



# РАК В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ ЯИЧНИКОВ

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОК  
И ИХ РОДСТВЕННИКОВ



**ЗДРАВСТВУЙ!**

**Всероссийская ассоциация  
онкологических пациентов**

**Телефон «горячей линии» по вопросам  
медицинской, юридической  
и психологической поддержки**

**8 800 30 10 20 9**  
/круглосуточно/

Звонок для жителей России – бесплатный

[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)

**russcpa.ru**

*Будем жить!*

**РАК ЯИЧНИКОВ**  
**В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ:**  
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОК  
И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

Оформление серии Сергей СВИРИДОВ

Редактор Сергей СВИРИДОВ

Левицкая Н.В., Нечушкина В.М., Степанова А.М., Шемятовский К.А., Кан А.А., Иванова О.Б., Боровова И.В. РАК ЯИЧНИКОВ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ: ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОК И ИХ РОДСТВЕННИКОВ. – М., 2022.

**АВТОРЫ:**

**Наталья Вячеславовна ЛЕВИЦКАЯ**

**Валентина Михайловна НЕЧУШКИНА**

**Александра Михайловна СТЕПАНОВА**

**Кирилл Александрович ШЕМЯТОВСКИЙ**

автор блока психологической помощи: **Анна Александровна КАН** – клинический психолог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, член Российского общества клинической онкологии (RUSSCO), член Общества специалистов поддерживающей терапии в онкологии (RASSC, MASCC), член Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

автор юридического блока: **Ольга Борисовна ИВАНОВА** – юрисконсульт ВОО «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

**Ирина Валерьевна БОРОВОВА** – президент ВОО «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОСНОВАНА НА МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ (RUSSCO), ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ОНКОЛОГИИ (ESMO) И АМЕРИКАНСКОГО ОБЩЕСТВА (NCCN).**

**ВАЖНО! В соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»**

*Данная брошюра содержит важные факты о лекарственных препаратах, но не предоставляет полную информацию о них. В случае возникновения каких-либо вопросов о лекарственной терапии – обратитесь к врачу, обсудите возможные преимущества, побочные эффекты терапии. Информация в брошюре не носит рекламный характер и предназначена для формирования общего представления о заболевании и возможностях современной медицины. Брошюра не является рекомендацией к лечению.*

## *Дорогие читатели!*

Это руководство было создано, чтобы помочь вам, вашей семье и лицам, осуществляющим уход, лучше понять, что есть рак яичников: как он возникает, развивается и лечится. Руководство содержит информацию о наиболее распространенной злокачественной опухоли яичников – раке яичников – о причинах заболевания, о том, как его диагностировать, какие существуют виды лечения и возможные побочные эффекты этого лечения.

Медицинская информация, описанная в этой брошюре, основана на руководствах по клинической практике ESMO, NCCN и RUSSCO по раку яичников, которые подготовлены и проверены ведущими онкологами с использованием данных, полученных в результате последних клинических испытаний, исследований и мнений экспертов.

Информация, включенная в это руководство, не предназначена для замены рекомендаций вашего врача. Ваш врач знает вашу полную историю болезни и поможет подобрать вам наилучшее лечение.

Рак яичников – седьмая по частоте встречаемости в мире злокачественная опухоль у женщин. Это, пожалуй, самая тяжёлая онкогинекологическая патология и ведущая причина смерти от злокачественных опухолей у женщин. Адекватных скрининговых программ для выявления рака яичников на ранних стадиях не существует. Поэтому во всех странах мира в большинстве случаев, а именно в 60–80%, рак яичников диагностируется на поздних стадиях (III–IV стадии). Рак яичников в большинстве случаев встречается у женщин в постменопаузе. Сухие цифры статистических данных с каждым годом фиксируют увеличение числа вновь диагностируемых случаев рака яичников. Исключительно редко заболевание возникает у молодых женщин до 20 лет, редко до 30 лет, но затем кривая заболеваемости в зависимости от возраста резко поднимается вверх, снижаясь в глубокой постменопаузе после наступления 70 лет. Средний возраст заболевших 63 года. Самая высокая заболеваемость раком яичников приходится на Европу и Северную Америку, а самая низкая – на Африку и Азию.

**С наилучшими пожеланиями,  
коллектив авторов**

# СОДЕРЖАНИЕ

Диагностика и лечение	7
Психологическая поддержка	37
Реабилитация	43
Юридическая помощь	63



# Диагностика и лечение



## Общие сведения

### Яичники

Яичники – это парный орган (т.е. их два – правый и левый), они являются частью женской репродуктивной системы. Репродуктивная система – это органы, которые ответственны за размножение. Помимо яичников, в эту систему входят фаллопиевы трубы, матка, шейка матки и влагалище.

В течение репродуктивного периода яичники женщины ежемесячно производят одну зрелую яйцеклетку (из любого яичника), которая, освобождаясь, перемещается по фаллопиевой трубе к матке. Если яйцеклетка не оплодотворена, она выходит из организма через влагалище вместе со слизистой оболочкой матки (эндометрием) во время менструации. Девочка рождается с яичниками, содержащими все яйцеклетки, которые у неё когда-либо будут – примерно 1–2 миллиона, – из них только примерно 500 будут потрачены на овуляцию в течение жизни. Подавляющее же большинство яйцеклеток постепенно умирает по мере старения женщины, пока, в конце концов, все оставшиеся яйцеклетки закончатся ко времени менопаузы.

### ЧТО ВЫЗЫВАЕТ РАК ЯИЧНИКОВ?

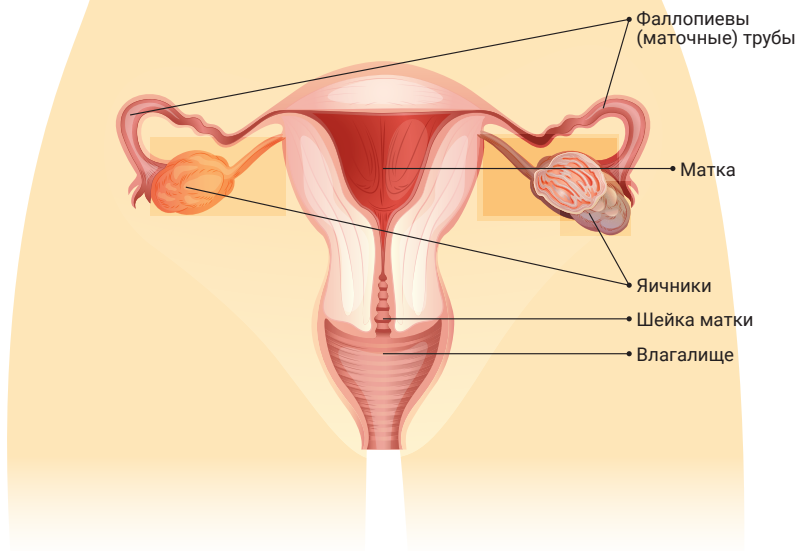
Точная причина рака яичников на данный момент доподлинно неизвестна, но выявлено несколько основных факторов риска развития заболевания.

#### ВАЖНО!

Важно помнить, что наличие фактора риска увеличивает риск развития рака, но это не означает, что вы обязательно заболеете раком. Точно так же отсутствие фактора риска не означает, что вы точно не заболеете раком.



## Строение женской репродуктивной системы



### *Факторы, повышающие риск:*

1. Раннее менархе и поздняя менопауза.
2. Ожирение.
3. Наличие «семейной истории» – а именно мутаций в «генах рака молочной железы» BRCA 1 и BRCA 2.

### *Факторы, снижающие риск:*

1. Применение оральных контрацептивов.
2. Грудной вскармливание.
3. Перевязка маточных труб (стерилизация).

Таким образом, факторы, подавляющие овуляцию, способствуют снижению риска развития рака яичников. Семейная история (анамнез) играет очень важную роль в потенциальной возможности возникновения рака яичников у той или иной женщины. Какие же должны быть эти особенности семейной истории?

- **Несколько случаев одного типа рака в семье (например рак яичников или молочной железы у бабушки, мамы, дочери).**
- **Больше одной опухоли у родственника (например, сочетание рака молочной железы и рака яичников).**
- **Опухоли, нехарактерные для пола пациента (например, рак молочной железы у мужчин).**

Женщины, у которых есть родственники первой линии родства (мать или дочь), больные раком яичников, более чем в два раза более подвержены риску развития этой опухоли по сравнению с женщинами без такого семейного анамнеза.

## **ВАЖНО!**

У женщин с наследственным раком яичников болезнь развивается примерно на 10 лет раньше, чем у женщин с ненаследственным (спорадическим) раком.

На сегодняшний день рак яичников, как было сказано выше, является наиболее распространенным типом злокачественных опухолей яичников, на его долю приходится примерно 90% всех злокачественных опухолей, возникающих в этом органе. Рак яичников возникает в клетках эпителия маточной трубы или в эпителии яичника – тонком слое клеток, покрывающем яичник.

Хирургическое лечение является первым методом лечения большинства опухолей яичников, когда это возможно. Опухоль и другие ткани, удалённые во время операции, отправляются на гистологическое исследование эксперту-патологоанатому.

Патологоанатом, исследуя опухолевую ткань, определяет конкретный тип и степень рака, которая отличается от стадии.



*Степень рака – оценка ожидаемой скорости роста и распространения опухоли. Эта оценка основана на том, насколько ненормально раковые клетки выглядят под микроскопом. Рак высокой степени злокачественности растёт и распространяется быстрее, чем рак низкой степени злокачественности.*

Выделяют, как минимум, **4 подтипа эпителиального рака яичников**:

- **Серозная карцинома:** это наиболее распространённый подтип, на долю которого приходится около 80% случаев рака яичников. Серозные карциномы могут быть высокой степени злокачественности и низкой степени злокачественности. Опухоли низкой степени злокачественности составляют примерно 10% серозных карцином, они возникают, как правило, у молодых женщин и имеют лучший прогноз.
- **Муцинозный рак:** на этот подтип приходится 7–14% всех первичных эпителиальных раков яичников. Прогноз очень хороший, если опухоль выявлена на ранней стадии.
- **Эндометриоидные опухоли:** они вызывают рак яичников примерно у 10% женщин и могут быть высокой и низкой степени злокачественности.
- **Светлоклеточный рак:** встречается достаточно редко, в основном в Азии. Прогноз хороший, только если он диагностирован на ранней стадии.

Ваш врач может заподозрить рак яичников, если у вас есть определенные симптомы.



*Симптомы – это изменения в организме, которые вы можете почувствовать или заметить.*

К сожалению, рак яичников может не вызывать симптомов до тех пор, пока опухоль не достигнет определённых размеров или не распространится на другие органы.

Наиболее распространённые симптомы – неспецифические, то есть они могут быть вызванными достаточно широким спектром состояний и заболеваний. Часто наблюдаются тошнота, быстрое насыщение (ощущение сытости вскоре после начала еды), увеличение живота, вздутие, боль, болезненные позывы на мочеиспускание, нарушение мочеиспускания, запор, боль в пояснице. Если опухоль распространилась – может появиться кашель или одышка

Повторим, эти симптомы **неспецифические** – то есть также могут быть вызваны другими распространёнными заболеваниями. Другие симптомы могут развиваться, если опухоль большая или в брюшной полости скапливается жидкость. Доктор может определить образование при осмотре органов малого таза или брюшной полости. Накопление жидкости в брюшной полости (животе) называется асцитом, это может вызвать увеличение живота в объеме (юбки или брюки могут стать теснее). Если у вас появились подобные симптомы – стоит обратиться к врачу, для проведения соответствующего обследования. Однако, часто рак яичников на ранних стадиях может вообще не иметь симптомов.

Некоторые диагностические тесты проводятся при первом посещении, а другие – после постановки диагноза. Полезно спросить доктора, какие анализы вам необходимы. Результаты обследований (диагностических тестов) предоставляют важную информацию, необходимую для планирования лечения.

Ваш врач использует результаты этих тестов, чтобы:

1. Определить клиническую (дооперационную) стадию. Клиническая стадия дает «предположение» о том, как и куда распространилась опухоль.
2. Определить, с чего начинать лечение. Оперировать в первую очередь может быть нецелесообразно, если опухоль распространилась на другие органы. Также хирургическое лечение на первом этапе при широком распространении опухоли может быть не лучшим вариантом для пожилых и ослабленных пациенток.

## **БИОПСИЯ**

Чтобы подтвердить наличие у вас опухоли, необходимо взять образец ткани из вашего организма для исследования. Данная процедура называется «биопсия». Врачи исследуют полученные ткани («биоптат»), чтобы проверить наличие раковых клеток и изучить их особенности. Чаще всего биопсию выполняют во время диагностической лапароскопии. Иногда используют тонкоигольную аспирационную биопсию (через тонкую иглу забирают небольшой образец ткани).

Образцы ткани, которые получают при биопсии отправляют врачу-патологоанатому (морфологу) для исследования. Морфолог изучает образцы под микроскопом, чтобы найти опухолевые клетки. Если он находит таковые, то оценивает их.

## **ПЕРВЫЙ ОСМОТР**

Ваш доктор проведет осмотр области живота и таза – области между тазовыми костями. Это называется «физикальное обследование брюшной полости и таза». При обследовании брюшной полости врач будет пальпировать (ощупывать) различные области вашего живота. Это делается для определения размеров, консистенции и болезненности внутренних органов.

Если доктор заподозрит у вас заболевание яичников, то может назначить анализ крови и/или УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (УЗИ)

УЗИ – это исследование, в котором используются звуковые волны. Ультразвуковое исследование хорошо отображает размер, форму и расположение яичников, фаллопиевых труб, матки, а также близлежащих органов и тканей. Оно также может показать, есть ли опухоль в яичнике и является ли она твердой (солидной) или заполненной жидкостью (т.е. представлена кистой).

Используется устройство, называемое «ультразвуковым датчиком». Датчик посылает звуковые волны, которые отражаются от органов и тканей, образуя эхо. Датчик улавливает эхо, а компьютер использует его для создания изображения, которое отображается на экране в виде «фото» органа. Существует два типа УЗИ, которые можно использовать для выявления рака яичников: трансабдоминальное (датчик устанавливают на переднюю брюшную стенку) и трансвагинальное (датчик вводят во влагалище).

Для уточнения «находок» ультразвукового исследования вам может быть предложено пройти компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ).



**Современный аппарат  
УЗИ диагностики**

## КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КТ)

Компьютерная томография использует рентгеновские лучи, чтобы сделать множество снимков внутренних органов под разными углами (трёхмерный рентгеновский снимок). В конце исследования компьютер объединит все рентгеновские снимки в одно детальное изображение исследуемой части тела. Этот метод позволяет хорошо увидеть близлежащие лимфатические узлы. Но она плохо описывает маленькие опухоли.

Данная диагностическая процедура показывает, распространился ли рак за пределы яичников. Чтобы сделать изображение более четким используют контраст. Это вещество, которое перед компьютерной томографией вас попросят выпить или введут в вену.



*Введение контрастного вещества может вызвать лёгкую аллергическую реакцию в виде покраснения кожи или крапивницы. Серьёзные аллергические реакции возникают редко. В любом случае сообщите доктору, есть ли у вас аллергия вообще и были ли случаи проявления в прошлом аллергической реакции на внутривенное введение контраста.*

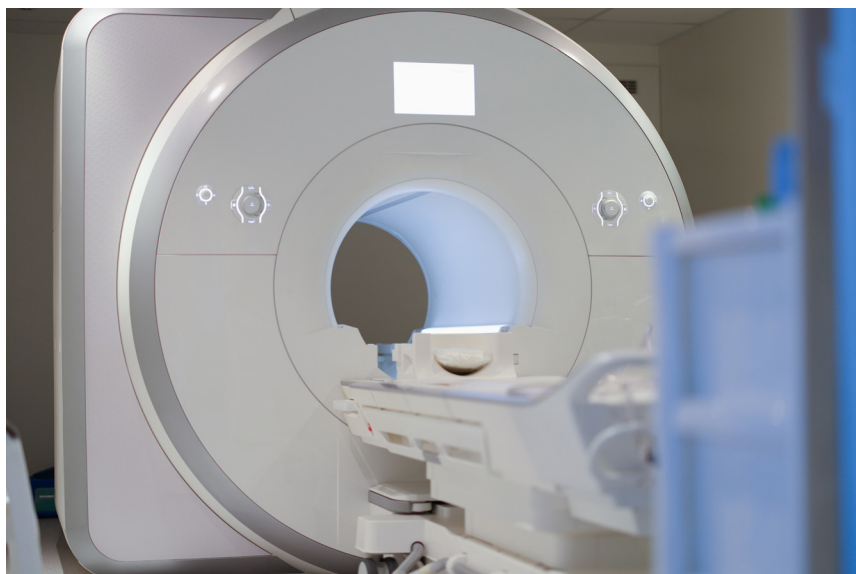
Аппарат компьютерной томографии большой и имеет короткий туннель посередине. Во время сканирования вы будете лежать лицом вверх на столе, который движется по туннелю, а томограф будет вращать сканирующий блок внутри кожуха оборудования вокруг вас, чтобы делать снимки под разными углами, при этом вы можете слышать щелчки или жужжание во время процедуры – это абсолютно нормально. В целом, это абсолютно безболезненная процедура, которая занимает около 30 минут.

### ВАЖНО!

Поскольку при КТ используется рентгеновское излучение, проходите данную процедуру строго по направлению врача.



**Современные аппараты КТ (вверху) и МРТ (внизу)**





## **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ)**

МРТ-сканирование использует не рентгеновские лучи (в отличие от компьютерной томографии), а радиоволны и мощные магниты для получения изображений внутренних органов и тканей. С помощью МРТ лучше исследовать позвоночник и мягкие ткани. Выполнение МРТ аналогично компьютерной томографии, но занимает больше времени (до 90 минут). Для сканирования вам нужно будет лечь на стол, который движется по большому туннелю в сканирующей машине. Как и при компьютерной томографии, для придания чёткости изображениям используется контрастное вещество.

## **ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ (ПЭТ)**

В некоторых случаях в план обследования входит позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ). ПЭТ-сканирование показывает, как ваши клетки используют глюкозу (простую форму сахара). Исследование начинается с внутривенного введения сахарного радиофармпрепарата, который излучает небольшое количество энергии, выделение энергии регистрируется аппаратом, делающим снимки. Опухолевые клетки более активны и используют сахар быстрее, чем нормальные, поэтому на снимках они выглядят ярче. ПЭТ/КТ очень хорошо показывает небольшие группы опухолевых клеток по всему периметру вашего тела.

## **РЕНТГЕНОГРАММА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

Конечно же вам приходилось выполнять рентген грудной клетки — это альтернатива компьютерной томографии, которую специалист может назначить для исследования органов грудной клетки (в первую очередь — лёгких) на предмет распространения опухоли яичников. Рентген использует небольшое количество радиации, чтобы сделать снимки органов и тканей внутри тела. Опухоль изменяет способ поглощения радиации и проявляется на рентгеновском снимке. Процедура может проводиться вместе с другими начальными тестами при первом подозрении или обнаружении рака яичников, а также после лечения, чтобы проверить результаты. Она безболезненная и занимает около 20 минут.

## СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ И ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

В большинстве случаев рак яичников возникает по неизвестным причинам, т.е. спонтанно, поэтому его называют **«спорадическим»**, эта группа составляет 85% впервые выявленных злокачественных опухолей яичников. У пациенток, страдающих спорадическим раком обычно нет родственников, больных таким же заболеванием. Однако около 15 из 100 случаев рака яичников связаны с изменениями (мутациями) в генах, которые передаются по вертикали от родителя ребенку – это называется наследственным раком яичников. У женщин, страдающих наследственным раком, всегда имеются родственники с подобным заболеванием, у многих из которых несколько опухолей, зачастую проявляющихся в молодом возрасте.



*По статистике 15% впервые выявленных злокачественных опухолей яичников – наследственные формы.*

Наиболее частым и известным наследственным опухолевым синдромом является «синдром наследственного рака молочной железы и яичников». На его долю приходится не менее 5% случаев рака молочной железы и 15% случаев рака яичников. Он обусловлен мутацией в генах BRCA1 или BRCA2. Гены BRCA1 и BRCA2 есть у всех, они восстанавливают структуру ДНК при её «поломках», таким образом предупреждают аномальное деление клеток.

### **ВАЖНО!**

**Наследование мутации BRCA1 увеличивает риск развития рака яичников у женщин до 15-45%, BRCA2 – до 10-20%.**

Кроме того, мутации BRCA1 могут приводить к возникновению рака молочной железы, яичников (у женщин) и предстательной железы (у мужчин). Мужчины-носители генного дефекта не болеют, но пе-

редают этот дефект по вертикали последующим поколениям. Мутации BRCA2 не только ассоциированы с риском возникновения рака яичника и рака молочной железы, но и меланомы, рака поджелудочной железы. Мужчины, имеющие мутации BRCA2, болеют раком молочной железы (опухоль, не характерная для пола пациента). При посещении доктора и анализе семейной истории вам обязательно стоит вспомнить, были ли подобные опухоли в вашей семье.

Проанализировав вашу историю болезни, семейную историю, доктор может направить вас на исследование наличия мутаций в генах BRCA1 или BRCA2. Женщины с положительным результатом теста на мутацию BRCA1/2 находятся под тщательным наблюдением, им предлагают меры по снижению риска развития рака молочной железы и/или рака яичников – после достижения 40-летнего возраста удаление яичников и маточных труб.

Всем пациенткам, у которых выявлен серозный рак яичников высокой степени злокачественности, предлагают пройти генетическое консультирование и сдать тест на наличие мутаций в генах BRCA1/BRCA2.

Конечно же ваше обследование не будет полным без **исследования уровня онкомаркеров**.



*Онкомаркеры – это вещества, появление и наличие которых в крови или другом исследуемом материале обычно связано с развитием злокачественной опухоли.*

Наиболее изученным и широко используемым в диагностике, лечении и динамическом наблюдении больных раком яичника является опухоль-ассоциированный антиген CA125. Он вырабатывается клетками серозных злокачественных опухолей яичников. Целесообразно отметить, что у 95% взрослых здоровых женщин концентрация CA125 в сыворотке крови не превышает 35 ME/ml.

Этот показатель принят за допустимый (дискриминационный) уровень. Повышение уровня СА125 выше 35 ЕД/мл определяется практически у 80% больных раком яичников.

Вы закончили обследование, ваши анализы, данные УЗИ, КТ, МРТ и прочее как пазлы сложились в картину, на которой отобразилось не только ваше заболевание и степень его распространения в организме, но и ваше общее исходное состояние. Лечение рака яичников, как правило, мультидисциплинарно – то есть в нём могут принимать участие и онкогинеколог и абдоминальный хирург и, конечно же, химиотерапевт. Неоспорим тот факт, что хирургическое лечение рака яичников является основным, определяющим дальнейшее течение заболевания, однако бóльшую часть борьбы с тяжёлым недугом большую сопровождает системная цитостатическая терапия.

## Стадирование опухоли

Стадирование рака – это определение размеров опухоли и степени её распространения в организме человека. Наиболее полным и детальным является хирургическое стадирование. Стадия рака – это и есть оценка степени распространения. Существуют две системы стадирования рака яичников: система TNM и система Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO). Эти системы очень похожи. При стадировании опухоль описывают с помощью последовательности букв и цифр:

- 1. Размер опухоли – (Т)**
- 2. Распространение на лимфатические узлы – (N)**
- 3. Распространение на отдаленные органы и ткани (метастазы) – (M)**

В системе стадирования FIGO есть четыре стадии, обозначенные римскими цифрами от I до IV. Как правило, чем ниже стадия, тем лучше прогноз. Стадия является самым важным фактором прогноза, она позволяет не только оценить распространение опухоли и оценить прогноз, но и определяет дальнейшее лечение.

<p><b>Стадия I</b></p> <p>Опухоль ограничена яичниками (T1-N0-M0)</p>	<p><b>IA</b></p>	<p>Опухоль ограничена одним яичником, капсула не повреждена, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичника, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости</p>
	<p><b>IB</b></p>	<p>Опухоль ограничена двумя яичниками, их капсулы не повреждены, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичников, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости</p>
	<p><b>IC</b></p>	<p>Опухоль ограничена как яичниками и фаллопиевыми трубами, но ее можно увидеть на поверхности яичника и/или трубы, перед операцией произошел разрыв капсулы яичника и/или есть опухолевые клетки в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости.</p>
<p><b>Стадия II</b></p> <p>Опухоль поражает один или оба яичника и есть признаки её распространения на другие ткани таза (T2-N0-M0)</p>	<p><b>IIA</b></p>	<p>Распространение на матку и/или на одну или обе маточные трубы</p>
	<p><b>IIB</b></p>	<p>Распространение на другие ткани таза</p>
<p><b>Стадия III</b></p> <p>Опухоль поражает один или оба яичника и распространяется по брюшине метастазами за пределы таза и/или есть метастазы в регионарных лимфатических узлах (T1/2-N1-M0 или T3-N0/N1-M0)</p>	<p><b>IIIA</b></p>	<p>Признаки опухоли могут быть обнаружены в регионарных лимфатических узлах</p>
	<p><b>IIIB</b></p>	<p>Внутрибрюшинные метастазы за пределами таза до 2 см ± метастазы в забрюшинных лимфатических узлах</p>
	<p><b>IIIC</b></p>	<p>Внутрибрюшинные метастазы за пределами таза более 2 см ± метастазы в забрюшинных лимфатических узлах (включая распространение опухоли на капсулу печени и селезенки без поражения паренхимы органов)</p>
<p><b>Стадия IV</b></p> <p>Опухоль распространилась за пределы брюшной полости на другие участки тела (любая T-любая N-M1)</p>	<p><b>IVA</b></p>	<p>В плевральных полостях (пространство, окружающее легкие) появляется жидкость с опухолевыми клетками</p>
	<p><b>IVB</b></p>	<p>Метастазы обнаруживаются в легких, других органах и лимфатических узлах вне брюшной полости.</p>

## СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ

Первым этапом в лечении рака яичников является операция. Исключения составляют случаи, когда хирургическое лечение на первом этапе невозможно из-за тяжелых сопутствующих заболевания или распространенности опухолевого процесса. В последнем случае на первом этапе проводится химиотерапия, целью которой является уменьшение объема опухоли и создание возможности для хирургического лечения. Целью любой операции в онкологии является удаление опухоли и установление стадии заболевания – это помогает решить, стоит ли дополнить хирургическое лечение каким-то другим (химиотерапией или таргетной терапией). Рак яичников в процессе своего развития в организме пытается занять брюшную полость, «расползаясь» небольшими группами клеток по брюшине. Брюшина – это покров, в который «одеты» все наши внутренние органы. Молодым женщинам, которые не реализовали свою репродуктивную функцию, может быть предложено органосохраняющее лечение, но это зависит от точной природы рака яичников, в любом случае пациентку проинформируют о любых потенциальных рисках.

### Термины, с которыми вы можете столкнуться при изучении источников информации и общении с врачом:

- **срединная лапаротомия** – вертикальный разрез по средней линии живота. Является основным доступом при хирургическом лечении рака яичников. Позволяет не только полностью удалить опухоль, но и адекватно определить стадию заболевания.
- **определение стадии (стадирование)** – в аспекте хирургической операции подразумевает определение распространенности опухоли. Заключается в удалении опухолевой ткани, регионарных лимфатических узлов, биопсии тканей и/или взятии смывов с тех отделов брюшной полости или малого таза, где опухолевая ткань не обнаружена. Стадия выставляется по результатам гистологического (ткани) и/или цитологического (жидкости/смывы) исследований. Эти исследования выявляют, в каких органах и тканях присутствуют опухолевые клетки.

- **смывы** — процедура взятия смывов заключается в омывании тканей каждой отдельной области брюшной полости и малого таза стерильным физиологическим раствором с последующей его аспирацией. Полученную жидкость далее направляют на цитологическое исследование для определения наличия в ней опухолевых клеток.
- **лапароскопия** — малоинвазивный доступ в полость живота через несколько проколов передней брюшной стенки. В качестве доступа для хирургического лечения рака яичников может использоваться лишь на ранних стадиях.
- **диагностическая лапароскопия** — малоинвазивная хирургическая операция, целью которой является оценка распространенности процесса по брюшной полости и биопсия опухолевой ткани для планирования дальнейшего лечения.
- **циторедуктивная операция (циторедукция)** — операция, основной целью которой является максимально возможное удаление опухолевой ткани. Включает в себя как удаление матки, маточных труб и яичников с первичной опухолью, так и других органов и тканей, в которых определяются, либо могут присутствовать очаги опухолевого роста, в частности большого сальника, фрагментов брюшины.

В зависимости от этапа лечения циторедукция может быть:

- а) **первичной**, когда операция является первым этапом лечения;
- б) **интервальной**, когда операция проводится после предварительных курсов химиотерапии;
- в) **повторной**, когда операция проводится при рецидиве заболевания после хирургического лечения и химиотерапии.

В зависимости от объема оставшейся в организме опухолевой ткани циторедуктивная операция может быть **полной**, когда в процессе операции удалены все видимые очаги болезни, **оптимальной**, когда размер наибольшего очага опухоли не превышает 1 см, и **неоптимальной**, когда размер хотя бы одного из оставшихся опухолевых очагов составляет более 1 см. Такое деление является крайне важным, поскольку определяет дальнейший прогноз забо-

левания. Наиболее благоприятный прогноз будет при полной циторедукции, когда видимой опухолевой ткани после операции не остается.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЯИЧНИКОВ**

Если по данным обследования определятся объемное образование яичника, подозрительное на рак, то в процессе операции на первом этапе проводят осмотр органов малого таза, брюшной полости и удаляют придатки матки на стороне поражения. Их отправляют на срочное гистологическое исследование. Результаты срочного гистологического исследования и данные осмотра органов влияют на дальнейший объем операции.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ РАННИХ СТАДИЙ (I–II СТАДИИ)**

Хирургическое лечение рака яичников ранних стадий направлено на точное определение стадии болезни и выполнение полной циторедукции. Стандартным объемом хирургического лечения при раке яичников I–II стадий является удаление матки с яичниками и трубами, большого сальника, удаление лимфатических узлов таза и чуть выше – вокруг аорты и всех видимых опухолевых очагов до полного отсутствия визуально определяемой остаточной опухоли. Иногда для предотвращения рецидива заболевания приходится удалять ткани, расположенные рядом с опухолью, чтобы получить здоровый «край» тканей.



*Беременность после удаления матки невозможна. Операция по сохранению фертильности может быть вариантом при самых начальных стадиях рака и низкой степени его злокачественности.*



Если опухоль распространилась за пределы яичников, хирург удаляет все её видимые проявления. Это называется циторедуктивной операцией, то есть операцией по уменьшению (или полному удалению) опухолевой ткани. Объём хирургического лечения зависит от распространения опухоли. В ходе операции могут быть удалены фрагменты органов, на которые распространились группы опухолевых клеток – печень, селезёнка, желудок, желчный пузырь, поджелудочная железа, кишечник, аппендикс и мочевой пузырь. Лимфатические узлы, если они увеличены и изменены, тоже удаляют.

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ (III–IV СТАДИИ)**

Хирургическое лечение рака яичников на данных стадиях выполняется максимально агрессивно. Во время операции, в идеале выполняемой до химиотерапии, необходимо стремиться к выполнению полной циторедукции. Она включает в себя удаление всей видимой опухоли. При этом удаляются не только матка, маточные трубы и яичники, а также большой сальник, но и пораженная брюшина малого таза, брюшной полости, куполов диафрагмы.



*В зависимости от распространения опухоли и глубины поражения тканей может потребоваться удаление и других органов, например резекция печени, купола диафрагмы, части кишечника, поджелудочной железы, удаление желчного пузыря, селезенки, червеобразного отростка.*

Любая хирургическая операция сопряжена с риском осложнений. Чем больше объем удаляемых органов и тканей, тем этот риск выше. Их следует заранее обсудить с вашим хирургом.

При распространенном раке яичников часто поражается прямая и лежащая выше сигмовидная кишка. Иногда удалить опухолевую

ткань без удаления части кишечника технически невозможно. При удалении части толстой кишки может потребоваться ее выведение на переднюю стенку живота, то есть формирование стомы. При наличии стомы выделение кала происходит в герметично приклеенный к передней брюшной стенке мешочек — калоприемник.



*Такая стома может быть временной или постоянной. Временную стому после завершения химиотерапии и в отсутствие рецидива закрывают. Постоянную стому закрыть невозможно из-за удаления большого фрагмента толстой кишки.*

Этот вопрос требует отдельного обсуждения. Сложное решение о согласии на выведение стомы пациент принимает вместе со своим хирургом: максимально удалить опухоль и улучшить свой прогноз, согласившись на вероятное выведение стомы, или оставить часть опухоли, ухудшив прогноз, но сохранив качество жизни. Обязательно обсудите этот вопрос со своим хирургом, чтобы принять взвешенное решение.

## **ВАЖНО!**

**Успех циторедуктивных операций по поводу распространенного рака яичников во многом зависит от правильной предоперационной подготовки и индивидуального послеоперационного ведения больных.**

## **ХИРУРГИЯ, СОХРАНЯЮЩАЯ ФЕРТИЛЬНОСТЬ**

Женщины, у которых удалена матка, не могут забеременеть, этот факт трудно принять молодым пациенткам, страдающим раком яичников. Операции, сохраняющие фертильность, подразумевают одно- или двустороннее удаление яичников и труб, большого саль-

ника, удалении тазовых и поясничных лимфатических узлов, но матка остаётся. Кроме того, во время операции выполняют смывы и биопсии брюшины. Удаление яичника и трубы с одной стороны называется «односторонней сальпингоовариэктомией» или «аднексэктомией». Она может быть выполнена, если поражён только один яичник. После односторонней аднексэктомии женщина сохраняет способность забеременеть естественным путем, если у неё не наступила менопауза.

Двусторонняя аднексэктомия выполняется при поражении обоих яичников, при этом матка остается. Женщина не может забеременеть естественным путем, но беременность возможна путем вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), одной из которых является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).

### **ВАЖНО!**

При ЭКО яйцеклетки оплодотворяются сперматозоидами в лаборатории. После оплодотворения получают эмбрионы, которые переносят в матку или замораживают для будущего использования.

Яйцеклетки, используемые для ЭКО, могут быть собственными (их забор осуществляется при пункции яичников, выполняемой накануне лечения) или донорскими. Донорские яйцеклетки берут у здоровой и молодой женщины-донора.

Необходимо помнить, что рак яичников — крайне агрессивное заболевание, имеющее высокий потенциал к распространению по органам малого таза и брюшной полости. Поэтому органосохраняющие операции возможны только при высокодифференцированном раке яичников IA и IC1 стадий при условии, что доказан его ненаследственный характер. Помимо этого, должна быть возможность полноценного диспансерного наблюдения после операции.

## МЕТОДЫ ХИРУРГИИ

Чаще всего операцию проводят посредством лапаротомии – наиболее распространённого и предпочтительного метода хирургического лечения рака яичников. Лапаротомия – это разрез передней брюшной стенки. Часто достаточно большой (вертикальный), от лобковой кости до мечевидного отростка грудины, это позволяет хирургу не только хорошо увидеть и оценить опухоль, а также другие органы и ткани брюшной полости, но и полностью удалить большой сальник и все видимые проявления заболевания. Реже используется малоинвазивный доступ (вход в брюшную полость), тогда операция называется лапароскопией.



*Лапароскопия выполняется при помощи нескольких небольших разрезов передней брюшной стенки, через которые вводят специальные (лапароскопические) инструменты. Один из инструментов называется «лапароскоп», он представляет собой длинную трубку с освещением и видеокамерой и позволяет хирургу увидеть органы и ткани брюшной полости; остальные инструменты используются для удаления ткани.*

Лапароскопия при раке яичников может быть использована только в том случае, когда опухоль низкой степени злокачественности. Очень часто применяется диагностическая лапароскопия, которая выполняется на самом первом этапе лечения и позволяет не только произвести биопсию опухоли, но и определить степень ее распространения.

Оперативное лечение при раке яичников обязательно подразумевает хирургическое стадирование, которое включает в себя взятие образцов во время операции из органов и тканей, в которые наиболее часто распространяется рак яичников, и проверку данных об-

разцов на наличие раковых клеток. Хирург также возьмёт образцы из близлежащих тканей, где визуально опухоли нет, это выполняется для поиска так называемых «микроскопических метастазов», которые не видны невооружённым глазом и которые можно обнаружить только под микроскопом.

### **Образцы тканей могут быть взяты из следующих мест брюшной полости:**

1. Ближайшие лимфатические узлы
2. Брюшина таза
3. Брюшина остальных отделов брюшной полости между грудной клеткой и тазом.
4. Брюшина из-под диафрагмы – мышцы под рёбрами, которая помогает человеку дышать.

### **ВАЖНО!**

Если в брюшной полости есть асцитическая жидкость, её тоже забирают для исследования, в противном случае выполняют смывы – то есть доктор омывает физиологическим раствором ткани и органы, затем эта жидкость аспирируется (отсасывается) и отправляется в лабораторию для поиска в ней опухолевых клеток.

## **ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ**

Лечащий врач даст вам инструкции, как подготовиться к операции. Прекращается приём некоторых лекарств на короткое время, за сутки накануне операции рекомендуется очистить кишечник с помощью специальных лекарственных препаратов, которые, в отличие от клизмы, очистят его полностью. Кроме того, не рекомендуется есть или пить после полуночи в ночь перед операцией.

В день операции пациентке вводят лекарственные препараты, которые погрузят её в глубокий сон, чтобы она не чувствовала боль – это называется общей анестезией. Операция, как правило, продол-

жается более трёх часов. После операции необходимо оставаться в больнице в течение нескольких дней или недель, чтобы восстановиться; в эти дни могут беспокоить боль и слабость.

## РИСКИ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ОПЕРАЦИИ

Любая операция сопряжена с риском осложнений и имеет побочные эффекты. Общие побочные эффекты любой операции включают боль, отёк в зоне шва (послеоперационная серома) и послеоперационные шрамы. Но побочные эффекты различных операций могут отличаться и зависят от типа и объёма хирургического вмешательства, распространённые побочные эффекты хирургического лечения рака яичников включают в себя также отёк нижних конечностей, нарушение мочеиспускания и запор. Если женщина менстуровала, то операция по удалению яичников вызовет менопаузу.



*Менопауза — это прекращение менструаций. Когда менопауза обусловлена операцией, она называется хирургической и ее симптомы намного ярче (резче). Это приливы, изменения настроения, проблемы со сном, сухость влагалища, увеличение массы тела и ночная потливость.*

Кроме того, сам по себе рак яичников и хирургическое вмешательство на органах брюшной полости являются факторами риска образования тромбов, в силу этой причины пациентке обычно назначают препараты для разжижения крови (пероральные препараты или инъекции) на срок до 4 недель после операции, чтобы предотвратить тромбообразование.

Это далеко не полный список послеоперационных побочных эффектов, которые могут быть самыми разнообразными как по видам, так и по частоте возникновения (некоторые встречаются

часто, другие – крайне редко), об этом обязательно стоит поговорить перед операцией с лечащим врачом.

## Химиотерапия после операции

Химиотерапия – это использование лекарств для уничтожения опухолевых клеток и является типом системной терапии. Термин «системная терапия» используется для описания того факта, что лекарство распространяется по всему телу или «в масштабах всей системы». Химиотерапевтические препараты убивают быстрорастущие клетки организма (не только раковые, но и нормальные). Химиотерапия рекомендуется после операции в большинстве случаев.

Характерной особенностью эпителиальных опухолей яичников, является их высокая чувствительность к лекарственной терапии – в 70% случаев отмечается достижение полного клинического эффекта после первой линии химиотерапии. Однако при распространенном раке яичников прогрессирование заболевания неизбежно в подавляющем большинстве случаев.

При раке яичников рекомендуется химиотерапия на основе препаратов, содержащих платину. Это карбоплатин и цисплатин. Они комбинируются с другим типом химиотерапевтических препаратов, называемых таксанами, к ним относятся паклитаксел и доцетаксел. В настоящее время рекомендуются следующие химиотерапевтические препараты и их сочетания:

1. Паклитаксел и карбоплатин
2. Паклитаксел, карбоплатин и бевацизумаб
3. Доцетаксел и карбоплатин
4. Карбоплатин и доксорубицин
5. Только карбоплатин (более лёгкий вариант – для лиц старше 70 лет или имеющих проблемы со здоровьем)
6. Паклитаксел и цисплатин

В настоящее время в сочетании с химиотерапией используют таргетную терапию. Таргетные препараты воздействуют на определенную цель (target-мишень). При лечении рака яичников используется таргетный препарат под названием бевацизумаб (Авастин®). Бевацизумаб подавляет ангиогенез. Ангиогенез – это рост новых кровеносных сосудов.



*Как и нормальные клетки, клетки опухоли, чтобы жить и расти нуждаются в пище и кислороде, доставляемыми кровью. В силу этих причин, опухолевые клетки посылают сигналы, способствующие росту новых кровеносных сосудов, прорастающих в опухоль, чтобы «кормить» её.*

Бевацизумаб блокирует эти сигналы и новые сосуды не образуются. В результате опухолевые клетки не получают с кровью питательные вещества и кислород, необходимые им для жизни. Еще одним таргетным препаратом, который действует иначе, чем бевацизумаб, является олапариб. Он блокирует восстановление ДНК в клетках опухоли. Препарат применяют для поддерживающей терапии у пациенток с рецидивирующим, серозным раком яичников высокой степени злокачественности и положительным результатом теста на мутацию BRCA1 или BRCA.

## **ВАЖНО!**

**При раке яичников химиотерапевтические препараты вводятся внутривенно или внутривентально (непосредственно в брюшную полость).**

Внутрибрюшинная (локальная) химиотерапия, как правило, применяется после циторедуктивной операции. Даже после тщательно выполненной циторедукции, характеризующейся полным удалением всех опухолевых очагов, нельзя исключить возможность рас-



сеивания клеток опухоли по брюшине. Для предотвращения этого сочетают циторедукционные операции с внутрибрюшинной химиотерапией.

## **ВАЖНО!**

**Внутрибрюшинное введение цитостатиков позволяет использовать более высокие дозировки препаратов, недоступные ввиду токсичности при системной (внутривенной) химиотерапии.**

Кроме того, одним из важных моментов, определяющих эффективность внутрибрюшинной химиотерапии является возможность длительного нахождения препарата в брюшной полости. Однако для такого введения существуют четкие показания и противопоказания, поэтому системная (внутривенная) химиотерапия - более частый вид лекарственного лечения.

Системная химиотерапия проводится циклами. Цикл включает дни лечения, за которыми следуют дни отдыха. Курсовая химиотерапия позволяет организму восстановиться до следующего лечения. Циклы различаются по продолжительности в зависимости от того, какие препараты используются. Часто циклы имеют продолжительность 7, 14, 21 или 28 дней. Количество циклов варьирует в зависимости от стадии заболевания.

## **ПОДВЕДЁМ ИТОГИ**

- При **IA и IB стадии и низкой степени злокачественности** опухоли химиотерапия не показана
- При **IA и IB стадии и высокой степени злокачественности** показано 4–6 циклов химиотерапии, включающей препараты платины
- При **IC–IV стадии вне зависимости от типа опухоли** проводят 6 циклов химиотерапии, включающей препараты платины.

При невозможности выполнения хирургического лечения на первом этапе (неудовлетворительное общее состояние, сопутствующие заболевания), лечение начинают с химиотерапии, а операцию проводят после 3-4-х циклов. После операции проводят дополнительно еще 3–4 цикла ХТ по той же схеме.

## МОНИТОРИНГ ВО ВРЕМЯ ХИМИОТЕРАПИИ

Во время лечения доктор будет контролировать эффективность химиотерапии и оценивать побочные эффекты. Для этого существуют определенные схемы наблюдения:

- **Медицинский осмотр** проводится каждые 1–3 цикла. Одновременно можно провести и гинекологический осмотр.
- **Выполняется общий анализ крови** – 1 раз в неделю, включая подсчет тромбоцитов.
- **Биохимический анализ крови**
- **Тестирование СА-125** или других онкомаркеров (при необходимости перед каждым циклом химиотерапии)
- **Визуальные тесты** (УЗИ, КТ, МРТ – при необходимости)

## ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ХИМИОТЕРАПИИ

Побочные эффекты химиотерапии зависят от многих факторов, включая препарат, дозу и состояние организма и, как правило, связаны с гибелью быстроделящихся клеток крови, кишечника, волосяных фолликулов и слизистой оболочки рта.

### ВАЖНО!

Общие побочные эффекты включают отсутствие чувства голода, тошноту, рвоту, язвы во рту, выпадение волос, утомляемость, снижение уровня различных клеток крови, повышенный риск инфекции, легкое кровотечение или кровоподтеки и повреждение периферических нервных окончаний (нейропатию).

Пациенты, которые получают комбинацию различных химиотерапевтических препаратов, имеют больше побочных эффектов, чем те, кто получает один химиотерапевтический препарат.



*Большинство побочных эффектов носит временный характер, их можно контролировать с помощью лекарственных препаратов или изменений образа жизни. Важно поговорить со своим врачом о любых потенциальных побочных эффектах, которые Вас беспокоят.*

## **ЧТО ПРОИЗОЙДЕТ ПОСЛЕ ТОГО, КАК МОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКОНЧИТСЯ?**

Вы сможете обсудить любые проблемы, которые у Вас есть, на последующих приемах у врача онколога по месту жительства. Для этого, после диагностики злокачественного новообразования необходимо встать на учет в центре амбулаторной онкологической помощи по месту жительства.

После окончания лечения вас будут наблюдать в следующем режиме:

- **определение концентрации СА125** в плазме крови, осмотр гинеколога и УЗИ брюшной полости и малого таза, забрюшинного пространства 1 раз в 3 месяца в течение первых 2 лет, 1 раз в 4 месяца — в течение 3-го года, далее — каждые 6 месяцев;
- **углублённое обследование** (КТ брюшной полости и малого таза, рентгенография/КТ грудной клетки, ПЭТ/КТ) показано при росте СА125, появлении жалоб или выявлении патологии при гинекологическом осмотре или УЗИ.

## ЧТО, ЕСЛИ РАК ВЕРНЁТСЯ

Рак, который возвращается, называется рецидивом. Когда опухоль возвращается в виде рецидива в одном месте, этот рецидив считается локальным, поэтому может быть его удалении с последующей химиотерапией.

### ВАЖНО!

**Главная задача хирургов и химиотерапевтов при первичном раке яичников — излечение пациентки. При рецидиве заболевания на первый план выступают повышение эффективности химиотерапии, продление жизни и улучшение ее качества.**

Основным методом лечения рецидивов рака яичников является химиотерапия. Тем не менее, повторные циторедуктивные операции могут увеличивать продолжительность жизни больных и время до следующего рецидива заболевания, но только при соблюдении строгих показаний к их проведению и полном удалении опухоли во время хирургического вмешательства.

В целом хирургическое лечение первичного рака яичников поздних стадий и рецидивов рака яичников — это наиболее сложный раздел онкогинекологии. Успех лечения больных зависит от слаженной работы команды профессионалов, в которую входят не только хирурги, но и анестезиологи, реаниматологи, химиотерапевты, терапевты, специалисты по лечебному питанию, медицинские сестры и другие специалисты, участвующие в оказании медицинской помощи больным на разных её этапах.



[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



8 800 30 10 20 9 круглосуточно  
(для жителей России звонок бесплатный)



# Психологическая поддержка

Человек, который никогда не сталкивался с ситуацией тяжёлой болезни, не понимает, какие испытания могут ожидать его на этом пути. Люди, которые видели болезнь своих близких, в то время как медицина ещё не располагала всем тем арсеналом помощи, которым располагает сейчас, имеют негативный опыт, только усиливающий их страх. А ведь настрой очень важен, так как нервная система не только «создаёт» настроение, но и, как и другие системы организма, отвечает за его нормальное функционирование и восстановление после оперативных вмешательств и системного лечения.

Никто не застрахован от тяжёлых жизненных ситуаций – это не только болезни, психологические кризисы, финансовые сложности и прочее, но и приятные события без должной подготовки иногда воспринимаются тяжело (свадьба, рождение ребенка, переезд в другой город или смена работы). Адаптироваться к приятным событиям помогают положительные эмоции, которые их сопровождают. Негативные же события более тягостны, однако и их можно сопровождать приятными эмоциями: от успешно завершённого этапа лечения до умения видеть в жизни приятные мелочи, несмотря на статус пациента.

Любое негативное переживание сопровождается массой чувств и эмоций. Специалисты называют это «работой горя». У «работы горя» есть следующие стадии, разобравшись в которых можно научиться сначала понимать своё психологическое состояние, а потом и управлять им.

## **ШОК – ОТРИЦАНИЕ**

Ощущение, что мир рухнул, ушла почва из-под ног, перехватило дыхание – это нормальная реакция на информацию, которая изменит вашу жизнь. Нужно заново сложить систему ценностей, целей и задач, и сделать это за минуту невозможно – отсюда

чувство оглушения и подвешенности. Вчера мы планировали ремонт, отпуск или смену работы, мечтали о детях или внуках, выбирали маме подарок на день рождения. А сейчас мы понимаем, что нужно будет проходить какое-то лечение, перенести, возможно, инвалидизирующую операцию, явно ощущать страх смерти, и главной целью теперь будет борьба за жизнь.

В такую резкую смену системы трудно поверить, мы трясём головой: «В голове не укладывается», «Поверить не могу», «Этого не может быть!», «Это какая-то ошибка!» – мысли типичные для состояния шока. Все разговоры о болезни звучат как в тумане и вам кажется, что они вас совсем не касаются, будто это не о вас говорит вам врач.

В этот период надо немного затаиться, повременить с тем, чтобы рассказывать новости, дать себе возможность перевести дух и успокоиться. Слезы, истерика, желание спрятаться – нормальная реакция человека на ненормальные события, происходящие с ним. Так что сдерживать негативные эмоции не стоит, на их сдерживание расходуются огромные ресурсы организма, которые нужны ему сейчас как никогда ранее.

## **ГНЕВ**

Когда звон в ушах проходит, мы начинаем осознавать, что событие реально, и начинаем злиться: на экологию, на врачей, на обстоятельства, на себя в конце концов. Нас трясёт от злости, обиды и беспомощности. Мы срываемся и кричим на тех, кто под руку подвернётся. Советы раздражают, сочувствие бесит.

В этом состоянии важно начать что-то делать, чтобы буквально пустить негативную энергию в мирных целях, – посетить всех запланированных врачей, получить второе мнение, записаться на исследования и получить квоту в Минздраве.

**Делать всё, что приблизит вас к началу решения проблемы, познакомит с врачами, пациентами-активистами, психологами и другими людьми, которые станут надёжными соратниками и союзниками в борьбе с болезнью.**

## ТОРГ

«За что?», «Почему я?», «Что я сделал не так?» – очень трудно осознать, что что-то ужасное происходит без какой-то видимой причины. Очень важно найти объяснение, и совсем необязательно оно будет из области доказательной медицины. Иногда проще поверить в сглаз, в гнев божий и в то, что всё ещё можно отыграть назад, если прямо сейчас исправить причину. Так как возникновение онкологических заболеваний многофакторное, а лечение сложное и не во всех случаях даёт ожидаемый эффект (например при тяжёлых сопутствующих заболеваниях или при высокой степени злокачественности опухоли) люди часто мистифицируют эти причины и начинают искать излечение в нетрадиционной медицине, теряя драгоценное время и большие деньги.


В это время легко попасться на обещания шарлатанов избавить вас от недуга. Очень не хочется верить, что наш единственный шанс – операция, химиотерапия и другие непростые этапы лечения, которые ещё и не гарантируют успеха (просто потому, что врачи откровенны с пациентом и 100% гарантии они не дадут). А шарлатаны как раз будут обещать легкого исцеления.

В этом состоянии люди дают себе зачастую несбыточные обещания. Не есть мяса, ходить в церковь каждый день, никогда не кричать на детей, никогда не допускать плохих мыслей и т. д. Впоследствии нарушение такого обещания может сильно деморализовать и зародить тяжёлое чувство вины и безысходности: «Ведь я заслуживаю этого, так как даже в болезни не могу изменить своё поведение и образ жизни.»

## ДЕПРЕССИЯ

Когда яркие, сильные эмоции позади, становится очень грустно от того, что реальность всё же изменилась. Это важный этап – нужно осознать и прочувствовать горевание, проститься с прошлой жизнью. Ведь по сравнению с жизнью «до» жизнь «после», конечно, будет другой, иметь больше ограничений, чем раньше, а планирование событий будет корректироваться планированием лечебных мероприятий. И это вполне понятный и объяснимый





повод чувствовать грусть, плакать и тосковать. Поэтому не нужно запира́ть эти чувства и не давать им выхода. Любые эмоции даны нам для реакций и рефлекторны, так как провоцирует их определённый нейромедиаторный «коктейль» в крови, то есть они физиологичны, и сдерживать их – это как сдерживать позыв в туалет или желание поесть. Однако, как и поход в туалет требует специально оборудованного места, так и проявление эмоций требует безопасного места – дом, кабинет врача или психолога.

На этой стадии реактивная депрессия (возникшая как реакция на негативное событие) может перерасти в клиническую, которая будет мешать жить и проходить лечение, лишит сил на борьбу. Такое часто бывает, если депрессивные эпизоды бывали ранее или помимо болезни в жизни есть нерешённые психологические или иные проблемы. Если вы чувствуете, что горевание перерастает в апатию, лучше обратиться за помощью к специалисту.

## **ПРИНЯТИЕ**

Принятие наступает, когда вы начинаете строить планы, исходя из новой ситуации. Вы оживаете и получаете удовольствие от маленьких повседневных радостей. Когда вы начинаете относиться к заболеванию как к решению задачи и готовы делать всё необходимое для успешного лечения. Отступает вина и навязчивая идея поиска причин и виноватых. Ситуация принимается как данность.

---

Эти этапы довольно условны, они могут проявляться по-разному, могут занимать разное время – несколько часов или несколько месяцев. Они могут наступать последовательно или непоследовательно, а могут повторяться. А ещё важно помнить, что эти состояния проходит не только сам пациент, но и его близкие. Причём члены семьи могут адаптироваться к ситуации с разной скоростью, иногда реагируя на неё тяжелее пациента. И пока один всё ещё в состоянии шока, другой уже требует немедленно действовать.

Берегите себя, свои чувства и чувства близких вам людей. И главное помните: вы способны очень на многое. Даже если вы об этом не знаете.

## КАК РАССКАЗАТЬ О ДИАГНОЗЕ

Многим сложно рассказать о своём диагнозе родным. Страшно огорчить и расстроить родителей или детей, напугать их. Трудно поддерживать их, когда с трудом держишься сам. Однако откровенный разговор в этой ситуации гораздо лучше тайн и умалчивания. Они всё равно поймут или догадаются, что происходит что-то серьёзное. Увидят медицинские документы, например, и очень расстроятся, что вы им не доверяете. Если отказать семье в шансе пройти через трудный этап вместе, то можно разорвать связи между родственниками, потерять доверие, не перейти на новый уровень взаимодействия, уровень сплочения и поддержки.

С маленькими детьми тоже лучше разговаривать честно, выбирая понятный определенному возрасту язык. Говорить, что заболели и едете лечиться в больницу. Не врать, что это просто командировка. Признаваться в том, что трудно и иногда грустно и страшно, потому что дети и так всё это видят. Но если им честно о своих чувствах не говорят, они проживают свой страх и тревогу за родного человека в одиночку, а это гораздо сложнее для детской психики. Честность и искренность в этом вопросе учит детей сопереживать близким людям и тренирует их стрессоустойчивость – умение совладать с будущими трудностями в жизни.

Помните, что всегда можно обратиться к специалистам в области психического здоровья – клиническим психологам, психотерапевтам, психиатрам. Мозг и нервная система в целом такой же орган, как и все остальные, и иногда нуждается в медикаментозной поддержке, назначенной специалистом, чтобы слаженно работал весь организм. А технический прогресс позволяет найти такого специалиста, даже если его нет в вашем лечебном учреждении, и работать с ним дистанционно.



[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



8 800 30 10 20 9 круглосуточно  
(для жителей России звонок бесплатный)



# Реабилитация



## Реабилитация пациенток с раком яичников

Учитывая совершенствование системной терапии и хирургической техники выживание пациенток с раком яичников растёт. Поэтому все более актуальным становится вопрос об улучшении качества жизни не только в период лечения, но и после его завершения. Для этого и необходимы реабилитация и поддерживающая терапия.



*Реабилитация должна начинаться с момента постановки диагноза, за рубежом этот этап называется **ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ**.*

Физическая предреабилитация: крайне важно повысить свой уровень физической активности до начала того или иного метода лечения. Самое простое — начать ходить. Это так называемая аэробная нагрузка. Она позволит подготовить вашу сердечно-сосудистую и дыхательную систему к операции и химиотерапии.

### КАК ПРАВИЛЬНО ДОЗИРОВАТЬ НАГРУЗКУ?

Конечно, можно начать считать пульс и частоту дыхания. Но гораздо проще ориентироваться на свои ощущения:

- Ходите с такой скоростью, чтобы сердце быстрее билось, чем обычно, чтобы вы дышали часто, но при этом необходимо сохранить способность отвечать на вопросы. Если вы уже «язык на плечо» — вы явно перестарались, а если вы идёте и можете одновременно вести монолог — вы недорабатываете.
- Если у вас имеется серьёзная патология со стороны сердечно — сосудистой системы, обязательно проконсультируйтесь с врачом о правильном дозировании нагрузки. Помните о том, что ваша главная задача — вылечиться и вернуться к нормальной жизни, а не усугубить проблемы и ухудшить ваше самочувствие!

## ВАЖНО!

Ходьба особенно важна на фоне химиотерапии. Это хороший метод профилактики периферической полинейропатии, которая может развиваться на фоне терапии препаратами платины и таксанами.

- Для ходьбы используйте хорошую спортивную обувь с ортопедическими стельками.
- Приучите себя делать общеукрепляющую зарядку, куда бы входили упражнения на верхние и нижние конечности и дыхательная гимнастика. При выполнении упражнений старайтесь синхронизировать движения и дыхание.
- Со временем, когда организм адаптируется к нагрузкам, добавьте к упражнению элементы утяжеления: возьмите в руки гантели (не важно какой массы, важно, чтобы было утяжеление), используйте утяжелители на ноги. Это позволит несколько нарастить мышечную массу.

## НУТРИТИВНАЯ ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

Питание — крайне важный элемент, как подготовки к лечению, в процессе терапии, так и после его завершения.

Правильный объем калорий и белка, безусловно, определяет врач. Но в среднем, суточная потребность составляет:

– **белок:** 1,5 г на кг массы тела в сутки;

– **энергия:** 30 ккал/кг массы тела в сутки.

Чтобы питание было здоровым, необходимо соблюдать определенные правила. Принципы здорового питания обобщены международной программой **Cindi** и программой по питанию европейского бюро ВОЗ и изложены в «**Руководстве Cindi по питанию**».

## ВАЖНО!

Питание должно быть разнообразным и содержать растительные продукты.

Растительные продукты содержат биологически активные вещества и пищевые волокна (клетчатку), которые предотвращают хронические заболевания, особенно сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Необходимо употреблять самые разнообразные растительные продукты, обеспечивающие полный спектр таких защитных веществ, что позволяет исключить дополнительное употребление витаминов или минеральных веществ.



*Необходимо употреблять ежедневно не менее 400 граммов фруктов и овощей, предпочтительно свежих и выращенных в месте проживания.*

Эта рекомендация разработана на основе эпидемиологических исследований, которые показали, что среди населения, употребляющего ежедневно 400 граммов и более овощей и фруктов, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, определённых типов рака, дефицита микронутриентов гораздо ниже. Кроме того фрукты и овощи содержат большое количество витаминов, клетчатки, микроэлементов, антиоксидантов.



*В зависимости от того, насколько получаемая человеком с пищей энергия соответствует потребности в ней, то есть какова физическая активность человека, формируется определенный пищевой статус человека.*

Благоприятными для здоровья показателями являются значения индекса, равные 20-25. Если значение индекса выше 25, это означает, что у человека имеется избыточная масса тела и повышенный риск развития различных заболеваний.

Необходимо контролировать количество и качество потребляемых с продуктами жиров, причем стараться получать жир из растительных масел.

Жиры необходимы для организма, особенно полезными являются моно- или полиненасыщенные жирные кислоты.

### **ВАЖНО!**

Большое количество насыщенных жирных кислот способствует риску развития тромбозов, инфаркту миокарда, инсульту и так далее. Жиры, как источник большого количества энергии, при низкой физической активности способствуют также развитию избыточной массы тела – фактора риска для сердечно-сосудистых заболеваний и 13 видов рака.



*Следует знать, что ожирение является самой большой предотвратимой причиной рака после курения.*

Мясные и молочные продукты являются важным источником белка и железа. Если белкового дефицита в европейских странах, включая Россию, не отмечается, то железодефицитные анемии распространены очень широко.

В то же время мясные продукты содержат достаточно большое количество жира, и это, в основном, насыщенные жирные кислоты, что повышает риск повышения уровня холестерина, а соответственно, риск развития ишемической болезни сердца и других заболеваний сердечно – сосудистой системы.

**Необходимо заменять мясные продукты с повышенным содержанием жира на нежирное мясо, мясо птицы (снимать кожу), рыбу, которые содержат меньше насыщенных жиров.**

Молочные продукты являются важным источником кальция, белка. Кальций особенно необходим женщинам, детям и подросткам, пожилым людям. Однако, лицам с различными соматическими заболеваниями стоит отдавать предпочтение молочным продуктам с пониженным содержанием жиров.

## ВАЖНО!

Согласно данным ВОЗ, последние исследования доказывают, что употребление полностью обезжиренных продуктов отрицательно влияют на усвоение кальция.

Сахар и продукты с большим количеством углеводов, которые легко усваиваются, способствуют развитию кариеса, избыточной массы тела. Поэтому следует ограничивать потребление этих продуктов и отдавать предпочтение продуктам с низким содержанием сахаров.



*Повышенное потребление соли является одним из факторов, способствующих развитию артериальной гипертонии, цереброваскулярных заболеваний.*

Около 80% этого количества соли входит в готовые продукты, такие как хлеб, колбасные изделия, консервы и другие. Нужно стараться не досаливать пищу, употреблять продукты с малым содержанием соли.

Для профилактики йододефицитных состояний желательно употреблять соль йодированную.

## ВАЖНО!

Рекомендации по ведению артериальной гипертонии Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертонии 2018 года – ограничение потребления соли до 5 грамм в сутки.



**То, каким образом готовится пища, также оказывает влияние на здоровье.** Нужно выбирать такие способы приготовления пищи, которые не требуют масла, жира, соли, сахара. Например, отваривание, запекание, использование тефлоновой посуды и т.д.

Более удобно при построении своего рациона использовать «правило тарелки», новую форму которой предложила гарвардская школа медицины.

Правило тарелки – хорошее подспорье для составления порции основного блюда к обеду или ужину. Следуя «правилу тарелки», можно быть уверенным, что соотношение различных продуктов в блюде будет правильным.

#### **ПРАВИЛО ТАРЕЛКИ:**

- половину тарелки должны составлять различные салаты или овощи холодной обработки;
- примерно четверть тарелки может занимать основной продукт, такой как рыба, птица или мясо;
- оставшуюся четверть заполняйте гарниром, таким как рис, гречка, макароны из твердых сортов пшеницы и т.п.

Необходимо включить в свой рацион неочищенные (цельные) зёрна. Это могут быть: амарант, гречиха, просо, кукуруза, рожь, ячмень, овес, бурый рис, булгур.

#### **ВАЖНО!**

**Обязательно следите и за тем, чтобы на тарелке всегда были продукты по меньшей мере пяти цветов!**

Необходимо ограничить в своем рационе картофель, так как в его состав входит большое количество легкоусвояемого крахмала, повышающего уровень сахара в крови.

### Эксперты также рекомендуют:

- **Употреблять** в день не более двух порций обезжиренного молока.
- **Уменьшить** количество потребляемого сока до 1 стакана и исключить из своего меню сладкие напитки.
- **Включить** в свой рацион полезные масла (оливковое, арахисовое, кунжутное, масло авокадо и т.п.).
- **Употреблять** в пищу разноцветные фрукты и овощи.
- **Исключить** из своего меню продукты, в состав которых входят транс-жиры.

### ВАЖНО!

Включите в свой ежедневный рацион крестоцветные (все виды капусты). В них содержатся глюкозинолаты, которые очень полезны для женского здоровья.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

Психологическая помощь является неотъемлемой частью предреабилитации, начиная с момента постановки диагноза. Обязательно обратитесь к психологу. Это зачастую помогает справиться с многими проблемами.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

В настоящее время во всем мире приветствуется тактика ранней активизации. Необходимо рано начать вставать (с первых суток после операции), выполнять рекомендованный комплекс. Упражнения рекомендует или врач, или реабилитолог.

### ВАЖНО!

Ранней активизации способствует использование послеоперационного бандажа.

## Послеоперационный бандаж:

- Удерживает органы в правильном положении, не позволяя им смещаться.
  - Уменьшает послеоперационный болевой синдром.
  - Ускоряет рубцевание послеоперационных швов.
  - Снижает риск возникновения грыж.
  - Восстанавливает эластичность кожного покрова.
  - Защищает швы от инфекций.
  - Устраняет гематомы и отеки.
- **ОДЕВАЕТСЯ ТОЛЬКО В ПОЛОЖЕНИИ ЛЁЖА НА СПИНЕ.**

Длительность ношения бандажа определяется индивидуально (от 1 до 1,5 месяцев и дольше). Общее время ношения в течение суток должно быть 6-8 часов, через каждые 2 часа необходимо делать перерывы и снимать пояс на полчаса. На ночь изделие также снимается.



*Обязательно уточните у своего лечащего врача необходимости приобретения вами послеоперационного бандажа и приобретите его до госпитализации.*

В послеоперационном периоде вам может быть назначен массаж при наличии показаний. Не волнуйтесь, массаж безопасен онкологическим пациентам.

### **ВАЖНО!**

**Не поднимайте тяжести на вдохе с задержкой дыхания, всегда на выдохе!!! Не выполняйте упражнения на присаживание минимум 6 недель со дня операции!!!**

## ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

Очень важно поддерживать достаточный уровень физической активности и после выписки из стационара. В этом вам поможет правильно подобранный комплекс ЛФК, результатом которого будут:

- улучшение крово- и лимфообращения в органах малого таза;
- укрепление мышц брюшного пресса, поясницы, тазобедренных суставов и тазового дна;
- способствование восстановлению подвижности и нормальных соотношений органов малого таза;
- ликвидация остаточных явлений воспалительного процесса;
- оптимизация работы эндокринной системы и обменных процессов;
- улучшение моторно-эвакуаторной функции кишечника и мочевого пузыря;
- улучшение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышение физической работоспособности;
- улучшение психоэмоционального состояния;
- профилактика лимфедемы;
- улучшение выживаемости и качества жизни;
- помощь в коррекции приливов;
- профилактика остеопороза.

### **Основное внимание при физической нагрузке следует уделить:**

- дыхательной гимнастике,
- упражнениям для укрепления мышц тазового дна,
- общеукрепляющей лфк,
- аэробным нагрузкам,
- упражнениям для укрепления мышц передней брюшной стенки (начинать, как правило, через 6-8 недель после операции; объем подскажет реабилитолог).

## **ВАЖНО!**

Если в ходе операции выполнялась тазовая лимфодиссекция, объем реабилитации дополняется дренирующим ЛФК для нижних конечностей, простым мануальным лимфадренажем для нижних конечностей.

Выполнение упражнений для мышц тазового дна крайне необходимо. Это помогает проводить профилактику недержания мочи, выпадения органов малого таза, улучшить половую функцию.

### **Упражнения для укрепления мышц тазового дна**

- Мягко, неторопливо, стараясь прочувствовать каждое усилие, сожмите мышцы влагалища/прямой кишки – замрите на 3 секунды – расслабьтесь.
- Максимально быстро сократите и расслабьте мышцы 10 раз подряд, а затем полежите, расслабившись, ещё 5–10 секунд.
- Сожмите интимные мышцы так сильно, как сумеете, и не ослабляйте напряжения до тех пор, пока не сосчитаете до 10. Расслабьтесь. Выполняйте упражнение 5–7 раз, увеличивая паузу удержания на пару секунд с каждым новым подходом.
- Вдох. На выдохе представьте, как будто вы пытаетесь что-то из себя вытолкнуть. Физически это действие будет похоже на потуги при дефекации.
- В медленном темпе напрягайте и расслабляйте мышцы влагалища. Основная задача – не скорость или сила сжатия мышц, а продолжительность действия.
- Упражнение «лифт»: плавно, постепенно сжимаем сфинктер, удерживаем. Далее – ещё сильнее сжимаем, удерживаем. Доводим до максимума. 5 подходов.

## Недержание мочи

Недержание мочи (НМ) – это патологическое состояние, характеризующееся любым непроизвольным выделением мочи из уретры. У пациенток после хирургического лечения рака яичников подобное осложнение встречается от 32 до 42% случаев.

### Выделяют несколько видов недержания мочи:

- **Стрессовое недержание мочи** – непроизвольное выделение мочи при внезапном повышении внутрибрюшного давления при кашле, чихании, физических нагрузках и т.д.
- **Ургентное недержание** или императивные позывы к мочеиспусканию – непроизвольное выделение мочи при внезапном нестерпимом повелительном позыве к мочеиспусканию
- **Смешанное (комбинированное) недержание мочи** сопровождается проявлением и стрессового, и ургентного недержания.

### ВАЖНО!

В клинической практике в отношении недержания мочи принято вначале использовать нехирургические методы лечения.

### КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- *Борьба с сопутствующими заболеваниями.*
- *Медикаментозная коррекция.*

Хоть и существуют в свободном доступе препараты, которые помогают контролировать недержание мочи (медикаментозная коррекция), но их всегда должен назначить только специалист!

- **Адсорбирующие средства, мочеприемники и другие вспомогательные средства.**

Данные вспомогательные средства рекомендуются пациенткам, у которых лечение НМ невозможно или же связано с высокими ри-

сками. Ряд пациенток отдают предпочтение устройствам по сбору мочи, чем активному лечению со связанными с ним рисками. Эти устройства включают абсорбирующие прокладки, мочевые катетеры, внешние устройства для сбора мочи, интравагинальные устройства.

## **ВАЖНО!**

**В целом известно, что абсорбирующие средства эффективны в задерживании выделенной мочи.**

### **• Изменение образа жизни**

Факторы образа жизни, которые могут влиять на развитие недержания мочи, включают ожирение, курение, уровень физической активности и диету. Модификация этих факторов может уменьшать выраженность недержания мочи.

## **ВАЖНО!**

**Занятия активным спортом не повышает риск появления недержания мочи в более позднем периоде жизни.**

Если у вас повышенный вес, постарайтесь похудеть более чем на 5% для устранения симптома недержания.

### **• Тиббиальная нейромодуляция**

На сегодняшний день применяются две методики тиббиальной нейромодуляции: с использованием игольчатого электрода или поверхностных самоклеящихся электродов.



*Тиббиальную нейромодуляцию с применением поверхностных электродов можно проводить в домашних условиях с использованием портативных электростимуляторов.*

- **Тренировка мышц тазового дна**

Сама техника выполнения упражнений представлена выше. Для достижения наилучшего эффекта желательно выполнять тренировку с биологически обратной связью.

В настоящее время для тренировки мышц тазового дна используются современные компьютерные установки, в которых специальные влагалищные или ректальные датчики улавливают изменения тонуса работающих мышц тазового дна, трансформируют их в ЭМГ-сигналы, которые затем усиливаются и отображаются на мониторе в виде графических изображений. При этом пациентка может наблюдать за правильностью и эффективностью своей работы – это и есть биологическая обратная связь, или БОС-терапия.

## **ВАЖНО!**

Также недержание мочи может быть убрано хирургически. В настоящее время существует большое количество операций, как малоинвазивных, так и открытых, по коррекции недержания мочи.

В любом случае, данное состояние вполне поддается лечению! Обязательно обратитесь к реабилитологу!

## **Менопауза**

В результате удаления яичников в организме женщины резко снижается уровень эстрогенов и развивается менопауза со своими неприятными симптомами, с которыми можно и нужно справляться. Только важно про них говорить своему врачу, а не тихонько терпеть и молчать.

### **К ранним симптомам относятся:**

- **вазомоторные** – приливы жара, ознобы, повышенная потливость, головные боли, гипотония или гипертензия, учащённое сердцебиение;



- **эмоционально-вегетативные** – раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо;
- **урогенитальные** – сухость во влагалище, боль при половом акте, зуд и жжение, недержание мочи;
- **кожа и её придатки** – сухость кожи, ломкость ногтей, появление морщин, выпадение волос;
- **сексуальная дисфункция.**

Позже присоединяются:

- **сердечно-сосудистые** (дислипидемия, атеросклероз);
- **скелетно-мышечные** (сакропения, постменопаузальный остеопороз, остеоартриты);
- **метаболические** (абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, сахарный диабет II типа);
- **болезнь Альцгеймера.**

## ПРИЛИВЫ

Среди симптомов климакса определяющими физиологическое и психоэмоциональное состояние женщины, являются систематические приливы.

Есть определённые ситуации, который могут провоцировать развитие приливов. К ним относятся:

- Стрессы и переживания. Сильные эмоциональные реакции усугубляют приливы.
- Еда и напитки, усиливающие кровообращение и сердцебиение (острые блюда, чай, кофе и алкоголь).
- Препараты, ускоряющие обмен веществ. Чаще всего их принимают для того, чтобы справиться с ещё одной проблемой менопаузы — набором лишнего веса.
- Пребывание в душных помещениях, слишком тёплая одежда или одежда из синтетики — всё это приводит к перегреву и возникновению приливов.

- Некоторые заболевания, в частности гипертиреоз и гипогликемия.
- Курение сигарет, электронных сигарет или пребывание в накуренных местах.

## ВАЖНО!

**У женщин в постменопаузе вазомоторные симптомы УВЕЛИЧИВАЮТСЯ по частоте и интенсивности параллельно повышению ИМТ. Ожирение является одним из факторов риска вазомоторных симптомов.**

При умеренных проявлениях приливов, можно их скорректировать выполнением несложных правил:

1. Ведите журнал приливов, где вы будете записывать возникающие у вас симптомы. Чем вы занимались, что ели и пили, что чувствовали и что было на вас надето, когда начался прилив. Возможно, вы увидите некоторую закономерность, что позволит избегать в дальнейшем определённых вызывающих приливы факторов.
2. Одевайтесь удобно: носите одежду из хлопка или других лёгких материалов, надевайте несколько лёгких вещей одна на другую, чтобы снять один слой одежды в случае прилива, спите в свободной хлопчатобумажной пижаме или без одежды.
3. Не допускайте перегрева. Когда начинается прилив, пейте воду со льдом небольшими глотками, снижайте температуру в помещении до комфортного уровня, если у вас есть такая возможность, используйте вентиляторы или кондиционеры.
4. Спите у открытого окна. Для постельного белья используйте более лёгкие ткани, например хлопок, лён или трикотаж джерси, используйте также специальную охлаждающую подушку, которая поможет улучшить сон, исключите горячие ванны или душ перед сном.

## ВАЖНО!

Также помогает контролировать приливы лечебная физкультура, дыхательная гимнастика, йога, аккупунктура.



*Проведение периодических курсов массажа значительно улучшают качество жизни у онкогинекологических пациенток, уменьшая слабость, депрессию, клинические проявления менопаузы.*

## ВАЖНО!

Введение эстрогенов в настоящее время является наиболее эффективным методом коррекции симптомов менопаузы у женщин.

Но: в большинстве случаев заместительная гормональная терапия эстрогенами при раке яичников не показана.

## ВАЖНО!

Существуют другие группы препаратов, которые могут помочь контролировать приливы.

## ВАЖНО!

Медикаментозную коррекцию приливов подбирает только лечащий врач.

## ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ

Постменопаузальный остеопороз (ПМО) – системное заболевание скелета, характеризующееся нарушением архитектоники костной ткани и прогрессирующим снижением минеральной плотности

костной ткани, что приводит к снижению прочности кости и повышению риска переломов.

### **Факторами риска являются:**

- пожилой возраст,
- женский пол,
- переломы в анамнезе у женщин >50 лет,
- наследственность (переломы тазобедренного сустава),
- низкий индекс массы тела,
- курение,
- злоупотребление алкоголем,
- сопутствующие заболевания (ревматоидный артрит),
- применение глюкокортикоидов.

Наряду с лекарственной терапией, приемом витамина D и кальция, существуют и немедикаментозные методы лечения и профилактики остеопороза.

### **ВАЖНО!**

**Правильная дозировка витамина D и кальция назначается только после оценки уровня 25(ОН)D, кальция общего и кальция ионизированного в крови!**



*Все пациентки в менопаузе по той или иной причине должны быть направлены на денситометрию. При отсутствии признаков остеопении/остеопороза она выполняется 1 раз в 2 года, при их наличии – 1 раз в год. При этом радиоизотопное исследование костной системы (сканирование костей) не то же самое, что и денситометрия! Эти исследования совершенно разные.*

## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- Образовательные программы (посещение школ остеопороза)
- Физическая нагрузка
- Коррекция питания
- Отказ от курения и злоупотребления алкоголем
- Профилактика риска падения



*Малоподвижный образ жизни и низкая физическая активность приводят к тому, что обменные процессы в организме замедляются, кости истончаются и становятся хрупкими.*

На минерализацию и развитие скелета в течение всей жизни оказывают огромное влияние физические нагрузки. Положительный эффект оказывают лишь умеренные нагрузки.

### **ВАЖНО!**

**Чрезмерные физические нагрузки, равно как и их отсутствие, вредны и также могут провоцировать прогресс остеопороза у женщин.**

Следует избегать быстрых, повторяющихся сгибаний и скручиваний в позвоночнике, особенно выполняемых в быстром темпе, подъема веса с пола и опускания веса на пол. Высокоинтенсивные нагрузки, например, бег и прыжки для лиц с остеопорозом не показаны в связи с высоким риском падений и переломов при их выполнении.

### **ВАЖНО!**

**Отмечено, что 3 часа упражнений в неделю в течение года способствовали росту или сохранению костной массы.**

## ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

### *Положительные эффекты при регулярном занятии ЛФК:*

- Снижение потери костной массы,
- Улучшение физической формы,
- Увеличение мышечной силы,
- Улучшение реакции,
- Увеличение подвижности,
- Лучшее ощущение равновесия и координации,
- Снижение риска переломов из-за падений.

### **ВАЖНО!**

**Самое главное, чем вы можете себе помочь, как на фоне лечения, так и после его завершения – это хорошо и правильно питаться и больше двигаться!**

Остальное по необходимости вам назначит реабилитолог при наличии показаний. В зависимости от конкретной клинической ситуации вам можно: все виды массажа, все виды электротерапии, низкочастотную магнитотерапию, низкоинтенсивную лазеротерапию, аэрозоль-терапию, изотермические ванны, жемчужные ванны, разные души, иглорефлексотерапию.



[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



8 800 30 10 20 9 круглосуточно  
(для жителей России звонок бесплатный)



# Юридическая ПОМОЩЬ



С 1 января 2022 года вступил в силу новый Порядок, утверждённый Приказом МЗ РФ от 19 февраля 2021 года N 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»

## КАК ПОЛУЧИТЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Срок проведения консультации исследования, специализированной (за исключением ВМП) медицинской помощи должны уложиться в сроки, установленные в Программе государственных гарантий.

Врач онколог в течение 1 дня организует взятие биопсийного материала и выполнение иных диагностических исследований.

В сложных клинических случаях для уточнения диагноза врач-онколог организует направление ряда материалов в референс-центры, дистанционный консультационный центр лучевой диагностики, в молекулярно-генетические лаборатории.

Решение онкологического консилиума, оформленное протоколом, вносится в медицинскую документацию пациента.



*Медицинская помощь пациентам может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой.*



Срок передачи информации о впервые выявленном случае онкологического заболевания в течение 3 рабочих дней со дня выявления информация должна быть передана в онкологический диспансер или организацию субъекта РФ, выполняющую функцию регистрации таких пациентов, в том числе с применением единой информационной системы в сфере здравоохранения.

Диспансерное наблюдение устанавливается в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями.

Порядок маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи определяется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья (региональным министерством здравоохранения) с учетом права граждан на выбор медицинской организации.

При наличии показаний врач-онколог занимается организацией реабилитационных и профилактических мероприятий согласно соответствующим Порядкам.

## **ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ПРАВИЛА ЕЕ ПОЛУЧЕНИЯ**

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники

Специализированная и ВМП оказывается в соответствии с едиными требованиями Базовой программы ОМС.

При наличии у пациента с онкозаболеванием медицинских показаний к оказанию ВМП направление в медицинскую организацию,

оказывающую ВМП, осуществляется в соответствии с порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением ЕГИС в сфере здравоохранения.

## Инвалид и инвалидность

Инвалид – человек с нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Ввиду заболевания такой человек имеет ограничения жизнедеятельности и нуждается в социальной защите. Для получения инвалидности необходимо пройти медико-социальную экспертизу, при которой комплексно оценивается состояние организма гражданина. В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

### ЗАЧЕМ ОФОРМЛЯТЬ ИНВАЛИДНОСТЬ

Оформление инвалидности при онкологическом заболевании безусловно имеет смысл. Лечение рака длительное, и не всегда клинический прогноз благоприятен. Пациенту требуются лекарственные препараты, медицинская помощь, технические средства реабилитации. Инвалидность обеспечивает: возможность получения денежных выплат; право на социальный пакет; право на получение лекарственных препаратов по федеральной льготе.

Многим пациентам после выписки из стационара требуется продолжать лечение дорогостоящими противоопухолевыми препаратами, но при отсутствии инвалидности пациент имеет право на обеспечение лекарственным препаратом только по региональной льготе, которая не всегда способна предоставить пациенту необходимый лекарственный препарат. Когда начинать оформление инвалидности

Пациент направляется на МСЭ при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала, либо при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций.

Медицинская организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть продлен по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 дней или до повторного направления на МСЭ.

## ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ С ИНВАЛИДОМ

Наличие у человека инвалидности и ограничений трудоспособности само по себе не может быть основанием для увольнения.



*Документы, подтверждающие инвалидность работника: справка, подтверждающая факт установления инвалидности, либо в случае утраты или порчи справки ее дубликат; индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида.*

Если работнику установлена 3-я степень (не путать с группой инвалидности) и при этом указано на невозможность (противопоказанность) осуществления трудовой деятельности, трудовой договор подлежит прекращению. Если в ИПРА (ИПР) указана 3-я степень

и работник может выполнять элементарную трудовую деятельность со значительной помощью других лиц, работодателю следует действовать в соответствии с рекомендациями в ИПРА (ИПР), например перевести работника на домашний труд. Если способность к трудовой деятельности ограничена 1-й или 2-й степенью, работодатель также должен выполнять рекомендации ИПРА (ИПР) (например, перевести работника на другую работу).

Работодатели обязаны создавать работникам-инвалидам условия труда в соответствии с их ИПРА (ИПР). Обязанность работника представлять документы, подтверждающие его инвалидность, работодателю нормативно не предусмотрена. Работник может представить такие документы по собственному желанию, причем как при приеме на работу, так и в процессе трудовой деятельности. Работник вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, указанных в ИПРА (ИПР), а также от реализации программы в целом. В этом случае работодатель освобождается от ответственности за ее исполнение.

## **ПРАВА ИНВАЛИДОВ НА РАБОТЕ**

1. Продолжительность рабочего времени инвалидов и оплата их работы – не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда (для инвалидов I и II группы).
2. Привлечение инвалидов к сверхурочной работе, работе в выходные, праздничные дни, а также в ночное время допускается только с их письменного согласия и при условии, что это не запрещено им по состоянию здоровья в соответствии с медицинским заключением.
3. Продолжительность ежегодного оплачиваемого отпуска инвалидов увеличена и должна составлять не менее 30 календарных дней.
4. Работодатель обязан предоставить работнику-инвалиду по его письменному заявлению отпуск без сохранения заработной платы продолжительностью до 60 календарных дней в году.

5. Работодатель обязан создавать и оснащать (оборудовать) специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов.
6. Установление легкого труда для инвалидов.

Работодатель обязан устанавливать неполное рабочее время лицам, осуществляющим уход за больным членом семьи, в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Неполное рабочее время устанавливается на удобный для работника срок, но не более чем на период наличия обстоятельств, явившихся основанием для обязательного установления неполного рабочего времени.



*При этом оплата труда данного работника должна производиться или пропорционально отработанному им времени, или же в зависимости от выполненного им объема работ.*

Работа на условиях неполного рабочего времени не влечет для работников каких-либо ограничений продолжительности ежегодного основного оплачиваемого отпуска, исчисления трудового стажа и других трудовых прав.

## **ПЕРЕВОД РАБОТНИКА-ИНВАЛИДА НА ДРУГУЮ РАБОТУ**

Увольнение Работника, нуждающегося в переводе на другую работу в соответствии с медицинским заключением с его письменного согласия, работодатель обязан перевести на другую имеющуюся работу, не противопоказанную работнику по состоянию здоровья. За работником сохраняется прежний средний заработок в течение одного месяца со дня перевода. Если же, согласно медицинскому заключению, работник признан полностью неспособным к трудовой деятельности, продолжать работу далее нельзя. В таком случае трудовой договор прекращается.

## Что такое паллиативная помощь

Паллиативная медицинская помощь пациенту с онкологическими заболеваниями оказывается в соответствии с положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья БЕСПЛАТНО за счет средств бюджета субъектов Российской Федерации.


Паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими специальное обучение с соблюдением принципов этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения к пациенту и его родственникам. Паллиативная помощь направлена на повышение уровня и качества жизни. Наблюдение и нахождение в платных паллиативных учреждениях является добровольным выбором.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

## КАК И ГДЕ ПОЛУЧИТЬ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

### Амбулаторно

Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи и выездными патронажными службами, созданными в медицинских организациях (в том числе в хосписах), на основе взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей по паллиативной медицинской помощи, иных врачей-специалистов и медицинских работников. Направление больных злокачественными новообразованиями в



медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляют: врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза; врачи-терапевты участковые; врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об incurability заболевания и о необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

## **Стационарно**

Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях паллиативной медицинской помощи, отделениях сестринского ухода медицинских организаций, хосписах и домах (больницах) сестринского ухода. Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляют: врачи по паллиативной медицинской помощи кабинетов паллиативной медицинской помощи; врачи выездных патронажных служб паллиативной медицинской помощи, хосписов, отделений паллиативной медицинской помощи; врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза; врачи-терапевты участковые; врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об incurability заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

При отсутствии гистологически верифицированного диагноза направление осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

При направлении пациента для оказания паллиативной помощи оформляется выписка из медицинской карты пациента с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям.

При наличии медицинских показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и невозможности ее оказания в медицинской организации, оказыва-

ющей паллиативную медицинскую помощь, пациент направляется в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь соответствующего профиля. + При выписке из стационарного учреждения пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Это поможет организовать динамическое наблюдение и лечение.

Пациенты, нуждающиеся в круглосуточном сестринском уходе, в случае если отсутствуют медицинские показания для постоянного наблюдения врача, направляются в отделения сестринского ухода или в дома (больницы) сестринского ухода. Сведения о медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, вы можете узнать через вашего лечащего врача.

## ПОЛУЧЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО

Выписка лекарственного препарата регулируется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2021 г. № 1094н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения.....», в котором говорится о возможности выписки лекарств, не входящих в стандарты и по торговым наименованиям.

### ВАЖНО!

Такие лекарственные средства назначаются по решению врачебной комиссии медицинской организации.

При выписывании из медицинской организации пациента, имеющего соответствующие медицинские показания и направляемого для продолжения лечения в амбулаторных условиях, одновременно с выпиской из истории болезни могут выдаваться наркотические и психотропные лекарственные препараты списков II и III Перечня на срок приема пациентом до 5 дней.



После выписывания пациента право назначать обезболивающие препараты принадлежит теперь исключительно лечащему врачу ЛПУ или врачебной комиссии. Рекомендации онколога с этого момента не обязательны.

Терапевт или онколог поликлиники имеют право самостоятельно или по решению врачебной комиссии назначать и выписывать рецепты на обезболивающие и наркотические препараты. Количество выписываемых наркотических препаратов списка II (морфин, просидол, фентанил и др.) при оказании пациентам паллиативной медицинской помощи может быть увеличено в 2 раза по сравнению с предельно допустимым количеством для выписывания на один рецепт.

## ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ БОЛЬ УСИЛИВАЕТСЯ

Боль терпеть нельзя, и не редкость, когда скорая медицинская помощь отказывается ехать к онкологическому пациенту. Пациент имеет право на обезболивание, закон на вашей стороне! Обезболивание пациентов паллиативного профиля с применением наркотических средств в амбулаторных условиях осуществляется по местонахождению (фактическому проживанию) пациента.



*Назначение наркотических средств осуществляется медицинским работником единолично согласно Порядку, утверждённому Приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н при осуществлении первичной медико-санитарной и паллиативной медицинской помощи.*

При усилении болевого синдрома у больных, получающих в плановом порядке симптоматическое лечение, обезболивание осуществляется следующим образом: при невозможности провести обезболивание самостоятельно – выездной бригадой неотложной

(скорой) медицинской помощи наркотическим средством пациента, полученного им по рецепту; при выраженном болевом синдроме, который не купируется ненаркотическими обезболивающими средствами, – наркотическим средством выездной бригады скорой медицинской помощи. О проведении обезболивания делается запись в карте вызова с последующим информированием заведующего подстанцией и руководства территориальной поликлиники для принятия решения об обеспечении пациента наркотическим средством и о проведении дальнейшего планового обезболивания в установленном порядке.



[info@russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



8 800 30 10 20 9 круглосуточно  
(для жителей России звонок бесплатный)

# ПОЛЕЗНЫЕ КОНТАКТЫ

## Лечебные организации

### **ФГБУ «НМИЦ ОНКОЛОГИИ ИМ. Н.Н. БЛОХИНА» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 115478, Москва, Каширское шоссе, 23

Единая справочная служба: +7 (499) 324-24-24

<https://www.ronc.ru/>

### **ФГБУ «НМИЦ РАДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., 3

Единая справочная служба: +7 (495) 150-11-22

<https://nmicr.ru/>

#### **и его филиалы:**

#### **МНИОИ ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА**

Адрес: 125284, Москва, 2-й Боткинский пр., 3

Единая справочная служба: +7 (495) 150-11-22

[www.mnioi.nmicr.ru](http://www.mnioi.nmicr.ru)

#### **МРНЦ ИМ. А.Ф. ЦЫБА**

Адрес: 249036, г. Обнинск, ул. Королёва, д. 4

Поликлиника/госпитализация: +7 (484) 399-31-30 / 31-15

[www.mrrc.nmicr.ru](http://www.mrrc.nmicr.ru)

#### **НИИ УРОЛОГИИ И ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ ИМ. Н.А. ЛОПАТКИНА**

Адрес: 105425, Москва, ул. Парковая 3-я, 51, стр. 1

Единая справочная служба: +7 (499) 110-40-67

[www.uroline.nmicr.ru](http://www.uroline.nmicr.ru)

### **ГБУЗ «МКНЦ ИМ. А.С. ЛОГИНОВА» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 111123, Москва, шоссе Энтузиастов, 86

Телефон: +7 (495) 304-30-39

<https://mknc.ru>

### **ФГБУ «РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 117997, ГСП-7, Москва, ул. Профсоюзная, 68

Телефон call-центра: +7 (495) 333-91-20

[www.rncrr.ru](http://www.rncrr.ru)

### **ФГБУ «НМИЦ ОНКОЛОГИИ ИМ. Н.Н. ПЕТРОВА» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, 68

Многоканальный телефон (call-центр): +7 (812) 43-99-555

[www.niioncologii.ru](http://www.niioncologii.ru)

### **НИИ ОНКОЛОГИИ ФБГУ «ТОМСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР РАН»**

Адрес: 634028, Томск, ул. Савиных, 12/1

Телефон справочное бюро: +7 (3822) 41-80-59

[www.onco.tnimc.ru](http://www.onco.tnimc.ru)

### **ФГБУ «НМИЦ ИМ. АКАДЕМИКА Е.Н. МЕШАЛКИНА»**

Адрес: 630055, Новосибирск, ул. Речкуновская, 15

Телефон онкологии: +7 (383) 347-60-66

<https://www.meshalkin.ru>

### **ФГБУ «НМИЦ ОНКОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РФ**

Адрес: 344037, Ростов-на-Дону, 14-я линия, 63

Телефон контакт-центра: 8 800 250 37 40 (звонок бесплатный)

<http://www.rnioi.ru>

## Производители питания

Nestle – [www.nestlehealthscience.ru](http://www.nestlehealthscience.ru)

Fresenius – [www.fresenius-kabi.com/ru](http://www.fresenius-kabi.com/ru)

Nutricia – [www.nutricia-medical.ru](http://www.nutricia-medical.ru)

Биовестин – [www.biovestin.ru](http://www.biovestin.ru)

АО «Инфаприм» – [www.infaprim.com](http://www.infaprim.com)

## Пациентские организации

### **ВСЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ ПАЦИЕНТОВ**

Адрес: 125167, Москва, Нарышкинская аллея, д. 5, стр. 2

Телефон: +7 (495) 612-20-53

[www.patients.ru](http://www.patients.ru)

### **АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ «ЗДРАВСТВУЙ!»**

Номер горячей линии 8-800-30-10-20-9

<https://www.russcpa.ru/>

## Государственные организации

### **ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ (ФСС РФ)**

Адрес: 107078, Москва, Орликов переулок, За

Справочный телефон: +7 (495) 668-03-33

<https://fss.ru/>

# Информационная брошюра

Левицкая Н.В., Нечушкина В.М., Степанова А.М.,  
Шемятовский К.А., Кан А.А., Иванова О.Б., Боровова И.В.

## РАК ЯИЧНИКОВ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ: ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОК И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

Подготовка в печать Сергей Свиридов

Верстка А. Сребрик

Корректурa А. Сребрик

Подписано в печать с готовых диапозитивов

Формат 148x210. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

# Наш партнёр:



«АстраЗенека» – международная научно-ориентированная биофармацевтическая компания, нацеленная на исследование, разработку и вывод на рынок рецептурных препаратов преимущественно в таких терапевтических областях, как онкология, кардиология, нефрология и метаболизм, респираторные и аутоиммунные заболевания. Компания «АстраЗенека», базирующаяся в Кембридже (Великобритания), представлена более чем в 100 странах мира, а ее инновационные препараты используют миллионы пациентов во всем мире.

## **Наша цель и ценности**

Цель и ценности компании «АстраЗенека» служат ориентиром нашей работы. Мы опираемся на них в своей ежедневной работе, когда ставим профессиональные задачи, взаимодействуем с пациентами, врачами, сотрудниками, а также нашими партнерами.



**ЗДРАВСТВУЙ!**

Всероссийская ассоциация  
онкологических пациентов

Эту и другие брошюры серии  
«Библиотека пациента» вы всегда  
можете скачать в электронном виде  
с сайта Всероссийской ассоциации  
онкологических пациентов  
«Здравствуй!» по ссылке  
<https://www.russcpa.ru/patsientam/>  
или QR-коду.

