



Путь болезни и путь красоты

В Канаде набирает обороты социальная инициатива Henna Heals, в рамках которой группа художников создает красивые рисунки хной онкологическим больным женщинам, потерявшим волосы вследствие химиотерапии. Использование природных экстрактов хны для создания временных татуировок – искусство, зародившееся в древней Азии и на Ближнем Востоке и сохраняющее свою актуальность в современном мире. Сегодня, помимо прочего, оно служит благородной цели, помогая психологической и социальной реабилитации онкологических больных.

Временные татуировки из хны, создающиеся в рамках инициативы, содержат классические растительные узоры, а также религиозные символы или жизнеутверждающие послания, нанесенные на кожу головы, лишённую волос вследствие химиотерапии. Такие рисунки держатся не меньше месяца, придавая облику экзотический и весьма привлекательный вид. Они помогают женщинам с онкологическими заболеваниями легче пережить факт выпадения волос и становятся для них важным компонентом реабилитации.

Известно, что выпадение волос после химиотерапии деморализует онкологических больных, и особенно – женщин. Потеря волос усиливает вызванные заболеванием эмоциональные и физические симптомы, может существенно увеличивать связанную с лечением социальную изоляцию больного. Волосы играют большую роль для личности человека, влияют на его самовосприятие и самочувствие. Решение проблемы психологического дискомфорта, связанного с выпадением волос, призвано улучшить качество жизни пациентов и настроить их на выздоровление.

По словам Френсис Дарвин, основательницы инициативы Henna Heals, короны из хны для больных раком женщин становятся своеобразной частью лечения. «Речь идет о том, чтобы эти женщины могли присвоить себе обратно ту часть себя, которую в ином случае они бы считали больной или просто уродливой», – говорит она. Приветствуя общественную огласку идеи, канадские художники рассчитывают, что их пример вдохновит активистов из других стран.

С древних времен рисунки хной служили не только изысканным украшением, но и своеобразным талисманом, люди приписывали им магические и охранные качества. Искусство росписи хной все еще используется в религиозных и ритуальных церемониях у некоторых народов, в том числе в Индии. Рисунки хной на головах больных раком женщин адресованы прежде всего их подсознанию, пробуждая оптимизм и веру в лучшее.

«Хна лечит» – утверждают авторы проекта, подчеркивая, что в самых сложных жизненных обстоятельствах женщина может найти опору в собственной способности оставаться привлекательной и нести красоту в этот мир.



Источник: www.hennaheals.ca

Подготовила Катерина Котенко

Множество опухолевых заболеваний печени и их цитологическая диагностика

Л.С. Болгова, д.м.н., профессор, Национальный институт рака, г. Киев

В печени могут развиваться множество первичных опухолей печени и внутрипеченочных желчных протоков, которые представлены в новой Международной гистологической классификации, изданной в 2010 году. К ним относятся эпителиальные печеночно-клеточные доброкачественные опухоли, а также изменения, связанные с возникновением злокачественных опухолей, и предраковая трансформация. Среди злокачественных опухолей выделяют печеночно-клеточный рак различной структуры и степени зрелости. Эпителиальные билиарные опухоли также подразделяются на доброкачественные, предраковые поражения и злокачественные варианты. Кроме того, выделяют группу комбинированных злокачественных опухолей неопределенного происхождения, мезенхимальные опухоли, включающие группу доброкачественных и злокачественных опухолей. Отмечены также герминогенные новообразования, лимфомы и вторичные опухоли печени.



Л.С. Болгова

Вторичные (метастатические) поражения печени, по данным литературы, наиболее часто встречаются в клинической практике. Так, онкологи, изучающие опухоли желудочно-кишечного тракта, отмечают, что метастатические заболевания печени в 90% наблюдений исходят из органов пищеварения. При этом в 80% случаев в печень метастазирует колоректальный рак. Установлено, что частота метастазирования в печень рака желудка, поджелудочной железы, желчного пузыря составляет около 5%. Затем следуют рак грудной железы – 2%, рак почки – 1,4%, рак легкого, яичника и шейки матки – по 0,7%.

В настоящее время успешно развивается резекционная хирургия опухолей печени. Ученые отмечают, что при своевременной ранней морфологической диагностике в 80% случаев можно провести радикальные операции, при поздней количестве таких операций снижается до 2-20%.

Первичный рак печени, как отмечают некоторые авторы, все чаще диагностируется на территории СНГ, и на него приходится от 3 до 11% в структуре других опухолей, а метастатическое поражение печени обнаруживается значительно чаще – у 33% и более пациентов.

Для верификации патологического очага, наличия первичного или вторичного (метастатического) поражения печени, характера патологического процесса (доброкачественного или злокачественного), определения его гистологического типа применяется пункционная биопсия очага поражения специальными иглами. Напомним, что для печени характерно обильное кровоснабжение, вследствие чего выполнение пункционной биопсии толстой иглой с целью получения диагностического материала для гистологического исследования чревато осложнениями. В то же время пункция тонкой иглой для получения материала из очага поражения не вызывает осложнений, а цитологическое исследование при этом позволяет установить морфологический диагноз, то есть определить характер патологического процесса, гистологический тип и степень дифференцировки, необходимые для назначения оптимального лечения.

Следует напомнить, что первые диагностические чрескожные биопсии печени были выполнены еще в 20-х годах прошлого века. С тех пор техника проведения пункций значительно усовершенствована. В настоящее время при объемных и диффузных поражениях печени весьма успешно выполняют прицельную аспирационную биопсию под контролем УЗИ или КТ, что позволяет точно визуализировать очаг поражения различных размеров – от 1 см и больше, и при этом получать информативный материал для цитологической диагностики. Однако необходимо уточнить, что опухоли больших размеров, как правило, в центре содержат некротические массы, и при пункции они в первую очередь попадают в иглу как наиболее мягкие. В таких случаях чаще всего в цитологических препаратах отсутствуют сохраненные клетки, на основании которых можно идентифицировать патологический процесс. Приходится повторно выполнять диагностическую пункцию с учетом выбора другого направления иглы.

В настоящее время пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием объективно считается оптимальной стандартной процедурой, позволяющей верифицировать патологический процесс, определить гистологический тип новообразования, степень пролиферации клеток печени и оценить эффективность проводимого лечения.

Почти ежедневно в цитологическую лабораторию нашего института поступают на исследование пунктаты новообразований печени больных разного возраста – от детей первого года жизни до лиц 80 лет и старше.

Среди первичных опухолей печени чаще всего встречаются злокачественные эпителиальные опухоли, кавернозные

гемангиомы и только изредка – саркомы различного генеза. Согласно гистологической классификации эпителиальных опухолей печени, развивающихся непосредственно из печеночных клеток, выделяют гепатомы, а из клеток внутрипеченочных желчных протоков – холангиомы. Эти опухоли представлены в виде четырех основных групп: печеночно-клеточной аденомы и рака, а также аденомы и рака желчных протоков. Встречается также рак желчного пузыря. Известный онкоморфолог Д.И. Головин подчеркивает, что аденомы довольно сложно дифференцировать с узловой формой гиперплазии и высокодифференцированным гепатоцеллюлярным и холангиоцеллюлярным раком, что необходимо учитывать при цитологическом исследовании пункционного материала из печени.

Проведенный анализ результатов цитологической диагностики 153 пунктатов выявил, что в 4 наблюдениях потребовалось проведение повторных пункций из-за неинформативности ранее полученного материала. Метастатические процессы составили самую большую группу – они отмечены у 100 (65%) больных. Убедительные и предположительные диагнозы гепатоцеллюлярного рака установлены у небольшой группы пациентов – у 8 (5%).

Злокачественные опухоли неопределенного генеза отмечены у 2 (1%) больных, малоинформативный материал получен у 38 (25%) пациентов. Следует уточнить, что в 33 (22%) случаях выдан описательный ответ, содержащий указание на степень изменения клеток печени, наличие единичных клеток с признаками атипии, но с выраженными дистрофическими изменениями, что не позволило выполнить их достоверную оценку. Однако описательные ответы, в которых цитолог указывает на наличие отдельных клеток с признаками атипии, дают основание клиницисту проводить дальнейшее обследование больного. У 5 (4%) пациентов пунктаты содержали только элементы крови, что соответствует неинформативному материалу.

В настоящее время при наличии в цитологической лаборатории современного оборудования, когда существует возможность получить дополнительные данные о состоянии клеток, цитологическая диагностика проводится на более качественном, высоком уровне. Этому способствует метод ДНК-проточной цитофлуориметрии, компьютерный image-анализ, морфометрические данные, которые позволяют уточнить объективные параметры ядер, их плоидность, необходимые при дифференцировке клеток печени без изменения цитоморфологических признаков, печеночно-клеточной дисплазии, гепатоцеллюлярного рака, гепатоцеллюлярной аденомы и метастатических поражений.

Таким образом, проведенные цитологические исследования пунктатов новообразований печени позволяют констатировать, что метастатические опухоли составляют большинство – они обнаружены у 100 (65%) пациентов, первичные новообразования диагностированы у 10 (6%) больных, описательные ответы выданы в 38 (25%) случаях, а неинформативный материал получен у 5 (4%) пациентов.

Подытоживая вышесказанное, необходимо обратить внимание на то, что в печени могут развиваться доброкачественные опухоли – гемангиомы, аденомы, кисты, при верификации которых оперативное лечение является радикальным. Единичные узлы метастатического характера, по данным литературы, также рекомендуется лечить оперативным методом при выявлении их на ранней стадии. В любой ситуации при обнаружении с помощью УЗИ или КТ-исследований узлового новообразования в печени его необходимо верифицировать с помощью цитологического метода, что позволит определить лечебную тактику и в ряде наблюдений с соответствующим диагнозом – вылечить больного.