

БИБЛИОТЕКА ПАЦИЕНТА

**ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ
В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ**

Москва 2018 год

Оформление серии Сергей СВИРИДОВ

Редактор Мария ЦЫБУЛЬСКАЯ

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ. – М., 2018.

Составители:

А.М. Мудунов, заведующий отделением опухолей головы и шеи НМИЦ им. Н.Н. Блохина, д.м.н., президент Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи

Н.А. Дайхес, директор ФГБУ НКЦО ФМБА России, член-корреспондент РАН, д.м.н., главный внештатный оториноларинголог Министерства здравоохранения РФ

В.В. Виноградов, руководитель научно-клинического отдела лор-онкологии Научно-клинического центра оториноларингологии, д.м.н., онколог, лор-хирург высшей квалификационной категории

Д.В. Ларинов, врач-онколог, радиотерапевт Центра лучевой терапии «ОнкоСтоп»

О.Б. Иванова, юрист Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй»

О.Б. Хлебодарова, онкопсихолог, основатель проекта О.П.О.Р.А.

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

Данная брошюра содержит важные факты о лекарственных препаратах, но не предоставляет полной информации 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 рекламного характера и предназначена для формирования общего представления о заболевании и возможностях современной медицины. Брошюра не является рекомендацией к лечению.

Дорогие друзья!

Я хочу сказать вам, что диагноз «рак» – не приговор!

Сегодня представление о лечении онкологических заболеваний сильно изменилось. У врачей есть гораздо больше возможностей для победы над болезнью и сохранения высокого качества жизни пациентов. Хирургия достигла отличных результатов. Мы выполняем операции различного спектра, протезируем наших пациентов, можем сохранить их голос или подарить им новый, установив специальный голосовой аппарат.

Но зачастую только хирургией лечение не ограничивается. Врачи хорошо знают, что для выбора наиболее эффективной тактики лечения врачам разных специальностей нужно работать вместе – это называется мультидисциплинарный подход. Мы используем все передовые средства и технологии, чтобы подобрать такую схему лечения, которая поможет именно этому пациенту.

Важно настроиться на лечение и совместную работу с врачом, тогда шансы на успех будут высоки.

Будьте здоровы!

Али Мурадович Мудунов – президент Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи, председатель Проблемной комиссии по опухолям головы и шеи при Российской академии наук, заведующий отделом опухолей головы и шеи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

Приветствую главных героев, для которых написано данное издание, - пациентов!

Пациентоориентированная медицина, раннее выявление онкологических заболеваний, качественное и своевременное лечение – вот главные задачи, которые поставил президент, и российское здравоохранение нацелено на их решение. Все это можно осуществить только через мультидисциплинарный подход. В Общественной палате РФ мы наладили очень тесное взаимодействие с пациентским сообществом. Это помогает направлять наши усилия в нужное русло.

Помочь пациенту выявить злокачественное образование, получить лечение в полном объеме, реабилитировать здоровье и максимально восстановить качество жизни – главные задачи.

Эта брошюра познакомит вас с тем, что пациент проходит на пути своего лечения.

Николай Аркадьевич Дайхес – директор ФГБУ НКЦО ФМБА России, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный оториноларинголог Министерства здравоохранения РФ.

Вступление

Дорогие читатели!

Если вы держите в руках эту брошюру, значит, вы сами, ваши родственники или друзья столкнулись с таким заболеванием, как опухоль головы или шеи.

Когда пациенту поставлен диагноз «рак», крайне важно не растеряться и не опустить руки. Сделать это поможет доступная информация. Надеемся, что данная брошюра станет первым подспорьем на пути борьбы с болезнью, поможет разобраться в ситуации, не остаться один на один со своими страхами и сомнениями.

Постановка диагноза – это не приговор. Современная медицина предлагает передовые методы лечения онкологических заболеваний и реабилитации после оперативного вмешательства. Пациенты, столкнувшиеся с опухолями головы и шеи, живут долгие годы полной жизнью, сохраняя возможность дышать, говорить и принимать пищу.

Для успешного лечения необходимо найти комфортную для себя систему поддержки – родственники, друзья, личный психолог или общение по телефону со службой психологической помощи. Каждый пациент индивидуален, не всегда есть единое, одинаковое решение для всех. Важно быть активным участником лечения.

Над созданием брошюры работала команда врачей и специалистов Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!».

Надеемся, это пособие будет вам полезно!

СОДЕРЖАНИЕ

ВИДЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Общее описание группы заболеваний	9
Основные признаки злокачественных опухолей головы и шеи	12

ДИАГНОСТИКА 29

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Виды операции	34
Возможные осложнения	36
Реабилитация после хирургического лечения	37

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Лучевая терапия при опухолях головы и шеи	43
Как проводится лучевая терапия	44
Возможные осложнения	46

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Химиотерапия	49
Таргетная терапия	54
Иммуноонкология	55



БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Как пройти лечение и родить
здорового ребенка 58

СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА

Как принять диагноз 63

Как рассказать о диагнозе своим близким 66

Как адаптироваться в случае потери голоса,
установки трахеостомы и т.д. 67

История победы 68

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

Какое лечение положено бесплатно 73

Как получить бесплатное лечение 74

Что делать, если права пациента нарушаются 80

ПОЛЕЗНЫЕ АДРЕСА И ТЕЛЕФОНЫ 82





Виды злокачественных опухолей головы и шеи

Общее описание группы заболеваний

Опухоли головы и шеи – очень разнородная группа доброкачественных и злокачественных заболеваний, которые объединены принципом локализации.

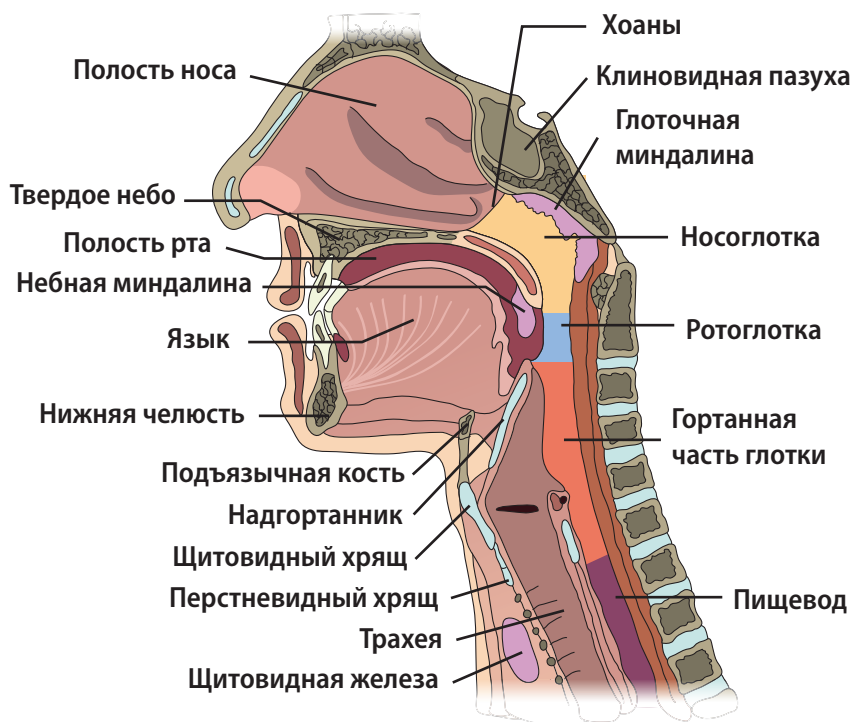
Раком головы и шеи называют злокачественные опухоли, развивающиеся из эпителиальной ткани, которая локализуется в области головы и шеи и включает в себя рак полости рта и ротоглотки, гортани, полости носа и околоносовых пазух, щитовидной железы, слюнных желез и некоторые другие. Традиционно опухоли головного мозга, шейного отдела спинного мозга относят к опухолям центральной нервной системы, их лечением занимаются специалисты-нейрохирурги.

Опухоли головы и шеи могут быть органными, то есть происходить из определенного органа (носоглотка, гортань и т.д.) и внеорганными, то есть не иметь в качестве источника происхождения определенный орган головы и шеи (бранхиогенный рак, хемодектома, саркома и т.д.).

Кроме того, следует иметь в виду, что некоторые лимфопролиферативные заболевания, такие как лимфогранулематоз, лимфома, лимфосаркома, могут проявиться впервые в области головы и шеи, однако лечением таких пациентов занимаются специалисты-гематологи.



Раки головы и шеи рассматривают вместе, потому что он имеет много общего в симптоматике и последствиях для организма, методах лечения и способах восстановления и реабилитации.



Учитывая «высокую» концентрацию жизненно и социально значимых органов и систем в области головы и шеи, это заболевание часто приводит к нарушению таких функций, как жевание, глотание, дыхание и речь, зрение, слух, обоняние и т.д.

Большая часть злокачественных опухолей головы и шеи гистологически относится к плоскоклеточному раку, то есть развивается из клеток плоскоклеточного эпителия, выстилающего полости органов и их протоки.

Согласно современной международной классификации злокачественных опухолей по системе TNM, выделяют **4 стадии**, с небольшими оговорками они также сходны для всех опухолей головы и шеи.

Стадия I. Опухоль до 2 см в диаметре, не проникает в окружающие ткани, метастазов нет.

Стадия II. Опухоль более 2 см и меньше 4 см, прорастает в соседние ткани. Метастазов нет.

Стадия III. Опухоль более 4 см или наличие метастазов в лимфатических узлах шеи размером не более 3 см. Нет отдаленных метастазов.

Стадия IV A. Метастазы в лимфоузлах размером 3–6 см.

Стадия IV B. Опухоль прорастает в сторону позвоночника, сонной артерии, трахеи, пищевода. Метастазы в шейных лимфоузлах более 6 см.

Стадия IV C. Наличие отдаленных метастазов.

Причины и факторы риска

ВАЖНО!

Любой рак развивается в результате изменений изначально нормальных клеток. Нарушения в ДНК приводят к тому, что клетки начинают очень быстро расти и делиться, что приводит к образованию опухоли.

Точно установить причину этого пока не удалось. Однако известны некоторые факторы, которые увеличивают риск развития опухолей головы и шеи.

Прежде всего к ним относятся курение и употребление алкоголя. Если человек курит долго (более 40 лет) и много (более 25

сигарет в день), вероятность заболеть раком гортани, глотки, дна полости рта и т.д. у него в 40 раз выше, чем у некурящего.

Имеет значение и наследственность: наличие заболевания у ближайших кровных родственников (родители, братья и сестры или дети) увеличивает риск развития опухолей головы и шеи в 2 раза. Особенно наследственная предрасположенность отмечается при раке щитовидной железы.

Спровоцировать возникновение опухоли могут также некоторые заболевания, особенно вирусно-инфекционные – поражение вирусом папилломы человека, герпеса, которые протекают в виде хронических воспалительных заболеваний, таких как ларингит, трахеит, фарингит.

Важное значение имеет контакт с канцерогенными факторами, а также работа на вредных производствах (при длительном контакте с асбестом, угольной и древесной пылью, никелем, серной кислотой, формальдегидом и изопропиловым спиртом, радиоактивными веществами).

Злокачественные новообразования полости рта и ротоглотки

Рак полости рта и ротоглотки – группа опухолей, развивающихся из слизистой оболочки полости рта и ротоглотки.

Ротовая полость ограничена губами, щеками, твердым небом и дном полости рта. К ней также относят зубы, десны и язык.

Ротоглотка – часть глотки, следующая непосредственно за ротовой полостью, она включает мягкое небо, корень языка и миндалины.

Статистика

Это вторая по частоте встречаемости локализация рака головы и шеи (20%). Мужчины болеют примерно в два раза чаще

женщин. Болеют люди практически любого возраста, средний возраст выявления такого рака – 62 года. В Европе рак полости рта диагностируется у 48 человек на 1 миллион ежегодно. Около 90% злокачественных **опухолей** полости рта и ротоглотки – плоскоклеточный рак, развивающийся из слизистой оболочки.

При диагностировании опухолей на самой ранней стадии пятилетняя выживаемость составляет 84%. К сожалению, в настоящее время даже в развитых странах так рано обнаруживается лишь около 30% случаев.

Предраковые заболевания

Так называют хронические воспалительные и доброкачественные процессы в эпителиальной ткани, которые имеют риск злокачественного перерождения выше, чем обычные клетки. Они могут быть облигатными, то есть неизбежно с течением времени переходящими в рак, и факультативными, которые перерождаются в рак только при продолжающемся вредном канцерогенном воздействии.

В полости рта встречается несколько видов таких поражений. Наиболее распространенными среди них являются лейкоплакия и эритроплакия, которые выглядят как белые или красные пятна соответственно. Также к ним относят красный плоский лишай, подслизистый фиброз полости рта, хронический хейлит – воспаление губы.

Симптомы

На ранних стадиях проявления болезни могут практически отсутствовать, имеются только небольшие физические изменения, которые часто может идентифицировать только врач при осмотре.

Ранние проявления рака могут включать:

- ◆ длительно присутствующие белые или красные пятнышки;

- ◆ длительно незаживающие язвочки, прогрессирующая отечность слизистой;
- ◆ длительный неприятный запах изо рта;
- ◆ подвижность зубов без ясной причины;
- ◆ необычные кровотечения в полости рта или из носа;
- ◆ длительная осиплость голоса.

К более поздним симптомам относят:

- ◆ появление уплотнений в тканях;
- ◆ чувство онемения на слизистой щек, глотки или языка;
- ◆ нарушения глотания и жевания;
- ◆ затруднение глотания;
- ◆ увеличение лимфатических узлов на шее;
- ◆ слабость.

Лечение рассматривается в специальном разделе брошюры.

Рак полости носа и околоносовых пазух

Полость носа – начальный отдел дыхательных путей, по которому воздух проходит в носоглотку. Она располагается над твердым небом и разделена перегородкой на две части. Ее стенки сформированы различными костями черепа и выстланы слизистой оболочкой. **Полость носа через каналы сообщается с придаточными пазухами носа (околоносовыми пазухами):**

- ◆ верхнечелюстными (гайморовыми) – с обеих сторон от носа;
- ◆ лобными – над медиальной (внутренней) частью бровей;
- ◆ решетчатым лабиринтом – ячейками в решетчатой кости, над полостью носа;
- ◆ клиновидной – ближе к основанию черепа.

ВАЖНО!

Подавляющее большинство злокачественных опухолей приходится на полость носа и гайморову пазуху, в остальных пазухах рак развивается редко.

Виды рака полости носа и околоносовых пазух

Различные клетки слизистой оболочки носа и придаточных пазух могут дать начало раку. Каждый вид рака имеет свои свойства.

- ◆ **Плоскоклеточный рак** развивается из плоских клеток эпителия. Это наиболее распространенная опухоль этой области.
- ◆ **Аденокарцинома, мукоэпидермоидный рак** развиваются из мелких желез. Часто локализуются в пазухах.
- ◆ **Недифференцированный рак** также может развиваться из слизистых клеток. Учитывая, что опухоль растет быстро, о том, какие клетки дали ей начало, не всегда можно сказать.
- ◆ **Меланома** развивается из меланоцитов. Чаще появляется на коже участков тела, подвергающихся солнечному облучению. Но она может обнаруживаться также и на слизистой носа и пазух. Способна к быстрому росту и распространению.
- ◆ **Эстезионероэпителиома** развивается из обонятельных нервов. Она обычно начинается в области свода полости носа.
- ◆ Определенный вид неходжкинских **лимфом** (лимфоэпителиальный рак) может манифестировать разрастаниями в носовой полости.
- ◆ **Саркомы** мышц, костей, хрящей могут образовываться в полости носа и синусах.

Симптомы

Опухоли из этой группы очень редко диагностируются до появления симптомов. Обычно они обнаруживаются, когда человек

обращается к врачу с жалобами, часто случайно. **К возможным признакам этой группы злокачественных опухолей относят:**

- ◆ отечность носовых ходов, вызывающая затруднение дыхания, которая не облегчается со временем;
- ◆ боль под глазами или над ними;
- ◆ блокада прохождения воздуха с одной стороны носа;
- ◆ стекание из носа в носоглотку;
- ◆ носовые кровотечения;
- ◆ гнойные выделения из носа;
- ◆ онемение или боль в лице;
- ◆ онемение или потеря зубов;
- ◆ разрастания в верхней части лица;
- ◆ постоянно слезящиеся глаза;
- ◆ головные боли.

ВАЖНО!

Наличие одного и более симптомов не говорит о наличии рака, такие проявления могут быть у разных заболеваний. Однако они должныстораживать и быть поводом для посещения врача.

Рак носоглотки

Носоглотка – верхняя часть глотки, располагающаяся за полостью носа, над ротоглоткой и мягким небом. Распространенность этого вида рака в России 0,1% – у взрослых и 0,2% – у детей, средний возраст заболевших – 56 лет. Средняя пятилетняя выживаемость при раке носоглотки – 60%, при диагностике на первой стадии – 72%. Носоглотка содержит несколько типов клеток, способных давать начало раку. **ВОЗ выделяет три основных типа рака носоглотки:**



Тип 1 по ВОЗ: кератинизирующая плоскоклеточная карцинома.

Тип 2 по ВОЗ: некератинизирующая плоскоклеточная карцинома.

Тип 3 по ВОЗ: недифференцированная или плохо дифференцированная плоскоклеточная карцинома, включая лимфоэпителиому и анапластические опухоли.

Недавно было обнаружено, что в развитии рака может играть роль вирус Эпштейна – Барр, и его присутствие имеет большое значение в прогнозе.

Симптомы

Трое из четверых пациентов с опухолью носоглотки при первом визите к врачу жалуются на уплотнение или разрастание в области шеи. Обычно это образования, являющиеся лимфоузлами со злокачественными клетками – метастазы в лимфатические узлы шеи.

К другим симптомам рака носоглотки относятся:

- ◆ снижение или потеря слуха, звон в ухе;
- ◆ повторные инфекционные поражения ушей;
- ◆ заложенность носа;
- ◆ кровотечения из носа;
- ◆ головные боли;
- ◆ лицевые боли, онемение лица;
- ◆ сложности в открывании рта;
- ◆ размытое зрение, двоение.

ВАЖНО!

Острый средний отит особенно часто бывает у детей. Если он развивается у взрослого человека впервые, врач обязательно должен обследовать носоглотку. Описанные выше симптомы гораздо чаще вызываются другими болезнями, не раком носоглотки. Но обнаружив подобные признаки, обязательно нужно посетить специалиста.

Саркомы

Саркомы – опухоли, развивающиеся из костной, хрящевой, мышечной, жировой тканей и стенок кровеносных сосудов. С медицинской точки зрения называть эти новообразования раком не вполне корректно.

Это сравнительно редкие в области головы и шеи опухоли, среди злокачественных новообразований головы и шеи на них приходится около 1%. Около 80% сарком головы и шеи развивается из мягких тканей, 20% – из костей. В детском возрасте процент сарком относительно всех злокачественных опухолей выше. Саркомы головы и шеи обычно проявляют себя как безболезненные разрастания, боли нет в 80% случаев. Но при остеосаркомах (саркомах костей) она является основным симптомом.

Наиболее характерными симптомами являются:

- ◆ безболезненное образование, разрастание;
- ◆ изменение голоса, осиплость;
- ◆ блокирование носового дыхания;
- ◆ носовое кровотечение;
- ◆ потеря веса;

- ◆ нарушение глотания;
- ◆ боль в ухе;
- ◆ чувствительные и двигательные нарушения.

Злокачественные новообразования слюнных желез

Слюнные железы вырабатывают слюну, которая увлажняет полость рта, участвует в пищеварении и играет роль в предупреждении инфекций полости рта. У человека три пары крупных слюнных желез (околоушные, подчелюстные и подъязычные), а также некоторое количество мелких, так называемых малых слюнных желез, которые можно обнаружить в толще слизистой оболочки, начиная от преддверия полости рта и заканчивая слизистой надгортанника. Около 80% опухолей околоушных желез и половина опухолей подчелюстных желез доброкачественны, однако злокачественные опухоли в них развиваются статистически чаще, чем в подъязычных.

Статистика



Опухоли слюнных желез чаще доброкачественны, рак диагностируется редко. Так, согласно американской статистике, в 2009–2013 годах заболеваемость была 1,7 человека на 1 миллион.

По той же статистике пятилетняя выживаемость при раке слюнных желез в среднем 72%: 92% – на первой стадии и 39% – на четвертой. В развитых странах около 43% таких опухолей диагностируется на ранних стадиях.

Симптомы

Наиболее распространенные признаки рака слюнных желез:

- ◆ уплотнение, чаще безболезненное, в области лица или шеи;
- ◆ ощущение онемения на лице;
- ◆ парез и паралич лицевого нерва;
- ◆ боль в области лица, шеи и нижней челюсти при глотании;
- ◆ нарушение чувствительности в области лица;
- ◆ асимметрия лица и шеи;
- ◆ ксеростомия или сухость во рту из-за блокировки протока железы.

Рак гортани

Гортань является частью верхнего отдела дыхательных путей, через которые воздух поступает в легкие. Именно в гортани находятся голосовая щель и голосовые связки, благодаря которым мы говорим. Гортань имеет несколько функций, среди них наиболее значимые – дыхательная, защитная, голосообразующая, разделительная. Злокачественные опухоли гортани занимают до 60% всех случаев онкологических заболеваний головы и шеи и чаще встречаются у мужчин преимущественно старше 60 лет.

Классификация

В зависимости от вида клеток опухоли выделяют следующие **гистологические варианты рака гортани: плоскоклеточный рак** (наиболее распространенный, до 90%), реже – **аденокарцинома** (из клеток слизистых желез), **базальноклеточный рак** (из клеток базального слоя слизистой оболочки гортани).

В зависимости от места образования опухоли выделяют рак верхнего отдела гортани (над голосовыми связками, затрагивая надгортанник) или вестибулярного отдела гортани, среднего (об-

ласть голосовой щели) или голосового отдела и нижнего (под голосовыми связками рядом с трахеей) или подскладочного отдела гортани.

Опухоль может иметь разные варианты роста: в просвет гортани – экзофитный, в ее стенку и в окружающие ткани – инфильтративный или сочетать оба варианта распространения – смешанный.

Для точной оценки распространенности опухоли используют международную классификацию TNM, где T характеризует саму первичную опухоль, N – вовлечение в патологический процесс лимфатических узлов, M – метастатическое поражение отдаленных органов. Специалисты используют для оценки распространенности процесса стадии. В зависимости от вовлечения лимфатических узлов и окружающих тканей, а также от наличия отдаленных метастазов выделяют 4 стадии.

Течение и метастазирование рака гортани

Распространение опухоли зависит от места ее возникновения, вида клеток, из которых она образуется, и от варианта роста.

ВАЖНО!

Лимфатические узлы чаще поражаются при раке верхнего отдела гортани, несколько реже – нижнего. В средней части гортани лимфатических сосудов мало и поражение лимфоузлов возникает позже.

Отдаленные метастазы обнаруживаются сравнительно поздно, обычно в легких, реже в печени, пищеводе и костях.

Конечно, если заболевание выявлено в самом начале, то вероятность полного излечения выше, но и в более тяжелых случаях современные методы лечения позволяют добиться хороших результатов.

Симптомы рака гортани

В зависимости от места роста и распространенности опухоли жалобы больного могут очень сильно варьировать.

Чем раньше поставлен диагноз, тем легче достичь хорошего результата лечения, поэтому так важно вовремя обратиться к врачу.

ВАЖНО!

Изменения голоса – один из первых признаков рака средней части гортани; **охриплость или осиплость** носит постоянный характер (голос не улучшается) и обычно не сопровождается никакими простудными явлениями.

Пациент может жаловаться на **трудности или болезненность при глотании**, на наличие инородного тела в горле, и эти симптомы постепенно нарастают. Такие признаки характерны для рака верхней части гортани.

Одышка при нагрузке и затрудненное дыхание характерны для опухолей нижней части гортани или для распространенного процесса.

Пациенты могут отмечать также боли, иногда отдающие в ухо или приводящие к отказу от еды, припухлость шеи с одной стороны или с двух, кашель, в некоторых случаях – приступообразный, с небольшим количеством слизистой мокроты или прожилками крови в отделяемом.

Ухудшение общего самочувствия может быть обусловлено повышенной утомляемостью, головными болями, нарушениями сна, истощением.

Очень важно обратиться к врачу при появлении самых первых симптомов.

Нельзя откладывать визит к специалисту, если осиплость голоса продолжается более трех недель, если не проходит одышка или затруднено дыхание, если нарушено глотание.

Рак щитовидной железы



Щитовидная железа – железа внутренней секреции, располагается на передней поверхности шеи, под гортанью. Ее гормоны определяют интенсивность обмена веществ человека. Для выработки гормонов железа захватывает из кровотока йод.

Обычно щитовидная железа состоит из двух долей, соединенных перешейком. В норме ее очень сложно прощупать на шее. Она становится заметнее и проще пальпируется при патологических процессах.

Рак щитовидной железы может развиваться из различных клеток. Опухоли обычно развиваются из двух основных типов клеток железы:

- ◆ фолликулярные клетки отвечают за синтез тиреоидных гормонов. Эти гормоны контролируют основной обмен в организме, отвечают за количество сжигаемых калорий. Они могут влиять на массу тела, скорость сердцебиения и многое другое;

- ◆ С-клетки вырабатывают гормон кальцитонин, участвующий в обмене кальция.

Статистика

В 2015 году в мире было 3,2 миллиона людей, страдающих от рака щитовидной железы. Чаще опухоли развиваются в возрасте 35–65 лет. Женщины болеют в три раза чаще мужчин, это пятый по распространенности рак у женщин в целом и самый распространенный рак у женщин 20–34 лет. Примерно 2% случаев болезни приходится на детей и подростков. В последние десятилетия заболеваемость раком щитовидной железы существенно выросла, это связывают с улучшением диагностики.

Типы рака щитовидной железы

Выделяют следующие основные типы заболевания, определяющие его течение, прогноз и лечение:

- ◆ Папиллярный рак. Самая распространенная форма, развивается из фолликулярных клеток. Может диагностироваться в любом возрасте, но чаще всего обнаруживается в 30–50 лет. Примерно 8 из 10 случаев рака щитовидной железы приходится на этот рак. Опухоль этого вида медленно развивается, обычно в одной доле железы. При медленном росте она часто распространяется на паратрахеальные лимфоузлы. Обычно успешно лечится.
- ◆ Фолликулярный рак. Следующий по распространенности тип составляет десятую часть всех случаев рака щитовидной железы. Развивается также из фолликулярных клеток. Чаще встречается в странах с дефицитом йода.
- ◆ Карцинома из клеток Гюртле (оксифильная карцинома) составляет 3% от всех случаев.
- ◆ Медуллярный рак. Встречается в 4% случаев, развивается из С-клеток. Может метастазировать в лимфоузлы и легкие,

когда сама опухоль еще незначительного размера. 20% этого рака являются семейными, передаются по наследству.

- ◆ Анапластический (недифференцированный) рак. Встречается в 2% рака щитовидной железы. Часто быстро развивается и тяжело протекает. Обычно диагностируется у людей старше 60 лет.
- ◆ Более редкие формы. Около 4% приходится на лимфомы, саркомы и другие мало распространенные опухоли.

Симптомы

При раке щитовидной железы могут развиваться следующие симптомы:

- ◆ появление объемного образования или уплотнения на шее;
- ◆ отечность на шее;
- ◆ боль в передней части шеи, иногда отдающая в ухо;
- ◆ осиплость и другие стойкие изменения голоса;
- ◆ нарушения глотания;
- ◆ нарушения дыхания;
- ◆ длительный кашель, не связанный с простудой.

Обычно рак щитовидной железы протекает без выраженного изменения ее эндокринной функции. Многие из этих симптомов могут развиваться по другим причинам, но они в любом случае говорят о необходимости посещения врача.

Диагностика

Основные методы диагностики рака головы и шеи описаны в специальном разделе. Здесь мы остановимся только на нескольких методах, специфических для рака щитовидной железы.

◆ **Сканирование с радиоактивным йодом**

Используется как для первичной диагностики (для людей с узлом в щитовидной железе), так и для контроля распространения

рака в организме. Не используется для медуллярного рака, поскольку он не поглощает йод.

Пациент получает (внутри или внутривенно) небольшое количество радиоактивного йода-131. Через некоторое время вещество накапливается в щитовидной железе и клетках рака щитовидной железы во всем организме.

Злокачественные и доброкачественные опухоли щитовидной железы могут давать схожую картину при этом исследовании, поэтому его недостаточно для диагностики рака.

◆ **Определение гормонов щитовидной железы в крови**

Анализ крови сам по себе не используется для диагностики рака. Он может помочь врачу в понимании того, как функционирует железа и какие еще методы исследования могут понадобиться. Могут назначаться исследования на тиреотропин, тиреоидные гормоны (Т3, Т4), тиреоглобулин, кальцитонин и некоторые другие.

Лечение рака головы и шеи описано в специальном разделе брошюры и преимущественно является хирургическим. Здесь мы упомянем лишь несколько специфических методов, используемых только для рака щитовидной железы.

◆ **Лечение радиоактивным йодом-131**

Щитовидная железа «забирает» почти весь йод в организме. Поэтому радиотерапия с использованием этого элемента может находить и разрушать клетки рака щитовидной железы во всем организме, даже в метастазах. Лечение йодом может убивать раковые клетки, каким-либо образом не удаленные при операции.

Перед лечением обычно дается тестовая доза лекарства, чтобы посмотреть, насколько способна опухоль накапливать йод. Не всем пациентам подходит такое лечение, например оно не работает при медуллярном и анапластическом раке. Такой вид лечения возможен только при так называемых дифференцированных

формах рака щитовидной железы – папиллярном и фолликулярном.

Йод-131 дается в виде инъекции или таблеток. Для этого пациента могут госпитализировать в зависимости от нескольких факторов, включая полученную дозу. С врачом необходимо обсудить возможные побочные эффекты при краткосрочном и длительном лечении (тошнота, рвота, сухость во рту, отечность в областях накопления йода и др.).

◆ **Гормональное лечение**

После хирургического лечения рака щитовидной железы пациентам практически всегда требуется заместительная терапия тиреоидными гормонами. Кроме того, эти гормоны могут замедлять рост злокачественных клеток, оставшихся в организме. Лечение обычно проводится гормоном левотироксином, дозу которого подбирает врач-эндокринолог в зависимости от индивидуальной ситуации.



Info@russcpa.ru



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



Диагностика опухолей головы и шеи





Врач выбирает методы исследования исходя из того, какой тип рака он заподозрил, какие симптомы имеются и некоторых других факторов. Поэтому не все указанные ниже методы используются каждый раз.

Физикальное обследование. В первую очередь врач осматривает пациента, слизистую полости рта и глотки, производит пальпацию области, в которой расположена опухоль или вызывающие подозрение области, лимфатические узлы шеи.

Эндоскопические методы. Существует несколько видов, которые имеют разные названия (ларингоскопия, назофарингоскопия и др.). Используются как гибкие, так и жесткие эндоскопические инструменты, при помощи которых специалист может лучше рассмотреть глотку, увидеть гортань и носовую полость. При помощи этих методов врач может проводить биопсию: брать подозрительные участки тканей для гистологического анализа.

Биопсия. Это единственный метод подтверждения диагноза любой опухоли. Полученные во время биопсии образцы тканей или клеток исследует патологоанатом, который затем дает заключение о характере патологического процесса. Существуют разные способы получения биопсии:

- ◆ **щеточная (браш-биопсия)** проводится путем соскребания в подозрительных участках слизистой оболочки, при этом возможно проведение лишь цитологического метода исследования, то есть изучение клеток, результаты его являются ориентировочными и должны быть подтверждены результатом гистологического исследования;

- ◆ **тонкоигольная аспирационная биопсия** (при ней образец берется при помощи иглы) также дает материал для цитологического исследования;
- ◆ **толстоигольная, гарпунная биопсия** позволяет получить столбик ткани, который может быть подвергнут гистологическому исследованию;
- ◆ **инцизионная биопсия** (берется при иссечении скальпелем, при опухолях головы и шеи с помощью различных биопсийных инструментов, как правило, при эндоскопическом контроле);
- ◆ **интраоперационная биопсия** – биопсия во время операции;
- ◆ в настоящее время появился термин **«жидкая» биопсия** – это метод применения различных онкологических маркеров, как одного, так и нескольких. Пока не имеет широкого применения – перспективный и неинвазивный метод диагностики.

Рентгенологические методы. Могут рекомендоваться на первых этапах диагностики при обнаружении аномальных образований области головы и шеи. **Контрастирование с использованием бариевой смеси** под рентгенологическим контролем может дать лучшее понимание того, насколько нарушено глотание и в каком состоянии ротоглотка.

Ультразвуковое исследование (УЗИ). Может помочь обнаружить метастазы в шейных лимфоузлах и незаменимо при диагностике опухолей щитовидной железы.

Компьютерная томография (КТ). Дает трехмерное изображение тканей и органов. Метод может дать представление о размере опухоли, помочь в разработке плана лечения. Также КТ дает информацию о том, появились ли метастазы в лимфоузлах. Для

получения более четкого изображения может использоваться введение в организм специального контраста.

Магнитно-резонансная томография (МРТ). Использует не рентген, а магнитные поля. Она дает более детальное изображение мягких тканей и является очень информативным методом.

Позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ). Для ее проведения человеку дается небольшое количество химически измененной глюкозы, обладающей небольшой радиоактивностью. Она накапливается в тканях с интенсивным метаболизмом сахара, в том числе и в раковых клетках. Последующая КТ дает подробное изображение опухоли.



Info@russcpa.ru



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



Хирургическое лечение





Хирургическое лечение – важный метод лечения, который может применяться почти для всех типов злокачественных опухолей головы и шеи. В определенных случаях достаточно одной операции, но чаще ее эффект подкрепляют лучевой терапией и (или) химиотерапией.

Выбор плана лечения и, в частности, операции всегда индивидуален. Сначала врач определяет, возможно ли проведение операции в данном случае:

- ◆ позволит ли состояние пациента перенести вмешательство и восстановиться после него;
- ◆ можно ли безопасно удалить такую опухоль, позволяют ли это ее размеры и локализация;
- ◆ возможно ли будет после провести удовлетворительную реконструкцию тканей на месте опухоли.

ВАЖНО!

Если операция может быть проведена, ее целью обычно является удаление всей опухоли с небольшим количеством здоровых тканей вокруг нее. Во многих случаях удаляются и локальные группы лимфоузлов.

В зависимости от того, каков размер опухоли, как она расположена, операция может быть очень сложной. Результат операции может повлиять на способность жевать, глотать, говорить, слышать, ощущать запах, а также сильно изменить внешность – временно или навсегда. Перед операцией пациент и его родственники должны подробно обсудить все детали, чтобы знать, чего ожидать.

ВАЖНО!

На I и II стадиях часто операцию может заменить современная радиотерапия. *III и IV стадии* требуют удаления опухоли, если она признается операбельной.


Существуют **радикальные операции**, при которых органы (например, гортань или язык) удаляются полностью. Если есть возможность, врачи стараются провести **органосберегающую операцию**, которая подразумевает лишь иссечение опухоли с сохранением органа (например, резекцию гортани или языка). В этом случае восстановить пострадавшие функции (речь, жевание, глотание) намного проще. Пластический хирург для восстановления тканей может использовать как ткани самого пациента, так и искусственные материалы.

Виды операций

Для лечения рака головы и шеи разработано много видов операций, учитывающих различные потребности. Мы не имеем возможности рассказать на страницах брошюры обо всех, поэтому упомянем лишь принципиальные моменты.

Небольшие опухоли полости рта могут удаляться с доступом через рот. После таких операций не остается наружных шрамов, если параллельно не проводится удаление лимфатических узлов шеи – шейная лимфодиссекция.

При более крупных новообразованиях и раке других локализаций требуется наружный доступ. Если опухоль располагается в гортани или прилежащих к ней тканях, может потребоваться удаление гортани или ее части (полная или частичная ларингэктомия). Такая операция влияет на речеобразование, хирург должен заранее объяснить пациенту перспективы и методы восстановления речи.



Шейная лимфодиссекция. Когда раковые клетки начинают распространяться за первичный очаг опухоли, в первую очередь они попадают в шейные лимфоузлы. Шейная лимфодиссекция – операция по удалению части или всех лимфатических узлов шеи с одной или обеих сторон. Также она проводится, если опухоль достигла определенного размера, даже если нет признаков распространения рака. Это проводится в связи с тем, что малое количество раковых клеток в лимфоузлах невозможно обнаружить. Такая операция называется профилактической шейной лимфодиссекцией. Обычно эта операция проводится одновременно с удалением самой опухоли. Также лимфодиссекцию могут делать перед применением радио- или химиотерапии.

Завершающим этапом хирургического лечения является **восстановительная пластическая хирургия**. Врачи стараются максимально восстановить удаленные ткани, используя как ткани пациента, так и протезы.

Подготовка к операции. Нутритивная поддержка

Перед операциями по поводу рака головы и шеи одним из важных и желательных факторов является поддержание здорового питания и нормального веса. Это может быть сложно из-за болезненности при жевании и сложностей при глотании. Зачастую пациенты к моменту операции уже истощены, потому что еще до постановки диагноза начали испытывать сложности с приемом пищи. А после операции первые дни, пока идет восстановление, есть может быть еще сложнее. При этом сбалансированный рацион крайне важен для прогноза и восстановления – у пациента должны быть силы и ресурсы на борьбу с болезнью.

На помощь приходит нутритивная поддержка. Этот термин подразумевает применение специальных продуктов питания, которые находятся, как правило, в виде специальных концентри-

рованных растворов, сухом виде (для преодоления трудностей с жеванием и глотанием) и т.д. Эти специальные составы – нутриенты – являются готовыми лекарственными формами, сбалансированными по содержанию белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов. Могут быть использованы как в сочетании с основным питанием, так и в виде его замены. Данные нутриенты могут быть применены как до хирургического вмешательства, в качестве подготовки, так и сразу после операции, когда пациент вынужден получать питание через зонд.



Многие пациенты с опухолями головы и шеи являются заядлыми курильщиками. От этой привычки лучше избавиться: даже пара недель без курения способствует улучшению функции легких, что является хорошим заделом для лучшего восстановления после операции. От злоупотребления алкоголем также лучше отказаться заблаговременно.

Возможные побочные эффекты

Цель операции – удалить все раковые клетки. В зависимости от того, какие органы были затронуты опухолевым процессом и хирургическим вмешательством, могут развиваться определенные функциональные нарушения.

Нормальная речь и голос могут нарушаться временно или навсегда. К другим проблемам относят слабость, сложности с жеванием и глотанием, ослабление слуха, потерю ощущения вкуса, нарушение работы щитовидной железы.

Изменения внешнего вида волнуют очень многих пациентов. С некоторыми из них не получается справиться полностью, но сегодня у реконструктивных и пластических хирургов есть ши-



рокие возможности для того, чтобы сделать послеоперационные дефекты менее заметными.

После удаления лимфатических узлов в шее может ощущаться онемение или боль, сковываются движения, возникают отеки. Если следовать советам врачей, в течение года эти проблемы могут существенно облегчиться или исчезнуть.

Во время шейной лимфодиссекции иногда может повреждаться нерв, участвующий в движении нижней губы. Из-за этого улыбка может быть некоторое время асимметричной, но обычно это проходит в течение нескольких месяцев. Также возможно повреждение нерва, участвующего в движении плеча, что приводит к скованности руки. В этом случае может помочь рекомендованная лечебная физкультура.

Для борьбы с нарушением питания может потребоваться кормление через специальный зонд, который обычно вводят через нос или непосредственно в желудок через брюшную стенку.

Полное удаление гортани потребует создания специального отверстия (трахеостомы) для обеспечения дыхания.

Реабилитация после хирургического лечения

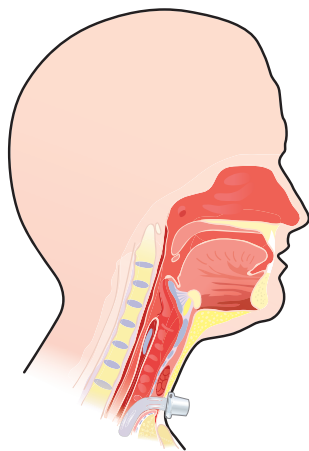
Реконструктивно-восстановительные операции

Челюстно-лицевая хирургия может быть травмирующей для пациента. Иногда, чтобы избавиться от опухоли и спасти жизнь, врачам приходится проводить обширные операции. И бывают ситуации, когда сделать одномоментную реконструкцию или пластику врачам не удастся. Тогда в план лечения включаются реконструктивно-восстановительные и пластические операции. Сегодня врачи творят чудеса и могут восстанавливать удаленные кости, зубы, ткани, существенно улучшая эстетический эффект и повышая качество дальнейшей жизни пациента. Каждая

такая операция согласовывается с пациентом и его семьей еще до начала лечения.

Трахеостома

Нередко после операции в полости рта и области шеи пациент не может дышать самостоятельно. Тогда проводится трахеостомирование – в трахее делается отверстие, которое становится альтернативным путем для поступления воздуха в легкие. В это отверстие устанавливается специальная трубка – канюля, трахеотомическая трубка. Она может быть разных конструкций и размеров в зависимости от нужд конкретного пациента. Трахеостома позволит пациенту дышать самостоятельно, жить полноценной жизнью и не быть прикованным к кровати. Тысячи людей во всем мире живут сегодня с трахеостомой.



За канюлями нужно тщательно ухаживать, прочищать и вовремя менять их, чтобы не допустить развитие инфекции.

Иногда на более поздних этапах лечения возможно формирование безканюльной трахеостомы. Для этого доктор во время операции делает широкое отверстие, через которое пациент будет дышать без дополнительных устройств.

Назогастральный зонд и гастростома

При нарушении функции глотания после операции пациенту могут установить назогастральный зонд или гастростому.

Назогастральный зонд вводят через нос, полость носа, носоглотку и пропускают трубку через пищевод до желудка, чтобы доставлять специализированное питание прямо в желудок. Однако если пищевод сильно поврежден, пациенту будет установлена гастростома – отверстие с клапаном формируется на животе возле желудка. Питание в таком случае также будет осуществляться специальными смесями, обогащенными всеми необходимыми для нормальной жизни микроэлементами.

Врачи постараются восстановить у пациента возможность приема пищи. Для этого проводятся реконструктивно-восстановительные операции (эзофагофарингопластика).

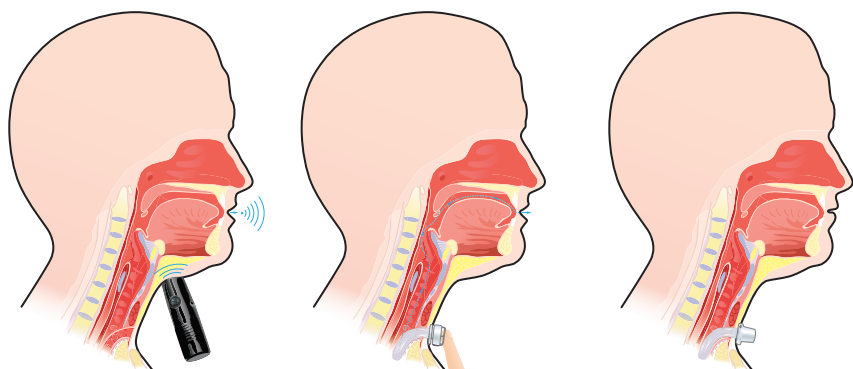
Голосообразующие аппараты

Многих пациентов пугает перспектива потери голоса после операции. Особенно часто это осложнение встречается у трахеостомированных пациентов, особенно после полного удаления гортани – ларингэктомии. Однако сегодня есть множество возможностей для восстановления способности говорить, даже если у пациента были удалены голосовые связки и трахея.

Для этого разработаны *специальные голосообразующие аппараты*. Они бывают нескольких видов.

Внешний электронный голосообразующий аппарат формирует речь за счет движений мышц шеи. Он прикладывается под скулой и в момент произнесения слов нужно нажимать на кнопку активации аппарата. Овладеть таким аппаратом можно очень быстро. Голос будет механическим и низким, но это будет настоящая и понятная речь.

Другая конструкция – это аппарат, который устанавливается на место голосовых связок хирургическим путем, так называе-



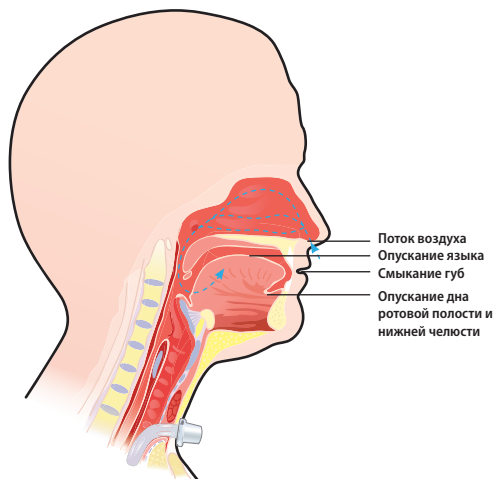
мый **голосовой протез или клапан**. Говорить с помощью него можно просто закрывая рукой трахеостому. Голос с таким аппаратом будет более «живым», однако у аппарата есть и недостатки. Ему необходимы ежедневная чистка и хирургическая замена каждые 6 месяцев.

Наиболее надежным методом голосовой реабилитации является формирование так называемого **пищеводного голоса**. Овладеть им могут практически все пациенты после полного удаления гортани. Такой способ голосовой реабилитации длительный, требует сочетанной работы пациента с фониатором, фонопедом и логопедом, иногда психологом. Длительность такой голосовой реабилитации от 2 до 6 месяцев в зависимости от индивидуальных способностей пациента и его возможности заниматься с фонопедом. Метод позволяет на «глотке» захватывать воздух и затем говорить. Он не требует никаких дополнительных устройств, как методики, описанные выше. Голос пациента при таком способе реабилитации максимально приближен к природному.

Реабилитация обоняния и вкусовых ощущений

Большая проблема для многих трахеостомированных пациентов – это **потеря возможности чувствовать вкус еды и запахи**.

Ведь дыхание происходит через отверстие в шее, а значит, воздух с запахами не попадает в нос и запахи не ощущаются.



Чтобы компенсировать этот побочный эффект, можно или **Выдыхать воздух через нос** (если такая возможность сохранилась), или научиться **«ловить воздух ртом»**, чтобы почувствовать запах.

Также почувствовать вкус можно при более интенсивном жевании и при приеме горячей пищи, запах от которой сильнее.

В настоящее время разработаны специальные приборы, которые позволяют пациентам с трахеостомой плавать и заниматься другими активными видами спорта.



Info@russcpa.ru



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



Лучевая терапия



Лучевая терапия или радиотерапия – метод лечения онкологических и некоторых видов неонкологических заболеваний, заключающийся в применении ионизирующего излучения для разрушения патологических клеток.

Лучевая терапия может быть основным (самостоятельным) методом лечения некоторых видов рака головы и шеи или использоваться в комбинации с хирургическим и химиотерапевтическим методами. Например, после хирургического удаления опухоли производят облучение послеоперационной зоны с включением области регионарного лимфооттока для получения лучшего локального контроля над опухолевым процессом. Также при диссеминированном процессе доктора назначают лекарственное противоопухолевое лечение в комбинации с лучевым лечением для радикальной или паллиативной целей.

Виды лучевой терапии при раке головы и шеи

- ◆ ***Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ)*** – вид лучевой терапии, при котором источник излучения находится вне тела пациента. Описанные ниже 3D конформная лучевая терапия, лучевая терапия с модулированной интенсивностью и кибернож – варианты ДЛТ.
- ◆ ***3D конформная лучевая терапия*** – облучение с нескольких полей с разных направлений классическим фракционированием. Создается трехмерная модель опухоли и окружающих органов. Поле облучения повторяет контуры зоны интереса, что позволяет минимизировать повреждение здоровых органов.
- ◆ ***Лучевая терапия с модулированной интенсивностью (ЛТМИ)*** – современная высокоточная методика с возможностью

облучения различной интенсивностью пучка, что в сравнении с конформной лучевой терапией позволяет существенно снизить лучевую нагрузку на окружающие органы и ткани.

- ◆ **Кибернож (CyberKnife)** – это особый вариант дистанционного облучения, который благодаря роботизированной части, компактному линейному ускорителю электронов, а также системе контроля за положением пациента и очага может облучать некомпланарными пучками с высокой степенью точности и высокими дозами (в сравнении с классической лучевой терапией). Важно отметить, что предельная точность радиотерапии актуальна при повторном облучении рецидивов опухолей головы и шеи, также в некоторых случаях возможна комбинация с классической лучевой терапией (например, при необходимости «буста» – дополнительное прицельное облучение).
- ◆ **Брахитерапия** отличается от методов, описанных выше, и является инвазивным. При данной методике источники излучения внедряются непосредственно в опухоль или в ближайшую ткань, то есть источник в организме. Применяется чаще при раке языка, губы и щеки, дна полости рта и носоглотки.

Порядок проведения лучевой терапии



Решение о выборе тактики лечения принимается сразу несколькими специалистами смежных специальностей, то есть коллегиально. Обычно это хирурги-онкологи, химиотерапевты и радиотерапевты с нередким привлечением врачей узких специальностей. В нашей стране существует понятие консилиума.



Перед началом лечения проводится этап предлучевой подготовки, или симуляция с проведением компьютерной томографии (КТ). Пациента укладывают на деке КТ сканера в заданной врачом позе таким образом, чтобы пациенту было комфортно находиться во время всего сеанса облучения. Применяются специальные фиксирующие приспособления: подголовники, индивидуальные термопластические маски для головы и шеи. Рентгенолаборант фиксирует метки на маске пациента. Все это позволяет с легкостью воспроизводить укладку ежедневно в последующие сеансы на протяжении всего курса лечения.



Медицинский физик и радиотерапевт используют специальные компьютерные программы, чтобы рассчитать дозу радиации, которую получат опухоль и окружающие ткани. Лучевой терапевт использует топометрические данные обследований (МРТ, КТ, ПЭТ/КТ без и с контрастным усилением) для определения объема мишени (опухоли) и других органов.

В зависимости от гистологической природы опухоли, ее объема и расположения выбирается протокол облучения. После создания плана облучения, перед началом курса, происходит его верификация.

Во время первого сеанса пациента размещают на столе линейного ускорителя в том же положении, как и на КТ симуляции, используя иммобилизирующие устройства и нанесенные накануне метки.

Во время облучения в каньоне никто, кроме пациента, не находится. За пациентом наблюдают с помощью видеокамер и аудиосвязи. Процесс абсолютно безболезненный. Во время сеанса пациент не видит и не чувствует ничего особенного, лишь

слышит звуки, издаваемые ускорителем. Линейный ускоритель может вращаться или передвигаться во время сеанса лечения.

Время за фракцию (сеанс) обычно занимает не более одного часа в день. Стоит отметить, что первый сеанс обычно занимает чуть больше времени, что связано с необходимостью проверки положения пациента.

ВАЖНО!

Лечение проводится 1, реже 2 раза в день, 5 дней в неделю, в течение 5–7 недель (в зависимости от курса лечения). Лечение на киберноже имеет существенные отличия и особенности в отборе пациентов. Курс лечения намного короче и в среднем составляет от 1 до 5 дней, время сеанса облучения – от 30 минут до 2–3 часов.

Побочные явления при лучевой терапии

Перед началом лучевой терапии любой злокачественной опухоли головы или шеи рекомендуется дополнительный осмотр полости рта пациента. Лучевая терапия в последующем может провоцировать повреждение зубов и слизистой полости рта, желательны провести предварительный осмотр у стоматолога.

Пациенты могут столкнуться с болевыми ощущениями, сухостью в ротовой полости при попадании слюнных желез в объем облучения, дискомфортом при глотании, изменением голоса из-за отека мягких тканей. Может снизиться аппетит в связи с временным нарушением функции вкусовых рецепторов.

Также при лучевой терапии рака головы и шеи могут возникать следующие побочные эффекты (лучевые реакции):

- ◆ раздражение, покраснение кожи в области облучения;

- ◆ отечность слизистой полости рта, кровоточивость;
- ◆ общая слабость;
- ◆ тошнота;
- ◆ дискомфорт и боль при глотании;
- ◆ в дальнейшем возможно ухудшение слуха с пораженной стороны (при попадании в объем облучения);
- ◆ фиброз мягких тканей.

ВАЖНО!

Многие из этих побочных эффектов уходят вскоре после окончания лечения, некоторые сохраняются в течение длительного времени.

Радиотерапия потенциально может вызвать гипотиреозидизм – снижение выработки гормонов щитовидной железы, которая может находиться в области действия лучевой терапии. Это может делать пациента медлительным и уставшим. В связи с этим врачи могут временно назначать лечение тиреоидными гормонами. Пациентам, которые получают облучение в области шеи, часто проводят проверку уровня гормонов щитовидной железы с целью коррекции дозы препаратов.



Info@russcpa.ru



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



Лекарственная терапия



Химиотерапия



Химиотерапия – вид лечения рака, использование специфических препаратов для разрушения опухолевых клеток. Обычно эти лекарства воздействуют на способность клеток расти и делиться.

Наиболее часто используется **системная химиотерапия: лекарства вводятся внутривенно или орально** (таблетки и капсулы). При системной химиотерапии препарат достигает раковых клеток, попадая в кровь.

Специалисты индивидуально подбирают режим лечения, который подразумевает определенное количество циклов приема или введения лекарства. Может назначаться один препарат или их комбинация. К препаратам, применяемым для химиотерапии рака головы и шеи, относятся цисплатин, карбоплатин, доцетаксел, капецитабин, 5-фторурацил, гемцитабин, новотакс, эрбитукс.

Химиотерапия может использоваться как:

- ◆ первичное лечение для разрушения опухолевых клеток;
- ◆ перед хирургическим лечением с целью уменьшения объема опухоли;
- ◆ после хирургического лечения, чтобы разрушить оставшиеся в организме раковые клетки;
- ◆ одновременно с лучевой терапией – химиолучевое лечение;
- ◆ паллиативная химиотерапия – уничтожение опухолевых клеток для облегчения течения заболевания.

Побочные эффекты химиотерапии

ВАЖНО!

Химиотерапия может замедлять или останавливать рост не только раковых, но и нормальных клеток организма, которые быстро делятся. Это обуславливает возникновение ее основных побочных эффектов. К указанным клеткам относятся клетки костного мозга, являющиеся источником клеток крови, клетки слизистой оболочки кишечника и полости рта, клетки кожи и волосяных фолликулов. Повреждение здоровых клеток желудка ведет к раздражению слизистой, тошноте и рвоте. Со стороны кожи характерно выпадение волос (алопеция).

Со стороны крови могут развиваться:

- ◆ анемия (уменьшение количества красных кровяных клеток и гемоглобина), которая проявляется слабостью, утомляемостью, головокружением;
- ◆ нейтропения (уменьшение количества белых кровяных клеток), что снижает сопротивляемость организма к инфекциям;
- ◆ тромбоцитопения (уменьшение количества тромбоцитов), проявляющаяся появлением синяков и кровотечениями.

Существуют побочные эффекты, специфически характерные для определенных лекарств, например:

- ◆ цисплатин и карбоплатин могут повреждать почки и нервы (это вызывает нарушение зрения), что может потребовать коррекции дозировки;
- ◆ доцетаксел может приводить к задержке жидкости в организме, болезненности в ладонях и подошвах. Он также не-

редко вызывает аллергические реакции, поэтому с ним часто назначают антигистаминные препараты;

- ◆ 5-фторурацил опасен для людей с врожденным дефицитом фермента дигидропиримидин дегидрогеназы. Также возможны повышенная чувствительность кожи к свету, покраснение ладоней и подошв ног, побочные эффекты со стороны сердца.

Практически все побочные эффекты проходят через некоторое время после завершения курса лечения.

Как бороться с побочными эффектами химиотерапии

Выпадение волос (алопеция). Волосы начнут расти снова в течение 3–6 месяцев после завершения курса лечения. До этого можно использовать парики или головные уборы, чтобы эта проблема не бросалась в глаза. Используйте мягкие шампуни без ароматизаторов. Мойте голову бережно, расчесывайте волосы мягко. Не следует пользоваться спреями и маслами. Защищайте волосы от солнечного света. Рекомендуется короткая стрижка.

Тошнота и рвота. Современные противорвотные препараты хорошо помогают бороться с тошнотой и рвотой. Не нужно терпеть, если чувствуете, что плохо переносите химиотерапию, обязательно сообщите врачу о своих ощущениях. Параллельно с этим можно следовать простым рекомендациям, которые также должны облегчить состояние. Есть желательно небольшими порциями, количество приемов пищи нужно увеличить. Пища не должна быть горячей, тщательно пережевывайте ее, ешьте медленно. Избегайте острой, жареной и жирной еды. В течение двух часов после еды не занимайтесь гигиеной полости рта, это может вызвать тошноту.

Дегидратацию (обезвоживание) могут вызвать регулярные рвота и диарея. Для ее предупреждения следует пить достаточно жидкости, лучше выбирать прохладные напитки. Заметив признаки обезвоживания (темная моча, головная боль, быстрое сердцебиение, обложенный язык, головокружение), обратитесь к врачу.

Запор. Эту проблему вызывают изменения в диете, недостаток потребления жидкости, снижение физической активности, прием лекарств. Врач может назначать эффективные современные средства против запора, но в определенной мере можно помочь себе самостоятельно. Необходимо выпивать не менее 2 литров жидкости в день. Включите в рацион больше растительной клетчатки, она содержится в овощах, фруктах, кашах, бобовых. С той же целью в еду можно добавлять отруби. Определенная пища (шоколад, яйца, сыр) усиливает запор, ограничивайте их в диете. Также в комплексной профилактике помогают легкие физические упражнения.

Стоматит (язвы во рту). Для его предупреждения есть специальные средства для полоскания рта. Средство для полоскания можно сделать самостоятельно из соды и соли, но по поводу пропорций нужно посоветоваться с врачом.

Правила ухода за полостью рта

- ◆ Регулярно показывайтесь стоматологу, сообщите ему о том, что вы проходите курс химиотерапии.
- ◆ Используйте мягкую зубную щетку с небольшой головкой, чистите зубы аккуратно. Если вы пользуетесь зубными протезами, регулярно чистите их и оставляйте на ночь в специальном растворе.
- ◆ Регулярно меняйте зубную щетку, чтобы снизить риск инфекций.
- ◆ Проверяйте слизистую оболочку на наличие язвочек. При обнаружении каких-либо патологических изменений сообщайте медицинскому персоналу.
- ◆ Следите за тем, чтобы губы не пересыхали и не трескались, пользуйтесь увлажняющими кремами.

Если язвы появились, нужно максимально щадить слизистую. Это касается характера и температуры пищи. В тяжелых случаях доктор может перевести пациента на жидкое питание.

Инфекции. Человека окружает множество бактерий, вирусов, грибков. Далеко не все они в норме вызывают болезни. Но если иммунитет ослаблен химиотерапией, они начинают представлять особую опасность. При нейтропении, вызванной лечением, инфекции обычно развиваются из-за бактерий, находящихся в организме человека, а не вследствие контактов с другими людьми, то есть предупредить все проблемы нельзя. Однако существует **ряд рекомендаций, которые помогут уберечься.**

- Избегайте людных мест (магазинов, общественного транспорта и т.д.).
- Старайтесь не контактировать с людьми, у которых замечаете простудные или другие инфекционные симптомы.
- Берегите целостность кожи, каждая царапина может стать воротами для бактерий.
- Ежедневно принимайте душ.
- Всегда мойте руки перед едой, перед приготовлением пищи, после туалета.
- Электробритва менее травматична, ее лучше предпочесть обычным бритвам.
- Женщинам лучше не использовать тампоны.

Кровотечения и кровоизлияния. Обязательно обращайтесь за помощью, если кровотечение не останавливается в течение нескольких минут, при кровотечении из ротовой полости, носа, при кровавой рвоте, обнаружении крови в моче, влагалищном кровотечении без менструации или в случае слишком обильных месячных. Также нужно опасаться резкой головной боли и резких изменений зрения.

Для профилактики кровотечений

- Избегайте лекарств, снижающих свертываемость крови, для этого не принимайте никаких препаратов без обсуждения с врачом.

- ◆ Будьте аккуратны, когда пользуетесь острыми предметами.
- ◆ Ходите в обуви даже дома для предупреждения травм.
- ◆ Чистите зубы аккуратно.
- ◆ В случае запора обращайтесь к специалисту для предупреждения кровотечения из прямой кишки.
- ◆ Предохраняйте кожу и губы от пересыхания.

В случае кровотечения нажмите на кровоточащую область и удерживайте, пока не сформируется тромб. При кровоизлиянии в мягкие ткани сверху нужно положить лед.

Потеря аппетита – распространенный побочный эффект, связанный как с лечением, так и с самим заболеванием. Для восстановления после болезни важно сохранить как можно более здоровую массу тела. Старайтесь есть небольшими порциями каждые 2–3 часа, ешьте медленно, хорошо пережевывайте. Держите наготове питательный перекус, чтобы можно было поесть, не дожидаясь следующего приема пищи. Попробуйте заменить чай и кофе на более питательные напитки, например молоко или обогащенные порошковые смеси.

Усталость, утомляемость. Частые побочные эффекты, усталость могут иметь очень выраженный характер. Это важный симптом, сообщайте о его изменениях своему врачу. День необходимо планировать таким образом, чтобы можно было регулярно отдохнуть, не стесняйтесь прибегать к помощи друзей и родных. Немного облегчить постоянную утомляемость могут легкие физические упражнения и регулярный достаточный сон. Слабость может развиваться и вследствие анемии. В этом случае также особенную важность имеет нормальный рацион, богатый железом и белком.

Таргетная терапия

Препараты таргетной терапии разработаны для блокировки роста и распространения рака путем разрушения опухолевых клеток или

остановки их деления. От обычной химиотерапии таргетная терапия отличается тем, что действует не на все клетки организма, а только на раковые. Это лекарства персонализированной медицины, мишенью для которых являются специфические молекулы, отвечающие за рост и прогрессирование рака. Такой подход к лечению должен обеспечивать меньшее количество побочных эффектов.

В настоящее время таргетная терапия разработана не для всех типов рака. Для определенных видов рака головы и шеи могут применяться препараты, мишенью для которых является белок под названием рецептор эпидермального фактора роста (ЭФР), таким лекарством является цетуксимаб. Рецепторы ЭФР встречаются на поверхности более 80% клеток плоскоклеточного рака, их выраженность связывают с плохим прогнозом заболевания. Лечение, направленное на их подавление, показывает обещающий результат в качестве дополнительной терапии, но не заменяет химиотерапию и лучевую терапию.

Иммунотерапия

Иммунотерапию также называют биологической терапией. В ней используются материалы, которые производит сам организм или лабораторно измененные, чтобы усилить ответ иммунитета человека на опухоль. К препаратам, используемым при раке головы и шеи, относят пембролизумаб и ниволумаб. Они применяются при метастатических плоскоклеточных карциномах, которые не поддались лечению стандартной химиотерапией. Эти лекарства относятся к ингибиторам контрольных точек иммунного ответа, которые мешают опухолевым клеткам уходить от действия иммунной системы организма.



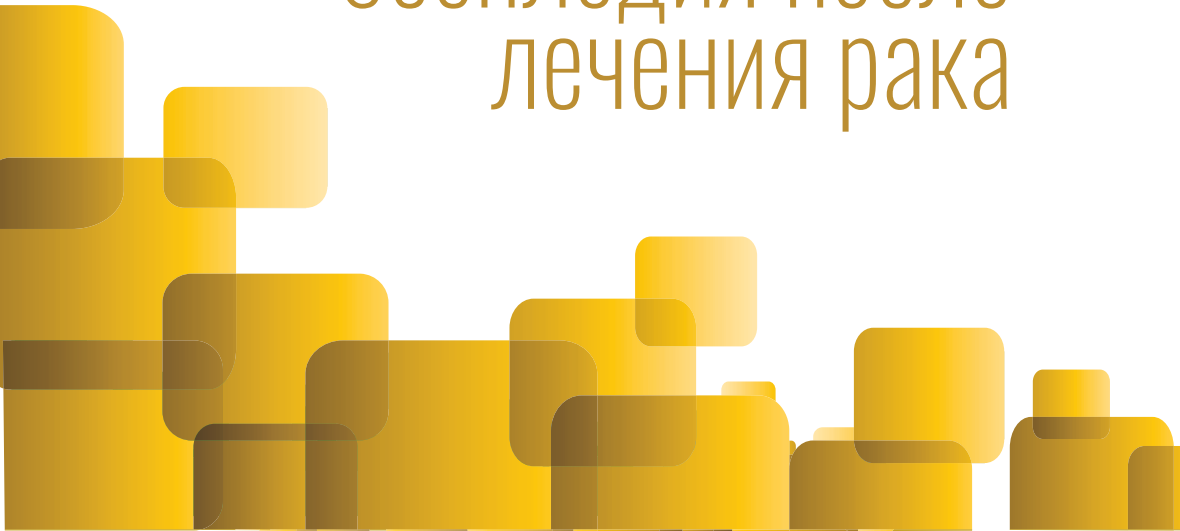
Info@russcpa.ru



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



Как избежать бесплодия после лечения рака



К сожалению, средний возраст заболевших раком в России ежегодно понижается. Сегодня среди онкологических больных значительную долю составляют мужчины и женщины репродуктивного возраста – 20–40 лет. Многих из них волнует вопрос: какие последствия несет злокачественное заболевание и как влияет лечение химиотерапией на возможность в будущем иметь детей? Не многие задумываются об этих последствиях перед началом противоопухолевого лечения.

ВАЖНО!

Важно помнить, что среди основных *последствий химиотерапии* – ее негативное влияние на репродуктивную систему мужчин и женщин.

Сейчас медицина позволяет предотвратить такие последствия химиотерапии при онкологии, как бесплодие. Врачи-онкологи советуют *сохранить сперму и яйцеклетки до начала лечения*, чтобы защитить себя от возможного бесплодия в результате токсичного лечения. Успехи терапии онкологических заболеваний дают пациентам с подобным диагнозом шанс на новую жизнь.

Под воздействием химиотерапии происходит значительное сокращение сперматозоидов, а также ухудшение их подвижности. Таким образом, снижается качество репродуктивного материала, что в результате приводит к бесплодию. Мужчины, которые после лечения планируют стать отцами, могут испытывать большие сложности при зачатии. Для женщин лечение также токсично и может повредить яйцеклетки и уменьшить их количество.

Необходимо заранее обсудить с врачом вероятность бесплодия после химиотерапии. Доказано, что некоторые токсичные

препараты вызывают генетические изменения в половых клетках. В дальнейшем эти нарушения могут передаваться ребенку при зачатии. Особенно негативно на способность иметь детей в будущем влияют применяемые для химиотерапии препараты циклофосфамид и цисплатин.



Лучевая терапия может впоследствии привести к бесплодию. При облучении резко снижается уровень подвижности сперматозоидов. При дозе не более 0,7 Гр полное восстановление сперматогенеза происходит через 1,5–2 года. При тотальном облучении всего организма фертильность не восстанавливается.



Последствия лучевой терапии для женщин также негативно. При дозе облучения 2 Гр 50% яйцеклеток разрушается. При дозе 15 Гр угасание яичников наблюдается в 100%. Высокая токсичность лечения онкологии приводит к женскому бесплодию в 86% случаев.

Как избежать бесплодия после лечения онкологии

В последние десятилетия медицина шагнула вперед – современные технологии позволяют предотвращать такие последствия химиотерапии.





В наше время криоконсервация спермы и яйцеклеток является общепринятым методом сохранения фертильности у мужчин и женщин со злокачественными новообразованиями, позволяющим в будущем иметь детей.

Важным условием, обеспечивающим успех криоконсервации, является замораживание спермы и яйцеклеток еще до начала лечения, так как качество клеток и целостность ДНК могут быть нарушены даже после однократного курса противоопухолевой терапии. Но врачи рекомендуют прибегнуть к криоконсервации даже после начала лучевой или химиотерапии.

ВАЖНО!

Воспользоваться своей замороженной спермой или яйцеклетками можно в любой момент. Не нужно ждать несколько лет, пока полностью восстановится сперматогенез. Зачать ребенка можно при помощи метода ЭКО или инсеминации.

При экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) слияние яйцеклетки и сперматозоида происходит в лабораторных условиях «в пробирке», в результате чего образуется эмбрион, который через 2–6 дней подсаживают в матку женщины, где плод прикрепляется и начинает развиваться. Таким образом, происходит беременность. Зачатие с помощью ЭКО – это современный апробированный метод вспомогательных репродуктивных технологий. Такая беременность ничем не отличается от естественной.

Искусственная инсеминация – более экономичный, но и менее результативный способ зачатия. Во время инсеминации происходит введение спермы в полость матки женщины искусственным образом.

Как это работает

Заморозка яйцеклеток

Чтобы повысить шансы на успех, протокол ЭКО требует хотя бы 12 яйцеклеток. Их можно собрать за 12 месяцев в естественном цикле, но рак не любит ждать.

Поэтому сегодня активно применяется стимуляция супер-овуляции. Современные методики позволяют за один цикл получить нужное количество яйцеклеток и под контролем лечащего онколога подходят даже пациенткам с гормонозависимыми опухолями.

Заморозка эмбрионов

Эмбрион – это оплодотворенная яйцеклетка. По статистике эмбрионы увеличивают шансы на успешную беременность.

Заморозка ткани яичника

В этом случае замораживается не яйцеклетка, а здоровая ткань яичника, полученная хирургическим путем. После лечения ткань пересаживают обратно в яичник.

Пока это экспериментальная методика с большим потенциалом – в случае успеха она позволит самостоятельно зачать, родить и отложить вызванный лекарствами климакс.

ВАЖНО!

Замороженный материал не имеет срока хранения. Дети, рожденные через 10, 20 или 30 лет после криоконсервации, ничем не отличаются от детей, зачатых естественным путем.

Заморозка спермы

Криоконсервация спермы – это специальный способ заморозки репродуктивных клеток, который сохраняет их жизнеспособность после разморозки. Для криоконсервации спермы используют небольшие пробирки (криовials), которые помещаются в специальные криоконтейнеры, наполненные жидким азотом, где они хранятся при температуре минус 196 градусов по Цельсию. В таком состоянии срок хранения спермы ничем не ограничен. В медицинской практике известны случаи хранения спермы более 20 лет.



Info@russcpa.ru



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



Психологическая поддержка





Онкологический диагноз переворачивает нашу жизнь. Меняются смыслы, цели, надежды, мечты, отношения с друзьями и родственниками, коллегами и знакомыми. Эти изменения происходят потому, что меняемся мы сами. Мало кому удается столкнуться с диагнозом и остаться прежним. Но нередко эти изменения делают нас лучше.

Как принять диагноз и настроиться на лечение

ВАЖНО!

Диагноз – это всегда шок. Страх, отчаяние, гнев, ярость, обида, депрессия – все это абсолютно нормальные реакции на известие о тяжелой болезни, на необходимость проходить сложное лечение и бороться за свою жизнь, вместо того чтобы просто жить. Но эти состояния временные, они проходят, и наступают принятие болезни и конструктивный подход на пути к выздоровлению.

В психологии этот путь разделен на 5 стадий:

- ◆ **отрицание:** «это ошибка», «это не со мной», «этого не может быть» – это нормальная первая реакция, она проходит довольно быстро. Важно не дать себе поверить в то, что врачи ошиблись, и отказаться от лечения. Но также не нужно в этот момент давать слишком много информации и деталей будущего лечения и перспектив, чтобы не напугать отрицающего человека окончательно;

- ◆ **гнев** – ярость и злость как реакция на то, что наш мир разрушен. Поиск причин и виноватых – врачи, родственники, экология, я сам и мое поведение. Дальше эта агрессия выплескивается на тех, кто рядом, и хочется разнести весь мир. В этом состоянии люди часто бывают очень деятельны и продуктивны, и идеально направить их на борьбу с системой, прохождение очередей и выбивание квот;
- ◆ **торг** – в этом состоянии вы приходите к убеждению, что все будет хорошо, если... Чаще всего торг начинается с далеких от медицины вещей, но в идеальном варианте к ним потом сводится. Например, если начать вести здоровый образ жизни, стать прилежным семьянином, больше ходить в церковь или (что самое оптимальное) пройти лечение и следовать назначениям врача, то болезнь уйдет или вообще окажется ошибкой;
- ◆ **депрессия** – это горевание по жизни до диагноза и глубокая печаль от ожидания будущего. Обычно депрессию гонят и запрещают себе грустить, заедают таблетками и строго и громко говорят: не думай даже плакать, все будет хорошо. Но правда в том, что пережить это состояние, поплакать и погоревать нужно обязательно, иначе невозможно перейти на следующий уровень. Другой вопрос, если этот период затягивает, если апатия не дает действовать и проходить лечение – в этой ситуации нужно обратиться за помощью к психологу или даже психотерапевту, чтобы облегчить состояние;
- ◆ **принятие** – это момент, когда новая жизнь в диагнозе становится реальной, заменяя собой жизнь до болезни. После принятия все становится понятным и логичным: и предложенное лечение, и перспективы выздоровления, и изменения, которые могут стать результатом лечения.



Все эти моменты, как и любые другие горести и радости нашей жизни, могут нас печалить или воодушевлять, но они уже наши.



Важно сказать, что все эти стадии могут идти в разном порядке, могут повторяться или менять друг друга по кругу, что тоже совершенно нормально. Если вы чувствуете, что не справляетесь со своими эмоциями, лучше всего обратиться к специалистам – онкопсихологи консультируют по телефону, в группах взаимопомощи, в специальных чатах и лично в диспансерах. Таких служб уже довольно много и узнать о них можно в разделе «Полезные адреса» в конце брошюры.

Как нас меняет известие об онкодиагнозе

ВАЖНО!

Большинство людей не ощущают того, что время, отпущенное им на земле, не бесконечно. Хорошее откладывают на потом, а здесь и сейчас тратят силы на нелюбимое, а может быть, и на неважное. Терпят ненавистную работу, нелюбимого человека рядом, мало позволяют себе радости и развлечений.

Люди, узнавшие о том, что больны раком, вдруг понимают, что откладывать жизнь на завтра неправильно. У них обостряется чувство важности каждого дня, каждого момента. Они на-

чинают жить на полную катушку, берегут себя и близких людей, стараются каждый день проживать осознанно.



Психологи говорят, что нередко люди, победившие рак, не просто не хотят забывать о своей болезни, но даже благодарны судьбе, что пережили такой опыт, потому что в итоге смогли сделать свою жизнь лучше. Это важный переход в осознании ситуации, перестать задаваться вопросом «за что мне это?» и начать искать ответ на вопрос «для чего?».

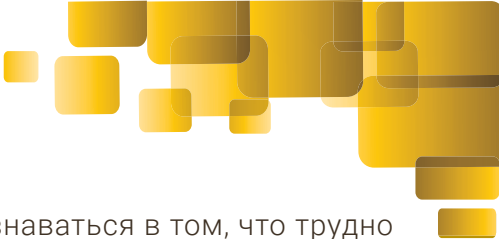
Как рассказать о диагнозе

ВАЖНО!

Многим сложно рассказать о своем 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 все равно поймут или догадаются, что происходит что-то серьезное. Но если отказать семье в шансе пройти через трудный этап вместе, то можно разорвать связи между родственниками, потерять доверие, не перейти на новый уровень.

С маленькими детьми тоже лучше разговаривать честно. 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 все 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.

Как и когда рассказывать на работе, решать вам. Уволить по ТК вас не могут, но предупредить начальство, что в ближайшее время потребуется продолжительное лечение, все же стоит.

Как адаптироваться в случае потери голоса, установки трахеостомы и т.д.

ВАЖНО!

Трудно смириться с диагнозом и начать лечение. Еще труднее начать лечение, если понимаешь, что жизнь твоя изменится после него. Нередко пациентам после операций по удалению опухолей головы и шеи приходится жить с трахеостомой, проходить через пластические и восстановительные операции, учиться говорить с помощью голосообразующего аппарата и т.д. Эти осложнения и последствия, безусловно, влияют на нашу жизнь, но зачастую они необходимы. Принятие последствия операции и изменения жизни потребуют тех же состояний и эмоций, что и принятие самой болезни.

Чтобы принять решение об операции и подготовиться к реабилитации, нужно подробно расспросить врача о последствиях еще до начала лечения. Постараться собрать как можно больше информации о периоде реабилитации, о том, как живут люди с

трахеостомой, как звучит голос из голосообразующего аппарата, как принимать пищу, если поврежден пищевод и будет установлен зонд или гастростома.


ВАЖНО!

Найдите сообщества людей, прошедших через такое лечение, и поговорите с ними, спросите, как им живется. Их пример поддержит и даст надежду на то, что жизнь изменится, но при этом останется полноценной. Чтобы показать это наглядно, мы решили рассказать историю Екатерины, которая прошла лечение рака гортани III стадии, живет с трахеостомой и голосовым аппаратом, воспитывает сына, открыла свой бизнес, общается с людьми и не терпит, чтобы ее жалели.

История победы

Екатерина – молодая активная девушка, на момент постановки диагноза «рак гортани III стадии» ей было 30 лет, а ее сыну – почти годик.

Проблемы с горлом и голосом начались задолго до постановки диагноза. Хронический гипертрофический ларингит ей поставили уже давно. Она лечила его с фонологом, часто посещала лор-врача и старалась не запускать ситуацию. Во время беременности у нее резко осип голос, а когда делали кесарево и интубировали во время операции, что-то защемило в горле, и голос пропал совсем.



«Я прихожу в себя от наркоза, а голоса нет. Я пишу анестезиологу и врачу записки, что говорить не могу, а они только отмахиваются, всех больше волновали мой живот и состояние после кесарева. Врач только сказал, что видел какие-то белые пятнышки в горле, но спокойно это сказал. И я этому значения не придавала», – вспоминает Екатерина.

Сначала голос восстановился, но через месяц пропал снова. Потом начались одышка, чувство нехватки воздуха, слабость. Подняться по лестнице с младенцем на руках было сложно. Начали искать причину и пошли опять по врачам. Екатерина – из небольшого поселка под Ярославлем, поехала в городскую больницу. Местные врачи назначали антибиотики и гормоны, которые не помогали.

Мама Екатерины сомневалась и переживала за дочь. Попросила знакомого бывшего военного хирурга, который находился в поселке проездом, посмотреть Кате горло. После осмотра он сказал, что надо точно ехать в Москву. Сначала МРТ, КТ и биопсия пришли чистыми, а потом лор-хирург из Центра на Волоколамке сделал повторную биопсию, уже тщательную и глубокую под общим наркозом, вот она-то и показала, что раковые клетки есть.

«Я даже не могу сказать, что я плакала или растерялась сильно. Наверное, я рада была, что причину нашли и что лечить меня будут хорошие врачи в Москве. Мы план лечения быстро разработали – лучевая, потом операция и приступили сразу. Это было здорово, что все очень быстро!»

Операцию назначили и провели в день рождения Катиного сына, которому исполнялся годик. После лучевой у Кати опять появился голос, и она уже надеялась, что гортань удалят не полностью, как собирались вначале, а сделают резекцию и оставят голосовые связки. Но

врачи во время операции решили не рисковать и удалили трахею целиком. Сразу же поставили голосообразующий протез, который, правда, сначала не работал из-за фарингоспазма.

«Опять я после операции и опять без голоса просыпаюсь. Почему протез не сработал в тот момент, понять не могли. Я молчу и молчу, стала писать на листочках. А для меня это проблема – я парикмахер, и не только сама как мастер работала, но и преподавала много. А тут все – преподавателем работать не могу. Стригла дома у себя год, наверное. А в какой-то момент помещение подвернулось, и я решила, что пора свой салон открывать – развиваться».

Полгода Катя провела молча. В это время она много общалась в сообществах в интернете. Там ей посоветовали обратиться в 62-ю больницу в Красногорске к доктору Елене Николаевне Новожиловой, которая возвращает таким пациентам голоса. Доктор оказалась прекрасная и равнодушная, сразу сказала: «Что это ты у меня такая молоденькая и без голоса?!» – и записала Катю на операцию через две недели.

Теперь у Кати есть голос – грубоватый и немного механический, она говорит, что голосом эти звуки назвать трудно. Но тем не менее наша с ней беседа состоялась по телефону и сложностей в разговоре не было никаких. Скоро в доме праздник – сыну будет 6, а со дня Катиной операции – 5 лет. Катя говорит, что живут они как все люди, все как у всех – семья, работа, спортзал, недавно ребенка водили в аквапарк и плавали с ним вместе на круге.

В своем поселке Катя свой диагноз скрывает. Говорит всем, что у нее был паралич гортани, а теперь ее вылечили.

ли. Не хочет, чтобы ее жалели, чтобы смотрели на нее, как на умирающую.

«Люди плохо понимают, что рак излечим. И вообще очень плохо с анатомией знакомы. Где гортань находится и зачем она нужна – не знают. Очень часто спрашивают, а как ты ешь, и удивляются, что нормально ем, как все люди, потому что пищевод-то у меня не поврежден. Да что говорить, люди голову и то мыть не умеют, каждый второй бальзам для волос в кожу головы втирает», – смеется Екатерина.



Info@russcpa.ru



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



Права пациента



Право на бесплатное лечение для всех граждан России закреплено Конституцией. Однако из-за проблем с финансированием иногда случаются перебои с поставками препаратов и получить нужное лекарство вовремя бывает проблематично. Для онкологических пациентов это жизненно опасная ситуация, так как нарушение схемы лечения может снизить его эффективность.

Мы расскажем, каков порядок получения льготных препаратов и что делать, если возникают проблемы.

Кому положено льготное лекарство

Федеральный льготник – это пациент, которому установлена инвалидность и который не отказался от социального пакета. Такой пациент получает лекарственные средства из специального перечня ЖНВЛП на основании стандартов медицинской помощи, который утверждается Правительством РФ, а **что выходит за пределы стандартов – назначается по решению врачебной комиссии.**

Региональный льготник – это пациент, с которого группа инвалидности снята либо он отказался от социального пакета при оформлении инвалидности, что категорически нельзя делать при онкологических заболеваниях.

ВАЖНО!

Всем онкологическим пациентам имеет смысл оформить статус инвалида, если есть показания, и не отказываться от соцпакета.

Для получения инвалидности необходимо пройти медико-социальную экспертизу, при которой комплексно оценивается со-

стояние 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».

В зависимости от состояния здоровья и группы инвалидность выдается на разные сроки:

- ◆ **I группа** – на 2 года;
- ◆ **II и III группа** – на 1 год;
- ◆ **дети-инвалиды** – 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид».

Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться по его личному заявлению (заявлению его законного или уполномоченного представителя), либо по направлению медицинской организации в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно главным бюро, федеральным бюро.

Получение лекарств в стационаре

При лечении в больнице проблемы с выдачей препаратов случаются реже всего. Все лечение здесь должно быть бесплатно, а все препараты из списка ЖНВЛП должны быть в наличии. Кроме того, врачебная комиссия может принять решение о назначении пациенту препарата, не входящего в льготный перечень, если у пациента наблюдается индивидуальная непереносимость препарата на протяжении нескольких введений. И такой препарат ему также должны обеспечить бесплатно. В том случае если в стационаре вы приобретали лекарства за свой счет, вам необходимо сохранять

документы строгой отчетности. В выписке из стационара должно быть указано лечение, которое вы получали, с подробным описанием препарата и кратности его применения. Впоследствии имеете полное право для возмещения затраченных денежных средств. Для этого необходимо обратиться в свою страховую компанию.

Получение лекарства при амбулаторном лечении

Шаг 1. Обратиться в поликлинику, к которой вы прикреплены, для выписки рецепта

У пациента есть право на получение лекарственного препарата на срок лечения до 90 дней. Согласно приказу Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н рецепты на лекарственные препараты, выписанные на рецептурных бланках формы № 148-1/у-04 (л) и формы № 148-1/у-06 (л) гражданам, достигшим пенсионного возраста, инвалидам I группы, детям-инвалидам, а также гражданам, страдающим хроническими заболеваниями, требующими длительного курсового лечения, действительны в течение 90 дней со дня выписывания.

Для лечения хронических заболеваний указанным категориям граждан рецепты на лекарственные препараты могут выписываться на курс лечения до 90 дней. ***В случае отказа в выписке льготного рецепта обратиться к главному врачу медучреждения с заявлением о неправомерности в отказе в выписке рецепта.***

Шаг 2. Обратиться в льготную аптеку с рецептом

При наличии в аптеке лекарственных средств с дозировкой, отличной от дозировки, выписанной в рецепте врача, работник аптеки может принять решение об отпуске больному имеющихся лекарственных средств, в случае если дозировка лекарственного средства меньше дозировки, указанной в рецепте врача, с учетом перерасчета на курсовую дозу.

В случае если дозировка имеющегося в аптеке лекарственного средства превышает дозировку, указанную в рецепте врача, решение об отпуске больному лекарственного средства принимает врач, выписавший рецепт.

Больному в таком случае предоставляется информация об изменении разовой дозы приема лекарственного средства.

В случае наличия меньшего количества упаковок лекарства вам должны заполнить и выдать на руки корешок рецепта, в котором указано фактическое количество отпущенного препарата на руки.

ВАЖНО!

1. При выдаче лекарственных средств не допускается нарушение первичной заводской упаковки.
2. Работник аптеки также может осуществлять синонимическую замену лекарственного средства.
3. Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов по рецептам осуществляется аптеками и аптечными пунктами, имеющими лицензию на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Шаг 3. Если препарата нет в аптеке

Рецепт обязаны принять на отсроченное обслуживание – зарегистрировать в специальном журнале.

Рецепты на лекарственные средства с пометкой **STATIM** (немедленно) обслуживаются в срок, не превышающий 1 рабочий день с момента обращения больного в аптеку.

Рецепты на лекарственные средства с пометкой **CITO** (срочно) обслуживаются в срок, не превышающий 2 рабочих дней с момента обращения больного в аптеку.

Рецепты на лекарственные средства, **входящие в минимальный ассортимент лекарственных средств**, обслуживаются в срок, не превышающий 5 рабочих дней с момента обращения больного в аптеку.

Рецепты на лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), и не вошедшие в минимальный ассортимент лекарственных средств, обслуживаются в срок, не превышающий 10 рабочих дней с момента обращения больного в аптеку.

Рецепт, выписанный по решению врачебной комиссии, должен быть обеспечен в течение 15 рабочих дней.

ВАЖНО!

Аптечным учреждениям (организациям) запрещается отпускать лекарственные средства по рецептам с истекшим сроком действия, за исключением лекарственных средств по рецептам, срок действия которых истек в период нахождения рецептов на отсроченном обслуживании. Отпуск лекарственного препарата по такому рецепту осуществляется без его переоформления.

Что делать, если препарат в аптеку так и не поступил

Шаг 1. Обратиться на горячую линию уполномоченной фармацевтической организации и узнать причины отсутствия лекарственного средства в аптечном учреждении, есть ли

на складе данный препарат и дату поставки его в аптечное учреждение, а также уведомить, что рецепт принят аптечным учреждением на отсроченное обслуживание. Телефон фармкомпании имеется в льготном аптечном учреждении.

Шаг 2. Написать жалобу на имя администрации лечебного учреждения, главного врача или заведующего отделением.

Шаг 3. Написать жалобу в Министерство здравоохранения и в Росздравнадзор.

При неудовлетворении ваших заявлений следующим шагом будет обращение в прокуратуру и суд. Ответчиком по такому иску будут выступать организация или должностные лица, допустившие нарушение прав пациента.

Все письменные обращения рассматриваются в срок, не превышающий 30 дней со дня его регистрации. Срок рассмотрения искового заявления судом не должен превышать 2 месяцев со дня поступления заявления в суд.

Как вернуть деньги за купленное за свой счет лекарство

Шаг 1. По истечении срока обеспечения рецепта – покупаем лекарственное средство, сохраняем товарный и кассовый чеки.

Шаг 2. Обращаемся в страховую компанию и пишем заявление на компенсацию денежных средств или в ТФОМС субъекта. К заявлению прикладываем ксерокопии чеков, ссылаемся на программу госгарантий и перечень ЖНВЛП, указываем реквизиты, куда осуществлять перевод.

Шаг 3. Срок ожидания – 30 дней.

Что делать, если нужное лекарство не входит в льготный перечень



Согласно п. 5 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) допускаются назначение и применение лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи по решению врачебной комиссии.

По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях назначаются лекарственные препараты, не включенные в перечень ЖНВЛП, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии.

Возможно ли получить лекарство, не зарегистрированное в РФ

В случае необходимости индивидуального применения по жизненным показаниям лекарственного средства, не зарегистрированного на территории Российской Федерации, решение о назначении указанного препарата принимается консилиумом федеральной специализированной медицинской организации,

оформляется протоколом и подписывается главным врачом или директором федеральной специализированной медицинской организации.


ВАЖНО!

Ввоз незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для больных по жизненным показаниям, осуществляется в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации. Ввозимые лекарственные средства подлежат государственному контролю качества в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

Допускается ввоз в Российскую Федерацию конкретной партии зарегистрированных и (или) незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения клинических исследований лекарственных препаратов, проведения экспертизы лекарственных средств для осуществления государственной регистрации лекарственных препаратов **или для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента на основании разрешения, выданного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по соответствующему заявлению, согласно ст. 48 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ**. Рассмотрение такого заявления производится в срок, не превышающий 5 рабочих дней. Плата за выдачу указанного разрешения не взимается.

Куда жаловаться

Если пациенту отказывают в лечении, которое закреплено стандартами, или заставляют платить за препараты, положен-



ные ему бесплатно, или за диагностические процедуры в условиях стационара и т.д., пациент может **позвонить на горячую линию своей страховой компании**, которая выдала полис ОМС. Также можно позвонить на горячую линию регионального минздрава, рассказать о сложившейся ситуации и предупредить, что пациент готов жаловаться в прокуратуру на отказ в оказании медпомощи. Однако иногда для решения конфликтной ситуации бывает достаточно просто обратиться к главному врачу больницы или поликлиники.



Info@russcpa.ru



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

Полезные контакты

МЕДИЦИНСКИЕ ИНСТИТУТЫ

- ◆ **ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России**

115478, г. Москва, Каширское шоссе, 23

*Единая справочная служба: **8 (499) 324-24-24***

www.ronc.ru

- ◆ **МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ
«НМИЦ радиологии» Минздрава России**

125284, г. Москва, 2-й Боткинский пр., д.3

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

www.mnioi.nmicr.ru

- ◆ **ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России**

г. Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68

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

www.niioncologii.ru

- ◆ **ФГБУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России»**

123182, г. Москва, Волоколамское шоссе, 30, корп. 2

Запись по телефону: 8-(499)-968-69-12

www.otolar-centre.ru

- ◆ **НИИ онкологии ФБГУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»**

634028, г. Томск, ул. Савиных, 12/1

Тел. справочное бюро: 8 (3822) 41-80-59

www.onco.tnimc.ru

- ◆ **ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Адрес: 117997, ГСП-7, г.Москва, ул.Профсоюзная, д.86

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

www.rncrr.ru

ПАЦИЕНТСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

- ◆ Объединение пациентов с опухолями головы и шеи

8 800 30 10 20 9 Звонок по России бесплатный

www.russcpa.ru

- ◆ Всероссийский союз пациентов

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

Телефон: (495) 612-20-53

www.patients.ru

ПРОИЗВОДИТЕЛИ ПИТАНИЯ

- ◆ Nestle – www.nestlehealthscience.ru
- ◆ Fresenius – www.fresenius-kabi.com/ru
- ◆ Nutricia – www.nutricia-medical.ru
- ◆ Биовестин – www.biovestin.ru
- ◆ АО «Инфаприм» – www.infaprim.com

ПРОИЗВОДИТЕЛИ ТЕХСРЕДСТВ

- ◆ Медтехника – www.mtudp.ru
- ◆ Provox – www.omniks.ru/provox.html

Информационный буклет для пациентов

**А.М. Мудунов, Н.А. Дайхес, В.В. Виноградов, Д.В. Ларинов,
О.Б. Иванова, О.Б. Хлебодарова**

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

Подготовка в печать Мария Цыбульская
Верстка С. Ланцынова
Корректра Г. Мубаракшина

Подписано в печать с готовых диапозитивов
Формат 148x210. Печать офсетная. Тираж 500 экз.

