



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ФОНД
ПОДДЕРЖКИ ЗДОРОВЬЯ
ЖЕНЩИН

ПОДГОТОВЛЕНО
СОВМЕСТНО
СВЕДУЩИМИ
ОНКОЛОГАМИ

Навстречу выздоровлению

ИЛИ ВСЕ, ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ
О РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Практическое руководство
для пациентов и их близких

Москва, 2017

НАВСТРЕЧУ ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ **ИЛИ ВСЕ, ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ О РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Практическое руководство для пациентов и их близких

**Молдованова О.А., Семиглазова Т.Ю.,
Семиглазов В.В., Телетаева Г.М., Рожкова О.Д.**

БФ «Национальный Фонд Поддержки Здоровья Женщин», 2017

ОБ АВТОРАХ-СОСТАВИТЕЛЯХ

Молдованова Оксана Александровна — основатель и президент Благотворительного фонда «Национальный Фонд Поддержки Здоровья Женщин», представитель России в Европейской Коалиции по борьбе с раком молочной железы «Европа Донна».

Семиглазова Татьяна Юрьевна — д.м.н., врач высшей категории, заведующая научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, профессор кафедры онкологии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России.

Семиглазов Владислав Владимирович — д.м.н., врач высшей категории, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова», ведущий научный сотрудник ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

Телетаева Гульфия Мидхатовна — к.м.н., научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, врач отделения химиотерапии и инновационных технологий ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

Рожкова Ольга Дмитриевна — онкопсихолог, сертифицированный системный семейный психотерапевт, член Европейской Ассоциации Семейной Терапии IFTA (International Family Therapy Association), Московского Общества Семейных Консультантов и Психотерапевтов, автор курса повышения квалификации по онкопсихологии для клинических психологов.

Молдованова О.А., Семиглазова Т.Ю., Семиглазов В.В., Телетаева Т.М., Рожкова О.Д.
«Навстречу выздоровлению. Или все, что важно знать о раке молочной железы».
Практическое руководство для пациентов и их близких.

**Книга подготовлена и издана при финансовой поддержке компаний
«Металлоинвест», «ЭксонМобил Раша Инк.» и «Пфайзер Инновации».**

Рецензия руководителя Национального центра онкологии репродуктивных органов МНИОИ им. П.А.Герцена, заслуж. деятеля науки РФ, Лауреат Премии Совета Министров СССР, профессор кафедры Клинической маммологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ФПК МР РУДН, Президента Российской Ассоциации Маммологов, д.м.н. проф. Н.И.Рожковой.

Настоящее издание представляет собой популярно написанное пособие для тех, кто заболел раком молочной железы. Оно содержит главные моменты, связанные с факторами риска заболевания, с клиническими проявлениями болезни, с возможностями различных методов диагностики и их информативности, с последствиями различных видов лечения и психологической подготовкой к ним.

Цель этой книги — привлечь внимание к проблеме, не вызывая страха у пациентов. Стать другом, способным понять психологическое состояние заболевшей и помочь ей справиться с теми трудностями, которые возникают на каждом из этапов прохождения маршрута — от впервые услышанного диагноза, до участия в выборе лечебной тактики, возвращения в семью, на работу, к друзьям.

Важная роль в формировании здорового образа жизни принадлежит информационно-просветительской работе. Анализ результатов проводимых социологических исследований показал, что многие женщины обладают относительно невысоким уровнем знаний о раке молочной железы, и имеют смутные представления о его причинах и симптомах, что препятствует обращению к врачу на ранних стадиях заболевания. Поэтому настоящее руководство также будет полезным для женщин, которые ответственно относятся к своему здоровью, используя багаж современных знаний по профилактике заболеваний.

Эта книга посвящается

*Всем женщинам с диагнозом рак молочной железы и врачам-онкологам,
мужественно противостоящим болезни вместе со своими пациентами.*

*Алевтине Петуховой, отважно боровшейся за жизнь и внесшей большой
вклад в создание этой книги.*

Благотворительный фонд
«Национальный фонд поддержки здоровья женщин»
www.nwf.ru

Содержание

Посвящение

Благодарности

Предисловие

ГЛАВА 1

Биология рака молочной железы

Что такое рак или когда плохие клетки побеждают? 2

Когда система дает сбой..... 4

Откуда берется рак молочной железы? 6

Какие типы рака молочной железы бывают? 9

ГЛАВА 2

Факторы, влияющие на развитие рака молочной железы

Почему это произошло со мной? 14

Факторы риска 15

Риски, на которые влиять невозможно 16

Управляемые риски..... 20

ГЛАВА 3

Постановка диагноза

Визит к врачу..... 24

Маммография 24

Ультразвуковое исследование (УЗИ) 29

Магнитно-резонансная томография (МРТ) 30

Дуктография..... 31

Биопсия молочной железы..... 31

Исследование биоптата 35

Дополнительные исследования после постановки диагноза 36

ГЛАВА 4

Подготовка к лечению. Почему важно понимать свой диагноз?

Гистологическое заключение 40

ГЛАВА 5

Как справиться с диагнозом и идти вперед?

Как принять осознанное решение?..... 47

Где и как искать информацию	49
Эмоциональная поддержка	51
Смена психологических фаз при заболевании	52
Разговор с друзьями и близкими	54
Для родителей: помогите детям понять ваше состояние	55
Разговор с детьми о раке	55
Степень подготовленности ребенка	57
Разговор с маленьким ребенком (до 8 лет):	57
Реакции детей	58
Если у вас дочь-подросток	59
Как помочь ребенку справиться с изменениями, вызванными вашей болезнью?	60
Как распознать проблему?	61

ГЛАВА 6

Лечение. Что ожидать и как правильно себя подготовить?

Виды лечения рака молочной железы	65
Побочные эффекты лечения	65
Хирургическое лечение	66
Лучевая терапия	81
Возможные побочные эффекты при лучевой терапии	83
Химиотерапия	85
Гормональная терапия	92
Таргетная терапия	98
Сопутствующая терапия для защиты костей	99

ГЛАВА 7

Метастатический рак молочной железы

Метастатический рак – что это означает?	100
Как лечится метастатический рак молочной железы?	101
Особенности диагностики метастатического рака	104
Как организовать свою жизнь	108

Глава 8

Как помочь себе восстановиться после операции

Встаем с постели	110
Особенности послеоперационного периода	111
Боль и потребление воды	112
После операции	112

Сам себе адвокат — почему нужно быть активным пациентом?	113
Не стесняйтесь и не бойтесь задавать любые вопросы.....	114
Подготовка к выписке	115
Как пользоваться кроватью и организовать здоровый сон.....	117
Активность после выписки	119
Водные процедуры	120
Экономьте свою энергию	121

ГЛАВА 9

Профилактика лимфостаза

Что такое лимфостаз?	123
Почему возникает лимфостаз?	123
Как снизить риск развития лимфостаза.....	124
Лечение лимфостаза	127

ГЛАВА 10

Жизнь после болезни

Позаботьтесь о своем здоровье	134
Измените мышление	141
Как подобрать специальное белье и протезы.....	143
Как стать мамой после лечения.....	146

ГЛАВА 11

Истории победы

БИБЛИОГРАФИЯ.....	159
ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ	161

БЛАГОДАРНОСТИ

Сердечно благодарю своих соавторов ученых-онкологов Татьяну и Владислава Семиглазовых, Гульфию Телетаеву из НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и онкопсихолога Ольгу Рожкову за предоставленные научные материалы, живые дискуссии и размышления. Отдельно хочу поблагодарить ученых-онкологов Александра Петровского и Наталью Кочергину из РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Надежду Рожкову из МНИОИ им. П.А.Герцена за важные комментарии и интересные беседы, расширившие мое понимание проблемы рака. Благодарю за помощь в подготовке этой книги врача-онколога Владимира Хвостового, онкопсихолога Ольгу Алпееву, Раису Полковникову из Инновационного Центра Маммологии и Автандила Чоговадзе из Репробанка. А также Елену Голышевскую, Ирину Боровову, Ирину Иванову и Светлану, открыто поделившихся своим опытом преодоления болезни. Это глубоко личные и вдохновляющие истории. Отдельные слова благодарности Алевтине Петуховой. К большому сожалению, Али уже нет с нами. У нее был неблагоприятный прогноз и тяжелое лечение. Но все это не помешало ей с головой окунуться в подготовку этой книги, редактировать тексты, переводить, делиться собственным опытом и давать дельные советы. Именно благодаря Але некоторые темы, волнующие многих пациентов, впервые в российской практике были раскрыты достаточно глубоко и подробно.

Огромное спасибо нашим друзьям и благотворителям из компаний «Металлоинвест», «ЭксонМобил Раша Инк.» и «Пфайзер Инновации», благодаря их поддержке и гражданской позиции эта книга увидела свет.

Предисловие

Дорогие друзья,

Эта книга написана для вас. Возможно, вы только узнали о своем диагнозе или уже проходите лечение. На каком бы этапе болезни вы не находились, вам потребуется помощь и поддержка. Объективная и проверенная информация. Мудрый и взвешенный совет. Мы искренне надеемся, что эта книга станет для вас добрым другом и проводником на пути к выздоровлению.

Многие десятилетия лечение рака молочной железы заключалось в радикальной мастэктомии (полном удалении молочной железы). И это было одним из главных женских страхов, связанным с заболеванием. За это время многое изменилось. Сегодня, благодаря возможностям современной медицины, это заболевание успешно лечится и диагностируется на ранних стадиях. Самое главное — у вас есть возможность выбора лечения.

Диагноз «рак» способен повергнуть в шок любого человека. Понадобится время, чтобы успокоиться, осознать, что жизнь продолжается, собраться и взять под контроль свое состояние. Кем бы вы ни были: взрослой и мудрой женщиной или юной, только начинающей жить девушкой, мы уверены, что вы найдёте в себе силы во всем разобраться и идти вперед. Вам предстоит узнать много нового, научиться не паниковать перед диагнозом «рак» и сотрудничать с врачом. Одним словом — занять активную позицию в борьбе за собственную жизнь.

Совместно с вашим врачом-онкологом вы выберете определенную тактику лечения и будете ей следовать. Чтобы лучшего понимать своего врача, вам предстоит научиться разговаривать с ним на одном языке. В этом вам поможет эта книга. Когда у вас есть ясное понимание, что ожидать во время и после лечения, как предупредить неприятные последствия лечения, как рассказать мужу и детям о вашей болезни, как жить с метастатическим раком, вам будет легче избавиться от многих страхов и тревог. Тем самым вы усиливаете свой иммунитет, высвобождая больше внутренних резервов для выздоровления. Поверьте, эти резервы неисчерпаемы. Главное — ваша вера в себя и позитивный настрой.

Эта не совсем обычная книга. Она написана совместно с известными врачами-онкологами и пациентами. Долгое время считалось, что лечение рака — это территория врача и чем меньше пациент задает вопросов, тем лучше для него самого. Сегодня доказано, что это не так. Сотрудничество врача и пациента — залог успешного лечения. Мы расскажем о сложных вещах простыми словами, чтобы вам было легче во всем разобраться, и вместе со своим врачом победить болезнь.

*С уважением,
Оксана Молдованова
президент БФ «Национальный Фонд Поддержки Здоровья Женщин»*

ГЛАВА 1

Биология рака молочной железы

Дорогой читатель, если вы держите в руках эту книгу, то, наверняка, столкнулись с онкологическим диагнозом, либо ищете информацию для ваших близких. В вашей душе смятение, а в голове — очень много вопросов о предстоящем лечении, обследованиях, прогнозах. Поэтому, не пропускайте эту главу, она поможет разобраться, что такое «рак» с научной точки зрения, и вам будет проще ориентироваться в собственном лечении (или лечении близкого человека), развеять ненужные мифы и избавиться от страха перед неизвестностью на пути к Борьбе за Собственную Жизнь.

Что такое рак или когда плохие клетки побеждают?

Каждую минуту в нашем организме образуются миллионы новых клеток. Они растут, делятся и умирают, и делают все это в строго установленном порядке, не занимая при этом чужую территорию. Например, клетки из млечных протоков не перемещаются в легкие, чтобы закрепиться там и начать размножаться. Таким образом, здоровые клетки — это те, которые четко следуют установленным законам. У маленького ребенка они делятся стремительно, способствуя его быстрому росту и развитию. Когда человек взрослеет, процесс деления и роста замедляется, нормальные клетки размножаются только для замены изношенных и восстановления поврежденных. Процесс размножения клеток называется клеточным делением или митозом. Обычно, клетки воспроизводятся, только если им подадут сигнал или разрешают делиться соседние клетки. Именно благодаря этой высокоинтеллектуальной системе части нашего тела сохраняют свой размер и форму на протяжении жизни.

Если же скорость деления нарушается, из быстрорастущего количества клеток возникает опухоль. В том случае, когда клетки не проросли в окружающие ткани, опухоль называют доброкачественной. Между собой врачи называют ее «добро». Такие опухоли могут вызывать проблемы в будущем — они могут вырасти достаточно большими и давить на здоровые органы или ткани. Но они не могут распространяться на другие части тела или ткани организма. Поэтому, доброкачественные опухоли, как правило, не опасны для жизни.



ВАЖНО ЗНАТЬ:

Если обнаружено «добро»:

- Подавляющее число образований, возникающих в молочной железе, носят доброкачественный характер, т.е. не являются раком или другими редкими злокачественными опухолями. Несмотря на это, при любом подозрении на опухоль, важно взять образец ткани и проверить, не является ли опухоль злокачественной.

Чаще всего доброкачественные образования в молочной железе вызваны фиброаденомами или кистами. Именно они могут вызывать набухание, боль и другие неприятные ощущения, которые женщины обычно испытывают перед началом менструального цикла. Иногда можно даже заметить прозрачные или слегка мутноватые выделения из соска.

- Несмотря на то, что фиброаденомы и внутрипротоковые папилломы относятся к «доброу», они также склонны к избыточному разрастанию. Но при этом они не являются злокачественными, и не распространяются за пределы молочной железы. Главное — они не опасны для жизни. Однако женщинам, входящим в группу высокого риска развития рака молочной железы, крайне важно контролировать определенные доброкачественные образования.

Если же клетки вторгаются в соседние ткани или другие части тела, такую опухоль называют злокачественной или «зло». Из-за способности распространяться в другие части тела древнегреческий врач Гиппократ назвал такой аномальный клеточный рост «карцинос» (от греч. — «краб»). Так появилось современное название заболевания «рак».



ВАЖНО ЗНАТЬ:

Когда рак из одного органа распространяется в другой, он получает название в соответствии с той частью тела, где возник. Например, если рак молочной железы распространился в легкие, то это по-прежнему рак молочной железы, а не рак легкого.

Сегодня принято считать, что раковые клетки происходят из обычной клетки, в которой на каком-то этапе (за несколько лет до обнаружения опухоли) запустилась программа неправильного размножения. Несмотря на то, что наш организм обладает умной системой контроля качества, которая в нужный момент включает для отработавших свое клеток программу самоуничтожения, раковой клетке порой удается остаться незамеченной иммунной системой и начать свое «темное» дело — бесконтрольный рост и захват чужих территорий. Таким образом, раковые клетки (назовем их «плохими») не подчиняются законам, по которым живут здоровые клетки. Они не умирают после определенного числа делений и игнорируют сигналы от здоровых клеток, призывающих их прекратить размножение. Одновременно с этим, они подавляют окружающие здоровые клетки, вызывают местное воспаление, создавая тем самым благодатную почву для своего дальнейшего роста и распространения. Более того, они воздействуют на соседние кровеносные сосуды, побуждая их разрастаться и обеспечивать кислородом и питательными веществами зародившуюся опухоль. Почему обычные с виду клетки неожиданно становятся «плохими», и что заставляет их неожиданно увеличивать скорость деления?

Когда система дает сбой

Ученые считают, что дело в нарушение системы контроля. Большинство клеток имеют клеточное ядро. Это своего рода центр управления. В нем находятся хромосомы с цепочками ДНК. Система работает следующим образом. Сначала клетки увеличиваются в размерах и вырабатывают новые белки, а затем создают две точные копии клеточных хромосом (нитей ДНК, в которых содержится цепочка генов — своего рода инструкция по созданию человека). Хромосомы, в свою очередь, выстраиваются в линию и делятся. В результате создаются новые клетки, точные копии клеток-предшественниц. Точность выполнения всех этих этапов контролируют клеточные гены. Десятки тысяч пар генов содержатся в каждой клетке нашего организма. Они определяют не только наш цвет глаз или группу крови, но и жизненный цикл наших клеток — от деления до смерти.

Многие клетки, в том числе клетки молочной железы, имеют рецепторы. Это особые участки на поверхности клетки, отвечающие за присоединение и передачу инструкции от гормонов и факторов роста в центр управления клеткой. Процесс этот можно сравнить с вхождением ключа в замочную скважину. Оказавшись в клеточном ядре, сигнал запускает действие определенных генов, ответственных за выполнение присланной инструкции: начать процесс роста, остановить рост, исправить нарушение или же самоуничтожиться. Сбои в этих генах (такие ошибки называют мутациями) могут вызывать отправку неверных сигналов и приводить к излишнему объему или типу создаваемых белков, тем самым стимулируя развитие опухоли (рис.1).

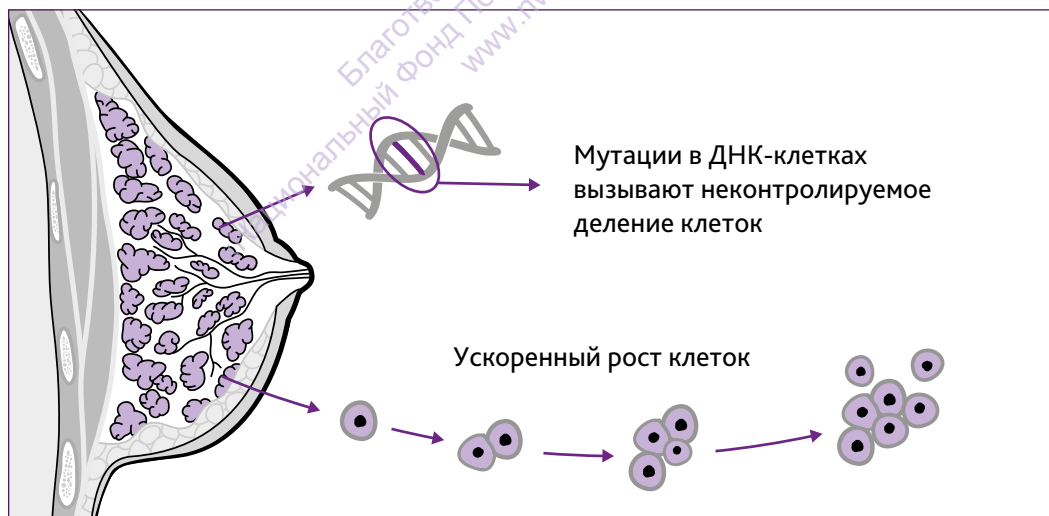


Рис.1. Развитие мутаций в клетках ДНК.

Большинство раковых клеток имеют мутации как минимум в одном из трех типов генов. Одними из таких генов являются *протоонкогены*. Именно они в нормальных клетках соз-

дают белки, передающие команды роста от рецепторов к клеточному ядру. Если же эти гены повреждены, они могут стимулировать производство слишком большого числа белков или белков неправильного типа, что ведет к нарушению клеточного роста. Передача сообщения от рецептора к ядру клетки называется «путь». Когда факторы роста присоединяются к рецепторам клетки, происходит передача сигнала роста. В раковых клетках передача этого сигнала продолжается даже после того, когда приходит время «отключиться». Во многих типах рака молочной железы *протоонкогены* с ошибками (дают клетке команду расти, когда им следует отключиться) контролируют поведение рецепторов факторов роста. Кстати, последние исследования показали, что смена питания и образа жизни при раке молочной железы сравнительно быстро влияют на изменения в химическом составе всего организма, так как иногда рак связан с проблемными белками, отвечающими за перенос сигналов роста через межклеточную жидкость.

Второй тип генов, нарушения в которых способны привести к раку, это *супрессорные гены*. В обычных клетках они кодируют последовательность белков, ограничивающих клеточный рост. Если клетка растет бесконтрольно, эти гены создают белки, посылающие ядру соответствующие сигналы (прекратить рост). В то время как мутации в генах-супрессорах *BRCA-1* и *BRCA-2* (связаны с наследственным раком молочной железы и считаются ответственными за 5–10% всех случаев заболевания), приводят к трансформации нормальных клеток в «плохие».

Третий тип генов отвечает за контроль копирования и исправление повреждений в ДНК. Одним из наиболее распространенных «испорченных» генов при раке молочной железы является ген *p53*. Он повреждается примерно в половине случаев семейного рака молочной железы. Белок, который он кодирует, называют «хранителем генома».¹ Он посылает клеткам сигнал — исправлять мутации и предотвращать копирование поврежденной ДНК. Когда же необходимо, отдает клеткам приказ о самоуничтожении (*апоптоз*). Но если ген *p53* сам поврежден, он дает возможность мутировавшим клеткам выживать и делиться, в результате чего такие клетки размножаются и накапливают ошибки.

Первопричины поломок в генах установить сложно. Некоторые люди могут наследовать такие гены. Иногда такие поломки могут быть вызваны внешними причинами, некоторые из которых ученым уже удалось выяснить. Эпидемиологическое исследование рака легких, произведенное профессором Р. Доллом в 1950-х годах, стало одним из самых важных достижений в понимании рака. Результаты исследования показали четкую связь между раком легких и курением табака. Сегодня ученые смогли найти объяснение и другим видам рака. Так, одна из разновидностей злокачественной опухоли плевры — *мезотелиома* — возникает в результате воздействия асбестовой пыли. Рак кожи (*меланома*) возникает из-за ультрафиолетового излучения или отравления мышьяком. Рак шейки матки вызывается вирусом папилломы человека. Однако большинство поломок в генах ДНК вызвано сбоями в программе размножения.

1. Oliff, Alien, Gibbs, Jackson, B. and McCormick, Frank, 1996 New Molecular Targets for Cancer Therapy. Scientific American, Special Issue, What you need to know about Cancer, September, 275,3, 144-149.

Откуда берется рак молочной железы?

Раком молочной железы называется злокачественная опухоль, которая развивается из клеток *эпителия* молочной железы. Заболевание это, главным образом, распространено среди женщин, но в редких случаях возникает и у мужчин. У мужчин частота рака молочной железы составляет около 1% всех злокачественных заболеваний. По уровню заболеваемости рак молочной железы (РМЖ) сегодня занимает ведущее место среди злокачественных новообразований у женщин, как в России, так и в наиболее развитых странах Европы и Северной Америки. По оценкам экспертов ВОЗ в мире ежегодно выявляется около 1 миллиона 300 тысяч новых случаев заболевания. Из них на Россию приходится более 60 000 новых случаев.²

Прежде чем говорить о причинах развития и особенностях проявления этой опухоли, необходимо разобраться, как устроена молочная железа и как она функционирует (рис.2).



Рис. 2. Строение молочной железы.

Ткань молочной железы представляет собой железы, собранные в мелкие дольки, из которых формируются крупные доли, размеры которых достигают 5–6 см в длину и 3–4 см в ширину. Их число в железе составляет от 6–8 до 20–24 долей. Именно дольки отвечают за образование молока. Каждая долька имеет выводной молочный проток, через который молоко из дольки попадает в сосок. Ткань молочной железы, окружающая дольки и протоки, заключена в своего рода футляр, в котором находится клетчатка, состоящая из рыхлой соединительной и жировой ткани, обеспечивающей эластичность железы. Чаще всего рак мо-

2. Злокачественные новообразования в России в 2015 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой — М. МНИ-ОИ им П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 250 с., 2016.

лочной железы развивается в тканях, выстилающих молочные протоки (протоковый рак), а также в тканях долек молочной железы, соответственно, его называют дольковый рак. Кроме того, молочную железу пронизывают кровеносные и лимфатические сосуды.

Лимфатические сосуды и лимфоузлы входят в лимфатическую систему. Лимфоузлы — это небольшие округлые бобовидные образования, состоящие из иммунных клеток. В организме они выполняют функцию мощного биологического фильтра для инфекций. Лимфоузлы соединены с лимфатическими сосудами, которые похожи на вены, но вместо крови по ним движется лимфа — прозрачная бесцветная жидкость, состоящая из лимфоцитов и макрофагов. Это спецназ иммунной системы, защищающий наш организм от проникновения захватчиков в виде вредных микроорганизмов. Раковые клетки способны проникать (инвазировать) в лимфатические сосуды и по ним попадать в лимфатические узлы, где они оседают и начинают расти, а потом распространяются дальше по всему организму. Таким образом, лимфатическая система играет ключевую роль в развитии рака, выступая своего рода лифтом для «плохих» клеток. Знание особенностей строения этой системы, а, следовательно, и закономерностей распространения опухолевых клеток через лимфу (лимфогенное метастазирование), имеет решающее значение в оценке степени распространения опухоли, что отражается на выборе метода лечения.

Большинство лимфатических сосудов в молочной железе соединяются с лимфоузлами в подмышечной области (в норме по этому пути оттекает около 97 % лимфы), и потому они получили название подмышечные лимфатические узлы. Также отток лимфы проходит в районе ключицы (надключичные и подключичные лимфоузлы), за грудиной (внутренние грудные лимфатические узлы), между ребрами и в других зонах молочной железы. (Рис.3)

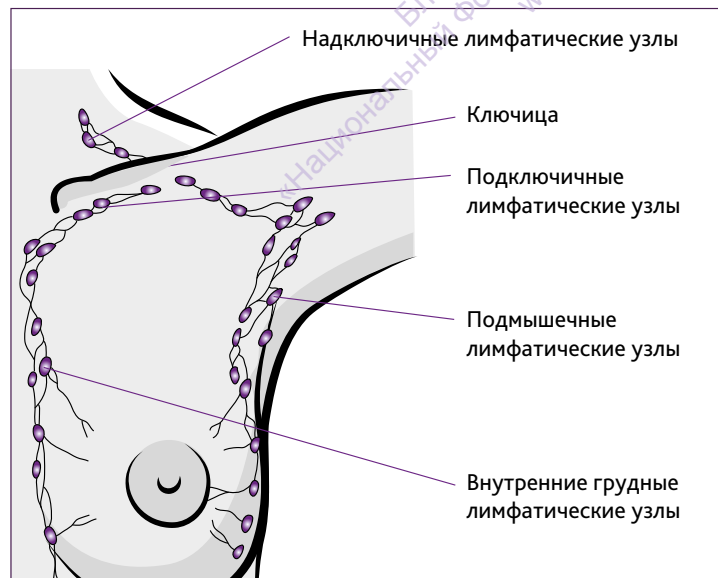


Рис. 3. Расположение лимфатических узлов в молочной железе.

На ранних стадиях болезни проверить проникновение раковых клеток в лимфоузлы можно лишь удалив тот лимфоузел в подмышечной области, который первым принял на себя атаку метастазов (его называют *сторожевой лимфоузел*), и изучив его в лаборатории. Последующий рост опухоли вызывает значительное увеличение лимфоузлов. Порой они увеличиваются настолько, что врач может обнаружить их при обычном (физикальном) осмотре. Поэтому очень важно, как можно раньше установить наличие раковых клеток в подмышечных лимфоузлах. Обилие лимфатических сосудов и разнообразие путей возможного оттока лимфы являются факторами, способствующими весьма частому и порой раннему метастатическому распространению рака молочной железы.



ВАЖНО ЗНАТЬ:

«Эстрогенная» гипотеза возникновения рака молочной железы

В течение многих лет причину развития рака молочной железы связывают исключительно с избыточным производством эстрогенов или некоторых их составляющих. Эксперименты на моделях грызунов показали, что введение химических канцерогенов кастрированным животным приводит к развитию опухолей молочной железы только при условии одновременного введения эстрогенов.

Многочисленные эпидемиологические исследования также свидетельствуют о причастности яичников к развитию рака молочной железы. Так, уже давно доказано, что данное заболевание чаще развивается у небеременевших, нерожавших или мало рожавших женщин. Риск заболевания в три с половиной раза выше у женщин, рожавших впервые после 30 лет, по сравнению с рожавшими в 18 лет. Риск увеличивается у женщин с ранним началом менструаций (до 12 лет) и поздним их окончанием (после 50 лет). И наоборот, риск заболевания явно уменьшается при наступлении ранней искусственной менопаузы, т.е. при раннем «выключении» функции яичников.

В пользу «эстрогенной» гипотезы можно добавить случаи уменьшения не только первичной опухоли, но и метастазов после удаления яичников (овариэктомия), при назначении антиэстрогенов или других воздействиях, подавляющих продукцию собственных эстрогенов организма. Однако сейчас известно, что для возникновения и роста карциномы молочной железы вовсе не обязательна избыточная продукция эстрогенов в организме. Необходимо лишь их присутствие в организме в обычной физиологической норме, присущей соответствующему возрасту. Расчёт темпа роста опухоли по времени удвоения её объёма свидетельствует о том, что от появления опухоли до клинического её проявления может проходить от 2 до 18 лет (в среднем 8 лет). Если учесть, что наибольшая частота заболеваний приходится на шестую и седьмую декады жизни, становится очевидным, что само возникновение опухоли и её последующий рост чаще всего приходится на период относительно низкой секреции классических эстрогенов.

Какие типы рака молочной железы бывают?

Важно понимать, что рак молочной железы — это очень общее понятие. Существует множество его разновидностей (свыше 200 типов). Причем, некоторые из них встречаются крайне редко. Из чего следует, что «портрет» вашей опухоли, а у каждой из них свое «лицо» с индивидуальным набором признаков, может сильно отличаться от диагноза вашей знакомой или соседок по палате. Поэтому не имеет смысла сравнивать ваши диагнозы и примерять на себя прогнозы другого пациента, ведь лечение все равно будет у каждого свое, и об этом нужно всегда помнить.

В некоторых случаях опухоль может иметь комбинацию различных видов или же сочетание инвазивного и неинвазивного рака (его называют рак *in situ*). Различные типы злокачественных опухолей молочной железы развиваются по-разному. По результатам обследования, особенностям развития и видам терапии разные типы опухолей объединяются врачами в группы. Некоторые опухоли растут очень медленно и распространяются в другие органы (метастазируют) только после того, как достигнут значительной величины. Другие опухоли более агрессивны, они растут и распространяются очень быстро. Причем, один и тот же тип злокачественной опухоли может развиваться по-разному у разных женщин. Только врач, обследовавший женщину и глубоко изучивший ее историю болезни (анамнез), может судить о специфических особенностях рака молочной железы у данной женщины. Для того, чтобы понимать, что говорит врач и общаться с ним на одном языке, важно знать основные термины, которые будут использованы для описания опухоли, которая у вас обнаружена. Именно от типа опухоли будет зависеть прогноз и варианты лечения.

Итак, большинство раков молочной железы являются карциномами. Этот тип рака развивается в клетках ткани, выстилающей протоки и дольки молочной железы (где образуется молоко). Самой распространенной формой карциномы является аденокарцинома. Это рак железистой ткани молочной железы. Когда опухоль начинает расти из протоков молочных желез, такой рак называют протоковой аденокарциномой. Когда же опухоль развивается из долькового эпителия, она получает название дольковая аденокарцинома. В этом случае в вашей карте может появиться запись — лобулярная аденокарцинома (от лат. lobula — долька). Обе эти формы могут быть как инфильтрирующими (когда опухоль прорастает глубже в ткань и уже может метастазировать), так и неинфильтрирующими (в этом случае опухоль не распространяется глубже базальной мембраны эпителия, а растет в просвет, например, протока).

Pak in situ

Термин «рак *in situ*» (дословно означает «рак на месте») используется для обозначения ранней формы опухоли, которая еще не распространилась за свои пределы. В этом случае раковые клетки ограничены только той частью молочной железы, где они непосредственно начали развиваться (протоком или долькой), они не вторглись в соединительную ткань и, соответственно, не распространились в другие органы. В связи с тем, что при раке *in situ* раковые клетки не вторгаются в другие ткани молочной железы, его часто называют *неин-*

вазивным или *внутрипротоковым раком*. Этот рак излечим практически в 100% случаев. В странах, где проводится национальный массовый скрининг рака молочной железы (маммографическое обследование здоровых женщин старше 40 лет с периодичностью один раз в два-три года) карцинома *in situ* составляет более 20 % среди всех злокачественных опухолей молочной железы.

Протоковая карцинома *in situ* (DCIS)

Самый распространенный вид *неинвазивного* рака молочной железы. Она может развиваться до или после менопаузы. Протоковая карцинома *in situ* возникает в стенке млечного протока, но не распространяется за ее пределы (рис.4).

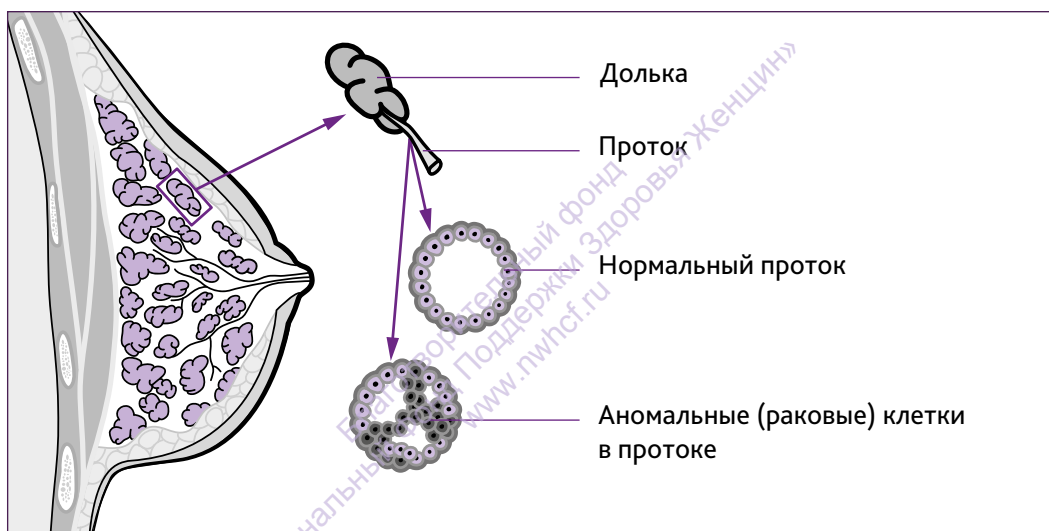


Рис.4. Протоковая карцинома *in situ*.

Однако, в некоторых случаях, как упоминалось выше, протоковая карцинома *in situ* может соседствовать с инвазивным раком. При этом, ее размер может колебаться от небольшой опухоли до совсем крошечного пятнышка, образовавшегося из раковых клеток на стенке протока (микроинвазивный рак). Риск, что протоковая карцинома содержит и инвазивный рак выше, если размер карциномы достаточно большой или клетки карциномы являются низкодифференцированными, т.е. выглядят под микроскопом как аномальные. Данный вид карциномы обычно классифицируется по типу и размеру опухоли, а также по степени изменений в клетках, что позволяет максимально точно подобрать необходимое лечение и предсказать риск развития рецидива в будущем. Если удалена только протоковая карцинома *in situ*, то у 25-35% женщин развивается инвазивный рак, обычно в той же самой молочной железе. Существует несколько типов протоковой карциномы *in situ*, но основное различие между ними заключается в наличии процесса разрушения ткани (*некроза*).

В связи с тем, что протоковая карцинома продолжает расти и со временем превращается в инвазивный рак, очень важны ранняя диагностика и лечение. Большинство женщин с этим диагнозом подлежат полному излечению. Протоковая карцинома *in situ* часто обнаруживается на маммографии (рентгенологическое исследование молочной железы), прежде, чем достигает достаточно большой величины и становится доступной для того, чтобы ее можно было нащупать (пропальпировать). Рентгенологическими проявлениями этого типа рака являются микрокальцинаты (микроскопические отложения кальция в тканях молочной железы), которые хорошо видны на маммографических снимках.

Дольковая карцинома *in situ* (LCIS)

Дольковая карцинома *in situ* возникает в ткани долек молочной железы. Обычно развивается перед менопаузой. Пик выявления приходится на 45 лет. Этот тип злокачественной опухоли встречается значительно реже, чем протоковая карцинома *in situ*. Его также называют лобулярная неоплазия и вместе с протоковой карциномой *in situ* относят к неинвазивному раку молочной железы. Однако, в отличие от протоковой карциномы, он чаще переходит в инвазивный рак, если не начато лечение. Именно поэтому этот тип опухоли не рассматривается как истинный рак (чаще его называют — «предрак»). Важно знать, что женщины с таким диагнозом имеют более высокий риск развития инвазивного рака в другой молочной железе. Ряд исследований указывает на то, что у женщин с диагностированной лобулярной карциномой *in situ* частота возникновения рака молочной железы выше в два с половиной раза. У 25-30% женщин с такой опухолью со временем (иногда через 40 лет) развивается инвазивный рак в той же самой, в другой или в обеих молочных железах.³ В дополнение к маммографии женщинам с дольковой карциномой *in situ* требуется периодически проходить магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Инвазивная карцинома

Мы уже говорили о том, что инвазивные злокачественные опухоли молочной железы могут вторгаться в другие ткани и разрушать их. Они бывают локальными (ограничиваются только молочной железой) или дают метастазы в другие органы. Около 80% инвазивных злокачественных опухолей молочной железы изначально были протоковыми *in situ* и около 10% — дольковыми *in situ*.

Инвазивный рак неспецифического типа (NST)

В 70–80% случаев рак молочной железы, который зарождается в клетках, выстилающих млечные протоки, а затем прорастает в соединительные ткани, не имеет признаков специфичности и описывается как инвазивный рак неспецифического типа. Среди таких карцином существует несколько разновидностей, которые имеют более позитивный прогноз (аденокистозная карцинома, низкоккачественная аденоквадрозная карцинома, медуляр-

3. Ruth O'Regan, Sheryl G.A., Gabram-Mendola, Terri Ades, Rick Altery, Joan L.Kramer, Kimberly A., Stupm-Sutliff. Breast Cancer Journey. Third edition, 2013 American Cancer Society: 556, 9-15.

ная карцинома, мукоидная карцинома, папиллярная карцинома, тубулярная карцинома). Более негативный прогноз могут иметь метапластическая карцинома (большинство типов, включая веретенообразные клетки и плоскоклеточный рак), микропапиллярная карцинома и смешанная карцинома (имеет признаки двух карцином — протоковой и дольковой).

Инфильтративная дольковая карцинома

Начинается в ткани, выстилающей дольки молочных желез. Так же, как и инфильтративная протоковая карцинома, имеет высокий риск распространения по всему телу. Среди всех инвазивных раков молочной железы составляет около 10-15% . Большинство пациенток с таким диагнозом сталкиваются с выраженными симптомами заболевания (уплотнения и т.п.). Этот вид опухоли сложнее диагностировать во время маммографического исследования, чем инфильтративную протоковую карциному.

Воспалительная карцинома

Воспалительная форма рака молочной железы (воспалительная карцинома) — это очень редкая и крайне агрессивная форма опухоли. На нее приходится 1–3 % всех случаев заболевания. Чаще поражает кожу молочной железы (вторичное поражение), которая выглядит покрасневшей и воспаленной, как при обычном мастите. Изменена может быть вся поверхность груди. Кожа при этом выглядит уплотненной и неровной, внешне это напоминает эффект «апельсиновой корки». Иногда на коже развиваются неровности и небольшие бугорки как при крапивнице. Несмотря на то, что этот тип рака называется «воспалительный», изменения на коже не связаны с воспалением или инфекцией. Кожа становится покрасневшей и «воспаленной», потому что раковые клетки блокируют работу лимфатических сосудов в молочной железе (первичное поражение). Воспалительная форма карциномы агрессивна и склонна к стремительному росту. Прогнозы на ее излечение значительно хуже, чем при других видах раках. Этот тип рака часто требует интенсивного лечения, включающего комбинацию химиотерапии, радиотерапии и хирургического лечения. Чаще встречается у молодых женщин.

Болезнь Педжета (рак соска молочной железы)

Этот тип рака молочной железы формируется в сосках и распространяется на кожу сосков и их ареол. Очень редкое заболевание. Занимает около 1 % от всех видов рака молочной железы. Кожа вокруг соска и ареола часто выглядит загрубевшей, шелушащейся, покрасневшей. Могут наблюдаться выделения, в т.ч. кровянистые. Женщина может ощущать зуд или жжение. Болезнь Педжета может сопутствовать карцинома in situ или инфильтративная карцинома молочной железы. Если опухоль в молочной железе не ощущается, а биопсия показывает наличие протоковой карциномы in situ, но не инвазивный рак, прогноз для пациентки самый лучший. Если же обнаружен инвазивный рак, прогноз ухудшается. Этот вид рака требует такого же лечения, как и другие инвазивные опухоли.

Лимфома

Так называется злокачественная опухоль, которая поражает лимфатическую систему. Большинство лимфом поражают костный мозг и лимфатические узлы, но в редких случаях лимфома может развиваться и в молочной железе. Чаще всего она выглядит как одиночная опухоль и только на биопсии можно определить, что это лимфома. Лимфомы молочной железы имеют разные прогнозы и лечатся иначе, чем карциномы молочной железы.

Саркома

Саркомы — это опухоли, которые развиваются из соединительной ткани, включая жировую и кровеносные сосуды. В молочной железе саркомы развиваются крайне редко (как правило, это ангиосаркомы). Ангиосаркома развивается из клеток, выстилающих кровеносные или лимфатические сосуды. Редко, но иногда это случается, может развиваться как осложнение после ранее проведенной лучевой терапии. Важно отметить, что это крайне редкое осложнение. Оно может развиваться приблизительно через 5–10 лет после проведенной лучевой терапии. Ангиосаркома также может развиваться в области руки у женщин с лимфостазом, вызванным операцией или лучевой терапией, спустя годы после лечения рака молочной железы. Эта опухоль склонна к быстрому росту и распространяется очень быстро. В целом лечится также, как и другие саркомы.

Филлоидная (листовидная) опухоль

Достаточно редко встречающийся тип опухоли. Формируется в соединительной ткани молочной железы (в отличие от карцином). Филлоидные опухоли обычно бывают доброкачественными, но иногда могут иметь и злокачественный характер. Доброкачественные опухоли лечатся путем удаления образования и края здоровой ткани молочной железы. Злокачественный вариант филлоидной опухоли также лечится хирургическим путем. Если размер опухоли большой, то может быть удалена вся молочная железа (такая операция называется мастэктомия). Эти опухоли не чувствительны к химиотерапии и гормонотерапии, которыми лечат большинство случаев рака молочной железы. В терапии используют иные режимы лекарственного лечения. Они также достаточно часто слабо реагируют на лучевую терапию.

ГЛАВА 2

Факторы, влияющие на развитие рака молочной железы

Почему это произошло со мной?

Скорее всего, именно этот вопрос вы задали себе, когда узнали, что диагноз подтвердился. Современная медицина пока не может дать вам точный ответ. Поэтому, вы начинаете искать свое объяснение случившемуся. Кто-то верит, что рак — это наказание за проступки, совершенные в прошлом. Другие пытаются искать причину, вызвавшую рак. Третьи уверены, что могли бы избежать болезни, если бы предпринимали какие-то особые меры профилактики. Такая реакция вполне предсказуема, увы, но подобные мысли лишь мешают выздоровлению.

Существуют объективные факторы риска, способствующие развитию рака молочной железы у женщин. Некоторые из них сегодня достаточно хорошо изучены. Однако причина большинства раков молочной железы остается не известной. Мы считаем, что о факторах риска необходимо знать для того, чтобы перестать винить себя и взять под контроль то, на что вы действительно можете повлиять.

Заглянем в историю. Первые описания рака молочной железы были найдены в Египте и датируются 1 600 годом до н.э. Однако последние тысячелетия едва ли коренным образом изменились причины его возникновения. Возможно, они были всегда и вряд ли трансформировались. С чем же связан столь стремительный рост частоты этого заболевания в последние десятилетия? Следует предположить, что появились условия, благоприятствующие развитию рака молочной железы. Возьмем временной фактор. Известно, например, что половина участвовавших случаев рака связана со старением населения. Чем выше в популяции средняя продолжительность жизни, тем чаще возникают злокачественные опухоли. В подавляющем большинстве случаев злокачественные опухоли выявляются после 50 лет (77%). С течением времени явно изменился и «внешний фон», многие элементы которого причастны к развитию рака (особенности питания, подверженность радиации, воздействие других физических или химических канцерогенов и т.д.). Претерпели явные изменения и социальные условия. В частности, особенности формирования семьи, возраст вступления в брак, возраст первой беременности и родов, число детей, особенности половой жизни, кормление ребёнка грудью. Изменились также и так называемые конституциональные признаки: нарастают рост и масса тела женщин, отмечаются более раннее начало менструаций и более позднее их окончание (менопауза). В результате, за последние десятилетия общая длительность репродуктивного периода увеличилась со средних сроков в 20 лет в XIX в. почти до 40 лет (т.е. в два раза) с соответствующим увеличением продолжительности эстрогенных воздействий гормонов яичников на ткани молочной железы. При этом произошло сокращение среднего числа родов в пять-шесть раз.⁴

4. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.

Сегодня рак молочной железы является самым распространенным онкологическим заболеванием среди женщин. Каждая восьмая женщина рискует заболеть раком груди в течение жизни. Среди ваших знакомых наверняка есть те, кто уже столкнулись с этим диагнозом. В структуре онкологической заболеваемости женского населения России рак молочной железы занимал первое место в возрастной группе 40–85 лет и второе — в возрастной группе 15–39 лет (после рака шейки матки). Всего в России ежегодно диагностируется более 60 000 новых случаев заболевания, а на учете в онкологических учреждениях стоит более 545 000 женщин.⁵ Это данные официальной статистики. Эксперты же считают, что реальный уровень заболеваемости существенно выше, прежде всего, из-за того, что обследования регулярно проходят лишь 30% россиянок.

Несмотря на высокий средний возраст больных РМЖ (за 55 лет), есть основания предположить, что большинство из них подвергаются канцерогенным воздействиям гораздо раньше, где-то в возрасте от 15 до 35 лет. Расчёты, проведённые в Институте онкологии им. Н.Н. Петрова, показывают, что, в зависимости от темпа роста, проходит от 2 до 18 лет, прежде чем опухоль достигает определяемых современными методами размеров (около 5 мм).⁶

Факторы риска

Важно знать, что разные виды рака имеют свои факторы риска. Например, длительное нахождение под прямыми солнечными лучами (ультрафиолетовые лучи) без использования защитных средств является фактором риска для развития рака кожи. Курение способствует развитию рака легких и других видов рака. При этом надо понимать, что наличие факторов риска совсем не означает, что человек заболеет раком. Так, женщины, имеющие несколько факторов риска, могут никогда не заболеть раком молочной железы. И наоборот, многие из заболевших имели идеальную историю, полностью исключая опасные факторы. Даже если вы имеете четко определенные факторы риска, трудно сказать наверняка, что ваш рак вызвали именно они.

Для вашей информированности ниже мы даем подробное описание основных факторов риска, которые могут повысить шанс на развитие заболевания. Часть из них хорошо изучена и подтверждена многочисленными исследованиями. Отдельные факторы нуждаются в дополнительном изучении. В любом случае, «кто предупрежден, тот вооружен».

Все факторы риска можно разделить на две группы — связанные с внутренней средой организма (эндогенные) и внешние (экзогенные). Причем, на некоторые из них мы влиять не можем, например, на пол, возраст, наследственность. А на другие, наоборот, можем оказывать непосредственное влияние. Например, мы сами выбираем образ жизни, питание, уровень физической активности, репродуктивную историю и т.д. Или же воздействовать опосредованно, например, на окружающую среду. Степень влияния данных рисков на возможность заболеть очень разная.

5. Злокачественные новообразования в России в 2015 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой — М. МНИ-ОИ им П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 250 с., 2016.

6. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.

Риски, на которые влиять невозможно

Пол

Достаточно просто быть женщиной. Это основной фактор риска для развития рака молочной железы. Мужчины также могут столкнуться с подобным диагнозом, но с ними это происходит крайне редко (лишь в 1 % случаев всех злокачественных новообразований). Это связано с тем, что у мужчин уровень таких женских половых гормонов как эстроген и прогестерон, способствующих росту раковых клеток, значительно ниже.

Возраст

Для женщин риск заболеть с возрастом значительно увеличивается. Наибольшее число случаев рака молочной железы в России приходится на женщин в возрасте старше 55 лет.⁷

Семейная история рака и генетические риски

Является ли рак молочной железы наследуемым заболеванием? О таких случаях у кровных родственников (мать, дочь, сестра, бабушка, тётя) сообщается ещё в древнеримской литературе в 100 г. н.э. Наблюдения высокой частоты рака молочной железы в семьях явились основанием для генетической гипотезы этого заболевания. Несмотря на то, что точный риск не известен, женщины, у которых отец или брат имели онкологический диагноз, также имеют повышенный риск к развитию заболевания. Вместе с тем, менее 15% женщин, которым был поставлен диагноз рак молочной железы, имели родственников, перенесших это заболевание. Это значит, что более 85% женщин, заболевших раком молочной железы, не имели наследственной истории заболевания. Эпидемиологами подсчитано, что среди женщин, родственники которых болели раком молочной железы, риск заболевания увеличивается в два-три раза по сравнению с общей популяцией женщин, и в восемь раз — при наличии этой патологии у родной сестры.⁸

Различают «семейный» и «наследственный» рак молочной железы. «Семейный» представляет собой сосредоточение больных опухолями молочной железы в пределах одной семьи, которое чаще бывает случайно вследствие влияния общих внешних канцерогенных факторов и проживания в одинаковых условиях среды. От 5 до 10% случаев заболевания являются врожденными (истинно наследственными), т.е. результатом генной поломки или мутацией генов, унаследованных от родителей. К некоторым клиническим особенностям наследственных форм рака молочной железы ученые относят ряд определенных признаков. Значительно более ранний возраст возникновения и, соответственно, выявление рака молочной железы, высокая частота двустороннего поражения молочных желез, сочетание в семье рака молочной железы с другими злокачественными новообразованиями, а в особенности с раком яичников.

7. Злокачественные новообразования в России в 2015 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой — М. МНИ-ОИ им П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 250 с., 2016.

8. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.

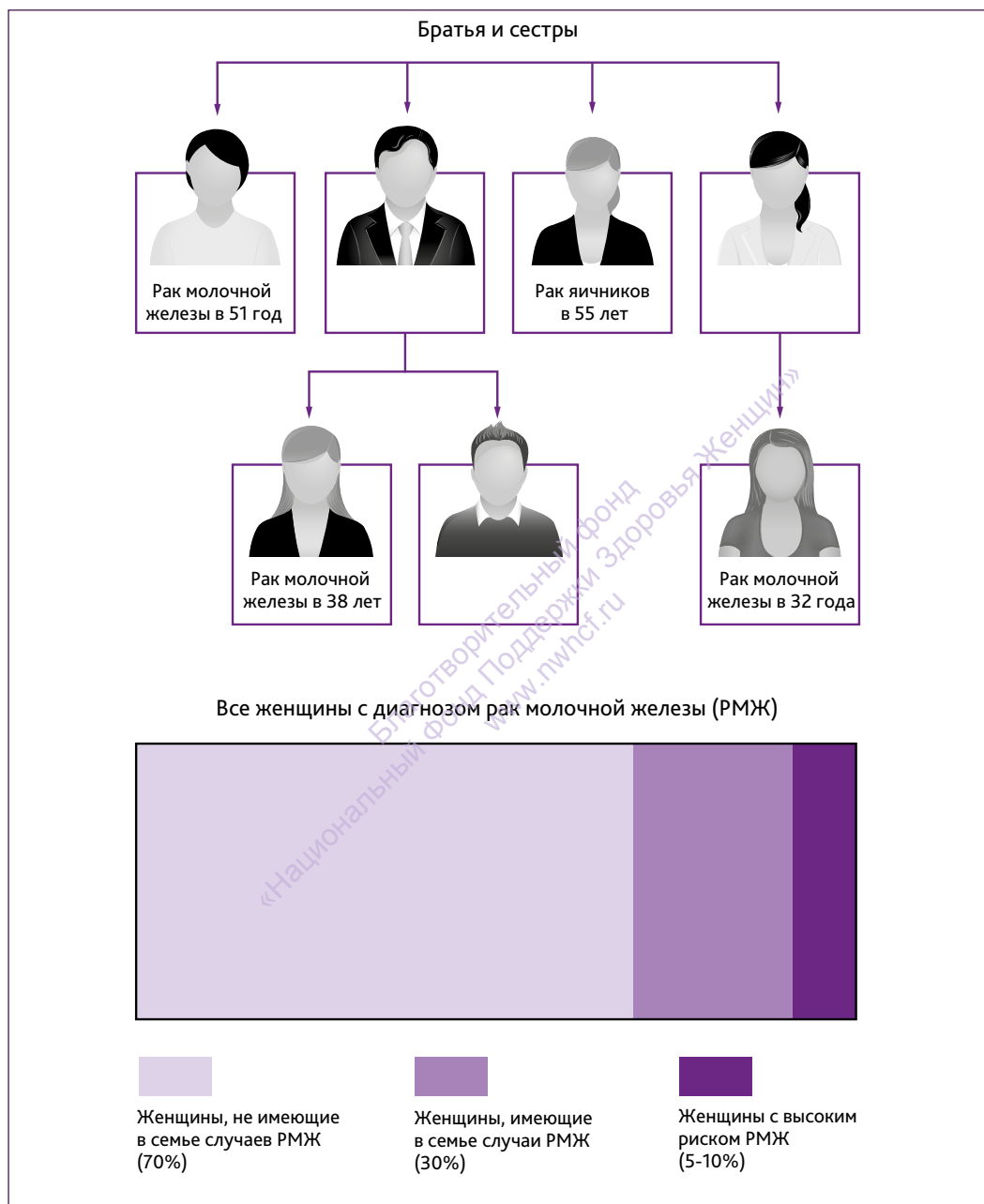


Рис. 5. Высокие генетические риски и семейное древо.

Открытие BRCA генов внесло ясность в представление о наследственных формах рака молочной железы. Роль данных генов заключается в том, что они регулируют нормальный рост клеток молочной железы и предупреждают возможный рост раковых клеток. Но при наличии аномалий или мутаций в этих генах, они способствуют повышению риска развития рака молочной железы. Соответственно, женщины, имеющие такие наследственные гены, имеют очень высокий риск заболеть (рис.5).

Большинство семей с несколькими случаями данного вида опухоли в молодом возрасте являются носителями генов BRCA 1, BRCA 2, подвергшихся мутациям. По данным ряда исследований, для женщин — носителей гена с мутацией BRCA1, риск заболеть увеличивается до 80%. Однако, более поздние исследования показали, что риск несколько ниже. Так, риск заболеть в возрасте до 70 лет оценивается от 55 до 65 процентов для тех, у кого есть мутация гена BRCA1 и около 45% для тех, у кого есть мутация гена BRCA2.⁹ Также у женщин, имеющих данные генные мутации, как правило, заболевание начинает развиваться раньше и опухоли обнаруживаются одновременно в обеих молочных железах, в сравнении с женщинами, не имеющими этих мутаций. Важно знать, что для женщин имеющих наследственную генную мутацию существует высокий риск развития других форм рака, прежде всего рака яичников. Это касается не только женщин. У мужчин с такой генной мутацией также возрастает риск развития рака молочной железы и других видов рака.

По данным Американского Антиракового Общества, в США мутации генов BRCA наиболее распространены среди еврейских женщин — ашкенази (родом из Центральной и Восточной Европы). Частота встречаемости этих двух мутаций в популяции ашкенази составляет 2%. Так, если в целом среди всего населения США распространенность мутации BRCA составляет один случай на 500-1000 женщин, то среди ашкенази этот показатель — один случай на 400 женщин. Похожая ситуация наблюдается и в некоторых других этнических группах (Исландия, Япония).¹⁰

В 2005 году Профилактическая Целевая Группа (USPSTF), представляющая сообщество независимых экспертов, оценивающих доказательную эффективность медицинских услуг в области профилактики, выпустила рекомендации. Согласно данным рекомендациям, женщины, семейная история которых указывает на увеличение риска наследственного рака молочной железы и рака яичников, связанных с мутациями в гене BRCA1 и BRCA2, должны проходить генетическое тестирование. Эксперты указывают, что получены весомые доказательства того, что у женщин с мутациями BRCA профилактическое удаление молочных желез (двусторонняя мастэктомия) уменьшает риск развития рака молочной железы на 85%, а удаление яичников (овариоэктомия) снижает риск рака яичников также на 85 % и риск

9. Ruth O'Regan, Sheryl G.A.Gabram-Mendola, Terri Ades, Rick Altery, Joan L.Kramer, Kimberly A, Stupm-Sutliff. Breast Cancer Journey. Third edition, 2013 American Cancer Society: 556, 19-20.

10. Ruth O'Regan, Sheryl G.A.Gabram-Mendola, Terri Ades, Rick Altery, Joan L.Kramer, Kimberly A, Stupm-Sutliff. Breast Cancer Journey. Third edition, 2013 American Cancer Society: 556, 20-21.

рака молочной железы на 53 %. Опубликованные в 2009 году данные десяти европейских центров по наблюдению 550 женщин, перенесших профилактическую мастэктомию, также подтверждают высокую эффективность подобных операций.¹¹

Стоит отметить, что подобные профилактические операции, давно являющиеся рутинной практикой в США и странах Европы, в нашей стране долгое время были запрещены законодательно. Широкую известность профилактическая мастэктомия получила несколько лет назад, когда весь мир взбудоражила новость о том, что известная актриса Анжелина Джоли, узнав о наличии у нее мутированных генов BRCA, в качестве профилактики удалила обе молочные железы. С 2011 года такие операции впервые начали проводиться в Российском Онкологическом Научном Центре им. Н.Н. Блохина, но только тем женщинам, у которых уже есть рак одной молочной железы. По данным РОНЦ им Н.Н. Блохина, если на момент постановки первого диагноза РМЖ возраст пациентки не превышал 41 года, рак второй молочной железы возникает в 62,5% случаев у тех, кто имеет мутации генов BRCA.¹²

Важно, чтобы у каждой женщины, оказавшейся в подобной ситуации, была возможность сделать свой выбор. Выполнять или не выполнять профилактическую мастэктомию при наличии медицинских показаний — должна решать только сама женщина. Она должна быть осведомлена о существующем риске развития рака во второй молочной железе, а также о возможных вариантах действий — динамическое наблюдение или профилактическая мастэктомия.



ВАЖНО ЗНАТЬ:

Рекомендации Профилактической Целевой группы (USPSTF)

- Женщинам с подтвержденной мутацией генов BRCA необходимо рекомендовать, как можно раньше рожать детей и иметь полную семью (до 35 лет).
- Беременность в возрасте моложе 35 лет, которая предположительно играет защитную роль в отношении рака молочной железы в популяции в целом, не имеет такого же защитного эффекта у женщин, которые имеют мутации BRCA.^{13, 14}

11. Любченко Л.Н. Генетическое тестирование при наследственном раке молочной железы. Практическая онкология. Т15-№ 3 2014г.

12. Поспехова Н.И. и соавт., Двухсторонний рак молочной железы в российской популяции: молекулярно-генетические, семейные и клинические характеристики. Мол. мед 2010.

13. http://www.cdc.gov/genomics/disease/breast_ovarian_cancer/fam_hist_genes.htm

14. Schattman GL, Stubbs R., Options, risks, and chances for success preserving fertility in women with BRCA gene Mutations. SRM 2011;9 (4): 20-25.

Личная история рака

Если опухоль обнаружена в одной молочной железе, то риск развития опухоли во второй молочной железе повышается в 3-4 раза. Лечение заболевания на начальной стадии способствует снижению риска развития болезни во второй молочной железе. При этом, рак во второй молочной железе может отличаться от того, который был обнаружен первым.

Неинвазивная дольковая карцинома *in situ*

При таком диагнозе клетки обычно похожи на раковые клетки, они разрастаются в дольках молочной железы, но не прорастают в подлежащую ткань через ее стенки. Риск развития инвазивного рака в обеих молочных железах для таких женщины возрастает в восемь-десять раз. Поэтому женщины с таким диагнозом должны регулярно посещать врача и делать контрольные маммографические обследования.

Предыдущая лучевая терапия

Если в детстве или юности женщина уже была пролечена от любого вида опухолей, и перенесла лучевую терапию в области грудной клетки, то для нее риск развития рака молочной железы значительно повышается. Степень риска зависит от того, в каком возрасте женщина прошла соответствующее лечение. Так, риск значительно возрастает, если лучевая терапия была проведена в период полового созревания, когда грудь активно развивалась. Однако, если при этом была применена химиотерапия, это может остановить производство гормона яичника на некоторое время, тем самым снижая риск для женщины. А вот для женщин старше 40 лет такое лечение не влияет на риск развития рака молочной железы.

Менструальная функция

Чуть более высокий относительный риск развития заболевания отмечается у женщин с началом менструации в возрасте до двенадцати лет (в два раза выше, чем для женщин с началом месячных после 16 лет). При наступлении менопаузы после 55 лет данный риск увеличивается в 2–2,5 раза по сравнению с менопаузой до 45 лет. Это объясняется более высоким уровнем воздействия гормонов эстрогена и прогестерона на протяжении жизни.¹⁵

Управляемые риски

Рождение детей

Повышенная заболеваемость раком молочной железы наблюдается среди поздно начинающих половую жизнь и не рожавших женщин. С увеличением числа родов риск заболевания уменьшается. Однако наибольшее значение имеет не столько число беременностей и родов, сколько возраст женщины в период первой беременности, закончившейся родами. Беременность снижает общее количество менструальных циклов, что, по всей видимости,

15. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.

влияет на ослабление риска. У женщин рожавших ранее 18 лет риск заболеть вдвое меньше, чем у впервые рожавших после 35 лет. Повышение риска развития заболевания связывается также с наличием как самопроизвольных, так и искусственных абортов, особенно до первых родов.¹⁶ В то же время, ранние роды не оказывают защитное действие для носителей BRCA генов. Популяционные исследования показали, что беременность по сравнению с бездетностью ассоциирована с отсрочкой начала болезни, а грудное вскармливание в течении года и более снижает риск развития рака молочной железы у носителей мутации на 40%.¹⁷

Грудное вскармливание

Ряд исследований указывают на то, что грудное вскармливание может несколько снизить риск развития заболевания. Особенно, если оно практиковалось от одного до полутора или двух лет. В 1988 году австралийские ученые на основе анамнеза больных (459) и здоровых (более 1 000) соотечественниц сделали вывод, что *лактация снижает вероятность развития рака молочной железы на 15%*.¹⁸ Они также отметили, что особую важность имеет грудное вскармливание после первых родов. Позднее в 1993 году британские ученые конкретизировали цифры австралийцев: *кормление грудью в течение трех месяцев снижет риск заболевания до 22%*.¹⁹ Этот эффект ученые объясняют тем, что грудное вскармливание обычно задерживает возобновление месячных после беременности. Тем самым, снижается общее количество менструальных циклов на протяжении жизни женщины.

Режим питания и избыточный вес

Предполагается, что пища богатая жирами увеличивает риск развития рака молочной через ряд механизмов, включающих нарушение эндокринного баланса, образование перекисных продуктов, способствующих росту опухоли, непосредственное влияние на метаболизм клетки и др. Соответственно, при избыточном весе и ожирении риск развития заболевания для женщин возрастает, особенно в период наступления менопаузы. До начала менопаузы яичники женщины вырабатывают много эстрогена, в то время как жировые ткани — лишь незначительное количество. После наступления менопаузы, когда яичники перестают вырабатывать эстрогены, их функцию начинает восполнять жировая ткань. А ее излишки в период постменопаузы ведут к росту уровня эстрогена и увеличению риска рака молочной железы. Женщины с избыточным весом также имеют склонность к повышенному уровню сахара, что может привести к развитию некоторых видов рака, включая рак молочной железы.

Связь между избыточным весом и раком молочной железы очевидна. В серии исследований, проведенных в Нидерландах, США, Канаде и Израиле отмечено увеличение риска данного заболевания с нарастанием массы тела. Причем, риск выше для тех женщин, у кого избыточный вес появился в зрелом возрасте, но незначителен для тех, кто имел проблемы

16. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.

17. Любченко Л.Н. «Генетическое тестирование при наследственном раке молочной железы». Практическая онкология. Т15-№ 3 2014г.

18. <http://aje.oxfordjournals.org/content/130/2/229.abstrac>

19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1678503>

с весом с самого детства. Избыток жира в районе талии оказывает большее влияние на повышение риска, чем такое же количество жира в бедрах и ягодицах. Так как для женщин, страдающих ожирением, риск заболеть выше в полтора-два раза, чем для худых женщин. Поэтому, в период постменопаузы женщинам, склонным к избыточному весу, особенно важно взять ситуацию с весом под контроль, регулярно выполнять физические упражнения, а также снизить потребление высококалорийных продуктов и напитков.

Физическая активность

Факты свидетельствуют, что регулярное выполнение самых простых физических упражнений способствует снижению риска заболевания. Возникает вопрос, какая физическая нагрузка является эффективной? Исследование, проведенное в рамках Women's Health Initiative (WHI), показало что, для женщины в период постменопаузы достаточно получать со-вой активной прогулки хотя бы несколько раз в неделю, чтобы снизить риск на 18%.²⁰

Алкоголь

Злоупотребление алкоголем повышает риск развития рака молочной железы. Ряд исследований указывают на то, что для женщин, ежедневно употребляющих от двух до пяти бокалов алкоголя, риск увеличивается в полтора раза по сравнению с теми, кто не употребляет алкоголь совсем. Чрезмерное употребление алкоголя также повышает риск развития других видов рака.

Гормональные препараты

Противозачаточные средства

По данным многочисленных исследований, связь между использованием противозачаточных пиллюль и развитием рака молочной железы не ясна. Так, всемирное эпидемиологическое исследование Совместной Группы по изучению гормональных факторов риска РМЖ показало некоторое повышение риска развития рака молочной железы у женщин, недавно начавших и в настоящее время принимающих пероральные контрацептивы.²¹

Современные противозачаточные пиллюли достаточно безопасны. Содержание эстрогенов в них снижено. Однако, по статистике, болеют несколько реже те женщины, кто никогда не принимал эти средства. Важно помнить, что при прекращении приема пероральных контрацептивов риск заболевания исчезает лишь через десять лет. Поэтому, прежде чем принять решение о приеме пероральных контрацептивов, важно обсудить возможные риски от их использования со своим врачом.

Гормонозаместительная терапия

В период менопаузы женский организм производит меньшее количество гормонов эстрогена и прогестерона, чем при сохранении месячных. Их сниженный уровень может вызывать приливы, остеопороз, вагинальную сухость, а также частые перепады настроения. Чтобы уменьшить эти неприятные ощущения, врачи могут рекомендовать использование гормонозаместительной терапии.

20. <https://www.nhlbi.nih.gov/whi/factsht.htm>

21 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. // Lancet. – 1996; 347 (9017): 1713-27.

Комбинированная гормонотерапия

Использование комбинированной гормонозаместительной терапии в период менопаузы увеличивает риск развития рака молочной железы, при условии, что такое лечение используется не менее двух-пяти лет. Комбинированная гормональная терапия также повышает риск того, что рак молочной железы будет обнаружен на поздних стадиях, потому что при ее использовании увеличивается плотность молочной железы, вследствие чего снижается эффективность маммографии. В связи с чем, возрастающий риск от такой формы гормонотерапии распространяется как на тех, кто применяет ее постоянно, так и на тех, кто только начал это делать. Опухоль может проявиться в течение пяти лет после прекращения гормонозаместительной терапии.

Сегодня становится все более популярной биоидентичная гормонотерапия. Речь идет о версиях биоидентичных гормонов, которые молекулярно соответствуют гормонам, вырабатываемым нашим организмом, и потому легко встраиваются в процесс метаболизма. Основным источником получения биоидентичных гормонов — флора. Например, соевые бобы, дикий мексиканский ямс, корень крапивы, крестоцветные. Использование биоидентичной гормонотерапии представляется как безопасное устранение неприятных симптомов менопаузы. Важно понимать, что точных доказательств того, что биоидентичная или «натуральная» гормонотерапия безопаснее и эффективнее синтетической, не существует. Это значит, что использование «натуральных» гормонов по умолчанию предполагает такие же риски для здоровья, как и другие типы гормональной терапии. Зачастую, препараты, содержащие фитогормоны не зарегистрированы как лекарственные, и являются БАДами (биологически-активными добавками), а это значит, что исследований эффективности данных препаратов проведено не было, и использовать их можно лишь на свой страх и риск.

Эстрогенотерапия

Употребление в период менопаузы лишь одного эстрогена не ведет к росту риска развития рака молочной железы. Ряд исследований показали, что женщины, у которых была удалена матка и при этом они получали только эстрогенотерапию, на самом деле имели низкий риск развития заболевания. Вместе с тем эти женщины имели проблемы с сердечно-сосудистой системой (инсульты, тромбы). Некоторые исследования показывают, что длительное использование эстрогенов (более десяти лет) повышает риск развития рака.

Наряду с ростом риска развития рака молочной железы, комбинированная гормонотерапия также показывает рост риска заболеваний сердца, образования тромбов и инсультов. Гормонотерапия снижает риск развития остеопороза и опухолей прямой кишки, но эти преимущества должны быть тщательно взвешены относительно возможного вреда гормонотерапии, особенно других эффективных путей профилактики и лечения остеопороза. Хотя эстрогенотерапия не указывает на рост риска развития рака груди, при этом увеличиваются риски образования тромбов, инсульта и рака яичников.

Поэтому решение об использовании гормональной терапии в период постменопаузы должно быть тщательно взвешено на предмет возможных рисков и положительных эффектов, базируясь на выраженности неприятных симптомов и индивидуальных факторов риска для развития рака, сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза. Если женщина и ее врач принимают решение в пользу гормонотерапии, всегда лучше использовать ее в минимальных дозах и в более короткие сроки.

ГЛАВА 3

Постановка диагноза

Если на приеме у врача в поликлинике по месту жительства у вас обнаружено уплотнение в молочной железе, а после проведения маммографии стало понятно, что присутствуют какие-то патологические изменения, вас обязательно направят на дополнительное обследование в специализированное онкологическое учреждение. Такое дополнительное обследование может включать ультразвуковое обследование (УЗИ), биопсию, МРТ и другие лабораторные исследования. Возможно, вы уже проходили некоторые из этих процедур. Какие виды исследований вам необходимо пройти зависит от типа опухоли и степени ее распространения.

Визит к врачу

Первым шагом при обнаружении в груди уплотнения и других неприятных симптомов, а также наличие изменений на маммограмме, должен стать визит к онкологу. Во время приема врач изучит вашу медицинскую карту, результаты исследования, задаст вопросы о симптомах и факторах риска, которые могут привести к развитию рака молочной железы. Одним из ключевых станет вопрос о наличии наследственного фактора. Поэтому перед визитом к врачу важно выяснить, были ли в медицинской истории вашей семьи случаи рака по материнской и отцовской линии. В особенности — рака молочной железы и рака яичников. При определении степени риска, например, когда идет речь о мутации BRCA генов, имеют значение обе линии родства.

Клиническое обследование включает тщательный осмотр и пальпацию обеих молочных желез, лимфатических узлов в подмышечной и надключичной зоне. В каждой молочной железе врач будет искать признаки любых возможных изменений. Он изучит кожу на предмет наличия отека, покраснения, уплотнения в виде «лимонной корки», втяжения, выбухания и др. Проверит наличие в районе соска и ареолы втяжения или отека, оценит симметричность и размеры, а также плотность молочных желез. Далее врач путем надавливания и сжатия соска проверит, нет ли в нем каких-либо выделений, и при наличии таковых оценит их характер. Заканчивается осмотр обследованием лимфатических узлов.

После сбора анамнеза и клинического обследования врач направит вас на лучевую диагностику, которая включает маммографию, ультразвуковую диагностику или МРТ.

Маммография

Маммография — это рентгенологическое обследование груди, которое позволяет выявить патологические изменения в молочной железе на самой ранней стадии. Первый современный маммографический аппарат появился в конце шестидесятых. Современные маммографы имеют низкую дозу радиации и достаточно безопасны. Так, по расчетам ученых, доза,

которую женщина получает в момент маммографического исследования (4 рентгеновских снимка), равна 30% фоновой радиации, которую человек получает в течение трех месяцев. Но это не означает, что маммографию можно делать в любом возрасте и в неограниченном количестве.

Существует разделение на скрининговую и диагностическую маммографию. Так, скрининговая маммография используется для обследования здоровых женщин, не имеющих симптомов заболевания, с целью ранней диагностики рака. Диагностическая маммография предназначена для диагностики заболевания у женщин, уже имеющих внешние симптомы заболевания или подозрительные результаты, полученные во время проведения скрининговой маммографии. Такие симптомы как уплотнения, спонтанные выделения из соска и другие изменения являются поводом для того, чтобы ваш врач назначил диагностическую маммографию. Этот вид маммографии включает более внимательное изучение зоны, вызвавшей беспокойство, прежде всего, относительно ее размера и характера. В некоторых случаях делают специальные прицельные снимки или снимки с увеличением для того, чтобы более внимательно изучить небольшой аномальный участок в ткани молочной железы.

Цифровая и аналоговая маммография

Сегодня все большую популярность приобретает цифровая маммография. Однако, от стандартной маммографии (аналоговой) она отличается лишь способом получения изображения, его передачи и хранения. В аналоговой маммографии изображение отображается на фотопленке, а в цифровой передается на компьютер (рабочую станцию врача). Цифровая маммография дает больше возможностей врачу для изучения снимка. Можно увеличивать размер изображения, изменять яркость и контрастность, что способствует повышению качества диагностики. Кроме того, цифровой снимок можно передать через интернет в другой медицинский центр для дополнительной консультации, если это необходимо.

Что показывает маммография

При чтении снимка врач-рентгенолог ищет всевозможные изменения, которые могут быть вызваны раком молочной железы. Например, кальцинаты. Это отложения солей кальция, возникающие в ткани молочной железы. На маммограмме они выглядят как крохотные точки или скопления точек. Кальцинаты могут быть, как связаны, так и не связаны с раком. Макрокальцинаты — это отложения крупного размера и обычно они не связаны с раком. Наличие кальцинатов — это общий физиологический процесс, так соли кальция могут откладываться и в сосудах, и в суставах, а также в молочных железах. Если у вас обнаружены макрокальцинаты, то ничего делать не нужно. Они не представляют никакой угрозы для организма. Но есть другая разновидность — микрокальцинаты. Они могут быть одним из симптомов злокачественной опухоли. Форма и расположение микрокальцинатов позволит врачу определить их связь с раком. Если микрокальцинаты вызывают подозрение, врач назначит биопсию.

Помимо микрокальцинатов, врач обращает особое внимание на наличие различных об-

разований. Они могут быть доброкачественными, например, кисты, фиброаденомы. Но в то же время, эти образования могут оказаться и злокачественными. Кисты и опухоли, как при клиническом обследовании, так и на маммографии могут выглядеть одинаково. Чтобы убедиться, что данное образование доброкачественное, врач должен дополнительно сделать ультразвуковое обследование или взять жидкость из кисты с помощью тонкой иглы или провести пункцию с помощью биопсийного пистолета.

Отправляясь на маммографию, обязательно возьмите свои предыдущие маммографические снимки. Это позволит врачу-рентгенологу отследить изменения, которые могли произойти в вашей молочной железе за это время, например, появление или рост образования, а также появление или изменение характера кальцинатов. Если они не менялись в течение нескольких лет, это значит, что, скорее всего, речь идет о доброкачественном образовании и биопсия не нужна.

Нередко возникает вопрос, как часто нужно проходить маммографию? В разных странах свой взгляд на этот вопрос. Так, в США врачи рекомендуют женщинам после 40 проходить маммографию ежегодно. Для женщин из группы — проходить и маммографию и МРТ.²² Во многих странах ЕС маммография проводится женщинам в возрасте с 50 до 69 лет один раз в два года бесплатно в рамках национального скрининга. В Великобритании — один раз в три года. В России — один раз в два года в период с 39 до 75 лет (в нашей стране маммография проводится бесплатно в рамках государственной программы дис-пансеризации).

Ограниченные возможности маммографии

Реальность такова, что маммография «видит» не все опухоли молочной железы. Маммография хорошо работает там, где опухоль невозможно нащупать и рентгеновская плотность железы низкая. Это означает, что с возрастом в ткани молочной железы преобладает жир (жировая инволюция) и на ее фоне можно увидеть самые маленькие опухоли (менее 5 мм). Если в молочной железе есть патологические изменения, маммография позволит тщательно рассмотреть их структуру и найти те места, которые необходимо изучить дополнительно после биопсии при гистологическом исследовании. При наличии прощупываемой опухоли маммография с результатом «норма» не означает, что рака нет. Если у вас есть опухоль — вам следует попросить врача сделать ультразвуковое исследование или биопсию, даже если маммограмма ничего подозрительного не показала. Маммография также не может подтвердить, что аномальные изменения в молочной железе являются раком. При маммографии только предполагается злокачественная опухоль с большей или меньшей степенью вероятности.

Имейте в виду, что маммография противопоказана беременным и кормящим женщинам. Маммография также не рекомендована молодым женщинам, т.к. на рентгенограммах ткань молочной железы у них очень плотная и может скрывать опухоль. Исключение составляют молодые женщины из группы риска, имеющие наследственную предрасположенность к

22. Иванкина О.В., Карпова М.С., Щипахина Я. А., Блудов А.Б. под ред. проф. Кочергиной Н.В., Стандарты скрининговой маммографии рака молочной железы. Методическое пособие для врачей. - М.: Издательство «Перо», 2015г., 48 стр.

заболеванию. В то же время, ученые сегодня склоняются к тому, что для женщин моложе 20 лет из группы риска более безопасным и информативным методом диагностики является МРТ.

! ВАЖНО ЗНАТЬ:

Маммография не рекомендована молодым женщинам с семейной историей рака

Голландские учёные проанализировали шесть опубликованных ранее исследований, в четырех из них, проверяя наличие влияния низкоуровневой радиации от маммографии на женщин с генетическими мутациями, способными вызвать угрозу рака, и в двух, проверяя влияние радиации при рентгеноскопии у женщин с семейной историей рака молочной железы. По мнению Martine Jansen-van der Weide, эпидемиолога и научного работника Медицинского Центра Гронингеновского университета (Нидерланды): «Женщины, которых обследовали до 20-летнего возраста, имеют в 2,5 раза больший риск заболевания раком молочной железы». Это касается женщин, прошедших пять и более обследований. Голландские учёные также обнаружили, что средний уровень угрозы рака молочной железы от радиации в полтора раза больше для женщин из группы риска, которые подвергались обследованию, чем для тех, кто не подвергался. В связи с чем, ученые советуют молодым женщинам, которые находятся в группе риска, вместо маммографии проводить МРТ груди, т.к. в этом методе диагностики вместо радиации используются магнитные поля и радиоволны.²³

Что ожидать во время маммографии?

Для того, чтобы сделать маммографию, вам будет необходимо раздеться по пояс. Маммографию выполняет рентгенлаборант, который будет находиться рядом с вами в процессе исследования. Для того, чтобы получить качественное маммографическое изображение, необходимо обеспечить правильную укладку и достаточную компрессию молочной железы. Эту работу выполняет рентгенлаборант. Он укладывает молочную железу на пластиковый касетоприемник с кассетой, и сдавливает ее компрессионной пластиной маммографического аппарата (рис.6). Все исследование занимает около 20 мин. Компрессия (сжатие) молочной железы длится несколько секунд. Во время компрессии молочной железы вы можете почувствовать определенный дискомфорт.

23. <http://consumer.healthday.com/cancer-information-5/breast-cancer-news-94/mammograms-may-boost-cancer-risk-in-high-risk-women-633525.html>

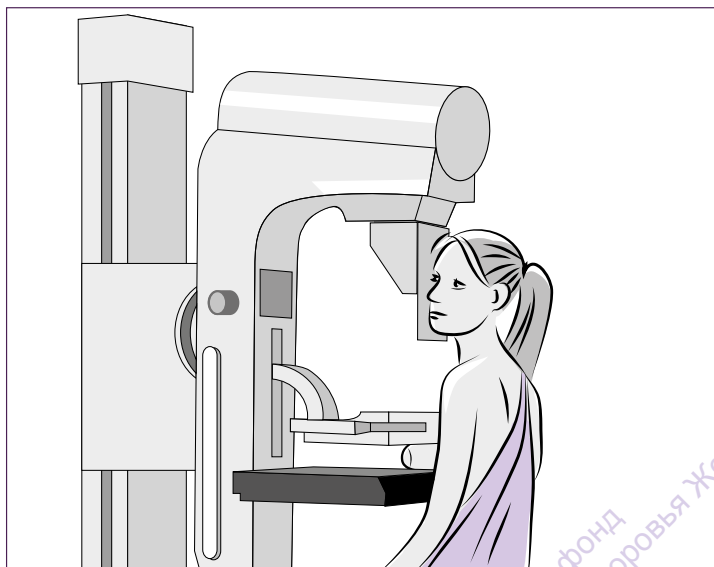


Рис. 6. Проведение маммографического исследования.

Для некоторых женщин это процедура может оказаться болезненной, т.к. болевой порог индивидуален и все переносят его по-разному. Для того, чтобы избежать неприятных ощущений, постарайтесь не назначать маммографию накануне или во время месячных, когда чувствительность максимально высока. Результаты исследования, скорее всего, будут готовы в течение недели. Вы можете получить описание снимка в день проведения исследования или же вам предложат прийти за результатами через неделю. Это зависит от организации работы рентгенолога в данном медицинском учреждении. Если женщине предложат пройти дополнительное обследование после маммографии, это не означает, что у нее обнаружен рак. По статистике, лишь 10 % пациенток, которые были приглашены на дополнительное обследование, был поставлен положительный диагноз. Приглашение на дообследование — это достаточно частая практика. Оно означает, что нужно сделать уточняющий снимок или ультразвуковое обследование, чтобы более внимательно изучить определенный участок. Повторный вызов наиболее распространен при первой маммографии (или при отсутствии предыдущих снимков), а также при проведении маммографии женщинам, не достигшим периода менопаузы и имеющим плотную ткань молочной железы. При цифровой маммографии количество повторных вызовов несколько меньше.

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

Вот несколько советов экспертов, которые помогут вам убедиться, что маммография выполнена качественно:

- Сообщите о любых изменениях или неприятных ощущениях в вашей молочной же-

лезе врачу-рентгенологу или рентгенолаборанту перед проведением исследования. Будьте готовы информировать его о своей истории болезни, которая может повлиять на степень риска заболевания — операция на груди, гормонотерапия, семейная история или наследственный риск.

- Если у вас есть возможность выбора, лучше пройти исследование в специализированной клинике или там, где ежедневно делают большое количество маммограмм.
- Лучше проходить маммографию в одном и том же месте, когда ваши снимки из года в год смотрит один врач, имеющий возможность их сравнивать.
- Если вы собираетесь пройти исследование в новой клинике, возьмите с собой все предыдущие маммограммы, результаты биопсии и назначения врача, если вы уже проходили лечение. Старые снимки необходимы для того, чтобы была возможность сравнить их с новым изображением.
- В день проведения маммографии не используйте дезодоранты или антиперспиранты. Содержащиеся в них вещества при рентгеновской съемке выглядят как белые пятна, что может вызвать затруднение при чтении снимка.
- Отправляясь на исследование, наденьте более удобную одежду. Снять блузу удобнее, чем платье.
- При планировании даты прохождения маммографии ориентируйтесь на свой менструальный цикл. Оптимальный период для проведения исследования — с 5 по 12 день от начала цикла, когда молочные железы находятся в спокойном состоянии, что позволит избежать дискомфорта и получить качественное изображение. Постарайтесь избежать прохождения исследования за неделю до начала месячных.
- Если после прохождения исследования врач не связался с вами в течение двух недель, это не означает, что у вас все в порядке. Обязательно свяжитесь с врачом, чтобы узнать результаты исследования.

Ультразвуковое исследование (УЗИ)

Ультразвуковое исследование (иногда его также называют сонография) использует ультразвуковые волны, чтобы исследовать определенную часть тела. Для проведения этого теста используется небольшой похожий на микрофон датчик, который помещается на кожу, предварительно смазанную специальным гелем. Он вырабатывает ультразвуковые волны и улавливает эхо, отражаемое тканями тела. Эхо преобразуется компьютером в черно-белое изображение, которое выводится на экран монитора. При этом исследовании, как правило, не бывает болевых ощущений, и пациентка не подвергается рентгеновскому излучению.

Ультразвук широко применяется и проводится совместно с маммографией. Обычно, обследование молочной железы с помощью ультразвука используется для того, чтобы изучить

определенную специфическую область, которая привлекла внимание врача-рентгенолога при маммографии или клинициста при осмотре и пальпации молочных желез. Этот метод особенно подходит для определения кист.

В последнее время все чаще используется сравнительно новый метод ультразвуковой диагностики — эластография. В процессе эластографии на область молочной железы ультразвуковым датчиком накладывают определенное давление. Вследствие неодинаковой эластичности, неоднородные элементы ткани сокращаются по-разному, что позволяет зарегистрировать участки железы, имеющие наибольшую плотность и, следовательно, диагностировать опухоль на ранних стадиях развития. Этот метод позволяет в спорных случаях уточнить характер патологического процесса и избежать ненужной биопсии при доброкачественном заболевании.²⁴

Магнитно-резонансная томография (МРТ)

Иногда при проведении УЗИ или маммографии не видны узловые образования, но, при этом, вероятность их существования высока. В таких ситуациях можно использовать магнитно-резонансную томографию. При магнитно-резонансной томографии для получения изображения определенной части тела вместо рентгеновских лучей используются радиоволны и магнитное поле. Под воздействием крупных магнитов, расположенных в аппарате, наш организм выделяет энергию, которая поглощается, а затем выделяется в виде радиоволн. Эти сигналы обрабатываются компьютерной программой, в результате чего создается серия снимков, каждый из которых показывает тонкий срез тканей, и, соответственно, наличие в них любых патологических изменений. При проведении МРТ молочной железы пациентке в вену вводится контрастное вещество в виде жидкого раствора, содержащее металл гадолиний. Это позволяет получить наиболее точное изображение. *МРТ молочной железы без использования контрастного вещества не позволяет диагностировать злокачественную опухоль.*

Все аппараты МРТ стандартны, но они обязательно должны быть адаптированы для исследования молочной железы (оснащены специальными катушками). Оптимально, если возможности аппарата расширены и позволяют в случае необходимости также сделать биопсию под контролем МРТ.

Исследование молочной железы с помощью МРТ — это продолжительная по времени процедура, которая занимает около часа. Пациентка находится внутри цилиндрической трубы, лицом вниз на специальном подвижном столе для обследования. Стол имеет отверстия для каждой молочной железы, что позволяет сделать снимок без напряжения мышц. Стол оснащен сенсорами, которые необходимы для оцифровки МРТ снимка. Чтобы исследование было выполнено качественно, очень важно в время его проведения находиться в состоянии покоя.

24. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.

Применение МРТ наиболее целесообразно при изучении плотной ткани молочной железы или любых аномалий, обнаруженных при проведении маммографии. Это актуально, прежде всего, для молодых женщин, а также для женщин с мутацией генов BRCA. МРТ также помогает определить форму и степень распространения рака в тканях молочной железы и окружающих ее тканях. Такое исследование может быть проведено после того, когда рак молочной железы уже был диагностирован, чтобы лучше изучить опухоль и убедиться, что в молочных железах нет других опухолей (метастазов). Также МРТ рекомендовано пациенткам для исследования другой молочной железы, даже если ранее в ней не было ничего обнаружено. Это может помочь выявить новые опухоли на ранней стадии.

МРТ в качестве скринингового метода диагностики рекомендовано женщинам с высоким риском заболевания раком молочной железы, имеющим мутацию гена BRCA. Таким образом, магнитно-резонансная томография является наиболее чувствительным и точным методом диагностики, который позволяет обнаружить даже те изменения в молочной железе, которые никак себя не проявляют. МРТ может заменить дополнительные обследования и биопсию. Однако из-за достаточно высокой стоимости (МРТ значительно дороже маммографии), этот метод диагностики не используется в качестве обычного обследования молочной железы для всех женщин.

Дуктография

Некоторые опухоли, развивающиеся внутри протоков и клинически проявляющиеся лишь выделениями из соска, часто не видны при обычной маммографии. В такой ситуации, а особенно, если у женщины в период постменопаузы появляются выделения кровянистого, иногда серозного характера только из одного соска, после проведения предварительного цитологического исследования выделений, рекомендуется выполнить *дуктографию*. Это метод рентгеновского исследования (его также называют *галактография*) с введением контрастного вещества в протоки молочной железы. Техника ее проста. После обработки ареолы спиртом определяют, из какого отверстия выводного протока выделяется жидкость или другое содержимое. В это отверстие без усилия вводят тонкую иглу с тупым концом до ее основания. Затем через иглу вводят 0,25 мл рентгеноконтрастного препарата (который показывает очертания протока на рентгеновском снимке) и выполняют снимок в двух проекциях. Это позволяет определить наличие и характер образований в протоке.

Биопсия молочной железы

Если у вас обнаружено подозрительное уплотнение в молочной железе, или на снимке есть область, вызывающая беспокойство, необходимо сделать биопсию. Это позволит определить наличие злокачественного образования и определить тактику дальнейшего лечения. Во время этой процедуры врач делает забор образца ткани (*пункцию*), для того чтобы изучить его под микроскопом. Биопсия — это единственная возможность выяснить, есть ли опухолевые клетки в образце атипичной ткани.

Существует несколько типов биопсии молочной железы. Биопсия может быть проведена

с помощью тонкой иглы (*тонкоигольная аспирационная биопсия или пункция*), толстой иглы (*кор-биопсия или трепан-биопсия*) или же в виде хирургической процедуры. Каждый вид биопсии имеет свои преимущества и недостатки. Какой из них наиболее оптимален для пациентки в каждой конкретной ситуации решается индивидуально. Стандартом диагностики рака молочной железы на сегодняшний день является кор-биопсия, которая являясь малоинвазивной и практически безболезненной процедурой, позволяет практически во всех случаях получить достаточное количество материала для морфологического и иммуногистохимического исследований. Тонкоигольная аспирационная биопсия в настоящее время отходит на второй план, и должна использоваться только в случае невозможности выполнения кор-биопсии. При выполнении любого вида биопсии отсутствует риск того, что рак молочной железы может распространиться дальше. Кроме того, полученный результат дает возможность женщине обсудить варианты лечения с врачом до хирургического вмешательства. Однако для очень узкого круга пациенток при невозможности выполнения биопсии с использованием иглы необходима хирургическая биопсия.

Она может использоваться как первая процедура или же позволит частично или полностью удалить опухоль и изучить ее под микроскопом (провести гистологическое исследование).

Игольная (пункционная) биопсия

Для диагностики рака молочной железы используются два типа игольной биопсии: *тонкоигольная аспирационная биопсия* и *толстоигольная биопсия*.

Тонкоигольная аспирационная биопсия

При этом виде биопсии используется очень тонкая игла на шприце, с помощью которой берется незначительное количество жидкости или ткани из подозрительного участка. Врач вводит иглу в предполагаемое место опухоли. После проникновения иглы в толщу опухоли, поршень шприца несколько раз оттягивается, в результате чего в иглу и шприц засасывается небольшой кусочек ткани. Если опухоль находится достаточно глубоко, то биопсия проводится под контролем УЗИ или рентгеновского метода, чтобы наблюдать за иглой на экране в процессе ввода ее в подозрительный участок ткани. Если атипичный участок является кистой, то *тонкоигольная биопсия* используется для взятия жидкости.

Опытный врач-патоморфолог или цитолог (специалисты в области исследования патологических процессов в клетках, тканях и жидкостях) описывает полученный в результате биопсии материал. Если результаты тонкоигольной биопсии не позволили поставить четкий диагноз или у врача остались сомнения, делается повторная тонкоигольная биопсия или назначается другой вид биопсии. В настоящее время тонкоигольная аспирационная биопсия как метод первичной диагностики рака молочной железы практически не используется.

Толстоигольная биопсия (кор-биопсия)

При корбиопсии используют толстую иглу, которая несколько больше, чем при тонкоигльной биопсии. Она сконструирована таким образом, чтобы часть ткани можно было получить в небольшой цилиндр, называемый кором (рис.7). Кор-биопсия проводится в специализированной клинике с помощью местной анестезии и специальных приспособлений (пистолетов или стереотаксических приставок к маммографу). Обычно берут несколько образцов ткани, которые оперативно направляются в лабораторию, где проводится гистологическое исследование на наличие опухоли. Так как этот вид биопсии предполагает использование более крупных образцов ткани, кор-биопсия позволяет получить более точный диагноз, но и при ее проведении часть опухолей может быть не диагностирована.

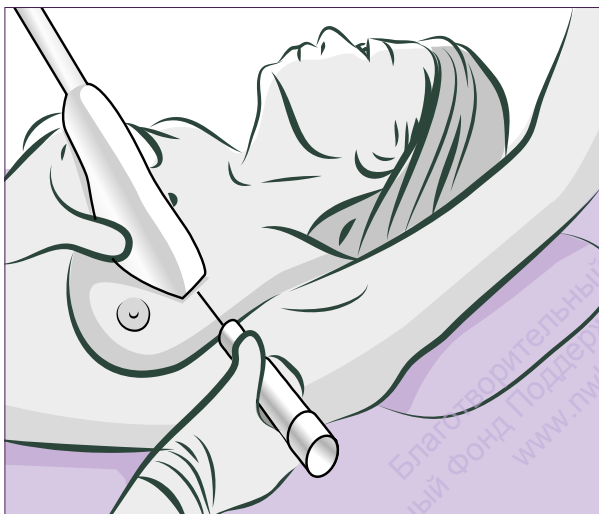


Рис. 7. Выполнение кор-биопсии под контролем УЗИ.

Если опухоль находится глубоко и ее невозможно прощупать, то взять материал для биопсии можно только под контролем визуальных методов диагностики, таких как маммография, УЗИ или МРТ. Врач использует один из этих методов, для того чтобы точно направить иглу в место предполагаемой опухоли.

Биопсия с использованием маммографа называется *стереотаксическая кор-биопсия*. Она может проводиться сидя или лежа. Во время процедуры сидя, пациентка находится на специальном кресле лицом к стереотаксической приставке. Во время процедуры лежа, пациентка расположена лицом вниз на специальном мягком столе, который имеет отверстия для молочных желез. Таким образом, грудь женщины находится в свисающем положении. Затем, стол или кресло поднимается несколько выше и врач, выполняющий процедуру биопсии, прочно фиксирует грудь пациентки между двумя пластинами, проводит цифровую маммографию под разными углами с целью формирования объемного изображения (рис.8).

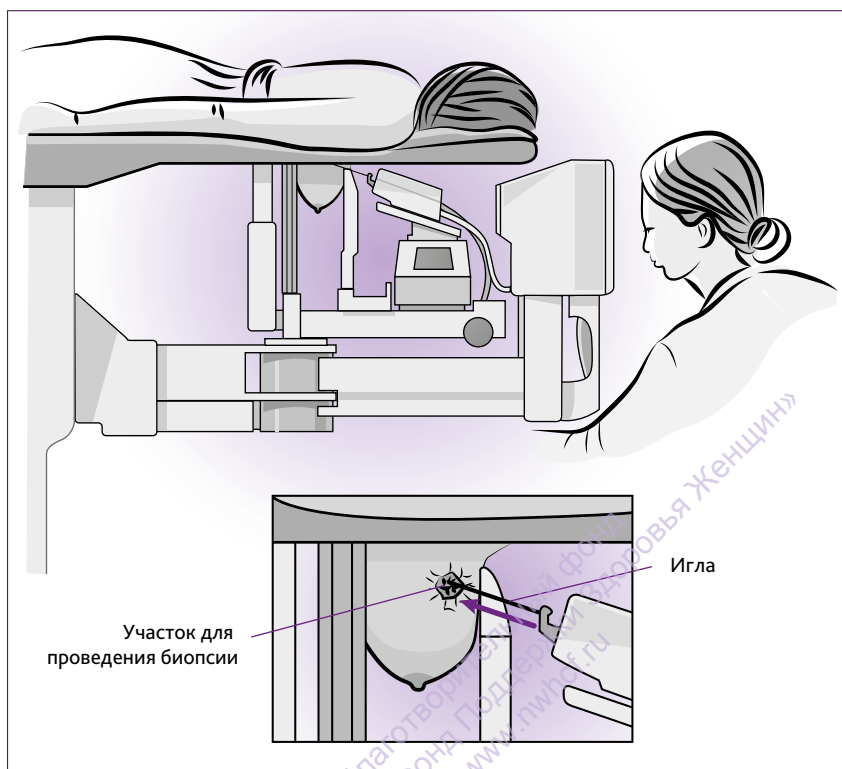


Рис.8. Проведение стереотаксической кор-биопсии.

Это позволяет с высокой точностью определить зону предполагаемого поражения. Затем производится небольшой разрез, длиной не более 0,5–0,7 сантиметра, через который вводится игла для забора материала. Для получения более точного результата врач берет несколько образцов тканей, которые в дальнейшем проходят специальное исследование. Биопсия под контролем УЗИ происходит аналогичным образом. Выбор между стереотаксической кор-биопсией под рентгеновским контролем и биопсией под контролем УЗИ с помощью пистолета зависит от типа изменений в молочной железе, а также опыта и предпочтений врача. В современных клиниках также используется вакуумная биопсия. Этот метод позволяет взять больше образцов ткани, чем при кор-биопсии, и он менее травматичен, чем *открытая (хирургическая) биопсия*. Вакуумная биопсия проводится с помощью аппарата «Маммотом». При этой процедуре пациентке под местной анестезией делается маленький надрез на предполагаемом месте опухоли, в который вводится специальная игла — зонд (это может происходить под контролем рентгеновских лучей, УЗИ и МРТ). Пораженная ткань всасывается под воздействием вакуума в иглу через отверстие. При этом аппарат оснащен устройством, которое автоматически отделяет образцы ткани молочной железы. Через один и тот же надрез может быть получено много образцов ткани. Биопсия с помощью вакуу-

ма безболезненна. После процедуры врач может наложить на отверстие небольшую скобу (швы не нужны), шрамы при этом минимальны.

Открытая биопсия

Иногда хирургу необходимо удалить всю опухоль или ее часть для гистологического исследования. Это и есть *хирургическая* или *открытая биопсия*. Обычно хирург убирает опухоль или атипичный участок полностью, вместе с окружающей его тканью молочной железы, выглядящей нормальной. Если объем слишком большой, чтобы забрать его простым способом, вместо этого делают биопсию с рассечением. При биопсии с рассечением обычно берут только часть объема. В редких случаях, биопсия с рассечением может быть сделана в кабинете хирурга, но чаще это делается в условиях стационара под местной анестезией. При проведении такой биопсии рекомендовано введение успокоительного средства одновременно с местной анестезией или использование наркоза (общей анестезии), когда пациентка спит.

Если область для проведения биопсии плохо доступна, для точного наведения может быть использована маммография. Эта технология называется маркировка опухоли или локализация патологического очага с помощью проволоочной петли (ее также называют «якорь»). После проведения местной анестезии, радиолог или хирург используют рентгеновское изображение для введения малой пустотелой иглы в место патологии. Тонкая проволока пропускается сквозь иглу и вводится в подозрительный участок. После чего игла удаляется. Пациентка проводится в операционную, где проволоочная петля будет служить хирургу и патоморфологу ориентиром, четко отмечая необходимое место для подготовки и изучения гистологических препаратов.

Итак, кор-биопсии обычно достаточно, чтобы поставить диагноз. Но иногда открытая биопсия необходима в тех случаях, когда место расположения опухоли труднодоступно или кор-биопсия не позволила сделать точное заключение. Открытая биопсия дает наиболее точные результаты в сравнении с тонкоигольной и кор-биопсией. Обычно она влечет за собой нескольких швов, и соответственно, может оставить рубец. Биопсия также может сопровождаться кровотечением и отеком. Вследствие чего может возникнуть ощущение, что после биопсии опухоль увеличилась. Это не повод для беспокойства, так как гематомы и синяки в большинстве случаев исчезают достаточно быстро.

Исследование биоптата

Образцы тканей молочной железы, взятые во время биопсии (врачи называют их биоптатом), исследуются в лаборатории для того, чтобы определить наличие в них раковых клеток, тип рака и другие характеристики. Иногда эти исследования можно сделать лишь после того, как опухоль будет удалена с помощью секторальной резекции или мастэктомии. Лаборатория проведет все необходимые тесты и подготовит гистологическое заключение, которое позволит врачу определить, как быстро может развиваться рак, размер опухоли и какое лечение будет наиболее эффективным. Этот процесс занимает несколько дней и, как правило,

его не следует торопить. Ваш врач ознакомит вас с результатами. Вы можете также попросить его дать вам копию отчета патоморфолога и попросить объяснить детали. Подробнее о том, как читать гистологическое заключение вы узнаете в следующей главе.

Второе мнение

Точный диагноз — залог успешного лечения. Такая возможность дополнительной консультации как «второе мнение» (*second opinion*) активно используется во всем мире, т.к. она очень важна в получении наиболее точного диагноза. Особенно, в случае постановки диагноза редкой формы рака молочной железы. Многие люди часто не знают, что они могут получить «второе мнение» по поводу гистологического заключения. Если вы хотите получить независимое заключение другого эксперта-патоморфолога, переговорите с вашим лечащим врачом. Вам необходимо попросить у патоморфолога стекла и блоки препарата, которые были сделаны. Система Обязательного Медицинского Страхования не включает оплату «вторых просмотров», но вы можете обратиться в ведущие федеральные онкологические центры и получить независимую консультацию платно.

Дополнительные исследования после постановки диагноза

Если результаты биопсии подтвердили, что у вас рак молочной железы, ваш врач назначит дополнительные исследования для стадирования опухолевого процесса. Они позволят выяснить степень распространения опухолевых клеток и помогут врачу выбрать для вас лучший вариант лечения. Решение о том, какие исследования необходимо провести дополнительно, должно основываться на степени распространения рака, вашей истории болезни и осмотре врача.

Рентгенография органов грудной клетки

Перед операцией врач предложит вам пройти рентгеновское исследование грудной клетки, чтобы убедиться, что рак молочной железы не распространился в легкие.

Радиоизотопная диагностика (РИД)

Наиболее часто используются такие радиоизотопные исследования как *остеосцинтиграфия*, *маммосцинтиграфия* и *лимфосцинтиграфия*. Данный метод радиодиагностики подразумевает введение радиоизотопных препаратов, которые позволяют выявить наличие, локализацию и количество патологических очагов. *Остеосцинтиграфии* служит для определения состояния костной системы (минеральную активность костной ткани). Это исследование помогает увидеть очаги нарушенного минерального обмена в скелете, которые могут спровоцировать различные процессы в костях, в том числе и метастазы рака молочной железы. Оно раньше, чем обычная рентгенография (приблизительно на шесть месяцев) видит

изменения во всех отделах скелета при одном исследовании. Сканирование костей целесообразно и на ранних стадиях рака молочной железы, но совершенно необходимо его пройти в тех случаях, когда появились признаки и симптомы метастазов в кости, такие как боль в костях или определенные изменения в крови. Это исследование также назначается пациентам с уже существующими метастазами, для того чтобы контролировать их распространение и оценивать лечение.

При *маммосцинтиграфии* определяют количество очагов в молочной железе, а также состояние регионарных лимфатических узлов. Для определения полей облучения (например, после операции) применяют *лимфосцинтиграфию*, которая помогает выявить функциональные нарушения в лимфатической системе и позволяет оценить состояние лимфооттока от молочной железы.

Компьютерная томография

Компьютерная томография (КТ) — это рентгеновское исследование, которое позволяет полностью исследовать все тело. Вместо одного снимка, как это бывает в случае с обычной рентгенографией, КТ сканер выдает много снимков, как будто они сделаны со всех сторон, в то время когда вы лежали на столе. После этого компьютер комбинирует эти снимки в послойные изображения той части тела, которая должна быть детально исследована.

Прежде чем начнется сканирование, вас предложат выпить жидкость с контрастным веществом или же контрастное вещество может быть введено внутривенно. Это поможет «подсветить» области, которые необходимо исследовать. Контрастные препараты для КТ — это соединения йода. У некоторых людей он может вызывать аллергические реакции (крапивницу и др.). В редких случаях — затруднение дыхания или низкое кровяное давление. Если у вас есть аллергия или непереносимость препаратов йода, обязательно сообщите об этом врачу и рентгенлаборанту. КТ-сканирование длится дольше, чем обычное рентгеновское исследование. Когда производится сканирование, вы лежите на столе-платформе. Во время исследования стол двигается сквозь «трубу», в которой находится сканирующее устройство. При диагнозе рак молочной железы КТ-сканирование используется достаточно часто, чтобы исследовать органы грудной клетки, брюшной полости и малого таза, когда есть опасение, что рак мог распространиться в другие органы. Это исследование, как правило, не требуется пациенткам с неинвазивной формой рака.

Магнитно-резонансная томография (МРТ)

При проведении МРТ для получения детального изображения внутренних органов используются радиоволны и магнитное поле. Это позволяет избежать лучевой нагрузки. МРТ — это актуальный метод исследования для тех, у кого обнаружен рак груди или есть подозрения на него. Данное исследование наиболее информативно для изучения головного мозга и позвоночника у женщин с симптомами, указывающими на распространение рака. Метод также оптимален для изучения костей, так как позволяет увидеть то, что не видно при рентгеновском исследовании. Например, пациент жалуется на боль, а рентгенологическое

исследование ничего не выявляет. Но в большинстве случаев при раке молочной железы на ранних стадиях в МРТ нет необходимости. Есть некоторые различия между использованием МРТ для обследования молочной железы и других частей тела. Во-первых, когда МРТ используется для исследования других частей тела, вы лежите в аппарате лицом вверх. Во-вторых, в этом случае контрастное вещество используется лишь при необходимости.

Позитронно-эмиссионная томография/ Компьютерная томография (ПЭТ/КТ)

Данный метод исследования представляет собой комбинацию позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и компьютерной томографии (КТ). При ПЭТ сканировании радиоактивная глюкоза вводится в вену пациента для поиска раковых клеток. В связи с тем, что опухоль поглощает глюкозу значительно сильнее, чем здоровые ткани, радиоактивное излучение концентрируется в опухолевой ткани. Сканирование позволяет обнаружить скопление радиоактивных веществ. Таким образом, ПЭТ помогает обнаружить даже небольшие скопления радиоактивной глюкозы, повышение которой возможно при различных процессах (в том числе воспалительных), но и в случае злокачественной опухоли и, соответственно, выявить месторасположение метастазов. ПЭТ-изображение не настолько информативно, как изображения КТ или МРТ. Поэтому некоторые ПЭТ-аппараты оснащены КТ-сканером, позволяющим сопоставить любые аномальные изменения, увиденные на ПЭТ, с КТ-изображениями. Метод ПЭТ или ПЭТ/КТ не используется при ранних стадиях рака молочной железы, но крайне информативен в тех случаях, когда опухоль из молочной железы распространилась на кожу или близко расположенные ткани (это называется местное распространенное/прогрессирующее заболевание), особенно отечно-инфильтративный рак молочной железы.

Исследование крови

Для подготовки к операции необходимо сделать несколько анализов крови, чтобы уточнить план операции.

Клинический анализ крови

Клинический анализ крови позволит оценить содержание лейкоцитов, нейтрофилов, тромбоцитов, гемоглобина и количество эритроцитов. «Плохие» результаты теста могут обнаружить другие проблемы, связанные со здоровьем (такие, как анемия). Если вам назначена химиотерапия, врач будет назначать клинический развернутый анализ крови перед каждым циклом лечения, так как химиотерапия оказывает воздействие на кроветворные клетки костного мозга. Для начала химиотерапии очень важное значение имеет количество нейтрофилов, которое должно быть более $1,5 \times 10^9$.

Биохимический анализ крови

В биохимическом анализе крови врач особое внимание уделяет анализу показателей глюкозы, креатинина, билирубина, трансаминаз, кальция и т.д. «Плохие» результаты биохимического анализа крови могут означать, что у пациента есть сопутствующие заболевания, не связанные с опухолью (гепатит, пелонифрит и т.п.), а также указывать на развитие токсич-

ческого эффекта химиотерапии и др. Если результаты теста указывают на патологические изменения, врач может назначить другие уточняющие методы обследования для органов, на которые указывают изменения в биохимическом анализе крови.

Онкомаркеры

Если ваш врач предполагает, что у вас распространенный рак молочной железы, он может назначить анализ крови на содержание определенных веществ, которые вырабатываются в результате жизнедеятельности раковых клеток. Эти анализы называются онкомаркеры. Различные опухоли продуцируют определенные белки. Маркерами рака молочной железы являются СА 15.3, СА 27.29 и СЕА. У некоторых женщин уровень этих веществ в крови повышается, если рак распространился в другие органы, например, печень. Важно знать, что этот уровень может подниматься не у всех женщин с диагнозом рак молочной железы, поэтому для них данный тест может быть не информативен. Онкомаркеры не нужны женщинам с неинвазивным раком молочной железы. Онкомаркеры также не используются для ранней диагностики.

Благотворительный фонд
«Национальный фонд Поддержки Здоровья Женщин»
www.nwhcf.ru

ГЛАВА 4

Подготовка к лечению. Почему важно понимать свой диагноз?

Диагноз «рак молочной железы» способен вызвать бурю самых сильных эмоций: шок, скорбь, ужас, апатию, гнев. Болезнь влияет на человека на всех уровнях — физическом, ментальном, эмоциональном и духовном. И влияет не только на вас, но и на тех, кто находится рядом с вами. Для родителей, имеющих маленьких детей, такой диагноз особенно пугающий. Помимо того, чтобы справиться с этой ситуацией самой, вы хотите помочь своему ребенку правильно принять происходящее с вами. В одной из глав этой книги мы расскажем об этом подробнее.

Наверняка, вам захочется как можно быстрее начать лечение. Однако, имейте в виду, что вашей опухоли потребовалось время достигнуть той стадии, в которой она находится в настоящий момент. В большинстве случаев, разумно затратить время, на то, чтобы получить консультации нескольких независимых специалистов и понять, какой выбор у вас есть. Узнайте у своего врача, сколько времени объективно есть в вашем распоряжении, чтобы пересмотреть гистологию или получить «второе мнение» по протоколу лечения в другом специализированном учреждении.

Прежде чем начать лечение, вам нужно понимать, какой вид рака молочной железы у вас обнаружен. Каковы прогнозы на полное излечение? В этой главе мы постараемся помочь вам понять результаты ваших исследований. Это даст вам возможность непредвзято оценить свой диагноз, и открыто смотреть вперед, понимая, что ожидает вас в будущем.

Гистологическое заключение

В независимости от того, взят ли у вас образец ткани для исследования во время биопсии или же проведена операция, результатом этой процедуры станет морфологическое заключение. Оно содержит ваш диагноз и другую информацию, которая позволит правильно назначить лечение. Такое заключение дает врач-патоморфолог или врач-цитолог, которые диагностируют и классифицируют вашу опухоль, используя лабораторные тесты, такие как исследование ткани, жидкости и клеток под микроскопом.

Все женщины, которым поставлен диагноз, прошли биопсию, и ваш врач использует гистологическое (цитологическое) заключение, для того, чтобы определить дальнейшие шаги в лечении. Если вам будет назначена операция, вы получите гистологическое заключение после операции. Гистологическое заключение часто достаточно длинное и выглядит сложным для понимания. Давайте попробуем разобраться вместе.

Тип рака

Первым делом образцы вашей ткани изучают под микроскопом, чтобы определить есть ли у вас злокачественная опухоль. Если рак есть, то из заключения видно с каким типом рака мы имеем дело (карцинома или другая злокачественная опухоль), является ли он инвазивным (пророс в близлежащие ткани) или «in situ» (никуда не распространился, находится в рамках первичного очага внутри протоков или дольки). Итак, неинвазивный рак (in situ) расположен внутри протоков или долек, в то время как инвазивный рак «прорастает» в соседние области молочной железы и также может распространиться в другие части тела через кровь и лимфатическую систему.

Степень злокачественности опухоли

Ваше заключение также содержит информацию о том, какова вероятность, что рак станет более агрессивным (прогноз развития заболевания). В заключении это называется «степень дифференцировки». В целом, низкая степень дифференцировки указывает на быстро растущий рак с высокой вероятностью к распространению, а высокая степень дифференцировки является индикатором медленно растущего рака, с меньшей вероятностью распространения. Степень дифференцировки опухоли является одним из наиболее важных факторов при назначении дальнейшего лечения после операции. Гистологическая степень дифференцировки опухоли основывается на системе взаимоотношений клеток между собой: как они формируются в структуры, насколько они похожи на нормальные клетки молочной железы, как много раковых клеток находится в процессе деления (митотический индекс). Данная система градации используется только для инвазивного рака.

- **Степень 1 (Grade 1) (высокодифференцированные)**. Опухоли имеют клетки, которые похожи на нормальные, не демонстрируют быстрый рост и организованы в небольшие группы. Опухоли первой степени в целом рассматриваются как наименее агрессивные.
- **Степень 2 — Grade 2 (умереннодифференцированные)**. Опухоли имеют клетки, которые выглядят несколько атипичными и растут чуть быстрее нормы.
- **Степень 3- Grade 3 (низкодифференцированные)**. Опухоли имеют ярко выраженные атипичные клетки, которые склонны к быстрому росту и стремительно распространяются.

При удалении опухоли из молочной железы, хирург старается убрать ее целиком вместе с краем прилегающей здоровой ткани, чтобы быть уверенным, что опухоль удалена полностью. Если в крае здоровой ткани не обнаружены раковые клетки, то в заключение будет написано «в зоне резекции опухолевых клеток нет» (негативные края). В заключении также может быть отмечено расстояние от опухоли до здорового края. Это важная информация для принятия решения о повторной операции, если в этом будет необходимость. Даже если край оказался не затет опухолью, важно чтобы он был определенной ширины, чтобы максимально снизить риск того, что рак остался и вскоре даст о себе знать. Если край затет опухолью, то в заключение может быть написано «наличие раковых клеток в зоне резекции» (позитивные края или закрытые краевые участки). Это может означать, что после операции часть опухоли могла остаться и операцию нужно будет повторить.

Стадирование рака молочной железы

Стадирование — это принятие решения о том, на какой стадии находится заболевание и насколько распространен рак, основанное на анализе всех проведенных исследований и тестов. Стадия определяется в зависимости от того, является ли рак инвазивным или неинвазивным, размера опухоли, количества лимфоузлов, затронутых опухолью, а также от того, распространился ли рак на другие части тела. Установление стадии заболевания — это один из наиболее важных факторов при выборе лечения и определения прогноза болезни.

Результаты стадирования зависят от данных биопсии, рентгенографии легких, маммографии обеих молочных желез, УЗИ печени и забрюшинных лимфатических узлов и органов малого таза, КТ, МРТ, ПЭТ или ПЭТ/КТ. Анализ крови также может быть использован для оценки общего состояния здоровья.

Существует принятая во всем мире система классификации рака молочной железы, которая называется TNM. В рамках этой классификации информация об опухоли, ее размере и местной распространенности обозначается буквой Т (от лат. tumour — «опухоль»); информация о степени поражения ближайших лимфоузлов — N (от лат. nodulus — «лимфатический узел»); информация о наличии или отсутствии отдаленных метастазов в другие органы — M (от лат. metastasis — «метастазы»). Все эти категории сгруппированы в общую таблицу (таб. 1). Для описания каждой категории (Т, N, M) используется система ранжирования от 0 до 4. Для обозначения стадии рака используются цифра 0 и римские цифры от I до IV.²⁵

Таблица 1. Стадии рака молочной железы

Стадия	T	N	M
Стадия 0	Tis*	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T0	N1mi**	M0
	T1	N1mi**	M0
Стадия IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Стадия IIIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0

25. American Joint Committee on Cancer. Breast. In: AJCC Cancer Staging Manual, 7-th ed. New York: Springer;2010; pg.349.

Стадия IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Стадия IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Стадия IIIC	Любая T	N3	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1

* Tis — карцинома in situ, включая протоковую и дольковую карциному in situ, болезнь Пе-джета.

** N1mi — микрометастазы (минимальная зона распространения) найдены в лимфоузлах под мышкой. Зона распространения метастазов в лимфоузлы менее 2 мм (около 200 раковых клеток).

Стадия рака определяется всего один раз — во время постановки диагноза. В результате предоперационной терапии приблизительно у 70% пациенток опухоль уменьшается. Однако после первичной диагностики в медицинских документах далее она уже не меняется, даже если болезнь прогрессирует.

Исследование рецепторов гормонов

Рецепторами называют протеины (белки), расположенные на внешней поверхности клетки. Другие белки или химические соединения (например, гормоны), которые есть в нашем организме, могут прикрепляться к этим рецепторам, чтобы провести изменение внутри клетки (например, спровоцировать ее восстановление или воспроизводство). Нормальные клетки молочной железы и некоторые клетки рака молочной железы имеют рецепторы к женским гормонам: эстрогену и прогестерону. Эти два гормона часто влияют на рост раковых клеток в молочной железе.

В случае выявления на поверхности раковых клеток указанных рецепторов есть шанс на то, что гормональная терапия будет эффективной.

Именно поэтому, исследование образца раковых клеток, взятого во время биопсии на наличие рецепторов к эстрогенам или прогестерону, является важным шагом в диагностике рака молочной железы. Как вы уже знаете, раковые клетки могут содержать один или оба вида этих рецепторов. В этом случае рак будет называться гормоночувствительным. При наличии рецепторов к эстрогенам, рак будет эстрогеночувствительный (ER+), при наличии рецепторов к прогестерону — прогестерон-чувствительный (PR+). Важно отметить, что крайне редко встречается ситуация, когда рецепторы прогестерона оказываются положительными, а рецепторы эстрогенов — отрицательными. Эти случаи требуют обязательной перепроверки.

ГомоноPOSITивный рак обычно растет более медленно и чаще поддается лечению с помощью гормонотерапии, чем тот, у которого данные рецепторы отсутствуют.

ВАЖНО ЗНАТЬ:

При любом раке молочной железы необходимо пройти тестирование на гормональный статус — *иммуногистохимическое исследование (ИГХ)*. По статистике, две из трех опухолей содержат хотя бы один из этих рецепторов. Их процентное соотношение выше у женщин в возрасте, чем у молодых.

Определение факторов опухолевого роста и прогрессии (HER2)

Одна из пяти опухолей молочной железы связана с наличием в клетках большого количества белка HER2 (часто его обозначают как HER2), способствующего стремительному росту опухоли. Он создается геном HER-2. Опухоли с высоким уровнем HER-2 называются HER2-позитивный рак. Женщины с HER2-позитивным раком имеют высокую дозу гена HER2, в результате чего у них вырабатывается большое количество белка HER-2. Этот вид рака растет быстрее и агрессивнее, чем другие раки молочной железы. *Если у вас обнаружен инвазивный рак молочной железы, необходимо пройти тест на наличие HER2.* Это позволит химиотерапевту подобрать для вас правильное лечение. Для определения HER2 используются два основных теста — *иммуногистохимия и флуоресцентная гибридизация in-situ (FISH)*.

Иммуногистохимия может показать, сколько HER2-белка содержится в образце опухоли. Уровень HER2 в тесте оценивается как 0, 1+, 2+, 3+. Если результат определяется от 0 до 1+, рак считается *HER2-негативным*. Пациенты с таким диагнозом не лечатся таргетными препаратами для HER-2 («target» в переводе с английского: «цель», то есть препарат воздействует напрямую на сдерживание белка, не воздействуя при этом на здоровые клетки). Если результат теста определен как 3+, рак считается *HER2-позитивным*. В этом случае пациентам назначается соответствующий таргетный препарат. При результате 2+, статус опухоли HER2 считается неинформативным. В этом случае для уточнения диагноза рекомендуется пройти тестирование с помощью *флуоресцентной гибридизации in-situ (FISH)*. Такой тест как флуоресцентная гибридизация in-situ измеряет уровень амплификации (увеличение числа копий ДНК) гена HER2 в каждой клетке.

Такой тест как флуоресцентная гибридизация in-situ измеряет уровень гена HER2/неu в каждой клетке. Многие онкологи считают этот тест более точным, чем иммуногистохимия. Однако, он намного дороже и более продолжителен по времени. Поэтому, иммуногистохимию обычно проводят первой.

ЧТО ТАКОЕ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Термин «трижды негативный рак молочной железы» используется для обозначения рака (обычно это инвазивная протоковая карцинома), при котором в клетках отсутствуют рецепторы к эстрогенам, прогестерону и HER-2. Этот вид рака молочной железы наиболее распространен среди молодых женщин. Трижды негативный рак растет значительно быстрее, чем другие раки молочной железы. В связи с тем, что в клетках опухоли отсутствуют рецепторы к эстрогенам, прогестерону и HER2, то гормонотерапия и таргетная терапия не эффективны для этого вида рака. Для его лечения по-прежнему используется химиотерапия. В мире ведутся исследования по разработке наиболее эффективных препаратов для борьбы с трижды негативным раком молочной железы: таргетной терапии PARP-ингибиторами и нового класса иммуноонкологических препаратов-ингибиторов точек иммунного ответа (пембролизумаба, атезолизумаба и т.д.).

Определение индекса пролиферации (Ki-67)

Маркер пролиферации Ki-67 позволяет определить «скрытый» потенциал опухоли (скорость деления опухолевой клетки) и судить о степени злокачественности. Выявляет только делящиеся клетки. Для пациенток, опухоли которых экспрессируют Ki-67 более, чем в 50% клеток, имеют высокий риск развития рецидива заболевания.

Прогноз выживаемости при раке молочной железы

Есть ли у меня шанс выздороветь? Это первый вопрос, который волнует каждую женщину, которой поставлен диагноз рак молочной железы. Тревога о своем будущем при получении такого диагноза совершенно естественна. Современная медицина ушла далеко вперед. Возможности в лечении рака молочной железы сейчас значительно шире, чем когда либо. Это позволило значительно увеличить продолжительность жизни женщин. Многие из тех, кому диагноз был поставлен 10-20 лет назад, сегодня продолжают жить активной жизнью, бодры, позитивны, и являются лучшим примером для других пациенток. Наука также не стоит на месте. Во всем мире проводятся исследования, цель которых найти лучшие средства для лечения и даже предупреждения рака молочной железы. Поэтому, врач сможет предложить современные методы лечения, которые помогут вам преодолеть заболевание. Чем раньше рак обнаружен и чем быстрее вы начнете лечение, тем выше шанс на выздоровление.

Очевидно, что любые прогнозы, вне зависимости от стадии заболевания, лишь говорят о вероятности развития событий, и отнюдь не являются приговором. Если вероятность того-то, что рак хорошо поддастся лечению, высока, врач может сказать, что у вас благоприятный прогноз. Если врач ожидает, что рак будет сложно взять под контроль, он может сказать, что прогноз сомнительный. Однако, каждая ситуация индивидуальна, и вы должны об этом помнить. Прогноз не означает, что в вашем случае все сложится именно так. Персональный прогноз определяется многими факторами, такими как вид рака, его стадия, степень распространенности. На ваш прогноз также могут влиять возраст, общее состояние здоровья и индивидуальная реакция на предложенное лечение.

При определении прогноза врач опирается на статистику. Обычно, прогноз отображается в процентах, и эти цифры могут расстроить. Но вы должны понимать, что эти коэффициенты не относятся лично к вам. Это усредненные цифры, которые базируются на большой группе людей, включая тех, кто получил не очень хорошее лечение или же отказался от традиционного лечения и обратился к шарлатанам, имел другие проблемы со здоровьем или же вообще отказался от лечения (к сожалению, таких людей тоже немало). Эти цифры не могут предсказать, что произойдет с конкретным человеком, потому что все мы индивидуальны. Наши тела, как и наши отпечатки пальцев и личности абсолютно уникальны. Никто не сможет сказать, как вы отреагируете на лечение, даже ваш врач не знает этого наверняка. У вас могут быть свои скрытые внутренние резервы, такие как уникальная система питания и физическая активность, которой вы придерживались всю жизнь, мощная психологическая поддержка семьи или же глубокая вера. Все это может сильно повлиять на то, как ваш организм отреагирует на лечение.

Статистика выживаемости показывает количество человек с определенным типом и стадией рака, проживших с момента постановки диагноза. Обычно измеряется пятилетний период. Уровень пятилетней выживаемости указывает на процент людей, кому был поставлен соответствующий диагноз, и кто прожил, как минимум пять лет с момента его постановки. Многие люди проживают значительно больше, чем пять лет. Но именно этот период во всем мире принято считать стандартом. Также важно иметь в виду, что многие люди с онкологическим диагнозом зачастую умирают по другим причинам.

Многие люди, победившие рак, признаются, что им было легче справиться с болезнью, когда они были информированы о прогнозе выживаемости при их диагнозе. Есть и те, у кого такая статистика вызывает страх или беспокойство. Вы должны решить для себя, хотите ли вы знать о статистике выживаемости при вашем диагнозе, и соответственно, нужно ли вам читать об этом дальше. Имейте в виду, что прогноз со временем может меняться, если рак прогрессирует или лечение эффективно. Знание прогноза — это ваше личное решение. Только от вас зависит, какую информацию вы хотите знать, как с этим будете справляться и какие шаги предпримете. Ниже мы размещаем таблицу со статистикой (таб.2), которая охватывает людей, которым был поставлен диагноз рак молочной железы в период с 2001 по 2002 год. Эти данные опубликованы Американским объединенным комитетом по изучению раку (AJCC).²⁶

Таблица 2. Коэффициент пятилетней выживаемости при различных стадиях рака молочной железы

Стадия	Коэффициент выживаемости
0	93 %
I	88 %
IIA	81 %
IIB	74 %
IIIA	67 %
IIIB	41 %
IIIC	49 %
IV	15 %

26. American Joint Committee on Cancer. Breast. In: AJCC Cancer Staging Manual, 7-th ed. New York: Springer:2010; pg.358.

ГЛАВА 5

Как справиться с диагнозом и идти вперед?

Новость о том, что у тебя рак молочной железы очень сильно дезориентирует, вызывает панику, страх, заставляет судорожно искать ответы на непростые вопросы: *«Может быть, это ошибка? Действительно ли у меня рак? Как это вообще стало возможно, ведь я веду здоровый образ жизни, у меня есть дети? Я умру? Я потеряю грудь? Смогу ли я вытерпеть эту боль?»*.

Эти вопросы абсолютно естественны, как и беспокойство о том, как рак молочной железы повлияет на вашу жизнь. Принять свой диагноз порой очень непросто. Вы можете испытывать самые разные эмоции: шок, гнев, страх, отрицание, растерянность, ощущение потери контроля над своей жизнью, печаль. Вас может тревожить, как новые обстоятельства отразятся на вашем имидже, сексуальности, жизненных приоритетах. Или беспокоиться о своей семье, карьере, финансовых обязательствах и возможной смерти. Вы можете чувствовать себя словно оцепеневшей. Но именно сейчас вам нужно собраться и взять под контроль свою болезнь и лечение.

Сегодня, благодаря возможностям современной медицины, большинство женщин с диагнозом рак молочной железы могут надеяться на выздоровление. После первого шока, вызванного диагнозом, многие женщины со временем обнаруживают, что они продолжают жить своей привычной жизнью. Они сумели адаптироваться и продолжили заниматься своей работой, сохранили увлечения и социальные связи.

Это значит, что время между постановкой диагноза и началом лечения может оказаться для вас непростым. Происходящее будет вводить вас в замешательство, вызывать стресс. Вам придется задуматься о том, на чью помощь вы сможете рассчитывать, пока будете бороться с болезнью. Как контролировать все детали и новую информацию? Как использовать информацию для принятия решения?

Как принять осознанное решение?

Если вы только что узнали о своем диагнозе, вам необходимо время, чтобы с ним свыкнуться, решить, что это значит для вас, вашей жизни и ваших близких. Прежде всего, понадобится разобраться с возможными вариантами лечения и принять жизненно-важное решение. Вы можете ощутить информационное давление от самых разных людей, действующих из лучших побуждений, от врачей, друзей, семьи, коллег и других пациенток. Однако действовать лучше всего совместно с врачом-онкологом, которому вы доверяете, так как ваш диагноз может отличаться от того, который был поставлен вашей подруге, родственнице или коллеге.

Мысль о необходимости изучить все варианты лечения и поразмыслить над тем, что вы

выберете, должна перевесить все остальное. Решение о выборе врача, клиники, варианта лечения придаст вам силу двигаться вперед. Найдите время, чтобы изучить информацию и сделать свой выбор осознанно. Это поможет вам не пасовать перед страхом диагноза «рак» и занять активную позицию в борьбе с ним. Представьте, что лечение рака — это ваш личный проект, а вы — руководитель данного проекта, и вам нельзя пускать все на самотек.

Во всем мире ведущие онкологи считают, что женщина должна узнать как можно больше о своем заболевании и лечении, прежде чем принять решение. Может возникнуть искушение подписать бланк информированного согласия, выбросить все из головы и самоустраниваться от принятия решений. Но принятие решения требует времени, и вам нужно как можно больше информации.

Для того, чтобы изучить, осмыслить и спокойно принять выбор, который повлияет на вашу последующую жизнь, могут потребоваться дни, а порой и недели. Но именно такой информированный выбор позволит вам чувствовать себя более комфортно и, в большинстве случаев, повысит шанс на позитивный результат лечения. Эксперты считают, что в большинстве случаев, если женщина возьмет пару недель для того, чтобы лучше изучить вопрос и получить независимые консультации по поводу стратегии лечения, такая задержка не является опасной. Обязательно узнайте у своего доктора, как быстро нужно действовать в вашем случае и сколько времени у вас есть на принятие решения.

Когда вы информированы и вовлечены, вы играете значимую роль в своем лечении и выздоровлении. Вам потребуется некоторое время, чтобы узнать больше о своей болезни, пообщаться с теми, кто уже прошел через это, изучить варианты лечения, привести в порядок свои мысли и чувства и найти врача, которому вы доверяете.

СОВЕТЫ ПАЦИЕНТОВ:

1. Поговорите со своей семьей, друзьями и всеми теми, кто сможет вас поддержать в трудное время. Просите их о любой поддержке, в которой вы нуждаетесь: материальной, моральной, поддержкой в быту. Было время, когда вы помогали им. Пришло время помочь вам. Обращайтесь за помощью и заручитесь их поддержкой.
2. Потратьте столько времени, сколько вам необходимо, чтобы принять осознанное решение. Обычно нет необходимости необдуманно приступать к лечению.
3. Образовывайте себя. Примите на себя ответственность за решение о лечении. Узнайте, как можно больше о вашем типе рака молочной железы и возможных вариантах лечения.

4. Готовьтесь к встрече с врачом и не бойтесь задавать ему вопросы. Убедитесь, что вы поняли то, что он сказал. Записывайте все термины, которые услышали от вашего врача, так будет проще ориентироваться в информационном поле, если вы что-то не так услышали, либо не знаете перевода — скажите об этом врачу, стесняться не нужно.

5. Заботьтесь о себе на физическом и на эмоциональном уровне. Опирайтесь на сильные стороны своей личности. Часто рак молочной железы сравнивают с путешествием, в котором каждый шаг дает вам знать о том, насколько решительны вы можете быть.

Где и как искать информацию

Изучение информации о заболевании и вариантах его лечения — это конструктивный путь, чтобы адаптироваться к сложившейся ситуации. Среди тех, кто доволен результатами своего лечения, как правило, преобладают те, кто был удовлетворен информацией, полученной прежде, чем принять решение о лечении. Собирайте информацию и задавайте вопросы. Когда ищите информацию о типах рака, прежде всего вы должны точно знать свой тип рака. Информацию можно получить у вашего врача. Выясните, какой у вас тип рака, включая тип клеток и стадию заболевания. Эта информация очень полезна, потому что решение о лечении принимается на ее основе. Зная эти данные, вы сможете найти информацию, подходящую именно для вашей ситуации.

Количество доступной информации вокруг чрезмерное. И не всегда эта информация, особенно в Интернете, может оказаться полезной и достоверной. Неверная информация может сильно ранить вас, особенно когда это касается рака. Выяснив первоисточник информации, вам будет легче понять, кто и с какой целью ее разместил. Наиболее достоверными источниками информации являются официальные интернет-ресурсы ведущих научных онкологических центров и институтов, профессиональных сообществ онкологов, общественных антираковых организаций, занимающихся защитой прав пациентов. Как правило, информация на этих ресурсах готовится при участии известных экспертов и часто обновляется. Будьте внимательны при сборе информации.

Обсуждайте со своим врачом информацию, которая вас заинтересовала, чтобы понять применимо ли это в вашем случае. Всегда помните, что общая информация не может заменить медицинские рекомендации ваших врачей. Вы не должны знать все детали досконально, просто задавайте правильные вопросы и принимайте решения самостоятельно.

Не доверяйте опубликованным в интернете обещаниям о стопроцентном альтернативном

лечении рака медом, содой, омегой, лечебным голоданием, либо еще каким-то, пусть и самым экзотическим способом. Люди, публикующие данную информацию, делают это только с одной целью — наживы. Так как те, кому поставлен диагноз «рак» не всегда успевают разобраться в ситуации, но слышали, будто химиотерапия очень вредна для человека, а лечение народными средствами полезно, да еще и способно затормозить процесс развития рака. Увы, часты случаи, когда пациенты, испробовав все возможные «альтернативные практики» и истратив много денег, все-таки возвращаются к онкологам, но уже не с начальной, а с запущенной стадией, имея побочные эффекты от лечения непроверенной натуротерапией разного толка. Хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия — это принятые стандарты лечения рака во всем мире, и они постоянно улучшаются и совершенствуются. Если хотя бы один «альтернативный метод» будет подтвержден клиническими испытаниями, и он действительно окажется успешным, о нем немедленно будет известно во всем мире. Пока это всего лишь сомнительная информация, которую можно подтвердить или опровергнуть, лишь рискуя своим здоровьем.

Анализируя собранную информацию, обращайтесь внимание на последние новости в области лечения и клинических исследований. Научные доклады на интересующую вас тему также можно найти на интернет-ресурсах крупных онкологических научно-практических конференций.



ПОЛЕЗНЫЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ

Ассоциация онкологов России
www.oncology-association.ru

Российское общество онкомаммологов
www.breastcancersociety.ru

Российское общество клинической онкологии
www.rosoncweb.ru
www.oncology.ru

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина
www.ronc.ru

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена
www.mnion.ru

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова
www.niioncologii.ru
www.breastcancer-spb.ru

Московская городская больница № 62
www.onco62.ruf

НП «Равное право на жизнь»

www.ravnoepravo.ru

МОА Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй»

www.russcpa.ru

БФ «Национальный фонд поддержки здоровья женщин»

www.fond4women.ru

Эмоциональная поддержка

Справиться с эмоциями, вызванными сообщением о раке, жизненно важно для вашего комфорта и выздоровления. Это поможет управлять физическими симптомами. То, как вы себя чувствуете, напрямую влияет на восприятие себя и жизни и, в конечном счете, на ваше решение о лечении. Вполне естественно чувствовать печаль, напряжение, временную неуверенность, поэтому вам необходимо осознать эти негативные чувства и научиться справляться с ними. Понимание чувств поможет вам двигаться вперед.

Не удивляйтесь, если поймете, что ощущаете горе. Исследования показывают, что горе это длительный процесс с четкими этапами. Возможно, это чувство пройдет с вами через весь период лечения и выздоровления. Горевание — так называют это состояние психологи — ведет к исцелению, достичь которого вы сможете, испытав такие чувства как шок, отрицание, признание, вина, гнев и депрессия. Более полную информацию о смене психологических фаз при заболевании вы найдете в этой главе. Будьте терпимы к себе. Вы не будете чувствовать физического и эмоционального баланса, и понадобится немало времени, прежде чем он к вам вернется. Не торопитесь. Возьмите столько времени, сколько необходимо, чтобы принять новые обстоятельства. Когда будете готовы, позвольте себе принять эти чувства и оставить их в прошлом. Вы обнаружите, что внутренняя сила и надежда по-прежнему с вами, готовые помочь вам преодолеть все трудности.

Близкие люди могут стать для вас наиболее важным источником поддержки. Некоторые женщины обнаруживают, что их партнер отдаляется, когда узнает о диагнозе рак молочной железы. Мужчины могут думать, что женщина, у которой обнаружен рак, будет чувствовать себя еще более обремененной, если поделиться с ней своими страхами и подавленностью. Но когда партнеры подобным образом пытаются защитить друг друга, оба страдают от этого молчания. Ни одна пара не проходит через онкологическое заболевание без беспокойства и горя. Очень важно обсуждать эти страхи друг с другом, ведь нести этот груз легче вдвоем, нежели поодиночке.

Для вашего душевного здоровья очень важно найти того, с кем вы можете говорить. Попробуйте найти того, кто умеет слушать и позволит вам разобраться со своими мыслями вслух и без лишних советов. Вы можете чувствовать дистанцию с теми, кого любите, и вам

сложно говорить о том, что вы чувствуете глубоко внутри себя. Вы находитесь в ситуации, которую они не могут понять.

Большую помощь на этом этапе вам может оказать онкопсихолог — специалист, который работает с людьми, у которых обнаружен рак. Этот специалист является беспристрастным человеком, который может слушать вас, предложить стратегию, как справиться с ситуацией, а также поможет вам найти решение проблем, с которыми вы столкнулись. Благодаря таким консультациям к вам постепенно вернется ощущение контроля над ситуацией.

Если такого специалиста нет в вашем городе, можно обратиться за консультацией онко-психолога по телефону бесплатной Горячей линии психологической помощи онкологическим больным и их близким «Ясное утро» 8 800 100 01 91 (работает круглосуточно). Также можно попробовать найти группу поддержки. Такие группы создают женщины, которые сами прошли через заболевание, выздоровели и теперь помогают другим. Они могут стать для вас мощным источником эмоциональной поддержки, ободрения и информации. Установление контактов и обретение поддержки поможет вам ощутить связь с другими в период, когда вы будете чувствовать изолированность и страх.

Разговор с другими женщинами об их опыте преодоления заболевания, может дать вам понимание, знания и надежду. Несмотря на то, что не бывает двух похожих историй преодоления рака, женщины прошедшие через эту болезнь, могут понять ваши чувства и беспокойства так, как это не смогут сделать другие. Вы можете говорить с ними о специальном белье для протезов, способах борьбы с лимфостазом, об интимной и эмоциональной сфере в отношениях с мужем, узнать больше о протезировании. Можете обсуждать влияние рака на взаимоотношения с семьей, взгляды на жизнь, вашу самооценку и чувство собственного достоинства. Женщины с таким же диагнозом в состоянии понять ваши чувства, и могут поделиться, как они справлялись с подобными чувствами. Со своей стороны, вы можете поделиться информацией, которую узнали о болезни и лечении, контактом проверенного врача или клиники, и возможно, поможете кому-то еще, или попросите совета у других. Может быть, вам достаточно просто сидеть и слушать. Вы можете участвовать в группах поддержки в той форме, которая вам комфортна.

Смена психологических фаз при заболевании

За время болезни каждый пациент проходит ряд психологических этапов, которые принято считать фазами адаптации к болезни. Зная об этих фазах, вы сможете отслеживать свои реакции на каждом этапе и лучше понимать свое состояние. Вашим близким следует также знать об этом, чтобы своевременно и эффективно помочь вам.

Первый сложный период — это **Шоковая фаза**. Когда пациент узнает, что у него серьезное и опасное заболевание. Фаза может проявляться сильнейшим шоком, различными реакциями паники, сильной тревоги и страхом. Может появиться замкнутость и нежелание общаться. Пациент может надолго замкнуться в себе. На данном этапе особенно важна поддержка близких людей, которые должны показать свою готовность помочь и не оставить наедине с болезнью.

Затем может наступить **Фаза отрицания болезни**. Психика человека защищается от страха, всеми силами вытесняя негативную информацию. «Врачи ошибаются», «со мной этого не может быть» такие мысли могут затягивать срок госпитализации. Пациент может менять врачей, перепроверяя диагноз в различных клиниках, тем самым затягивая время лечения. В этот период у пациента возможны самые разнообразные невротические расстройства, например, нарушения сна (от невозможности уснуть до кошмарных сновидений). Вновь могут возвращаться старые, еще детские страхи (страх темноты, одиночества). Не надо этого пугаться, психика адаптируется к ситуации болезни и эти проявления постепенно пройдут.

После того, когда пройдены шок и отрицание заболевания наступает тяжелая **Фаза агрессии**. Эта фаза связана с поиском причины развития заболевания и выявления «виновных». Может проявляться протест против судьбы, негодование на обстоятельства, ненависть к тем, «кто довел до этого». В том или ином виде эта фаза протекает почти у всех тяжело болеющих людей. Она носит приспособительный характер для психики, как правило, за агрессивными выпадами против родственников или врачей, скрывается сильный страх. Это очень сложный период и для пациента, и для его близких. Потому что им необходимо принимать эта агрессивные эмоции и чувства на себя, и таким образом они помогают психике пациента освобождаться от разрушительных эмоций. Родственники должны помнить, что горькие и обидные слова относятся не к ним, их диктует страх и сильное перенапряжение сил пациента. Необходимо постараться принять эти всплески эмоций, поняв и поддержав пациента, показав готовность разделить его самые тяжелые мысли и чувства. Пациент не должен оставаться один на один с этим, так как агрессия, не выплеснутая вовне, может привести к осложнениям самочувствия и суицидальным мыслям.

Фаза договора — это выход и начало адаптации к ситуации болезни. Для этой стадии характерны попытки «внутреннего договора». В этот период человек может обратиться к религии, Богу, рассуждая по принципу: «если я так поступлю, продлит ли это мне жизнь?». В этот период важно максимально поддерживать в пациенте позитивное, деятельное настроение. Напомнить ему о сильных сторонах его личности, о том, как успешно он справляется с трудностями в жизни. Надежда и вера в успех лечения — это спасательный круг для пациента, они укрепляют его веру в свои силы и выздоровление.

Фаза депрессии наступает, как правило, у всех тяжело болеющих людей. В этой фазе могут появиться мысли о собственной обреченности, чувство тоски и печали, безнадежности, несбывшихся надежд и планов, нежелания ставить цели, что-то планировать. Могут всплывать старые психологические проблемы пациента, чувство обиды, вины перед кем-то или раскаяния в чем-либо. Чаще всего в этой фазе пациент плохо идет на контакт, у него опускаются руки, он перестает внутренне бороться, избегает своих друзей. Поэтому в этой ситуации можно поддерживать разными способами: молчаливым присутствием, тактильным контактом или разговором в том контексте, который поддерживает пациент, то есть постараться разделить его переживания и показать, что он не один, что борьба за его жизнь продолжается, его поддерживают и за него переживают. Нельзя стараться быстрее вытаскивать человека из этого состояния, надо понимать, что это определенная фаза, на которой пациент

должен побыть какое-то время. Это нормальное состояние адаптации психики к болезни, но если фаза течет долго, необходима врачебная поддержка.

На **фазе принятия** факта болезни происходит качественная перестройка мышления и жизни пациента, переоценка его ценностей. Это фаза духовного роста и нормализации психологического состояния. На этом этапе пациент чаще всего берет ответственность за болезнь и свое существование на себя. Происходит снижение уровня депрессивных эмоциональных проявлений. Пациент мобилизует свои усилия, начинает сотрудничать с врачами. Начинает понимать, что от его состояния и его активности во многом зависит успех лечения.

Все эти этапы не обязательно проходят в том порядке и именно с такими проявлениями, как описано выше. Это зависит от психологических особенностей человека и состояния его внутренних ресурсов, например, собственной философии болезни, активной поддержки родственниками и друзьями, наличия определенных целей в жизни и т.д. Главное, что необходимо помнить, что данные этапы пройдут, психика пациента адаптируется, и появятся силы для борьбы с болезнью.

Разговор с друзьями и близкими

Только вы сами знаете правильные слова, которые нужно вовремя сказать семье и друзьям о вашем диагнозе. Дайте и им шанс предложить свою помощь. Ваша честность и открытость может помочь выйти на качественно другой уровень общения, и сделать ваши отношения крепче и ближе.

Первым делом, составьте список людей, с кем вы хотели бы поговорить в первую очередь. Затем, составьте список менее близких людей, кто может узнать эту новость. Прежде, чем говорить о вашем заболевании с другими, подумайте о своих чувствах, мотивах и результате, которого хотите этим достичь. Будьте готовы, что ваши друзья и члены семьи могут отнестись к этому абсолютно по-разному. Им также нужна поддержка в таких обстоятельствах. Они могут выразить свои чувства или же постараются их скрыть.

Люди реагируют по-разному, когда узнают, что их близкий заболел раком. Кто-то из друзей может начать сторониться вас, ведь каждый начинает «примерять диагноз» на себя, а это, подчас, вызывает панический страх. Иногда люди никак не реагируют, идут по самому легкому пути: молчат, не звонят, не пишут, потому что не знают, какие нужны слова, что сказать, как не ранить и без того страдающего человека. А кто-то, наоборот, может задавать слишком много вопросов или стать сверхвнимательным, к примеру, коллеги на работе, ваш начальник. Согласитесь — им, и вам, всем нужно определенное время, чтобы привыкнуть к обстоятельствам и научиться спокойно говорить об этом.

Однако, среди ваших близких и друзей могут оказаться те, кто будет подбадривать бесполезными фразами, либо советовать уповать на веру в Господа, особенно это может быть неприятным в те моменты, когда вы растеряны, встревожены, испуганы. Вы в полном праве просить их просто вас выслушать, а если они этого не умеют и эмоционально глухи, старай-

тесь общаться с теми, кто умеет оказывать моральную поддержку. В вашей ситуации это важно.

Иногда достаточно утомительно по много раз повторять детали вашей болезни всем, кто о вас беспокоится. Попробуйте попросить кого-то из членов вашей семьи или друзей взять на себя эту функцию — посвящать в детали тех, кто об этом спросит. Можно также попросить его или ее периодически делать групповую рассылку по электронной почте среди друзей, которые беспокоятся о вас и ждут новостей относительно вашего состояния здоровья.

Если вы религиозны, возможно, вам поможет общение с проверенным, умным и позитивно-настроенным духовником, который не станет отговаривать от стандартного лечения, но найдет нужные слова утешения для вашей души. Попробуйте пообщаться на эту тему с женщинами, перенесшими рак, либо находящимися в процессе лечения, наверняка, у них есть контакты таких духовников

Для родителей: помогите детям понять ваше состояние

Нередко рак называют «семейной болезнью», так как он оказывает влияние на всю семью. Не держите свой диагноз в секрете от детей. Некоторые родители считают, что они могут уберечь своих детей от тяжелой правды, но честно говоря, для детей будет намного лучше, если вы расскажите им о своем диагнозе и последствиях, которые ожидают семью. Попытка оградить детей от правды может нанести им больше вреда, чем пользы. Дети, чьи родители честны с ними и делятся информацией в надлежащей форме, как правило, испытывают меньше беспокойства.

Обычно дети очень беспокоятся за своих родителей. У них живое воображение и они склонны представлять худшее. Даже, если вы не говорите с ними открыто о своем диагнозе, они все равно чувствуют что-то неладное. Без честных объяснений дети обычно приходят к собственным заключениям. Ребенок может трактовать ваше молчание по-своему: случилось что-то страшное, о чем нельзя говорить. Если вы держите свой диагноз в секрете от детей, существует высокий риск, что вашу скрытность они интерпретируют по-своему. Это может вылиться в чувство изолированности и сомнения, можно ли доверять тому, что вы говорите. Невозможно оградить детей от сложных сторон жизни, следуя естественному желанию защитить их. Это не сделает сложные вопросы приятными и безопасными в долгосрочной перспективе.

Разговор с детьми о раке

Первое и самое важное, что вы должны сделать, чтобы помочь детям справиться с вашим диагнозом, дать им в подходящей форме информацию о раке молочной железы. Будет лучше, если вы первой расскажите им о своем заболевании. Если они узнают об этом от кого-то другого, например, от любопытных соседей или одноклассника, который случайно услышал разговор взрослых — это может подорвать доверие детей к вам. Разговор должен состояться до начала лечения. Выберите для такого разговора спокойное место, где вас никто не сможет

прервать. Дайте детям достаточно времени, чтобы они смогли задать вам вопросы и выразить свои чувства.

Во-первых, объясните им свой диагноз и подготовьте детей к тем изменениям, с которыми им предстоит столкнуться. Вашим детям будет легче принять изменения, если они будут подготовлены к ним заранее. Лучше дать открытую правдивую информацию о раке, что позволит ребенку правильно понять ситуацию, задать вопросы и определить свое место в тех обстоятельствах, в которых ему предстоит оказаться. Помня это, будьте правдивыми со своими детьми во всем, что касается рака и его последствий, но только в тех объемах, которые соответствуют возрасту и способности детей воспринять данную информацию.

Детям необходимо знать базовую информацию: вид рака (можно сказать «рак груди»), часть тела, где он находится, как его лечить, и как изменится образ жизни и быт семьи в период болезни и лечения. Ваши дети нуждаются в подбадривании. Напомните им, что они в безопасности, защищены и любимы. Скажите им, что в период лечения вы будете время от времени отсутствовать, и соответственно, в этот период о них будут заботиться другие. Успокойте ваших детей, что вы их не бросите. Дайте им знать, что их потребности будут удовлетворены, в независимости от обстоятельств.

Постарайтесь не оставлять без ответа сложные вопросы типа «Ты умрешь?». Отвечайте на подобные вопросы честно, но максимально оптимистично, насколько это позволяет ситуация. Например, вы можете сказать: «Это очень серьезная болезнь, но я получу самое лучшее лечение. Доктор считает, что у меня все будет хорошо». Когда же ситуация далека от оптимизма, родители должны признать, что очень сложно жить в состоянии неопределенности и, чтобы не произошло, все трудности они встретят вместе как настоящая семья. Помните, что разговор с детьми о раке — это целый процесс, и он займет определенное время. Если рак входит в длительную ремиссию или переходит в хроническое состояние, доведите эту информацию до детей с учетом возможных изменений их эмоционального состояния и потребностей развития.

ЧТО СКАЗАТЬ ДЕТЯМ

Осведомленность об онкологическом заболевании и о том, что ожидать в период лечения поможет вашим детям чувствовать себя более уверенно. Рассказывая детям о заболевании, постарайтесь донести до них следующее:

- **Дети не являются причиной рака,** и это не их вина, что вы заболели.
- **Вы можете чувствовать себя плохо или быть подавлены,** и это из-за рака и лечения, а не из-за того, что дети сделали что-то не так.
- **Рак — это сложное заболевание.** Существует более сотни разновидностей рака, и каждый из них лечится определенным способом.

- **Раком нельзя заразиться.** Он не передается от человека к человеку.
- **Рак не является приговором.** Многие люди сегодня излечиваются от рака благодаря современным лекарствам. Постоянно ведется разработка новых видов лечения рака.
- **Повседневные семейные заботы могут измениться,** но заверьте своих детей, что все, что им нужно, они получают. Необходимо убедить детей, что они должны продолжить свои обычные занятия, которые важны для них.

Будьте честны и искренни, как только можете. Используйте понятные слова. Старайтесь отвечать на вопросы, как можно более четко и открыто. Не прячьте свои чувства от детей. Приводите примеры, делитесь вашими чувствами и признавайтесь в своих страхах, однако, делайте это в пределах разумного. Постарайтесь показать своим детям сбалансированную перспективу: рак — это серьезная болезнь, но она не безнадежна.

Степень подготовленности ребенка

Принятие решения о том, что и в каком объеме рассказать ребенку о вашем диагнозе, прежде всего, зависит от возраста и уровня развития ребенка. Такие факторы, как личность ребенка, форма подачи информации и особые обстоятельства в вашей семье — все это повлияет на то, как ребенок отреагирует на эту новость.

Не пытайтесь строить предположений о том, насколько ваш ребенок все понял. Информацию о раке и его лечении объяснить детям не просто. После ваших объяснений попросите ребенка рассказать своими словами, что он понял. Это позволит вам вовремя понять и скорректировать любое недопонимание, а также оценить глубину восприятия ситуации.

Разговор с маленьким ребенком (до 8 лет):

Разговаривая с маленькими детьми, используйте простые и соответствующие возрасту ребенка слова. Начните с вопроса, что они понимают и думают о болезни. В возрасте от 2 до 7 лет ребенок понимает все очень конкретно, поэтому используйте при описании болезни простые и понятные слова. Например, «мамочка заболела и из-за лекарств волосы выпали, но это не навсегда, а на время». Поясните маленьким детям, что рак — это болезнь, которая находится внутри тела человека (в данном случае — в груди). Покажите место, где находится рак. Можно также использовать книжки, куклы, рисовать рисунки. Расскажите им, что вам необходимо пройти лечение, чтобы избавиться от рака. И что, если не лечиться и не принимать лекарств, то рак может расти и стать большим, и даже перейти на другие части вашего тела, чтобы они поняли, почему вы должны пройти лечение.

Как можно подробнее объясните им изменения, которые произойдут из-за заболевания

и побочные эффекты лечения. Например, изменения в теле в результате хирургической операции, катетеры (что это такое и для чего они необходимы), усталость, потеря волос, потеря веса, изменения на коже и перепады настроения. Обо всем этом необходимо говорить, чтобы не создать почву для детских фантазий о причинах этих изменений. Помните, что ребенок хорошо понимает вещи, которые связаны с состоянием болезни, но будьте аккуратны с фразами типа «это похоже на то, когда у тебя болит горло и ты должен обратиться к врачу». Такие слова могут ввести ребенка в заблуждение. И в следующий раз, когда у него заболит горло, он может считать, что это означает, что у него может быть рак.

Разговор с более взрослым ребенком (старше 8 лет): Старшие дети уже в состоянии понять сложные объяснения и потому нуждаются в более подробной информации о вашей ситуации. Им можно показать изображения раковых клеток и рассказать о раке больше. Объясните старшим детям, что раковые клетки — это клетки, которые растут в теле, но для тела они чужие. Иногда эти клетки начинают работать неправильно — они растут и очень быстро размножаются, вместо того, чтобы умирать, как это делают нормальные клетки. В конечном результате, раковые клетки собираются вместе и формируют опухоль.

Объясните старшим детям, как действует противораковое лечение, атакуя в теле быстро-размножающиеся раковые клетки. В результате такого мощного лечения могут пострадать здоровые клетки, поэтому возможны побочные эффекты. Подготовьте детей к этому. Например, если вам проводится химиотерапия, то может произойти выпадение волос, объясните, что причиной выпадения волос являются сильные лекарства. Такие объяснения подготовят ваших детей к тем изменениям, которые они будут наблюдать в период вашего лечения. Очень важно убедить ваших детей, в независимости от возраста, что это не они явились причиной вашего рака, и никто не виноват, что вы заболели.

Реакции детей

Дети могут реагировать на ваш диагноз по-разному. Шок, потрясение, отрицание, страх, беспокойство, злость — все это нормальные реакции. Но детям часто сложно выразить свои чувства, поэтому очень важно уделять внимание поведению ребенка, потому что это ключ к его чувствам. Ребенок, который достаточно зависим, может стать еще более зависимым и привязчивым. Тихий ребенок может стать еще более тихим и замкнутым. Не все дети реагируют на кризис в семье открыто. Убедите своих детей делиться с вами своими чувствами и опасениями. Помогите им привести свои чувства в порядок, и если какие-то реакция не исчезнут, обратитесь за помощью к специалисту (детскому психологу или неврологу).

То, как дети реагируют на вашу болезнь, является отражением того, как вы сами и другие взрослые в семье справляетесь с этим кризисом. Дети часто интерпретируют то, что происходит вокруг них, наблюдая за родителями. Несмотря на то, что это может стать для вас дополнительной нагрузкой, ваш пример может помочь детям выработать навыки эффективно справляться с любыми стрессовыми ситуациями на их пути.

Возможная реакция маленького ребенка: маленькие дети не совсем понимают, как ваш

диагноз повлияет на их жизнь. В силу эгоцентричности детского сознания, их беспокоит только то, как эта новость повлияет на них. Поэтому новость о вашем диагнозе может сначала не произвести особого впечатления на ребенка, но вы увидите изменения в его поведении, когда он начнет замечать изменения, происходящие с вами в результате лечения. Маленькие дети нередко склонны к «волшебному мышлению», т.е. они верят, что могут заставить происходить разные чудеса. Они также могут думать, что плохие вещи произошли из-за того, что они разозлились на маму или папу. Маленькие дети считают себя центром вселенной, и поэтому часто думают, что плохие вещи происходят из-за того, что они нехорошие. Поэтому, если у мамы обнаружен рак, дети часто чувствуют себя виноватыми, считая, что это произошло по их вине. В некоторой степени, большинство детей верят, что их поступки являются причиной болезни их родителей. Эти страхи дети никак не показывают, однако на это необходимо обращать внимание и стараться уберечь их от таких мыслей. Вы можете сказать что-то типа: «Доктор сказал, что никто не может навлечь рак на другого человека. Никто из вас не является причиной моего рака груди».

Малыши также могут беспокоиться, что рак заразен, и что они сами или папа могут заразиться раком. Необходимо скорректировать такие мысли, прежде чем дети ощутят беспокойство. Объясните им, что рак — это другая болезнь, поэтому они не должны беспокоиться о том, что кто-то «подхватит» рак от мамы или что они сами могут заразиться от вас.

Ваш ребенок может беспокоиться, что все кто болен раком, умирают. Можно рассказать детям, что рак излечивался плохо в старые времена, когда врачи еще не знали, как находить его на ранних стадиях и эффективно лечить. Ситуация изменилась и у многих людей с диагнозом рак сегодня высокие шансы на выздоровление.

Возможная реакция более взрослых детей: У старших дети реакция на рак родителя может быть более сложной. В их возрасте они уже понимают, что смерть является неизменным этапом для каждого человека. Многие дети ощущают испуг и чувство неуверенности в будущем, они считают себя одинокими и покинутыми. Если в прошлом в семье кто-то уже умер от рака, дети в этом возрасте представляют себе, что беда может повториться и в этот раз. Объясните старшим детям, что существует очень много разновидностей рака и многие из них успешно лечатся. Кроме того, все люди по-разному реагируют на лечение и, соответственно, результат у всех может быть разный. Старшие дети тоже могут страдать от чувства вины. Обязательно напомните им, что никто не виноват в том, что вы заболели.

Если у вас дочь-подросток

Отрочество может стать трудным временем и для дочери, и для матери. Общение может быть натянутым, и стресс от лечения рака и тех изменений, которые происходят в семье, может усиливать это напряжение. Взрослеющая дочь чувствует дискомфорт во время разговора о раке молочной железы, так как в этот период происходит формирование ее собственной груди.

Вас могут беспокоить мысли о том, что ваша дочь также рискует заболеть раком в тече-

ние жизни. Если такие мысли возникают, поговорите об этом с вашим врачом. Если он предположит, что у вашей семьи есть генетическая предрасположенность к раку, то вам и членам вашей семьи могут предложить пройти определенные исследования, чтобы узнать больше о возможных рисках для вашей дочери. В данном случае риск заболеть у вашей дочери лишь немного выше, чем у других женщин.

Позаботьтесь, чтобы ваша дочь к моменту достижения совершеннолетия была обучена навыкам самообследования. Она также должна регулярно наблюдаться у врача (два раза в год). Если она входит в группу высокого риска, то ей может быть рекомендовано МРТ молочных желез (маммографию нежелательно назначать женщинам моложе 20 лет).

Подростки в особенности могут чувствовать себя двойственно в отношении болезни родителей, с одной стороны — желая помочь, с другой — чувствуя злость и вину из-за желания отстраниться. Их реакция может быть особенно сложной, если они и раньше (до болезни) не ладили с родителями. Подростки могут узнать о раке из СМИ и интернета, они могут иметь друзей, у кого в семье кто-то был болен раком, они достаточно взрослые, чтобы думать о будущем конкретно. Старшие дети и подростки могут быть сильно подавлены из-за болезни родителей, и ощущать себя беспомощными перед болью родителей. В результате этого, одни могут замкнуться в себе, а другие, наоборот, чрезмерно активно включаются в процесс заботы о родителях. Вы можете заметить разницу в поведении. Некоторые дети могут проявить агрессивность или неповиновение, пойти на нарушение общепринятых норм. Так, например, у кого-то могут начаться проблемы в школе. У отдельных детей и подростков могут возникнуть головные боли, угревая сыпь или начинают проявляться другие психосоматические проблемы.

Из-за того, что подростки могут лучше понять, что происходит, вы можете начать делиться с ними информацией и своими переживаниями. Однако не переоценивайте своего подростка. Постарайтесь сбалансировать помощь, которая вам необходима от него, с его занятиями, увлечениями и общением со сверстниками. Родители должны обеспечить подростку нормальные условия для его здоровья и развития, позволив ему вести прежний образ жизни. В связи с тем, что старшие дети и подростки очень чувствительны к тому, что они отличаются от сверстников, постарайтесь минимизировать эту разницу, вызванную вашей болезнью, тем самым вы поможете им успешно справиться с ситуацией. Детям в этом возрасте необходимо время и энергия для обучения и друзей. Если ребенок часто проводит время друзьями — это совсем не значит, что они для него важнее, чем вы. Однако эти отношения крайне важны для подростков и могут дать вашему ребенку столь необходимую ему сейчас отдушину.

Как помочь ребенку справиться с изменениями, вызванными вашей болезнью?

Для младших детей, особое внимание — это все, что им необходимо в данных обстоятельствах. Разговаривайте с ними, постарайтесь, чтобы они рассказали вам о своих чувствах, и всегда показывайте им свою любовь. Детям, особенно очень маленьким, необходимо по-

стоянно подтверждение, что они в безопасности и любимы. Прежде, чем начать лечение, подготовьте ваших детей, особенно маленьких, к тому, что вас не будет дома некоторое время. Коротко объясните им, что будет тогда, когда вы вернетесь домой. Так как лечение предполагает, что время от времени вы будете отсутствовать, объясните детям, что на некоторое время они останутся с другими людьми. Убедите детей, что их никто не бросает — что о них всегда будут заботиться, чтобы не случилось.

Расскажите учителям и воспитателям детей о своей болезни, чтобы они смогли проследить за проблемами, которые могут неожиданно возникнуть в школе. Позаботьтесь о помощниках для ваших детей. Тех, кто сможет заботиться о них, пока вы проходите лечение. Не бойтесь обращаться за помощью к друзьям или родственникам. Такая дополнительная поддержка позволит снизить нагрузку на вас в части общения с детьми и решения их проблем в период, когда ваши внутренние ресурсы лимитированы.

Дети быстро ко всему привыкают. Это помогает им чувствовать себя в безопасности. Дайте им понять, что их ежедневные потребности по-прежнему будут удовлетворяться и их жизнь не изменится. Они по-прежнему будут получать свои любимые лакомства, заниматься спортом и другими увлечениями, играть с друзьями. Привычные вещи обеспечивают детям чувство безопасности, которое необходимо им, чтобы жить полноценной жизнью. Например, подростки проводят часть времени со своими сверстниками, и необходимо уважать их право на личное пространство.

Не поощряйте плохое поведение. Сложно поддерживать дисциплину, когда такое поведение является для ребенка способом справиться со стрессом из-за болезни в семье. Важно понимать, что резкое изменение правил поведения лишь усиливает у ребенка чувство тревоги. Скажите своему ребенку, что вы любите его, но не потерпите поведения, которое может ему навредить.

Обсудите с детьми их участие в домашних делах, которые возникнут, когда вы будете проходить лечение. Вовлечение детей в этот процесс может дать им так необходимое сейчас чувство ответственности. Дайте детям важное задание и позвольте им помочь вам. Это «спецзадание» позволит детям почувствовать уверенность в себе и поможет вам и всей семье. Вовлекая детей, таким образом, вы признаете их значимость как членов семьи.

Как распознать проблему?

Будьте внимательны к признакам, которые могут сигнализировать о проблемах дома или в школе. Дети могут демонстрировать следующие реакции на ваш диагноз:

- Маленькие дети могут быть подвержены регрессу. Это выражается в том, что они начинают вести себя как малыши или могут вернуться к состоянию развития, которое они уже переросли. Например, ребенок может начать писаться в постели, стать приставучим, навязчивым или устраивать истерики. Дети школьного возраста могут отказываться идти в школу, у них могут возникнуть проблемы с учебой или сложности в отношениях с однокласс-

никами и сверстниками. Детям всех возрастов могут сниться кошмары или возникают сложности со сном. Они могут потерять аппетит, жаловаться на физическое недомогание, стать необычно тихими или испуганными, или же у них может перестать получаться то, в чем они раньше преуспевали.

- Дети, у которых до вашей болезни уже были проблемы в школе, могут столкнуться с тем, что количество проблем увеличится. Возможно, понадобится консультация специалиста, чтобы помочь им справиться со стрессом, избежать проблем с домашними заданиями или в отношениях со сверстниками. Иногда отдаление ребенка от сверстников может сигнализировать о развитии депрессии.

- Значительные изменения в поведении, которые сохраняются дольше нескольких недель, свидетельствуют о том, что у ребенка есть серьезные проблемы. Если ребенок начнет говорить о желании умереть или неожиданно откажется от своих любимых занятий, немедленно обратитесь к помощи профессионального психолога.

- Все дети сильно зависят от своих родителей, по этой причине они могут резко, а порой даже зло реагировать, если один из родителей плачет или выглядит подавленно. Дети могут не выражать сочувствие и поддержку, так как вы этого ожидаете. Они могут злиться на вас, критично относиться к вашему изменившемуся облику и неспособности заботиться об их потребностях.

- Иногда бывает сложно определить, когда ваш ребенок, столкнувшись с диагнозом рак, нуждается в дополнительной профессиональной помощи. Изменение в поведении может стать ключом к состоянию ребенка. Наиболее важным фактором для оценки изменений в поведении ребенка является их степень и продолжительность. Если такие экстремальные изменения в поведении продолжаются больше нескольких дней — это повод для беспокойства. Если симптомы продолжаются несколько недель, необходимо обратиться за профессиональной помощью к неврологу или детскому психологу.

- Взрослые дети и подростки лучше умеют скрывать свои чувства. Их поведение не всегда является индикатором их состояния. Наберитесь смелости поговорить со взрослыми детьми об их чувствах открыто. Если ребенок находится в сильной депрессии или начинает говорить о самоубийстве — немедленно обратитесь к клиническому психологу.

ГЛАВА 6

Лечение. Что ожидать и как правильно себя подготовить?

Благодаря научным исследованиям сегодня существует значительно больше возможностей для лечения рака, чем когда либо. Однако ситуация выбора может вызвать чувство подавленности. Вам понадобится время, чтобы взвесить все риски и преимущества, понять свою ситуацию. Узнайте больше о своей опухоли и вариантах лечения, чтобы бороться с ней, используя по максимуму все свои внутренние ресурсы.

Еще не так давно лечение рака молочной железы заключалось лишь в радикальной мастэктомии (полное удаление молочной железы). А утрата столь значимой для женщины части тела — один из главных страхов, связанный с заболеванием. Если во время операции выяснялось, что опухоль злокачественная, женщине удалялась вся молочная железа, и узнавала она об этом только после операции, очнувшись после наркоза. За это время многое изменилось. Сегодня у вас есть возможность выбора лечения.

Каждый метод лечения имеет свои сильные и слабые стороны. Даже если два врача предложат вам похожие варианты лечения рака, их результаты могут иметь различное воздействие на вашу жизнь. И это не простая задача: понять, что является наиболее подходящим именно для вас. Поэтому так важно взвесить все возможные риски и пользу каждого варианта лечения и сопоставить их со своими личными предпочтениями, потребностями семьи и профессиональной карьеры.

Чтобы принять осознанное решение и вместе со своим врачом выбрать наиболее подходящий для вас вариант лечения, прежде всего, нужно понять свои приоритеты и потребности. Для вас важно жить долго и без рака? Или важнее сохранить грудь? Сохранить привычный образ жизни в период лечения? Какова цель лечения? Вылечить болезнь, взять ее под контроль или лечить симптомы?

Для того, чтобы оценить каждый метод лечения с точки зрения собственных приоритетов, вы можете использовать следующую технику. Запишите на бумаге все, что приходит вам в голову по поводу каждого варианта лечения, например, насколько долго это будет длиться, какие побочные эффекты ожидать, все «за» и «против» и т.д. Для того, чтобы начать, можете задать себе следующие вопросы:

- В чем заключаются плюсы и минусы каждого варианта лечения? Возможно, мне необходимо больше информации, чтобы разобраться в особенностях определенного вида лечения? Где я могу получить эту информацию?
- Изучая преимущества и недостатки каждого вида лечения, какие варианты можно считать наиболее целесообразными в моем случае? Согласен ли с этим мой врач?

- Как мне лучше подготовиться к лечению, которое я выбрала, и организовать свою жизнь в этот период? Мой пошаговый план действий?
- Кто и как сможет меня поддержать, пока я буду лечиться?
- Как лечение отразится на моей повседневной жизни?
- Мои сомнения или страхи?
- Вероятный исход лечения?
- Остались ли у меня какие-либо вопросы?

Фиксируя на бумаге важную информацию о каждом варианте лечения, тем самым вы получаете возможность разобраться со своими мыслями и чувствами. Если возникнут затруднения в процессе подготовки ответов, попробуйте понять, что именно вас беспокоит, и с кем вы можете поговорить об этом.

Давно известно, что успех лечения во многом зависит от того, насколько пациент доверяет своему врачу, и следуете его рекомендациям и предписаниям. Прежде чем принять решение о плане лечения, убедитесь, что у вас достаточно информации, чтобы быть уверенной в том, что план лечения и команда врачей — лучшие для вас. Потратьте время, чтобы изучить все основные аспекты лечения до его начала. Помните, что правильно подобранная схема лечения пациента зависит преимущественно от стадии опухоли, результатов гистологии, тестов на гормональные рецепторы и белок HER2 и общего состояния здоровья.

Врач может рекомендовать вам определенный вид или комбинированное лечение. Комбинированное лечение состоит из нескольких методов, каждый из которых играет важную роль в лечении вашего рака. Зачастую использование комбинированного или комплексного лечения повышает шансы на выздоровление. Вникайте во все детали лечения, которое предлагает ваш врач. Выясните, как лечения подействует на вас. Прежде чем принять решение о плане лечения, вы должны иметь максимально сбалансированное мнение. Многие пациентки на приеме у врача теряются и забывают задать вопросы, которые их волнуют. В этом случае, лучше подготовьтесь к визиту заранее. Можно записать свои вопросы на бумаге. Если вам сложно сосредоточиться, попросите, чтобы кто-то из близких сопровождал вас и мог записать ответы и рекомендации врача.

Помочь с ответами на волнующие вас вопросы может не только ваш врач, но и другие медицинские специалисты, которые участвуют в вашем лечении. Не стесняйтесь задавать им вопросы. Справиться с эмоциональным состоянием и дать практические советы вам поможет онкопсихолог. Узнайте у своего врача, есть ли такой специалист в стационаре и как попасть к нему на прием. Пациентки-волонтеры из групп поддержки также могут оказать вам эмоциональную поддержку и поделиться своим опытом преодоления болезни. Существует ли такая группа в вашем городе, вы можете также уточнить у своего врача.

Виды лечения рака молочной железы

Сегодня рак молочной железы успешно лечится, и женщины имеют возможность выбрать наиболее подходящее им лечение. Современные методы лечения можно разделить на следующие большие группы: хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия, гормонотерапия, таргетная терапия, поддерживающая терапия (в т.ч. лечение бисфосфонатами).

В зависимости от вашего диагноза, план лечения может включать местные методы лечения — такие, как хирургическая операция или лучевая терапия, и системные методы лечения, к которым относится химиотерапия, гормонотерапия, таргетная терапия. Местное лечение способствует удалению или разрушению опухоли молочной железы в определенном месте. При системном лечении лекарственный препарат, поступая в кровоток, разрушает раковые клетки или контролирует их развитие. Достаточно часто проводится комбинированное и комплексное лечение, когда используются два и более метода в процессе лечения.

Если системная лекарственная терапия проводится после операции, она называется адъювантная. Ее задача — уничтожить опухолевые клетки, которые могли остаться после операции. Даже на ранних стадиях болезни опухолевые клетки могут отделиться от первичной опухоли и распространиться дальше через кровоток. Такие клетки обычно никак себя не проявляют, их не видно при рентгенографии и КТ, их невозможно выявить во время осмотра. Но они способны продолжить рост в других частях тела, что проявляется спустя определенное время. Системная лекарственная терапия также является основным методом лечения больных метастатическим раком молочной железы.

В некоторых случаях системная терапия может быть назначена и перед операцией. В этом случае она называется неоадъювантной. Обычно врач использует неоадъювантную терапию для того, чтобы сократить размеры опухоли настолько, чтобы ее было легче удалить во время операции. Это дает возможность провести операцию женщинам с распространенной опухолью, а тем, кому без этого лечения была показана мастэктомия — провести органосохраняющую операцию. Неоадъювантная (предоперационная) терапия также поможет вашему врачу выяснить, как ваша опухоль реагирует на определенные виды лечения (химиотерапия, гормонотерапия и таргетная терапия), если они понадобятся после операции.

Побочные эффекты лечения

Большинство методов лечения рака имеют риск побочных эффектов. Представьте, если лечение настолько сильно, что может убить раковые клетки, то, значит, здоровые тоже могут пострадать. Спросите своего врача о вероятности побочных эффектов в вашем случае. Это поможет вам чувствовать себя более уверенно. Вы будете контролировать ситуацию, зная о потенциальных побочных эффектах лечения, через которые вам предстоит пройти. Вы будете понимать, насколько распространены или редки эти проявления, и самое главное, вы будете знать, как контролировать или предупредить эти побочные эффекты.

Помните, что это ваша болезнь, ваше тело и, наконец, ваша жизнь. Только вы и ваш врач можете выбрать наиболее подходящий для вас вариант лечения рака молочной железы. Многим женщинам сложно самим принять решение, поэтому они предпочитают, чтобы решение о лечении принял врач. Некоторые склонны выбирать то лечение, которое помогло кому-то из близких или знакомых. Но в этом случае важно помнить, что даже если у кого-то был схожий диагноз, это совсем не означает, что его план лечения идеально подойдет вам. Возможно, вы склонны испытывать доверие к «чудодейственным» методам лечения, о которых прочитали где-то в прессе или интернете. Будьте внимательны. Шарлатанов, которые называют себя «целителями» или «авторами уникальных методик», по-прежнему очень много, и они не брезгуют никакими методами, чтобы привлечь как можно больше онкобольных, готовых отдать последние деньги за «чудо-лечение». Если в публикациях упоминается о предварительных результатах исследований, важно понимать, что на подтверждение эффективности данного лечения (если оно действительно эффективно) могут уйти годы.

Итак, существует много подходов к лечению рака молочной железы, включая операцию, радиотерапию, химиотерапию, таргетное лечение, гормональную терапию. Ниже мы постараемся помочь вам разобраться в том, что представляют собой основные методы лечения.

Хирургическое лечение

Большинство женщин с диагнозом рак молочной железы имеют дело с несколькими типами хирургических операций. Первичной целью операции является удаление опухоли из молочной железы и лимфатических узлов, если она туда уже распространилась. В зависимости от вашей ситуации, врач может рекомендовать органосохраняющую операцию (обычно это лампэктомия или секторальная резекция) или мастэктомию (полное удаление молочной железы). Возможно, вы также можете нуждаться в удалении лимфатических узлов рядом с молочной железой. Результаты операции отражаются в вашем гистологическом заключении. Данное заключение также содержит информацию, на основе которой будет разработана ваша схема лечения.

Потеря ли я грудь?

За последние годы лечение рака молочной железы претерпело значительные изменения. Новейшие технологии лечения, включая органосохраняющие операции, привели к тому, что теперь многие пациентки больше не должны удалять молочную железу. Большинство из них могут сделать выбор между операцией, позволяющей сохранить молочную железу (как правило, проводится всегда в комплексе с лучевой терапией), и мастэктомией. Сегодня мастэктомия используется значительно реже, чем в прошлом.

На выбор женщиной метода лечения влияют разные аспекты, такие как вид рака, ее возраст, ее отношение к своему имиджу и собственному телу, ее надежды и страхи, текущая жизненная ситуация. Например, некоторые женщины отдают предпочтение органосохраняющей операции и лучевой терапии по эстетическим соображениям, желая сохранить внешний вид контура тела. Лучевая терапия рекомендуется всегда после органосохраняющей операции

для того, чтобы снизить риск возврата заболевания. Иногда лучевая терапия рекомендована также и после мастэктомии.

С другой стороны, часть женщин выбирают мастэктомию, так как это дает им больше спокойствия, несмотря на внешние изменения контура тела. Некоторые женщины больше переживают за последствия лучевой терапии и меньше думают о своем внешнем виде. Другие просто не хотят или не в состоянии каждый день проходить сеанс лучевой терапии. Часть женщин выбирают метод реконструкции груди, чтобы сохранить ее внешний вид. Сначала потеря молочной железы может сильно расстраивать, но со временем вы привыкните к этому. Многие женщины считают, что мастэктомия не изменила их жизнь существенным образом. Кто-то из них говорит, что уже привык жить без молочной железы. В отличие от рук, ног или глаз, она не нужна, чтобы справляться с повседневными заботами и сохранить качество жизни.

Если вам рекомендована мастэктомия, имейте в виду, что реконструктивную пластическую операцию можно сделать позже. За рубежом и в ведущих российских онкологических клиниках такую пластическую операцию можно сделать сразу после мастэктомии, и прийти в себя после операции уже с новой грудью. Кто-то предпочитает сделать реконструктивную операцию после завершения лечения, другие же вовсе отказываются от такой операции. Главное, что важно помнить о реконструкции — сегодня существуют различные варианты. Остановитесь ли вы на каком — то из них или откажетесь от реконструкции вовсе — это только ваш выбор.



ВАЖНО ЗНАТЬ:

Реконструктивно-пластические операции относятся к видам высокотехнологической медицинской помощи по профилю «Онкология». Это значит, что на данный вид лечения вы можете получить государственную квоту и, соответственно, пройти его бесплатно. Проводить такие операции могут только специализированные медучреждения, имеющие соответствующую лицензию. Если медицинское учреждение, в котором вы проходили лечение, не имеет такой лицензии, вы имеете право на получение квоты на данный вид высокотехнологической помощи в другом медицинском центре, обладающем лицензией. За дополнительной информацией обратитесь к своему врачу.

Органосохраняющая операция

Так обычно называют такие виды операций как лампэктомия и резекция (секторальная или радикальная). При этих операциях убирают лишь ту часть молочной железы, которая поражена опухолью. Насколько много придется убрать, зависит от размера и месторасположения опухоли, а также других факторов. Во время операции хирург убирает опухоль и

небольшой край здоровой ткани вокруг нее (рис.9). Если раковые клетки обнаружены в краевой ткани — эта часть должна удаляться хирургическим путем. Операция может быть повторена, чтобы убрать остатки опухоли и получить «чистый» край ткани. В большинстве случаев органосохраняющая операция сопровождается биопсией или удалением подмышечных лимфоузлов, что может быть выполнено как из того же, так и из отдельного разреза.

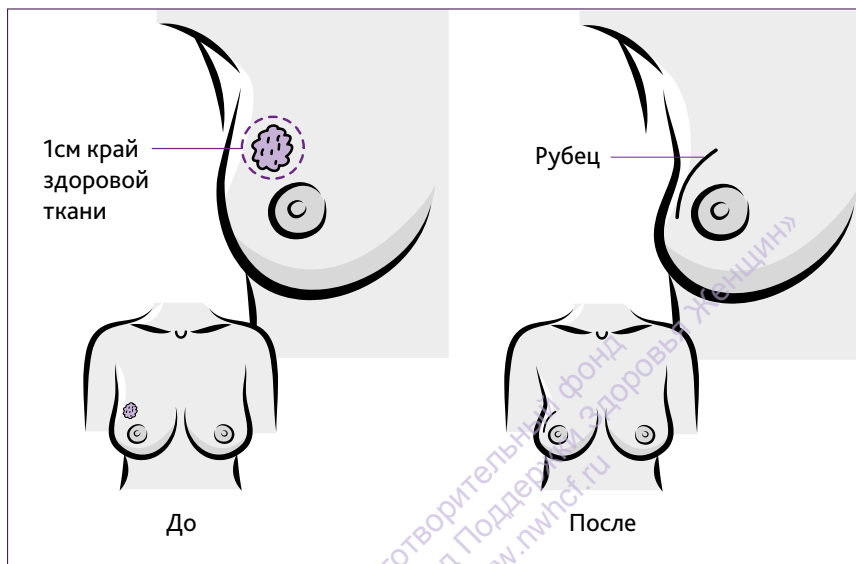


Рис.9. Лампэктомия

Почти во всех случаях при *инвазивном* раке молочной железы, лучевая терапия проводится после органосохраняющей операции. Если лучевая терапия будет проводиться после операции, врач-хирург может расположить небольшие металлические скобы в молочной железе во время операции. Эти скобы видны при рентгенографии, поэтому их используют, чтобы отметить место для проведения лучевой терапии.

К возможным краткосрочным побочным эффектам органосохраняющей операции можно отнести боль, раневую инфекцию, временный отек, гематому (собравшаяся в ране кровь) и серому (скопление светлой жидкости в ране). Чем больше ткани молочной железы удаляется, тем выше вероятность заметного изменения формы груди после операции. Если ваши молочные железы сильно различаются по размеру после операции, в этом случае рекомендуется сделать реконструктивную операцию или пластическую операцию здоровой груди, с целью уменьшения ее размера, и таким образом добиться их идентичности по размеру. Иногда эту процедуру делают прямо во время основной операции. Важно переговорить с вашим врачом или пластическим хирургом до операции, чтобы принять решение, как должна выглядеть ваша грудь после.

Мастэктомия

Мастэктомия — это операция по удалению всей молочной железы, часто вместе с прилегающей тканью. Существуют несколько видов мастэктомии.

Простая мастэктомия

При простой мастэктомии хирург удаляет всю молочную железу, но при этом не затрагивает лимфатические узлы в подмышечной области, а также мышечную ткань (рис.10). Простая мастэктомия используется для лечения инвазивного или распространенного неинвазивного рака молочной железы. Иногда приходится удалять обе молочные железы (двойная мастэктомия). Такая операция является превентивной мерой для женщин с высоким риском развития рака молочной железы во второй молочной железе.

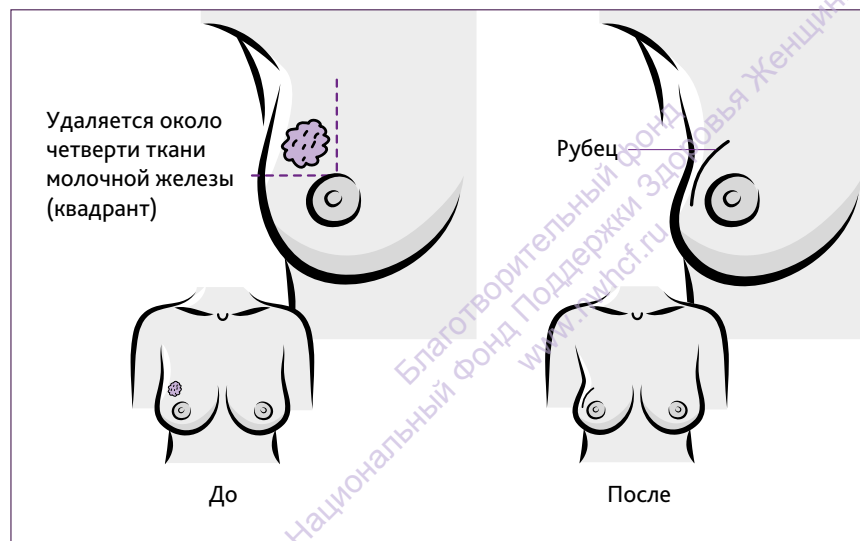


Рис. 10. Простая мастэктомия

Мастэктомия с сохранением кожи

Сохраняющая кожу мастэктомия является вариантом простой мастэктомии. Ее могут предложить женщинам с небольшими опухолями, кто собирается сделать реконструкцию молочной железы одновременно с операцией по удалению опухоли. При сохраняющей кожу мастэктомии ткань молочной железы удаляется также, как и при простой мастэктомии, но большая часть кожи на груди (у соска и вокруг) остается. При этом для реконструкции груди используются импланты или лоскуты ткани с другой части тела. Многие женщины предпочитают именно этот вариант, потому что в результате возникает меньше рубцовой ткани и реконструируемая грудь выглядит очень натурально.

Мастэктомия с сохранением соска и области ареолы

Еще одна современная возможность — это сохраняющая сосок и области ареолы мастэктомия, которая может быть предложена женщинам, имеющим маленькую опухоль, которая расположена далеко от соска или поверхности кожи. При опухолях более крупных размеров и близко расположенных к соску высока вероятность наличия раковых клеток в самом соске, что повышает риск того, что рак может вернуться.

Еще одна современная возможность — это сохраняющая сосок и области ареолы мастэктомия, которая может быть предложена женщинам, имеющим небольшую опухоль, которая расположена далеко от соска или поверхности кожи. При опухолях более крупных размеров и близко расположенных к соску высока вероятность наличия раковых клеток в самом соске, что повышает риск того, что рак может вернуться. При сохраняющей сосок мастэктомии удаляется ткань молочной железы, но кожа, сосок и ареола при этом сохраняются. При сохраняющей ареолы мастэктомии, сосок и млечные протоки могут быть удалены, в то время как круг ткани вокруг сохраняется. При сохраняющей кожу мастэктомии, сохраняющие сосок и ареолы процедуры требуют, чтобы реконструкция груди была сделана одновременно с операцией по удалению опухоли. Хирург часто удаляет ткань молочной железы под соском для того, чтобы проверить наличие раковых клеток. Если они обнаружены, то сосок необходимо удалить. Даже если раковые клетки не обнаружены в этом месте, некоторые врачи назначают женщине лучевую терапию во время или после операции, чтобы уменьшить риск возникновения рака вновь.

Сохраняющие сосок и ареолу процедуры являются наиболее спорными, однако если речь идет о каком-то другом виде мастэктомии, то сохраняющая сосок операция становится проблематичной. Даже если сосок может быть сохранен, его чувствительность при этом будет потеряна, так как при операции пересекаются нервы. Кроме того, сосок не будет хорошо снабжаться кровью, поэтому иногда он может деформироваться или исчезнуть совсем. В отдельных случаях сосок может позже выглядеть, как будто он немного смещен, как правило, это происходит у женщин с большой грудью. Эта операция оставляет ели заметные рубцы, но если она сделана не надлежащим образом, может быть оставлено немного пораженной ткани молочной железы. Поэтому от хирурга требуется виртуозное владение этой техникой, что возможно лишь в ведущих онкологических клиниках, имеющих значительный опыт в этой области.

Модифицированная радикальная мастэктомия

При *модифицированной радикальной мастэктомии* хирург убирает всю молочную железу, малую грудную мышцу и некоторые лимфатические узлы в подмышечной части (рис. 11). Ее преимуществом является меньшая травматичность и меньшая деформация грудной клетки.

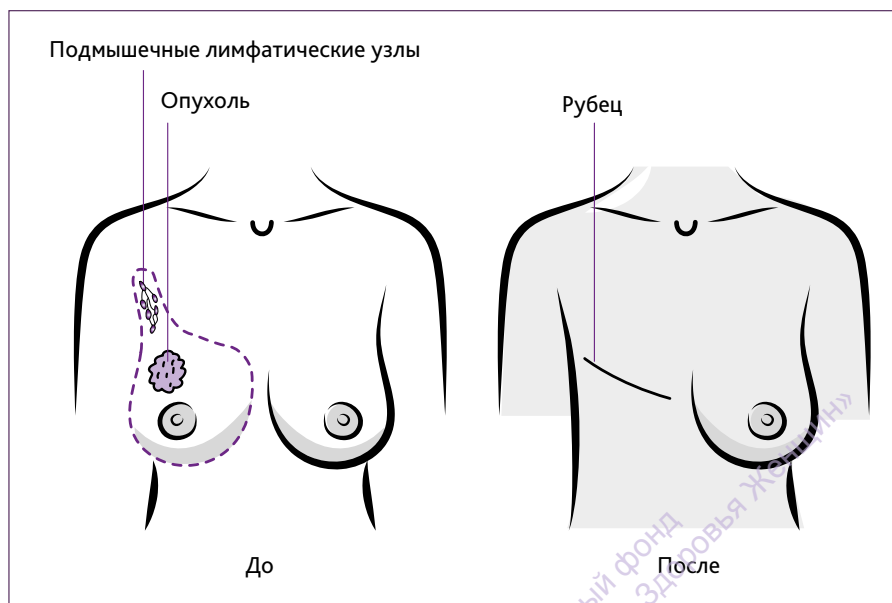


Рис.11. Модифицированная радикальная мастэктомия

Радикальная мастэктомия

При радикальной мастэктомии полностью удаляются вся молочная железа, лимфатические узлы и грудные мышцы. В свое время эта операция была достаточно распространенной. Однако сегодня хирурги используют ее значительно реже, так как использование модифицированной радикальной мастэктомии и сохраняющих молочную железу операций в комбинации с лучевой терапией и химиотерапией более эффективно, чем радикальная мастэктомия.

Возможные побочные эффекты мастэктомии

Наряду с болезненными явлениями и изменениями внешнего вида груди возможными побочными эффектами мастэктомии являются инфекции на прооперированной стороне, гематомы (скопление крови в ране) и серома (скопление прозрачной жидкости в ране). При удалении лимфатических узлов могут иметь место и другие побочные эффекты.

Выбор между органосохраняющей операцией и мастэктомией

Многие женщины с ранней стадией локализованного рака могут выбирать между сохраняющей молочной железу операцией и мастэктомией. При выборе между органосохраняющей операцией и мастэктомией необходимо взвесить все за и против. Главное преимущество, сохраняющей молочную железу операции, состоит в том, что женщина может сохранить большую часть своей груди. Недостатком же является то, что обычно необходимо в течение

нескольких недель после операции пройти лучевую терапию. Однако необходимость лучевой терапии зависит от конкретной ситуации: некоторые женщины, кому назначена органосохраняющая операция, не нуждаются в лучевой терапии, в то время как после мастэктомии в ней нуждается ряд женщин.

Вы можете с самого начала отдать предпочтение мастэктомии как пути избавления от рака. Но вы должны понимать, что ни один из вариантов не дает абсолютной гарантии, что рак не вернется. В большинстве случаев, мастэктомия не гарантирует женщине лучший шанс на выздоровление или лучший результат лечения.

Сегодня в мире все больше женщин и их врачей предпочитают органосохраняющие операции и лучевую терапию, но ваш выбор зависит от ряда факторов, а именно:

- как вы относитесь к тому, чтобы лишиться молочной железы,
- как вы относитесь к прохождению лучевой терапии,
- как далеко вам придется отправиться на лечение и сколько времени займет лучевая терапия,
- не измените ли вы свое мнение и захотите провести реконструкцию груди после мастэктомии,
- предпочтение мастэктомии как пути «как можно быстрее избавиться от рака»,
- страх, что рак вернется.



ВАЖНО ЗНАТЬ:

Сохраняющая молочную железу операция и лучевая терапия не рекомендована следующим пациентам:

- кто уже проходил лучевую терапию молочной железы,
- у кого две или более опухоли в одной молочной железе, которые должны быть удалены одновременно во время хирургического вмешательства без значительных изменений внешнего вида груди,
- кто прошел лимфаденэктомию и при повторной резекции не были полностью удалены пораженные участки ткани (раковые клетки возникли снова или рядом с местом операции),
- у кого есть серьезные поражения тканей, такие как склеродерма или волчанка, которые делают их особенно чувствительными к побочным эффектам лучевой терапии,
- беременным женщинам,

- если опухоль более 5 см. и она не уменьшилась при неоадъювантной химиотерапии,
- при наличии воспалительного рака молочной железы,
- если опухоль слишком велика в сравнении с объемом молочной железы.

Во внимание следует принимать и другие факторы. Например, молодые женщины с диагнозом рак молочной железы и известными мутациями BRCA имеют очень высокий риск повторного рецидива опухоли. Некоторым из них следует удалить вторую молочную железу, чтобы уменьшить риски повторного появления рака, и поэтому в качестве лечения может быть выбрана мастэктомия.

Вопросы, которые можно задать врачу об органосохраняющей операции или мастэктомии

- Каковы риски и преимущества при проведении лампэктомии или мастэктомии?
- Какая из этих операций снизит шансы на появления рака вновь в моем случае?
- Сколько лимфатических узлов будет удалено?
- Нужна ли мне лучевая терапия или другое лечение после операции?
- Какие побочные эффекты можно ожидать после операции? Что можно сделать, чтобы помочь себе справиться с этими побочными эффектами? Какие побочные эффекты я почувствую сразу после операции?
- Как я буду выглядеть после мастэктомии, если моя молочная железа не будет реконструирована?
- Если я выберу мастэктомию, какие у меня есть варианты реконструкции?
- Если я выберу вариант без реконструкций, какие протезы мне подойдут?

Удаление лимфатических узлов

Лимфатические узлы — это очень маленькие, похожие на бобы скопления тканей иммунной системы, которые пронизывают все наше тело и помогают организму противостоять инфекциям. Если раковые клетки в молочной железе распространяются за пределы основной опухоли, они, как правило, первоначально начинают свое путешествие вблизи лимфати-

ческих узлов, в особенности в районе подмышечной впадины.

Женщинам с диагнозом рак молочной железы очень важно знать, распространился ли рак в лимфатические узлы. Это является критически важным для женщин с инвазивным раком, так как это помогает определить стадию рака, что в свою очередь влияет на варианты лечения и результаты. Если лимфатические узлы поражены, то весьма вероятно, что раковые клетки распространятся и на другие части тела. Женщинам с диагнозом протоковая или дольковая карцинома *in situ* чаще всего нет необходимости проверять лимфатические узлы, так как риск распространения очень низкий. При протоковой карциноме *in situ* необходимо проверять лимфатические узлы.

Для того, чтобы проверить не распространилась ли ваша опухоль дальше, врач проведет хирургический забор образца ткани из подмышечного лимфатического узла с целью исследовать его под микроскопом. Для некоторых женщин, прежде всего пожилых и тех, у кого есть серьезные медицинские противопоказания, забор материала из лимфатического узла может быть произведен при необходимости. Образец ткани из подмышечного лимфатического узла может быть взят двумя путями: с использованием подмышечной лимфаденэктомии или биопсии сторожевых лимфоузлов.

Подмышечная лимфаденэктомия

При подмышечной лимфаденэктомии хирург убирает в среднем от 10 до 20 лимфоузлов из подмышечной области. Обычно это делается одновременно с мастэктомией или с сохраняющей молочную железу операцией. Многие годы подмышечная лимфаденэктомия была стандартной операцией по удалению лимфатических узлов, и сегодня она используется достаточно часто. Например, подмышечная лимфаденэктомия может быть сделана, если предыдущая биопсия показала, что один или несколько подмышечных лимфоузлов содержат раковые клетки.

Биопсия сторожевых лимфоузлов (сентинел ноуд-биопсия)

При биопсии сторожевых лимфоузлов (ее также называют *сентинел ноуд-биопсия*) хирург находит и удаляет первый лимфоузел или несколько таких лимфоузлов, в которые обычно распространяется опухоль. Такой лимфоузел называется сторожевым (сигнальным), так как он с высокой вероятностью содержит раковые клетки, если они начали распространяться. При сентинел-биопсии можно определить насколько рак распространился в лимфоузлы, не удаляя их все. Выполняя этот вид биопсии, хирург вводит радиоизотопное вещество или специальный краситель непосредственно в опухоль, в область вокруг нее или в область вокруг соска. Лимфатические сосуды доставляют вещество в сторожевой узел. Врач использует при этом специальное оборудование, чтобы исследовать радиоизотопное вещество в сторожевом узле или осмотреть окрашенный в синий цвет лимфоузел. Это два различных пути, как можно определить сторожевой узел, но для надежности их обычно делают вместе. В последнее время появились другие способы определения сторожевого лимфоузла — с помощью флуоресцентного красителя или магнитной метки. Оба эти метода также требуют специального оборудования, которое используются во время операции. Затем врач надреза-

ет кожу над этим местом и удаляет лимфоузел, содержащий красящее, магнитное или радиоизотопное вещество. Эти узлы (чаще два или три) исследует патоморфолог.

Сторожевые лимфоузлы иногда могут быть проверенны на наличие раковых клеток во время такой биопсии путем быстрого замораживания части узла и направления ее на исследование патоморфологу. Достаточно часто, если сторожевой узел, исследуемый во время биопсии, содержит раковые клетки, хирург в этом случае производит полное удаление лимфоузлов (подмышечная лимфаденэктомия). Если раковые клетки в сторожевом узле во время биопсии не обнаружены, то патоморфолог исследует его более тщательно в течение еще несколько дней. Если опухоль будет обнаружена в сторожевом узле при плановом исследовании, то хирург может рекомендовать сделать полную подмышечную лимфаденэктомию чуть позже.

Последние исследования показали, что полная подмышечная лимфаденэктомия не требуется во всех случаях. В определенных случаях более безопасно оставить неповрежденный лимфоузел. Это зависит от разных факторов, таких как тип операции, используемый для удаления опухоли, размер опухоли, вид лечения, планируемый после операции. Сегодня избежать подмышечной лимфаденэктомии можно в том случае, если основная опухоль достаточно мала (менее 5 см в диаметре), если лимфоузлы не увеличены, если не более двух лимфоузлов показывают наличие раковых клеток, если женщине делают органосохраняющую операцию с последующей лучевой терапией. Для женщин, которые отвечают этим критериям, проведение лимфаденэктомии после биопсии сторожевых узлов не гарантирует продолжительность жизни, а также может увеличить риск побочных эффектов от операции. Это достаточно новая информация, однако, если ваша ситуация соответствует этому описанию, переговорите на эту тему с вашим врачом до начала операции.

Если в сторожевом лимфоузле или нескольких лимфоузлах ничего не обнаружено, очень маловероятно, чтобы раковые клетки распространились в другие лимфоузлы, и соответственно, операция на лимфоузле в этом случае, скорее всего, не нужна.

Однако биопсия сторожевых лимфоузлов подходит не всем женщинам. Например, ее не назначают женщинам с воспалительным раком молочной железы. Также необходимо отметить, что выполнение такой биопсии требует высокой квалификации, поэтому качественно выполнить ее может лишь хирург, специализирующийся на таком виде операций. Если вы решились на этот вид биопсии, выясните, как часто ваш врач выполняет такую процедуру.

Возможные побочные эффекты при удалении лимфоузлов

Как и любая другая хирургическая операция, операция на лимфоузлах может вызывать побочные явления, такие как боль, отеки, кровотечения и инфекции. Основным возможным долгосрочным побочным эффектом удаления подмышечных лимфоузлов является лимфостаз руки. Наиболее характерным симптомом лимфостаза является хроническая припухлость. В норме излишек жидкости в руке обычно направляется назад в кровоток через лимфатическую систему. Удаление лимфоузлов может вызвать ухудшение оттока жидкости в области

руки, тем самым вызывая в ней застой, т.е. отек. По статистике, у 30% женщин, которым была проведена подмышечная лимфаденэктомия, развивается отек, который называется лимфостаз. Он также может возникнуть у 3% женщин, которым была проведена сентинел-биопсия. Это также характерно для тех случаев, когда после операции была назначена лучевая терапия. Иногда припухлость держится несколько недель и потом исчезает. В некоторых случаях припухлость может сохраняться длительное время. На сегодня лимфостаз не излечивается. Однако при осторожном уходе его можно избежать или держать под контролем.

Некоторые пациенты испытывают кратковременное или длительное ограничение подвижности руки и плеча после операции. Ваш врач покажет вам упражнения, которые помогут избежать проблем с подвижностью руки («замерзшее плечо»). Онемение кожи со стороны верхней внутренней части руки является достаточно распространенным побочным эффектом. Это происходит, потому что нерв, который контролирует чувствительность в области руки, обходит зону подмышечных лимфоузлов.

После операции на лимфатических узлах некоторые женщины ощущают натяжение, которое может распространяться в направлении локтя. Обычно его называют подмышечным постдиссекционным или постмастэктомическим синдромом. Чаще всего он наблюдается после лимфаденэктомии. Симптомы могут не проявляться в течение нескольких недель и даже месяцев после операции. Синдром может вызвать боль и ограничение подвижности руки. Эти симптомы часто исчезают без лечения, однако физиотерапия поможет вам справиться с ними быстрее. Узнайте у своего врача, где вы можете пройти такое лечение.

Что ожидать от операции

Мысль об операции пугает многих. Но если вы знаете, что ожидает вас до операции, во время ее проведения и после, со многими страхами гораздо легче справиться.

Перед операцией

Обычно с хирургом встречаются за несколько дней до операции, чтобы обсудить предстоящую процедуру. Это правильное время, чтобы задать врачу волнующие вас вопросы об операции и выяснить все потенциальные риски. Убедитесь, что вам понятен объем операции и что следует ожидать после нее. Если вы думаете о реконструкции груди, это самое лучшее время, чтобы все обсудить.

Вас попросят подписать специальную форму согласия на операцию. Найдите время внимательно все прочитать, чтобы быть уверенной, что вы понимаете то, что подписываете.

Перед операцией вас попросят дополнительно сдать клинический и биохимический анализ крови. Эта информация необходима врачу для контроля вашего состояния и возможных изменений. Врач спросит вас обо всех лекарствах, которые вы принимаете, чтобы быть уверенным, что они не навредят вам во время операции. Например, если вы принимаете аспирин и другие разжижающие кровь препараты, вам необходимо прекратить их прием за

одну-две недели до операции. Расскажите своему врачу обо всех лекарствах, которые вы принимаете, включая все витамины и биологически активные добавки. Так например, витамин Е в больших дозах может увеличивать риск кровотечений. Обычно перед операцией предупреждают о необходимости воздержаться от употребления воды и пищи за 8-12 часов (до проведения операции). Также стоит заранее встретиться с анестезиологом, который будет участвовать в операции. Выбор анестезии в основном зависит от типа операции и состояния вашего здоровья.

Операция

В зависимости от объема хирургического вмешательства, вам может быть предложено пройти его амбулаторно (сможете вернуться домой в тот же день) или же вы будете направлены в стационар. Большинство хирургов при операциях на молочной железе применяют общую анестезию (наркоз). Перед операцией медсестра с помощью укола введет вам обезболивающее и успокоительное. Отвезет на сидячей каталке в операционную. Затем уложат на операционный стол и поставят систему для внутривенного вливания (капельницу). Во время операции вас также могут подключить к ЭКГ и измерять давление, чтобы контролировать ваш сердечный ритм и кровяное давление. Вы заснете и проснетесь уже после операции. Продолжительность операции зависит от типа операции. Например, мастэктомия с биопсией подмышечного лимфоузла обычно занимает до 2 часов. Если вам будет проведена реконструкция молочной железы одновременно с мастэктомией, то на это понадобится больше времени.

Вопросы, которые можно задать врачу об осложнениях после операции

- *Существует ли риск при применении данного вида анестезии?*
- *Существует ли вероятность обильного кровотечения, возникновения или развития инфекции?*
- *По каким признакам можно определить, что в рану попала инфекция?*
- *Существует ли в моем случае риск лимфостаза? Что я могу сделать, чтобы его снизить?*
- *Существуют ли еще какие-либо другие серьезные осложнения, которые могут появиться во время или после операции?*
- *Существует ли вероятность побочных эффектов после операции, если у меня уже есть имплант?*

После операции

После операции вас переведут в палату, где вы останетесь до момента, пока не проснетесь и ваше состояние (кровенное давление, пульс, и дыхание) не станет стабильным. Продолжительность вашего пребывания в больнице зависит от сложности операции, общего состояния здоровья и наличия у вас других медицинских проблем, вашего самочувствия во время операции и после нее. Решение о продолжительности пребывания принимаете вы и ваш врач.

В России в среднем госпитализация длится 14-18 дней. Длительность госпитализации зависит от проведения предоперационной подготовки и осложнений после хирургического лечения. В целом, чем моложе пациентка и чем меньше у нее хронических заболеваний, тем раньше она будет выписана. Четырнадцать дней — это минимальный допустимый срок лечения в рамках ОМС. В то же время во многих европейских странах действует иная система организации лечения. В большинстве случаев женщины после мастэктомии или подмышечной лимфаденэктомии находятся в стационаре двое-трое суток, и затем отправляются домой. Необходимые процедуры после операции они проходят в рамках дневного стационара в восстановительных центрах (так за рубежом называют реабилитационные клиники) или дома.

Сколько времени займет процесс восстановления после операции, зависит от сложности проведенных процедур и особенностей вашего организма. Большинство женщин возвращаются к своим привычным занятиям через 2 недели после подмышечной лимфаденэктомии, в то время как после мастэктомии этот срок может продлиться до 4 недель. При одновременно проведенной реконструкции времени для восстановления требуется значительно больше. Могут пройти месяцы, прежде чем вы сможете вернуться к своему прежнему уровню активности после операции. Обсудите со своим врачом, что вам следует ожидать после операции.

Даже когда вы получите разрешение врача вернуться к привычным занятиям, вы можете ощущать последствия операции. Например, чувствовать напряжение и болезненность, ощущать натяжение кожи в области грудной клетки и руки. Через некоторое время эти ощущения пройдут. Большинство врачей рекомендуют своим пациенткам начинать двигать рукой сразу после операции, чтобы избежать онемения.

Вы можете носить повязку, плотно обертывающую грудную клетку с той стороны, где была сделана операции. Вам могут установить одну или несколько дренажных трубок со специальным резервуаром для сбора остатков крови и жидкости, которая скапливается в ране в процессе выздоровления. Врач покажет вам, как обращаться с дренажными емкостями, как их опорожнять, измерять количество жидкости и определять проблемы, о которых необходимо сообщать медицинскому персоналу. Дренаж рекомендуется использовать до тех пор, пока количество жидкости в емкости не снизится до 20-50 мл в день. Обычно на это требуется одна-две недели. Решение об удалении дренажа принимает врач исходя из многих факторов, поэтому не надо удивляться, если его удаляют при большем объеме отделяемой жидкости, или, наоборот, оставляют на более длительное время.

ВАЖНО ЗНАТЬ:

В стационаре вас проинструктируют о том, как позаботиться о себе после операции. Такая инструкция может содержать следующую информацию:

- как ухаживать за раной и повязкой,
- как измерять скапливающуюся жидкость и как обращаться с емкостью,
- как определить признаки инфекции в ране,
- в каких случаях необходимо обращаться к врачу и медсестре,
- с какого момента можно начинать пользоваться рукой, и какие упражнения можно выполнять, чтобы предупредить ее неподвижность,
- когда можно начинать носить специальный бюстгальтер,
- когда можно начать пользоваться протезом, и какой тип протеза можно использовать сразу после операции
- рекомендации по питанию (что можно есть, а что нельзя),
- когда и как принимать необходимые лекарства, включая обезболивающие и /или антибиотики,
- какие виды деятельности необходимо ограничить,
- что следует ожидать относительно чувствительности или онемения в молочной железе и руке,
- какие чувства вы можете испытывать относительно восприятия своего тела после операции,
- когда следует посетить врача для контрольного осмотра,
- как можно стать волонтером и помогать другим пациентам (если в вашем городе есть такая группа поддержки пациентов).

Позаботьтесь, чтобы ответы на эти вопросы были у вас до того, как вы выпишетесь из стационара.

Хроническая боль после операции

Некоторые женщины сталкиваются с проблемой невралгии (приступы сильной боли) в области грудной клетки, подмышкой или в руке после операции, которая долго не проходит. Эта проблема называется синдромом постмастэктомической боли, так как впервые она была описана у женщин, которые перенесли мастэктомию. Однако этот синдром наблюдается и у женщин при органосохраняющей операции. Исследования показали, этот болевой синдром развивается у 20-30 % женщин после операции на молочной железе. Классическими симптомами этого синдрома являются боли и покалывание в грудной клетке, подмышкой и в области руки. Боль может чувствоваться также в плече и в области послеоперационного рубца. Могут наблюдаться такие неприятные ощущения как онемение, прострелы и ноющая боль, сильный зуд. Большинство пациентов говорят, что эти симптомы в их случае не имели ярко выраженного характера.

Предполагается, что синдром постмастэктомической боли связан с повреждением нервных окончаний в области подмышки и в грудной клетке во время операции, но окончательная причина до сих пор неясна. С постмастэктомическим синдромом чаще всего сталкиваются молодые женщины, которым была сделана полная подмышечная лимфаденэктомия, а также те, кто прошел лучевую терапию после операции. В связи с тем, что подмышечная лимфаденэктомия сегодня используется все реже, риск болевого синдрома снижается.

С детства нам часто говорили, что боль нужно терпеть. Это старое и опасное заблуждение может нанести вред вашему организму. Обязательно сообщите своему врачу или медсестре о любой боли или дискомфорте, который вы почувствовали. Этот синдром может вынудить вас избегать использовать руку, так как вы привыкли это делать ранее. В результате чего со временем ваша рука рискуете потерять способность нормально функционировать. Постмастэктомический синдром поддается лечению. Поскольку обезболивающие препараты не всегда помогают при такой невралгии, можно использовать другие виды лекарств и методы лечения для этих видов боли. Обсудите со своим врачом, как уменьшить болевой синдром.

Наблюдение после операции

Большинство пациентов обсуждают с врачом дальнейшую тактику лечения на 7–14 день после операции. Врач объяснит вам результаты гистологического заключения и предложит дальнейший план лечения, если это будет необходимо. Если же вам потребуется дальнейшее лечение, вас могут направить к лучевому терапевту или онкологу. Если вы думаете о реконструкции груди, можете обратиться к пластическому хирургу.

Бюстгальтер после операции

После операции на груди важно создать условия для фиксации прооперированного участка, уменьшения отеков и гематом. Идеально справляется с этой задачей послеоперационный бюстгальтер. Это специальное изделие из эластичной ткани, оказывающее умеренную компрессию на грудь, способствует восстановлению после пластической операции, квадрантэктомии, секторальной резекции, мастэктомии. Изготавливают такие бюстгальтеры из дышащих, гипоаллергенных материалов, способных надёжно фиксировать грудь, предупреждая ее травмирование и болевые ощущения.

Бюстгальтер обеспечивает снижение подвижности груди, создаёт оптимальную компрессию молочных желёз, предотвращает возникновение отеков и гематом. Но главное его преимущество — сокращение срока заживления и рубцевания, уменьшение болей в послеоперационном периоде.

Некоторые женщины сталкиваются с болезненной чувствительностью грудной клетки и припухлостями после операции, поэтому ношение бюстгальтера может вызвать у них дискомфорт. В этом случае может оказаться полезной дополнительная эластичная застёжка. Она делает бюстгальтер больше, что обеспечивает женщине больший комфорт. Альтернативой может стать старый бюстгальтер, который немного растянулся. Бюстгальтеры для спорта и сна более мягкие, но они держат хуже, чем обычный бюстгальтер. Их можно носить, пока идет процесс выздоровления.

Лучевая терапия

При лучевой терапии применяется специальное оборудование, которое с помощью высоких доз электромагнитных излучений или пучков элементарных ядерных частиц позволяет уничтожить раковые клетки или сдерживать их рост, деление или распространение. Обычно лучевую терапию применяют для уничтожения остаточных раковых клеток, присутствующих в молочной железе, грудной клетке или лимфатических узлах после операции. Она также может быть назначена для облегчения боли и других симптомов при распространении опухоли по всему организму. В отличие от химиотерапии, действие которой распространяется на весь организм в целом, лучевая терапия нацелена только на саму опухоль и пораженные края, в связи с этим ее относят к местным видам лечения.

Наружная дистанционная лучевая терапия

Этот метод лучевой терапии применяется достаточно часто. При его использовании источник облучения находится на некотором расстоянии от тела пациента, и излучение про-

ещируется в зону расположения опухоли с помощью специального устройства. Обычно для проведения наружной радиотерапии используется рентгеновское излучение. Объем облучения зависит от вида операции и количества пораженных лимфатических узлов. При лампэктомии чаще всего облучается вся молочная железа. При этом усиленная доза излучения дается на тот участок, где была удалена опухоль, чтобы предупредить ее возвращение. В зависимости от размера и месторасположения опухоли, облучению могут быть подвергнуты грудная клетка или подмышечные лимфатические узлы.

Когда наружная дистанционная лучевая терапия назначается после операции, то обычно необходимо подождать от одного до нескольких месяцев, пока не заживет ткань молочной железы. Если к лечению добавляется химиотерапия, то лучевую терапию обычно откладывают до тех пор, пока не завершится курс химиотерапии. Наружная дистанционная лучевая терапия похожа на прохождение рентгеновского исследования, но излучение гораздо более интенсивное. Сама процедура безболезненна, длится всего несколько минут. Много времени занимает процесс подготовки и укладки.

Прежде чем приступить к лечению, врач — лучевой терапевт проведет все необходимые измерения, чтобы верно определить угол прицеливания и необходимую дозу радиации. Он может сделать специальными чернилами небольшие отметки у вас на коже, чтобы во время сеанса лучевой терапии иметь четкий ориентир. Возможно, вы захотите узнать у врача, как долго должны сохраняться эти отметки. Важно знать, что лосьоны, пудра, дезодоранты и антиперспиранты могут мешать наружной дистанционной лучевой терапии, поэтому вас попросят не пользоваться этими косметическими средствами до завершения лечения.

Лучевую терапию обычно назначают курсами по пять дней (с понедельника по пятницу) в течение пяти — шести недель. Но такая схема подходит далеко не всем женщинам. По-этому врач может предложить чуть более интенсивный курс, увеличив дозу излучения и ограничив курс лечения тремя неделями. Такой подход, известный как ускоренное частичное облучение молочной железы, считается достаточно эффективным.

Вопросы, которые можно задать врачу по поводу лучевой терапии

- *Какова вероятность, что в результате лучевой терапии удастся достичь нужного результата?*
- *Если я выбираю курс лучевой терапии, сколько он будет длиться? Буду ли я в состоянии совершать поездки в период лечения?*
- *Если лучевая терапия будет назначена более коротким курсом, такое лечение будет эффективным?*

- *Какие побочные эффекты мне следует ожидать при лучевой терапии? Когда именно их следует ожидать? Можно ли снизить риск побочных эффектов и как это сделать?*
- *Могут ли какие-то из этих побочных эффектов изменить мой внешний вид? Эти изменения временны или постоянны?*
- *Существует ли в моем случае риск лимфостаза? Что можно сделать, чтобы снизить его?*
- *Может ли лучевая терапия повысить риск развития другой опухоли?*
- *Будет ли остальная часть моего тела защищена во время лучевой терапии?*

Брахитерапия

Брахитерапия или внутренняя лучевая терапия — это еще один метод облучения опухоли. Вместо нацеленного пучка ядерных частиц, направленного на опухоль извне, при брахитерапии используются радиоактивные «зерна» или микрокапсулы размером с рисовое зернышко, которые имплантируются внутрь опухоли или рядом с ней. Через несколько месяцев уровень радиоактивности имплантированных элементов сводится до нуля. Инактивированные зерна остаются в организме пациента навсегда, не причиняя ему каких-либо нежелательных эффектов.

Этот метод часто используется, чтобы усилить радиоактивное воздействие на место расположения опухоли (одновременно с наружной лучевой терапией). Показаниями к брахитерапии является размер опухоли, ее расположение и ряд других факторов. Например, этот метод лучевой терапии не рекомендуется тем женщинам, у кого опухоль расположена близко к коже или стенке грудной клетки.

Возможные побочные эффекты при лучевой терапии

За последние двадцать лет лучевая терапия претерпела большие изменения и стала значительно более прицельной, что снизило количество побочных эффектов. Как вы уж знаете, лучевая терапия безболезненна, но может вызывать определенные побочные эффекты. Вы должны быть информированы о побочных эффектах, когда выбираете этот вид лечения.

Апатия

Это больше, чем просто повышенная утомляемость. Вы можете чувствовать себя крайне измотанной, абсолютно истощенной, когда не помогает даже отдых. Можете начать испытывать это чувство сразу во время лучевой терапии или же после процедуры, и апатия будет

нарастать одновременно с прогрессом в лечении. Это утомление и слабость постепенно уйдут после завершения лечения.

Изменения на коже

Если лучевую терапию делают после лампэктомии, то возможно возникновение отеков и покраснения в молочной железе, которая подверглась лечению. Покраснение постепенно сойдет, и ваша кожа может приобрести темноватый оттенок как при сильном загаре. Эти изменения на коже молочной железы обычно уходят в течение шести — двенадцати месяцев. После лучевой терапии поры кожи молочной железы могут расшириться и стать более заметными. Некоторые женщины говорят, что кожа стала более чувствительной, другие же наоборот, считают, что она стала менее чувствительной. Кожа и жировая ткань молочной железы могут ощущаться как более плотные и жесткие, чем до начала лучевой терапии. Иногда может измениться размер молочной железы, она может стать больше из-за накопления жидкости или меньше из-за развития тканевого рубца. Большинство женщин отмечают отсутствие изменений или минимальное изменение размера.

Большинство изменений в молочной железе, связанных с лучевой терапией происходят в течение десяти-двенадцати месяцев после завершения лечения. Если вы обнаружили изменения размера, формы или внешнего вида молочной железы, в том числе изменения ткани, сразу же сообщите об этом своему врачу.

Онемение или слабость в плече или руке

Облучение молочной железы иногда может вызвать нарушение работы нервной системы в руке. Это состояние называется плексопатия плечевого сплетения, оно может вызывать онемение, боль, слабость в плече или руке.

Лимфостаз

Отек при лимфостазе развивается из-за нарушения оттока жидкости по лимфатическим сосудам. Обычно от него страдают женщины, у которых были удалены лимфатические узлы, но также он может проявиться у женщин, прошедших курс лучевой терапии. Лимфатическая жидкость может накапливаться в молочной железе. Чаще всего это происходит с женщинами, которым была проведена органосохраняющая операция и облучение грудной клетки.

Низкий уровень белых кровяных телец и количества тромбоцитов

Лучевая терапия иногда может вызвать снижение уровня белых кровяных телец и тромбоцитов, которые обычно помогают нашему организму бороться с инфекциями и предупреждают кровотечение. Вероятность возникновения этого побочного эффекта существует при облучении в области таза и крайне низка при облучении молочной железы.

Потеря аппетита

Иногда лучевая терапия может вызвать проблемы с питанием и пищеварением. Вы можете потерять интерес к еде во время лечения. Некоторые женщины признаются, что даже испытывали отвращение к еде.

Влияние на сексуальную жизнь

Несмотря на то, что большинство женщин, прошедших облучение молочной железы не упоминают о влиянии лечения на их сексуальную жизнь, вы можете заметить снижение уровня сексуального желания во время прохождения лечения. Однако, лучевая терапия на физическом уровне не снижает сексуальное желание у женщины, не уменьшает способность организма вырабатывать влагалищную смазку. У женщины сохраняется половое влечение и возможность достигать оргазма. Поэтому снижение сексуального желания во время лечения у женщин связано с беспокойством, депрессией, утомляемостью, тошнотой или болью. Эмоции или отвлекающие мысли могут держать вас во взвинченном состоянии и препятствовать сексуальному желанию.

Влияние на репродуктивную функцию

Чтобы не нанести вред яичникам, специалисты во время лучевой терапии закрывают тазовую область специальным защитным экраном. Поэтому лечение не должно повлиять на ваши фертильные способности. Лучевую терапию обычно не назначают беременным женщинам, так как это может нанести вред плоду.

Повреждение близко расположенных костей и органов

В редких случаях, лучевая терапия может ослабить кости, что может привести к переломам. В прошлом сердце и легкие частично могли быть облучены во время курса лечения, что вело к долгосрочным серьезным последствиям для этих органов. Современное оборудование для лучевой терапии позволяет врачу точно направить пучок излучения, поэтому данная проблема сегодня встречается достаточно редко.

Вторая опухоль

В некоторых очень редких случаях лучевая терапия может спровоцировать появление новой опухоли спустя годы. Редкие разновидности рака, которые называются ангиосаркомами, могут развиваться через восемь или десять лет после прохождения лучевой терапии на молочной железе. Они выглядят как голубоватые или рыжеватые узелки, которые возникают в пролеченной молочной железе, как правило, в области облучения.

Химиотерапия

Химиотерапия — это лечение с использованием цитотоксических препаратов, которые разрушают раковые клетки. Такие лекарства обычно назначают в виде инъекций или же в

форме пилюль. Эти лекарства распространяются через кровоток и, соответственно, проходят через весь организм.

Химиотерапия может решать разные задачи, в зависимости от вашей конкретной ситуации. Например, если вам была проведена лампэктомия или мастэктомия, ваш врач может рекомендовать адъювантную химиотерапию после операции. Если опухоль растет, это может вызвать распространение раковых клеток по всему организму через кровь или лимфатическую жидкость. Это значит, что раковые клетки начнут путешествовать по всему телу. Адъювантная химиотерапия используется для того, чтобы уничтожить любые раковые клетки, которые отсоединились от первоначальной опухоли, чтобы таким образом предотвратить возвращение опухоли.

Если опухоль, обнаруженная в молочной железе, имеет большие размеры, ваш врач может рекомендовать провести неоадъювантную химиотерапию, чтобы уменьшить опухоль в размерах. Это может позволить снизить объем операционного вмешательства (например, провести лампэктомию вместо мастэктомии). Это также может помочь врачу определить, будет ли опухоль реагировать на лечение, которое он планирует назначить позже.

Для женщин, у которых рак молочной железы уже распространился за пределы молочной железы и подмышечной области на момент постановки диагноза или после начала лечения, химиотерапия может стать основным методом лечения. Продолжительность лечения будет зависеть от того, сократится ли опухоль в размере, насколько она сократится, насколько хорошо женщина переносит лечение.

ПРЕДУБЕЖДЕНИЯ ПО ПОВОДУ ХИМИОТЕРАПИИ

Химиотерапия является одним из эффективных способов лечения рака. Многие люди ассоциируют лечение рака с химиотерапией, относятся к ней предвзято и боятся этого лечения. Верно то, что химиотерапия как и любое другое лечение рака, может иметь побочные эффекты. Но каждый человек реагирует на химиотерапию индивидуально. Попробуйте взглянуть на лечение непредвзято. Курс химиотерапии можно пройти только в специализированной медицинском учреждении под наблюдением врача. Некоторые люди очень удивляются, когда видят, что во время сеанса химиотерапии пациенты могут читать книгу или смотреть телевизор. Это не относится к пациентам на поздних стадиях.

Конечно, это не значит, что каждый с легкостью может пройти курс химиотерапии. Ведь это очень мощные препараты, которые могут вызывать определенные проблемы у некоторых людей. Но современные препараты вызываются меньше побочных эффектов, таких, например, как тошнота и рвота. И эти препараты постоянно совершенствуются. Это позволяет сделать лечение лучше переносимым, чем это было прежде.

Как работает химиотерапия? Лекарство блокирует процесс роста и деления раковых клеток. Здоровые клетки растут медленно и умирают, когда изнашиваются. Проблема раковых клеток заключается в том, что они растут и делятся очень быстро и не умирают, создавая все новые подобные себе клетки. Химиотерапевтические препараты атакуют клетки, которые стремительно делятся. Также как и лучевая терапия, химиотерапия поражает и больные, и здоровые клетки. Тем не менее, раковые клетки, в отличие от здоровых, не могут так же хорошо восстанавливаться, поэтому они с большей вероятностью будут поражены в результате химиотерапии.

Химиотерапию проводят курсами, для того чтобы дать возможность организму восстановиться после возможных побочных эффектов лечения. Каждый курс состоит из одного или нескольких дней лечения, потом следует перерыв. Затем начинается новый курс лечения.

Продолжительность курса зависит от специфики препарата или комбинации нескольких препаратов. Обычно он длится две-три недели. Некоторые курсы лечения проводятся друг за другом с небольшим перерывом. В целом, как правило, продолжительность такого лечения составляет от трех до шести месяцев при адьювантной химиотерапии (в зависимости от используемых препаратов). Лечение может быть достаточно продолжительным при распространенном раке молочной железы. Это зависит от того, насколько хорошо оно работает и каковы побочные эффекты для пациента.

В большинстве случаев химиотерапия представляет собой комбинацию двух или трех препаратов. Возможно большое количество комбинаций препаратов в зависимости от ситуации конкретной женщины и предпочтений врача, но не всегда понятно какая именно определенная комбинация будет наиболее эффективной. Клинические исследования продолжают сравнивать наиболее эффективные современные препараты и новые комбинации их использования, для того чтобы улучшить лечение.

Побочные эффекты химиотерапии

Побочные эффекты химиотерапии зависят от того, какие препараты используются, в каком количестве, продолжительности лечения и других факторов. Химиотерапевтические препараты действуют на клетки, которые стремительно делятся, и прежде всего, на раковые клетки. Но некоторые здоровые клетки в нашем организме также могут быстро размножаться, например те, которые находятся в костном мозге, органах пищеварения, репродуктивной системы и волосяных фолликулах, и это значит, что они также могут подвергнуться воздействию химиотерапии.

Большинство побочных эффектов носят краткосрочный характер и исчезают после завершения лечения. Для многих случаев есть медицинские решения, которые помогут вам справиться с этими побочными эффектами. Например, есть препараты, которые помогают предупредить или уменьшить тошноту и рвоту. Многим женщинам эти препараты сегодня помогают пройти лечение более комфортно, чем в прежние времена. Очень важно предупредить врача или медсестру, если вы обнаружили у себя побочные эффекты во время лечения.

Тошнота, утомление, потеря волос, плохой анализ крови — это наиболее распространенные побочные эффекты химиотерапии, но важно помнить, что одно и то же лекарство может влиять на всех людей по-разному. Некоторые люди во время и после химиотерапии не испытывают каких-либо неприятных последствий, поэтому очень важно не ожидать худшего до начала лечения. Описание наиболее распространенных побочных эффектов после химиотерапии представлено ниже.

Хроническая усталость

Это непривычное и постоянное ощущение чрезмерного утомления, которое может возникнуть в самом начале в период развития опухоли рака, так и во время лечения. Один из наиболее распространенных побочных эффектов лечения рака. Чем больше сеансов химиотерапии пройдено, тем более ярко выраженной может становиться усталость. Вы можете чувствовать отсутствие энергии и неспособность выполнять какую-либо физическую или умственную работу, вы можете с трудом думать, все забывать или испытывать сложности с концентрацией внимания. Усталость, связанная с раком, отличается от обычной усталости. Позволяйте себе как можно больше отдыха, пока это ощущение хронической усталости не исчезнет.

Выпадение волос

Некоторые химиотерапевтические препараты с высокой долей вероятности могут вызвать потерю волос. Если это произошло, знайте, что потеря волос — почти всегда носит временный характер, и обычно начинается через две-три недели после начала лечения. Объем потери волос зависит от того, какие препараты вы принимаете, их дозы и продолжительности вашего лечения. Больше всего волос выпадает с головы. Меньше страдают брови, ресницы и другие части тела.

Для многих женщин потеря волос может стать наиболее стрессовым побочным эффектом химиотерапии, потому как это наиболее заметный знак, указывающий на то, что человек лечится от рака. Что в свою очередь может вызвать депрессию, потерю уверенности в себе, ощущение горя. Когда химиотерапия закончится, ваши волосы вырастут вновь, но их цвет или структура могут измениться.

Тошнота и рвота

Многие химиотерапевтические препараты могут провоцировать тошноту и рвоту, которая может длиться от нескольких минут до нескольких часов или даже дней после лечения. Степень серьезности и продолжительности этих симптомов может очень сильно варьироваться. Тошнота может сопровождаться потливостью, головокружение, потемнением в глазах, слабостью. Лекарственные препараты помогают предупредить или снизить степень серьезности тошноты и рвоты. Их обычно принимают одновременно с химиотерапией. Узнайте у своего врача о таких препаратах. Некоторые альтернативные направления медицины также могут помочь справиться с приступами тошноты (аюрведа, аутотренинг, комплементарная медицина).

Влияние на кроветворную систему

Многие химиотерапевтические препараты могут вызывать изменения в костном мозге, который отвечает за кроветворение в нашем организме. В нем формируются клетки крови: эритроциты, лейкоциты и тромбоциты. Эти клетки характеризуются интенсивным развитием. Поэтому они также становятся мишенью химиопрепаратов. Если костный мозг пострадал, количество кровяных телец будет ниже, чем обычно при химиотерапии. Снижение количества красных кровяных телец (эритроцитов) называется анемией, и является причиной усталости. Если снижено количество белых кровяных телец (лейкоцитов), это сигнализирует о том, что существует риск развития инфекций. Низкое количество тромбоцитов может повысить риск кровотечения или кровоподтеков (синяков) после небольших порезов или ран.

Запор или диарея

Запор и диарея также могут быть вызваны определенными химиотерапевтическими препаратами. Помимо запоров, пациенты также могут столкнуться с избыточным метеоризмом, ведущему к спазмам и боли. Количество и продолжительность этих симптомов зависит от того, какие препараты были использованы, их дозы и продолжительности лечения.

Стоматит

Некоторые препараты могут способствовать появлению ран во рту и горле в течение одной-двух недель с момента начала лечения. Первым признаком этого является бледность и сухость слизистой поверхности рта. Позже, в области рта, десен и глотки может ощущаться болезненность, проявиться краснота и воспаление. Может казаться, что язык покрыт налетом и увеличился, что в свою очередь может вызвать проблемы с приемом пищи и болью при разговоре. Эти раны могут привести к кровотечению, появлению болезненных язв и развитию инфекций.

Аппетит и изменение веса

Некоторые препараты способны влиять на изменения аппетита, при этом одни его снижают, другие — повышают. Любые изменения аппетита носят временный характер, и ваш обычный аппетит вернется к вам в течение нескольких недель после того, как закончится химиотерапевтическое лечение. Лечение также может изменить ваши вкусовые ощущения, что в свою очередь может привести к снижению аппетита и даже истощению. Изменения пристрастий во вкусах и запахах продлится до тех пор, пока не закончится химиотерапия. В норму все вернется лишь через несколько недель после лечения. Некоторые женщины во время химиотерапии могут набрать лишний вес. Хотя причины этого до конца не ясны, увеличение веса может быть связано с усилением пристрастия к еде, которое развивается, несмотря на приступы тошноты.

Изменения ногтей

Во время химиотерапевтического лечения определенными видами препаратов ногти мо-

гут становиться более хрупкими и ломкими, покрыться поперечными полосами или потемнеть.

Ладонно-подошвенный синдром

Некоторые виды препаратов могут вызывать раздражение кожи на руках или стопе. Такой побочный эффект называется ладонно-подошвенный синдром. Он проявляется через онемение, зуд и покраснение, может усиливаться, при этом руки и ноги начинают опухать, что может причинить дискомфорт и боль. Кожа может покрываться волдырями, и вследствие этого может отслаиваться. Это не является спецификой лечения, но эти симптомы понемногу будут уходить, когда лечение прекратится или будет уменьшена дозировка препарата. Лучший способ предупреждения тяжелой формы синдрома, как только заметите первые симптомы, информируйте своего врача, чтобы он мог изменить дозировку препарата.

Воздействие на периферическую нервную систему

Определенные препараты, используемые для лечения рака молочной железы, включая таксаны, препараты на основе платины и другие могут оказывать влияния на периферические нервы, отвечающие за передачу информации от головного и спинного мозга всем органам и тканям организма. Из-за нарушения передачи нервных импульсов происходит нарушение работы определенных органов, тканей, мышц. Такое состояние называется периферическая нейропатия. Оно выражается такими симптомами как онемение, боль, жжение или покалывание, ощущение холода или жара, слабость. Эти симптомы ощущаются, как правило, в руках или ногах. В большинстве случаев все исчезает, как только заканчивается лечение, но у некоторых женщин этот побочный эффект может быть продолжительным.

Воздействие на сердце

Доксорубицин, эпирубицин и некоторые другие препараты могут влиять на сердце, если их использовать достаточно длительное время в больших дозах, поэтому врач проверяет уровень сердечной деятельности, прежде чем назначить пациенту один из таких препаратов. Врач также тщательно контролирует дозировку под наблюдением УЗИ или других методов исследований. Если функции сердца начинают снижаться, лечение этими препаратами приостанавливается. У некоторых пациентов, ухудшение работы сердца может развиваться на протяжении длительного времени. Поэтому они могут не замечать ухудшение сердечной деятельности на протяжении нескольких месяцев, а иногда и лет после лечения. Проблемы с сердцем при применении вышеуказанных препаратов чаще всего происходят, если одновременно проводилась таргетная терапия, и был назначен препарат трастузумаб. Поэтому врачи очень осторожны, когда трастузумаб является частью схемы лечения.

Воздействие на функции мозга (эффект «химического мозга»)

Многие женщины, прошедшие химиотерапию во время лечения рака молочной железы, отмечают изменения в работе мозга. Некоторые проблемы могут возникать с концентрацией

и ухудшением памяти, причем это состояние может длиться достаточно долго. Большинство женщин быстро восстанавливаются после химиотерапии. Исследования, проводившиеся с целью изучения эффекта «химического мозга», показывают, что это побочный эффект обычно полностью исчезает со временем.

Воздействие на половые органы

Репродуктивные и сексуальные проблемы также могут дать знать о себе после химиотерапии. Это может быть выражено временным или постоянным бесплодием, нарушением менструального цикла или его прекращением, преждевременной менопаузой, уменьшением сексуального желания или дискомфортом во время полового контакта из-за вагинальной сухости или раздражения. Столкнется ли женщина с проблемой бесплодия в результате лечения, зависит от возраста, в котором проводится лечения, дозировки препаратов и продолжительности лечения, а также от того, какие именно препараты были назначены.

Воздействие на печень

Некоторые препараты могут влиять на печень. Признаком такого воздействия является пожелтевшая кожа или белки глаз, утомление, боль в правом подреберье. Для пожилых женщин с гепатитом риск развития этого побочного эффекта несколько выше. В большинстве случаев все изменения временные и проходят через несколько недель после прекращения лечения.

Новая опухоль

Развитие новой опухоли — достаточно редкое явление. И это вызывает наибольшее беспокойство у женщин, которым уже поставлен диагноз рак молочной железы. Некоторые препараты могут немного повышать риск развития лейкемии (опухоль системы крови). Если же вторая опухоль все-таки развивается, как правило, это происходит в течение десяти лет после лечения.

Вопросы, которые можно задать врачу о химиотерапии

- Почему мне рекомендована химиотерапия?
- Насколько высока вероятность того, что опухоль отреагирует на химиотерапию?
- В каком виде буду получать химиотерапию (в таблетках, инъекциях или внутривенно)?
- Какие именно препараты будут мне назначены (их наименование)? Каковы возможные побочные эффекты от приема этих препаратов?

- *Какова вероятность выпадения волос? Как быстро это может произойти?*
- *Буду ли испытывать тошноту во время или после первого курса лечения?*
- *Какие продукты и напитки следует исключить из моего рациона во время лечения?*
- *Что могу сделать, чтобы снизить риск побочных эффектов во время лечения?*
- *Существует ли риск возникновения преждевременной менопаузы из-за химиотерапии?*
- *Как химиотерапия повлияет на мою способность иметь детей и менструальный цикл?*
- *Как я могу снизить риск развития молочницы?*
- *Может ли химиотерапия повлиять на другие органы тела и нервную систему?*
- *Какие еще побочные эффекты могут возникнуть?*
- *Может ли химиотерапия повысить риск развития другой опухоли?*
- *Куда могу обратиться за помощью при выпадении волос?*

Гормональная терапия

Гормоны — это натуральные химические вещества-посредники, которые регулируют работу всего организма, в том числе отвечают за сжигание жира и размножение. Они являются своеобразными «ключами», которые запускают определенные процессы в «клетках-замках». Женские половые гормоны — эстрогены и прогестерон — имеют огромное влияние на жизнь женщины. Именно они отвечают за красоту и здоровье, хорошее настроение и возможность иметь детей.

После менопаузы основным источником эстрогена в женском организме являются яичники. Эстрогены вырабатываются жировой тканью из андрогенов под действием фермента ароматазы, вырабатываемой надпочечниками. Эстрогены способствуют росту опухоли молочной железы, которая содержит рецепторы эстрогена (ER-позитивная опухоль) или прогестерона (PR-позитивная опухоль). Такие опухоли составляют две трети среди всех опухолей рака молочной железы. Использование гормональной терапии позволяет снизить уровень воздействия эстрогена для того, чтобы вылечить гормоночувствительный рак молочной железы. По своей эффективности гормонотерапия не уступает химиотерапии, обладает гораздо более благоприятным профилем токсичности и не нарушает качество жизни. Гормональная терапия не сможет помочь в лечении рака, если опухоль содержит оба негативных рецептора.

Гормональная терапия используется после операции, чтобы снизить риск возвращения рака, но она также может быть назначена перед операцией (неоадьювантная терапия) для того, чтобы ограничить распространение опухоли.

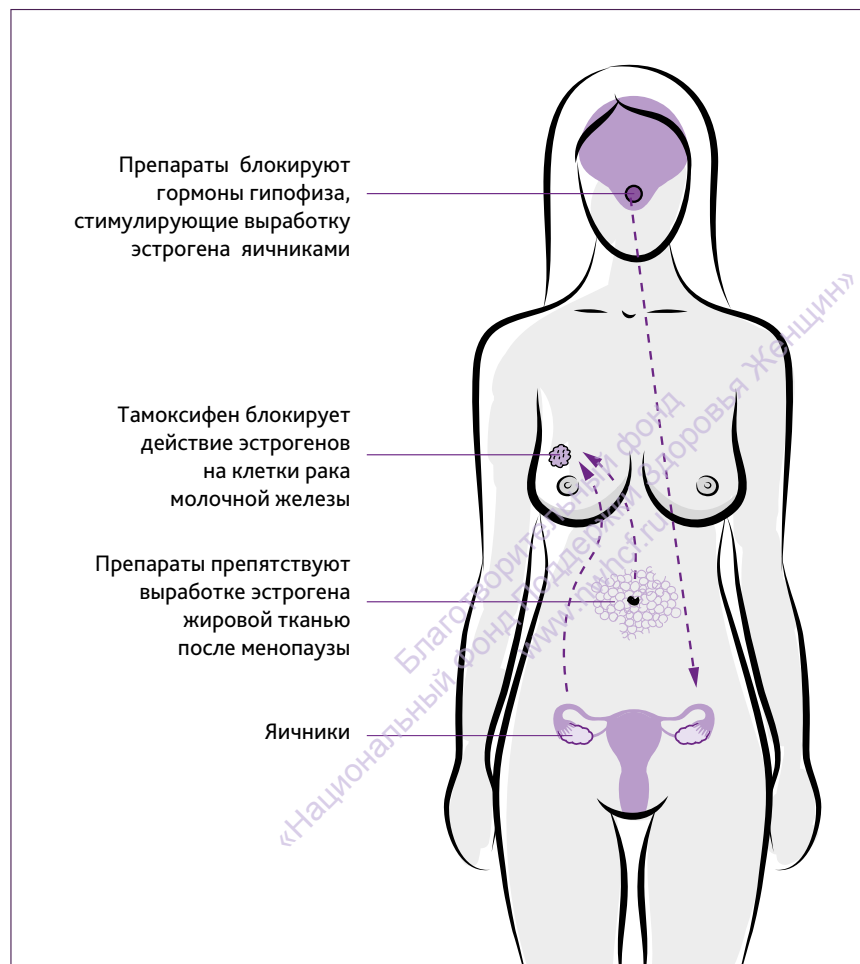


Рис.12. Гормональная терапия

В арсенале врача есть несколько способов, которые позволяют блокировать действие эстрогенов или снизить их уровень. Обычно для этого используются антиэстрогенные препараты, ингибиторы ароматазы (блокаторы), аналоги гормона, высвобождающего лютеинизирующий гормон (LHRH).

Антиэстрогены

При наличии раковых клеток с рецепторами эстрогена препараты — антиэстрогены (тамоксифен, торемифен, фулвестрант) соединяются с ними и препятствуют их взаимодействию с натуральным эстрогеном. В результате чего тормозится рост опухоли, стимулируемый эстрогенами. Чем больше эстрогенных рецепторов в опухоли, тем благоприятнее результат лечения антиэстрогенами.

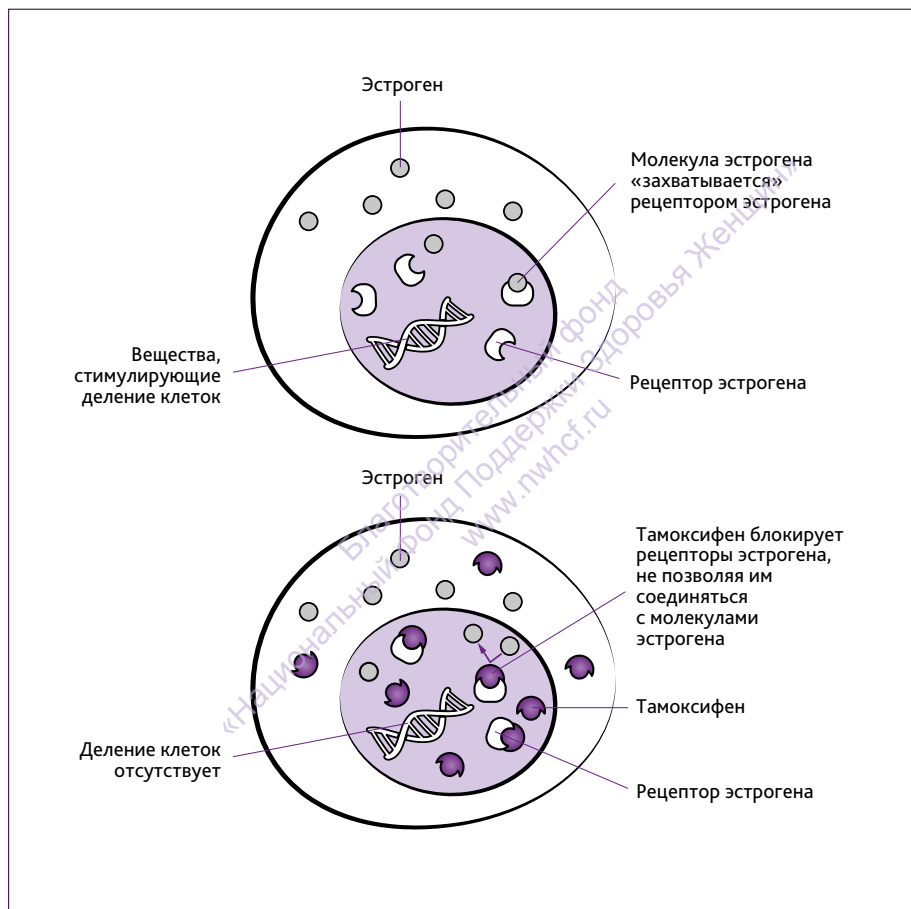


Рис. 13. Действие тамоксифена на рецепторы эстрогена

Антиэстроген тамоксифен используется уже на протяжении десятилетий и по-прежнему широко применяется при лечении, особенно для женщин в пременопаузе. Принимается ежедневно в виде таблеток. В 70-х годах тамоксифен изучался как противозачаточный препарат, но в ходе исследований был обнаружен его выраженный противоопухолевый эффект у больных раком молочной железы.

Для женщин с гормоно-позитивным раком молочной железы применение тамоксифена в течение пяти-десяти лет после операции значительно снижает риск развития рецидива и способствует увеличению продолжительности жизни. Тамоксифен может использоваться для лечения метастатического рака молочной железы, а также способствует снижению риска развития заболевания у женщин из группы высокого риска (применяется как профилактическое лечение). Торемифен действует по аналогии с тамоксифеном, но используется значительно реже и применяется только для пациенток с метастатическим раком молочной железы.

Основным побочным эффектом тамоксифена, обусловленным слабой эстрогеновой активностью препарата, может быть увеличение толщины эндометрия, которого не нужно бояться, так как польза от приема тамоксифена значительно превышает все риски. В редких случаях возможны и более серьезные побочные эффекты. Например, тамоксифен может повышать риск развития рака матки у женщин в постменопаузе, однако этот риск составляет не более 1%. Сразу же сообщите своему врачу о любых непривычных вагинальных кровотечениях, которые могут сигнализировать о риске развития рака тела матки или саркомы матки. Большинство маточных кровотечений вызваны не опухолью, но эти симптомы всегда требуют оперативного вмешательства. Само по себе увеличение толщины эндометрия не является основанием для отмены тамоксифена. К примеру, причинами отмены тамоксифена в данной ситуации могут быть гистологически подтвержденный после диагностического выскабливания полип эндометрия или кровотечение на фоне тамоксифена.

Наиболее частые побочные эффекты, возникающие при использовании этих препаратов, это повышенная утомляемость, приливы, вагинальная сухость или раздражение, резкие перепады настроения. Некоторые пациенты, у которых опухоль распространилась в кости, могут столкнуться с транзиторным усугублением клинических проявлений опухоли, в результате чего испытывать боль и ощущать уплотнения в мышцах и костях. Обычно это быстро проходит, но в некоторых случаях у пациента в крови может образовываться высокий уровень кальция (это состояние называется гиперкальциемия). В таком случае лечение нужно приостановить на время.

Другим серьезным побочным эффектом гормонотерапии является образование тромбов, чаще всего в сосудах ног. В ряде случаев тромбы могут привести к инфаркту, инсульту, закупорке легочной артерии (легочная эмболия). Сразу же сообщите своему врачу, если вы испытываете боль, покраснение или опухание в икроножной мышце, затруднение дыхания, боль в грудной клетке, внезапно начинающаяся головная боль, спутанность сознания, нарушения в речи или движениях.

Помните, тамоксифен противопоказан во время беременности из-за его тератогенного эффекта. Описаны случаи аномального развития гениталий вследствие внутриутробного воздействия тамоксифена.

Новый антиэстроген — фулвестрант обычно назначают пациенткам с распространенным раком молочной железы, который больше не отвечает на тамоксифен. В отличие от тамокси-

фена, который обладает эстрогеноподобным и антиэстрогеновыми свойствами, фулвестрант является чистым антиэстрогеном. Он назначается в виде инъекции раз в месяц. В качестве побочных эффектов можно отметить приливы, умеренную тошноту утомляемость, боль в месте введения инъекции и другие более редкие осложнения.

Ингибиторы ароматазы

Лекарственные препараты, действие которых заключается в блокировании фермента ароматазы, ответственного за выработку небольшого количества эстрогена у женщин после наступления менопаузы, называют ингибиторы ароматаз. Они не способны остановить выработку эстрогена у женщин в пременопаузе, поэтому эти препараты назначают женщинам только после наступления менопаузы. Принимаются ежедневно в таблетированной форме. Прием этих лекарств после хирургической операции, как по отдельности, так и после тамоксифена, более результативен для снижения риска рецидива рака, чем прием тамоксифена в течение пяти лет. Ваш врач может рекомендовать следующие схемы лечения:

- прием тамоксифена в течение двух-трех лет после ингибиторов ароматазы, чтобы завершить пятилетний курс лечения;
- прием тамоксифена в течение пяти лет после двух или пятилетнего приема ингибиторов ароматазы;
- прием ингибиторов ароматазы в течение пяти лет.

Побочные эффекты от приема ингибиторов ароматазы менее серьезны, чем от тамоксифена. Однако они могут стать причиной болей в мышцах и скованности в суставах. Этот побочный эффект можно скорректировать переходом на другой препарат ингибитора ароматазы, но в некоторых случаях необходимо прекратить лечение данным видом препаратов. Если это произойдет, то большинство врачей рекомендуют использовать тамоксифен для завершения пятилетней гормональной терапии.

В связи с тем, что ингибиторы ароматазы выводят весь эстроген у женщин после менопаузы, они являются причиной истончения костей (остеопении). Поэтому многие женщины, которые проходят лечение ингибиторами ароматазы, для предупреждения остеопороза и переломов также принимают препараты, укрепляющие кости.

Подавление функции яичников

Как уже упоминалось выше, у женщин в пременопаузе главным источником эстрогенов являются яичники. Подавление работы яичников или же их удаление позволяют остановить выработку эстрогенов в яичниках и, тем самым, перевести женщину в постменопаузу, когда эстрогены начнут синтезироваться в других тканях (жировой ткани, мышечной, ткани другой молочной железы и многих др. тканях) из мужских гормонов (андрогенов) под действием фермента ароматазы. Процедура подавления функции яичников называется овариальная абляция или овариальная супрессия.

Решение о методе воздействия на яичники чрезвычайно ответственный и важный фактор в лечении раннего рака молочной железы. Особенно это относится к еще не рожавшим женщинам. Выбор метода показан только больным ранним гормоночувствительным раком молочной железы до 35 лет с высоким риском рецидива. Подавление функции яичников проводится с помощью лекарственной терапии. Женщине назначаются особые гормональные препараты, которые блокируют сигнал, который мозг посылает в яичники для выработки эстрогена. В этом случае менопауза наступает постепенно, в течение нескольких месяцев. В такой клинической ситуации лекарственная овариальная супрессия назначается длительностью 5 лет и обязательно в комбинации с гормонотерапией ингибиторами ароматазы или тамоксифеном. Одна лекарственная овариальная супрессия без гормонотерапии в адъювантном лечении раннего гормоночувствительного рака молочной железы не назначается. Зачастую функция яичников восстанавливается через несколько месяцев или лет после лечения. Но для некоторых женщин этот процесс может оказаться необратимым и ведет к необратимой менопаузе.

Яичники могут быть удалены хирургическим путем. Такая операция называется овариэктомия. Оперативное удаление яичников приводит к моментальному наступлению менопаузы. Это особенно актуально для молодых женщин с метастатическим раком молочной железы, которым требуется назначение жизненно важной терапии ингибиторами ароматазы (анастрозолом, летрозолом, экземестаном), а также фазлодексом.

При использовании обоих методов у женщин наблюдаются симптомы, характерные для менопаузы, включая приливы, ночную потливость, сухость влагалища, перепады настроения. Все эти явления временны и вызваны резким снижением эстрогенов в крови.

На кого рассчитана гормональная терапия

Далеко не все виды рака молочной железы можно лечить с помощью гормональной терапии. Так, если биопсия показала, что опухоль имеет положительные рецепторы эстрогена (ER+) или прогестерона (PR+), вероятность эффекта от гормональной терапии достаточно высока. Для тех же, у кого опухоль не содержит такие рецепторы — гормональная терапия не работает. Таким образом, гормональная терапия является стандартным лечением почти для всех женщин с гормон-положительным раком молочной железы, в независимости от стадии заболевания.

Вопросы, которые можно задать врачу по поводу гормональной терапии

- *Является ли моя опухоль гормонально позитивной? Как это повлияет на лечение?*
- *Повлияет ли мой возраст (до начала менопаузы или после ее завершения) на выбор лечения?*

Вопросы, которые можно задать врачу по поводу гормональной терапии

- *Повлияет ли наличие у меня семейной истории рака молочной железы или рака репродуктивных органов на выбор гормональной терапии?*
- *Как долго продлится мое лечение с помощью гормональной терапии?*
- *Какой вид гормональной терапии наиболее оптимален для меня и почему?*
- *Каковы возможные побочные эффекты предложенных мне вариантов гормональной терапии?*
- *Что необходимо сделать, чтобы снизить риск побочных эффектов?*
- *Могу ли я принимать фитоэстрогены (например, продукты с содержанием сои)?*

Таргетная терапия

Когда ученые узнали больше о молекулярно-генетических изменениях в клетках, которые вызывают рак, они смогли разработать принципиально новые препараты, способные целенаправленно влиять на эти специфические изменения. Действие таргетных лекарств (название произошло от английского слово «target», что означает «мишень, цель») принципиально отличается от стандартной химиотерапии. Они непосредственно влияют на молекулу, которая связана с ростом опухолевых клеток и прогрессированием злокачественного роста. В результате такого лечения происходит гибель опухолевых клеток, при этом не оказывается неблагоприятное воздействие на здоровые ткани организма. Соответственно, побочные эффекты значительно мягче, чем при традиционном лечении. В то же время, среди наиболее значимых осложнений можно выделить нарушения функции сердца. Поэтому назначать средства таргетной терапии может только врач после тщательного обследования общего состояния здоровья пациента.

При лечении рака молочной железы используются несколько классов таргетных препаратов, воздействующих на клеточные рецепторы эстрогена, ингибирующие ароматазу, блокирующие рецептор человеческого эпидермального фактора роста HER 2, а также угнетающие PARP-белок. При лечении рака молочной железы таргетные препараты чаще всего применяют в сочетании с химиотерапией.

Таргетная терапия рака молочной железы может использоваться как с профилактической целью при риске рецидива заболевания, так и для контроля распространения метастазов. Применение этих инновационных препаратов настолько эффективно, что пациент может жить долгие годы с онкологическим заболеванием, при этом сохраняя высокое качество жизни.

Важно знать, что таргетная терапия трастузумабом противопоказана во время беременности из-за его опасного влияния на плод. Трастузумаб проникает в высоких концентрациях через плацентарный барьер, начиная со II триместра. Описаны случаи развития почечной недостаточности у новорожденных с маловодием.

Сопутствующая терапия для защиты костей

Распространение рака молочной железы в кости доставляет серьезное беспокойство многим пациентам и их врачам. Некоторые препараты могут замедлить рост метастазов в костях и даже препятствовать распространению опухоли за пределы первичного очага. Эти препараты чаще всего применяют в дополнение к химиотерапии, гормонотерапии или таргетной терапии.

Остеомодифицирующие агенты

Остеомодифицирующие агенты (бисфосфонаты и ингибиторы RANK-лигандов) — это препараты, которые помогают укрепить кости. Они способствуют снижению риска возникновения трещин в костях при метастатическом раке молочной железы. Помимо этого, помогают предотвратить потерю костной массы (остеопороз), которая может возникнуть в результате лечения ингибиторами ароматазы или при ранней менопаузе (как побочный эффект химиотерапии).

Бисфосфонаты и ингибиторы RANK-лигандов могут иметь несколько побочных эффектов, включая гриппоподобные симптомы и боли в костях. Они также могут привести к проблемам с почками, поэтому пациенты с нарушениями функции почек не должны принимать эти препараты. Более редким, но очень серьезным побочным эффектом от внутривенного приема бисфосфонатов является остеопороз челюсти или разрушение челюстной кости. Остеопороз челюсти чаще всего возникает в форме открытой раны в челюсти, которая не заживает. Он может быть вызван удалением зубов во время лечения бисфосфонатами и привести к потере зубов от инфекции в челюстной кости. Большинство врачей рекомендуют своим пациентам пройти профилактический осмотр у стоматолога, и в случае наличия проблем с зубами обязательно пройти необходимое лечение, прежде чем начинать прием бисфосфонатов. Поддержание хорошей гигиены полости рта с помощью полоскания, чистки зубов, контроль за состоянием протезов также способствует предупреждению побочных эффектов во время лечения.

ГЛАВА 7

Метастатический рак молочной железы

Метастатический рак – что это означает?

Метастатический рак молочной железы — это опухоль, распространившаяся за пределы молочной железы в другие части тела. Чаще всего опухоль распространяется в кости, легкие, печень, мозг. Отсюда появилось ее второе название — распространенный рак. Существует два пути распространения опухолевых клеток: гематогенный — с кровью по кровеносным сосудам, капиллярам и венам, и лимфогенный — с током лимфы, циркулирующей по всему телу.

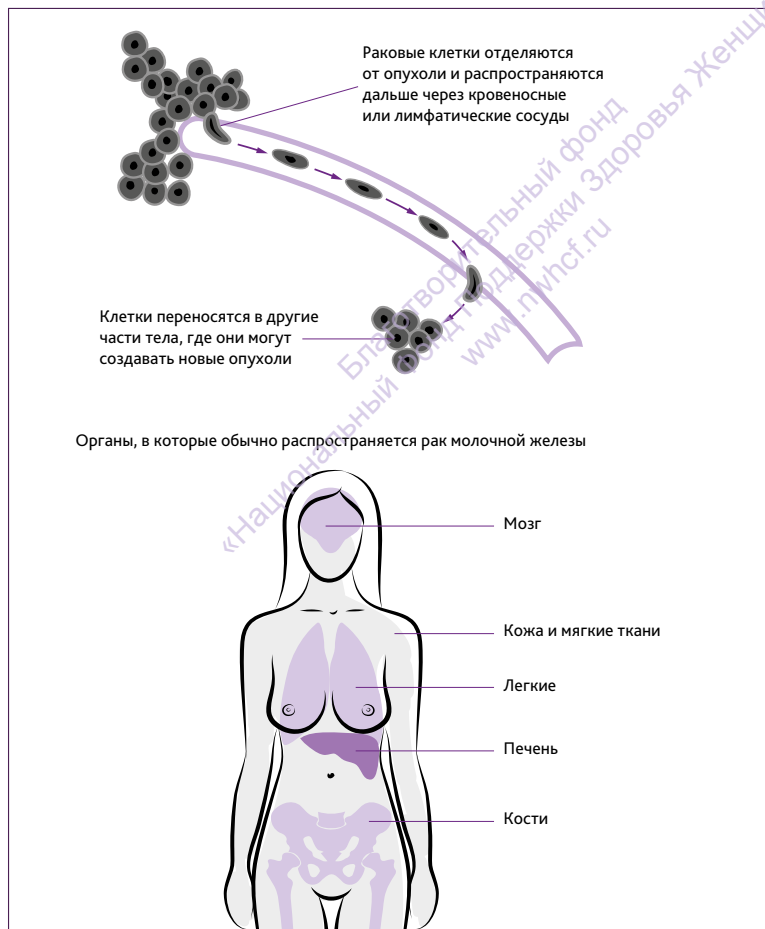


Рис. 14. Распространение рака молочной железы.

Развитие отдаленных метастазов может возникать на любой стадии заболевания. Даже если размер опухоли составляет всего 2-5 мм в диаметре, но при этом она ведет себя агрессивно (проросла в протоки и имеет собственные сосуды), то вероятность метастазирования высока. Однако чаще всего метастатический рак возникает спустя месяцы или годы, после того, как женщина прошла полный курс лечения по поводу начальной стадии или местно-распространенного рака (I, II или III стадия). Это называется отдаленным рецидивом. Риск того, что рак вернется и начнет распространяться дальше, очень индивидуален, и в значительной степени зависит от биологии опухоли, вовлеченности в процесс лимфоузлов, а также размера первоначальной опухоли.

Как правило, на первых этапах развития опухоли отдаленные метастазы могут протекать скрыто, никак себя не проявляя. Поэтому лечение рака молочной железы изначально должно быть комбинированным или комплексным, сочетающим по показаниям местные (хирургическое лечение и лучевую терапию) и системные методы (химиотерапию, гормонотерапию и таргетную терапию) воздействия на опухолевый процесс. При этом лечение пациента должно проводиться только в онкологическом лечебном учреждении, в котором представлено все для этого необходимое, и прежде всего, оснащенная патоморфологическая лаборатория, а так же отделения лучевой диагностики и лучевой терапии, соответствующие всем современным требованиям.

Как лечится метастатический рак молочной железы?

Это один из самых деликатных и непростых вопросов в лечении рака молочной железы. Хотя в большинстве случаев рак, распространившийся за пределы лимфатических узлов, считается неизлечимым, современные препараты способствуют уменьшению опухоли и помогают справиться с разными проблемами, вызванными раком. Дальнейшее лечение зависит от таких факторов, как предыдущие протоколы терапии, местонахождение опухоли (локализация), возраст женщины, общее состояние здоровья и желание продолжать лечение. Несмотря на то, что по статистике средняя продолжительность жизни и пятилетняя выживаемость не меняется, у конкретной женщины продолжительность жизни может увеличиваться значительно. Поэтому цель лечения метастатического рака как хронического заболевания — помочь пациенту чувствовать себя лучше и жить дольше.

Для этого в ходе лечения могут быть использованы множество линий гормонотерапии, химиотерапии в сочетании с таргетной терапией, в зависимости от биологического портрета опухоли (определяется в основном по уровню рецепторов эстрогенов, прогестерона, эпидермального фактора роста 2-го типа на поверхности ядра опухолевой клетки), а также различные препараты сопроводительной и симптоматической терапии.

Врач при планировании тактики лечения метастатического рака учитывает все факторы, характеризующие опухоль, метастазы и организм: биологический подтип опухоли, активность опухолевого процесса (биологический криз), место расположения метастазов, промежуток времени

с момента лечения до рецидива (длительность безрецидивного периода), эффективность ранее использовавшихся методов лечения, сопутствующие заболевания, возраст пациента и многое другое.

На сегодняшний день, химиотерапия является основным методом лечения для женщин с агрессивным течением заболевания, в том числе с висцеральным кризом. Под висцеральным кризом понимают метастазы в печень, легкие и т.п., сопровождающиеся болями или другими жалобами, например одышкой (нехваткой воздуха в спокойном состоянии). В данном случае лечение будет направлено на скорейшее подавление активности процесса и проводится схемами, включающими цитостатические препараты различных групп для внутривенного введения.

Существуют также таблетированные препараты, которые могут применяться, если имеются ограничения на внутривенное введение препарата, а также для метронормальной терапии (такое лечение предусматривает ежедневный прием препаратов-цитостатиков).

СОВЕТЫ ПАЦИЕНТОВ

- Необходимо знать, что при отдаленном рецидиве опухоль может поменять свой фенотип (свою биологию), она может стать гормоноположительной, либо наоборот, рецидив может оказаться трижды негативным (на поверхности ядра нет рецепторов эстрогенов и HER2). Вследствие чего опухоль не будет отвечать на гормонотерапию и анти-HER2 направленную таргетную терапию. Именно поэтому так важна биопсия новой опухоли, ведь с учетом этой новой информации и при условии вашего согласия на проведение лечения, можно будет подобрать оптимальную терапию для данного типа опухоли.
- Помните, прежде чем немедленно приступить к лечению, которое вам назначат на основании биопсии и иммуногистохимии вашей прошлой опухоли, вы вправе попросить своего врача рассказать подробнее о рецидиве. Узнать, каким способом можно сделать биопсию данного образования, насколько это будет труднодоступное место, и как лучше поступить для получения большей информации о вашей опухоли. Также вы имеете право на второе независимое экспертное мнение.
- Грамотный врач всегда проинформирует об оптимальных вариантах лечения в каждом конкретном случае. Ваше состояние может и должно вызывать множество вопросов, поэтому обязательно обсудите их со своим врачом. Учитывая ограниченное время приема, лучше заранее записать вопросы и озвучить их врачу.
- Вы имеете право, предварительно обсудив с вашим врачом все плюсы и минусы, учитывая ваше состояние здоровья, выбирать между системным и симптоматическим лечением (обезболивание и купирование симптомов).
- Если в вашем городе есть группа поддержки, можете присоединиться к ней и узнать у женщин с метастатическим раком, как они преодолевают свои проблемы. Все это поможет вам осознанно принять решение и выбрать лечение наиболее оптимальное для вас.

Для пациенток с метастатическим эстроген-рецептор-положительным раком молочной железы без висцерального криза наиболее эффективным методом лечения является гормонотерапия, включающая антиэстрогенные препараты, ингибиторы ароматазы, агонисты релизинг-гормона лютеинизирующего гормона и прогестины. Давайте рассмотрим подход к лечению этого типа рака на примере самой распространенной разновидности данного заболевания — люминального рака молочной железы с высоким уровнем рецепторов эстрогенов — ER и низким уровнем рецептора эпидермального фактора риска 2-го типа — HER2. Важно знать, что такой метастатический гормоночувствительный рак — это заболевание, которое протекает, как правило, медленно и волнообразно. Чаще всего с метастазами в кости и мягкие ткани. Длительные периоды стабилизации процесса сменяются прогрессированием болезни (редко сопровождающимся метастазами в легкие и/или печень). Последовательное применение нескольких линий гормонотерапии позволяет относительно долго сохранять высокое качество жизни пациента на достаточно высоком уровне. В каком порядке будет назначаться та или иная линия гормонотерапии, врач определяет индивидуально в каждой конкретной ситуации. Решение врача будет зависеть от возраста пациентки, продолжительности времени с момента радикального лечения до рецидива, эффективности предшествующей гормонотерапии, сопутствующей патологии и многих других факторов.



ВАЖНО ЗНАТЬ:

Опухолевая клетка отличается от здоровой тем, что у нее потерял контроль за клеточным циклом. Весь жизненный цикл клетки — с момента её образования путём деления материнской клетки до собственного деления или гибели — контролируется особыми белками циклинзависимыми киназами. Открытие этого механизма было отмечено Нобелевской премией. Блокирование клеточного цикла является новым перспективным видом лечения.

Недавно в российскую клиническую практику вошел первый такой препарат — представитель группы ингибиторов циклинзависимых киназ 4 и 6 (CDK4/6). Результаты исследований свидетельствуют, что добавление этого препарата к проводимой гормонотерапии существенно увеличивает время до прогрессирования болезни для пациентов с метастатическим раком молочной железы рецептор-положительным (у которых отсутствует амплификация HER2).²⁷

Развитие привыкания (резистентности) к гормонотерапии при первичном лечении или же при повторном лечении для пациентов с эстроген-рецептор-положительным метастатическим раком, которые ранее хорошо на нее отреагировали, в ряде случаев является обоснованной причиной для начала химиотерапии. Добавление к гормонотерапии стероидным ингибитором ароматазы таргетной терапии в виде препарата из группы ингибиторов mTOR

27. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.

не только способствует улучшению показателя выживаемости без прогрессирования, но и уменьшает частоту развития костных метастазов.

При метастатическом HER2-позитивном раке молочной железы широко используется таргетная терапия (слово «target» переводится как «мишень») анти-HER2 терапия (включающая моноклональные антитела, препараты из нового класса иммуноконъюгатов, малые молекулы), которая значительно удлиняет продолжительность жизни и улучшает качество жизни пациентов. Таргетная анти-HER2 терапия наиболее часто сочетается с химиотерапией, за исключением иммуноконъюгатов, в которых антитело уже посредством мостика соединено с химиопрепаратом.

Отдельно стоит сказать о *трижды негативном раке молочной железы*, составляющем около 8–20 % всех опухолей молочной железы. Трижды негативный рак часто связан с мутацией генов BRCA1/BRCA2, ответственных за наследственную предрасположенность к раку молочной железы и раку яичников. Чаще всего он встречается у женщин в возрасте до 50 лет до наступления менопаузы. Отсутствие экспрессии опухолевыми клетками рецепторов эстрогенов, прогестерона и HER2 существенно затрудняет выбор лечебной тактики. Основным методом лечения для пациентов с этим видом метастатического рака по-прежнему остается химиотерапия. Однако, как и при любом другом подтипе, метастатический трижды негативный рак — заболевание хроническое, и данные об оптимальных режимах химиотерапии при его лечении практически отсутствуют.

Также может быть рассмотрено такое лечение как таргетная терапия ингибиторами фактора роста эндотелия сосудов (анти-VEGF терапия), PARP-ингибиторами и только в клинических исследованиях иммунотерапия. Проводимые исследования также продемонстрировали, что трижды-негативный рак неоднороден по прогнозу и чувствительности к новым видам терапии, в том числе и антиангиогенной. Поэтому поиск маркеров предсказания эффективности ее применения продолжается.

Особенности диагностики метастатического рака

В зависимости от локализации отдаленных метастазов существуют некоторые особенности диагностики данного заболевания.

Метастатическое поражение костей

Метастазами преимущественно поражаются: позвоночник, кости таза, проксимальный отдел бедренной и плечевой костей, ребра, череп, грудина. К диагностическим методам относят: радиоизотопное сканирование скелета (остеосцинтиграфию), рентгенографию, рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Остеосцинтиграфия — это рутинный скрининговый метод диагностики метастазов во всем скелете, позволяющий в 59% случаев обнаружить костные метастазы задолго до появления изменений на рентгенограммах. Данный инструментальный метод обладает высокой

чувствительностью и низкой специфичностью.

Стандартной рентгенографии подвергаются симптоматические очаги (боль, деформация) и очаги повышенной фиксации радиофармпрепарата Тс-99. Рентгенография используется для оценки эффективности лекарственного лечения. Метод чувствителен при литических и остеобластических очагах. Отмечено, что около 50% костных метастазов, подтвержденных данными аутопсии, не определялись на рентгенограммах. Причинами ложно-отрицательных результатов могут быть: применение данного метода в рентген-негативной фазе, потеря минерального состава костной ткани на момент обследования до 30%; массивное поражение костного мозга. Важно, что наличие метастазов в костном мозге совместимо с нормальной рентгенологической картиной костей скелета.

Рентгеновская компьютерная томография (КТ) — метод получения высококачественных тонкослойных срезов (томограмм) и реконструкции изображений объекта. Основной метод в уточняющей диагностике метастазов в кости таза и опорно-двигательной системы. Недостатком метода является лучевая нагрузка на пациента и применение больших доз йодсодержащего контрастного препарата. Альтернативным методом для выявления метастазов в кости, при котором отсутствует лучевая нагрузка и йодсодержащие контрастные вещества, является МРТ.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) — уточняющий и высокочувствительный метод к рентген-негативным очагам и минимальным очагам в костях позвоночника. Может быть использован для оценки эффективности лечения. Ограничениями при проведении МРТ являются первый триместр беременности, клаустрофобия, наличие у больного конструкций, содержащих металл (кардиостимулятора, слуховых протезов и стимуляторов, гемостатических клипс, металлических протезов и осколков, искусственных клапанов сердца).

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) с радиоизотопом ^{18}F -флюорододексиглюкозой сочетает в себе элементы как КТ, так и обычного радиоизотопного исследования. Метод позволяет измерить излучение введенного пациенту радиоизотопа и преобразовать его в томографическое изображение. В основе этого метода лежит возможность при помощи специального оборудования (ПЭТ-сканера) отслеживать распределение в организме глюкозы, меченной позитрон-излучающим радиоизотопом. Отмечена высокая чувствительность метода при литических очагах, низкая — при остеобластических. Роль ПЭТ в диагностической визуализации метастазов в кости окончательно не определена.

Лечение пациентов с диагнозом рак молочной железы с метастазами в кости направлено на увеличение общей выживаемости, снижение токсичности лечения и повышение качества жизни. Заключается в мультидисциплинарном подходе и предусматривает, прежде всего, эффективную лекарственную (гормоно-, химио- и таргетную) терапию с учетом биологического подтипа опухоли. Назначение остеомодифицирующих агентов (бисфосфонатов и ингибиторов RANK-лигандов) с момента диагностики костных метастазов, не дожидаясь появления костных осложнений, таких как боли, патологические переломы, компрессии спинного мозга и гиперкальциемии и т.д. Хирургические методы для лечения и профилактики костных

осложнений, а также проведение дистанционной или системной лучевой терапии с целью профилактики и лечения костных осложнений.

Развитие метастатического процесса в костях клинически проявляется болевым синдромом, деформацией, симптомами гиперкальциемии, а иногда и патологическим переломом, которые в значительной степени снижают качество жизни пациентов. Наряду с применением различных схем химиотерапии и гормонотерапии в таких случаях проводят и терапию, направленную в основном на устранение болевого синдрома, который сопровождает 65-70% всех костных метастазов. Для обезболивания используются нестероидные анальгетики, наркотические препараты, лучевая терапия и ингибиторы остеокластов. Анальгетики эффективны, но обладают только противоболевым эффектом. Лучевая терапия оказывает только местное воздействие, поэтому ее применение при множественных метастатических очагах нецелесообразно.

Как показали клинические испытания, наиболее перспективными при метастазах в кости при раке молочной железы являются остеомодифицирующие агенты (бисфосфонаты и ингибиторы RANK-лигандов). Остеомодифицирующие агенты (бисфосфонаты и ингибиторы RANK-лигандов) применяются для пациентов с метастазами в кости с целью профилактики и лечения костных осложнений. Остеомодифицирующие агенты (ОМА) не заменяют противоопухолевое лечение и применяются независимо от него. Бисфосфонаты представляют собой аналоги пирогенфосфата, который является основным минеральным компонентом костной ткани. Они, как правило, имеют продолжительный эффект, который сохраняется в течение длительного времени (месяцы) после прекращения лечения и обусловлен депонированием препарата в минеральной части костного матрикса. В результате бисфосфонаты обладают лечебным эффектом при гиперкальциемии, болевом синдроме, а также позволяют предупредить деформации, патологические переломы и возможность появления новых костных метастазов.

Остеонекроз челюсти (ОНЧ)

Сравнительно редкое осложнение. Поражение в полости рта с обнажением костей, где обычно находится слизистая оболочка десен или альвеолярный отросток челюсти, ассоциированное с не заживлением после адекватного ухода в течение 8 недель у пациентов без предшествующей лучевой терапии челюсти. Клинические симптомы проявляются в виде боли, отеков, инфекции мягких тканей, расшатывания зубов, чувства тяжести или онемения в челюсти. Основными причинами являются нарушения регенерации костной ткани на фоне длительного подавления активности остеокластов; инфекционные и воспалительные процессы в полости рта; нарушения ангиогенеза или сосудистой регенерации. Для лечения данного осложнения применяются как консервативные методы (полоскания ротовой полости с ограниченной хирургической обработкой раны; антибиотикотерапия), так и хирургическое лечение (резекция челюсти). Для профилактики остеонекроза челюсти необходимо обеспечить санацию полости рта перед началом лечения, включая лечение больных зубов и десен, а также адекватный ежедневный гигиенический уход за полостью рта. При хирургических

вмешательствах в полости рта проводится антибиотикопрофилактика. Обследоваться у стоматолога необходимо каждые шесть месяцев. Противопоказанием также является установка имплантов.

В некоторых случаях при метастазах с значительным разрушением кости применяется хирургическое лечение. В этих случаях следует отказаться от консервативного лечения из-за угрозы патологического перелома и рекомендовать произвести сохранную операцию. Подобные операции предотвращают патологические переломы длинных трубчатых костей, компрессионные переломы позвоночника и т.д., тем самым снижая смертность от осложнений основного заболевания. При патологическом переломе эффективны стабилизирующие вмешательства, которые при появлении неврологических расстройств дополняются декомпрессией спинного мозга. При этом возможно радикальное удаление метастаза или его паллиативная резекция (частичное удаление).

Метастатическое поражение головного мозга

При лечении больных с метастазами данной локализации используются лучевая терапия, химиотерапия, хирургическое лечение, гормонотерапия и симптоматическое лечение. Лучевая терапия выполняется в объеме тотального облучения (всего головного мозга). С целью снижения риска осложнений в последние годы используют стереотаксическую радиохирургию (гамма-нож), которая позволяет проводить лучевую терапию с высокой точностью без повреждения мозгового вещества. Процедура проводится при ограниченном количестве метастазов размером не более 2-3 см.

Возможности хирургического лечения ограничены из-за низкой частоты выявления одиночных очагов. Основным методом лечения на современном этапе считается лекарственная терапия в зависимости от биологического подтипа. При метастатическом поражении головного мозга гематоэнцефалический барьер после лучевой терапии становится проницаем для химических агентов. Специфическое лечение всегда должно сопровождаться терапией кортикостероидами (чаще дексаметазоном) и препаратами улучшающими кровообращение головного мозга.

Метастатическое поражение внутренних стенок грудной и брюшной полостей

Данная патология, как правило, сопровождается появлением в грудной и брюшной полостях жидкости в большом объеме. В таких случаях проводится как специфическая (системная) терапия, а при выраженной симптоматике (большое накопление жидкости) — и местное лечение.

При накоплении жидкости в грудной полости выполняется пункция грудной клетки с одновременным введением специальных препаратов. Целью этой процедуры является эвакуация жидкости и склеивание тканей, которые производят жидкость. Введение склерозирующих веществ эффективно и при накоплении жидкости между сердцем и тканью, которая его окружает (перикард). Для избавления от жидкости, накапливающейся в брюшной полости

(асцит), используют мочегонные препараты, извлечение жидкости и введение специальных препаратов в брюшную полость.

Метастатическое поражение печени

Метастазы в печени встречаются достаточно часто. Как правило, их выявляют при рецептор-отрицательных опухолях, поэтому методом лечения является химиотерапия. Одно-временно с химиотерапией назначают симптоматические средства: препараты, улучшающие работу печени (гепатопротекторы), спазмолитики. В настоящее время при одиночных очагах, не превышающих 2,5 см, выполняют радиочастотную абляцию метастатических узлов. При данной методике под контролем УЗИ или КТ через брюшную стенку вводится специальная игла, которая путем радиочастотного излучения позволяет уничтожить опухолевые узлы в наиболее безопасных для жизни сегментах печени.

Как организовать свою жизнь

Опыт каждого, кто встретился с диагнозом рак во второй раз, особенно с метастатическим, уникален. На него не может повлиять никакая статистика. Ведь статистические данные — это просто сухой материал, а каждый человек — это целый отдельный мир, подчас не сдающийся напору своего диагноза. Нужно понимать, что услышав слово «паллиатив» в свой адрес, вы не становитесь мгновенно мертвой. На грамотно подобранном паллиативном лечении можно жить долгие годы.

Разумеется, время от времени вы будете ощущать себя подавленной, у вас может сложиться впечатление, что больше от вас ничего не зависит, и неуверенность в будущем будет приносить лишь страх. Но это впечатление ошибочное. Даже с подобным диагнозом вы можете строить планы, вписывая в них необходимые процедуры для поддержания удовлетворительного, хорошего качества жизни. Именно теперь вы можете совершить все, что откладывали на «потом», ведь больше откладывать просто некуда.

Однажды вы уже прошли через многое, чтобы вернуться победителем, пролечившись в первый раз, теперь ежедневные победы должны стать вашим образом жизни. Вы будете шаг за шагом учиться приспосабливаться к новой ситуации, вписывая в нее свою жизнь. По сути, вы получите абсолютно новый опыт — вы сможете полностью изменить свою жизнь. Согласитесь, это часто не под силу даже здоровому человеку.

Нужно признать, что иногда вы будете ощущать себя очень уставшей, с трудом делающей какие-то дела, которые раньше делали не задумываясь. Вас могут раздражать жалость окружающих или их постоянные вопросы «как продвигается лечение?». Вам может не захотеться постоянно слышать подбадривающие слова. Это нормальная реакция, вы не обязаны быть постоянно позитивной.

Общение с женщинами с подобным диагнозом может укрепить вашу веру в себя, в тот путь, который вы выбрали. Поможет понять, что не только у вас возникают грустные мысли,

с которыми тяжело справляться, особенно ночью. Если в вашем городе есть онкопсихолог и доступна групповая терапия у подобного специалиста, сходите на пробное занятие, поверьте, вам должно стать легче.

Обязательно говорите с близкими о том, что вы чувствуете, как вы себя чувствуете. Ваши друзья, близкие, муж и дети могут только догадываться, о том, что происходит у вас внутри. Они не знают, что у вас болит, как болит, отчего вы сегодня в таком настроении. Поэтому, говорите с ними о своих чувствах, о том, что любите детей, что очень благодарны мужу за понимание. Иначе молчание может воздвигать стены между мужем и женой, ведь мужу тоже приходится очень тяжело психологически. Он ходит на работу, зная, что дома остается больная жена, и все мысли на протяжении его рабочего дня посвящаются этим горьким раздумьям. Часто это плохо сказывается на карьере мужа, да и общая обстановка в семье становится невыносимой. Поэтому, делитесь, просите помощи, чем лучше вы объясните, как вам можно помочь, тем удобнее будет вашим близким оказать эту помощь.

Из-за тяжелого и продолжительного лечения вам может иногда не хотеться секса. Но это не значит, что нужно отказываться от легких интимных ласк, массажа, от возможности просто полежать рядом с вашим мужем или партнером. Старайтесь рассказывать вашему партнеру о тех ощущениях, которые вам приятны на данный момент, не разрывайте физическую связь.

Говорите с вашими детьми о том, что с вами происходит, как вас может менять проводимое лечение — внешне и внутренне. Маленькие дети могут спрашивать: «мама, ты, правда, скоро умрешь?». Ведь их страшит именно непонимание и постоянное изменение ситуации. Подросшие дети могут замыкаться в себе, ведь им тоже страшно, просто они уже научились держать этот вопрос невысказанным. Вы можете пояснять вашим детям, почему у вас иногда меняется настроение, вы себя плохо чувствуете, и можете только лежать, как они могут помочь вам. Например, взять какие-то мелкие заботы по дому на свои плечи. Не получится избежать разговоров о смерти. Но дети должны услышать, что смертны все, а не только вы. Просто у вас тяжелое лечение, но вы хотите до последнего быть с ними, чтобы они запомнили вас именно любящей мамой.

Старайтесь отвлекаться и развлекаться. Не загоняйте себя в угол. Не считайте, что болезнь возвела стену между вами и миром здоровых людей. Если вы живете одна, у вас нет семьи, родственников, партнера и детей, обязательно старайтесь социализироваться, не оставайтесь в четырех стенах. Конечно, вам поначалу будет тяжело рассказывать о своем диагнозе, но человеческая поддержка для вас очень важна. Общайтесь с соседями, заводите знакомства в лечебном учреждении, старайтесь найти группу единомышленников в вашем городе — тех, с кем вы сможете вместе готовить, ходить по магазинам, кто сможет оказать вам помощь, если понадобится машина.

Никто не сможет сказать точно, сколько ему отмеряно. Именно поэтому не стоит примерять на себя ситуации других онкологических пациентов. Ваша задача сейчас — получить максимум от жизни при минимуме усилий, а также привести в свою жизнь максимальное количество комфортных для вас людей, которые любят вас именно такой, не взирая на ваше заболевание.

Глава 8

Как помочь себе восстановиться после операции

Встаем с постели

На пути к выздоровлению большинство пациенток проходит этап операции на молочной железе, и вот — вас уже вернули в палату, и вы приходите в себя. Скорее всего, через сутки вы будете готовы к тому, чтобы подняться с кровати. Как быстро это произойдет, будет зависеть от типа хирургической операции, которую вы перенесли и общего состояния здоровья. Некоторые женщины делают свои первые шаги в промежутке от 3 до 12 часов после операции. Те же, кто перенес более сложную операцию, могут подняться лишь через сутки или двое. Поэтому, первое, что вы должны запомнить — у каждого свой индивидуальный ритм восстановления.

Важно иметь в виду, что первые попытки встать с кровати после операции и делать первые шаги лучше в присутствии медицинского персонала, чаще всего — медицинской сестры. Собираясь встать с постели, поболтайте ногами из стороны в сторону несколько минут. Это позволит вашему кровяному давлению адаптироваться к изменению положения тела. Вы были в постели некоторое время, и ваше сердце прокачивало кровь не столь интенсивно, как в вертикальном положении тела. К тому же во время операции вы могли потерять достаточное количество крови. Если же вы начнете двигаться очень резко, прежде, чем тело успеет приспособиться к новому ритму, можете ощутить головокружение или даже потерять сознание. Такое состояние врачи называют ортостатическая гипотензия. Поэтому, очень важно, чтобы весь процесс был легким и не очень стремительным, в особенности в первое время, когда вы встали с постели.

Некоторым пациентам в первые дни после операции могут установить мочевой катетер. Он представляет собой трубку, которая вводится в мочеиспускательный канал, так чтобы моча стекала в емкость. Катетер устанавливается во время операции. Его могут снять через несколько часов после операции. В любом случае, его использование требует определенных навыков и подготовки, поэтому позаботьтесь, чтобы кто-то опытный находился рядом и мог помочь вам с ним справиться.

Обычно, побочный эффект при использовании катетера заключается в том, что после его удаления могут возникнуть проблемы с самостоятельным мочеиспусканием. Избежать этой проблемы можно выпив больше жидкости и, затем, находясь в туалете, сконцентрировать свое внимание на свободной текущей из крана струе воды. Если этот прием не помог, обязательно поставьте в известность медицинскую сестру или врача о том, что у вас возникли сложности. Обратите внимание, что если вам было проведено удаление сторожевого лимфатического узла, после операции моча может приобрести синеватый оттенок. Это нормально, и синий цвет исчезнет через несколько часов операции.

Было бы очень хорошо, если бы кто-то близкий находился рядом с вами первые пару ночей после операции. Это придает уверенность и спокойствие и пациенту, и его близким. Однако, в большинстве российских больниц такая практика пока отсутствует. Поэтому, позаботьтесь заранее, чтобы дежурная сестра находилась недалеко, и ее можно было вызвать, когда потребуется помощь.

Когда вы находитесь в ванной комнате, в целях безопасности, всегда придерживайтесь одной рукой за поручень. Справиться с одеждой в таком положении намного сложнее, чем обычно. Поэтому, позаботьтесь заранее, чтобы ваша одежда для нижней части тела (нижнее белье или пижамные брюки) были эластичными на талии и их было легко снимать и надевать. Пройдет еще немало времени, прежде, чем ваша рука и грудная клетка перестанут испытывать болезненные ощущения, и отдельные движения не будут причинять дискомфорт. В некоторых больницах планировка туалетных комнат может быть устаревшей и настолько неудобной, что пациентам трудно дотянуться до цепочки для смыва. После операции даже такие мелочи могут представлять определенную сложность. Поэтому постарайтесь продумать бытовые мелочи заранее. Так, например, после операции используйте детские увлажняющие салфетки вместо туалетной бумаги. Существуют специальные средства для мытья без воды: легкие пенки и гели, которые не требуют смывания, ими можно пользоваться даже после серьезных операций, они гипоаллергенны. В первые сутки после операции во время обычных процедур по уходу за собой вам потребуется помощь. Смиритесь с этим, делайте все не спеша, и не стесняйтесь просить о помощи, когда она вам потребуется.

Особенности послеоперационного периода

Очень важно помнить, что каждый конкретный человек восстанавливается в своем ритме, в зависимости от типа процедур, возраста и состояния здоровья, а также уровня активности до операции.

Первые дни после операции вы можете обнаружить, что к вам подключены различные системы отвода лимфатической жидкости из организма. Уточните об этом заранее у вашего оперирующего хирурга. Выделение большого количества жидкости вызвано тем, что во время проведения операции на груди происходит значительное рассечение кожного покрова, что задевает не только большое количество кровеносных сосудов, но и лимфатические узлы и сосуды. В итоге уже на стадии заживления из-за возникновения воспалительной реакции под кожей появляется серозная жидкость (серома). Перед тем как провести мастэктомию, врачи предупреждают своих пациентов о возможности возникновения серомы. При проведении абдоминопластики шансы скопления жидкости под кожей повышаются, т.к. при проведении пластических операций серома появляется по-чти в половине случаев. Как правило, серозная жидкость после операции рассасывается сама в течение 4–20 дней, но оставлять такое осложнение без внимания нельзя.

В зависимости от вида хирургического вмешательства, катетеры для отвода жидкости могут стоять в грудной клетке, подмышками или в брюшной полости. Они собирают и выводят из тела кровь и серозную жидкость, обильно выделяющуюся после операции. Жидкость

поступает в специальные контейнеры. Медсестра в течение дня ведет контроль уровня выделявшейся жидкости. Система вывода жидкости может быть стационарной — с использованием специального аппарата для вакуумной аспирации и переносной — когда вы носите небольшой пластиковый контейнер с катетером на себе. С помощью специальных застёжек он может быть пристегнут к бюстгалтеру или другой одежде. Некоторые пациентки могут носить такое устройство в течение месяца, пока объем выделяемой жидкости сойдет на нет.

Боль и потребление воды

Если вы испытываете сильную боль в первые часы после операции и на протяжении всего периода выздоровления, очень важно информировать об этом врача или медицинскую сестру. После мастэктомии вполне естественно чувствовать напряжение и дискомфорт в области грудной клетки, в районе плеч, в боку, и даже на спине. Возможно, медсестра попросит вас отмечать уровень боли по специальной таблице. Ее можно заполнять самостоятельно, отмечая диапазон боли от 0 до 10, где 0 означает отсутствие боли, а 10 — мучительную боль.

Боль является уникальной характеристикой, так как она субъективна. В отличие от кровяного давления или температуры, ее невозможно измерить с помощью приборов. Увы, измерительного прибора, который может показать точный уровень боли, пока не существует. Только вы сами можете сообщить медсестре или врачу, насколько ваша боль нестерпима. Когда боль вызвана хирургической операцией, облегчение боли является естественной частью процесса лечения. Лучше узнать у своего врача об обезболивании до начала операции, так как сильная боль может перехватить дыхание и усилить утомляемость в послеоперационный период. Достаточно тяжело держать боль под контролем, поэтому не терпите, сообщайте медицинскому персоналу о своих ощущениях.

Важно напомнить, что на этапе реабилитации первых дней показано обильное питье обычной негазированной воды. Одним из побочных эффектов сильного обезбоживания являются запоры. Потребление достаточного количества жидкости поможет избежать запора. Не стесняйтесь обратиться к вашей медсестре за рекомендациями по нормализации стула, если чувствуете в этом необходимость. Это позволит избежать напряжения и перепадов кровяного давления во время нахождения в туалете, в особенности, после реконструктивной операции. Зная обо всем этом заранее, вы сможете предусмотреть многие детали и избавить себя от ненужного дискомфорта.

После операции

Многие женщины признаются, что в послеоперационный период испытывали сложности с самими привычными вещами. Например, очень трудно дотянуться до нужного предмета, встать с кровати, дойти до ванной комнаты, вытереть себя, сменить одежду и т.д.

В мировой практике ведущие онкологические клиники помимо операционных и других лечебных отделений, также оснащены реабилитационным отделением, и действуют эти отделения совместно друг с другом. Такие отделения постепенно начинают открываться и в

нашей стране. Помимо врачей-реабилитологов, в них работают медицинские специалисты, которые помогают пациентам, перед тем как они выпишутся домой, подниматься и заботиться о себе после операции. Задача такого специалиста (это может быть патронажная или онкологическая сестра), убедиться, что пациент способен обслуживать себя самостоятельно после госпитализации. Сопровождение может включать такой привычный уход как одевание, умывание, причёсывание, и даже ведение домашнего хозяйства и заботу о ребенке. Если в вашей больнице есть такой специалист, имеет смысл обратиться к нему за помощью сразу же после операции. Если же специалиста по реабилитации нет в штате больницы, самым простым навыкам вас может обучить опытная медицинская сестра. Постарайтесь сделать свою жизнь более комфортной за счет различных приспособлений. Например, можно использовать трость с зажимами на конце, которая позволяет брать предметы вместо того, чтобы напряженно тянуться к ним. Активно используйте письменные инструкции по восстановлению, которые вам предложат в больнице. К полезным медицинским приспособлениям, которые позволят сделать вашу жизнь более комфортной после операции, можно отнести:

- Сиденье для душа
- Поручни для ванной или унитаза
- Ручной душ
- Нескользящий коврик для душа
- Трость для захвата предметов.

Нескользящий коврик для душа и трость для захвата предметов необходимы практически всем, кто перенес мастэктомию. Заранее приобретите этот коврик в магазине. Если вы вели активный здоровый образ жизни до операции и у вас не возникли проблемы, о которых упоминалось выше, вполне вероятно, что никакие дополнительные приспособления вам не понадобятся.

Сам себе адвокат — почему нужно быть активным пациентом?

Отдельно хотелось бы остановиться на взаимоотношениях с медицинским персоналом. В нашей отечественной практике в целом не принято вести исчерпывающий диалог с пациентами: рассказывать об особенностях операции, видах анестезий, эмоциональных аспектах послеоперационного периода и так далее. Этому, конечно же, существует объективное объяснение: нагрузка на врачей-онкологов и медицинских сестер в государственных медучреждениях настолько высока, что если они будут вести обстоятельный разговор с каждым пациентом, многие пациенты просто не успеют получить медицинскую помощь. С другой стороны, медицинских специалистов не обучают навыкам эффективной коммуникации с пациентами ни в учебных заведениях, ни на курсах повышения квалификации. А ведь короткий, но конструктивный разговор способен своевременно разрешить сложную ситуацию и избежать неприятных последствий, включая осложнения. Поэтому, нам всем необходимо учиться

общаться конструктивно — и медицинскому персоналу, и пациентам.

Порой может сложиться впечатление, будто персонал больницы уверен, что пациент знает намного больше о своем состоянии, чем это есть на самом деле. Это происходит не все-гда и не везде, но такие случаи имеют место. Многое зависит от того, где происходит лечение. Если это крупный онкологический центр или онкодиспансер, где ежегодно проходят сотни операций на молочной железе, там наверняка существует целое отделение, занимающееся диагностикой и лечением заболеваний молочной железы, и подобных проблем там возникнуть не должно. Если же операция проходила в стационаре, где с мастэктомией находились всего два-три пациента, а остальные — с более сложными диагнозами, вам может показаться неудобным звать медицинскую сестру, когда рядом много тяжелых пациентов. Персонал в таких местах, как правило, заботлив и доброжелателен, однако, судя по их действиям, складывается впечатление, будто они убеждены, что вы сами во всем разберетесь и вполне справитесь с послеоперационным периодом. Да, это правда, что пациентки с мастэктомией сегодня являются довольно хорошо информированной группой. Как правило, это здоровые, динамичные, активные женщины, которые получают информацию о различных методах диагностики и лечения рака молочной железы, BRCA и других аспектах здоровья груди из книг, интернета, СМИ. Все это хорошо. Но когда встает вопрос «А что дальше?», и наступает решающий момент, от которого зависит ваше дальнейшее выздоровления, часто необходима помощь. И здесь действует следующее правило: *всегда просите, чтобы вас подробно проинструктировали о специфике вашего состояния на момент выписки, в чем заключается поддерживающий уход после выписки, что можно делать, а что нельзя. Возможно, в момент выписки вы будете уставшая или находиться под воздействием обезболивающих препаратов, поэтому в этот момент нужна помощь друга или члена семьи, кто смог бы за вас пообщаться с врачами, все выслушать и помочь записать. Храните эти записи в папке с пометкой «больничные инструкции».*

Это ВАША работа — быть собственным адвокатом, принимать активное участие в своем излечении, и получить максимально полную информацию о том, что вам необходимо для восстановления. Ваш врач может быть самым лучшим на этой планете, но он тоже человек, и не способен предугадать все вопросы, которые могут возникнуть у вас в период выздоровления. Это невозможно. Поэтому вы должны стать собственным адвокатом. Это значит, что вы сами при выписке должны получить все необходимые инструкции от врача или медицинской сестры, все тщательно записать или убедиться, что вам выдали на руки необходимые письменные инструкции или печатные материалы.

Не стесняйтесь и не бойтесь задавать любые вопросы

Страх мешает получить вам больше информации о своем состоянии. Не нужно бояться лишний раз подойти с вопросом к вашему врачу, узнайте у медицинских сестер его график, и действуйте. Самое большое разочарование должно быть связано с тем, что вы МОГЛИ получить, но не получили ВСЮ информацию. Но, ведь, лучше обойтись без таких разочарований в будущем, верно?

Не надо стесняться того, что некоторые термины вам необходимо разяснять повторно. Намного лучше спросить о чем-то перед выпиской и возвращением домой, чем потом понимать, что вы что-то упустили или что-то делаете неверно. Запомните, что вы сами себе адвокат, и только вы способны о себе позаботиться наилучшим образом, и должны оставаться активным пациентом продолжительное время, так как процесс лечения и восстановления может длиться месяцы. Вам придется каждый день иметь дело с емкостями для жидкости, ухаживать за раной, делать упражнение для руки, массировать рубец и многое другое. Поэтому, очень важно, чтобы все подробности того, с чем вам предстоит жить определенное время, были вам своевременно разяснены. Очень важно найти время для основательного разговора с вашим врачом. При этом именно ВЫ должны играть самую активную роль в процессе вашего восстановления.

Подготовка к выписке

Продолжительность пребывания в больнице зависит от назначенного вам лечения. В среднем, этот период может занять от пяти дней до двух недель. Прежде, чем вы покинете больницу, врач может дать рекомендации какой тип послеоперационного бюстгалтера вам нужно носить в течение следующих нескольких месяцев. Часто, это происходит на одном из его первых послеоперационных визитов. Как правило, у разных врачей существуют свои предпочтения в отношении того, какой из послеоперационных бюстгалтеров лучший. Некоторые настаивают, что бюстгалтер вообще не стоит носить. В любом случае, первые несколько дней или недель, пока что-либо иное не будет рекомендовано вашим врачом, вы будете носить конкретный бюстгалтер постоянно.

В зависимости от того, какая операция была проведена, вам может быть рекомендовано носить бандаж или компрессионное белье. Компрессионное белье носится на донорской стороне, если вам была проведена лоскутная пластика Flap. Брюшной бандаж носится в тех случаях, когда была проведена реконструктивная операция, затрагивающая стенку живота. Опять же, хочется обратить внимание, что вы должны получить в больнице перечень ограничений после вашей операции, это важный момент. Перечень может включать ограничения на поднятие и выполнение определенных движений рукой и плечом, а также некоторые физические активности. Зачастую, у каждого врача уже наработаны свои, рекомендованные им правила поведения в послеоперационный период.

Имейте в виду, что ограничения по нагрузке на руку с оперированной стороны действуют для всех пациенток, перенесших операцию на груди. Различаться могут лишь ограничения по весу, в зависимости от типа операции. В целом их можно свести к следующему: *не поднимайте руки выше уровня плеч, не поднимайте предметы или не толкайте открытые двери, используя для этого верхнюю часть тела первые недели, не вставайте с резким поворотом, не совершайте чрезмерные интенсивные прогулки в течение всего дня.*

Если у вас прикреплен резервуар для сбора жидкости, некоторые врачи разрешают принимать душ, другие категорически запрещают это. Также, вам могут рекомендовать следить

за состоянием количества жидкости в резервуаре. На основании этого будет приниматься решение, когда можно будет его снять. Вам может быть рекомендовано не садиться за руль, если у вас еще закреплена емкость или если вы принимали обезболивающие препараты. Если ваш врач не дал вам список предупреждений, необходимо попросить его об этом.

Во время выписки вам выдадут инструкцию о том, как и какие медикаменты принимать после операции в вашем случае, как ухаживать за раной и избежать попаданию в нее инфекций, как предупредить другие возможные осложнения. Если вы будете самостоятельно ухаживать за раной, попросите медсестру подробно проинструктировать вас и запишите все ее рекомендации, а также список средства, которые вам необходимо приобрести. Если у вас есть вопросы относительно ухода за раной, не стесняйтесь их задавать. Отсутствие вопросов может быть лишь в конечной фазе восстановления. Если вы меняете биндаж или ухаживаете за раной дома, позаботьтесь, чтобы перевязки проводились в чистом помещении, где все необходимые средства по уходу у вас под рукой. Проводите перевязку сидя — это позволит сохранять энергию, если вы почувствуете себя плохо, то будете находиться в безопасном положении.

Одним из самых важных моментов, который необходимо отслеживать, являются определенные состояния, которые сигнализируют вам, как идет процесс выздоровления. Естественным на этой стадии, например, является то, что кожа вокруг надрезов порозовела и слегка раздражена. А вот если же появится боль, покраснение, будет чувствовать тепло при прикосновении к ране, появится неприятный запах, гной, повысится температура — это признаки возможной инфекции, которых нужно остерегаться. Если вы заметили один из таких признаков после выписки, немедленно обратитесь к врачу, так как это может сигнализировать об осложнении.

Если вам было рекомендовано при уходе за раной пользоваться марлевыми тампонами или иными перевязочными средствами, в целях безопасности постарайтесь использовать только хирургические виды материалов. Современные хирургические перевязочные материалы часто бывают на клейкой основе, что может вызывать небольшие раздражения кожи. Если вам приходится пользоваться хирургическим пластырем-лентой, то лучше всего выбрать бумажный пластырь, и постарайтесь снимать его медленно и внимательно, чтобы избежать повреждения кожи.

Шов лучше всего оставить в покое. Большинство швов рассасываются сами по себе в процессе заживления раны. Иногда одна или две петли остаются и они представляют собой крошечный шершавый бугорок вдоль надреза. Если это произошло, не надо нажимать на него, необходимо сообщить об этом вашему врачу, чтобы при очередном осмотре он его просто удалил.

После выписки вам необходимо соблюдать диетическое питание, которое включает продукты с высоким содержанием протеина, витаминов С и А. Протеины содержатся в бобовых, постном мясе, домашней птице, рыбе. Особенно богаты витамином А овощи и фрукты, имеющие желтую, оранжевую, зеленую и красную окраску. Большое количество витамина С

содержится в брокколи, цветной капусте, листьях салата, апельсинах и клубнике.

Обязательно спросите у врача, когда вам следует завершить прием назначенных лекарств. Убедитесь, что врач прекрасно понимает исходный уровень вашей активности и имеет представление о характере вашей работы. Понятие «возобновить нормальную деятельность» очень разнится для каждого человека. Открытый разговор с врачом в самом начале поможет избежать любых недоразумений или недопонимания в будущем.

Также перед выпиской вам должны дать график визитов к врачу, после того как вы покинете больницу. Постарайтесь на первую встречу прийти с кем-то из близких друзей или членом семьи. Вы будете чувствовать себя увереннее и спокойнее, если рядом с вами будет второй человек, который сможет записывать рекомендации или просто послушать вашего врача. Постарайтесь заранее подготовить вопросы, которые вы хотели бы задать на встрече или запишите их, чтобы не забыть.

Как пользоваться кроватью и организовать здоровый сон

Ложиться в кровать и вставать с нее — все это представляет реальную сложность в первое время после операции. Ваши плечи, грудная клетка и мышцы брюшной полости могут резко реагировать на любое движение. Если же вам одновременно была проведена реконструктивная операция с применением собственной ткани, то боли будут ощущаться и в донорской области. Поэтому обучение подобным навыкам является очень важным после всех видов операций.

Обычные больничные кровати сделаны таким образом, что такая рутинная процедура, как лечь или встать с них, после мастэктомии вызывает затруднения. Подняв голову с подушки, не стремитесь сразу встать, не опустив предварительно ноги вниз. Если этого не делать, можно получить боли в нижней области спины, от которых потом будет сложно избавиться. При этом пижамные брюки из шелка очень облегчают вставание, так как он слегка скользит вдоль простыни. Просите о помощи, когда это необходимо, спите на спине (единственно возможное для вас положение), убедитесь, что емкость прикреплена надежно, двигайтесь, используя мускулы живота (при реконструкции с применением имплантов). При удалении яичников врачи советуют не напрягать некоторое время брюшную полость, что делает любое движение проблемным.



ПАМЯТКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

- Если вам была проведена мастэктомия левой молочной железы, то лучше всего вставать с правой стороны кровати.
- Если операция была проведена на правой молочной железе, вставайте с левой стороны кровати.
- Если у вас была двусторонняя операция, то вставайте попеременно с каждой стороны, используя технику, приведенную ниже.

Как вставать с кровати:

1. В самом начале согните в колене ногу, которая дальше от той стороны кровати, с которой вы собираетесь встать. Используйте эту ногу, чтобы немного на нее опереться и аккуратно передвинуться ближе к нужному краю. Убедитесь, что вы обнимаете подушку таким образом, что она не мешает больному плечу и помогает уменьшить боль при движении. Если возможно, сместите вес на бедро, как будто перекачиваясь, так чтобы было ощущение, что вы передвигаете тело по частям. Это разгрузит вашу заднюю часть тела и спину, поддерживая вес тела относительно матраса.

2. Далее — согните оба колена и свесьте обе ноги сбоку кровати. Это поможет вам сбалансировать вес в верхней части тела, чтобы сесть. Используйте икроножные мышцы и бедро для того, чтобы вставать с края кровати. Это потребует определенной практики. Если речь идет о реконструктивной операции, при которой имеются разрезы в области передней брюшной стенки, то здесь действует ограничение на использование мышц живота после операции, поэтому очень важно, чтобы ваши ноги были сильными. Если речь идет об односторонней мастэктомии, вы можете подниматься с кровати с помощью руки, противоположной стороне, на которой проводилась операция.

Пробуйте освоить этот метод до операции, чтобы потом проще было это делать. Помните, что нет ничего постыдного в том, чтобы просить о помощи при вставании с кровати в первое время после операции.

ПОМНИТЕ: Не следует сильно напрягать или поднимать руки вверх, так как это может нанести вред вашему разрезу.

В первые дни или недели после операции обычный сон может вызывать определенные затруднения. Некоторым людям трудно спать на спине, но именно это положение является

самым лучшим для пациентов после мастэктомии. Возможно, вам потребуется несколько разнообразных подушек, чтобы зафиксировать тело в комфортном положении. Некоторые люди предпочитают сон после операции в полулежачем положении. Если такого специального кресла нет в больнице, его можно приобрести самостоятельно в магазине специальной медицинской техники.

Для некоторых сон в специальном кресле в полулежачем состоянии является единственным возможным. И это состояние может продолжаться в течение 4-х недель. Затем попробуйте подобрать удобную длинную «подушку» для всего тела, которая позволит телу принять комфортное положение.

Обычно спать на спине после операции неудобно из-за дискомфорта в грудной клетке и туловище. Попробуйте экспериментировать с разными подушками. Например, для шеи удобна подушечка для путешествий на самолете. Удобной для вас может оказаться и подушка для беременных, которую можно подложить под часть спины или зафиксировать положение рук во сне. Использование подушки под коленями может помочь не сместиться из конкретного положения во время сна. Некоторые пациенты рекомендуют положить стеганое одеяло, чтобы придать большую мягкость матрасу или же спать в раздельно стоящих кроватях, чтобы облегчить процесс подъема.

Существует мнение, что в период восстановления можно спать в постели полулежа на горе подушек. Требуется около 2-3 ночей, чтобы приспособиться к правильному положению с подушками. Лучше провести все эксперименты с подушками до операции. Оборудуйте место для сна разными подушками и потренируйтесь, как лучше ложиться и вставать с постели, в соответствии с предложенным выше способом.

Активность после выписки

После того, как вы вернулись домой из больницы, очень важно, чтобы ничто не осложняло вашу жизнь. Это не значит, что вы целый день должны лежать в постели, но слишком активная деятельность и прежний режим нагрузок вам точно не подходят. Многие женщины признаются, что в самом начале их хватало лишь на то, чтобы пройти из комнаты в комнату, а потом они были вынуждены присесть и перевести дыхание. Через четыре-пять дней с момента возвращения из стационара, можно начинать понемногу продвигаться за пределы дома. При этом обязательно делайте небольшие остановки, чтобы посидеть и передохнуть где-то на скамейке. Все должно быть очень продуманно и никаких больших расстояний. На этом этапе усердие вам лишь навредит. Конечно, быстрая усталость в период восстановления может вас сильно удручать. Не пугайтесь. Это состояние является следствием потери крови во время операции, усиленное стрессом, который вы испытали. Ведь это достаточно сильный стресс, который вы переживаете во взрослой жизни. Он может заметно отразиться на разных сферах вашей жизни. Например, некоторые женщины, узнав о своем диагнозе, могут совсем потерять аппетит от пережитого шока. Потеря веса накладывается на общее состояние физической слабости и низкой выносливости. Обязательно заранее согласуйте свои нагрузки с врачом.

Начинайте с маленьких ежедневных прогулок. Прежде, чем перейти к более далеким прогулкам убедитесь, что такие расстояния вам по плечу. Прибавляйте понемногу каждый день. Контролируйте свой уровень утомляемости во время прогулок. Лучше всего, первое время на прогулки брать с собой кого-то еще, чтобы вы не оказались одна, если вам неожиданно станет плохо. Если до операции у вас не было проблем с дыханием, то после операции можете столкнуться с тем, что дыхание перехватывает даже при небольшой прогулке. Такая низкая выносливость без необходимости посидеть и перевести дыхание может вас расстроить. Но надо понимать, что все это временно. Главное для вас в этот период — это восстановить свой организм, дать ему окрепнуть. Интересно, что некоторые женщины предпочли интенсивные тренировки за несколько дней или недель перед тем, как они отправились на операцию. Они считают, что благодаря этому восстановительный период проходил для них легче, и они имели лучшее физическое состояние перед операцией. Если у вас, к примеру, есть знакомая, которая занималась бегом на марафонские дистанции, и благодаря своему отличному физическому состоянию смогла побегать уже через две недели после операции на груди, это совсем не означает, что и вы через две недели после операции можете проделать то же самое. Ее пример подтверждает, что уровень выздоровления очень индивидуален.

Не надо бежать впереди себя. Будьте готовы к тому, что первые несколько дней после выписки из стационара у вас в любом случае будет наблюдаться усталость, упадок сил, отсутствие энергии и даже небольшая одышка. Вы сможете делать лишь одно дело по дому в течение дня, а поход в соседний магазин может оказаться изматывающим. Это состояние нужно принять и просто пережить. Благо, что длиться оно будет не так уж и долго.

Водные процедуры

Уточните у своего врача список всех ограничений по водным процедурам в послеоперационный период. Если вам не разрешат принимать душ из-за того, что резервуар для сбора жидкости пока находится на теле, можете использовать сухой шампунь, попросить кого-то из близких помочь помыть вам голову в раковине или же сходить в ближайший салон красоты, где вам вымоют голову и высушат волосы. Ведь вымытые и уложенные волосы повышают настроение. Побалуйте себя. Если же принимаете водные процедуры самостоятельно, позаботьтесь, чтобы кто-то из близких был рядом и смог вас подстраховать. Иногда тяжело пользоваться ванной, если вы опасаетесь излишнего напряжения на руки. Многие находят очень полезным сиденье для душа, чтобы при принятии душа и мытье головы не намочить место шва.

Обтирание губкой или влажными детскими салфетками, а также использование специальной очищающей пены в аэрозоле может быть отличным средством, чтобы освежить тело и не нарушить ни один из запретов. Помните, что нельзя использовать в районе разреза лосьоны, пудру и дезодоранты, пока это место полностью не заживет.

Многие женщины, прошедшие операцию на молочной железе, рекомендуют перед операцией удалять волосы под мышкой (используя воск или фотоэпиляцию), чтобы замедлить рост волос и уменьшить запах, а также для того, чтобы не занести инфекцию в больницу при

бритье перед операцией. Это особенно актуально, если процесс восстановления после операции приходится на жаркое время года.

Когда вам разрешат искупаться, используйте ручной душ. Он особенно удобен в этот период. Позаботьтесь, чтобы душевая ручка была подвешена на таком расстоянии, чтобы не поднимать руки слишком высоко. Если вы еще не сняли резервуар для жидкости, можно порекомендовать использовать эластичную ленту, завязанную на шее, чтобы дополнительно закрепить резервуар во время приема душа. Используйте коврик против скольжения. Кто-то из близких должен находиться рядом, на всякий случай. Перед приемом душа впервые после операции убедитесь, что все необходимое находится под рукой на небольшой высоте. Чтобы неожиданно не столкнуться с проблемой, что мыло или шампуни находятся над головой и до них невозможно дотянуться.

КАК СОХРАНИТЬ СИЛЫ ВО ВРЕМЯ КУПАНИЯ:

- Перед приемом душа убедитесь, что все необходимое для купания и переодевания находится в одном месте.
- Во время купания лучше всего сесть, если это возможно.
- Используйте ручной душ и, если необходимо, сидение для душа.
- Не используйте слишком горячую воду, она вызывает усталость и может вызвать головокружение или обморок.
- После купания лучше вытирать тело в сидячем положении.

В целях собственной безопасности не придерживайтесь за вешалки для полотенец или держатели для емкостей с жидким мылом. Они не рассчитаны на большой вес и могут оторваться. Существуют специальные поручни, за которые можно держаться. Их можно установить в ванной на период восстановления, т.к. они легко устанавливаются, а после того, как в них пропадет необходимость, их можно демонтировать.

Экономьте свою энергию

Чтобы исключить состояние изнеможения, которое может возникнуть после дневных занятий, попробуйте практиковать энергосберегающие правила, построенные на здоровых принципах сокращения расхода энергии тела в течение дня, включая уход за собой, прогулки и домашние заботы. Эти правила должны войти в вашу жизнь с первых дней после операции. Они заключаются в следующем:

- Снизьте свой темп. Не спешите.
- Организуйте свой день. Планируйте все заранее.
- Заранее соберите вместе все необходимые вам предметы, которые потребуются при одевании, умывании, приготовлении пищи и других занятиях.
- Используйте трость с захватом для предметов, которые тяжело доставать. Ни в коем случае не поднимайте тяжести
- Делайте небольшие регулярные передышки. Это поможет сохранить энергию для занятий, которые доставляют вам удовольствие.
- Комбинируйте равномерно легкие и сложные задачи в течение одного дня или недели.
- Во время прогулок не забывайте присесть при первой возможности.
- Не перенапрягайте руки. Чрезмерные движения руками вместе с другими возможными нарушениями мер предосторожности, могут очень быстро вызывать утомляемость.

Общий совет будет следующим: упростите весь уход за собой до минимума по аналогии с послеродовым периодом, когда день можно считать удачным, если вы смогли почистить зубы и причесаться.

ГЛАВА 9

Профилактика лимфостаза

Что такое лимфостаз?

Многие пациенты, когда проходят лечение, чаще всего предпочитают не задуматься о возможных побочных эффектах. Операция прошла хорошо. Швы заживают. Лечение завершено. Наконец-то можно немного вздохнуть. Но через пару-тройку месяцев после выписки из стационара неожиданно для себя можно заметить, что с рукой на прооперированной стороне что-то не так. Она стала чувствительной, появилось ощущение стянутости кожи, немного опухла и чуть-чуть покраснела. Если вы заметили у себя нечто подобное, необходимо сразу же обратиться к врачу. Возможно, это *лимфостаз*. Так называется болезненный отек мягких тканей в области руки, кисти или грудной клетки, возникший через некоторое время после операции на молочной железе.

По статистике, лимфостаз развивается у 20-25% женщин, перенесших лечение рака молочной железы. Он может возникнуть как сразу после лечения, так появиться спустя месяцы или годы после его завершения. По данным исследований, чаще всего лимфостаз возникает у пациенток, подвергшихся облучению в подмышечной области, перенесших инфекцию в области руки или груди на прооперированной стороне или же перенесших травму в той области, где проводилась операция. Помимо этого, в группу риска развития лимфостаза входят пациентки с рецидивирующим раком молочной железы и с избыточным весом. Таким образом, появление отека зависит от реакции организма на лечение, которое было получено.



ВАЖНО ЗНАТЬ:

Риск развития лимфостаза зависит от того, каким образом будут удалены лимфатические узлы. Согласно данным исследований, при биопсии сторожевых лимфатических узлов риск развития лимфостаза очень низок (всего лишь у 7 пациентов из 100). При удалении подмышечных лимфатических узлов, отек развивается у 15-25 пациентов из 100.²⁸

Почему возникает лимфостаз?

При лечении рака молочной железы во время операции часто удаляются подмышечные лимфатические узлы. Это необходимо, чтобы выяснить распространилась ли опухоль дальше по всему организму. При этом одновременно с лимфоузлами удаляются и лимфатические сосуды (они переплетены с лимфатическими узлами), по которым лимфа перемещалась из

28. <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/common-questions-about-breast-related-lymphedema>

руки в другие части тела. Удаление лимфатических сосудов и узлов изменяет маршрут, по которому движется лимфатическая жидкость, усложняя ее перемещение из руки и грудной клетки. Если оставшиеся лимфатические узлы не смогут пропускать достаточное количество жидкости в области подмышек или груди, то избыточная жидкость застаивается и создает припухлость (отек) или лимфостаз. Таким образом, лимфостаз представляет собой скопление лимфатической жидкости в жировой ткани, находящейся сразу под кожей. По размеру такой отек может быть как небольшим, так и достаточно внушительным.

В целом, о лимфостазе сегодня известно достаточно много. Данный вид отека является хроническим заболеванием. Если лимфостаз начался, то вам придется научиться с ним жить. Отек может оставаться стабильным и незначительным или же усиливаться со временем. Предсказать, как будет протекать это заболевание в каждом конкретном случае достаточно сложно. Однако в ваших силах уменьшить риск его развития. Поэтому крайне важно задуматься о профилактике лимфостаза, прежде чем он даст о себе знать.

Как снизить риск развития лимфостаза

- **Избегайте инфекции и всего, что может вызвать повреждения на коже.** Обращайте особое внимание на любые признаки инфекции: гной, сыпь, покраснение, пятна, припухлость, мягкость, ощущение тепла или холода, повышение температуры тела.
- При порезе — тщательно промойте область пореза, нанесите антибактериальную мазь и наложите чистую сухую марлевую повязку. Держите рану в закрытом виде до тех пор, пока она не заживет. Меняйте повязку ежедневно и всякий раз, если она намокает.
- При ожогах — используйте лед или холодную воду на 15 минут. После этого промойте обожженное место водой с мылом, наложите чистую сухую марлевую повязку.
- Будьте осторожны во время бритья подмышки на стороне операции. Используйте для этих целей электробритву или крем-депилятор. Причем, крем-депилятор используйте с осторожностью, предварительно проверив его на небольшом участке кожи на аллергическую реакцию.
- Во время маникюра соблюдайте осторожность. Откажитесь от обрезного маникюра — отодвигайте кутикулу деревянной лопаткой, а не обрезайте ее.
- Ежедневно пользуйтесь увлажняющими средствами, чтобы защитить кожу рук и кисти.
- Используйте репелленты, чтобы избежать укусов насекомых.
- Избегайте царапин или укусов животных, в том числе домашних питомцев.
- Во время работы в саду, уборки дома, мытья посуды надевайте перчатки.
- **Избегайте сжатия.** Сжатие или давление на руке может увеличить давление крови в расположенных рядом сосудах, что приводит к увеличению жидкости и припухлости.

- Носите свободные украшения, часы, одежду, бюстгалтер и перчатки. Избегайте всего, что очень узко или сжимает вашу грудную клетку, руку или запястье.
- Убедитесь, что компрессионный рукав хорошо сидит и верно подобран. Одежда и компрессионный рукав должны быть поддерживающими и иметь комфортный уровень компрессии.
- При малейших признаках отека, снимите тесные и тяжелые украшения. Откажитесь от одежды с плотными резинками, оставляющими след на коже.
- Не носите сумку с длинными ручками или рюкзак через плечо с той стороны, где была проведена операция.
- Используйте бюстгалтер с расширенными в области плеча бретельками или без них. Убедитесь, чтобы бретельки комбинации не сдавливали вам грудь или грудную клетку.
- Если вам была проведена мастэктомия и вы пользуетесь экзопротезом молочной железы, попробуйте выбрать наиболее легкий. Тяжелый протез может слишком давить на место, где была проведена операция.
- Используйте неповрежденную руку для медицинских процедур — забора крови, инъекций, измерения давления. Если лимфатические узлы удалены с обеих сторон, посоветуйтесь с вашим врачом, какую руку безопаснее использовать для этих целей.
- **Избегайте экстремальных температур.**
- Не прикладывайте горячих компрессов к поврежденной руке и плечу.
- Не проводите много времени в горячей ванне, парной или сауне, где тело моментально нагревается, а потом быстро остывает.*
- Не проводите много времени в непосредственном контакте со снегом или льдом. Холод, также как и высокие температуры, может причинить вред тканям и способствовать увеличению количества жидкости в области отека.
- **Избегайте солнечных ожогов.** Используйте солнцезащитные средства с фактором защиты (SPF) не ниже 30. Чаше наносите его повторно. В период между 10.00 и 16.00 не находитесь на солнце, так как солнечные ультрафиолетовые лучи в это время наиболее сильные.
- Постарайтесь приучить себя спать на спине или на здоровой стороне, чтобы своим весом во время сна не передавливать сосуды прооперированной руки. Можно приспособить

* Мнения специалистов по поводу посещения сауны для пациенток с диагнозом рак молочной желез, прошедших лечение, сильно разнятся. В ряде стран Европы (например, в Финляндии и Великобритании) врачи рекомендуют посещение сауны пациенткам с РМЖ, но только с использованием максимально щадящего температурного режима и недолго. Если вы являетесь активным поклонником сауны — обязательно посоветуйтесь со своим врачом, прежде чем решите вновь вернуться к любимому занятию.

для «больной» руки подушку, чтобы она находилась на возвышении. Это нормализует циркуляцию лимфы и ее отток.

- **Сохраняйте здоровый вес.** Стремитесь удерживать его на одном уровне. Выясните у врача, какой вес является для вас оптимальным.
- **Занимайтесь физическими упражнениями.** Адекватная физическая нагрузка является основой профилактики лимфостаза. Физические упражнения помогают стимулировать деятельность лимфатических сосудов и, соответственно, способствуют уменьшению отека. Важно увеличивать нагрузку медленно, чтобы не перегружать мышцы рук.
- **Сократите стрессы в своей жизни,** больше спите. Вам также рядом нужны те, кто смог бы вам помочь обрести силы и комфорт. Это может быть семья, друзья, группы поддержки для пациенток, психотерапевт, священник, различные группы по интересам, онлайн сообщества или индивидуальные консультанты. Вам необходимо самой захотеть получать поддержку других людей, прошедших через лимфостаз. Разговор с женщинами, имеющими подобный опыт, очень помогает.
- **Не избегайте маммографии.** Специалисты указывают на отсутствие связи между маммографическим исследованием и началом обострения при лимфостазе. Маммография является контрольным исследованием при последующем наблюдении после окончания лечения, и ее не следует избегать из-за беспокойства в связи с лимфостазом. Если ощущаете онемения или болезненные ощущения после маммографии, переговорите со своим врачом или специалистом по лимфостазу.

Итак, как мы уже говорили, любая женщина, перенесшая хирургическую операцию или лучевую терапию, рискует столкнуться с лимфостазом. Для тех же, у кого присутствовали оба вида лечения, риск лимфостаза заметно увеличивается. В то же время, лимфостаз развивается лишь у каждой четвертой или пятой пациентки. Однако знать об этом должен каждый пациент, чтобы своевременно о себе позаботиться. Ряд исследований указывает на то, что чем раньше лимфостаз диагностируется и начинает лечиться, тем легче его контролировать. Любые непривычные и неприятные изменения в руке или плече должны вас насторожить и стать поводом для немедленного обращения к врачу.

Что делать, если вы подозреваете у себя лимфостаз?

Если рука стала болезненной, покраснела, в ней появилось ощущение теплоты или холода, необходимо сразу же обратиться к своему врачу. Даже если эти симптомы исчезнут так же быстро как появились, важно сообщить врачу об этом. Появление инфекции на прооперированной стороне — это серьезная проблема, которая может быстро прогрессировать.

Если обнаружена инфекция

В этом случае лечить лимфостаз будут с помощью антибиотиков. Возможно, придется сдать дополнительные анализы. Вам могут назначить ультразвуковое исследование руки,

чтобы выявить образовавшиеся тромбы. Возможно, также потребуется сделать МРТ плеча, чтобы убедиться в отсутствии рецидива опухоли.

Лимфостаз считается серьезным осложнением противоопухолевого лечения рака молочной железы. Полностью он не излечивается, но его можно поддерживать в стабильно умеренном состоянии. Периодически нужно будет отслеживать его состояние и проводить необходимое лечение.

Лечение лимфостаза

В зависимости от вашего состояния, врач подберет наиболее подходящую для вас схему лечения. В целом, лечение состоит из четырех составляющих:

Уход за кожей

Увеличение количества лимфатической жидкости одновременно с уменьшением количества лимфоузлов (главных борцов с инфекциями), повышают вероятность инфекции. Небольшие царапины, раны, или такое состояние кожи как сухость, растрескивание, покраснение и т.п., могут легко распахнуть дверь любой инфекции. Если инфекция все-таки попала в организм и начала развиваться, это ведет к дальнейшим нарушениям в лимфатических сосудах, и может заметно ухудшить состояние отека. Именно поэтому очень важно заботиться о своей коже и тщательно следить за ее состоянием.

- Ежедневно обмывайте кожу теплой водой. Если пальцы распухли, бережно обмойте и оботрите их, особенно участки между пальцами. Это позволит предупредить распространение грибковой инфекции, которая лучше всего развивается в теплых и влажных местах.
- В конце дня увлажняйте руки с помощью увлажняющего крема без отдушек. Это позволит сохранять ее эластичность и мягкость, предупредить сухость и трещины.
- Накладывайте крем наиболее комфортным для себя способом. Всегда заканчивайте движением в направлении роста волос, заботясь об их формировании. Это помогает избежать формирования воспаления в волосяных фолликулах.
- Тщательно заботьтесь о каждом порезе или царапине. Обмойте ранку теплой водой, высушите и наложите средство с антисептиком (крем или спрей), чтобы избежать заражения инфекцией. Если рана достаточно глубока, наложите сухую стерильную повязку с не туго затянутым бинтом или пластырем (если кожа в хорошем состоянии). Если заметите сыпь или покраснение на руке (с болью или без боли) или же рана от укуса долго не заживает, обратитесь к врачу как можно быстрее. Возможно, понадобится пройти курс лечения антибиотиками.

Физическая нагрузка

Исследования показали, что физические упражнения позволяют хорошо справляться с отеком. Активное движение мускулатуры стимулирует удаление лимфатической жидкости

из зоны отечности. Даже если вы уже постоянно пользуетесь своей рукой в повседневной жизни или на работе и выполняете пару упражнений для руки, несколько дополнительных упражнений могут помочь вам уменьшить дискомфорт и болезненность, а также улучшить гибкость своих суставов.

Если вы пользуетесь компрессионным трикотажем (он бывает в форме рукава и перчатки), всегда носите его во время выполнения любых физических упражнений или же используйте его в моменты наиболее высокой физической активности до тех пор, пока его ношение вам комфортно. Если же ношение рукава вызывает ощущение дискомфорта, необходимо обратиться в салон, где вы его покупали, чтобы вам помогли подобрать правильный размер. Вы можете продолжить выполнять любые упражнения, которые доставляют вам удовольствие (вплоть до тяжелой атлетики). Главный барометр для вас — это чувство меры и собственные ощущения. Возобновляйте свои хобби или занятия спортом медленно и постепенно. Используйте для занятий правильно подобранную компрессионную одежду. Если чувствуете боль, дискомфорт или отек начинает увеличиваться, обсудите ситуацию со своим врачом.

По мнению самих пациенток наиболее эффективными для разработки рук и плеч для них оказались такие занятия как плавание и упражнения на растягивание (пилатес, стрейчинг, йога). Наиболее подходящие для вас физические упражнения может помочь подобрать специалист ЛФК, врач реабилитолог-физиотерапевт, сертифицированный тренер по фитнесу. Попросите у своего врача направление на бесплатные занятия ЛФК.

Что касается организации жизни в целом, не используйте руку с прооперированной стороны для длительных физических упражнений, таких как поднимание и ношение тяжелых сумок во время походов по магазинам, толкание тяжелого оборудования, например, газонкосилки. Если же вы вынуждены этим заниматься, раздробите время, необходимое для выполнения этих занятий, на небольшие отрезки и постарайтесь делать что-то другое в промежутках (смена деятельности). При этом вес тяжестей не должен превышать 3—4 кг.²⁹

Компрессионный трикотаж и давящие повязки

Компрессионный трикотаж и давящие повязки помогают предотвратить дальнейшее накопление жидкости в тканях. Существует несколько разновидностей таких изделий — эластичные повязки, плотные компрессионные биндажи, другая неэластичная компрессионная одежда, которая часто используется ночью. Если отек образовалась в руке или кисти вам необходим компрессионный рукав или перчатка, которые помогут контролировать лимфостаз. Если же лимфостаз возник в области груди или грудной клетки, вам может быть рекомендован компрессионный лиф или жилет.

Компрессионный трикотаж создан для того, чтобы предупредить развитие лимфостаза, стимулируя лимфатическую жидкость уходить из пораженного участка руки. Он обеспечива-

29. «Лимфедема. Лимфатический отек после операции по поводу рака молочной железы», составитель Алесина И.Л., под ред. проф. Рожковой Н.И., М:2014г. стр.13.

ет сжатие кровеносных и лимфатических сосудов во время движения, благодаря этому лимфатическая жидкость продвигается от руки к грудной клетке и обратно.

Если вы не получили от врача иных рекомендаций, то рукав можно носить весь день, снимая только на ночь. По мнению многих женщин, ношение рукава первое время вызывает странные ощущения, но если отсутствует дискомфорт или боль, то постепенно вы станете чувствовать себя в нем достаточно комфортно и уверенно. В идеале для смены необходимо иметь два комплекта рукава, иначе стирать придется ежедневно. Во-первых, чтобы не деформировался. Во-вторых, чтобы был всегда «свежий». Регулярная стирка в соответствии с инструкцией позволяет компрессионному белью «прожить» достаточно долго. Однако специалисты рекомендуют менять его каждые шесть месяцев, чтобы быть уверенным, что уровень компрессии, способный корректировать отек, сохранился.

Компрессионные рукава бывают двух уровней компрессии: первой и второй, а также с перчаткой и без перчатки. Для лечения используют рукав второй степени компрессии с перчаткой, для профилактики — рукав первой степени компрессии без перчатки. Профилактические рукава необходимо надевать во время физических нагрузок (уборка дома, на даче, занятия гимнастикой), а также во время авиаперелетов. Правильно подобранный рукав создаёт градиентное давление на верхнюю конечность: максимальное — в дистальных отделах, минимальное — в области плеча или надплечья, наибольшее давление должно обеспечиваться в области запястья.

Использование лечебных рукавов позволяет стабилизировать результаты компрессионной терапии, а также является средством профилактики отеков. Рукава обладают хорошими гигиеническими свойствами, что позволяет использовать их в условиях стационара, дома, а также на занятиях лечебной физкультурой. Как правило, аллергические реакции не возникают, но перед надеванием рукава не следует втирать в кожу руки мази.

Надевайте и снимайте рукав аккуратно. Возможно, вы обнаружите, что его удобнее надевать в резиновых перчатках и при надевании, например, придерживать за полотенце-сушитель. Что дает определенную устойчивость, когда распределяешь рукав равномерно по руке. Или же, к примеру, вам будет легче вывернуть часть рукава наизнанку (примерно на две трети) и начать его натягивать с первой трети. Затем постепенно натянув оставшуюся часть рукава, обязательно проследите, чтобы рукав «сел» по руке, и, соответственно, компрессия распределилась равномерно вдоль всей руки, тем самым обеспечив максимальный эффект.

Очень важно, чтобы рукав не имел никаких складок и сидел идеально. Никогда не переворачивайте верхнюю часть рукава, если он вам кажется слишком длинным, иначе это приведет к чрезмерной компрессии. В данном случае вам необходимо заменить данный рукав на более короткий. Посоветуйтесь со специалистом.

Надевайте рукав утром, когда отек менее выражен. Если вам тяжело носить его целый день, попробуйте начать с нескольких часов в день, постепенно увеличивая время ношения

до тех пор, пока вы не сможете носить его целый день. Если ношение рукава дается вам тяжело, несмотря на то, что врач проверил, что размер вам подходит, попробуйте носить рукав тогда, когда вы максимально активны — во время занятий спортом, садом или огородом, домашней или физической работой, снимая его, когда вы менее активны. Ношение компрессионного рукава в течение всего дня позволит вам держать свой отек под контролем.

Компрессионный рукав максимально эффективен, когда ваши мышцы активно работают, и менее — когда вы находитесь в состоянии покоя. Таким образом, если вам рекомендовано носить рукав, всегда носите его в течение дня, в том числе во время перелетов, когда смена давления может негативно отразиться на отеке. Рукав должен быть на вас во время перелета и, как минимум, в течение двух часов после посадки.

Если у вас отек груди или грудной клетки вам может быть рекомендован компрессионный бюстгальтер (лиф), который напоминает спортивный бюстгальтер. Его можно носить как в дневные часы, так и ночью, если вам в нем комфортно. Получить консультацию по поводу правильного подбора компрессионного трикотажа можно у своего врача, в отделении реабилитации, а также обратиться непосредственно в салон, специализирующийся на компрессионном трикотаже для пациенток после операции на груди.



ВАЖНО ЗНАТЬ:

Необходимо иметь в виду, что компрессионное белье делится: по классам компрессии: 1-й — легкая компрессия, 2-й — умеренная, 3-й — сильная; по зонам компрессии и по фасону (например, просто рукав, рукав с плечом, рукав с перчаткой и т. п.).

В салоне вам помогут снять мерки и по ним индивидуально подберут необходимый размер рукава с нужным классом компрессии и фасоном. При выборе компрессионного изделия помните, что хорошее белье отличается тем, что давление со всех точек на объект тщательно выверено и равняется определенному количеству атмосфер (зависит от класса компрессии). Неравномерное натяжение приведет к скоплению жидкости в тех местах, где давление меньше. Имейте в виду, что в рукаве должно быть довольно комфортно. Даже с учетом давления.

Покупая рукав без перчатки, нужно учесть, что под давлением скапливающаяся в руке жидкость может опуститься ниже, за пределы рукава к запястью и кисти, и образовать отек там, где его не было. Поэтому опытные пациентки рекомендуют покупать фасон рукава, закрывающий и кисть и пальцы до середины, так как в нем можно заниматься уборкой, если надеть хозяйственные перчатки. Второй вариант — купить рукав и перчатку по отдельности. Удобство в том, что перчатку можно снимать, когда в ней нет надобности. Также, считается очень удобным вариант рукава с «плечом».

Рукав не скатывается вниз, и рука немного поддерживается. Помните, что рукав лучше

начинать носить до появления лимфостаза как профилактическое средство.

Компрессионное бандажирование

Если отек увеличивается в размерах и использование компрессионного рукава становится невозможным, в этом случае применяется компрессионное бандажирование. Это особые повязки, с помощью которых достигается адекватное сдавливание мягких тканей руки, соответственно, лимфатических и кровеносных сосудов. Такая повязка делает руку значительно больше, чем обычно. Она может казаться более громоздкой и объемной. Бандаж может сниматься и применяться вновь на регулярной основе (в зависимости от степени тяжести отека). Через две-три недели регулярного бандажирования размер и форма руки изменяются. После чего можно вернуться к использованию компрессионного рукава.

При назначении компрессионного бандажирования вам необходимо позаботиться о том, чтобы одежда соответствовала объемным размерам бандажа. Вы также должны быть готовы к тому, что придется посещать медучреждение на регулярной основе, чтобы менять бандаж. Эффект от компрессионного бандажирования заметно увеличивается, если одновременно с использованием повязки вы будете разрабатывать руку. Обсудите ваши действия со своим врачом.

Мягкий массаж и физиотерапия

Речь идет о ручном лимфодренажном массаже или мануальном лимфодренаже (так его обычно называют специалисты). Он подходит при любой степени отека, вызванного лимфостазом, но особенно эффективен при тяжелых формах отека, а также для тех зон, на которые не распространяется действие компрессионного рукава (например, в области грудной клетки). Специалист по массажу использует специальные движения, которые стимулируют отток лимфы и выведение лишней жидкости из мягких тканей (зоны отека). Такой массаж выполняется медленно и ритмично, чтобы не привести к сдавливанию хрупких лимфатических капилляров. Выполнять его должен только квалифицированный специалист. Обычно мануальный лимфодренаж используется в комбинации с другими методами лечения для достижения максимального эффекта.



ВАЖНО ЗНАТЬ:

Энергичный массаж может способствовать производству жидкости. Его необходимо избегать на поврежденной руке.

Прессотерапия

Прессотерапия (иногда ее называют пневмокомпрессия) является разновидностью аппаратного массажа. При его проведении естественные жидкости тела человека использу-

ются как точки приложения для сжатия извне. Для проведения сеанса, направленного на профилактику и лечение лимфостаза, на пациента, который находится в положении лежа на кушетке, надевают манжет для руки, состоящий из отдельных камер, куда в последовательном порядке подается воздух. Давление в подаваемом воздухе значительно превышает атмосферное, а его подача иногда прерывается паузами (от 30 секунд до 2 минут). Высокое давление и его величину, а также изменение пульсовой волны создает и контролирует компьютер. Процедура прессотерапии помогает провести активный лимфодренаж, удаляя из организма лишнюю жидкость и отходы жизнедеятельности клеток. Применяется в рамках комплексного лечения лимфостаза.

Кинезиотейпирование

Этот метод физиотерапии для лечения лимфостаза применяется сравнительно недавно. Пришел из профессионального спорта, где использовался для лечения повреждений связок, мышечных болей и других травм. Для лечения используется особый тип клейкой ленты (тейп), которая накладывается на кожу. Лента обеспечивает натяжение, близкое натяжению кожи человека во время движения, заставляя лимфатическую жидкость двигаться к лимфатическим узлам. Применяется в рамках комплексного лечения лимфостаза. Может применяться как самостоятельный метод при лечении лимфостаза в области груди и грудной клетки. Также используется для профилактики формирования грубых келоидных рубцов.³⁰

Низкодозовая лазерная терапия

При этом методе лечения действие низкоэнергетического лазера направлено на лимфатические протоки для того, чтобы улучшить ток лимфатической жидкости. Исследования эффективности этого вида лечения продолжаются, но полученные данные указывают на то, что оно позитивно влияет на снижение размера отека, фиброза и боль.

Снижение веса

Как известно, избыточный вес влияет на нарушение оттока лимфатической жидкости. Поэтому постарайтесь следить за собственным весом, чтобы он не превышал норму. Для этого не требуется специальной диеты. Выбирайте для себя здоровый, хорошо сбалансированный рацион питания и регулярно выполняйте физические упражнения. Если не знаете с чего начать, можете обратиться к врачу-диетологу для разработки индивидуальной программы питания.

30. Breast Cancer Care , «Living with lymphedema after breast cancer», Edition 6, July 2016 p.28.

! ВАЖНО ЗНАТЬ:**Противопоказания при лечении лимфатического отека**

1. Пациенты с рецидивом/метастазами не должны подвергаться терапии снятия лимфатических отеков, чтобы не спровоцировать дальнейшее распространение опухоли.
2. Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе, а также принимающие антикоагулянты, перед началом лечения должны пройти ультразвуковое и доплеровское исследование, чтобы исключить тромбоз глубоких вен. Во время лечения они должны своевременно сдавать все необходимые анализы (протромбиновое время и т.п.)
3. При возникновении болей лечение должно быть остановлено до выяснения причин и прекращения болей.
4. Рожистое воспаление является противопоказанием к применению компрессионной терапии.

ГЛАВА 10

Жизнь после болезни

Завершение лечения знаменует начало нового этапа в вашей жизни. Жизнь после рака. Это период может сопровождаться самыми разными чувствами. Окончив лечение, вы можете обнаружить, что испытываете тревогу, что рак вернется. Если же удалось абстрагироваться от собственных эмоций во время лечения, это не означает, что после его завершения они не накроют вас с новой силой. Внезапно вы можете ощущать приступы печали, гнева или страха. Все эти чувства имеют право быть. Вы только что пережили сложное время. Ваш организм подвергся атаке раковых клеток и мощному лечению. Ваша внешность и образ жизни претерпели изменения, пусть и временные.

Благодаря достижениям современной медицины рак перешел в разряд хронических заболеваний. Все большее число людей живет с онкологическим диагнозом достаточно долго и при этом сохраняет хорошее качество жизни. И кодовое слово здесь — «забота о себе». Хорошее диспансерное наблюдение исключительно важно для онкологических пациентов, и потому оно должно стать неотъемлемой частью вашей жизни. Очень важно делать то, что позволяет вам чувствовать себя здоровой не только физически, но и эмоционально. Ваше тело может измениться в результате лечения. И теперь, когда лечения завершено, вы или ваш партнер, возможно, испытываете стеснение перед близостью. И вам предстоит выйти на новый уровень близости. Возможно, вы почувствуете потребность направить свою энергию на благие дела или стать волонтером. Найдя позитивный выход своей энергии, вы будете чувствовать себя лучше и увереннее смотреть в будущее.

Позаботьтесь о своем здоровье

То, каким образом рак повлияет на ваш организм и жизнь предсказать невозможно. Каждая человеческая судьба уникальна. Одни женщины после лечения чувствуют себя прекрасно. Другие, в целом, переносят его нормально, но тяжело реагируют на побочные эффекты. Выздоровление зависит от многих факторов, включая тип опухоли, виды лечения, общий уровень здоровья до лечения и многое другое. Позвольте своему организму самому определить, насколько быстро он готово вернуться к прежнему уровню активности. Кстати, многие женщины признаются, что именно постепенное возвращение к повседневным делам помогало им выйти на путь выздоровления. Большинство пациентов ждут с нетерпением, когда лечение завершится. Имейте в виду, что выздоровление требует времени, и каждый пациент идет к выздоровлению своим уникальным путем и со своей скоростью. Один может поднимать тяжелый вес в зале или бегать марафонские дистанции, а для другого ежедневная часовая прогулка может стать настоящим преодолением. Ниже мы хотим рассказать, как помочь себе придерживаться здорового образа жизни и заботиться о себе на протяжении всей жизни.

За последние несколько месяцев вы, наверняка, в полной мере ощутили, что такое быть

больным. Но задумывались ли вы о том, что значит быть здоровым? Ведь наличие здоровья — это не только отсутствие болезни и физических проблем. Это состояние физического и душевного здоровья. Оно поддерживается здоровыми привычками, адекватным питанием и хорошей физической активностью. Вы не можете держать под контролем рак, но в ваших руках улучшить состояние здоровья и чувствовать себя хорошо после болезни. Заняв активную позицию в этом вопросе, вы значительно улучшите качество всей вашей жизни.

Первым шагом в этом направлении для вас может стать составление собственного плана действий. Назовем его, например, План выздоровления. Прежде чем составить такой план, вам нужно определиться с собственными целями в отношении здоровья и улучшения жизни. Эти цели не должны быть долгосрочными и сложными в исполнении. А ваш план по их достижению должен быть обоснованным, тщательно продуманным и, особенно, что касается физических упражнений и снижения веса, составлен в соответствии с рекомендациями врачей. План выздоровления должен затрагивать не только физическое и душевное здоровье, но и вашу духовную жизнь. Вы можете поставить себе следующие цели: контролировать свой вес, выполнять регулярно упражнения, эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, питаться здоровой пищей, найти дело по душе, которое принесет вам радость и удовлетворение и т.д. Затем каждую цель вы разбиваете на несколько шагов, последовательное выполнение которых поможет ее достичь, а также возможные сложности и пути их решения. Например, вы поставили перед собой цель придерживаться здорового и сбалансированного питания. Ваш план действий включает контроль размера порций и учет всех приемов еды и перекусов, потребляемых в течение дня. Скорее всего, возникнут сложности с измерением размера порции и составом продуктов в столовой на работе. Как вариант, вы можете приносить свой обед и перекусы из дома. Другой пример, чтобы регулярно выполнять физические упражнения, вам необходимо записаться на занятия, например, на класс йоги по вторникам и четвергам. Однако в эти дни вы иногда работаете допоздна, и скорее всего, будете вынуждены пропускать занятия. Соответственно, имеет смысл найти студию, где занятия проходят на выходных.

Часто после болезни происходит полное переосмысление жизни, включая и такую важную ее часть как работа. Вы можете осознать, что вам хочется заниматься чем-то по-настоящему важным. Внесите эту цель в свой План. Определите, что у вас получается лучше всего (в чем вы настоящий профи) и попробуйте приложить свои способности в совершенно новой сфере, которая давно вас привлекала. Если при этом существует риск снижения дохода, можно не менять основную работу, а попробовать себя в новой сфере на волонтерских началах, например, в некоммерческой или благотворительной организации. Сегодня все чаще работодатели поощряют своих сотрудников участвовать в волонтерских программах, и даже выделяют для этого время и необходимые ресурсы. Попробовав себя в качестве волонтера, вы получите возможность присоединиться к чему-то по-настоящему важному и расширить свои профессиональные навыки в новой для вас сфере.

Несмотря на то, что основное лечение завершилось, не исключено, что вам приходится бороться с его побочными эффектами, удивляясь тому, как ваш организм реагирует на лече-

ние, и беспокоиться о будущем. Каждому пациенту требуется свое время, чтобы справиться с последствиями лечения рака. Ваш опыт будет зависеть от общего состояния здоровья до начала лечения, вида лечения и реакции организма на него. Выясните у лечащего врача, в чем заключается последующее диспансерное наблюдение, каких врачей и как часто вам необходимо посещать.

Обычно диспансерное наблюдение включает осмотр онколога, который проводится в первый год — каждые три месяца, далее каждые 6 месяцев — до 3-х летнего срока, а затем — один раз в год. Также вам будет рекомендовано ежегодно проходить рентгенографию легких, маммографию (после 40 лет), остеосцинтиграфия (сканирование костей скелета) и КТ головного мозга (при наличии соответствующих показаний). Один раз в полгода вам будет назначаться УЗИ в области хирургического вмешательства, зон регионарного лимфооттока и здоровой молочной железы, а также УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза. Кроме того, в случае появления каких-либо симптомов (кашель, одышка, боли и т.д.) вам будет предложено немедленно обратиться в кабинет диспансерного наблюдения, не дожидаясь сроков очередной явки. Включите диспансерное наблюдение в свой План выздоровления.

Вопросы, которые можно задать врачу в рамках диспансерного наблюдения

1. Как часто мне необходимо проходить маммографию после лечения? **Имейте в виду, что назначения по поводу здоровой молочной железы и молочной железы, подвергшейся лечению, могут различаться.**
2. Какие исследования помимо маммографии мне необходимо проходить, и с какой периодичностью?
3. Если на маммографических снимках будет что-то обнаружено, что это означает?
4. К кому мне необходимо обратиться, чтобы получить результаты маммографии?
5. На что мне необходимо обратить внимание во время самообследования?
6. Если я обнаружу какие-либо изменения в молочных железах, куда и к кому мне необходимо обратиться?

Здоровый образ жизни

Выбирая здоровое питание, физические упражнения, снижая уровень потребления алкоголя и табака вы ускоряете свое выздоровление и снижаете риск рецидива. Такие изменения в вашем образе жизни окажут благотворное влияние и на ваших близких. Изменение рациона питания в пользу здоровых продуктов приведет к тому, что вся семья начнет питаться

лучше. Регулярные упражнения и прогулки могут стать общесемейным времяпрепровождением. Следовать здоровым привычкам не всегда просто, но когда понимаешь, ради чего все это делается (с целью снижения риска развития рака), переход от привычек к здоровому образу жизни становится естественным.

Питание

Играет огромную роль в профилактике рака и ускоряет процесс выздоровления. Результаты исследований подтверждают, что те, кто адекватно питались (имеется в виду правильно подобранное здоровое и сбалансированное питание) во время лечения, лучше переносили побочные эффекты. Адекватное питание также позволяет держать под контролем свой вес, что наряду с физическими упражнениями, способствует снижению риска рецидива и развития новой опухоли. Адекватное питание не должно прекращаться вместе с лечением. Оно должно стать для вас естественной потребностью, частью повседневного образа жизни. Фрукты, овощи, травы и специи содержат большое количество полезных веществ, которые замедляют развитие раковых клеток (антипромоторы рака). Эти полезные вещества хорошо усваиваются как в сыром, так и в приготовленном виде. Научитесь правильно готовить здоровую пищу, сохраняя полезные свойства продуктов. К примеру, овощи из семейства крестоцветных, такие как брокколи, цветная, брюссельская и другие виды капусты, содержат вещества, успешно борющиеся с раком (сульфорафан и индол-3-карбинолы). Однако эти вещества разрушаются при длительной варке. Поэтому любые виды капусты необходимо добавлять в кипящую воду в самом конце готовки. Кстати, сегодня на прилавках книжных магазинов можно найти немало хороших книг об антираковом питании, написанных известными онкологами и диетологами. Если вы живете в небольшом городе, то такие книги можно заказать через интернет или приобрести электронную версию книги.

«ЗОЛОТЫЕ ПРАВИЛА» АНТИРАКОВОГО ПИТАНИЯ ИЗВЕСТНОГО ФРАНЦУЗСКОГО ОНКОЛОГА ДАВИДА ХАЯТА:

1. Не курите.

В отличие от вина, которые не являются канцерогенным с «первого бокала», табак — абсолютный канцероген, проявляющий свои свойства с первой выкуренной сигареты. Даже если курите не вы сами, а тот, кто находится с вами по соседству.

2. Разнообразьте свой рацион.

Не лишайте себя какого-либо любимого блюда, балуйте себя время от времени, когда очень хочется и если это вас радует. Это означает, что изредка можно позволить себе даже то, что может быть опасно для вашего здоровья. Когда мы говорим об опасности (канцерогенном действии продуктов), на самом деле подразумевается эффект, производимый при их потреблении в большом количестве регулярно и на протяжении определенного периода. Если вы любите полакомиться лососем (который нередко напичкан тяжелыми металлами), и время от времени съедаете по 200 гр. этой рыбы, это не значит, что у вас сразу начнется рак.

3. Разнообразьте свои кулинарные методы.

Приготовление пищи в воке потенциально канцерогенно, и это правда. Также верно, что контакт любого органического вещества, любой пищи с пламенем, жарка при очень высоких температурах приводят к появлению на кухне дыма, который, как и сама еда, приготовленная подобным способом, высококанцерогенен. Приготовление пищи на пару или на медленном огне гораздо полезнее для здоровья с этой точки зрения. Однако ничто не мешает вам пару раз за лето приготовить шашлыки.

4. Отдавайте предпочтение местным продуктам, выращенным там, где вы живете и произведенным традиционным способом.

Это гарантирует нам качество продукции, методы производства или рецепты, к которым мы исторически приспособлены. Всегда отдавайте предпочтение продуктам с наименьшим количеством пестицидов. Тщательно промывайте плоды и не стесняйтесь, если это возможно, промыть их в небольшом количестве мыльной воды, чтобы как можно лучше удалить остаточные пестициды, после чего их можно прополоскать и есть.

5. Настройте свой энергетический баланс.

Это означает, что надо увеличить физическую активность и снизить потребление калорий. Убедитесь, что у вас хороший индекс массы тела. Не ешьте слишком калорийную пищу, а это значит, следите за скрытыми жирами и сахарами в некоторых продуктах. Не перекусывайте между приемами пищи. Занимайтесь спортом. И если в один прекрасный день вам захочется устроить себе праздник и полакомиться вкусеньким, и это действительно принесет вам удовольствие, сделайте это. Но на следующий день или два посидите на низкокалорийной диете, чтобы компенсировать излишки энергии, или пройдите лишний километр, чтобы оправдать съеденное. Прославленный французский врач Лаэннек говорил, что болезнь есть результат страстей печали. Так что не печальтесь! Пусть ваш рацион приносит вам радость, не лишайте себя гастрономических удовольствий, какими бы ни были их теоретические последствия. Главное, чтобы вы предавались им лишь изредка.³¹

Помните, что адекватное питание не только снижает риск развития рака, но улучшает общее состояние здоровья, предупреждая сердечнососудистых заболеваний, остеопороз и диабет.

Контроль веса

Женщины с диагнозом рак молочной железы должны особенно внимательно следить за

31. Давид Хаят, Антираковая диета. М. Центрполиграф, 2015, 187.

собственным весом. Ряд исследований указывает на то, что если женщина имела лишний вес или страдала ожирением при постановке диагноза, то вероятность рецидива достаточно высока.³² Избыточный вес повышает уровень эстрогена и инсулина в крови, стимулирующих рост раковых клеток. Поэтому адекватное питание и физическая активность играют важную роль в вашем выздоровлении. Если у вас есть проблемы с лишним весом — самое время заняться этим всерьез. Вы можете обратиться за помощью к врачу диетологу или же проконсультироваться со специалистами в Центре здоровья при поликлинике по месту жительства.

Физическая активность

Физические упражнения очень полезны для женщин с диагнозом рак молочной железы, как во время лечения, так и после его завершения. Если вы занимаетесь регулярно, ваш мышечный каркас укрепляется и это дает дополнительную энергию, так необходимую после завершения лечения. Упражнения помогут вам избежать лишнего веса, улучшить работу сердца и повысить настроение. Важно ведь не только вести здоровый образ жизни, но и быть счастливой.

Как уже говорилось выше, физическая активность изменяет метаболизм эстрогенов. Физические нагрузки снижают уровень инсулина и резистентность к инсулину женщин, ведущих сидячий образ жизни и страдающих лишним весом. Многочисленные исследования, посвященные женщинам, в течение длительного времени имевшим избыточный вес и проходившим курс лечения от рака, подтвердили, что адаптированная физическая активность производит реальное положительное действие.³³

Для того, чтобы защититься от развития рака с помощью физических упражнений необходимо соблюдать определенный уровень нагрузки. Для этого ученые предлагают расход энергии рассчитывать не в килокалориях, а в MET-часах (MET — метаболический эквивалент нагрузки/Metabolic Equivalent Task). С помощью этого показателя оценивается расход кислорода в состоянии покоя за час. Например, ходьба эквивалентна 3 MET-часам.

При интенсивной ходьбе, включая подъем по лестнице, уровень нагрузке составляет около MET-часов. Такие интенсивные физические упражнения как бег, плавание, теннис превышают 6 MET-часов. В среднем же среди населения еженедельный расход энергии составляет меньше 3 MET-часов. Чтобы физическая активность оказывала позитивное влияние на прогноз у женщин в постменопаузе, больных раком, необходима недельная физическая активность 9 MET. Например, часовые прогулки три раза в неделю, или часовое занятие плаванием раз в неделю и получасовая прогулка, или получасовые прогулки шесть раз в неделю.

32. Ruth O'Regan, Sheryl G.A, Gabram-Mendola, Terri Ades, Rick Altery, Joan L.Kramer, Kimberly A, Stupm-Sutliff. Breast Cancer Journey. Third edition, 2013 American Cancer Society: 556, 382.

33. Давид Хаят, Антираковая диета. М. Центрполиграф, 2015, 178.

Оценка расхода энергии по видам деятельности³⁴

Спортивная деятельность (МЕТ-час)		Повседневная деятельность (МЕТ-час)	
Йога	2,5-3,5	Нахождение в положении сидя	1
Водная аэробика	4	Приготовление пищи	2
Бег в зале	4,5	Уборка	2–4
Велосипед	4–10	Рукоделие	3–5
Гребля	3,5–6,5	Прогулка	2–3
Плавание	4–11	Садоводство	3–6
Тенис	5–8		
Единоборства	10		

Так что физическая активность должна стать частью вашей жизни. Не имеет особого значения, какой вид занятий вы выберете, главное — заниматься этим регулярно.

И еще хотелось бы остановиться на одном важном моменте. Выбирая вид спорта или физические упражнения, найдите то, которое соответствует вашему внутреннему миру и эмоциональному фону. Это очень важно. Ведь если занятия вам неприятны, вряд ли вас это мотивирует, и вы быстро найдете повод от них отказаться. Даже если заплатили за клубную карту приличную сумму денег. В результате формируется лишь чувство вины, что вам совершенно не нужно.

Курение

Курение, как правило, ассоциируется с раком легких, но ряд проведенных недавно исследований показал, что риск развития рака молочной железы также связан с активным и пассивным курением. Вероятность заболеть у женщин, курящих на протяжении сорока лет, увеличивается на 50%, по сравнению с некурящими женщинами.³⁵

Имейте в виду, если вы курите, то вам нет смысла искать спасение в здоровом питании и других полезных привычках. Чтобы вы не предпринимали, табак сведет на нет все ваши усилия. Поэтому, первое правило антираковой профилактики — НЕ КУРИТЬ.

34. Хаят Д., Антираковая диета. М., Центрполиграф, 2015, 179.

35. Бауман Э., Валбдман Х, Абрамс И., Если у меня рак груди, М.,Эксмо, 2014, 38.

Алкоголь

Доказано, что употребление алкоголя увеличивает риск развития рака молочной железы, а также других видов рака. Предполагается, что алкоголь может быть связан с 4 % случаев рака молочной железы в развитых странах. Риск напрямую связан с количеством алкоголя. По мнению ученых, у женщин, которые ограничиваются одной порцией алкоголя в день, риск возрастает очень незначительно, однако у тех, кто выпивает 2–5 порций, риск повышается в полтора раза по сравнению с теми, кто вообще не пьет.³⁶

Измените мышление

Лечение позади, вы живы и это главное. Поблагодарите себя за то, что справились со всеми трудностями, победили, несмотря на страх и отчаяние. Теперь у вас начинается основной экзамен, вы должны активно изменить свою жизнь. Подумайте, как сделать ее счастливой, активной и насыщенной, научиться радоваться каждому дню, каждой минуте. Ведь если вы сами счастливы, то сделаете счастливыми и других. Сейчас перед вами стоит задача перестать жить прошлым. Впереди у вас другая, интересная и счастливая жизнь, с новыми целями и мыслями. Но не убегайте далеко в будущее. Старайтесь по максимуму жить уже сегодня. Для этого перестаньте жить «на автомате»: есть — спать — покупать. Стремитесь к осмысленности и помните, что только вы в ответе за свое физическое и психологическое состояние. Если вы научитесь получать удовольствие «здесь и сейчас» от простых вещей, сами сможете сделать каждый свой день интересным и насыщенным.

После выписки из больницы больше гуляйте. Посильная физическая нагрузка и психологические упражнения помогут вам расслабиться, снять стресс. Увидите, как улучшится ваше настроение, сон и физическое самочувствие в целом. Нормализуйте режим работы и отдыха. По возможности посещайте группы психологической поддержки или консультируйтесь у психолога. Это позволит выработать эффективные приемы, которые помогут именно вам. Посмотрите на себя новыми глазами. Болезнь приносит страдание и боль, но она же может заставить человека изменить себя, свою жизнь, пересмотреть многие жизненные стереотипы. Происходит мощная перестройка не только всего организма пациента, но и его психики. В борьбе за свое здоровье женщины нередко открывают в себе огромные резервы стойкости и настоящие бойцовские качества. Порой случается и обратное — женщина словно сживается со своим недугом, холит и лелеет его, получая тем самым то, что ей еще более необходимо и чего она, возможно, была лишена: любовь, заботу и внимание.

Психологи выделяют несколько вариантов реакции пациента на болезнь, таких как: болезнь как препятствие, которое должно быть преодолено, болезнь как враг, болезнь как наказание за прошлые грехи, болезнь как облегчение и некое «разрешение» наконец жить так, как «я хочу», болезнь как способ приспособления к жизненным трудностям, болезнь как положительная ценность и учитель. Ценою болезни пациент получает возможность стать психологически более зрелой личностью, осмысливая и обретая более глубокое понимание причинно-следственных связей в жизни.

36. Д.Плант., Ваша жизнь в ваших руках. М., Рипол-классик, 2012, 379.

Не секрет, что болезнь обычно скрывает психологические ловушки. Так, например, во время болезни вся семья сплывается вокруг пациента. Под него подстраиваются, всячески стараются угодить и облегчить его положение. И уже после выздоровления, особенно если пациент имеет психологическую предрасположенность, он будет стараться максимально задержаться в этом состоянии, превращаясь в маленького ребенка, которому нужно, чтобы его баловали, жалели, потакая всем прихотям. Такая ситуация является «ловушкой», так как в итоге у человека отсутствует мотивация выздороветь и стать активным членом своей семьи. Чрезмерная опека также может нанести вред. Например, женщину из-за болезни освобождают от каких-либо обязанностей в быту, на работе, полностью выключая ее из повседневной жизни семьи со всеми трудностями и радостями. Однако такая чрезмерная опека близких может обернуться тем, что женщина полностью перекладывает ответственность за свое выздоровление на плечи родственников и врачей, и не принимает активное участие в своей реабилитации. Это уменьшает ее шансы вернуться к активной, здоровой жизни. Если вы узнали себя в этих сценариях отношений, постарайтесь поменять их. Старайтесь делать многое самостоятельно, следуя рекомендациям врача, боритесь за себя и свою здоровую и активную жизнь.

Пережитая болезнь часто становится беспощадным, но бесценным учителем, помогая извлечь опыт, необходимый для будущей жизни. Так, она дает вам возможность научиться жить в гармонии с собственным телом, ощущать его потребности, прислушиваться к нему. Она помогает пересмотреть свои жизненные ценности и учит вас ставить себя на первое место. По наблюдениям психологов, большинство онкологических пациентов либо не осознает свои потребности вовсе, либо по привычке откладывают их на «потом», которое так и не наступает. Поэтому в процессе реабилитации им приходится заново учиться слышать и понимать свои потребности и потребности своего организма.

Поставьте перед собой задачу постоянного личностного роста. Очень часто женщины с онкологическим диагнозом, преодолев свой недуг, становятся опорой другим людям. Они делятся своим опытом борьбы за здоровье, доказывая своим примером, что рак можно победить. Основной мотивацией для них становится возвращение к активной полноценной жизни в обществе. Не останавливайтесь в своем развитии, становитесь мудрее, сильнее. Реализуйте все свои возможности. Начинать менять свою жизнь прямо сейчас. Это нелегко, но поверьте, необходимо. Ищите помощников среди единомышленников, друзей, в лице психологов и психотерапевтов.

Работая над собой, постарайтесь понять и осознать, какие важные уроки вы извлекли из данной ситуации. Какие установки помогают вам в борьбе за жизнь и здоровье, делают вас сильнее и улучшают самочувствие. Какие установки, поведение или мышление являются ловушками, тормозят процесс лечения и ваше возвращение к активной, полноценной жизни в обществе. Каковы ваши ценности в жизни, кому или чему вы уделяете основное время своей жизни. Что такое любовь к себе и в чем она заключается лично для вас. Подумайте о себе, достаточно ли вы раньше уделяли внимание себе, своему здоровью. Кто или что является центром вашей жизни. Если это не вы сами, то это похоже «путь без путника». Как вы

можете стать счастливее, если ваша жизнь вам не принадлежит? Как вы можете быть внимательной к себе, что вы можете сделать для себя, если ваше внимание поглощено другими людьми, работой или домашним хозяйством? Кому все это будет нужно, если с вами что-то случится? Подумайте над этим и перестаньте относиться к себе по остаточному принципу. Поставьте себя на первое место. Это не эгоизм, а жизненная необходимость.

Помните, выбранные вами цели должны быть достижимыми для вас и главное — соответствующими вашим истинным желаниям и возможностям. Начните воплощать список ваших целей в жизнь уже сегодня. Забота о себе сделает вас сильнее, удовлетвореннее жизнью, спокойнее, а значит и здоровее. Осознанное отношение к себе и реализованные цели постепенно помогут вам вернуться к активной и наполненной жизни.

Как подобрать специальное белье и протезы

Многие женщины после мастэктомии испытывают чувство неуверенности в себе, своей привлекательности и женственности. Поэтому очень важно своевременно устранить косметический послеоперационный дефект, тем самым улучшив свое психологическое и эмоциональное состояние. Максимально быстро и эффективно восстановить грудь можно благодаря современным наружным протезам (*экзопротезы*) молочной железы. Экзопротез вкладывается в специальный бюстгальтер и носится на теле. В настоящее время существует более пятисот видов экзопротезов молочной железы, позволяющих подобрать необходимую модель, идентичную сохраненной молочной железе и полностью имитирующих ее.

Все виды экзопротезов по назначению можно разделить на две группы. В первую входят *послеоперационные протезы*, которые предназначены для использования сразу после операции. Их можно носить в течение двух месяцев после операции до заживления послеоперационных швов. Это очень лёгкие протезы, которые не мешают заживлению швов, не травмируют кожу груди. Чаще всего, они изготовлены из текстильных материалов. Этот вид протезов также можно использовать в период проведения лучевой терапии и для домашнего отдыха. Вторая группа протезов предназначена для постоянного дневного ношения. Традиционно они изготовлены из медицинского силикона и оболочки из полиуретановой пленки. Их рекомендуется начинать использовать спустя два месяца после операции. При определенном размере вес протеза обычно соответствует весу сохраненной молочной железы. Однако существуют облегчённые силиконовые протезы (легче на 25–30%), которые могут быть рекомендованы пациенткам с большой грудью, при лимфатических отеках руки на стороне операции, при сердечно-сосудистых заболеваниях, а также женщинам, ведущим активный образ жизни. Кроме того, использование облегчённых протезов удобно в жаркую погоду.

В последние годы разработаны инновационные технологии производства экзопротезов молочных желез, которые не только устраняют косметический дефект, но и обладают полезными лечебно-профилактическими свойствами. Это *адгезивные экзопротезы*, имеющие с внутренней стороны специальный самоприлипающий силиконовый слой. Они носятся непосредственно на коже в отличие от обычных экзопротезов, которые вкладываются в карма-

шек специального бюстгалтера. Адгезивный экзопротез поддерживается на теле обычным классическим бюстгалтером. Как показали исследования, адгезивный силиконовый слой экзопротеза препятствует процессам атрофии кожи и уменьшает образование рубцов. Большинство пациенток говорят о том, что ощущают такой протез как часть собственного тела. Также рекомендуется использование такого экзопротеза при риске возникновения лимфатического отека, так как уменьшается давление бретелей бюстгалтера на плечо.

К новейшим разработкам в этой сфере можно отнести экзопротезы с терморегуляцией. Инновационная терморегулирующая технология Bodicoool снижает потоотделение и выравнивает температуру между телом и протезом. Система терморегуляции основана на встраивании с внутренней поверхности протеза специального гелевого слоя, позволяющего поглощать тепло, тем самым создавая температурный баланс между протезом и прооперированной поверхностью, а также обеспечивающего максимальный комфорт при его ношении. Такие протезы используются как сразу после операции, так и в период заживления ран. Особенно подходят женщинам в период менопаузы и в летний период.

Самой «продвинутой» технологией в области экзопротезирования на сегодняшний день является уникальный безоболочный экзопротез. Он идеально подходит при любых типах операции. Основное преимущество такого экзопротеза заключается в отсутствии полиуретановой пленки, способствующей нагреванию поверхности тела при соприкосновении с экзопротезом. Протез полностью состоит из 100% медицинского силикона, который не вызывает аллергии и раздражения кожи, но и способствует заживлению рубцов и их сглаживанию. Этот экзопротез идеально повторяет контуры тела, восполняя неровности и отсутствующую ткань. Благодаря естественной адгезии, протез держится непосредственно на коже. Мягкий эластичный материал остается постоянно приятным телу, не оказывая давления на чувствительную область рубца. Силикон безоболочного протеза имеет специальную плотную пористую текстуру, благодаря которой силикон не вытекает при проколах и незначительных повреждениях поверхности протеза, увеличивая тем самым надежность и срок его службы. Важно знать, что современные инновационные экзопротезы молочных желёз обладают свойствами, сходными с особенностями настоящей груди. Такие экзопротезы имеют мягкую и нежную структуру, быстро принимают температуру тела, надёжны и долговечны. При точном подборе размера протеза и правильной его эксплуатации, побочных эффектов, как правило, не наблюдается. Для любителей гимнастики и плавания существуют специальные протезы, предназначенные для активных занятий. Эти протезы легче обычных на 25-30%, что обеспечивает их обладательницам дополнительный комфорт и удобства.

Все виды силиконовых экзопротезов подбирают по размерам удалённой молочной железы и вкладывают в кармашек специального бюстгалтера. При подборе экзопротеза необходимо учитывать анатомические особенности, а также тип и вид проведенной операции.

ПРАВИЛА ПОДБОРА ЭКЗОПРОТЕЗОВ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- Масса экзопротеза должна соответствовать весу молочной железы.
- Экзопротез должен соответствовать форме сохранённой молочной железы.
- Экзопротез должен максимально компенсировать дефицит тканей, возникший в результате операции.
- Размер экзопротеза следует подбирать, ориентируясь на размер чашечки бюстгальтера.
- Во время первой примерки не рекомендуется брать в руки экзопротез, так как из-за отсутствия молочной железы в течение некоторого времени экзопротез может казаться слишком тяжёлым.

Подбор специализированного белья

Правильно подобран должен быть не только экзопротез, но и бюстгальтер. Основная функция специального бюстгальтера — надёжная фиксация экзопротеза. Очень важным моментом является подбор послеоперационного бюстгальтера, который не стесняет движений, а в то же время поддерживает грудь и фиксирует экзопротез. Такой бюстгальтер имеет ряд конструктивных особенностей: Бретели, расширенные в области плеча, с мягкой подкладкой, максимально разгружают плечи, предотвращая возникновения лимфостаза, и регулируются на спине. Декольте имеет высокий вырез, линии чашки повторяют контуры протеза. Эластичная обработка обеспечивает улучшенную поддержку и максимальный комфорт при движении. При подборе бюстгальтера используют специальные таблицы соответствия размеров бюстгальтера, чашечки и экзопротеза. Протез должен полностью заполнять чашечку бюстгальтера, при этом размер чашечки не должен быть меньше протеза (это вызывает его деформацию) или больше протеза (это приводит к его недостаточной фиксации). Носить бюстгальтер необходимо вместе с протезом.

**ВАЖНО ЗНАТЬ:**

Правильно подобранный бюстгальтер плотно облегает, но не прижимает и не давит. Бретельки должны равномерно распределять давление, не врезаясь в тело. В ряде случаев рекомендуют использовать разгрузочные бретели.

В сочетании со специальным бельём экзопротез молочной железы в буквальном смысле становится частью самой женщины. Всё это позволяет ускорить восстановление и избежать ряда послеоперационных осложнений.

Как стать мамой после лечения

Многих молодых женщин, которых коснулась проблема рака молочной железы, волнует вопрос о возможности иметь детей после лечения. Действительно, некоторые виды лечения достаточно агрессивны и могут нарушить репродуктивную функцию, вплоть до ее угасания. Будет ли она нарушением и как долго это продлится, зависит от типа препарата, схемы лечения, дозировки и возраста женщины. Гормональная терапия, также как и химиотерапия, может иметь данный побочный эффект. Хирургическая операция и лучевая терапия в области грудной клетки в целом не влияют на развитие бесплодия. Имейте в виду, что наличие месячных после лечения не означает сохранение фертильности. Выяснить, сохранилась ли фертильность после лечения можно у врача-гинеколога или репродуктолога. Также специалисты рекомендуют избегать беременности непосредственно во время химиотерапии и сразу после лечения, так как такое лечение может повлиять на развитие плода. Если же диагноз был поставлен во время беременности, в арсенале врачей есть схемы лечения, которые позволяют женщине сохранить беременность и родить здорового ребенка. Так, например, в РОНЦ им. Н.Н. Блохина есть отделение, которое давно и успешно занимается ведением беременных пациенток.

Поэтому, если вы планируете рождение ребенка после выздоровления, необходимо обсудить этот вопрос со своим врачом до начала лечения. Такой откровенный разговор позволит вам спланировать лечение и знать, что вас ожидает. Если врач не очень хорошо информирован о проблемах бесплодия или считает данный вопрос менее важным, чем сохранение вашей жизни, вы можете обратиться за вторым мнением к другим специалистам (онкологу, гинекологу-эндокринологу, репродуктологу). Тем, кто обеспокоен защитой себя от бесплодия после онкологии, врачи рекомендуют сохранять яйцеклетки. Это позволит родить здоровых детей даже в случае полного бесплодия после лечения. Такая медицинская технология называется криоконсервацией яйцеклеток.

Что важно знать о криоконсервации яйцеклеток? Заморозить яйцеклетки желательно до начала лечения, тогда качество сохраненного биоматериала будет намного лучше. В связи с тем, что рак молочной железе чаще всего является гормонозависимой опухолью, некоторым пациенткам врачи могут запретить проводить стимуляцию суперовуляции для забора большого количества яйцеклеток. Дело в том, что зачастую стимуляция проводится теми же гормональными препаратами, что и лечение злокачественной опухоли. Опытные врачи-репродуктологи умеют проводить стимуляцию в таких сложных условиях. В случае наличия противопоказаний к гормональной стимуляции, сохранить яйцеклетки можно в естественном цикле. Но это будет не столь эффективно, так как получится заморозить только 1-2 яйцеклетки за один женский цикл, что может быть недостаточно для проведения успешного ЭКО. Также можно сохранить ткани яичника. Эта методика пока является экспериментальной, однако зафиксированы случаи рождения детей после обратной пересадки тканей яичника, в том числе зачатых естественным путем. Если вы замужем, то можете сразу сохранить эмбрионы. Они хранятся несколько лучше, чем яйцеклетки. Срок хранения замороженных яйцеклеток и эмбрионов ничем не ограничен. Известен случай рождения ребенка с помощью яйцеклетки, хранившейся 13 лет. Заморозить и хранить свои яйцеклетки можно в репродуктивном банке. Яйцеклетки замораживают с помощью специального метода витрификация. Такой способ криоконсервации не повреждает яйцеклетки и сохраняет до 99% клеток. Замороженные ооциты хранятся при температуре -196°C в специальных криосоломинах в жидком азоте. В Москве сохранить яйцеклетки можно в Репробанке.

ГЛАВА 11

Истории победы

В заключительной главе мы хотим поделиться с вами вдохновляющими историями четырех женщин, перенесших рак молочной железы. Они разного возраста, живут в разных городах, у каждой из них своя история и семейные обстоятельства. И даже к выбору места лечения они подходили по-разному. Но всех их объединяет одно — мощное желание жить, любовь к людям, оптимизм, решительность, осознанный подход к лечению и умение увидеть в болезни не врага, но сурового и мудрого учителя. Мы надеемся, что эти очень личные истории, которыми поделились наши героини, помогут вам найти силы и отвагу идти вперед, обрести глубокую и искреннюю любовь к самой себе на пути к выздоровлению.

История Елены Голышевой, 33 года (г. Москва)

Моя история начинается с того, что примерно за год до постановки диагноза, я заметила уплотнение в груди. Оно было плоской формы, достаточно плотное, с неровными контурами, прямо на поверхности. Грудь у меня маленькая, поэтому все прекрасно прощупывалось. Но я не придавала этому значения, будучи уверенной «само все рассосется». Всегда вела здоровый образ жизни: фитнес, никакого алкоголя, табака, хронического недосыпания. Даже в голову не могло прийти, что у меня молодой и здоровой может быть рак. Этого слова не было даже в лексиконе. Шло время, мое уплотнение только увеличивалось, стала неметь правая рука (ощущения затекания), «стрелять» в правой подмышке. И при этом, после явных проявлений всех симптомов, мне все равно не приходило в голову, что это может быть серьезно. Очень долго списывала на спортзал, перезанималась и т.д. Однажды, за обедом я поделилась со старшей по возрасту коллегой своими симптомами и все показала. Она, округлив глаза, строго сказала: «Быстро в больницу!». И тут, конечно, испугавшись, я уже не стала медлить и стремглав помчалась к врачу на следующий же день. Все быстро закрутилось: УЗИ, забор материала на биопсию, анализ крови на онкомаркеры. Меня отправили домой ожидать результатов. Через несколько дней, пришла смска из поликлиники о том, что 13-го февраля 2014 года (этот день невозможно забыть) я записана к онкологу. Между тем, к онкологу я не записывалась. И только тогда до меня дошел весь масштаб бедствия. Затряслись поджилки, закрутились в голове мысли, что биопсия и анализ крови на онкомаркеры дали какие-то нехорошие результаты. В общем, толком ночь не спала, утром оказалась на приеме у онколога. Сообщение для меня было из серии «У меня для вас две новости: хорошая и плохая. С какой начать?». Хорошая — онкомаркеры рака молочной железы, яичников и общий РЭА в норме, плохая — цитология подтвердила злокачественность новообразования. Нужно отдать должное моему онкологу, он донес все очень мягко, спокойно, без трагизма и без раздражающего сочувствия на лице. Начал рассказывать о процедуре лечения. Раньше я вообще об этом ничего не знала, кроме того, что онкобольных постоянно тошнит, и они ходят лысые и бледные. Озвучил срок лечения продолжительностью в полгода. Тогда мне это показалось вечностью. В итоге я пролечилась почти год, и это время пролетело на одном дыхании. Сначала я слушала врача с воодушевлением, затем медленно стала сползать по

стулу. В глазах поплыли стены кабинета, жизнь пронеслась в голове за секунду. Боже мой, как же так, почему же это могло произойти именно со мной? У меня работа, ипотека, родители, которые не вынесут удара, если со мной что-то случится, ремонт, спорт. И, вообще, я еще много чего не сделала в этой жизни из запланированного, не реализовала себя в полной мере. Примерно такой сумбур творился в голове. Выйдя от врача на Таганке, я пошла в храм к Матроне Московской, обливаясь слезами, никому не звоня. Просто не могла сделать это физически. Очень важно было, по словам врача, и в следствие сама это поняла, принять, то, что это случилось именно со мной, сказать себе «да случилось, да со мной». Важно не застрять в периоде отрицания: такого не может быть, здесь вероятно какая-то ошибка, я же так молода, схожу еще куда-нибудь проверюсь и т.п. Это очень важно. В противном случае есть риск потерять драгоценное время.

Как бы там ни было, но меня впервые в жизни меня охватил страх смерти. Я почувствовала РЕАЛЬНУЮ угрозу жизни, а не теоретическую (типа все мы смертны и с каждым в любую минуту может произойти все что угодно). Почувствовала, что вот я есть и очень быстро меня может не стать. Как говорил мой преподаватель в физкультурном институте: «До 27 лет я вообще думал, что бессмертный». До 13 февраля я думала примерно так же. Так как случай мой был не самый простой, опухоль была слишком большой в сравнении с размерами молочной железы и расположена близко к поверхности кожи, фактически в нее вросла, я решила проработать вариант лечения за рубежом. Пока шла от Матроны в сторону работы, уже немного успокоилась. Приехав на работу, зашла в приемную руководителя, чтобы сообщить новости. Со мной случилась истерика. Не могла вымолвить слова. Мне так стало себя жалко, и в голове было только одно — я умру. Я очень сильный и стойкий человек, всегда справлялась со многими трудностями, но даже на минуту не могу себе представить, как возможно сохранять выдержку, когда тебе поставили диагноз. Это просто не возможно. Это выбьет из колеи любого, абсолютно любого. Потом, когда уже идет лечение, ты свыкаешься с новой реальностью, но не в этот день. Я очень благодарна коллективу, коллегам, руководителю, которые прониклись моей бедой. Все сопереживали, кто-то плакал вместе со мной, кто-то подбадривал, шутил, и мы вместе смеялись. С той минуты все закрутилось как во сне. Меня больше всего волновал вопрос, как же я буду совмещать лечение и выплату ипотеки, ведь постоянно буду на больничном. Коллеги по всей нашей огромной компании организовали сбор средств на лечение. Отдельно компания выделила материальную помощь, подключились страховые службы. Оказывается, что мы были застрахованы от таких заболеваний. Еще оказалось, что можно отложить выплату кредита на год, в связи с таким случаем мне сделали реструктуризацию ипотеки. Все это происходило очень стремительно, и я поняла, что не все так плохо, все решается, и я очень хочу жить. Я не готова умирать. Хотя, конечно, параллельно на меня сыпался негатив от людей, которые уже находилась в процессе лечения. И очень сложно было пропускать мимо ушей, не примерять на себя рубашку умирающего онкологического больного и быть оптимистом. Тем не менее, желание жить преодолело, и через пять дней, то есть 18-го февраля я уже смогла вылететь в Израиль. Я летела буквально на собственных крыльях, мне очень захотелось жить. Так сильно, как никогда...

Больше всего в лечение пугает не операция, а химиотерапия. Химиотерапии боятся все и для этого есть основания. Ведь именно эта часть лечения самая тяжелая. Но об этом чуть

позже. После проведения всех дополнительных исследований мне была поставлена 3-я стадия гормонозависимого HER2 негативного рака молочной железы с поражением региональных подмышечных лимфоузлов. Гормонозависимая форма РМЖ означала продолжение лечения после окончания основного блока лечения (гормонотерапия). Нужно сказать, мне повезло, что воздействие гена HER2NEU не подтвердилось, иначе понадобилось бы лечение в течение года еще одним дорогостоящим препаратом герцептином. На консультации онколог озвучил протокол лечения. Вопреки шаблонам, которые были у меня в голове, первой в очереди была не операция, а химиотерапия (ХТ), потом операция, затем радиотерапия. Оперировать сразу было нельзя, сначала необходимо значительно уменьшить размеры опухоли и избавиться от неё в лимфоузлах. «Химией» мне было назначено восемь курсов, из них четыре — вызывающими тошноту цитостатиками, и еще четыре — таксанами, от которых ломит кости и режет мышцы. Один курс — раз в три недели. По времени это должно занять примерно полгода. Когда озвучили эти сроки, мне показалось это вечностью, я не могла себе представить, как вообще переживу это время. Но непреодолимое желание жить все равно выходило на первый план, и я уже хотела поскорей начать. Первая моя ХТ состоялась 13-го марта, ровно через месяц после постановки диагноза. Очень волновалась, но нужно отдать должное медперсоналу, который был позитивно настроен, они все подробно мне объяснили, какие могут быть побочные эффекты (это далеко не только тошнота), какие препараты дадут, чтобы эти самые эффекты мини-мизировать и т.п. Как говорится, предупреждён — значит вооружён. Теперь о самих побочных эффектах ХТ. Как оказалось, их может вовсе не быть, либо они могут быть минимальны. Все зависит от конкретного организма, от настроения, от образа жизни, уровня двигательной активности. Нельзя однозначно утверждать, что будет тошнить или, например, испортятся зубы. Все очень индивидуально. Химиотерапия такая интересная штука, которая однозначно вгоняет в состояние усталости. В большей или меньшей степени, но оно всегда присутствует. Поэтому отдыхать, безусловно, нужно, но в меру, так как чем больше отдыхаешь и меньше двигаешься, тем сильнее это состояние усталости, вялости, тошноты, ломоты и желания лежать или спать. Поэтому сразу сказала себе, что однозначно плакаться и жалеть себя не буду, своего спортивного режима не меняю. К тому же, меня поддержал кардиолог, который проверял работу сердца перед началом лечения. Так и поступала. Ездила на химиотерапию каждые три недели в Тель-Авив. Первые пару раз приходилось откладывать, т.к. не успевали восстанавливаться лейкоциты до минимально допустимого уровня, но потом мне назначили препарат для более быстрого восстановления костного мозга и мы вошли в график. На второй день после химии я улетала. Первый день по приезду, конечно же, отдых, затем прогулки, затем обязательно спортзал — кардиотренировка (обычно это был сайкл), после уже силовые тренировки. Было тяжело, кружилась голова, но я не сдавалась, не бросала. Более того, работала в обычном режиме, запретила смотреть на меня жалостливыми глазами, как на покойника (так уже сложилось, что в нашей стране, рак обязательно ассоциируется со смертью). Сказать, что порхала как птичка, и было легко? Нет, мне было нелегко. Тошнило меня? Да, тошнило. Постоянно носила в кармане таблетки от тошноты, а от противорвотных стероидов набирала вес. Отекали ноги и, в целом, пухла как на дрожжах. Конечно, многие смотрели на меня как на безумную, покачивали головой и советовали «тебе бы больше отдыхать, деточка». Нет уж, не помогает это чувствовать себя бодрее, не работает. А вот спорт и активный образ жизни обеспечили

качество жизни практически здорового человека.

Ровно на 13-й день (эта мистическая цифра 13) после первой химиотерапии в одночасье стали выпадать волосы. Выпадать — это мягко сказано, они отслаивались от головы пучками при малейшем прикосновении. Дотянула до выходных. Опасаясь, что с первым сильным порывом ветра моя коса слетит с меня целиком, в субботу побрила голову. С тех пор коллекция моих платков и шапочек для спортзала пополнялась. Друзья привозили мне платки из разных стран в качестве подарков. Волновала ли меня моя лысая голова? Конечно, нет. Помню, что когда была здоровой, меня почему-то очень тревожил вопрос, а как же онкологические пациенты ходят лысые или у женщин с раком груди грудь удаляют. Боже, как это все становится не важно, отлетая даже не на второй, а на последний план. Есть только одно мощное стремление — вылечиться, жить, творить, делать что-то полезное, быть счастливой, радоваться каждой прожитой минуте, никогда не ныть. Охватывало ли меня отчаяние в процессе лечения? Да, такое было. Боль, слезы, отчаяние — это может понять, наверное, только человек, прошедший через это. В середине лечения таксанами мне было полегче, не тошнило. Стероиды принимать не пришлось, но жутко ломало кости и мышцы. Третий день после капельницы был всегда критический и, как правило, в этот день я всегда лежала в лежку. Это единственный день, когда лежала и пила обезболивающие. На таксанах осыпались не только остатки волос на голове, но и брови, и ресницы. Типичная «онковнешность». Забавно было наблюдать реакцию людей в метро. Когда бледнолицая молодая девушка в платке стоя, увлеченно читала книгу о раке и питании, многие поднимали глаза, смотрели на книгу, потом очень внимательно осматривали меня, уступали место. У одних читался в глазах когнитивный диссонанс, у других — сочувственные взгляды. Кто-то в испуге отворачивался, некоторые делали вид, что не обращают внимания, но искоса с любопытством поглядывали на онкологическую больную. Потом решила все же надеть на книгу нейтральную обложку, дабы не пугать людей. Итак, полгода и восемь курсов «химии» были позади. Моя последняя «химия» была в середине августа. Время пролетело невероятно быстро, и я была еще жива, бодра и весела. Моя опухоль очень сильно уменьшилась, практически не прощупывалась. Тем временем, я уже познакомилась со своим оперирующим хирургом. Интересно отметить, что перед тем как пойти на консультацию, для себя твердо решила, что буду просить удалить обе груди. В итоге, хирург сам порекомендовал убрать обе молочные железы, в силу молодого возраста еще достаточно времени, чтобы рак мог возникнуть и во второй груди, поэтому лучше себя обезопасить. Наши мнения сошлись. Операция была запланирована на 22 сентября, спустя пять недель после окончания ХТ. Нисколько не переживала за исход операции. У меня почему-то всегда была фобия проснуться от наркоза во время операции. Тем не менее, когда меня везли в операционную, поскорей хотелось заснуть. Вид операционной на обычного человека производит огромное впечатление, к тому же там жутко холодно. Со мной разговаривали медицинские сестры, держал за руку хирург — светило израильской хирургии в области молочной железы. Проснувшись в палате с жутким чувством голода и жажды, ведь за восемь часов до начала операции нельзя было есть, и за три часа — пить. Сразу пришел мой доктор и сообщил, что операция прошла успешно. Экспресс-гистология пораженных лимфоузлов показала отсутствие злокачественных клеток, что давало хороший прогноз на полное выздоровление. Ответ организма на химиотерапию оказалась хорошим.

Прооперировали меня в понедельник во второй половине дня, а выписали уже в среду в полдень. За рубежом не принято долго лежать в больницах. Считается, что больной быстрее идет на поправку дома. Пока полтора дня была в больнице, меня заставляли гулять по два часа, делать все самой, без посторонней помощи, хотя было тяжело даже сделать усилие, чтобы подняться с кровати. При выписке сняли два дренажа из пяти, далее каждый день ездила на осмотры. Через четыре дня доктор снял оставшиеся дренажи и разрешил лететь домой. И это всего через неделю после операции. Не было никаких безумных тугих повязок, бандажей и прочего. Просто две тоненьких ленты пластыря на швах — и все. Спокойно улетела, правда поначалу боялась поднять руки, и от отсутствия лимфоузлов в правой подмышке рука немного потеряла чувствительность, но все это удалось восстановить с помощью гимнастики. Спустя две недели после операции побежала, конечно же, в спортзал. Не могла дожидаться. Я не боялась жать или поднимать тяжести, наоборот, хорошая разминка и тренировка разгоняли лимфу, и рука становилась более чувствительной.

Основные два этапа лечения были позади, и я по-прежнему жива, бодро и весела. Остался последний этап — радиотерапия или лучевая терапия, спустя шесть недель после операции. Радиотерапия, конечно же, не химия. Лежишь себе под аппаратом несколько минут и все готово — дневная процедура пройдена. Мне было назначено тридцать пять курсов на область груди и подмышки. Поначалу, вроде бы и ничего, но затем начинает накапливаться жуткая усталость от радиации и образуется ожог на коже. С ожогом справлялась с помощью кремов, а с усталостью боролась старым проверенным способом — спортом. Взяла себе абонемент на два месяца в местный клуб и ходила туда каждый день перед процедурой. Дополнительно к этому бегала, насколько хватало сил. Радиотерапия подходила к концу, и очень хотелось домой. Все закончилось прямо под Новый год. Тридцатого декабря прилетела домой жутко счастливая, с уже отрастающими кудрявыми волосами (почему-то после химиотерапии новые волосы вырастают кудрявые и густые, независимо от того, какими были прежде). Прилетела в Новый год, в новую жизнь, в новую для себя реальность.

Отдельно несколько слов о родных, друзьях и коллегах. Будет не правильно, если не скажу о той поддержке, которой окружили меня все мои родные, друзья, коллеги и просто знакомые. Я работаю в крупном банке. На работе ко мне подходили незнакомые коллеги, интересовались здоровьем, подбадривали. Со многими тогда сдружилась, и дружим по сей день. Многие восхищаются тем, какой образ жизни мне удается вести при моем диагнозе. На самом деле, это не сложно, стоит только захотеть. Честно говоря, я рада быть мотиватором, живым примером того, что качественно жить можно и в болезни, и после нее. Главное — вовремя сделать правильные выводы, собраться и не раскисать, ведь это не позволительная роскошь. Родители, мои дорогие родители. Очень долго берегла их от плохих новостей. Меня спасало то, что они живут в другом городе. Самой близкой в Москве мне была папина сестра, которая во всем помогла и всячески обо мне заботилась. Родители узнали все, когда приехали в гости в конце лета под занавес моей химиотерапии. Сказать, что это был удар, ничего не сказать. Любимый папочка, для которого я всю жизнь была маленькой принцессой, не смог сдержаться слез, и, молча, ушел в другую комнату, потом пришел и долго гладил меня по моей лысой голове, прижав к груди... Бодрилась, старалась смеяться и улыбаться, чтобы не было ни малейшего сомнения, что что-то плохо. Мне кажется, что серьезное заболевание — это

даже большее испытание для близких, чем для самого больного. Ведь близкие очень хотят тебе помочь, но, зачастую, просто не знают, что сказать, что сделать и как себя правильно повести. Друзья, подруги — это мое все. Они дарили мне разные забавные подарочки, устраивали мини вечеринки, развлека-ли, как могли и одергивали в моменты отчаяния. Они — настоящие сокровища! Я так благодарна Вселенной, Богу, за то, что меня окружают такие люди. Конечно, среди знакомых были и те, кто абстрагировался и дистанцировался, но таких мало. И очень рада, что теперь этих людей вообще нет в моей жизни. Как говорила Дарья Донцова, книгу которой прочла во время лечения, если вас бросил муж или отвернулись друзья из-за того, что вам удалили грудь или вы лысая, то скатертью им дорога. Полностью с ней согласна, болезнь — очень показательный момент в жизни, который четко дает знать, кто есть кто в окружении. Радуйтесь, что лицемеров около вас стало меньше.

Что удалось вынести из болезни и как я теперь живу? Раком может заболеть любой человек. У этой болезни нет возраста. Но рак излечим. Исход во многом зависит от формы и стадии, на которой болезнь обнаружена. Поэтому, милые дамы, призываю — прислушивайтесь к своему организму! Не игнорируйте никакие симптомы и уплотнения. Лучше возьмите себе за правило — проходить скрининг каждый год. Если даже вам поставили диагноз, не стоит впадать в панику, отрицание, отчаяние. Вместо этого нужно максимально собраться и действовать, ведь промедление в данном случае может усугубить ситуацию. Настрой — это половина успешного лечения. Как себя настроите, так и будет проходить лечение — либо легко, либо тяжело. Постарайтесь увидеть свет в конце тоннеля, составьте календарь процедур и ведите обратный отсчет. И никогда, никогда не называете себя больной. Выздоровливающей — вот более правильное определение. Каждую «химию» воспринимайте не как токсичную процедуру, которая выедаёт ваш костный мозг и жжет вены, а как волшебную живительную влагу, которая избавляет вас от патогенных клеток. Да, тяжело, ведь в борьбе с болезнью мы один на один. Будь хоть тысячи поддерживающих вас и сотни таких же онкологических больных, но в каждом конкретном случае мы один на один с недугом. Зато есть время подумать над своей жизнью, сделать остановку, передышку, ведь сама Вселенная дала волшебный «пинок», чтобы мы могли задуматься. А может в безумной гонке жизни я что-то упустила? Что-то делаю не так? Куда-то не туда иду? Не откладывайте ничего в долгий ящик, если что-то хотели осуществить, да руки не доходили — самое время действовать. Ведь, когда еще, если не сейчас? Что касается меня, давно мечтала стать профессионалом фитнеса, но все было некогда — то работа, то лень, то еще что-нибудь, тысяча причин. Я осуществила свою мечту. Пошла учиться и получила диплом профессионального тренера по бодибилдингу и фитнесу. Получаю огромное удовлетворение от своего занятия, тренируя узкий круг — друзей и знакомых. Последние два года после болезни по своей насыщенности были настолько яркими, что даже становится немного стыдно за ранее серо прожитые годы. Стала участвовать в соревнованиях по кроссфиту, благотворительных забегах, различных гонках героев, межклубных соревнованиях. Сейчас у нас с коллегами сложилась своя команда, тренировки и расписание стартов. Преодолевать себя каждый день — это очень важно, становиться сильнее с каждым днем, как физически, так и морально. Если вы не спортсменка, все равно поддерживайте себя в хорошей форме, пускай без фанатизма. Это значительно повысит качество жизни и улучшит физическую форму, что всегда приятно для женщины. Врачи

категорически не разрешали мне брать больше трех килограмм в руку с той стороны, где нет лимфоузлов. Я же на тренировках сегодня беру вес до пятидесяти килограмм и чувствую себя прекрасно. Слушайте врачей, но при этом постарайтесь научиться слышать себя. Ведь ваш организм — это ваш организм, и если, делая что-то, вы ощущаете себя лучше, — делайте. Если любите вышивать крестиком или плести корзины, но не находите времени — действуйте. Самое время. А вдруг это перерастет в профессиональное занятие, и вы будете еще и собственные выставки делать. У меня нет плохой погоды. Каждый день — уникален, его не вернуть. Наслаждайтесь жизнью, не позволяйте хандре завладеть вами. Все время ставьте себе цели, и достигая их, ставьте новые. Цените тех, кто рядом с вами в вашей беде, кто поддержал, не испугался ни вашего вида, ни вашего нестабильного настроения. Охватывают ли меня сейчас страхи, что болезнь вернется? Конечно! Какими бы сильными мы не были, мы не железные, иной раз могу всплакнуть, но, как правило, это бывает редко и ненадолго. Не нужно сосредотачиваться целиком на своем диагнозе, воспринимайте его как хроническое заболевание, с которым теперь придется жить и периодически проверяться. Наше счастье, настроение и выздоровление — в наших руках. Будьте здоровы, милые женщины!

История Ирины Ивановой, 35 лет (г. Мурманск)

Нам момент постановки диагноза мне было 28 лет. Сказать, что это было шоком для меня — не сказать ничего. Мой дядя умер от рака легких — у него была запущенная форма. Но никакого значения я этому не придавала. Еще знала, что у тетки моего отца был рак груди, лет тридцать назад. Она поборолась и жива до сих пор. Но никакого значения и этому факту я не придавала. Серьезное заболевание — это ведь часто то, что может случиться с другими, но не с нами. По крайней мере, именно так мы воспринимаем это. За полтора года до постановки диагноза я родила дочь, и тогда же мне были проведены последние обследования. Кроме этого, я никогда регулярно не проходила обследования груди.

В ноябре 2008 года нащупала у себя уплотнение в груди, но только в декабре записалась к врачу. Как это часто бывает, мы тратим много времени на рутину, не находя и минутки для себя. Это бич современного общества — гоняться за вещами, которые нам и не нужны вовсе. В декабре попала на приём в платную клинику, где доктор сообщил, что есть уплотнение, и предложил на следующий день прийти в областной онкологический диспансер. После определенных раздумий приняла решение лечиться дома. Мой брат — врач, у него своя частная клиника в Петрозаводске, мы долго думали и советовались, в основном, он со своими коллегами — где лучше лечиться. Рассматривали разные варианты, но остановились на Мурманске. Хорошие специалисты и, на тот момент, не было проблем с лекарствами.

Что почувствовала, когда узнала свой диагноз? Сначала был шок. Я плакала, наверное, день. Думала, что будет с ребенком, что делать дальше. Но все стадии — от отрицания до принятия я прошла достаточно быстро. И к моменту, когда пришёл ответ с моей биопсией — уже была готова к диалогу с доктором. Как только я узнала о болезни, я поняла, что ее надо лечить. Через пару недель, так как попала на новогодние праздники, легла в больницу и всё завертелось. На сами праздники уехала в другой город, перед началом лечения общалась с

друзьями и отдыхала. Набиралась сил перед трудной дорогой.

С лечащим врачом сразу сложились хорошие отношения. Принимая во внимание мой возраст, врач хотел сделать всё максимально возможное, чтобы побороть болезнь. Решение о выборе лечения он принял сам, но я полностью доверяла ему и полагалась на его мнение. Несколько лет спустя, когда была в Германии и показала свою историю болезни немецким онкологам, они подтвердил, что лечение было выбрано верное и, если бы я лечилась у них, то они бы сделали то же самое. За одним исключением — там бы мне поставили имплант сразу же во время операции по удалению молочной железы. Но в Мурманске такие операции не делают. Самым сложным в процессе лечения для меня были, конечно же, изменения, которые со мной проходили. Но я много работала, путешествовала. После «химии» шла на работу — это прекрасно отвлекает. В стационаре в больнице я лежала только во время операции. Домой летела, как только стало возможным. На работе я сразу же сообщила о своем диагнозе. Компания пошла на встречу, разрешив приходить в офис не каждый день, если мне было сложно. Не могу сказать, что отношение изменилось в худшую сторону.

Честно говоря, я очень счастливый человек, потому что у меня прекрасная семья и друзья. Близкие и друзья находились рядом и были самой важной поддержкой для меня. Мама самостоятельно не могла справиться со своими эмоциями, и ее приходилось поддерживать мне. В некотором роде ранили разговоры мамы, будто я уже умерла, типа «У нее же маленькая дочка, что с ней будет» и т.д. Она пошла со мной на первый визит к врачу, когда мне уже сказали диагноз. После этого, доктор попросил меня приходить одну, без нее. Что я и делала. Муж принял диагноз достойно. У нас никогда не было ссор и недопонимания в связи с диагнозом и теми изменениями, которые произошли со мной. Однако, наши отношения и до диагноза были очень непростыми. Алкоголь и азартные игры — два основных интереса моего бывшего мужа. Сколько переживаний, связанных с этим было до болезни, столько же было и во время лечения. Он позволял себе приходить в больницу, будучи, крайне нетрезвым, кланчить деньги, потому что всё просадил. Но именно тогда я и поняла, что такие отношения не стоят того, чтобы тратить на них время. Через некоторое время после окончания лечения мы развелись. Сейчас я замужем за другим человеком и абсолютно счастлива. Мы познакомились уже после всего лечения, и он принял меня такой, какая я есть. Я долго не знала, как признаться в том, что у меня одна грудь, но, он облегчил мне задачу, сказав, что всё и сам понял. В прошлом году мы поженились, я сделала восстановительные операции. Сейчас мы вместе и всё прекрасно. Мы не сможем иметь детей, но у нас есть дочка.

После болезни многое в моей жизни изменилось. Я сразу задала себе вопрос: «Для чего мне был необходим этот опыт?». И нашла на него много ответов. Как бы это парадоксально не звучало, но болезнь помогла мне многое переосмыслить и изменить. И я очень благодарна такому опыту в жизни. Теперь стараюсь не откладывать все на потом. Жить здесь и сейчас. И еще, быть счастливой. Ведь это выбор, именно решение, и я такое решение приняла.

История Светланы, 49 лет (г. Санкт-Петербург)

По линии моей мамы все родственники умирали от рака. В 2005 году моя мама умерла от рака груди и желудка, поэтому я регулярно проверялась в онкологическом диспансере по месту жительства, делая маммографию и УЗИ. Очередные исследования были проведены в конце декабря 2012 года. По мнению врача, все было в порядке. Но через восемь месяцев, я нащупала у себя подмышкой лимфоузлы, и обратилась в частную клинику. После ультразвукового исследования, которое длилось около часа, врач обнаружил у меня подозрительное образование, и рекомендовал биопсию.

Сначала попыталась пройти все необходимые исследования через государственные медицинские учреждения, но запись к онкологу была возможна только через три недели. Дело в том, что для того, чтобы начать лечение в нашей стране необходимо получить направление через районного онколога. Я обратилась платно в одну из ведущих онкологических клиник своего города, но после неудачного общения с врачом на две недели лишилась сна, и в результате мне потребовалась консультация психотерапевта. Посетив несколько ведущих онкологических клиник в Москве и Санкт-Петербурге, поняла, что у меня нет уверенности, что меня вылечат даже за деньги. Безусловно, мной руководил страх неопределенности. К сожалению, у нас в стране пациента пока не очень принято воспринимать как соратника по борьбе за жизнь.

Моя подруга, по профессии она врач, сказала: «С твоей мамой мы уже проходили лечение рака в России, и результат известен. Я не хочу, чтобы ты умерла.». В итоге я все-таки приняла решение лечиться за рубежом. Рассматривала для лечения Германию, Израиль и Финляндию. В итоге выбрала Финляндию из-за территориальной близости, потому что понимала, что не смогу проходить такое тяжелое лечение одна, мне нужно будет присутствие родных и близких. Сначала я попала в частную клинику, где мне сделали все необходимые обследования. Но, клиника занимается только химиотерапией и облучением, и на операцию я была направлена к доктору Тине Яколл из другой клиники. До этого она работала в Университетской клинике. Тина — великолепный доктор, тот хирург, которого я рисовала в своем воображении, и которого не смогла найти у себя дома: думающий о пациенте и о том, как человек после операции будет жить дальше. Узнав, что я люблю танцевать, и хочу носить открытые платья, доктор удалила мне лимфоузлы через разрез в груди, не разрезая кожу подмышкой. Так как я очень боялась химиотерапии, попросила Тину порекомендовать мне хорошего химиотерапевта в Финляндии. Им оказалась Йо-ханна Маттсон из Университетской клиники. Я полностью прониклась доверием к доктору, так как на все свои вопросы получила исчерпывающие ответы, и доброжелательное, чуткое и очень человеческое отношение доктора помогло мне пройти через это очень сложное лечение. Узнав, что у меня была аллергическая реакция на преднизалон, доктор поменяла схему лечения до того момента, пока не получила результаты моих тестов на аллергию. Была очень удивлена, что основную работу делают медсестры, оставляя врачу достаточно времени на обдумывание тактики лечения. Медсестры и медбратья заслуживают самое искреннее уважение: великолепные профессионалы, всегда готовые прийти на помощь. Могу сказать, что ожидала худшего от химиотерапии. Но

даже смогла частично работать. Самыми сложными были первые три дня после химиотерапии, а потом наступало улучшение. И всегда можно было позвонить медсестре или написать доктору письмо по электронной почте. Интересно, что я была первым платным пациентом в Университетской клинике, кто делал химиотерапию и облучение. Второй доктор, кому я поверила и доверила свою жизнь, был доктор Маури Коури, зав. отделением лучевой диагностики. Доктор, влюбленный в свою профессию. Когда я простудилась (в Финляндии было очень холодное лето), и мой организм был очень ослаблен лечением, доктор Коури прервал свой отпуск, принял меня и назначил лечение. Мне делали облучение, стараясь минимально затронуть сердце (мне облучали левую грудь), поэтому облучение проводили на вдохе. Сейчас наблюдаюсь в Университетской Клинике, и раз в год делаю маммографию и МРТ.

Прошло два года, после того, как я закончила лечение. И, несмотря на то, что лечение было сложным и выматывающим, ничуть не жалею о своем решении. Лечение было очень дорогое, но специалисты службы работы с клиентами всегда шли навстречу, и мы всегда находили приемлемые варианты рассрочки платежа. Я очень благодарна своему отцу и друзьям за моральную поддержку и материальную помощь. Именно благодаря им, я смогла найти силы и деньги на такое сложное лечение. Жизнь у человека одна, и за нее нужно бороться.

История Ирины Боровой, 41 год (г. Москва)

В юности Ирина доблестно плясала в Московском мюзик-холле, затем — в Театре пародии. Параллельно осваивала кафедру психологии в Психолого-социальном институте, уже закончив колледж по классу эстрадно-джазового пения. С полученными дипломами поступила в Академию музыки имени Гнесиных на эстрадно-джазовую кафедру. То, что она успела за 40 лет, хватило бы на несколько нескучных жизней. На удивление долго Ирина совмещала артистическую жизнь с гастроями, репетициями, выступлениями и семьей с многодетным материнством. Да, у Ирины семеро детей, из них два усыновленных и пять кесарят. У среднего ребенка, 14-летней неутомимой кареглазой Даринки, инвалидность — тяжелый порок сердца. Помимо этого Ирина ведет большую общественную работу — она член Народного фронта, Национальной родительской ассоциации, возглавляет общественную организацию «Наши дети» и Совет семей с детьми-инвалидами Юго-Восточного округа, а не так давно возглавила только что созданную Ассоциацию онкологических пациентов «Здравствуй!». Так сложилось, что проблема рака коснулась и ее жизни.

Это произошло случайно. Я должна была поехать с Дариной в санаторий, необходимо было сдать анализы, пройти флюорографию. Кровь показала высокий уровень эритроцитов. Это говорило о том, что у меня какой-то воспалительный процесс. Позже, при тщательном обследовании, выяснилось — рак молочной железы. Сказали, что опухоль крошечная, удалят кусочек и все. При этом у меня ничего не болело, чувствовала себя нормально. К сожалению, я к себе тогда довольно легкомысленно отнеслась. «Какое там лечение-операция, у меня у детей экзамены, а у младшего — что-то с рукой, а Даринке — в санаторий, в «Наших детях» нужно не пропустить встречу с префектом, а в феврале Паралимпиада — бывает раз в жизни, и туда надо возить детей инвалидов», — думала я, и, в общем, закрутилась. Обычно люди сразу бегут, чтобы у них все злокачественное побыстрее вырезали. А я посчитала: оно

уже у меня есть, ну значит, если судьба умереть, так тому и быть. Если посчастливится выздороветь, тогда так.

Пришла в онкологический центр только в апреле. Попала к очень талантливым врачам. Они провели дополнительные обследования. По тем, что были сделаны ранее, нельзя было поставить точный диагноз, и определить модификацию раковой клетки. А от этого зависело все дальнейшее лечение. Когда все этапы обследований были пройдены, начиная с гистологии, заканчивая генетикой, выяснилось, что стадия заболевания не начальная. Поэтому была назначена химиотерапия до и после оперативного вмешательства. И грудь надо было удалить полностью. Одну с опухолью, а другую профилактически, поскольку была найдена поломка гена BRCA.

С июня по ноябрь проходила химиотерапию. Выпали волосы, была очень сильная интоксикация. Когда после «химии» лежала пластом, я была так счастлива, что дети у меня на отдыхе, что все это происходит летом, учеба не пострадает — и я просто могу лежать. В остальное время я не могу себе этого позволить, к сожалению. Мне даже батюшка один сказал: «Нужно, чтобы была возможность и о себе думать». У меня так, к сожалению, не получается.

После последней «химии» путалось сознание. Перестала чувствовать руки и ноги, но рядом был старший сын. Он делал противорвотные уколы. Приносил воду и ухаживал за мной. Это придавало сил. Друзья и близкие окружили заботой. Муж не давал ни на минуту окунуться в мрачные мысли. Пытался всегда поднять мне настроение. После химиотерапии мне сделали операцию, которая прошла успешно. Потом химиотерапия продолжалась еще год. Я очень горжусь, что у меня такая большая семья. Даже не представляю, что моя жизнь сложилась бы иначе. Хотя бывают моменты, я их называю минутными слабостями, когда настолько устаешь, что хочется просто махнуть рукой. Особенно когда дети сопротивляются, ты им говоришь: «Надо!», они говорят: «Нет, мне не надо!». Не всегда это получается у меня так хорошо, чтобы была собой довольна.

Но во всем надо позитив искать. Даже в своей болячке. Женщины сидят в онкоцентре, плачут в коридоре. А я им настроение поднимаю, как будто приглашенный аниматор в кризисную семью. Даже заведующий отделением говорит: «Боровову надо чаще приглашать». Коридор смеется, когда я прихожу. Я говорю: «Слушайте, ну даже если четвертая стадия, вам осталось жить два понедельника, ну нельзя эти два понедельника прожить в рыдании! Нужно увидеть в этом что-то положительное». Они на меня смотрят с тоской в глазах и думают: «во, безумная тетка какая-то», а я им рассказываю свою философию, и вот тогда они начинают воспринимать болезнь иначе. Допустим, мне сказали, что у меня четвертая стадия, осталось жить два дня. Если я буду лежать и рыдать, эти два дня будут страшные, некрасивые, сопливые, и все. Если я сделаю себе макияж, окружу себя всяческими радостями, например, пойду в театр, или на потрясающе долгую и красивую прогулку с семьей? Или пойду в храм, но не для того, чтобы слезами икону окропить, а по-молиться от души — чтоб будто взлететь, и уйти из жизни так, чтобы люди тебя запомнили красивой, улыбающейся, а не рыдающей размазней. И потом, бороться надо до последнего. Не давать болезни побороть вас. Кто знает, может еще один прожитый день даст возможность выздороветь. Изобретут-таки ученые волшебное средство...

А хохотать женщины еще начинают, когда я им рассказываю, чтоб от тоски отвлечь: «Ну, удалили вам эту гнилушку из груди, и грудь вместе с ней. Зато теперь вас ждет имплант. Представляете, грудь будет упругая, красивая». Они вначале на меня косо смотрят, а потом начинают хохотать. А химиотерапия? «Представляете, — говорю я, — все старые бяки из вас вылезли. Волосы старые выпали, а выросли чистые, шелковистые!». «Слушайте, — сказал как-то молодой интерн — у нас гениальное отделение! Люди приходят и плачут, говоря о раке, а заканчивают разговор обсуждением формы новой груди». Если важна форма, значит, человек не думает о смерти.

Мне сделали одномоментную операцию. Удалили опухоль и сразу же восстановили грудь своими тканями. Выглядит очень женственно и красиво, и к тому же убрали лишнее с живота. Он и пошел на изготовление новой груди. Моя операция была проведена по методу «TRAM лоскут». Теперь стройная, с прекрасной грудью, с кудрявыми волосами — все это награда за страдания, связанные с болезнью. Когда Господь что-то отбирает, мы не знаем, что он дает взамен. Может быть, если бы я умерла, для моих детей это было испытанием для чего-то. Не зря о болезни нужно говорить не как о наказании, а как об испытании. Испытания не только тебя, но и людей, которые тебя окружают. Да, и мне тоже было страшно, что мои дети могут жить без меня, непонятые, ненужные, не принятые, как мне кажется. Да, мне бывает так страшно, что все холодеет внутри. Но, с другой стороны, я начинаю понимать фатальность этого: а что мы можем изменить, если так сложатся обстоятельства? Но я верю: не оставит Господь! Ну не оставит, верю и все! Мне часто говорят: «Зачем так много рожала, вырастет голытьба, денег не будет хватать», а я говорю: «Когда появлялся каждый последующий ребенок, появлялась работа, какие-то дополнительные доходы. Появлялись люди, которые помогали, друзья какую-то лепту приносили. Никогда не было такого, чтобы Господь не давал». Если мы достойно это испытание проходим, Господь поможет. Я в это очень верю. На работе все понимают, и я теперь больше работаю он-лайн. В семье близкие намного больше стали меня поддерживать. Если раньше муж говорил: «Это ты сама сможешь сделать», сейчас говорит: «Нет, ты давай-ка лучше полежи, а я сделаю вместо тебя. Займись собой, сходи к врачам, на перевязки, а тут без тебя ничего не пропадет, и дети будут в порядке». Дети взрослеют, их тоже приучаешь к тому, чтобы они заботились друг о друге и проявляли самостоятельность.

Сейчас мы создали Ассоциацию онкологических пациентов «Здравствуй!», людей, больных онкологией. Хотим объединить усилия многих в борьбе с болезнью. С общественной точки зрения, надо будет потормозить правительство, потому что при среднем уровне нашей зарплаты непосильна оплата процедур, химиотерапии, реабилитации. А финансирование этого всего в этом году значительно сокращается и переходит на платную основу.

Несмотря на болезнь, у меня по-прежнему есть желание перевернуть мир.

Да, тормозить меня очень тяжело. Муж говорит: «Я думал, тебя болезнь шарахнет, паровоз немножко приостановится. Нет, как шла напролом, так и идешь». Единственно, меня больше всего иногда не то что останавливает, а вводит в некий тупик, когда понимаешь, что ты и хотел бы помочь, а не знаешь, как и чем. Сделали все, что могли, а результата никакого. Вот это расстраивает очень. Эх, была бы волшебная палочка...

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Oliff, Alien, Gibbs, Jackson, B. and McCormick, Frank, 1996 New Molecular Targets for Cancer Therapy. Scientific American , Special Issue, What you need to know about Cancer, September , 275,3, 144-149.
2. Злокачественные новообразования в России в 2015 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М. МНИОИ им П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 250 с., 2016.
3. Ruth O'Regan, Sheryl G.A, Gabram-Mendola, Terri Ades, Rick Altery, Joan L.Kramer, Kimberly A, Stupm-Sutliff. Breast Cancer Journey. Third edition, 2013 American Cancer Society: 556, 9-15.
4. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.
5. Злокачественные новообразования в России в 2015 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой — М. МНИОИ им П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 250 с., 2016.
6. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.
7. Злокачественные новообразования в России в 2015 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М. МНИОИ им П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 250 с., 2016.
8. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.
9. Ruth O'Regan, Sheryl G.A, Gabram-Mendola, Terri Ades, Rick Altery, Joan L.Kramer, Kimberly A, Stupm-Sutliff. Breast Cancer Journey. Third edition, 2013 American Cancer Society: 556, 19-20.
10. Ruth O'Regan, Sheryl G.A, Gabram-Mendola, Terri Ades, Rick Altery, Joan L.Kramer, Kimberly A, Stupm-Sutliff. Breast Cancer Journey. Third edition, 2013 American Cancer Society: 556, 20-21.
11. Любченко Л.Н. Генетическое тестирование при наследственном раке молочной железы. Практическая онкология. Т15-№ 3 2014г.
12. Поспехова Н.И. и соавт., Двухсторонний рак молочной железы в российской популяции: молекулярно-генетические, семейные и клинические характеристики. Мол. мед 2010.
13. http://www.cdc.gov/genomics/disease/breast_ovarian_cancer/iam_hist_genes.htm
14. Schattman GL, Stubbs R., Options, risks, and chances for success preserving fertility in women with BRCA gene Mutations. SRM 2011;9 (4): 20-25.
15. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.

16. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.
17. Любченко Л.Н. «Генетическое тестирование при наследственном раке молочной железы». Практическая онкология. Т15-№ 3 2014г.
18. <http://aje.oxfordjournals.org/content/130/2/229.abstract>
19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1678503>
20. <https://www.nhlbi.nih.gov/whi/factsht.htm>
21. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. // Lancet. — 1996; 347 (9017): 1713-27.
22. Иванкина О.В., Карпова М.С., Щипахина Я. А., Блудов А.Б. под ред. проф. Кочергиной Н.В., Стандарты скрининговой маммографии рака молочной железы. Методическое пособие для врачей. - М.:Издательство «Перо», 2015г., 48 стр.
23. <http://consumer.healthday.com/cancer-information-5/breast-cancer-news-94/mammograms-may-boost-cancer-risk-in-high-risk-women-633525.html>
24. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.
25. American Joint Committee on Cancer. Breast. In: AJCC Cancer Staging Manual, 7-th ed. New York: Springer:2010; 349.
26. American Joint Committee on Cancer. Breast. In: AJCC Cancer Staging Manual, 7-th ed. New York: Springer:2010; 358.
27. Семиглазов В.Ф. с соавт. «Золотой стандарт» диагностики и лечения рака молочной железы, 2016.
28. <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/common-questions-about-breast-related-lymphedema>
29. «Лимфедема. Лимфатический отек после операции по поводу рака молочной железы», составитель Алесина И.Л., под ред. проф. Рожковой Н.И., М:2014г. стр.13.
30. Breast Cancer Care , «Living with lymphedema after breast cancer», Edition 6, July 2016 ,28
31. Давид Хаят, Антираковая диета. М. Центрполиграф, 2015 , 187.
32. Ruth O'Regan, Sheryl G,A,Gabram-Mendola, Terri Ades, Rick Altery, Joan L.Kramer, Kim-berly A,Stupm-Sutliff. Breast Cancer Journey. Third edition,2013 American Cancer Society: 556, 382
33. Давид Хаят, Антираковая диета. М. Центрполиграф, 2015 , 178.
34. Хаят Д. , Антираковая диета. М., Центрполиграф, 2015, 179.
35. Бауман Э., Валбдман Х, Абрамс И., Если у меня рак груди, М.,Эксмо, 2014, 38.
36. Плант Д., Ваша жизнь в ваших руках. М., Рипол-классик, 2012, 379.

ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ

Интернет-ресурсы

Ассоциация онкологов России
[www. oncology-association.ru](http://www.oncology-association.ru)

Российское общество онкомаммологов
www.breastcancersociety.ru

Российское общество клинической онкологии
www.rosoncweb.ru
www.oncology.ru

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина
www.ronc.ru

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена
www.mnioi.ru

НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова
www.niioncologii.ru
www.breastcancer-spb.ru

Московская городская больница № 62
www.onco62.ru

НП «Равное право на жизнь»
www.ravnoepravo.ru

МОА Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй»
www.russcpa.ru

БФ «Национальный фонд поддержки здоровья женщин»
www.fond4women.ru

**Телефон бесплатной Горячей линии психологической помощи
онкологическим больным и их близким «Ясное утро»**

8 800 100 01 91
(работает круглосуточно)

НАВСТРЕЧУ ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ ИЛИ ВСЕ, ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ О РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Практическое руководство для пациентов и их близких

Молдованова О.А., Семиглазова Т.Ю.,
Семиглазов В.В., Телетаева Г.М., Рожкова О.Д.

Редактор серии: Молдованова О.А.

Редактор издания: Петухова А.

Дизайн и верстка: Гавриленко В.А.

Иллюстрации: Гавриленко В.А.

Фотография на обложке: Monkey Business Image/shutterstock.com



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ФОНД ПОДДЕРЖКИ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Благотворительный фонд «Национальный Фонд Поддержки Здоровья Женщин» является российской некоммерческой организацией. Занимается развитием программ комплексной профилактики и ранней диагностики онкологических заболеваний у женщин, продвижением международных стандартов скрининга, лечения и реабилитации, поддержкой научных исследований. Является членом Европейской коалиции против рака груди «Европа Донна». В партнерстве с ведущими российскими и международными компаниями реализует социальные программы по снижению смертности от рака груди в регионах России.



**Благотворительный фонд
«Национальный Фонд Поддержки Здоровья Женщин»**

129090, г. Москва, ул. Троицкая, д. 10, стр. 1, к. 315

тел.: + 7 495 542-67-17

e-mail: whfoundation@nwhcf.ru

www.nwhcf.ru