншого району тощо.

Аналізи та швидкі тести, які входять до пакету первинної медичної допомоги, можна зробити через сімейного лікаря безкоштовно:

- загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
- загальний аналіз сечі;
- глюкоза крові;
- загальний холестерин;
- швидкий тест на вагітність;
- швидкий тест на тропонін;
- швидкий тест на ВІЛ;
- швидкий тест на вірусні гепатити.

Сімейний лікар, зважаючи на стан здоров'я людини, вік і схильність до певних захворювань чи ризик спадковості, визначає потребу у проведенні обстежень для ранньої діагностики онкозахворювань. Зокрема, ***до Програми медгарантій включено шість інструментальних досліджень для діагностики найпоширеніших серед населення онкозахворювань*** – мамографія, колоноскопія, бронхоскопія, гістероскопія, езофагогастродуоденоскопія, цистоскопія.

Також за необхідності ваш лікар випише вам направлення на лабораторні чи інструментальні дослідження, на консультацію до лікарів спеціалістів, наприклад, до онколога, ендокринолога, мамолога. ***За направленням лікаря ці послуги є для пацієнта безоплатними.***

Для отримання консультації лікаря-онколога чи проведення дослідження пацієнту потрібно звернутись до закладу, який НСЗУ законтрактувала на пакет «Амбулаторна спеціалізована та високоспеціалізована допомога», та який має необхідних спеціалістів і обладнання, або на пакети із діагностики та лікування онкологічних захворювань.

Якщо у пацієнта виявили злоякісне новоутворення, він має звернутись з направленням свого сімейного лікаря чи лікаря, який проводив дослідження або запідозрив онкологічне захворювання, до медзакладу, який законтрактований НСЗУ за пакетами «Діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних хвороб», «Діагностика та радіологічне лікування онкологічних хвороб» або «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» – в залежності від призначеного лікування. Онкоцентри усіх областей України законтрактували ці пакети послуг.

В умовах пандемії COVID-19 для госпіталізації у онкоцентр або інший медичний заклад згідно Наказу МОЗ України від 20.05.2020 №1227 потрібно мати результат лабораторного тесту на COVID-19. За направленням сімейного лікаря цей аналіз можна зробити безкоштовно. Для осіб з імуносупресією це має бути аналіз ПЛР, для інших груп – ІФА IgM. Зверніться до сімейного лікаря, повідомте, що вам для госпіталізації потрібно пройти тестування, лікар дасть електронне направлення на його проведення.

Безоплатна допомога пацієнту з онкозахворюванням в межах Програми медичних гарантій включає:

- консультування пацієнта;
- інструментальну, ендоскопічну та лабораторну діагностику, включаючи патоморфологічне дослідження тканини пухлини;
- проведення магнітно-резонансної томографії та/або комп'ютерної томографії;
- проведення хірургічного втручання в умовах стаціонару;
- проведення радіотерапії та хіміотерапії в стаціонарних та амбулаторних умовах;
- забезпечення медикаментозного лікування (хіміопрепарати, які закупляються централізовано за державними програмами та за кошти місцевих бюджетів);
- лікарські засоби з Національного переліку;
- цілодобовий медичний догляд, перебування та харчування під час перебування у стаціонарі в лікарні;
- забезпечення своєчасного знеболення;
- направлення пацієнтів в інші заклади/підрозділи для надання послуг з медичної реабілітації в підгострому/відновному періоді або послуг з паліативної медичної допомоги;
- психологічну підтримку.

На сайті Національної служби здоров'я України можна знайти дашборди (аналітичні панелі), за допомогою яких можна дізнатися, які заклади уклали договори з НСЗУ та які пакети послуг законтрактували. Також детальну інформацію можна отримати, зателефонувавши в ***контакт-центр НСЗУ за номером 16-77***.

Крім цього, є список ліків, які лікарні мають обов'язково закуповувати. Ці ліки входять до Національного переліку лікарських засобів.

Також у онкоцентрах (та в інших медичних закладах) на сайтах та на інформаційних стендах мають бути оприлюднені залишки ліків, закуплених за кошти платників податків.

Для онкопацієнтів є можливість безоплатно отримати також ліки для амбулаторного прийому. Якщо вам призначили ліки для лікування онкозахворювання, які ви маєте приймати амбулаторно (наприклад, препарати гормонотерапії), і цих ліків немає в онкоцентрі, ви можете звернутись до свого сімейного лікаря з проханням виписати рецепт на безкоштовне отримання цих ліків у аптеці за Постановою КМУ №1303. Уточніть у сімейного лікаря адресу аптеки, в якій зможете отримати ліки за виписаним рецептом.

Важливо пам'ятати кожному пацієнту: медичні заклади, які підписали договори з НСЗУ на надання конкретних гарантованих медичних послуг, зобов'язались надавати їх пацієнтам безоплатно. Медзаклад отримує кошти від НСЗУ за конкретно надану послугу за визначеним тарифом. Вимагати додатково кошти за це чи відмовляти у наданні послуги у медзакладі не мають права.

Вікторія РОМАНЮК

ПОРАДИ ОНКОЛОГІВ

За даними проведеного серед онкопацієнтів у Фейсбуці опитування, 39% респондентів мали проблеми у спілкуванні зі своїм лікарем. У свою чергу онкологи теж мають зауваження до деяких пацієнтів. Щоб покращити взаємопорозуміння між учасниками лікувального процесу, пропонуємо вашій увазі деякі поради лікарів для пацієнтів.

ЯК ПРАВИЛЬНО ТЕЛЕФОНУВАТИ ЛІКАРЮ?

1 Пам'ятайте, що лікар не зобов'язаний давати вам свій мобільний телефон, він йде вам назустріч.

2 Дізнайтесь у свого лікаря про бажаний час для дзвінків; якщо не знаєте, телефонуйте у робочий час.

3 Не треба дзвонити лікарю вночі та у вихідні дні.

4 Зателефонувавши до лікаря, поясніть, хто ви такий, дізнайтесь, чи зручно лікарю розмовляти та швидко сформулюйте проблему.

5 Якщо вам необхідна зустріч, скажіть, що вам потрібна консультація, уточніть дату і час її проведення.

6 Якщо ви не додзвонилися, дзвінок скинутий або вам не відповідають - не треба передзвонювати 100 разів поспіль. Напишіть СМС-повідомлення з проблемою і проханням передзвонити або спробуйте зателефонувати пізніше.

Олексій КАЩЕЄВ,
нейрохірург
(Науковий центр неврології)

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ

1 Коли ви зателефонували лікарю, назвіть своє прізвище, діагноз та лікування, яке ви отримуєте.

2 Не намагайтеся отримати консультацію по телефону, якщо лікар каже, що необхідна очна консультація.

3 Домовляючись про консультацію, дізнайтеся про наявність квитків на дати потенційної зустрічі (якщо їдете з іншого міста).

4 Якщо ви зателефонували з метою продиктувати контрольний аналіз крові – просто підготуйтеся: випишіть основні показники (наприклад, в загальному аналізі крові це, зазвичай, гемоглобін, лейкоцити та тромбоцити).

5 Збираючись задати питання, підготуйте медичні документи і майте їх перед собою – у лікаря можуть виникнути запитання.

Олена ШМИГА,
онколог
(Клінічна лікарня «Феофанія»)

СПРОБА БУТИ ПОЧУТОЮ

1 До візиту до лікаря необхідно готуватись: зібрати свої виписки, аналізи, результати досліджень в хронологічному порядку, краще за все – в папку з файлами.

2 Необхідно скласти список запитань, які вас цікавлять, у письмовому вигляді – це значно зекономить ваш час.

3 Візьміть із собою записник та ручку, не соромтесь записати основні тези вашої з лікарем розмови.

4 Якщо ви не отримали на це дозволу, не потрібно надсилати лікарю на електронну пошту, вайбер, месенджер і т.д. дані своїх обстежень.

5 Не намагайтесь отримати онлайн-консультацію у лікаря, який не знає вас та вашу історію хвороби

6 Якщо лікар онлайн опівночі – це зовсім не означає, що він готовий вас консультувати в цей час.

Марія КУКУШКІНА,
хірург-онколог
(Національний інститут раку)

МАРІЯ КУКУШКІНА: ПЕРЕМОЖНИЙ ШЛЯХ СКЛАДАЄТЬСЯ З МАЛЕНЬКИХ КРОКІВ

Одне із найпоширеніших запитань в закритій фейсбук-групі «Афіна. Жінки проти раку» – до якого лікаря звернутись з тим чи іншим видом раку. Коли запитують про дерматоонкологію, то найчастіше можна отримати пораду «їхати в НІР до Кукушкіної». Марія Миколаївна відома як один з найкращих спеціалістів у цій сфері. Сьогодні ми поговоримо про меланому та познайомимо вас із Марією Миколаївною трохи ближче.

Марія Кукушкіна – старший науковий співробітник науково-дослідного відділення пухлин шкіри і м'яких тканин Національного інституту раку, кандидат медичних наук, лікар-хірург вищої категорії.

– Маріє Миколаївно, як довго ваша діяльність пов'язана з онкологією, і чому ви обрали саме напрямок дерматоонкології у своїй практичній діяльності?

– У 1996 році я закінчила медичний інститут, потім було два роки інтернатури, і з 1998 року я працюю в Національному інституті раку, у відділенні онкоортопедії, пухлин шкіри та м'яких тканин. Відверто кажучи, не можу сказати, що це був мій свідомий вибір, але після декретної відпустки я почала працювати зі своїм шефом, якого я дуже люблю і поважаю, – професором Коровіним Сергієм Ігоровичем. Основна маса моїх пацієнтів лікувалась з приводу пухлин шкіри. І, мабуть, в момент, коли я занурилась в проблему дерматоонкології глибше, це стало важливим, цікавим і майже особистим.

Крім того, серйозним поштовхом стала моя перша поїздка закордон на міжнародну конференцію. Мені було 34 чи 35 років, коли я вперше потрапила на Всесвітній конгрес з меланоми та раків шкіри. Це було великим відкриттям для мене. І досі кожна вузькоспеціалізована конференція є неймовірно цікавою, тому, що дозволяє не тільки дізнатися про нові досягнення в діагностиці та лікуванні, почути про власний досвід колег, але й побачити, що одну й ту саму проблему можна вирішувати по-різному, зрозуміти, як народжуються ідеї. І оце, мабуть, такий момент, який дуже захопив.

– Меланома є однією з найбільш небезпечних злоякісних пухлин. У чому полягає ця небезпека?

– Меланома є досить агресивною пухлиною, тому важливо розпочати лікування якомога раніше. Якщо пацієнт вчасно звернувся до лікаря, і хворобу діагностовано на ранніх стадіях, то проблему вдається усунути хірургічним шляхом і більше до неї ніколи не повертатися. Але якщо час втрачений, то, на жаль, дуже часто захворювання прогресує. Зазвичай після ураження шкіри меланома розповсюджується у лімфатичні вузли, а потім у внутрішні органи. Це не означає, що у хворих на меланому стовідсотково відбувається прогресія захворювання. В мене є пацієнти, які починали лікування з третьої стадії, я їх знаю вже багато років, і вони знаходяться у стійкій ремісії. Але, звичайно, тих людей, які почали лікування на початкових стадіях, значно більше. Мені б дуже хотілося, щоб всі пацієнти були виліковні.

Хочу зауважити, що медицина не стоїть на місці. До недавнього часу при IV стадії захворювання пацієнтам майже нічого було запропонувати, адже в нас була лише хіміотерапія, яка при меланомі дуже малоефективна. За 20 років моєї роботи можна на пальцях перерахувати людей з IV стадією захворювання, які після хіміотерапії мали повну регресію пухлини та продовжували жити. До недавнього часу це була неймовірна проблема у всьому світі, не тільки в Україні. На щастя, ситуація змінилася, з'явились нові ефективні ліки. І дуже хотілося б, щоб ці зміни стосувалися і українських пацієнтів.

– За статистикою, смертність від меланоми в Україні в десятки разів вища, ніж у Америці. Як ви вважаєте, з чим це пов'язане?

– Ця інформація не відповідає дійсності, хоча показники виживаності в нашій країні дійсно дещо гірші, і треба розуміти, чому. Виживаність залежить перш за все від стадії захворювання, з якої розпочато лікування. Дійсно, за кордоном більша обізнаність людей щодо небезпечних родимок, тому значна кількість пацієнтів розпочинають лікування на початковій стадії, через це і смертність нижча. Крім того, з 2011 року розпочалася ера нової терапії меланоми, яка дозволила дуже серйозно підвищити виживаність хворих з III-IV стадіями захворювання.

У розвинених країнах сучасне лікування (таргетну терапію та імунотерапію) отримують усі пацієнти. В Україні це можуть собі дозволити одиниці, тому що сучасне лікування дуже дороговартісне, держава не забезпечує хворих необхідними ліками, і фінансове навантаження повністю лягає на плечі пацієнтів та їх сімей. Тобто якщо пацієнт має змогу придбати такі препарати, ми його лікуємо за сучасними протоколами, якщо не може, то, на жаль, ми можемо запропонувати тільки лікування хіміопрепаратами, які є малоефективними у порівнянні з інноваційними лікарськими засобами.

– Кожна людина зараз може знайти величезну кількість інформації про здоров'я, у тому числі неперевіреного характеру. З якими міфами про меланому вам доводиться стикатися?

– Мабуть, найчастіший міф – це те, що якщо видалити меланому, то хворий помре. Насправді це зовсім не так. Цей міф виник тому, що багато пацієнтів звертаються надто пізно, і попри всі намагання, допомогти їм не завжди вдається. Не всі родимки, які видаляють, є меланомою, тому потрібно звертатись до фахівців. Якщо пацієнт щось збирається видаляти, його обов'язково має оглянути фахівець, який володіє дерматоскопією.

В нашій країні чудові дерматологи. Приватні клініки забезпечують лікарів дерматоскопами, у державних дерматологи купують зазвичай самі, адже розуміють необхідність наявності такого інструмента для діагностики пухлин шкіри.

Після видалення родимки матеріал необхідно віддати на гістологічне дослідження. Нажаль, є багато історій, коли видаляють якесь новоутворення, не відправляють його на дослідження та кажуть: "Все гаразд, ідіть додому, можете забути», – а через декілька років у пацієнта виникають метастази. І хворий починає дуже довгий шлях пошуку діагнозу, тому що про цю родимку, яка колись була видалена, він і не згадує. І тільки коли беруть біопсію з метастатичного вогнища, встановлюють діагноз меланома, починають хворого ретельно розпитувати, пацієнт згадує, що колись йому видаляли новоутворення шкіри. Для мене це дуже сумна історія, якої можна було б уникнути.

– Багато пацієнтів згадують вас із вдячністю та дякують долі за зустріч із вами. А чи є у вас пацієнти, про яких ви можете розповісти щось особливе?

– Не можу сказати, що у мене є улюблені пацієнти. Це було б неправильно. Стараюсь приділяти усім пацієнтам достатньо часу та уваги. У більшості лікарів, мені здається, є така своєрідна больова точка, – є контингент хворих, на який вони реагують більш гостро. Для мене це пацієнти віку моїх дітей. Коли бачу таких пацієнтів з меланомою шкіри, то сприймаю це більш особисто. Мені це болить.

– Ви щодня спілкуєтесь з багатьма пацієнтами з різними стадіями захворюваннями, у різних станах. Чи не важко вам психологічно?

– Звичайно, так. Особливо важко психологічно, коли йде мова про те, що є ефективне лікування, але пацієнт його не може придбати. І усвідомлення того, що можна було б допомогти, але без грошей це неможливо, дуже болюче. У мене, як і у багатьох онкологів, є синдром вигорання. Нажаль, така проблема існує, і для мене зараз карантин – це таке своєрідне перезавантаження. Кількість хворих значно менша, ніж зазвичай, і я користуюся цим як нагодою відновити ресурс.

– Про це не часто говорять, але люди все ж помирають від раку. Що відчуваєте, коли отримуєте звістку, що хвороба виявилась сильнішою?

– Звістка про смерть – це завжди боляче. Не важливо, це був хворий, якого ти лікував від початку до кінця, чи якого лише консультував. Може, це не дуже професійно, але завжди є певне відчуття провини: тобто ти знаєш, що зробив все можливе, але в глибині душі думаєш: а може, наприклад, було краще запропонувати в якості першої лінії терапії інший препарат. Це просто так не проходить ніколи. Для мене дуже серйозною підтримкою є ситуації, коли родичі пацієнта, який помер, знаходять в собі сили написати SMS зі словами подяки та підтримки. Для мене це дуже важливо, це як пробачити один одному. Я навіть не можу собі уявити, як важко рідним в цей момент, але вони знаходять в собі сили написати два слова лікарю. Я дуже вдячна цим людям.

– Яку максимальну кількість операцій вам доводилось робити за день?

– В дерматоонкології операції бувають дуже різні. Бувають зовсім маленькі, які тривають 20 хвилин, бувають тривалістю по декілька годин. Тому оцінювати хірурга за кількістю операцій – це не дуже вірно. Бували випадки, коли ми робили 8 операцій на день, це досить важко, але якщо вони невеликі, то це можливо. А іноді операція займає півдня.

– Робота лікаря-онколога нелегка. Що допомагає вам відновлювати свої сили та надихає вас?

– Однозначно сім'я. Яка дуже терпима, дуже відчуває, коли треба поговорити, коли помовчати. В мене чоловік теж хірург, тому він всі нюанси професії чудово розуміє. І підтримку від сім'ї я маю неймовірну.

– У вас є якісь захоплення?

– На захоплення не завжди вистачає часу. Я дуже люблю читати художню літературу, і коли я читаю книгу, яка мене захоплює, то не можу зупинитися, доки не дочитаю до кінця. Тоді діти кажуть, що у мами піжамний день, тобто я цілий день читаю, і ми виходимо тільки пообідати. Це для мене дуже серйозне перезавантаження. Люблю подорожувати з сім'єю, особливо коли всі разом, хоч діти вже досить дорослі, і вже можуть відпочивати самостійно. Люблю мистецтво. Коли потрапляю в нове місто, завжди намагаюсь відвідати художній музей.

– Улюблене місто?

– З роками я все більше люблю Київ. Зараз з'явилося трошки часу, і я побачила, як відреставрували парк Перемоги, привели до ладу парк Кіото. Мені подобається, що Київ – зелене, європейське місто зі своїм обличчям.

– Які ваші улюблені квіти?

– Люблю різні квіти. Квіти у мене вдома є майже завжди. Так склалося, що чоловік мені часто дарує квіти просто так. І в цьому році, під час карантину, я сумувала за квітами. Мені не вистачало тюльпанів, весь їх сезон ми пропустили, але з'явилися нарциси, а потім півонії...

– Над чим наразі працюєте, і що хотілося б втілити?

– Втілити хотілося б дуже багато, але, на жаль, не дуже вистачає часу, а може організованості. У зв'язку з карантином відмінилося дуже багато конференцій, деякі з них перейшли в онлайн-формат, а деякі перенесені, тому трошки змінилися професійні плани.

Дуже хочеться в цьому році знову провести Школу пацієнта з меланомою шкіри. В минулому році був перший такий досвід, і мені здається, що він був вдалий. Ми з головою ГО «Меланома Україна» обговорювали можливість зробити це в онлайн-форматі, але усім хотілося б живого спілкування. Людям зі спільною проблемою хочеться познайомитися не лише онлайн, а й особисто. І звичайно, є плани професійні – зробити доповіді на конференціях, взяти участь у міжнародних клінічних дослідженнях, написати посібник з діагностики та лікування меланоми для лікарів.

– Ваш улюблений вислів або цитата?

– У мене є два вислови, які мені допомагають. Іноді я ними ділюсь з пацієнтами, і дуже сподіваюся, що вони їм теж допомагають. Перший: «Шлях подолає той, хто йде». А другий – «Кожна дорога починається з першого кроку».

Для кожної людини звістка про онкологічний діагноз – це шок. Це завжди дуже важко. Це поворот життя на 180 градусів. Руйнуються всі плани, сподівання. Іноді ми сідаємо з пацієнтом, і я кажу: давайте зараз ми з вами будемо використовувати тактику маленьких кроків, будемо розбивати наші життєві плани на маленькі етапи. І кожен крок сприймати як маленьку перемогу. Наприклад, мова йде про операцію.

Перший крок – здача аналізів, другий – власне операція, третій – отримання гістологічного заключення та призначення лікування. І за кожний крок ми ставимо собі умовний плюсик: я молодець, я зробив ще один крок до перемоги. Тобто ми не намагаємось заглянути, що буде через 5 років. Ніхто не знає, що буде з ним через 5 років. Але в наших силах розділити життя на етапи та радіти за кожен етап життя. І є пацієнти, які кажуть, що їм так значно легше. Вони йдуть від однієї мети до наступної. Іноді це буває дуже довгий шлях, але так долати його легше. І ми долаємо його разом.

Вікторія РОМАНЮК

КОЛИ ПАТАМОРФОЛОГИ ПОМИЛЯЮТЬСЯ

Мене звати Юля, мені 36 років. І вже рік, як я проходжу лікування 4 стадії меланоми. На даний момент я пройшла 25 курсів імунотерапії протипухлинним препаратом Кітруда.

Раніше я думала, що 4 стадія раку буває у людей, які не звертаються до лікарів. Але не все так однозначно. У квітні 2017 року я поранила родимку, вона стала кровоточити. Через кілька днів звернулася в найближчий кабінет дерматолога. Лікар, молода дівчина, сказала, що родимка викликає підозру і краще її видалити. Порадила приватну дерматологічну клініку або Інститут Краси. В інтернеті писали про багатий досвід із видалення родимок в Інституті Краси, тому свій вибір я зупинила на цій установі. Там мене, з використанням дерматоскопу, оглянула дерматолог і відправила на консультацію до онколога в тій же клініці. Онколог рекомендував видалити родимку та відправити на гістологію. Видалили мені родимку електроножем. Гістологію провела відома лабораторія, результати були «без злоякісної патології». Я, відповідно, незабаром забула про цю мініоперацію і не проходила скринінг.

Через півтора року розвиток захворювання почав давати симптоми. У мене нічого не боліло! Просто іноді, спочатку рідше, потім частіше, піднімалася температура до 38 градусів і через день падала. Я стала звертатися до лікарів. За два місяці пройшла з десяток досліджень і консультацій різних фахівців – від ендокринолога до інфекціоніста. На УЗД черевної порожнини були виявлені новоутворення в печінці і яєчнику. Гінекологи в один голос стверджували, що рак яєчника не дає метастази в печінку. Далі була гастроскопія, колоноскопія, мамографія, КТ, МРТ. В результаті проведена трепан-біопсія утворень в печінці. Діагноз був невтішний – метастази меланоми шкіри. І тільки після цього я згадала про видалену родимку.

Я забрала матеріали (парафіновий блок і скельця) з лабораторії, віднесла в іншу лабораторію. Перегляд встановив, що у видаленій родимці були маленькі частинки меланоми. Паталогоморфологи теж можуть помилятися, вони ставлять діагноз в прямому сенсі на око. Тому раджу обов'язково отримувати другу думку. Завжди можна забрати матеріали та віднести, відправити в іншу лабораторію. Також для гістології має значення, яким чином проведено видалення. Найкращий спосіб – хірургічне видалення за допомогою скальпеля. В даному випадку патологоморфологія може оцінити ступінь інвазії меланоми.

Я потрапила в незначний відсоток пацієнтів, коли меланома з першої стадії за відносно короткий час прогресує до четвертої. Але також я потрапила в відсоток пацієнтів, які відповідають на імунотерапію протипухлинним імунопрепаратом. Моя пухлина не містить генів BRAF-мутації, тому таргетна терапія мені не рекомендована.

Я себе досить добре почуваю. Побічні дії препарату проявляються швидкою втомлюваністю, важкістю в голові, іноді навіть туго мислю. Після 16-го курсу почали проявлятися побічні дії на шкірі, вітіліго, сухість і подразнення.

Рік тому мені було дуже погано. Слабкість, втрата апетиту і ваги, нічна пітливість – критичні ознаки «просунутої» онкології. ***Зараз новоутворення зменшилися в рази і можуть повністю розсмоктатися***. Лікування триватиме ще мінімум рік. Позитивний настрій грає важливу роль в лікуванні онкологічних захворювань. Я була впевнена, що препарат мені допоможе. Мені ще з дитиною домашні завдання вирішувати, йти в інший світ ніяк не можна.

Хочу побажати всім пацієнтам, незалежно від діагнозу, – не падати духом, шукати варіанти і не опускати рук.

Всім любові, щастя і вічної весни в душі!!!

Юлія Ковмір – активна учасниця спільноти «Афіна. Жінки проти раку». Позаду в неї 25 крапельниць препарату імунотерапії. У Юлії меланома. Але їй пощастило: у Юлії чудовий лікар, є можливість лікуватись та гарна відповідь на терапію. Сподіваємось, історія Юлі надихне когось, хто нещодавно дізнався про свій діагноз та розпочинає боротьбу із хворобою.

ТРОМБОЗ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

За даними статистики, венозна тромбоемболія (ВТЕ) є другою за частотою причиною смерті у пацієнтів. У великому когортному дослідженні, проведеному в Нідерландах, що включає більше 66 000 хворих зі злоякісними новоутвореннями, виявлено, що поширеність ВТЕ у хворих на рак більш ніж у 6 разів вище, ніж у населення в цілому!

Олександра СТЕПАНОВА
к.м.н, головний реабілітолог центру діагностики та реабілітації «Восстановление» (Москва)

Всі стаціонарні онкологічні хворі розглядаються як кандидати для антикоагулянтної профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень (ВТЕУ) при відсутності кровотеч чи інших протипоказань. Тільки сама по собі госпіталізація вдвічі підвищує частоту ВТЕ в онкологічних хворих.

20% нових випадків венозної тромбоемболії діагностується у пацієнтів уже на момент діагностики раку. Крім того, ВТЕ є незалежним негативним чинником прогнозу в пацієнтів із раком, збільшуючи ймовірність смерті.

ЧИННИКИ РИЗИКУ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗУ:

- госпіталізація з обмеженням рухливості;
- вік старше 40 років;
- ожиріння;
- постільний режим більше 3 діб, тривале положення лежачи;
- якщо тромбози вже були в анамнезі;
- серцева недостатність, дихальна недостатність;
- інфаркт, інсульт;
- наявність центрального венозного катетера;
- прийом гормональних контрацептивів;
- нещодавня вагітність;
- перетискання вен чимось (гематома, пухлина тощо);
- інфекція;
- варикозна хвороба вен нижніх кінцівок.

Ознаки гіперкоагуляції за коагулограмою:

- фібриноген більше 400 мг/мл;
- МНВ більше 0,5 мкг/мл.

ДОДАТКОВО:

- кількість тромбоцитів понад 350 х109/л;
- кількість лейкоцитів більше 11х109/л;
- гемоглобін менше 100 г/л;
- застосування еритропоетинів для корекції анемії.

Стадія раку також відіграє важливу роль у розвитку венозної тромбоемболії:

- наявність віддалених метастазів при солідних пухлинах підвищує ризик венозних тромбозів у 58 разів;
- хворі з віддаленими метастазами мають в 20 разів більший ризик ВТЕ у порівнянні з пацієнтами без віддалених метастазів;
- відносний ризик розвитку симптоматичної венозної тромбоемболії більш ніж у 20 разів підвищується при метастатичній меланомі, у 9 разів – при метастатичному раку сечового міхура, в 5–6 разів – при метастатичному раку молочної залози, раку шийки матки та раку ендометрію;
- найвищий ризик ВТЕ відзначений у хворих на рак підшлункової залози, мозку і легенів.

СИМПТОМИ:

Найчастіше трапляється тромбоз глибоких вен – це утворення тромбу в глибокій вені кінцівки (зазвичай гомілки чи стегна) або в ділянці таза.

Тромбоз саме глибоких вен нижніх кінцівок і малого таза є основною причиною тромбоемболії легеневої артерії, що є часто смертельним ускладненням.

СИМПТОМИ Й ОЗНАКИ НЕСПЕЦИФІЧНІ:

- сильна набряклість,
- розпираючий біль,
- розширення вен,
- зміна кольору шкіри (синюшність) кінцівки.

Але найчастіше зустрічаються невеликі набряки, незначний біль у литкових м'язах. Наявність тромбозу може й ніяк не проявлятися.

ДІАГНОСТИКА: УЗДГ вен нижніх кінцівок.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЗУ:

- медикаментозна;
- механічна.

Найбільш ефективним для профілактики розвитку венозної тромбоемболії, в тому числі тромбоемболії легеневої артерії, у пацієнтів з онкологічною патологією є комбіноване використання як механічних засобів, так і антикоагулянтів (нефракційного гепарину). Рання активізація в післяопераційному періоді також є ефективним методом профілактики тромбозу.

МЕХАНІЧНА ПРОФІЛАКТИКА:

Механічні способи є доповненням до медикаментозних методів. У самостійному вигляді вони можуть використовуватися тільки в тому випадку, коли застосування антикоагулянтів неможливо через високий ризик кровотечі.

- еластичні панчохи;
- еластичне бинтування;
- переміжна пневматична компресія нижніх кінцівок;
- венозний насос для стопи.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЗУ В ХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ:

Якщо операція триває більше 30 хв. – рекомендується антитромботична профілактика:

- після лапаротомії, лапароскопії, торакотомії або торакоскопії – не менше 7–10 днів;
- після великих оперативних втручань (особливо на органах черевної порожнини й малого таза), а також при наявності додаткових факторів ризику (див. вище) – 30 днів.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЗУ НА ТЛІ СИСТЕМНОГО ЛІКУВАННЯ:

Антиангіогенні препарати (бевацизумаб, талідомід, леналідомід), гормональна терапія (дексаметазон, преднізолон) збільшують ризик розвитку ВТЕ і рецидиву ВТЕ від 2 до 6 разів.

Антитромботична профілактика рекомендується:

- хворим на множинну мієлому, які отримують талідомід або леналідомід у поєднанні з хіміотерапією і / або дексаметазоном;
- стаціонарним хворим, які отримують системну хіміотерапію, гормонотерапію, імуномоделюючі препарати при наявності факторів ризику (необхідний індивідуальний підхід до оцінки ризику).

Пацієнтки, які отримують тамоксифен, мають підвищений ризик тромбозів вен нижніх кінцівок, але профілактики не потребують. Тільки періодичний контроль.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЗУ НА ТЛІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ:

Антитромботична профілактика рекомендується онкологічним хворим, які отримують променеву терапію при наявності додаткових факторів ризику (необхідний індивідуальний підхід до оцінки ризику).

Доза антикоагулянту підбирається індивідуально в залежності від маси тіла і додаткових факторів ризику.

Лікування проводиться під контролем коагулограми; доза і ефективність антикоагулянтної профілактики визначається рівнем маркера внутрішньосудинного згортання крові (Д-димера);

Багато препаратів для системного лікування впливають на роботу антикоагулянтів. Ця обставина має враховуватися лікарями.

МОЛЕКУЛЯРНА ДІАГНОСТИКА ПРИ РАКУ ЛЕГЕНІВ

Протягом останнього десятиліття відбуваються революційні прориви у лікуванні такого підступного захворювання як рак легень. З'явились інноваційні методи лікування – таргетна терапія та імунотерапія, що дозволяють жити і тримати хворобу під контролем навіть на просунутих стадіях. Інноваційні методи ґрунтуються на молекулярному профілюванні пухлини. Детальніше про молекулярну діагностику та її роль у лікуванні пацієнтів з раком легень нам розповів Дмитро Шапочка, молекулярний біолог, генетик, заступник директора з молекулярної роботи Медичної лабораторії CSD, м. Київ.

– Що впливає на якість гістологічного дослідження при встановленні виду раку легень, і як помилки можуть відбитися на результаті лікування?

– Гістологічне, або морфологічне дослідження є обов'язковим для підтвердження будь-якого онкологічного захворювання, в тому числі раку легень. Те, що я сказав «рак легень», не є правильним, такого діагнозу не існує, бо пухлини легень поділяються за морфологічною класифікацією на багато підвидів. Найбільш поширеними з них є аденокарцинома (або залозистий рак), плоскоклітинні та нейроендокринні (або дрібноклітинні) карциноми легені.

Саме у встановленні конкретного підвиду раку легень найчастіше трапляються помилки, що є неприпустимим, тому що протоколи системної терапії для цих діагнозів суттєво відрізняються. Схема терапії, яка буде ефективною, наприклад, при аденокарциномі, не принесе користі пацієнту з нейроендокринним раком легені.

Вищевказані морфологічні підтипи раку легень бувають дуже схожі один на інший за морфологічною будовою, що може стати причиною помилкового діагнозу, однак в їх клітинах будуть присутні різні білки, що характерні для клітин з плоскоклітинним (CK5, p40, p63), нейроендокринним (CD56, хромогранін А, синаптофізин), або залозистим (TTF1, Napsin A) диференціюванням. Ці білки можна, і в дуже багатьох випадках треба, виявляти в пухлині за допомогою імуногістохімічного (ІГХ) дослідження, для встановлення правильного морфологічного діагнозу, що є основою для подальших досліджень та терапії.

Причиною більшості помилкових діагнозів пухлин легені є суб'єктивність морфологічного дослідження. Щоб її позбутися та поставити діагноз об'єктивно, за принципами доказової медицини, в багатьох випадках необхідне проведення ІГХ дослідження.

– Який матеріал може бути використаний для визначення біомаркерів пухлини (тканина з легені/бронху, кров, рідина з плевральної порожнини)? Переваги та недоліки кожного з матеріалів.

– Первинну постановку діагнозу бажано проводити на гістологічному матеріалі (тканині легенів). Залежно від локалізації пухлини, її розмірів та інших клінічних параметрів, це може бути біопсія при фібробронхоскопії (ФБС), відеоторакоскопії (ВТС), трансторакальна біопсія та інші. Оптимальний вид біопсії визначає хірург за клінічними показниками.

В частині випадків неможливе отримання гістологічного матеріалу, але є можливість отримати бронхіальний змив, або плевральну рідину і провести цитологічне дослідження. З даних видів матеріалу можливе виготовлення цитоблоків, котрі, як і гістологічний матеріал, підходять для проведення всіх необхідних ІГХ та молекулярних досліджень.

Молекулярно-генетичні дослідження при метастатичному раку легень також можливо провести з використанням циркулюючої в крові пухлинної ДНК та РНК. Цей варіант застосовується у випадку, коли гістологічного та цитологічного матеріалу недостатньо для проведення молекулярного дослідження, але чутливість виявлення генетичних порушень з використанням даного виду матеріалу не досягає 100% і значно залежить від поширеності захворювання.

– Пацієнти, що передають біологічний матеріал на молекулярні дослідження, часто стикаються з тим, що матеріалу для дослідження недостатньо. З чим це пов'язано?

– Важкодоступність пухлин легені призводить до того, що в багатьох випадках лабораторія отримує фрагмент тканини діаметром не більше пари міліметрів. Доля пухлинних клітин в цьому шматочку може не перевищувати 10%. З цього матеріалу нам потрібно виготовити зріз для гістологічного дослідження, декілька зрізів для ІГХ досліджень, декілька зрізів для FISH-досліджень та багато зрізів для виділення достатньої кількості ДНК для ПЛР-досліджень. Для кожного з перерахованих досліджень є показники мінімальної кількості та проценту пухлинних клітин в зразку, що необхідна для отримання достовірних результатів. Якщо пухлинних клітин менше, то лабораторія не може прийняти матеріал в роботу.

– Пацієнтам важко зрозуміти, чому молекулярні дослідження тривають так довго. Рак легень – дуже агресивне захворювання, що швидко метастазує, стан пацієнта може стрімко погіршуватись. Наскільки виправданою є практика, коли онкопацієнти прагнуть розпочати лікування, не чекаючи результатів на біомаркери пухлини?

– Молекулярні та ІГХ-дослідження, необхідні для визначення тактики лікування пацієнтів з недрібноклітинним раком легень, зазвичай тривають 5-7 днів. Це пов'язано з тим, що патолог має перевірити достатність та відповідність матеріалу для замовлених досліджень, після чого в гістологічній лабораторії виробляється необхідна кількість зрізів з вибраного патологом блоку, або його ділянки. Потім з цими зрізами проводиться ряд технологічних маніпуляцій, що залежать від методу дослідження, в молекулярній лабораторії. При завершенні технологічних операцій ми не отримуємо результат в готовому вигляді, молекулярний біолог має провести інтерпретацію ПЛР-, або FISH-дослідження, і тільки після цього формується заключення, яке надсилається пацієнту та лікарю.

Питання про призначення стандартного протоколу хіміотерапії до отримання результатів молекулярних досліджень має вирішуватись лікуючим лікарем залежно від клінічної ситуації. Якщо ситуація критична і пацієнт потребує терапії негайно, то, звісно, можуть призначити хіміотерапію. Якщо ж стан пацієнта дозволяє дочекатись результатів, які допоможуть обрати найбільш ефективну терапію, то необхідно чекати, тому що найефективнішою завжди є перша лінія терапії, і саме тому всі таргетні препарати при аденокарциномах легені показані в першій лінії.

– Які молекулярні аналізи рекомендовані пацієнтам з недрібноклітинним раком легень, а які – з дрібноклітинним?

– Недрібноклітинний рак легень поділяється на аденокарциному та плоскоклітинний рак. Згідно з останньою версією рекомендацій NCCN, пацієнтам з аденокарциномами легені необхідно проводити молекулярні дослідження мутацій EGFR, BRAF, MET Exon 14, та транслокацій ALK, ROS1, RET, NTRK1/2/3, а також експресії PD-L1 Найбільш актуальними для України з точки зору доступності препаратів на сьогоднішній день є EGFR, ALK, ROS1, BRAF та PD-L1.

При плоскоклітинному раку вищевказані мутації виявляються дуже нечасто, тому їх проведення рекомендується тільки для пацієнтів без паління в анамнезі, і обов'язковим є тільки дослідження PD-L1 для визначення потенційної ефективності застосування імунотерапії .

Для пацієнтів з дрібноклітинним раком легень на сьогодняшній день немає мішеней для таргетної терапії, то ж молекулярні дослідження їм не показані.

– Аналіз на мутацію ALK можливо проводити методом ІГХ та методом FISH. Який з методів ви порадите використовувати пацієнтам? Які обмеження у методу ІГХ?

– Проведення аналізів на ALK та ROS1 дійсно можливі методами ІГХ та FISH. Метод ІГХ є значно дешевшим і його чутливість становить близько 98%, тобто зі 100 пацієнтів з транслокацією ALK, або ROS1 ми виявимо 98. Тому цей метод може бути використаний як первинний скринінг, і при отриманні ІГХ-негативного результату FISH-дослідження не потрібне. Але специфічність ІГХ-дослідження становить не більше 70%. Тобто, зі 100 пацієнтів, що будуть ІГХ-позитивними, тільки 70 матимуть транслокацію та показання до таргетної терапії. Тому, при отриманні ІГХ-позитивного результату, перед призначенням таргетної терапії його обов'язково потрібно перевірити методом FISH.

– Для яких видів раку легень може бути застосований ефективний інноваційний метод лікування – імунотерапія? Які біомаркери пухлини можуть бути параметрами прогнозування ефективності імунотерапії?

– Говорячи «імунотерапія», ми маємо на увазі інгібітори контрольних точок імунітету, а саме PD-1/PD-L1-інгібітори. Така імунотерапія на сьогоднішній день показана для всіх різновидів раку легень. При аденокарциномах перш за все необхідно виключити драйверні мутації, тому що, за їх наявності, незалежно від статусу PD-L1, імунотерапія є неефективною. При їх відсутності, та при плоскоклітинному раку імунотерапія в монорежимі може бути показана пацієнтам з високим рівнем експресії PD-L1 (>50%), та в комбінації з хіміотерапією – пацієнтам з низьким (1-49%), а іноді навіть негативним статусом PD-L1.

Для пацієнтів з дрібноклітинним раком легень PD-L1 не є прогностичним параметром ефективності імунотерапії, і вона призначається без спеціальних досліджень. Однак є попередні дані, що для цих пацієнтів прогностичним маркером може бути рівень мутаційного навантаження (TMB), але дане питання ще вивчається, і більш того, ще необхідна буде стандартизація визначення цього показника.

– Які саме тести на мутації CSD лабораторія проводить безоплатно?

– Лабораторія CSD бере участь у програмах підтримки пацієнтів, які дозволяють безоплатно протестувати EGFR та PD-L1 за наявності відповідного направлення від лікаря-онколога.

Тетяна ВЕНГЛІНСЬКА

ЯКИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ ПУХЛИНАМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ?

Відповідає Горобейко Максим Борисович, доктор медичних наук, завідувач кафедри хірургії Інститута Біології та медицини КНУ ім. Тараса Шевченка, головний лікар клініки Verum Expert.

Робота хірургом-ендокринологом в «Клініці Верум експерт», де функціонує потужний сучасний мамологічний центр, примусила більше уваги приділяти саме проблемі новоутворень щитоподібної залози у пацієнток з доброякісними та злоякісними пухлинами молочних залоз. Ця проблема не нова, і довгий час вважалось, що розвиток новоутворень щитоподібної та молочних залоз пов'язаний певними гормональними чинниками. Проте стрімкий розвиток фундаментальної медицини дозволив відокремити пускові чинники і виключити прямий зв'язок.

Чисельні популяційні дослідження також не встановили більшу частоту захворюваності на пухлини молочних залоз у пацієнток з тиреоїдною патологією. **АЛЕ НА ПРАКТИЦІ МАМОЛОГИ ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ З БІЛЬШОЮ КІЛЬКІСТЮ НОВОУТВОРЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ САМЕ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.**

І тому при виконанні ультразвукових досліджень на післяопераційному етапі досвідчені фахівці після проведення УЗД післяопераційної ділянки, молочних залоз та шляхів лімфатичного відтоку, завжди кладуть датчик на шию пацієнтці і хоча б оглядово досліджують щитоподібну залозу. Це базується на власному досвіді та не відображається в жодних протоколах. **І ЗНАХОДЯТЬ ЧИСЕЛЬНІ ПУХЛИНИ. ЗНАХОДЯТЬ ЗНАЧНО ЧАСТІШЕ, НІЖ ПОМІЖ СЕРЕДНЬОСТАТИСТИЧНОЇ ЖІНОЧОЇ ПОПУЛЯЦІЇ.**

В далеких 2001 та 2004 роках були дослідження, які підтверджували велику кількість новоутворень щитоподібної залози саме серед хворих на рак молочної залози після дистанційної променевої терапії та (з меншою частотою) після хіміотерапії. Автори обіцяли продовжити дослідження стосовно зв'язку з хіміотерапією, проте надалі їх імена зустрічались тільки в роботах по вивченню ефективності різних типів ПХТ та таргетного лікування. Стосовно ж променевої терапії - відповідь на поверхні.

ГОЛОВНИЙ НАБУТИЙ ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТИРОЇДНОЇ ПАТОЛОГІЇ, НАСАМПЕРЕД ОНКОПАТОЛОГІЇ, – ОПРОМІНЕННЯ В АНАМНЕЗІ!

ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ

Одним із найпоширеніших видів злоякісних пухлин є рак легень. Це надзвичайно небезпечний та підступний вид раку, який в Україні в 70% випадків діагностується на III-IV стадіях. Аби покращити прогноз виживаності, пацієнт повинен якомога більше знати про свій діагноз, сучасні методи його лікування, та використати кожний шанс у боротьбі з хворобою.

У разі виникнення підозри на рак легень потрібно звернутись до торакального хірурга і виконати наступну діагностику для підтвердження діагнозу:

- КТ органів грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням;
- Біопсію для гістологічної верифікації.

У разі, якщо діагноз підтверджено, тактика лікування та подальший прогноз залежать від наступних факторів:

- Гістологічний тип та біомаркери пухлини;
- Стадія.

ГІСТОЛОГІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ:

ДРІБНОКЛІТИННИЙ РАК (зустрічається рідше) є дуже агресивним новоутворенням, оскільки швидко може поширитися по всьому організму, метастазуючи в інші органи. Зазвичай, дрібноклітинний рак зустрічається у курців, причому до моменту постановки діагнозу в 60% пацієнтів спостерігається широко поширене метастазування. Виділяється в окрему групу внаслідок низки біологічних особливостей перебігу й інших підходів до лікувальної тактики, а саме до нейроендокринних пухлин. Інші типи раку поєднуються в групу із загальною назвою «недрібноклітинний рак легенів» (НДРЛ).

НЕДРІБНОКЛІТИННИЙ РАК (80–85% випадків) має більш сприятливий, в порівнянні з дрібноклітинним, але в цілому негативний прогноз. Об'єднує кілька форм морфологічно подібних видів раку зі схожою будовою клітин: плоскоклітинний, аденокарцинома, великоклітинний.

В цій статті ми більш детально розглянемо підходи до лікування НДРЛ.

СТАДІЇ

При стадіюванні НДРЛ використовується міжнародна система TNM.

T – вказує на розмір пухлини та її інвазію в найближчі структури. В цій категорії є 7 основних значень Tx, T0, Tis, T1, T2, T3, T4. Чим більший розмір та поширеність пухлини, тим вище значення T.

N – характеризує поширеність на суміжні лімфатичні вузли. Nx, N0, N1, N2, N3.

M (з можливими значеннями 0 або 1) – відображає наявність віддалених метастазів. Найчастіше НДРЛ метастазує в наднирники, печінку, кістки, головний мозок. Обстеження цих органів обов'язково повинно бути виконано до початку лікування.

Шляхом поєднання параметрів T, N і M встановлюється стадія захворювання - I, II, III або IV.

Спочатку стадію визначає онколог на підставі обстежень. Для визначення поширеності процесу необхідно виконати КТ органів грудної клітки та черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, та остеосцинтіграфію (дослідження кісток), МРТ головного мозку з контрастуванням.

У деяких пацієнтів визначення стадії проводять двічі. Перший раз стадію визначають до початку лікування, її називають клінічною. Вдруге стадію визначають на підставі вивчення видаленого під час операції матеріалу. Визначену таким чином стадію називають патморфологічною. Іноді поширення раку за межі легень визначається тільки після операції. Це впливає на подальшу тактику лікування.

ЛІКУВАННЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ

Вибір тактики лікування залежить від багатьох факторів, таких як стадія захворювання, гістологічний тип та молекулярний профіль пухлини, наявність супутніх патологій, вік пацієнта.

Методи, що застосовується при лікуванні раку легень:

- хірургічне втручання;
- променева терапія;
- хіміотерапія;
- таргетна терапія та імунотерапія.

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ

Прийняття рішення про необхідність хірургічної операції залежить від багатьох факторів - локалізації пухлини, типу і стадії раку, а також від загального стану здоров'я пацієнта. Можливість хірургічної операції обов'язково розглядають для I,II та IIIa стадії НДРЛ.

Вид операції залежить від розташування пухлини в легенях і навколишніх тканинах. Операція, при якій видаляється тільки невелика частина легені, називається сегментарною або клиноподібною резекцією. Якщо видаляється значна частка легені, операція називається лобектомія, а видалення всієї легені - пневмонектомія.

Іноді пухлину неможливо прооперувати через її розмір або локалізацію.

Під час операції хірург видаляє пухлину та лімфатичні вузли. Пухлину намагаються видалити з певним запасом здорових тканин. Лікар патоморфолог пізніше досліджує край резекції та видалені лімфовузли. Наявність ракових клітин у краях резекції та/або в лімфовузлах впливає на подальшу тактику лікування.

ХІМІОТЕРАПІЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ

Хіміотерапія буває таких видів: лікувальна – для знищення або зменшення пухлини, зупиняє процес ділення пухлинних клітин; ад'ювантна – застосовується в профілактичних цілях для запобігання рецидиву; неоад'ювантна – безпосередньо перед хірургічним втручанням для зменшення пухлини та системного впливу. Також існує паліативна хіміотерапія, що допомагає полегшити стан людини, хворої на рак, та подовжити її життя.

Мета лікування IV стадії НДРЛ полягає в уповільненні прогресування захворювання, полегшенні симптоматики, мінімізації побічних дій лікарських препаратів і подовження життя пацієнта. Терапію захворювання на цій стадії слід розглядати виключно як паліативну.

Двокомпонентний хіміотерапевтичний режим з включенням препаратів платини багато років був базисом системного лікування пацієнтів з прогресуючим НДРЛ, у яких не виявлено драйверних мутацій. Однак, згідно з останніми версіями протоколів NCCN, у осіб з високим рівнем експресії PD-L1 імунотерапія є більш ефективною, ніж хіміотерапія, і може призначатись в монорежимі, а для пацієнтів з низькою або помірною експресією PD-L1 хіміотерапія може поєднуватися з препаратами імунотерапії (для всіх гістологічних форм НДРЛ) та/або з біологічними препаратами (наприклад, бевацизумабом) при неплоскоклітинному раку, причому бавацизумаб при позитивній відповіді може залишатися в якості підтримуючої монотерапії.

ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Променеву терапію при НДРЛ застосовують з терапевтичною метою або для полегшення симптомів, оскільки опромінення в короткі терміни знижує болі в кістках, кровохаркання і синдром верхньої порожнистої вени.

Променева терапія – терапія вибору в разі НДРЛ, якщо:

- пухлина неоперабельна з об'єктивних медичних причин, наприклад, через погану функцію легень;
- після хірургічної операції з високим ризиком рецидиву (краї резекції пухлини містять ракові клітині або в лімфовузлах були знайдені ракові клітини, рестадіювання до N2).

Показаннями для вибору променевої терапії замість хірургічного методу для пацієнтів I і II стадій, є: погана функція легенів, недавно перенесений інфаркт міокарда, схильність до кровотеч або інші клінічні причини.

Пацієнтів на стадії IIIA НДРЛ рідко лікують тільки за допомогою однієї операції. У більшості випадків ці пацієнти отримують також хіміотерапію та променеву терапію. Медикаментозна терапія (в т.ч. хіміотерапія) і променева терапія - стандартне лікування для пацієнтів з НДРЛ на стадії IIIA з добрим загальним станом, якщо з якоїсь причини операція неможлива, а також для хворих з НДРЛ на стадії IIIB.

Пацієнтам з IV стадією НДРЛ променеву терапію можна застосовувати, головним чином, для полегшення симптомів.

Променева терапія допомагає зменшити:

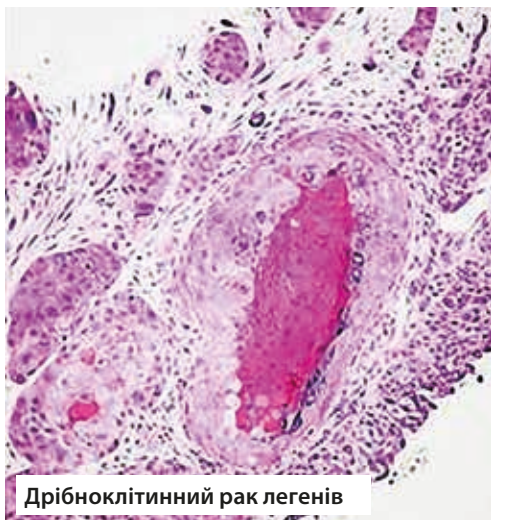
- компресію стравоходу (тобто, здавлення) і порушення ковтання,
- больовий синдром, викликаний метастазами в кістки,
- нейрологічні симптоми при метастазах в головний мозок,
- синдром верхньої порожнистої вени.

ТАРГЕТНА ТЕРАПІЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ

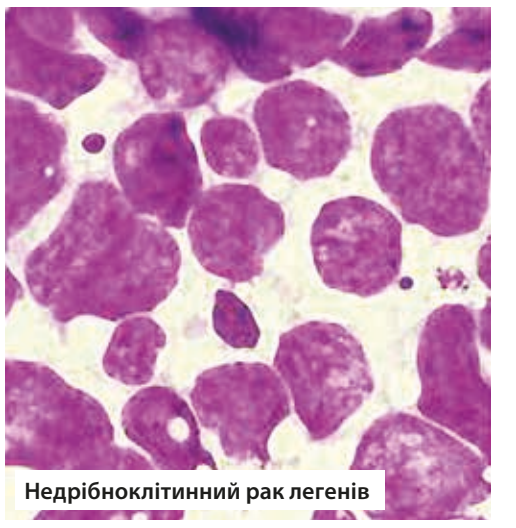
Значні успіхи в терапії пацієнтів з НДРЛ досягнуті завдяки можливостям молекулярно-генетичного аналізу пухлини, що дозволило виявити нові мішені (таргети) для медикаментозної терапії. Вибір терапії при поширеному метастатичному НДРЛ став більш індивідуалізованим, залежним від біомаркерів пухлини. Важливо розуміти, що НДРЛ як нозологічна форма об'єднує два біологічно різних захворювання – недрібноклітинний рак легень, спричинений тютюнопалінням, і недрібноклітинний рак легень у некурців. Кожен із цих різновидів НДРЛ має характерні молекулярні особливості, які значною мірою визначають перебіг захворювання та тактику системного лікування пацієнтів. Для некурців характерно підвищення частоти мутацій в генах EGFR, ALK, ROS1 (драйверні мутації), а також RET, MET, HER2 і BRAF – для кожного з цих біомаркерів існують ефективні таргетні препарати, що рекомендовані у першій лінії лікування у відповідності з міжнародними протоколами NCCN.

Вищезазначені генетичні пошкодження суттєво рідше трапляються у курців. Таким чином, серед пацієнтів з НДРЛ частота EGFR мутації становить 10–15%, ALK – 3–5%, ROS1 – 1% та BRAF – 1–3% .

Численні міжнародні багатоцентрові дослідження показали значну перевагу таргетної терапії над стандартною хіміотерапією за такими критеріями як: тривалість життя, безпека і частота побічних ефектів. Недолік таргетних препаратів – фінансова токсичність.



Дрібноклітинний рак легенів



Недрібноклітинний рак легенів

ІМУНОТЕРАПІЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ

Протягом останнього десятиліття відбувається революція в сфері лікування раку легень – підхід до лікування став більш персоніфікованим, вибір терапії залежить від біомаркерів пухлини, зокрема PD-L1. Інноваційні препарати імунотерапії дають можливість подовжити життя, підвищити його якість, а в деяких випадках досягти тривалої ремісії навіть на пізніх стадіях хвороби.

Під імунотерапією розуміємо використання інгібіторів імунних контрольних точок (ІКТ), а саме препаратів пембролізумаб, атезолізумаб. Остання версія міжнародних протоколів NCCN передбачає монотерапію пембролізумабом при PD-L >50% для всіх гістологічних форм НДРЛ. Для пацієнтів з PD-L нижче 49% передбачені режими, що поєднують препарати хіміотерапії з імунотерапією.

Імунотерапія рекомендована не для всіх типів НДРЛ пухлин з високою експресією PD-L. Якщо в пухлині виявлені драйверні мутації (EGFR, ALK, ROS1, MET, BRAF), цей метод не ефективний. Також імунотерапію не призначають у випадку деяких супутніх захворювань – хворобі Крона, виразковому коліті, вовчанці.

Інноваційні ліки є дуже дороговартісними та не закуповуються нашою державою, тому не всі українські пацієнти можуть отримувати ефективне лікування. Для певної категорії пацієнтів з раком легень є шанс отримати інноваційне лікування з імунотерапією в рамках клінічних досліджень.

Обов'язково запитайте у свого лікаря, чи є програми клінічних досліджень для вашого захворювання у закладі, де ви лікуєтесь.

У МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ VERUM EXPERT ПРОВОДИТЬСЯ БЕЗКОШТОВНЕ ЛІКУВАННЯ В РАМКАХ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З УСІМА ГІСТОЛОГІЧНИМИ ТИПАМИ РАКУ ЛЕГЕНІВ 3–4 СТАДІЙ.

Більш детальну інформацію ви можете знайти, перейшовши за посиланням: https://clinicalresearch.com.ua, а також за телефонами:

050 602 10 20 Денис Володимирович Помінчук

099 779 92 14 Сергій Олександрович Кулик

096 452 56 85 Анна Володимирівна Комісаренко

067 239 41 07 Ігор Валерійович Недайхлєбов

Також у **VERUM expert** проводяться КД комбінацій препаратів для лікування інших локалізацій: рак молочної залози, рак тіла матки і т.д.

ДОЛОННО-ПІДОШОВНИЙ СИНДРОМ

Долонно-підошовний синдром – це токсична реакція, яка проявляється висипаннями на шкірі долонь і підошов, і виникає в результаті застосування цитостатиків (хіміотерапія).

Ця реакція не є життєзагрозливою, але значно погіршує якість життя пацієнтів, знижує працездатність і може призводити до зменшення дози і/або припинення терапії, що погіршує віддалені результати протипухлинного лікування.

ВИКЛИКАЮТЬ (начастіше): капецитабін (кселода), 5-фторурацил, тривалі інфузії, келикс, цитарабін, доцетаксел, регорафеніб, сорафеніб, аксітініб, сунітініб, пазопаніб, вемурафеніб і комбінації цетуксимабу + FOLFIRI, афліберцепт + FOLFIRI. Рідше: паклітаксел, метотрексат, циклофосфан, цисплатин, етопозид, вінорельбін, іринотекан, епірубіцин.

ФАКТОРИ РИЗИКУ:

- протипухлинний препарат, доза, тривалість інфузії;
- комбінація двох і більше препаратів;
- вік до 65 років;
- жіноча стать;
- порушення ниркової та печінкової функції;
- супутні захворювання шкіри (себорея, гіпергідроз, дерматити);
- алкоголізм;
- перегрівання тіла (гарячі водні процедури, клімат);
- підвищена кровоточивість;
- ожиріння (підвищений тиск на підошви, тертя в місцях фізіологічних складок, згинів).

КЛАСИФІКАЦІЯ

Класифікація «дерматологічної токсичності» з локалізацією на долонях і підошвах (NCI-CTC v4.03):

1 РІВЕНЬ. Мінімальні клінічні прояви: еритема, набряк або гіперкератоз. Не спостерігається біль чи зниження повсякденної активності.

2 РІВЕНЬ. Помірні клінічні прояви: лущення, пухирі, синці, набряк, гіперкератоз. Наявні контактна хворобливість і обмеження повсякденної активності (приготування їжі, поводження з предметами, домашня робота).

3 РІВЕНЬ. Виражені клінічні прояви: лущення, пухирі, синці, набряк, гіперкератоз. Наявні хворобливість і обмеження самообслуговування (умивання, туалет, одягання і т.д.).

СИМПТОМИ

Часто бувають провісники: дизестезія (аномальні відчуття) або парестезія (поколювання, оніміння), гіперчутливість до гарячого (до води, предметів).

ТАКСАНИ: зміни на тильній стороні кисті/стопи у вигляді набряку, плямисто-папульозних висипань і еритеми (почервоніння). Нігті відшаровуються від м'яких тканин пальця.

АНТРАЦИКЛІНИ (даунорубіцин, доксорубіцин, епірубіцин і т.д.)

АНТИМЕТАБОЛІТИ (фторурацил, капецитабін (кселода), цитарабін, гемцитабін і т.д.): зміни на вентральній (підошовній) поверхні, носять дифузний характер у вигляді еритеми, набряку, тріщин і лущення.

МУЛЬТИКІНАЗНІ ІНГІБІТОРИ (сорафеніб (нексавар), сунітініб і т.д.): уражається вентральна поверхня переважно в місцях найбільшого тертя, тиску і травмування (дистальні фаланги пальців; опуклі частини стопи; область міжфалангових зчленувань; бічні поверхні пальців). Ураження локальне, у вигляді гіперкератозу, еритеми, пухирів, оточених обідком. Під нігтями гематоми.

ВАЖЛИВО! Уникнути розвитку токсичності або зменшити прояви можливо при:

1. адекватній профілактиці;
2. ранньому виявленні симптомів;
3. активній симптоматичній терапії.

Рекомендації складені на основі практичних рекомендацій RUSSCO (версія 2016).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПРОФІЛАКТИКИ:

- Щодня оглядати шкіру долонь і підошов;
- Вранці і ввечері мити ноги теплою водою. Використовувати, м'яке (рідке) мило, промокати (не розтирати!) шкіру м'яким рушником. Потім наносити на шкіру долонь і підошов зволожуючі, пом'якшуючі креми – мінімум 2 рази на день (за 3-5 днів до початку і під час протипухлинної терапії, особливо після ванни, перед сном); антиоксидантний гель-плівку; кератолітичні креми з сечовиною 10%; можливе використання лікувально-косметичних засобів з більш низькою концентрацією сечовини – 2-5%.
- Апаратним методом видалити загрубілі ділянки шкіри, мозолі. Самостійно використовувати тільки м'які пілінги для обробки шкіри стоп, ванночки з морською сіллю, натуральну неабразивну мочалку – не частіше ніж один раз на тиждень;
- Носити тільки бавовняну білизну (товсті шкарпетки, рукавички) і комфортне взуття, що виключає надмірне стиснення стопи. Взуття має бути з натуральних матеріалів, добре вентильоване (виключити кросівки), з м'якими (ортопедичними) устілками;
- Забезпечити собі повноцінне харчування, багате нутрієнтами, вітамінами і мінералами (особливо важливо вживати продукти, багаті кальцієм, залізом, цинком, вітамінами А, Е і омега-3 жирними кислотами);
- Забезпечити адекватну гідратацію для запобігання сухості шкіри: випивати 8-12 склянок води на день (якщо немає протипоказань).

ПРОФІЛКТИКА В ПРОЦЕСІ ХІМІОТЕРАПІЇ:

1 Короткочасне занурення рук / ніг в холодну воду під час інфузії хіміотерапії (охолоджуючі грілки / шкарпетки).

2 При терапії ліпосомальним доксорубіціном рекомендують: премедікацію дексаметазоном 8 мг 2 рази на день в 1–4-й дні; 4 мг 2 рази на 5-й день; 4 мг 1 раз на 6-й день.

ЛІКУВАННЯ

На жаль, стандартного лікування долонно-підошовного синдрому не існує, і терапія шкірних токсичних реакцій має симптоматичний характер.

Профілактика і вчасно розпочате лікування призводить до зменшення вираженості симптомів.

МІНІМАЛЬНІ ПРОЯВИ (сухість шкіри, еритема, гіперкератоз):

1 Креми з сечовиною 10% або засоби з сечовиною 2-5%, молочною та гліколевою кислотою. Щодня наносити на ділянки ушкодження і гіперкератозу – як мінімум 3 рази на день.

2 Антиоксидантний гель-плівка (Елім). Рясно наносити гель-плівку на шкіру долонь і підошов стоп мінімум 3 рази на день (щодня).

3 Саліцилова мазь 2% (на уражені ділянки) у вигляді компресів. Наносити вранці та ввечері.

ПОМІРНІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ (запалення, набряк, пухирі):

Клобетазону бутират 0,05% або флуметазонапівалат (в комбінації з кератолітиками). Застосовувати 1-2 рази на день на запалені ділянки (не більше 14 днів).

ВИРАЖЕНІ ПРОЯВИ (інфекції, виразки, тріщини, біль):

1 Антибактеріальні мазі або комбіновані засоби (кортикостероїди + антибактеріальний і / або антимікотичний компонент).

2 Анестетики 2-4% – лідокаїновий крем / гель, анальгетики (внутрішнє застосування).

3 У клінічних дослідженнях доведена ефективність целекоксибу по 200 мг внутрішньо, 1 раз на день при шкірній токсичності на фоні капецитабіну (кселода).

4 Дуже добре показала себе косметика La ROCH POSAY в лікуванні та профілактиці долонно-підошовного синдрому. Так при наявності почервоніння, сухості, лущення і глибоких тріщин ефективне застосування CICAPLAST BAUME B5 – двічі на добу + LIPICAR BAUME AP 3 рази на день упродовж 14 днів.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ДОЛОННО-ПІДОШОВНОМУ СИНДРОМІ:

1 Ранній початок низькочастотної магнітотерапії,

2 Ранній початок низькоінтенсивної лазеротерапії,

3 Електротерапія.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ НА ФОНІ ДОЛОННО-ПІДОШОВНОГО СИНДРОМУ ВИЩЕ 2 СТУПЕНЯ:

- лікування проявів шкірної токсичної реакції повинно бути погоджено з дерматологом;
- лікар має зменшити дозу або припинити терапію, що призведе до послаблення симптомів.

І необхідно пам'ятати що корекцію доз протипухлинної терапії проводить лікар, керуючись інструкцією із застосування протипухлинного препарату.

Олександра СТЕПАНОВА
к.м.н, головний реабілітолог центру діагностики та реабілітації «Восстановление» (Москва)

ТОБІ КАЗАЛИ...

До вашої уваги пропонуємо онкологічну версію «Be a Lady They Said» від психологині Ії Слабінської, яка має великий досвід консультування та супроводу онкологічних пацієнтів і членів їх сімей.

У тебе рак. Казали вони. Це вирок. Ти помреш. У тебе «рачок». Говорили вони. Нічого страшного, полікуємо. Одна жінка вилікувалася і живе. Один чоловік не лікувався і помер. Інший лікувався і все одно помер. Все марно. Все не дарма. Головне – боротися. Боротися не потрібно. Просто лікуйся. Лікування марно. Головне – гроші. Гроші не головне.

Ти сам притягнув хворобу в своє життя. Говорили вони. Психосоматика. Не потрібно було накопичувати образи. Це все стрес. Не психуй. Стримуй емоції.

Не стримуй себе. Рак від непрожитих емоцій. Читай Луїзу Хей. Не читай Луїзу Хей. Читай Мукерджи. Мутаційна теорія. Стовбурові клітини. Томасетті і Вогелштейн. Good and bad luck. В інтернеті все є. Не читай інтернет. Там смітник. Кожен може захворіти. Кожна восьма. Кожен третій. Хворіють тільки ті, хто склав крила і втратив сенс життя. Переформатуй своє життя. Увіруй. Зцілися. Тач. Не вір нікому. Не вір лікарям. Попроси радикального вибачення у всіх з твого минулого. Іди вперед і не озирайся назад. Вір собі і лікарям.

Тримайся. Говорили вони. Все буде добре. Говорили вони. Візьми тисячу смайликів, що плачуть. Візьми мільйон смайликів «сердечко». Пиши часто і багато. Давай фотки. Ми хочемо знати, як у тебе справи. Не розповідай нічого. Не пости фотки. Це засмучує. Нікому не відкривайся. Ні з ким не ділися. Кругом шахраї. Відкривай двері гостям. Оточуй себе хорошими людьми. Знайомся з усіма. Не знайомся ні з ким.

Будь на позитиві. Говорили вони. Тільки тоді зможеш вилікуватися. Пройди всі стадії – заперечення, гніву, торгу, депресії, прийняття. Забудь про Кюблер-Росс. Іди своїм шляхом. Будь собою. Приймай всі свої почуття. Дозволь собі засмучуватися і сумувати. Це нормально. Це не нормально. Не дозволяй собі засмучуватися і сумувати. Прийми антидепресанти. Прийми гідазепам. Не приймай антидепресанти. Викинь гідазепам. Підсядеш. Одна жінка підсіла і все. Пий ромашку і анантаваті. Не пий ромашку. Викинь анантаваті. Їж абрикосові кісточки. Пий соду. Не їж нічого. Будь напоготові. Їж все. Викинь цукор. Він живить пухлину. З'їж тістечко, заспокойся. Випий масла з горілкою. Залужнюй себе. Іди до цілителів. Не ходи до цілителів. Іди в лікарню. Сиди вдома. Не заражай інших раком. Іди в люди. Будь серед людей. Будь активним. Працюй. Робота витягує з хвороби. Не працюй. Робота витягує сили. Не заводь тварин. Віддай тих, що є. Тварини переносять заразу. Заразишся. Заведи собаку. Собака витягне тебе за поводок. Не чіпай кота. У нього токсоплазмоз і глисти. Обійми кота. Він терапевтичний.

Зчепивши зуби, йди вперед. Говорили вони. Не дозволяй собі хандрити. Дозволь собі похандрити. Поплач в жилетку. Тобі це потрібно. Тобі це не потрібно. Не показуй нікому, як тобі погано. Люди жорстокі, їм все одно. Ніколи нічого не проси. Самі запропонують і самі все дадуть. Не запропонують і не дадуть. Проси і дасться тобі, шукай і знайдеш, стукай і відчинять тобі бо, хто просить – одержує, хто шукає – знаходить, а хто стукає, – тому відчинять.

Живи. Дихай. Просто будь.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ПІСЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ

Важливість дієти після операції на кишківнику з приводу колоректального раку (КРР) переоцінити неможливо. Неправильне харчування призводить до трагічних наслідків. І неважливо, виконано оперативне втручання за допомогою сучасної лапароскопічної технології або була проведена класична порожнинна операція. Тому завдання хірургів – не тільки бездоганно прооперувати пацієнта, а й надати необхідну інформаційну підтримку для правильного проходження реабілітаційного періоду.

ДІЄТА ПІСЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ ПЕРЕДБАЧАЄ ТРИ ОСНОВНИХ ЕТАПИ

І ЕТАП

Зазвичай мова йде про перші 3 доби. Перший післяопераційний день обов'язково тільки вода – це важливо. А підтримка організму забезпечується спеціальним харчуванням, яке вводиться внутрішньовенно. На 2 добу дозволяється рідка їжа. На 3 добу починається дієтичне харчування дуже маленькими порціями до 8 прийомів їжі. Страви повинні бути теплими, тільки рідкої консистенції, наприклад, кисіль, рисовий відвар.

ІІ ЕТАП

Починаючи з 4 дня, дуже сувора дієта з легкозасвоюваною їжею. Режим харчування – до 6 разів на день по 350-400 г. Споживання солі не більше 5 г. В цей період продукти повинні бути м'якої консистенції і теплими. Гаряче і холодне вживати не можна.

ІІІ ЕТАП

Через 2 тижні після операції починається поступове розширення меню. З суворої дієти можна поступово переходити на харчування близьке до того, яке було раніше. Однак, введення нових продуктів повинно впроваджуватися поступово.

ВАЖЛИВО! Пацієнту критично необхідно пройти всі етапи харчової реабілітації з суворим дотриманням цих рекомендацій. Справа в тому, що при перетравленні їжі виробляються ферменти, жовч. Якщо допустити даний процес в ранньому післяопераційному періоді – це негативно відобразиться на стані кишківника. Накладені шви можуть розійтися.

ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ОРГАНІЗАЦІЇ ХАРЧУВАННЯ ПІСЛЯ ХІРУРГІЇ КРР

- Режим харчування повинен бути регулярним – не менше 5 разів на день.
- Способи приготування страв: варіння, запікання в духовці, тушкування, на пару.
- Виключити: смажені, гострі, копчені, солоні, мариновані, пряні продукти, а також алкоголь, свіже молоко і спеції.
- Порції повинні бути невеликі. Переїдати не можна – особливо на ніч.
- Рекомендується тверді продукти подрібнювати для більш ретельного пережовування.
- Не вживати продукти, які сприяють газоутворенню, діареї або запору.
- Пити рідину не більше 1,5 л.
- Їжа повинна бути теплою, щоб не подразнювати кишківник. Гарячі і холодні напої заборонені.
- Раціон необхідно збалансувати в такій пропорції: білки - 15%, жири - 30%, вуглеводи - 55%.

ЩО КОНКРЕТНО МОЖНА ЇСТИ ЛЮДИНІ НА ТАКІЙ ДІЄТІ?

- Біле м'ясо. Курка або індичка, на перших порах подрібнене до стану паштету. Білок допомагає організму впоратися з наслідками загального наркозу.
- Кисломолочні продукти. Сприяють відновленню мікрофлори кишківника і швидшому загоєнню ран.
- Овочі та фрукти. В межах узгодженого з урахуванням конкретної ситуації переліку – в перетертому або перемеленому в блендері вигляді. Рекомендується комбінація їх в пропорціях, які забезпечать організм необхідними мікроелементами та вітамінами.
- Рідина. Очищена питна вода чергується з щойно приготованими овочевими соками – буряковим, морквяним – і фруктовими соками – яблучним, персиковим, абрикосовим.

ВАЖЛИВО! Пацієнту після операції на кишківнику доведеться зовсім відмовитися від кави, алкогольних напоїв, свіжого молока. Також табу на копчену ковбасу і різні делікатеси з переробленого м'яса.

ДІЄТА ДЛЯ СТОМОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Нерідко видалення злоякісного новоутворення передбачає видалення частини кишківника з виведенням постійної або тимчасової стоми, через яку здійснюється дефекація. Найчастіше на тонкій кишці формується ілеостома, на товстій – колостома. Стомовані пацієнти не відчувають позивів і не можуть контролювати процес випорожнення. Калові маси і гази відходять спонтанно в спеціальні калоприймачі. Тому для таких пацієнтів дуже важливо за допомогою дієти відрегулювати періодичність і характер випорожнення.

ХАРЧУВАННЯ В РАННЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Процес реабілітації і відновлення режиму харчування після операції у пацієнтів зі стомою протягом перших двох тижнів відбувається практично за тією ж схемою, що і після будь-яких інших операцій на кишківнику. Однак є деякі особливості харчової поведінки:

- Слід вибирати продукти з легким проносним ефектом.
- Повністю виключити солодощі та продукти, що викликають газоутворення і бродіння.
- Максимально знизити споживання жирів.
- Дотримуватися питного режиму – не менше 2 л рідини в день (з урахуванням супів і напоїв), в разі проносу приймати водно-сольовий розчин.

ВАЖЛИВО! Щодня стежити за характером випорожнення. Якщо він занадто водянистий, то загущувати рисовим відваром, чорничним соком. Якщо занадто твердий, то вводити в раціон варений буряк, подрібнений чорнослив, більше пити води.

ХАРЧУВАННЯ ПІСЛЯ ВИПИСКИ ЗІ СТАЦІОНАРУ

Вдома з суворої дієти можна поступово переходити на споживання звичних продуктів. Проте, їх введення повинно бути поступовим. При цьому рекомендується вести щоденник харчування, в якому фіксувати нові страви, які споживаються за день, і реакцію кишківника на них. Спеціальних суворих дієт для хворих з ілеостомою або колостомою, в принципі, немає. Раціон необхідно підбирати індивідуально, враховуючи розташування стоми і характер випорожнень.

Щоб впоратися пацієнтові-стоміку з встановленням правильного режиму харчування, слід завести спеціальний журнал. У нього необхідно заносити вид і кількість прийнятої їжі, рідини. Туди ж вносяться дані про характер і частоту випорожнень, наявність газів, можливі больові відчуття після прийому їжі, кількість сечі. Вести його потрібно до тих пір, поки хворий не визначить точно, яке харчування йому підходить, а яке викликає дискомфорт. Як правило, все стає зрозуміло протягом місяця.

ПРИКЛАД, ЯК МОЖЕ ВИГЛЯДАТИ ЖУРНАЛ

Дата	Час	Їжа, її характер і кількість	Випорожнення, частота і характер	Особливі нотатки
01.10.2020				
02.10.2020				
******				
т.д.				

У пацієнтів з ілеостомою спорожнення кишківника відбувається часто і зазвичай рідким вмістом, має місце велика втрата води і електролітів. Тому харчування повинно вирішувати наступні проблеми:

- зневоднення;
- погана засвоюваність поживних речовин;
- водянисті випорожнення і / або діарея;
- часті випорожнення.

Для цього пацієнтові рекомендується дотримуватися такої моделі харочової поведінки:

- Вести облік кількості виділень (800-1200 мл в день), щоб не допустити зневоднення організму.
- Приймати їжу повільно невеликими порціями до 6 разів на добу.
- Ретельно пережовувати їжу.
- Страви повинні мати напіврідку консистенцію. Занадто суха їжа погано засвоюється, надмірно рідке харчування збільшує обсяг випорожнення.

Савенков Дмитро Юрійович, завідуючий онкохірургічним відділенням №2 Дніпропетровського обласного клінічного онкологічного диспансера

- Пити воду часто і потроху між прийомами їжі. Обсяг близько 2 л на добу.
- Обмежити споживання солодкого, макаронів, картоплі, хліба.
- При зневодненні можна пити водно-сольовий розчин і / або вживати солоні страви. Добове споживання солі на рівні 6-9 г.
- Для згущення випорожнення в кожний прийом їжі включати банани, варений білий рис, печену картоплю і печене яблуко.
- Важливо забезпечити надходження в організм вітамінів – рекомендовано вживати соки цитрусових, брусничний та чорничний соки.
- Вечеряти рано і мало, щоб мінімізувати роботу тонкого кишківника вночі.
- Не пропускати прийоми їжі, не голодувати і не переїдати.

ВАЖЛИВО! Пацієнтам з ілеостомою в обов'язковому порядку рекомендована консультація гастроентеролога для визначення дози ферментних препаратів. Це лікарські засоби, що сприяють поліпшенню процесу травлення і включають в свій склад травні ферменти.

ПРИ КОЛОСТОМІ

Якщо колостома накладена на праву половину товстого кишківника, тоді рекомендації по харчуванню такі ж, як при ілеостомі. При колостомі в лівій половині товстого кишківника особливих проблем з травленням зазвичай немає. Кал зазвичай більш густий. І завдання пацієнта не допускати газоутворення та закрепів. Поради при колостомі:

- Харчуватися регулярно, не менше 5 разів на день, за графіком.
- Не переїдати на ніч.
- Обсяг негазованої води – не менше 1,5 л за день.
- Не вживати продукти, які викликають здуття (бобові, свіжий хліб, цибулю, білокачанну капусту).

ОСОБЛИВІ МОМЕНТИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

Головне завдання пацієнта після колоректальної операції – навчитися «чути» свій організм. Хворий повинен організувати харчування таким чином, щоб воно було збалансованим, і меню, в залежності від індивідуальних травних процесів, включало проносні і / або закріплюючі продукти.

Ще один момент, що вимагає особливої уваги – це запах калових мас. Для його ослаблення в раціоні повинні бути присутніми кефір, йогурт або брусничний сік після їжі. Продукти, що посилюють неприємний запах: яйця, риба, цибуля, перець, часник, прянощі, деякі сорти сиру.

ВАЖЛИВО! Деякі пацієнти з метою збагачення організму корисними речовинами самостійно починають приймати у великій кількості антиоксиданти, відвари / настої лікарських рослин, вітаміни, мінерали. Це неправильно і навіть небезпечно, аж до провокування рецидиву. Прийом будь-яких засобів обов'язково повинен бути узгоджений з лікарем.

НІНА РЕЗНІЧЕНКО: «НЕ БІЙСЯ, Я З ТОБОЮ»

Журналістка Ніна Резніченко дізналася про свій діагноз рак молочної залози на початку 2014 року. Пройшла комплексне лікування в Національному інституті раку, вийшла в ремісію. Сьогодні Ніна – керівник громадської організації «Афіна. Жінки проти раку» та адміністратор групи взаємодопомоги онкопацієнток у Фейсбуці, яка налічує понад 6,5 тисяч учасниць і щодня збільшується.

– Ніно, розкажіть про себе. Чим займаєтесь в житті?

– З дитинства я вирізнялася підвищеним почуттям справедливості і готовністю відстоювати правду. В результаті стала важким підлітком, затюканим радянською системою освіти, закомплексованим і таким, що ненавидить себе. Довго не могла зрозуміти, чим хочу і зможу займатися. У пошуках себе в 30 років вступила на філософський факультет КНУ імені Т.Г.Шевченка. На 4 курсі в науковому журналі «Практична філософія» вийшла моя перша в житті стаття – «Роздуми про сенс життя».

Під час навчання я працювала журналістом, копірайтером і навіть автором дитячих казок. У мене все виходило, але ці заняття не приносили задоволення. Я вірила, що існує справа, від якої у мене будуть світитися очі. Займаючись нею, я буду мотивована і щаслива, відчувати себе на своєму місці. І я шукала цю справу, просила Господа показати моє призначення. Зараз, через шість років після раку, я сміливо можу сказати, що знайшла своє покликання в громадській діяльності в сфері дорослої онкології.

– Як ви дізнались про свій діагноз?

– Працюючи в журналі для жінок, я записувала по 18-20 інтерв'ю в місяць. Серед спікерів були фахівці різних напрямків, часто це були лікарі. Спілкуючись з мамологами на тему здоров'я молочних залоз, я пояснювала в статтях жінкам важливість щорічних обстежень грудей, при цьому сама ні разу не знайшла часу зробити ні УЗД, ні мамографію. Це дуже характерно для наших громадян – думати, що з нами нічого поганого трапитися не може. Згодом я часто згадувала, як під час півторагодинного інтерв'ю з мамологом посоромилася попросити лікаря, щоб він мене оглянув.

Через півроку після того інтерв'ю у мене з'явився біль у грудях. Спочатку я подумала, що «відлежала» груди, але біль не вщухав, і приблизно через місяць я пішла до лікаря. УЗД, огляд мамолога, скерування в Національний інститут раку на мамографію – все це зайняло лічені дні, і ось я стою на порозі Інституту Раку з папірцем, на якому написаний результат біопсії – «елементи залозистої карциноми». Пошук словосполучення в google – і розуміння, що життя ніколи вже не буде таким, як раніше.

За півроку лікування я навчилася сприймати кожен день як маленьке життя, в якому уважному спостерігачеві відкривається багато прекрасного

– Можете пригадати свої емоції, коли дізнались, що у вас рак?

– На той момент про рак я знала зовсім небагато: що хворі ходять лисими і блідими, а потім вмирають. І ось раптом рак у мене. Як до цього ставитися, я не знала, ніколи не замислювалася, що зі мною може таке статися. Я буду лисою і блідою? Я помру? Як скоро? Що буде з моєю родиною і котами? Здавалося, що мене підхопив ураган і несе невідомо куди.

– Що надає вам сили боротись?

– Першим, хто взяв мене за руку і «заземлив», був чоловік. Він запевнив мене, що буде поруч, що рак грудей лікується і шанси високі. Він вивчав інформацію про діагноз на форумах і медичних сайтах, а потім заспокоював мене. Батьки дуже підтримали фінансово і морально. Я розуміла, що якщо розклеюсь, це спричинить ще більше болю моїм близьким, тому наполегливо лікувалася. У мене виявився гормонозалежний рак, стадія 2Б з метастазами в двох лімфовузлах.

Операція, хіміотерапія, опромінення, потім гормонотерапія, яка триває донині... А кому легко? Коли потепліло, я переїхала разом з мамою і котами на дачу, провела туди інтернет і працювала онлайн прямо на веранді, вдихаючи аромати саду. За півроку лікування я навчилася сприймати кожен день як маленьке життя, в якому уважному спостерігачеві відкривається багато прекрасного.

Коли я лікувалася від раку, багато речей мене шокувало. У Національному інституті раку в 2014 році майже за все доводилося платити «благодійні внески», ліків не було, а відділення, в якому я лежала, перебувало в аварійному стані. Пацієнтський рух в Україні тоді тільки зароджувався. Я приєдналася до спільноти «Онкобудні», а пізніше ще до кількох онкогруп в соцмережах.

У мене було багато планів – хотілося домогтися змін у сфері дорослої онкології, інформувати пацієнтів про їхні права, створити прес-службу для хворих. Тоді я зрозуміла: щоб реалізувати свої ідеї, мені потрібно самій заснувати групу і діяти незалежно.

У цей момент відбулася доленосна зустріч: на виставці портретів в Луцьку я познайомилася з Вікторією Романюк, яка згодом стала моєю головною соратницею і співзасновницею громадської організації «Афіна. Жінки проти раку». У поїзді Луцьк – Київ 25 квітня 2017 року народилася наша «Афіна». Сьогодні в ній налічується кілька тисяч онкопацієнток, і ми вже багато зробили, а зробимо ще набагато більше.

– Що робить вас щасливою?

– Для щастя мені дуже важливо самій вибирати, як жити, якою людиною бути і чим займатися. Я щаслива, що вдалося вижити і знайти своє місце в цьому світі, приносячи практичну користь людям. Щаслива, що у мене є улюблена сім'я і багато домашніх тварин. Що здійснила свою студентську мрію – побувала на батьківщині Сократа в Афінах. Щаслива, що сьогодні прокинулася і добре себе почуваю.

– Назвіть три речі, без яких не уявляєте свого життя?

– Sex, drugs, rock and roll. Жартую. Інтернет, кросівки і антидепресанти (в широкому сенсі).

– Якби мали можливість, що б порадили собі 20-річній?

– Це було б здорово. Я б обняла себе і сказала: «Тебе чекає дивовижне життя. Вір в себе, прислухайся до себе, шукай себе, пробуй, не бійся, ти дуже здібна, у тебе все вийде. Не слухай тих, хто говорить «це неможливо, ти не зможеш». Ти зможеш абсолютно все, що вважатимеш правильним і важливим. Нічого не бійся, мрій, я з тобою».

– Що би ви сказали усім, хто щойно дізнався, що у них злоякісна пухлина?

– Вам зараз страшно і здається, що життя закінчилось, але це не так. Попереду ще багато хорошого. Безліч людей пережили рак і живуть серед нас. Я одна з них. Прошу вас: не витрачайте час на спроби перемогти рак за допомогою нетрадиційної медицини, не слухайте порад відмовитися від операції або хіміотерапії. На сьогодні багато онкодіагнозів добре лікуються, і доказова медицина семимильними кроками йде до повної перемоги над раком.

Навіть з четвертою стадією можна прожити більше десяти років. Багато ліків закуповуються державою і є в онкоцентрах, відкриваються все нові і нові клінічні дослідження, в рамках яких можна безкоштовно отримати інноваційне лікування. Нічого не бійтеся. Ідіть до своїх – знайдіть спільноту пацієнтів, де вам допоможуть скласти план дій і підтримають порадою.

Дорогу здолає той, хто ЙДЕ.

Леся Мирончук, #ВАРТОЖИТИ

ПОБАЖАННЯ ЩОДО ТЕМ ПУБЛІКАЦІЙ, ЯКІ ВАС ЦІКАВЛЯТЬ, МОЖНА НАДСИЛАТИ

На електронну пошту
athena.wac@ukr.net

або розповісти по телефонам
066 978 1078,
097 441 72 31

Відкрита сторінка «Афіни»
https://www.facebook.com/athena.wac

Сайт
www.athena-wac.com

Закрита жіноча група
https://www.facebook.com/groups/Athena.WAC

Газета видається за рахунок благодійних внесків. **Підтримати** її випуск ви можете, переказавши будь-яку суму або встановивши регулярний щомісячний платіж **на рахунок ГО «Афіна. Жінки проти раку»**.
Р/Р у Приватбанку UA873052990000026000016802336,
EDRPOU 41591842

Якщо ви бажаєте бачити «Голос Афіни» в своєму онкодиспансері, **напишіть нам листа або зателефонуйте**.

ДЛЯ НАС ДУЖЕ ВАЖЛИВА ВАША ПІДТРИМКА!

ЯК РОЗМОВЛЯТИ З ДІТЬМИ ПРО СКЛАДНІ РЕЧІ?

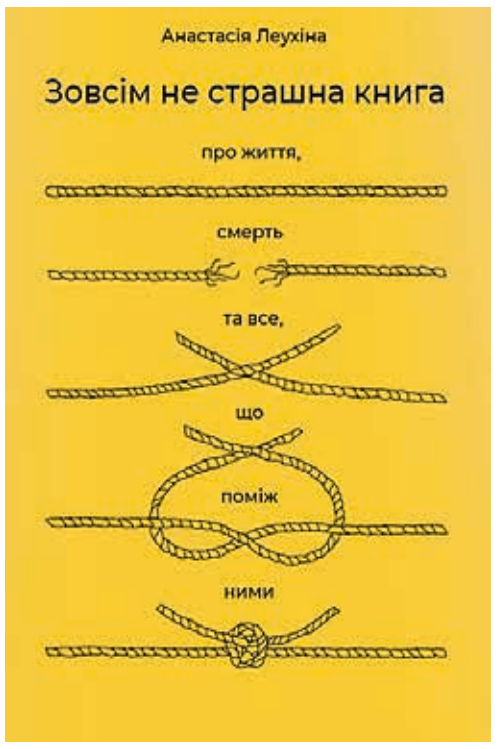
У «Зовсім не страшній книзі» Анастасії Леухіної ми прочитали поради для сімей, в яких хтось важко захворів. Але зараз, коли багато людей несподівано опинилися в умовах стресу і невизначеності, діти бачать тривоги дорослих і не завжди розуміють їх причини. Ці ж поради допоможуть батькам поговорити з дітьми про те, що відбувається.

- Якщо дітям нічого до пуття не пояснити, вони можуть додумувати собі різні неприємні речі або почуватися винуватими.
- Загалом дітей дуже заспокоює ваше бажання поговорити з ними.
- Якщо діти маленькі, розмовляйте з ними на їхньому рівні: сядьте на диван, лавку чи на підлогу або посадовіть їх собі на коліна.
- Не варто брехати дітям або приховувати погані новини – вони все одно все розуміють і відчувають.
- Говоріть простими словами і називайте речі своїми іменами.
- Що молодша дитина, то спокійніша і коротша має бути відповідь.
- Це нормально – сказати «не знаю», коли ви дійсно чогось не знаєте.

Алла АНТОНОВА, психологиня

Майже кожна родина колись стикається з важкою хворобою, невиліковним діагнозом або реанімацією. «ЗОВСІМ НЕ СТРАШНА КНИГА» – про життя після таких новин. Вона показує, як може бути і як з цим впоратися. Авторка Анастасія Леухіна зібрала поради психологів, лікарів, сімей. І додала історії з життя людей. Книга розповідає, як прожити погані новини, як спілкуватися з хворою людиною, як організувати догляд вдома і що робити, якщо смерть станеться вдома або в реанімації, як знеболювати, як допомогти дітям пережити хворобу або смерть близької людини, як піклуватися про себе, коли хворіють близькі.

ПРИДБАТИ КНИГУ МОЖНА В ІНТЕРНЕТ-МАГАЗИНАХ



ГОЛОС АФІНИ ВІСНИК ОНКОПАЦІЄНТА

Видавець: ГО «Афіна. Жінки проти раку». Реєстрація КВ №23817-13657Р.
Телефони: (066) 978-10-78, (097) 441-72-31
www.athena-wac.com E-mail: athena.wac@ukr.net
Р/р у Приватбанку: UA873052990000026000016802336,
EDRPOU 41591842.
Розповсюджується безкоштовно

Випуск підготували:
Головний редактор: Ніна Резніченко.
Відповідальний секретар: Вікторія Романюк,
Редактори: Валентина Янчук, Елла Лоцман, Тетяна Венглінська.
Верстка: Ганна Пресіч

НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ
Газета видається за сприяння Національного інституту раку

Віддруковано: ТОВ «ПКЛ». м.Вінниця, вул. Чехова, 12а. Тел.: (0432) 55-63-97. **Замовленная** № 194904. **Наклад** 10 000 прим.