

ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я

Видається під патронатом Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації

Читайте в номері

Предупредить, выявить, противостоять...

В чем залог побед на
онкологическом фронте

► Стор. 2

Профилактика рака молочной железы:

избавляемся от факторов
риска

► Стор. 4

Смачного та на здоров'я

Харчування, яке знижує
ризик виникнення раку

► Стор. 10

Адреси онкологічної служби Києва

► Стор. 14



Фото Володимира Ванштейна

Здоров'я починається з любові до себе

Доведено, що жінки, які ведуть активний спосіб життя (і в фізичному, і в соціальному плані), котрі зуміли реалізувати себе, відчують душевний та емоційний комфорт в особистому житті, люблячі і улюблені набагато менше хворіють і набагато легше справляються з недугами. А накопичені образи і невміння прощати, озлобленість і агресія, невдоволення собою і оточуючими, переважання негативного сприйняття над позитивним підточують організм і сприяють розвитку хвороб. У жінок

головною мішенню такого способу поведінки і мислення є молочні залози.

Ще один дуже важливий момент — уміння любити себе. Любити себе і поширювати цю любов на оточуючих. Отже, жінка повинна любити себе, прагнути до збереження і відновлення свого здоров'я. Культура відповідального ставлення до свого здоров'я повинна виховуватися з дитинства.

Організм людини дорослішає до 25 років, а потім починається старіння. Процес старіння набагато повільніший,

ніж дорослішання. І від нас самих багато в чому залежить те, як розтягнути його на довгі роки, зробити плавним і комфортним, уповільнити дегенеративні процеси — тобто придбати протягом життя якомога менше нових захворювань і загострень тих, що вже маємо. Безумовно, йдеться не про фанатичний культ здоров'я всупереч всьому, що і є життя — повноцінне, яскраве і насичене, а про розумний баланс, здоровий глузд і, головне — любов до себе і оточуючих. ►

Стор. 8



МОХОРЕВ
Віталій Андрійович,
начальник
Головного
управління охорони
здоров'я Київської
міської державної
адміністрації

Незважаючи на те, що на онкологічні хвороби людство страждає здавна, проблема ця не втрачає своєї актуальності, а кількість хворих з кожним роком збільшується. Науковці і медики називають тому багато причин і разом ведуть пошуки методів та засобів ефективного лікування. На сьогодні онкологія — це не смертельний вирок. Проте очевидно, що успішність боротьби з цією страшною хворобою залежить не тільки від інноваційних технологій і ліків, а і від регулярної, системної профілактики.

Коли йдеться про профілактику онкозахворювань, то перш за все мається на увазі своєчасна діагностика. Тому саме створення умов для звернень киян до фахівців, а також інформаційно-роз'яснювальна робота з населенням — нині серед наших пріоритетних завдань.

Починаючи з 2011 року, в Києві регулярно проводяться заходи з профілактики онкозахворювань. Зокрема — спеціальні онкопрофогляди і профілактичні акції. Для того, щоб більше людей мали змогу обстежитися та проконсультуватися у фахівців, такі акції проводяться у вихідні чи святкові дні на базі київських лікувально-профілактичних закладів та у багатолюдних місцях — парках, набережних, центральних вулицях столиці. Під час кожної з них виявляються онкопатології.

За результатами 2011 року 79% онкологічних хвороб було виявлено саме при проведенні профілактичних оглядів. За 9 місяців 2012 ця цифра становить вже майже 85%.

Не менша увага приділяється Головним управлінням охорони здоров'я м. Києва інформаційно-роз'яснювальній роботі з населенням. Наші фахівці беруть участь у Круглих столах, брифінгах, розробляють та розповсюджують друковані матеріали з профілактики та ранньої діагностики онкозахворювань.

Впевнений, що рання діагностика, профілактика та активна просвітницька робота дасть можливість ефективніше протистояти онкологічним хворобам, що сьогодні, на жаль, продовжують щороку забирати життя тисяч киян.

Предупредить, выявить, противостоять...

В чем залог побед на онкологическом фронте



ОСИНСКИЙ Дмитрий
Сергеевич, к.м.н.,
главный внештатный
специалист по онкологии
ГУЗ КГТА, заместитель
главного врача Киевского
городского клинического
онкологического центра

Стремление к долгой, здоровой и счастливой жизни — естественное желание каждого человека. Современная медицина, возможности которой неуклонно растут, может успешно бороться со многими недугами, омрачающими и сокращающими жизнь. Но успех этой борьбы во многом зависит от самого человека, его активного желания быть здоровым, готовности отводить заботе о своем здоровье и своих близких приоритетное место в жизни.

В большинстве стран онкологические заболевания занимают второе место по смертности населения, уступая печальную пальму

первенства лишь сердечно-сосудистым недугам, и уровень заболеваемости неуклонно растет. Причины этого роста за последние несколько десятилетий достаточно хорошо изучены. Доказано, что ведущую роль в этом играют гормональные факторы, факторы окружающей среды и образ жизни, индивидуальный и семейный анамнез, предшествующие заболевания молочной железы. В 1997 году на международной конференции в Канаде рак молочной железы уже рассматривался в качестве эпидемиологической проблемы, а интенсивность роста данного заболевания квалифицировалась как эпидемия.

Однако статистические данные по заболеваемости и смертности носят условный характер и не дают истинной картины ситуации. Например, если в том или ином регионе фиксируется относительно низкий уровень заболеваемости раком при довольно высокой смертности, то это свидетельствует о том, что болезнь в большинстве случаев диагностируется на поздних стадиях, когда организм уже поражен метастазами и лечение крайне затруднительно. Сравнительно же высокий показатель заболеваемости может быть связан как раз с хорошей организацией ранней

Захворюваність жіночого населення на рак молочної залози в Україні в 2010 році (на 100 тис. жіночого населення, український стандарт)



▶ діагностики, що дозволяє зупинити розвиток пухлинного процесу в початку, зберегти пацієнту здоров'я і життя.

В країнах Західної Європи, США, Канаді смертність від онкологічних захворювань пошла на спад як раз після того, як на державному рівні були введені обов'язкові скринінгові обстеження всього населення і особливо представителів з високими факторами ризику. Так за даними Національного інституту раку (Бетезда, США) при своєчасному виявленні раку молочної залози вдається вилечити 98,1% жінок. Тут необхідно урахувати і особливості менталітету людей, які в відмінність від наших співвітчуживців завжди значно відповідальніше ставилися до власного здоров'я. Втім ніякі державні програми не допоможуть тому, хто свідомо ігнорує будь-які профілактичні заходи, рекомендації лікарів, а в разі захворювання займається самолікуванням або звертається за допомогою до сумнівним «цілителям».

Грустна статистика і оптимістичні прогнози

Цей номер газети ми присвячуємо одній з актуальніших проблем — раку молочної залози. Щорічно в світі реєструється понад 1 млн нових випадків цього виду раку, який посідає перше місце серед онкологічних захворювань у жінок. Серед причин смерті від новоутворень, рак молочної залози знаходиться на другому місці в світі. Згідно зі статистикою найбільш висока захворюваність відзначається в США і країнах Західної Європи, досягаючи 30% всіх нових випадків раку у жінок, порівняно з країнами Азії та Африки, де захворюваність значно нижче. Серед всіх пухлин у жінок, рак молочної залози, як причина смерті, відзначається у 20% хворих. В цілому, рівень захворюваності раком молочної залози за останні десятиліття зріс на 30% і його приріст становить 1–2% в рік. Але це пов'язано з значним покращенням діагностики на ранніх стадіях, про що свідчать зниження рівня смертності.

В Україні рак молочної залози посідає перше місце серед онкологічних захворювань у жінок. Кожен

35 хвилин одній жінці ставлять діагноз рак молочної залози і кожен рік одна пацієнтка гине від цієї хвороби. Кожна жінка, хворіючи раком молочної залози, в середньому втрачає 17–18 років життя, крім того, понад 30% хворих знаходяться в віці 30–54 років.

В Києві рак молочної залози також лідерує серед онкологічних захворювань у жінок. В 2011 році було виявлено 1148 нових випадків цієї патології, що на 53 випадки більше, ніж в 2010 році. Показово, що понад 80% діагнозів було поставлено при проведенні профілактичних оглядів. При цьому зростає показник виявлення захворювання на ранніх стадіях. Всього на диспансерному обліку в столиці перебуває понад 8000 пацієнток, і ця цифра кожен день збільшується.

Фактори ризику: контролюємо і скорочуємо

Першочерговим етапом профілактики онкологічного захворювання є індивідуальний підхід до визначення ступеня ризику його виникнення для кожної конкретної людини. Для цього необхідно проаналізувати сукупність факторів, які впливають на виникнення і розвиток ракових новоутворень. Наприклад, наявність одного або декількох факторів ризику у жінки, ще не означає, що у неї виникне рак молочної залози. Однак з часом ризик захворіти раком молочної залози може зрости, що пов'язано зі старінням або іншими факторами.

Детально про фактори ризику — вікових, генетичних, репродуктив-

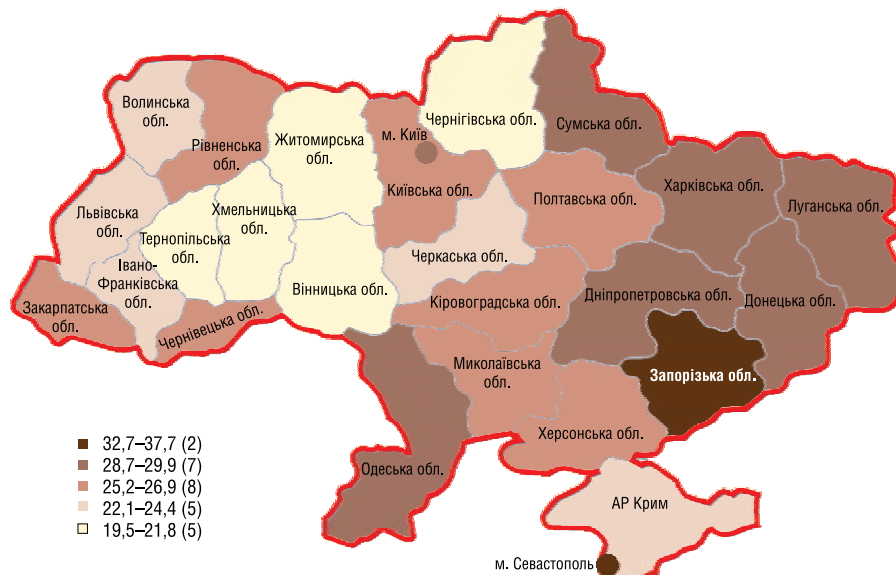
них, гормональних, пов'язаних з навколишнім середовищем і способом життя — читайте в матеріалах цього випуску.

Я б хотів звернути особливу увагу, на те, що частину факторів, на які ми поки не можемо кардинально впливати, — вікові, генетичні, деякі фізіологічні, неуклонно зменшуються. Але існують способи зменшити ризик захворювання збільшуються. Завдяки здоровому способу життя, збалансованому харчуванню і своєчасній медичній допомозі ми можемо і повинні значно знизити вікову планку, при якій неминуче підвищується ризик розвитку ракових новоутворень.

Дорогі жінки!

Пам'ятайте, що ви в цьому світі не самотні, у вас є рідні і близькі, діти і внуки, яким ви потрібні. Відповідальне ставлення до себе, до свого здоров'я є одним з головних умов довгої і повноцінної життя, щастя і благополуччя в родині. Регулярно (один раз в рік!) відвідуйте маммолога або онколога, гінеколога, проходите УЗІ молочних залоз, після 40 років кожні два роки, а після 50 років щорічно виконуйте маммографію. Щорічна маммографія рекомендована і при підвищеному ризику захворюваності. Не забувайте про щомісячне самообстеження молочних залоз. Завдяки цим простим правилам можна не тільки зменшити частоту запущених форм раку молочної залози, але і значно знизити смертність від цього важкого недуги.

Смертність жіночого населення від раку молочної залози в Україні в 2010 році (на 100 тис. жіночого населення, український стандарт)



▶ За даними Бюлетеня Національного канцер-реєстру №13 «Рак в Україні, 2010–2011», «2010 рік — уточнена інформація. ЗН молочної залози C50»

Профилактика рака молочной железы:



избавляемся от факторов риска



**ЧЕШУК Валерий
Евгеньевич,
д.м.н.,
профессор
кафедры онкологии
Национального
медицинского
университета
им. А.А. Богомольца**

Залог успеха в борьбе с раком молочной железы — обеспечение ранней диагностики и персонифицированного подхода к профилактике и лечению. Исключительную важность при этом имеет определение факторов и степени риска заболевания для каждой женщины. Изначально под особым контролем должны находиться девушки и женщины с повышенной степенью риска.

К сожалению, на фоне снижения уровня ряда онкологических недугов заболеваемость раком молочной железы растет. Высокая смертность, несмотря на «визуальную локализацию», обусловлена, примерно в трети случаев, ранним метастазированием опухоли.

Различают несколько последовательных этапов профилактики развития онкологических недугов. Первый — это профилактика возникновения заболевания путем снижения воздействия

вредных факторов окружающей среды, питания, способа жизни и многих других причин. Вторичная профилактика включает мероприятия, направленные на раннюю диагностику, до развития метастазирования опухоли. Это, по возможности, максимально ранняя диагностика заболевания на стадии, когда вероятность метастазирования минимальная или вообще отсутствует.

Предрасположенность к заболеванию = совокупности факторов риска

Первый этап профилактики развития рака молочной железы включает идентификацию источников риска и ограничение влияния их на организм женщины.

Среди известных на сегодня факторов риска выделяют: возраст, место жительства, гормональные заболевания, репродуктивные факторы, особенности питания, курение, употребление алкоголя, ожирение, недостаток физической активности, недостаток витамина Д, воздействие ионизирующей радиации.

Возраст — это наиболее важный фактор. Заболеваемость возрастает с 50 лет. Поэтому женщины после 50 лет в регионах с высокой заболеваемостью относятся к группе риска, что требует начала проведения скрининга рака молочной железы (РМЖ).

Где заболеваемость наиболее высокая? Это страны Европы, Северной Америки. Поэтому вторым важным фактором

следует считать **специфический образ жизни** европейцев и американок, а также особенности питания. Для жительниц Европы и Америки характерно позднее замужество, поздние первые роды (после 30 лет), отсутствие семьи (одинокие женщины), отсутствие родов, работа во многом связанная с повышенными умственными нагрузками, работа в ночные смены, курение и т.д.

Особенности питания играют важную роль в развитии рака. Известно, что этнически характер питания отличается у европейских женщин, азиатских, американских. Прием пищи, богатой животными жирами, белками, существенно влияет на гормональный обмен. В то же время потребление растительной пищи (клетчатки, растительных белков, полиненасыщенных жиров, фитоэстрогенов) оказывает положительное влияние на обмен веществ, гормональный фон, массу тела. Вытекающим отсюда фактором риска является **избыток массы тела и ожирение.**

Для женщин с избыточной массой тела также характерно повышенное образование эстрогенов, что в молодом возрасте не сказывается на заболеваемости РМЖ, но весьма опасно в постменопаузальном периоде. Увеличение веса на каждые 5 кг в сравнении с весом в возрасте 18 лет повышает относительный риск развития рака. Около 20% случаев РМЖ в постменопаузальном периоде связаны с ожирением. Доказано, что уменьшение веса в этом возрасте ▶

► на 10 кг и более способствует снижению риска развития рака на 56%. Однако уменьшение избыточного веса в перименопаузальном возрасте более эффективно: при снижении веса на 5% и более риск развития рака молочной железы снижается на 40%, тогда как уменьшение веса в постменопаузе сопровождается снижением риска лишь на 25%.

Гормональные факторы. Каждая женщина имеет индивидуальные особенности гормонального развития, но к факторам риска относят **ранний срок начала месячных** — 12 лет и меньше, и **позднюю менопаузу** — после 55 лет. В этом случае женский организм находится в более длительном репродуктивном периоде, во время которого происходит гормональное влияние на молочные железы и соответственно большая вероятность канцерогенеза.

Весомые факторы риска развития РМЖ в репродуктивный период — это отсутствие родов, лактации, или достаточно поздняя первая беременность и роды (после 30 лет), а также беременности, прерванные абортами. У женщин, имеющих троих и более детей, рак молочной железы развивается очень редко. Возможно, одним из эффективных направлений профилактики будут рекомендации по увеличению детородной функции женщин.

Прием гормональных препаратов в качестве противозачаточных средств или гормонозаместительной терапии повышает риск развития рака молочной железы вследствие непосредственного влияния эстрогенов на молочные железы и развитие пролиферации эпителия, гиперплазии, предраковых изменений. Поэтому при гормонотерапии гинекологических заболеваний предпочтение следует отдавать гормонозаместительной терапии и контрацепции локально действующими препаратами.

Наследственная предрасположенность занимает около 10% среди всех случаев заболевания. Меры профилактики при таких обстоятельствах дают наиболее хорошие результаты. Выявление мутаций в BRCA-1 и BRCA-2 в генах говорит о высоком уровне риска развития рака. Заболевание развивается в более молодом возрасте. Поэтому для этой категории женщин необходимы особые меры профилактики, как медикаментозной, так и проведение профилактической подкожной мастэктомии с эндопротезированием молочных желез. Отмечено, например, что у женщин после 50 лет с семейной предрасположенностью к раку при приеме антиэстрогенов заболеваемость снижается на 40%.

Курение и алкоголь. Курение негативно влияет на развитие структуры молочных желез в период полового созревания и до первой беременности. Наиболее опасно начало курения в юном возрасте, до первой лактации. В это время возможно развитие предраковых изменений, мутаций, а через 15–20 лет — развитие раковых изменений, особенно при наличии влияния других факторов.

Доказано увеличение риска развития рака молочной железы с повышением потребления алкоголя. Регулярный прием даже около 18 мл алкоголя ассоциируется с повышением риска развития рака. Умеренный прием алкоголя приводит к повышенному риску развития заболевания в развитых странах. Среди тысячи умеренно употребляющих алкоголь женщин встречается 11 больных раком молочной железы.

Таким образом, известных факторов риска много, что значительно осложняет проведение полноценной профилактики, а некоторые из них еще неизвестны или недостаточно доказаны (вирусы, воспалительные и дисгормональные заболевания).

Важно! Существенное положительное влияние на организм оказывает регулярная физическая активность. По данным ряда исследований отмечено, что женщины, которые уделяют внимание в той или иной мере физической культуре (бег, плавание, аэробика, гимнастика и др.) реже болеют. Причина тому — сжигание гормонов при физических упражнениях и как следствие — снижение концентрации канцерогенов в организме, их экспозиция и воздействие на эпителий молочных желез.

Ранняя диагностика и вторичная профилактика

Широкое повсеместное внедрение профилактики позволяет в некоторых случаях избежать развития недуга и снизить заболеваемость, или значительно растянуть во времени его развитие, а также уменьшить смертность от рака.

Ранняя диагностика заболевания — это один из главных принципов современной онкологии. Спецификой РМЖ является довольно раннее начало развития метастазирования. По данным ряда исследований субклинические метастазы в 30% случаев присутствуют в костях и других внутренних органах уже при размере опухоли 1 см (инвазивного РМЖ). Отсюда вывод, что выявление опухоли до 1 см в диаметре и лечение ее, обеспечивает, по крайней мере, в 70% случаев профилактику развития рака до

стадии метастазирования. Лечение такого РМЖ обеспечивает стойкую длительную выживаемость. Диагностировать заболевание на стадии до 1 см можно в условиях маммографического скрининга. Таких размеров опухоли зачастую пальпаторно не выявляются во время клинического обследования, поэтому их называют доклиническим РМЖ.

Проведение маммографического скрининга в развитых странах Европы и Америки имеет уже 20–30-летнюю историю. За это время доказана его эффективность в снижении смертности на 30%. Стандарты по проведению скрининга РМЖ во многих странах имеют свои особенности и зависят от заболеваемости и возможностей государства обеспечить бесплатное регулярное маммографическое обследование. Общими правилами является использование маммографии, у женщин после 50 лет каждые 2–3 года, в промежутках — регулярный самоосмотр и клиническое обследование молочных желез различными специалистами (хирурги, акушеры-гинекологи, онкологи). Ультразвуковое исследование молочных желез и магнитно-резонансная маммография используются по показаниям, когда рентгеновская маммография не информативна.

ВАЖНО!

Доказательное обвинение курения

В 2011 году на ежегодной конференции Американского общества клинической онкологии были представлены результаты многолетних исследований, которые достоверно показали насколько курение влияет на развитие рака молочной железы у женщин с повышенным риском заболеваемости. Риск развития агрессивной опухоли молочной железы у курящих женщин не только существенно выше, но и заметно повышается со стажем курения. У женщин, курящих 15–35 лет, риск заболеть раком молочной железы на 34% больше, чем у некурящих. А если женщина курит около 35 лет, то он выше на 59%. У женщин, достаточно долго куривших в молодости, риск возрастает не менее чем на 16–18% по сравнению с их никогда не курившими сверстницами. Также оказывает влияние и пассивное курение, особенно если женщина подвергалась его воздействию в детстве и в молодости.

Тому, хто не хоче змінити своє життя, допомогти неможливо.

Гіппократ



КОВАЛЬЧУК
Ігор Семенович,
хірург-мамолог,
заслужений лікар
України,
Київський
міський клінічний
ендокринологічний
центр

К олі мені запропонували написати статтю про мастопатію для нового видання, я поставився до цього досить скептично. Проте згодом вирішив: а може, це ще один шанс поділитися своїми думками з тими, хто хоче їх почути, хто готовий позбутися стереотипних поглядів на себе і своє здоров'я і брати активну, усвідомлену участь у поліпшенні власного життя.

Мастопатія?

Ідемо від стереотипів і помилок

Мастопатія — це найпоширеніший діагноз, який ставлять жінкам, що звертаються зі скаргами на які-небудь проблеми з молочною залозою. З цього приводу я завжди мав сумніви. Адже у перекладі з грецької (μαστός — «груди» + πάθος — «страждання, хвороба») мастопатія означає хворобу грудей. То чому тоді, наприклад, гайморит разом з іншими захворюваннями носоглотки не називають носопатією, а проблеми з шлунково-кишковим трактом животопатією? До того ж у 1984 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я було прийнято термін фіброзно-кістозна хвороба (ФКХ). Вона характеризується порушенням співвідношень епітеліального і сполучнотканинного компонентів, широким спектром проліферативних (пов'язаних зі розростанням тканини організму шляхом розмноження клітин) і регресивних змін тканин молочної залози. Якщо говорити про види ФКХ, то їх розрізняють близько 50 і об'єднують у дві великі групи — вузлову і дифузну. При вузловій ФКХ у молочній залозі виявляють ущільнення. При дифузній — у молочних залозах визначається безліч дифузних ущільнень. В окрему групу виділяють фіброаденоми, кісти, папіломи — доброякісні пухлини молочної залози.

Здоров'я починається з любові до себе



Чи є ФКХ передраковим станом? Однозначної відповіді на це питання немає. Все залежить від ступеня зміни тканини в конкретному місці, її проліферативної активності (схильності до онкоросту). Фіброаденома, як правило, не перетворюється в злоякісну пухлину (ступінь ризику 0,2–3%). Проте рак може розвиватися біля фіброаденоми в осередку ушкодження і довгий час ніяк не проявляти себе, не виявлятися при пальпації. Головний же фактор ризику раку молочної залози — жіноча стать. У країнах Європи і Північної Америки в групу ризику потрапляє у 8–12% жінок. Тому при будь-яких відхиленнях від нормального стану молочних залоз необхідна консультація лікаря і відповідне обстеження. Іноді й для того, щоб зняти помилковий діагноз.

Часто до мене на прийом приходять жінки, яких багато років лікували від так званої мастопатії, але, на жаль, безрезультатно. І з'ясовується, що проблема тут пов'язана із захворюваннями хребта або щитовидної залози, при яких біль віддає в молочну залозу. Це яскравий приклад вкоріненого підходу, коли намагаємося лікувати не людину і навіть не хворобу, а лише симптоми, при цьому не дуже вникаючи в їх можливе походження...

Молочна залоза — дзеркало гормонального, духовного і фізичного стану жінки

Холод і голод — духовний, емоційний, фізичний, соціальний, політичний — ось головні причини захворювання молочної залози. Так, фізіологічно основна причина — це порушення гормонального балансу — надлишок естрогенів на тлі нестачі прогестерону. Також виділяють низку факторів, що

визначають схильність до розвитку фіброзно-кістозної хвороби:

- вік після 40 років;
- розвиток доброякісних утворень у молочній залозі у родичів;
- ендокринні хвороби і порушення менструального циклу;
- стреси та пов'язані з ними порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової та надниркової системи;
- ожиріння, гіпертонія, цукровий діабет;
- аборти і викидні;
- пізня вагітність або пологи (після 30 років);
- відсутність вагітностей та пологів;
- відмова від годування грудьми.

Проте доведено, що жінки, які ведуть активний спосіб життя (і в фізичному, і в соціальному плані), котрі зуміли реалізувати себе, відчувають душевний та емоційний комфорт в особистому житті, люблячі і улюблені набагато менше хворіють і набагато легше справляються з недугами. А накопичені образи і невміння прощати, озлобленість і агресія, невдоволення собою і оточуючими, переважання негативного сприйняття над позитивним підточують організм і сприяють розвитку хвороб. У жінок головною мішенню такого способу поведінки і мислення є молочні залози.

Ще один дуже важливий момент — уміння любити себе. Любити себе і поширювати цю любов на оточуючих. Але не приносити себе постійно в жертву. Я не кажу про екстремальні ситуації, коли в силу обставин це виправдано, йдеться про повсякденне звичайне життя. На жаль, невміння любити себе, піклуватися про себе і своє здоров'я — ця риса характеру успадковується з покоління в покоління. Ні, не національна, а породжена ще радянською ідеологією, коли нехтування собою заради чогось більш значущого вважалося гідністю, ▶

► культивувалося суспільною мораллю. Навіть покоління, яке виросло вже на пострадянському просторі, ще встигло увібрати в себе ці риси. А нелюбоб до себе, жертвування собою породжує всі ті негативні прояви, про які ми говорили.

Отже, жінка повинна любити себе, прагнути до збереження і відновлення свого здоров'я. Культура відповідальності ставлення до свого здоров'я повинна виховуватися з дитинства. І не на словах, а на реальному прикладі. Так дівчинка повинна бачити, як мама регулярно проходить профілактичні огляди, виконує рекомендації лікаря. До речі, система охорони здоров'я США включає і матеріальні стимули для турботи про здоров'я: у випадку ігнорування планового медогляду підвищується вартість за медичне страхування. У нас такого поки немає, але той факт, що лікування раку молочної залози, виявленого на ранній стадії, не тільки збереже здоров'я, але і обійдеться в 25–30 разів дешевше, ніж при запавненій хворобі, говорить на користь явної економічної вигоди.

Організм людини дорослішає до 25 років, а потім починається старіння. Процес старіння набагато повільніший, ніж дорослішання. І від нас самих багато в чому залежить те, як розтягнути його на довгі роки, зробити плавним і комфортним, уповільнити дегенеративні процеси — тобто придбати протягом життя якомога менше нових захворювань і загострень тих, що вже маємо. Безумовно, йдеться не про фанатичний культ здоров'я всупереч всьому, що і є життя — повноцінне, яскраве і насичене, а про розумний баланс, здоровий глузд і, головне — любов до себе і оточуючих.

Для боротьби з недугою треба знати свій точний діагноз

До цього часу в наших медичних колах ведуться суперечки про те, чи варто говорити пацієнтові всю правду про його діагноз і, тим більше, про методи лікування. У радянські часи в програму підготовки лікарів входив курс під назвою «Лікарська таємниця». І стосувався він далеко не захисту права людини на збереження конфіденційної інформації про її здоров'я. Нас учили, що ми не повинні говорити пацієнтам правду про їхні хвороби або стан, нібито для того, щоб у них не виникало страхів, фобій стосовно лікарів і лікарень. І зараз більшість наших лікарів не обговорюють з хворими подробиць їхнього

стану, не вдаються в медичні тонкощі, вважаючи, що ті мало що в цьому розуміють.

Мої погляди на медицину й на взаємини з пацієнтами почали змінюватися після поїздки в 1991 році до Нідерландів. Корінний перелом в моїх уявленнях стався після першої поїздки до Філадельфії (США) в 1997 році по обміну в рамках партнерства Американського міжнародного союзу охорони здоров'я. Подальша співпраця з заокеанськими колегами допомогла сформувати новий стиль спілкування з хворими. Мене найбільше зацікавило те, що лікарі не тільки відкрито повідомляли пацієнтам про їх діагноз, але й ділилися своїми припущеннями. Якщо лікар запідозрював рак, він так і говорив. Я з великою цікавістю спостерігав за тим, як співробітники клінік Пенсильванського університету пояснюють хворим все про поставлений діагноз і можливі підходи до лікування, щоб пацієнт мав чітке уявлення про стан свого здоров'я і міг брати активну участь у виборі оптимальної тактики лікування.

Коли я став якомога докладніше розповідати пацієнтам про їхні хвороби, можливі методи лікування та ймовірні результати, помітив, що переважна більшість хворих абсолютно адекватно реагують на це і з цікавістю обговорюють зі мною всі питання. Моя відвертість дала їм відчуття, що я ставлюся до них як до рівних і небайдужих мені людей. Як результат — я отримав їх відвертість і довіру.

Якось чоловік однієї пацієнтки зауважив, що вони не сумніваються у високій кваліфікації більшості лікарів, які пройшли радянську школу, але їм не подобається їхнє ставлення до хворих. Стосунки лікаря з хворим повинні будуватися на довірі, взаємодії та взаємодопомозі. Пацієнт повинен швидко і легко отримувати інформацію про свій стан, про ті чи інші хвороби, мати можливість спілкуватися з людьми, котрі страждають від такого ж захворювання, для обміну інформацією та надання один одному психологічної підтримки.

Я завжди підтримую бажання пацієнтів проконсультуватися з іншими лікарями і зібрати якомога більше думок. Це в жодному разі не повинно розцінюватися, як недовіра до лікаря. Навпаки, це зводить до мінімуму помилку в діагнозі, від якої ніхто не застрахований. У складних випадках і при найменших сумнівах я завжди направляю пацієнта до своїх колег.

У цій статті я навмисно не став загострювати увагу на суто медичних питаннях — їх треба обговорювати індивідуально, адже кожна жінка унікальна, як і її організм. А ось загальні рекомендації та корисні поради, в тому числі й відео про те, як правильно проводити самообстеження молочних залоз, можна подивитися на сайті <http://www.breast.org.ua/>

Любіть себе і будьте здорові!

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ КОДЕКС ПРОТИ РАКУ

- Не паліть. Якщо ви маєте цю шкідливу звичку, намагайтеся позбутись її якомога швидше. Уникайте оточення людей, що палять.
- Не зловживайте алкогольними напоями.
- Уникайте тривалого впливу сонячного проміння. Захищайте відкриті ділянки шкіри за допомогою лосьйонів та кремів, що мають сонцезахисний ефект.
- Слідкуйте за інструкціями з безпеки праці. Ваше робоче місце повинно бути захищене від факторів, що шкідливо впливають на ваше здоров'я та стимулюють розвиток раку.
- Дотримуйтесь рекомендацій з раціонального харчування.
- Уникайте надмірної ваги, обмежуйте вживання жирної їжі.
- Негайно звертайтеся до лікаря у випадках, якщо ви знайшли ущільнення в молочних залозах, зміни в родимках, кровотечі, не пов'язаної з менструацією або під час менопаузи, постійний кашель та сиплість, зміни випорожнення, безпричинну втрату ваги.
- Щорічно проходите обстеження у гінеколога з обов'язковим цитологічним дослідженням (мазок з шийки матки).
- Щомісяця проводьте самообстеження молочних залоз, щорічно — обстеження молочних залоз у фахівця. Жінкам після 40 років варто робити мамографію один раз на 2 роки.

Успехи и неудачи в борьбе со злокачественными опухолями



ОСИНСКИЙ Сергей Петрович, профессор, доктор медицинских наук, заведующий отделом микроокружения опухолевых клеток Института экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р.Е. Кавецкого НАН Украины

Несмотря на впечатляющие успехи современной науки, в частности молекулярной биологии, химии, физики, которые позволили расшифровать базовые механизмы возникновения злокачественных опухолей, создать ряд принципиально новых по своему действию противоопухолевых препаратов, значительно улучшить технические возможности инструментальной диагностики, проблема онкологических заболеваний продолжает оставаться одной из самых серьезных проблем современности. Во многих странах, включая так называемые развитые, сохраняется опасная тенденция к росту онкологической заболеваемости и лишь по ряду локализаций опухолей отмечается некоторая стабилизация показателей смертности. В то же время на фоне мрачной статистики есть определенные достижения, которые получены благодаря усилиям ученых, вниманию правительственных органов, активности благотворительных организаций и росту медицинской грамотности населения.

Осторожно! «Сенсация»

Нередко в средствах массовой информации появляются сообщения о том, что в той или иной стране найдено новое, естественно, уникальное, средство для лечения онкологических заболеваний. К сожалению, в преобладающем большинстве случаев это искаженная и неграмотная с медицинской точки зрения информация, которая вводит в заблуждение общественность и на определенное время дестабилизирует как пациентов, так и специалистов-онкологов. Особенно этим грешат телевидение, массовые печатные и интернет-издания, которые с легкостью относятся к распространению такого рода сообщений, не заботясь о том, какую опасность несут подобные «сенсации». Лишь профессионально переведенная информация из зарубежных источников, проверенная по первоначальной научной публикации и отредактированная соответствующим специалистом может быть преподнесена читателям и зрителям.

Итак, сегодня трудно говорить о каких-либо особых достижениях в лечении онкологической патологии, хотя определенные результаты, несомненно, достигнуты. Интересно своеобразное переосмысление учеными-онкологами методологии, применявшейся для достижения поставленных целей. Уместно вспомнить, что 40 лет назад в США при президенте Ричарде Никсоне были выделены большие средства на государственную программу по борьбе со злокачественными новообразованиями, что позволило выполнить много важных исследований и получить ряд впечатляющих результатов. Но, как было отмечено в 2011 году на конференции Американского общества клинических онкологов, кардинального улучшения эффективности лечения онкологических больных достичь не удалось. Среди возможных причин столь далекого от желаемого состояния дел профессор L. Ellis (США) отметил следующие: большинство экспериментальных исследований выполнялось на неадекватных клинической ситуации моделях, было преувеличено

значение метода клеточных культур, где достигался почти 100%-ный цитостатический эффект, однако на животных, не говоря уже об опухолях человека, его не удалось подтвердить...

Загадка рака — в микроокружении опухоли

Столь серьезное заявление не следует расценивать как экстраординарное, так как давно было известно, что опухоль — это своеобразная среда обитания опухолевых клеток, которые окружены различными по своей природе неопухолевыми клетками, продуктами их жизнедеятельности, сосудами, соединительнотканными волокнами и другими элементами так называемого микроокружения. В то же время на протяжении многих лет усилия онкологов-биологов (принципиально, что биологов) были сконцентрированы на изучении исключительно опухолевых клеток с твердой верой в то, что расшифровка их биологии поможет объяснить природу опухолевого роста. К сожалению, как отмечают американские онкологи Kerkar и Restifo (2012 год), многие исследователи рака продолжают быть приверженцами подобной точки зрения. Вместе с тем сегодня четко показано, что в основе зарождения опухолевого процесса, роста опухоли и так называемой опухолевой прогрессии, которая включает в себя усиление агрессивности новообразования и способности к метастазированию, лежит микроокружение опухоли.

Разрушен сложившийся десятилетиями очень удобный стереотип борьбы с новообразованиями: обнаружена опухоль, воздействуем на нее созданным нами «лекарством», она перестает расти, исчезает, и больной выздоравливает. В реальной жизни все оказалось не так просто, как представляется теоретически. Опухоль в организме не автономна, а находится в теснейшем взаимодействии со всем организмом и, что очень драматично, часто влияет на организм сильнее, чем организм на опухоль. К сожалению и это обстоятельство, известное очень давно, игнорировалось многими онкологами. И здесь следует отметить, что и в этом случае онкология ►

► сегодня возвращается к классическим истокам, возрождая понятие «опухоль-организм». Примечательно, что оно уходит своими корнями в прошлый век, когда наши соотечественники, академик Александр Богомолец и его ученик академик Ростислав Кавецкий, основываясь на идеях немецкого патолога Карла Тирша, сформулировали концепцию взаимодействия опухоли и организма, которая четко указывает на необходимость лечить не опухоль, а больного. Важно отметить, что расшифровка механизмов взаимодействия опухоли с организмом, в котором она появляется и растет, поможет не только в лечении больных, но и в профилактике, так как учитывает и защитные системы организма, призванные противостоять формированию чуждого ему новообразования. И здесь уместно отметить, что защитные системы организма, прежде всего иммунная система, действительно способны защитить человека от опухолевого процесса. Хорошо известно такое явление как «скрытая опухоль», когда могут появляться зачатки опухолевого роста, но организм успешно с ними справляется и «классическая» опухоль не возникает. Известны случаи спонтанного, то есть без лечения, исчезновения опухоли, хотя каждый подобный случай должен проверяться очень строго.

Опухоль-организм: побеждает сильнейший

Привлечение внимания ученых-онкологов к микроокружению опухолевых клеток и концентрация их усилий на изучении природы клеточных и внеклеточных факторов микроокружения опухоли позволяет надеяться на серьезный прорыв в онкологии. Дело в том, что воздействие на среду обитания опухолевых клеток дает возможность влиять не только на уже сформировавшееся новообразование, но и на только зарождающуюся опухоль, позволяя говорить о профилактике опухолевого роста. Если говорить о новых противоопухолевых препаратах, то нужно отметить начало поиска средств влияния не только на клетки опухоли, но и на окружающие их элементы, прежде всего на так называемые стромальные клетки и клетки иммунной системы, имеющиеся в опухолевом узле, но «работающие» на опухоль.

Очень важно в свете концепции взаимодействия опухоли и организма рассматривать проблему так называемых скрытых (спящих) опухолевых клеток (микрометастазов) или минимальной остаточной болезни. Ведь нередко после

радикального удаления опухоли или успешного химио- или лучевого лечения в организме больного сохраняются опухолевые клетки, которые находятся в крови или костном мозге и могут проявить себя спустя многие годы.

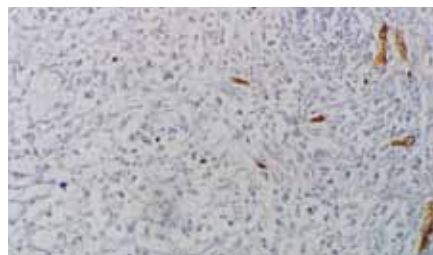
Затаившаяся опасность под контролем

В настоящее время проблеме скрытых опухолевых клеток уделяется серьезное внимание, в частности созданы и разрешены для клинического применения приборы для поиска опухолевых клеток в крови, разработаны методы выявления опухолевых клеток в костном мозге, что позволяет контролировать течение опухолевого процесса, прогнозировать его исход, изменять по мере надобности тактику лечения. Особо важным считается обнаружение клеток новообразования в костном мозге, который, как полагают, является своеобразным резервуаром злокачественных клеток, где они сохраняются многие годы. Весьма часто наблюдается такая ситуация: у больного удалена опухоль (например, молочной железы или желудка), традиционные методы диагностики, такие как УЗИ, МРТ, ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография, позволяющая выявлять до нескольких опухолевых клеток) не регистрируют наличие злокачественно-

го процесса, но в костном мозге клетки опухоли обнаруживаются. Такие случаи в практике составляют примерно 40% в зависимости от типа опухоли. Следовательно, возникает вопрос: нужна ли специфическая терапия, или можно ограничиться более тщательным и частым контролем над пациентом. А это уже зависит от индивидуальных особенностей взаимодействия опухоли и организма: если организм больного «справляется» с опухолевыми клетками, не стоит «подавлять» его защитные системы цитостатическими средствами. Строгий же контроль над такими больными обязателен, равно как и соответствующий режим повседневной жизни.

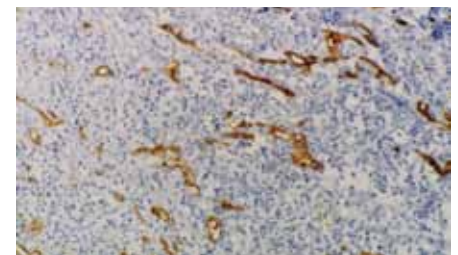
В настоящее время исследования периферической крови и костного мозга на наличие в них опухолевых клеток весьма активно проводятся в США и ряде европейских стран. Подобные диагностические приемы начали внедряться в практику работы клинических онкологических учреждений Киева и Ровно.

В заключение хотелось бы отметить, что современные направления онкологии, это, по сути, возрождение уже давно известных классических подходов. И сегодня благодаря современным, действительно впечатляющим техническим возможностям они могут быть раскрыты и до конца изучены.

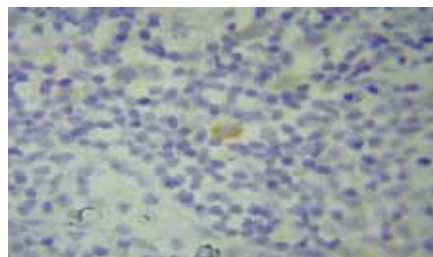


а

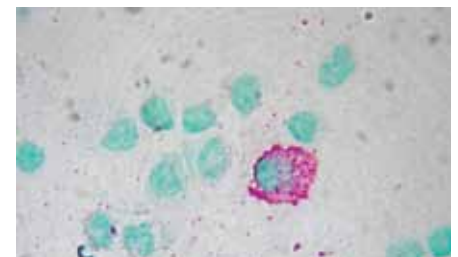
Иммуногистохимический метод исследования васкуляризации опухоли с помощью моноклональных антител (CD34, новые микрососуды окрашены в коричневый цвет): а – гиповаскуляризованная опухоль (менее агрессивная); б – гиперваскуляризованная опухоль (более агрессивная)



б



Иммуногистохимический метод определения «скрытых» опухолевых клеток в лимфатических узлах с помощью моноклональных антител (панцитокератин, опухолевая клетка окрашена в коричневый цвет). Традиционными методами опухолевые клетки не обнаруживаются, диагностируется (категория N0), при определении опухолевых клеток в лимфатических узлах корректируется диагноз и лечение



Иммуноцитохимический метод определения «скрытых» опухолевых клеток в костном мозге с помощью моноклональных антител (панцитокератин, опухолевая клетка окрашена в розовый цвет). Традиционными методами отдаленные метастазы не диагностируются (категория M0). При наличии опухолевых клеток в костном мозге корректируется диагноз и лечение



Смачного та на здоров'я

Харчування, яке знижує ризик виникнення раку



ТИМОВСЬКА Юліанна Олександрівна, к.м.н., науковий співробітник відділу механізмів протипухлинної терапії Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України

«Ми є те, що ми їмо», говорив батько медицини Гіппократ. «Людина є те, що вона їсть» — авторами цього висловлювання називають і німецького філософа XIX століття Людвіга Фейєрбаха, і його давньогрецького колегу Піфагора. Але не важливо, хто з мудрих світу цього висловив таку основоположну думку ідеології харчування. Наукою доведено і підтверджено практикою, що стиль, традиції та культура харчування багато в чому формують здоров'я людини, схильність до виникнення і розвитку захворювань, впливають на самопочуття, працездатність, настрій.

У розвитку онкологічних захворювань харчування також відіграє далеко не останню роль. Вчені проаналізували дані про харчовий раціон хворих на рак, канцерогенний вплив продуктів харчування і ризик розвитку злоякісних новоутворень різної локалізації в залежності від харчового раціону та зробили висновок, що майже 4 млн випадків злоякісних захворювань щорічно у світі можна було б уникнути завдяки збалансованому харчуванню. Харчування, це той фактор ризику, на який безпосередній вплив має сама людина.

Правила раціонального харчування для зниження ризику розвитку злоякісних новоутворень

По-перше, щоденно включати в свій раціон 5 різних овочів та фруктів, які є джерелом вітамінів, мікроелементів та харчових волокон. Щодня необхідно вживати 400–500 г овочів і фруктів.

По-друге, щодня вживати молочні та кисломолочні продукти, як джерело кальцію.

По-третє, частіше вживати в їжу морську рибу (після теплової обробки), як джерело поліненасичених жирних кислот.

По-четверте, вживати не більше 100 г м'яса щоденно. Це повністю забезпечує потреби організму в незамінних амінокислотах, та є джерелом необхідної кількості заліза. Рекомендовано вживати птицю, телятину, нежирне біле м'ясо та зменшити кількість свинини і жирного червоного м'яса.

По-п'яте, обмежити, а краще виключити з раціону такі продукти:

- копченості, соління, маринади;
- жирні, висококалорійні продукти — маргарин, кондитерські вироби, чіпси, ковбаси, м'ясні консерви;
- алкогольні напої;
- солодкі газовані води та напої тривалого зберігання.

А також, використовувати мінімальну теплову обробку їжі — тушкування, приготування на пару, відварювання; вживати різні рослинні жири (соняшникову, кукурудзяну, оливкову, арахісову, лляну та інші олії).

Вчені рекомендують вживати якомога більше продуктів, які багаті на:

- вітаміни А, С, Е, РР і групи В — вони попереджують накопичення в тканинах та клітинах вільних радикалів і регулюють процеси обміну в клітинах;
- селен, мідь, цинк;
- харчові волокна: розчинні (пектин) і нерозчинні (целюлоза, клітковина). Пектин здатний зв'язувати токсичні і радіоактивні речовини (свинець, ртуть) і запобігати їх всмоктуванню в шлунково-кишковому тракті;
- ізофлавоноїди;
- поліненасичені жирні кислоти.

Вживання продуктів багатих фітоестрогенами сприяє зниженню проліферативних процесів в епітелії молочної залози. Фітоестрогени містяться в сої і багатьох овочах. В усіх видах капусти міститься індол-3-карбінол, який бере участь в метаболізмі естрогенів та прискорює їх виведення з організму. У країнах, де часто вживають в їжу рибу з високим вмістом омега-3 жирних кислот, жінки мають менший ризик розвитку раку молочної залози (РМЗ), а якщо й хворіють, то частіше в літньому віці, ніж в репродуктивному та в період перименопаузи. Також протекторний вплив має вживання в їжу оливкової олії без термічної обробки, особливо для жінок у період менопаузи.

Висококалорійна їжа призводить до ожиріння, яке в менопаузі асоціюється з підвищеним ризиком розвитку РМЗ. У жирових клітинах утворюються естрогени, які стимулюють проліферативні процеси в тканині молочної залози. У дівчаток до настання менархе ожиріння ►

Основні нутрієнти, які запобігають розвитку злоякісних новоутворень

| Нутрієнт (поживні речовини) | Продукти, в яких міститься нутрієнт |
|---------------------------------|--|
| Вітамін А | Морква, авокадо, теляча печінка, гарбуз |
| Вітамін С | Апельсин, лимон, малина, ківі, цибуля |
| Вітамін Е | Рослинна олія, пророщена пшениця |
| Вітамін РР | Гречка, зелений горошок, помідори, печінка, яйця |
| Вітаміни групи В | Печінка, яйця, висівки, дріжджі, арахіс, крупа вівсяна, гречка |
| Фолієва кислота (В9) | Щавель, петрушка, авокадо, гарбуз, жовток, спаржа |
| Селен | Горіхи, тунець, нирки |
| Мідь | Хліб, крупи, кальмари, овочі, горіхи |
| Цинк | Дріжджі, яловичина, насіння гарбуза, горіхи |
| Кальцій | Молоко, сир |
| Клітковина | Непросіяне борошно, зелений горошок, буряк, капуста |
| Ізофлавоноїди | Соя |
| Пектин | Гарбуз, печені яблука |
| Поліненасичені жирні кислоти | Риб'ячий жир, рослинні олії, насіння гарбуза |

▶ може бути причиною раннього початку менструального циклу, що також підвищує ризик розвитку раку молочної залози. Зловживання алкоголем призводить до порушення функції печінки, та зни-

ження швидкості метаболізму естрогенів. Цікаво, що навіть у чоловіків, які страждають на алкоголізм або ожиріння, підвищений рівень естрогенів у крові й вони частіше хворіють на РМЗ.

СМАЧНИЙ РЕЦЕПТ ДО ТЕМИ

Нежирний напівтвердий сир без шкідливих добавок



Рецептів домашнього напівтвердого сиру багато. Пропонуємо вам найпростіший, перевірений роками ще з часів тотального дефіциту, коли твердий сир був величезною рідкістю і діставався ціною багатогодинних черг.

Отже, 1 кг сиру (базарного, сухуватого, зернистого — бажано, не дуже жирного) помістити в неемальовану каструлю, додати трохи — півсклянки-склянку — молока (або кефіру) і нагрівати на повільному вогні, постійно помішуючи. Після закипання варити 10–15 хв. Отриману масу відкинути на друшляк або сито. Дати стекти сироватці хвилин п'ять, не віджимаючи. Напівфабрикат викласти в каструлю (більшу, так як

при додаванні соди об'єм збільшується майже втричі), поставити на маленький вогонь, додати одне яйце, чайну ложку (без верху) соди, сіль за смаком і варити при постійному помішуванні поки не загусне (5–7 хв). Наприкінці додати трохи (50 г) вершкового масла або олії (корисніше оливкової). Готовий продукт викласти у форму, дати охолонути і поставити в холодильник. Консистенція готового продукту залежить від щільності сиру, вихід — приблизно 600 г з 1 кг. За бажанням при варінні можна додати подрібнені горіхи, зелень і інші продукти за смаком.

А замість майонезу — сирний соус

У блендері збиваємо сир (сулугуні, моцарелу або приготований за наведеним вище рецептом) з різними добавками по сезону. Наприклад, помідор, огірок, солодкий перець, горіхи, зелень і т.п. (фантазія безмежна), спеції за смаком. Пропорції сиру і добавок — теж за смаком, як варіант — навпіл. Якщо маса надто густа — розвести кефіром, ряжанкою або іншим кисломолочним продуктом. Такий соус набагато корисніший, і безпечніший від магазинного майонезу.

Контролюйте свою вагу

Зручним показником для визначення відповідності ваги людини і його зростання є індекс маси тіла (ІМТ). Розраховується він таким чином:

$$I = \frac{m}{h^2}$$

Де m — маса тіла в кілограмах, h — зріст в метрах, вимірюється ІМТ в кг/м².



Інтерпретація показників ІМТ відповідно до рекомендацій ВООЗ

| Індекс маси тіла | Відповідність між масою людини та його зростанням |
|------------------|---|
| 16 і менше | Виразений дефіцит маси |
| 16—18 | Недостатня (дефіцит) маса тіла |
| 18—25 | Норма |
| 25—30 | Надлишкова маса тіла (передожиріння) |
| 30—35 | Ожиріння першого ступеня |
| 35—40 | Ожиріння другого ступеня |
| 40 і більше | Ожиріння третього ступеня (морбідне, патологічне) |

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Здоровый взгляд на заботу

о здоровье



Чувства, эмоции, реакции — под контролем

МАКСИМОВА Зоя Владимировна,
врач-медицинский психолог,
Киевская городская больница №2

Все еще есть миф, что рак молочной железы — это приговор, смертельная болезнь, не поддающаяся лечению. Поэтому большинство женщин испытывают внутреннюю тревогу, страх перед профилактическими осмотрами, а в случае обнаружения у себя каких-то тревожных симптомов оттягивают визит к врачу. Само слово «онколог» вызывает приступы панического ужаса и желание поскорее покинуть территорию лечебного заведения.

Реальность же заключается в том, что именно благодаря регулярным визитам к врачу, своевременным обследованиям и удастся обнаружить заболевание именно в той самой ранней стадии, которая легко поддается лечению, а исход заболевания практически всегда благоприятный.

Очень часто, распределяя семейный бюджет, мы экономим на затратах, связанных с заботой о здоровье — регулярными профилактическими осмотрами, оздоровительными мероприятиями.

А вспоминаем, когда уже болезнь запущена и ее лечение, действительно требует немало затрат — физических, эмоциональных, временных, финансовых.

Существует несколько психологических стадий, которые проходит каждая женщина от момента постановки диагноза и до окончания лечения.

Первая стадия — это отрицание. Когда человек узнает о том, что он серьезно болен, первая мысль, которая приходит в голову, — это не со мной, такого просто не может быть, это ошибка. В этот момент близким пациентки очень важно быть рядом, но не только присутствовать, а эмоционально поддерживать. Очень часто члены семьи боятся разговоров о болезни, думая, что они осложняют ситуацию и только усугубят психологическое состояние. В действительности все как раз наоборот. Обсуждение проблем вслух обычно помогает снять стресс и снизить напряжение. Правда, стоит воздержаться от фраз типа: «Даже не думай о своей болезни, не говори об этом...». В этот момент необходимо просто выслушать все то, что вам хотят сказать, а лучшей поддержкой будут слова: «Мы будем

рядом с тобой и примем любое твое решение». В то же время близкие люди должны сделать все для того, чтобы решение было принято в пользу полноценного лечения.

Следующая стадия может быть выражена проявлением агрессии, когда человек задает себе вопрос: «Почему это случилось именно со мной, а не с кем-то другим?». В этот момент появляется ощущение утраты контроля над своим телом. Это самый тяжелый период для близких пациентки. Ее может раздражать всё — еда, окружение, необходимость принимать лекарства. Самым подходящим вопросом будет: «Что бы ты хотела, чтобы мы сделали для тебя?». Стоит помнить, что иногда чрезмерное проявление заботы может вызывать у пациентки чувство страха — мне что-то недоговаривают, мое положение хуже, чем говорят врачи. Кроме того, это может вызвать ощущение беспомощности, спровоцировать нежелание активного участия в борьбе за выздоровление.

У женщин, перенесших оперативное лечение (удаление опухоли или всей груди), часто встречаются отсроченные эмоциональные переживания. Пациентки, пройдя весь путь от ознакомления с диагнозом, оперативные вмешательства до последующих химио- и радиотерапии, держатся достаточно стойко, не впадая в депрессивные состояния. Но после полученного лечения, интенсивного общения с врачами, оценивая прошедшие события как завершившиеся, они неожиданно для себя начинают испытывать непонятную сильную тревогу, волнения, повышенную слезливость, неконтролируемые вспышки гнева и раздражения. Это происходит от того, что женщины, узнав о диагнозе, мобилизируют все свои силы на борьбу с болезнью, откладывая душевные переживания «на потом». И когда длительное лечение подходит к концу, эмоции, долгое время сдерживаемые, прорываются вовне. В этот момент женщине очень важно вернуться к активной жизни, а близким всячески поддерживать ее уверенность в том, что болезнь побеждена и жизнь продолжается.

Помните, даже если вам поставили диагноз рак, — это не повод опускать руки. Залог выздоровления — не пассивное ожидание излечения, а активная, совместная с врачами, борьба за свое здоровье. Ведь жизнь — это то, что происходит именно сейчас, а не когда-нибудь, когда будет подходящий момент...

Будьте певні, що здорові, але не пропустіть початок захворювання

Самообстеження молочних залоз необхідно проводити одразу після закінчення менструації жінкам репродуктивного періоду та в перших числах кожного місяця жінкам менопаузального віку. Краще самообстеження проводити під час прийняття душу, коли шкіра волога.



Мал. 1. Самообстеження під час прийняття душу.

Молочну залозу треба обережно пропальпувати по колу, включаючи до обстеження всі її ділянки та аксілярну частину (під пахвою).



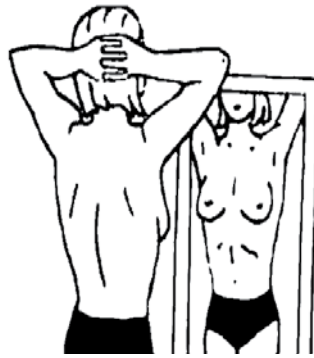
Мал. 2. Методика пальпації молочної залози під час проведення самообстеження.

Обов'язково слід оглядати сосково-ареолярний комплекс та шкіру. Треба при-



Мал. 3. Перевірка сосково-ареолярного комплексу.

тиснути двома пальцями ареолу за соском, для того, щоб переконатись, що виділень немає.



Мал. 4. Огляд молочних залоз перед дзеркалом.

Потім треба підійти до дзеркала, підняти руки за голову, повільно нахилити тулуб вперед. Зверніть увагу на форму молочних залоз, збільшення або зменшення розмірів однієї з них, наявність втягнення або виразки, зміни кольору шкіри.

Слід пам'ятати, що самообстеження молочних залоз проводять для того, щоб переконатися, що патології немає, а не для того, щоб знайти в себе пухлину! А якщо ви помітили, що щось не так — негайно зверніться до лікаря і розвіяйте всі сумніви.

Підготувала **ТИМОВСЬКА Юліанна Олександрівна**, к.м.н., науковий співробітник відділу механізмів протипухлинної терапії Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України

Анкета для визначення факторів ризику виникнення пухлин в молочних залозах

| ОЗНАКА | БАЛИ | ОЗНАКА | БАЛИ |
|--|------|---|------|
| Початок менструального циклу | | Тривалість періоду від початку менструації до перших пологів | |
| 10–12 | 2 | ≤ 5 років | 0 |
| 13–15 | 1 | 5–9 років | 1 |
| >15 | 0 | >10 | 2 |
| Вік першої вагітності, що закінчилась пологам | | Вік останнього аборт | |
| До 20 років | 0 | ≤ 35 років | 1 |
| 20–25 років | 1 | Після 35 років | 2 |
| >25 років | 2 | | |
| Чим закінчилась перша вагітність | | Прийом оральних контрацептивів більше трьох місяців | |
| Аборт | 2 | Так | 1 |
| Пологи | 0 | Ні | 0 |
| Викидень | 1 | | |
| Аборти | | Лікування безпліддя в анамнезі | |
| 0 | 0 | Так | 1 |
| 1–2 | 1 | Ні | 0 |
| >3 | 2 | | |
| Пологи | | Паління | |
| 0 | 2 | Так | 1 |
| 1–2 | 1 | Ні | 0 |
| >3 | 0 | | |
| Тривалість грудного вигодовування | | Наявність злоякісних пухлин у родичів | |
| До 1 місяця, або не було взагалі | 2 | Рак яєчників | 2 |
| 1–6 місяців | 1 | Рак матки | 1 |
| До 12–18 місяців | 0 | Рак молочної залози | 2 |
| >18 місяців | 1 | Інші (вказати які) | 1 |
| Припинення лактації | | Статеве життя | |
| Фізіологічне (природне) | 0 | Регулярне | 0 |
| Використання мед. препаратів | 1 | Нерегулярне | 1 |
| Перев'язування грудей | 1 | | |
| Вік останніх пологів | | Захворювання органів репродуктивної системи | |
| 20–35 років | 0 | Ендометріоз | 1 |
| 36–40 років | 1 | Фіброміома матки | 0 |
| Після 40 років | 2 | Полікістоз яєчників | 0 |
| | | Мастит (після пологів) | 1 |
| | | Травми мол. залози | 2 |
| | | Наявність ендокринопатій | |
| | | Цукровий діабет | 1 |
| | | Гіпотиреоз | 1 |
| | | Гіпертиреоз | 1 |

Групи ризику виникнення пухлин в молочних залозах

Від 0 до 10 балів — жінки з групи низького ризику, яким необхідно продовжувати вести здоровий спосіб життя, проводити профілактичний огляд молочних залоз у лікаря один раз на рік, після 40 років робити мамографію один раз на 1,5–2 роки.

Від 11 до 20 балів — жінки з групи середнього ризику виникнення пухлин в молочних залозах, яким рекомендований щорічний огляд молочних залоз у лікаря, з 40 до 50 років — мамографія один раз на 2 роки, після 50 років — щорічно.

Більше 21 бала — жінки з групи високого ризику — рекомендовано щорічний огляд молочних залоз у лікаря, з 30 років — УЗД молочних залоз щорічно, з 36 років до 50 років — мамографія один раз на 2 роки, з 50 років — мамографія щорічно. Бажано пройти обстеження на наявність мутацій в генах brca — 1 та brca — 2.

Онкологічна служба Києва:

| Поліклініка | Адреса поліклініки | П.І.Б. онколога | Графік прийому |
|--|------------------------------|---------------------------------|---|
| ГОЛОСІЇВСЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Яроха Наталія Олексіївна | | | |
| ЦРП | Просп. 40-річчя Жовтня, 59-А | Яроха Наталія Олексіївна | Каб. № 509. Вт. 13.00-16.00 Каб. № 316. Чт. 12.00-14.00 |
| ЦРП | Просп. 40-річчя Жовтня, 59-А | Тараненко Юлія Юріївна | Каб. № 509. Пн. 12.00-16.00 Ср., пт. 10.00-14.00 |
| П-ка № 2 | Якубовського, 6 | Карпенко Геннадій Петрович | Пн. 14.00-18.00; Ср., пт. 08.00-13.00 |
| ДАРНИЦЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Семенченко Олексій Андрійович | | | |
| ЦРП | Вербицького, 5 | Нейман Андрій Мечиславович | Каб. № 348. Пн. 17.00-19.00 Чт. 17.00-19.00 |
| ЦРП | Вербицького, 5 | Ярмолюк Леся Леонідівна | Каб. № 348. Вт. 16.00-20.00 Чт. 08.00-12.00 |
| П-ка № 1 | Харківське шосе, 121 | Семенченко Олексій Андрійович | Каб. № 514. Ср. 17.00-19.00 |
| ДЕСНЯНСЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Бабченко Ольга Юріївна, Колегов В'ячеслав Васильович | | | |
| ЦРП | Закревського, 81/1 | Колегов В'ячеслав Васильович | Каб. № 325. Пн., ср., пт. 08.00-13.00 |
| ЦРП | Закревського, 81/1 | Томич Марія Іванівна | Каб. № 325. Вт., чт. 08.00-13.00 Пн., пт. 14.00-19.00 |
| П-ка № 1 | Маяковського, 32-Б | Бобровнік Світлана Василівна | Каб. № 305. Пн.-пт. 09.00-14.00 |
| П-ка № 2 | Драйзера, 19 | Бакієв Михайло Федорович | Каб. № 513. Пн., чт. 17.00-20.00 |
| П-ка № 3 | Матеюка, 3 | Йолкіна Ірина Володимирівна | Каб. № 326. Пн. 14.00-19.00 Ср. 09.00-14.00 |
| ДНІПРОВСЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Долінський Федір Степанович | | | |
| ЦРП | Луначарського, 5 | Шикунець Юрій Анатолійович | Каб. № 413. Пн., вт. 09.00-14.00 Ср. 13.00-18.00 |
| П-ка № 1 | Запорожця, 26 | Лобанов Олександр Володимирович | Каб. № 304. Парні 08.00-13.00 Непарні 14.00-19.00 |
| П-ка № 2 | Тичини, 22 | Роднянська Валентина Сергіївна | Каб. № 309. Пн. 13.00-17.00 Ср., чт., пт. 09.00-14.00 |
| П-ка № 1 КМКЛ № 11 | Рогозівська, 6 | Пономаренко Сергій Вікторович | Каб. № 33. Парні 09.00-12.00 |
| ОБОЛОНСЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Грушинська Тамара Василівна | | | |
| ЦРП | Тимошенка, 14 | Грушинська Тамара Василівна | Каб. № 418. Чт. 16.00-18.00 |
| ЦРП | Тимошенка, 14 | Малець Мілан Степанович | Каб. № 418. Вт., пт. 17.00-19.00 |
| П-ка № 1 | Л. Гавро, 26 | Шванська Неля Леонідівна | Каб. № 311. Пн., ср., пт. 08.00-13.00 Вт. 14.00-19.00 |
| П-ка № 3 | Мінське шосе, 4 | Ревун Олександр Петрович | Каб. № 517. Пн., ср., пт. 09.00-13.00 Вт., чт. 15.00-19.00 |
| ПЕЧЕРСЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Горбатюк Тетяна Олександрівна | | | |
| ЦРП | Підвисоцького, 13 | Горбатюк Тетяна Олександрівна | Каб. № 61. Вт., чт. 14.00-19.00 |
| ЦРП | Підвисоцького, 13 | Калюта Олег Михайлович | Каб. № 61. Пн., ср. 17.00-19.00 |
| П-ка № 1 | Мазепи, 2 | Румак Галина Іванівна | Каб. № 5. Пн., ср., пт. 9.00-14.00 |

куди звертатись за консультацією та допомогою

| Поліклініка | Адреса поліклініки | П.І.Б. онколога | Графік прийому |
|--|--------------------------|------------------------------------|--|
| ПОДІЛЬСЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Любота Ірина Ігорівна | | | |
| ЦРП | Мостицька, 9 | Лобода Антон Дмитрович | Каб. № 321. Вт., пт. 17.00-19.00 |
| П-ка № 2 | Просп. Свободи, 22 | Браун Євген Мартинович | Пн., вт., ср., пт. 9.00-12.00 Чт. 14.00-17.00 |
| П-ка № 3 | Волоська, 47 | Любота Ірина Ігорівна | Каб. № 234. Чт. 14.00-17.00 |
| П-ка № 4 | Фрунзе, 107 | Любота Роман Вікторович | Каб. № 203. Пн. 15.00-19.00 |
| СВЯТОШИНСЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Кузова Лідія Віталіївна | | | |
| ЦРП | Симиренка, 10 | Сліпородська Лілія Леонідівна | Каб. № 504. Пн. 13.20-18.00 Вт.-пт. 08.00-13.00 |
| П-ка № 2 | Рикова, 2 | Сліпородська Лілія Леонідівна | Каб. № 309. Пн. 08.00-13.00 Ср. 13.20-18.00 |
| П-ка № 2 | Рикова, 2 | Нодь Володимир Федорович | Каб. № 309. Вт., чт. 16.00-19.00 |
| П-ка № 3 | Чорнобильська, 5/7 | Кузова Лідія Віталіївна | Каб. № 328. Вт., чт. 13.00-17.00 |
| П-ка № 4 | Булаховського, 26 | Лобанова Ольга Євгенівна | Каб. № 201. Пн. 15.00-16.30 |
| П-ка № 5 | Відпочинку, 11 | Кравчук Юрій Іванович | Каб. № 108. Вт., чт. 16.00-19.00 |
| СОЛОМ'ЯНСЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Гаращенко Оксана Олександрівна | | | |
| ЦРП | Солом'янська, 17 | Анікусько Федір Омелянович | Пн., ср., пт. 16.00-19.00 |
| П-ка № 1 | Гарматна, 36 | Білоконь Володимир Леонідович | Пн., вт., ср. 08.00-14.00 Чт., пт. 13.00-19.00 |
| П-ка № 1 (філія) | Комарова, 3 | Бризгалов Микола Миколайович | Пн., ср., пт. 10.00-18.00 Вт., чт. 08.00-15.00 |
| П-ка № 2 | просп. Червонозоряний, 2 | Тимовська Юліанна Олександрівна | Каб. № 30. Пт. 17.00-19.00 |
| П-ка № 3 | Єреванська, 6 | Гаращенко Оксана Олександрівна | Каб. № 301. Вт. 09.00-13.00 Чт. 13.00-18.00 |
| ШЕВЧЕНКІВСЬКИЙ РАЙОН Районний онколог: Штефура Василь Васильович | | | |
| ЦРП | Саксаганського, 100 | Бобиляк Олег Романович | Пн., ср., пт. 13.00-17.00 Вт. 09.00-13.00 |
| П-ка № 1 | Б. Хмельницького, 37 | Луганська Лариса Олександрівна | Пн., ср., пт. 15.00-19.00 |
| П-ка № 2 | Пимоненка, 10 | Штефура Василь Васильович | Пн., пт. 17.00-19.00 |
| П-ка № 3 | Ризька, 1 | Слюсаренко Олександр Олександрович | Пн., чт. 15.00-19.00 |
| П-ка № 4 | Зоологічна, 3 | Кириленко Любов Миколаївна | Пн. 15.00-18.00 Ср., пт. 10.00-15.00 |
| П-ка № 5 | Щербакова, 70 | Кучеревська Еліна Анатоліївна | Парні 11.00-19.00 Непарні 16.00-19.00 |



Київський міський клінічний онкологічний центр

Адреса: м. Київ, вул. Верховинна, 69. Як добратися:

- від метро «Святошин» автобусом № 23 або тролейбусом № 7, 7к до зупинки «Кінотеатр Екран»;
- від Експоцентру (ВДНГ) автобусом № 56 до зупинки «вул. Верховинна»;
- від станції метро «Академмістечко» їхати тролейбусом № 39, або автобусом № 56 до зупинки «вул. Верховинна»;
- від метро «Житомирська» пішки 7-10 хв.

Телефони реєстратури: 409 24 73, 450 92 64.



Компетентные ответы на тревожные вопросы

Вокруг каждой серьезной болезни витает множество разных слухов и мифов, а онкологические заболевания особенно обрастают таким ореолом. Предлагаем ответы специалистов на вопросы, которые чаще всего задают женщины. **Отвечают Д.С. ОСИНСКИЙ, к.м.н. и И.С. КОВАЛЬЧУК, хирург-маммолог.**

Существует мнение, что наследственная предрасположенность бывает к развитию онкологических заболеваний вообще, а не каких-то определенных. И рак поражает наиболее слабые места, например, молочную железу. Так ли это?

Как правило, наследственная предрасположенность бывает к образованию злокачественных опухолей определенной локализации. Безусловно, при такой наследственности повышается риск заболевания раком различной локализации.

Что касается рака молочной железы, то отягощенная наследственность (семейная предрасположенность) является одним из серьезных риск-факторов. При наличии у одного из близких родственников (мать, сестра, тетя) этого заболевания риск возникновения рака удваивается. Если у женщины более одной родственницы болеют раком, этот показатель в 3–4 раза выше по сравнению с женщиной без такого анамнеза. Хорошо известны некоторые генетические факторы риска, такие как гены BRCA1 и BRCA2, которые связаны с наследственными формами рака, развивающимися в молодом возрасте. Причем, при наличии мутаций обоих генов риск развития рака молочной железы возрастает в 5 раз, при наличии мутаций одного из генов — в 1,5–2,5 раза.



Правда ли, что прием гормональных контрацептивов снижает риск возникновения рака молочной железы?

Это весьма сомнительное утверждение. Повышенный риск развития рака молочной железы как раз связывают с длительным приемом оральных гормональных контрацептивов, а также с заместительной гормонотерапией для коррекции нежелательных последствий менопаузы. Есть научно обоснованные данные, что с повышенным риском развития рака молочной железы связан именно длительный прием (8–10 лет) гормональных контрацептивов для предотвращения первой беременности. Следует помнить, что оральные средства контрацепции необходимо подбирать индивидуально с учетом гормонального фона женщины и принимать их под наблюдением врача с проведением регулярных обследований. Если какое-то гормональное средство подошло, например, вашей подруге, то это вовсе не означает, что оно безопасно и эффективно для вас. При подборе средств контрацепции или при назначении гормональной терапии непременно сообщите врачу, если у вас имеется повышенный риск развития опухолей молочной железы.

Является ли мастит, перенесенный во время кормления грудью, фактором риска развития рака молочной железы?

Да, является, так как во время беременности и на фоне лактации возможно развитие этого заболевания. Отказ от кормления грудью также повышает риск заболевания. А в последнее время многие гинекологи считают, что и чрезмерно длительное кормление (до двух лет) является фактором риска развития рака молочной железы.

Поэтому, при появлении очаговых уплотнений в молочных железах необходимо обследоваться с помощью УЗИ, а при подозрении на рак молочной железы врач назначает пункционную биопсию с новообразования.

Дорогі наші читачі!

Редакція проекту «Запорука здоров'я» сподівається, що нове видання привернуло вашу увагу, і ви знайшли в ньому корисну і цікаву інформацію.

Чекаємо ваших побажань і запитань до фахівців за адресою: kolorit.zhizni@gmail.com

Нам дуже важлива ваша думка!



**ГАЗЕТА ПРО КОМФОРТНЕ
ТА ЗДОРОВЕ ЖИТТЯ**

Свідство про державну реєстрацію
КВ № 18246-7046Р, видане 04.10.2011 р.
Державною реєстраційною службою України

Засновник, автор ідеї
Гноєвая Наталія Геннадіївна

Видавець
ФОП Гноєвая Н.Г.
(40004, м. Суми, вул. Горького, 36, к. 35)

**Спеціальний соціальний випуск
ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я**

Видається під патронатом Головного
управління охорони здоров'я Київської міської
державної адміністрації.

Редактор
Осинський Дмитро Сергійович

Адреса редакції: 04112, а/я 35.
Тел. 095-224-82-67
e-mail: kolorit.zhizni@gmail.com

Друк: Державне видавництво «Преса України»,
03047, м. Київ-47, пр. Перемоги, 50

Дизайн, оформлення та опубліковані матеріали є об'єктом авторського права і охороняються відповідно до законодавства України. Використання будь-яких опублікованих у виданні матеріалів та їх фрагментів допускається тільки з письмової згоди редакції. Відповідальність за достовірність рекламних матеріалів несуть рекламодавці. Редакція не завжди поділяє думку авторів.

Наклад 10 000 екз. Замовлення №9

Видано за сприяння
ТОВ «Санофі-Авентіс Україна»

Розповсюджується безкоштовно