



ПОСОБИЕ

для ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ
ЛАРИНГЭКТОМИЮ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО



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

8 800 30 10 20 9

/круглосуточно/

Звонок для жителей России бесплатный

info@russcpa.ru | russcpa.ru



Любая сумма в поддержку
онкологических пациентов

**СМС со словом
БОРИСЬ на 7715**



ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр оториноларингологии
Федерального медико-биологического агентства»

г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 30, к. 2

Телефон: **+7 (499) 968-69-12**

e-mail: otolar@fmbamail.ru

otolar-centre.ru

БИБЛИОТЕКА ПАЦИЕНТА

**ПОСОБИЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЁСШИХ ЛАРИНГЭКТОМИЮ**

1 редакция

Москва

2021

Оформление серии Сергей СВИРИДОВ
Редактор Сергей СВИРИДОВ

Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Решульский С.С., Кравцов С.А.,
Осипенко Е.В., Исаева М.Л., Кривых Ю.С., Михалевская И.А., Борова И.В.
ПОСОБИЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ЛАРИНГЭКТОМИЮ. 1 редакция. – М., 2021.

автор блока психологической помощи:

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

автор юридического блока:

Ольга Борисовна ИВАНОВА – юрисконсульт МРОО «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

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

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



Дорогие читатели!

В настоящее время в связи с развитием современных технологий и совершенствованием методов хирургического лечения получены определенные положительные результаты в лечении рака гортани. III и даже IV стадия рака гортани являются излечимыми. К сожалению, полное удаление гортани – ларингэктомия, приводит к формированию у пациента пожизненной трахеостомы, необходимой для дыхания. Глоточно-пищеводный анастомоз обеспечивает создание нового пищевода пути, но при этом пациент утрачивает голос.

Как вернуть пациенту способность разговаривать? Как ухаживать за своей трахеостомой? Что может улучшить качество жизни пациента? Ответы на эти и другие наиболее часто встречающиеся вопросы мы постарались дать наиболее полно в данной брошюре. Она создана оториноларингологами совместно с онкологами, радиологами, специалистами по лекарственной терапии и другими специалистами.

Пособие создано для повышения знаний и умений пациента и его близких на пути его комплексной реабилитации и успешного возвращения в общество.

**С наилучшими пожеланиями,
коллектив авторов**

СОДЕРЖАНИЕ

РАК ГОРТАНИ _____ 6

ТРАХЕОСТОМА _____ 10

ТРАХЕОСТОМИЧЕСКАЯ ТРУБКА

МОДЕЛИ ТРАХЕОТОМИЧЕСКИХ ТРУБОК

ВЫБОР ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ

УХОД ЗА ТРАХЕОСТОМОЙ

САНАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ГОРТАНИ** _____ 24

ОСОБЕННОСТИ ДЫХАНИЯ ЧЕРЕЗ ТРАХЕОСТОМУ

УВЛАЖНЕНИЕ ВОЗДУХА

УТЕПЛЕНИЕ И ОЧИЩЕНИЕ ВОЗДУХА

ФОНАЦИОННЫЕ КЛАПАНЫ

ЗАЩИТА ТРАХЕОСТОМЫ ВО ВРЕМЯ ПРИНЯТИЯ
ДУША

ВОДНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ТРАХЕОСТОМОЙ

**ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ
ЛАРИНГЭКТОМИИ** _____ **31**

ЭЛЕКТРОГОРТАНЬ

ПИЩЕВОДНЫЙ ГОЛОС

ТРАХЕОПИЩЕВОДНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ
С УСТАНОВКОЙ ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗА

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ЗУБАМИ _____ **50**

ПОДДЕРЖКА ОБОНЯНИЯ И ВКУСА _____ **54**

**НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ ПОСЛЕ
ЛАРИНГЭКТОМИИ** _____ **58**

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ МЫШЦ ПРИ
ПОРАЖЕНИИ НЕРВОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ** _____ **62**

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА _____ **72**

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ _____ **79**

ПОЛЕЗНЫЕ КОНТАКТЫ _____ **94**



РАК ГОРТАНИ



Гортань является частью верхнего отдела дыхательных путей, через которые воздух поступает в лёгкие. Именно в гортани находятся голосовая щель и голосовые связки, благодаря которым мы говорим.



Гортань имеет несколько функций, среди них наиболее значимые – дыхательная, защитная, голосообразующая и разделительная.

Рак гортани – злокачественная опухоль, развивающаяся из нероговевающего эпителия гортани. Злокачественное новообразование может возникнуть в различных отделах гортани, способно к экзофитному (внешнему) и эндофитному (внутреннему) росту, в процессе своего развития может сопровождаться регионарным и отдаленным метастазированием. Злокачественные опухоли гортани занимают до 60% всех случаев онкологических заболеваний головы и шеи и чаще встречаются у мужчин преимущественно старше 60 лет.

При анализе частоты заболеваемости раком гортани в различных регионах учитывают комплекс факторов – степень урбанизации, географические особенности, профиль промышленных предприятий. В промышленных городах рак гортани встречается в 1,5–2 раза чаще, чем в сельской местности. Наиболее значимым и широко распространённым канцерогенным фактором считают курение. По данным ВОЗ, употребление табака было причиной рака гортани у 85% больных. Также немаловажными факторами развития рака гортани считают работу в условиях повышенной запыленности (особое значение имеют металлическая пыль и пыль, содержащая радиоактивные или вредные химические вещества) и высокой температуры, контакт с горюче-смазочными материалами и другие.

ВАЖНО!

Накоплены доказательства высокой синергической канцерогенной активности курения и злоупотребления алкоголем.

В структуре онкологической заболеваемости мужского населения рак гортани составляет 2,3%. Среди всех заболевших раком гортани мужчины составляют 96%, женщины в данной патологии занимают 4%. Средний возраст (по данным литературы) среди мужчин составляет 40–65 лет, среди женщин – 65–70 лет. Типичная морфологическая форма злокачественной опухоли гортани – плоскоклеточный рак (ороговевающий – в 75–80% случаев, с тенденцией к ороговению – 17,5–18,5%, неороговевающий – 6–8%). При первичном обращении 60–70% пациентов имеют III–IV стадию заболевания, 33,9% – I или II стадию заболевания, что связано с длительным бессимптомным течением.

При раке гортани T3, N0, N1 (в большинстве случаев требующие ларингэктомию) рекомендована конкурентная химиолучевая терапия с включением цисплатина или только лучевая терапия (если пациент не подходит для конкурентной химиолучевой терапии), или же хирургическое лечение в объеме ларингэктомии с резекцией щитовидного хряща на стороне поражения +/-одно/двусторонней шейной лимфодиссекцией (при N+)¹. При обнаружении злокачественного новообразования гортани рекомендуется рассматривать хирургическое вмешательство как основной метод радикального лечения данных пациентов. По возможности необходимо выполнить удаление первичной опухоли единым блоком, при этом полный объем хирургического лечения зависит от степени распространённости первичной опухоли.

¹ Клинические рекомендации. Рак гортани, 2018.



Ларингэктомия – это объёмное хирургическое вмешательство, направленное на удаление опухоли в области первичного очага и зонах регионарного лимфооттока.

Ларингэктомия приводит к инвалидизации больного, потери голосовой функции. По этой причине рак гортани имеет социальную значимость. Часть пациентов отказывается от хирургического вмешательства именно вследствие перспективы утраты голосовой функции, что даёт высокий процент летальности пациентов в течение первого года с момента установления диагноза, который составляет в среднем 27,1%. При этом пятилетняя выживаемость при III стадии заболевания не превышает 50%, при IV – 30%.

После полного удаления гортани у пациента остается трахеостома – это стойкое соустье полости трахеи с окружающей средой, при котором стенка трахеи подшита к коже передней поверхности шеи. Является пожизненным и обеспечивает поступление воздуха в дыхательные пути.



info@russcpa.ru



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



ТРАХЕОТОМИЯ

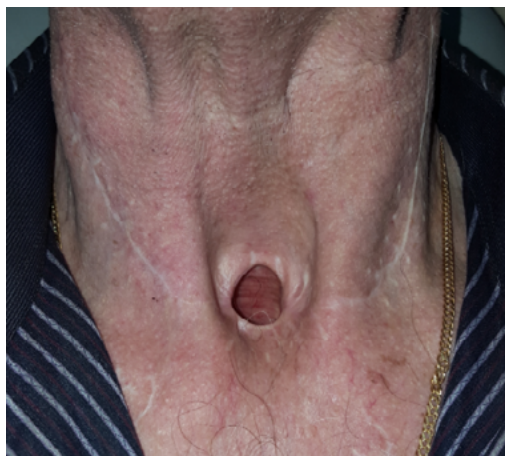


При некоторых заболеваниях пациент не может дышать через естественные пути (нос, рот, гортань), поэтому возникает необходимость в создании альтернативного способа поступления воздуха в легкие. Для этого проводится трахеостомия – операция по рассечению передней стенки трахеи с формированием отверстия (стомы) на передней поверхности шеи, через которое осуществляется дыхание.

ВАЖНО!

Трахеостома позволяет пациенту жить и дышать самостоятельно.

Как правило, это временная мера для обеспечения дыхания пациента, и после устранения угрозы для дыхания пациент может вернуться к обычной жизни и дыханию через горло и нос. Такая трахеостома называется временной. Однако у пациентов после удаления гортани (ларингэктомии) трахеостома остается пожизненно. У десятков тысяч людей в мире постоянная трахеостома, которая дает возможность не быть прикованным к кровати и жить полноценной жизнью.



Вид пациента с трахеостомой
Фото из архива НМИЦО

Трахеостомическая трубка

Трахеостомическая трубка, или канюля, – это специальное медицинское изделие, которое помещается через трахеостому в трахею для поддержания постоянного размера трахеостомического отверстия.

В некоторых случаях, когда при удалении трубки на шее сохраняется стойкий, достаточный для дыхания просвет, лечащим врачом может быть рекомендовано ношение бесканюльной трахеостомы.

Трахеостомические трубки изготавливают из различных материалов, также они имеют различные модели и размеры. Материал, из которого изготовлена трахеостомическая трубка, должен отвечать некоторым требованиям: он должен легко мыться, быть достаточно прочным, гипоаллергенным и не вызывать раздражения окружающих тканей. Для производства используют металл, пластик и силикон. Жёсткие трубки из пластика и металла могут травмировать слизистую трахеи, способствовать образованию грануляций и пролежней в области стомы. Наибольшее распространение получили трубки из медицинского силикона. Они менее травматичны и способны становиться мягче и принимать форму трахеи под воздействием температуры тела, а также в достаточной мере отвечают всем



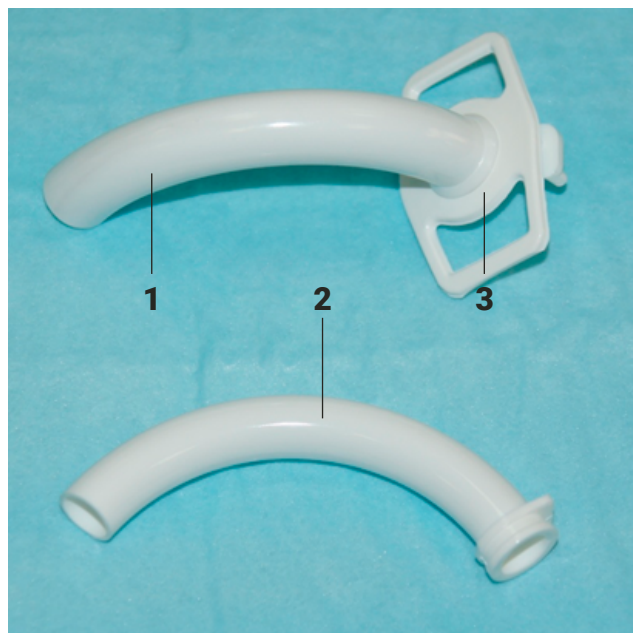
Трахеостомические трубки из различного материала слева направо: металлическая, пластиковая, силиконовая

Фото из архива НМИЦО

выдвигаемым к трахеостомической трубке требованиям. Силиконовые трубки не должны подвергаться стерилизации, и после нескольких раз использования подлежат замене. Иногда встречаются трубки с серебряным покрытием, которое обладает антибактериальным эффектом, но они более жесткие и травматичные.

Модели трахеостомических трубок

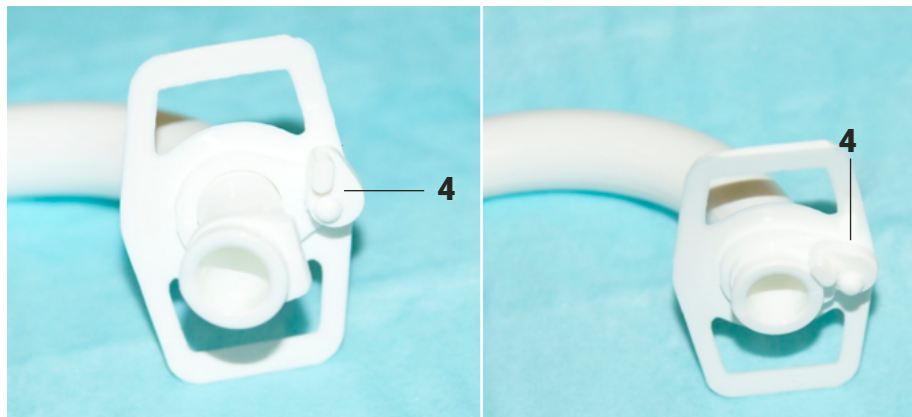
Трахеостомические трубки бывают двойными и одинарными. Двойная трубка состоит из наружной трубки (1), внутренней сменной трубки (2), которая устанавливается в просвет наружной трубки, а также наружного фланца (3) с отверстиями для фиксации на шее.



Трахеостомическая трубка из пластика

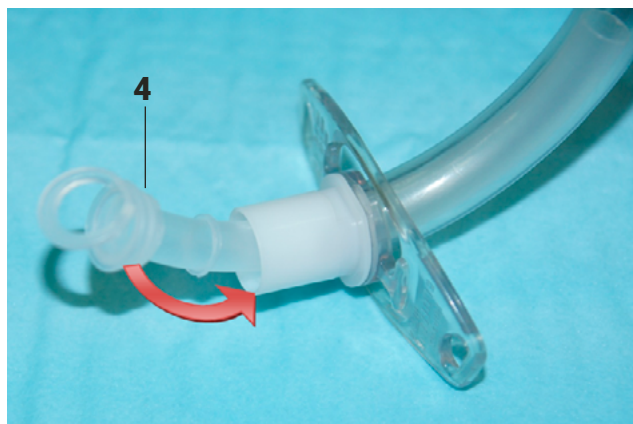
*Фото из архива
НМИЦО*

Для внутреннего вкладыша в просвете наружной трубки, имеется специальный фиксатор (4). Фиксатор может иметь различную конструкцию, наиболее распространенные варианты представлены ниже.



Фиксатор внутренней сменной трубки (слева в открытом состоянии, справа в закрытом)

Фото из архива НМИЦО



Фиксатор внутренней трубки

Фото из архива НМИЦО

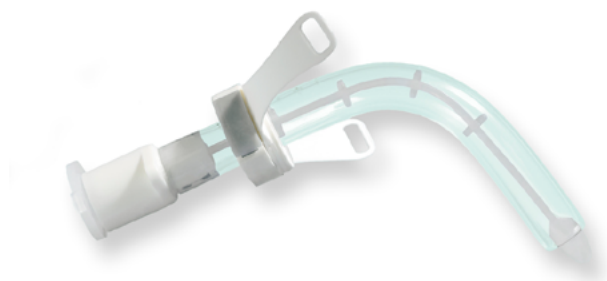
Двойные трубки очень удобны для использования. Внутренняя трубка легко вынимается для обработки или замены, однако из-за толщины стенок диаметр отверстия для дыхания незначительно сужается.

Существуют трахеостомические трубки со специальным 15-миллиметровым коннектором (переходником) для присоединения дополнительных приспособлений (тепловлагообменника, голосового клапана, заглушки и так далее). Коннектор может быть как неотделимой частью трубки, так и съемным аксессуаром.

Также есть модели с дополнительными отверстиями в области изгиба, предназначенные для дыхания через естественные пути.

Трахеостомическая трубка с коннектором

Фото из свободного доступа Интернет



Адаптер (переходник), позволяющий установить дополнительные устройства на трахеостомическую трубку без коннектора

Фото из свободного доступа Интернет



**Модель
с дополнительными
отверстиями для
дыхания через
естественные пути**

*Фото из архива
НМИЦО*

Выбор трахеотомической трубки

Подбор трахеотомической трубки осуществляется врачом индивидуально для каждого пациента.

Выбор трахеотомической трубки осуществляется на основании трех параметров – внутренний диаметр (обозначается I.D.), наружный диаметр (O.D.) и длина трубки (все размеры указываются в миллиметрах). Размер внутреннего диаметра трахеотомической трубки для взрослых варьирует от 6 до 10 мм.

ВАЖНО!

Размеры трахеостомических трубок разных фирм-производителей могут отличаться друг от друга, поэтому при необходимости замены модели трахеостомической трубки необходимо посоветоваться с врачом.

Если у вас часто возникают трудности с введением трубки, необходимо проконсультироваться с врачом. Самостоятельная бесконтрольная замена трубки на меньший размер может привести к сужению стомы и необходимости ее хирургического расширения.

Уход за трахеостомой

Трахеостомическая трубка и мокрота раздражают кожу и мягкие ткани шеи вокруг трахеостомы. Для предупреждения развития воспалительных реакций со стороны кожи и формирования грануляционной ткани вокруг трахеостомического отверстия необходим ежедневный уход за трахеостомой (не менее 2–3 раз в день).



Внешний вид трахеостомы с участками воспаления кожи вокруг трахеостомического отверстия

Фото из архива НМИЦО



Для уменьшения раздражающего действия трахеостомической трубки на кожу необходимо использовать специальные сменные тканевые прокладки, располагаемые между наружным флянцем и кожей.

Пример тканевой прокладки

Фото из архива НМИЦО

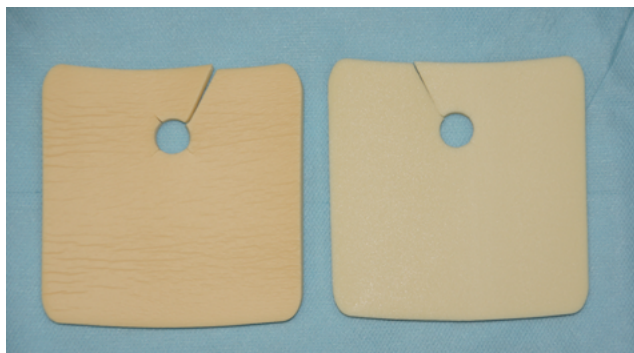
Тканевые прокладки нужно менять по мере загрязнения, но не реже чем 2 раза в день. Сменные тканевые прокладки приобретаются в специализированном магазине или изготавливаются самостоятельно.



Прокладка для трахеостомы

Фото из свободного доступа Интернет

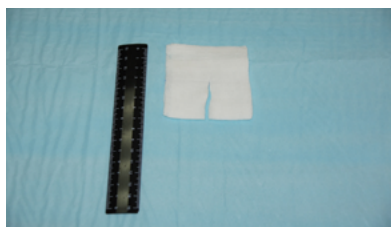
Прокладки для трахеостомы предназначены для впитывания мокроты, уменьшения раздражения кожи, прикрытия раны. Существуют прокладки с посеребренным покрытием, которые хорошо дезинфицируют и не прилипают к коже. Прокладки с высокой сорбционной способностью применяются, когда из трахеостомы мимо канюли выделяется кровь или мокрота. Компрессы для уменьшения давления трубки уменьшают давление крылышек трубки на кожу и раздражение кожи под крылышками.



**Компрессы для
уменьшения
давления трубки**

Фото из архива
НМИЦО

Для самостоятельного изготовления, как правило, используется чистая марля (можно использовать широкий бинт), сложенная в несколько слоев, с одной стороны которой делается линейный разрез до ее центра. Прокладки из марли следует изготавливать таким образом, чтобы ворсинки ткани не могли попасть в трахею во время вдоха. Этапы самостоятельного изготовления сменных прокладок для трахеостомической трубки представлены ниже:



1. Сложите в 4 слоя фрагмент широкого бинта, подвернув края так, чтобы они оказались между слоями и сделайте разрез в средней части марлевой прокладки до ее среднего отдела.



2. Расположите тканевую прокладку на трахеостомической трубке разрезом вверх.

К наружным фланцам трубки подвязываются фиксаторы (шейные ленты, завязки, подвязки для фиксации трубок, держатели трахеостомических трубок), которые могут быть изготовлены самостоятельно из бинта или приобретены в специализированном магазине.



Шейные ленты

Фото из свободного доступа Интернет

При смене тканевой прокладки после её удаления производится обработка кожи вокруг трахеостомы, удаляются слизь, мокрота и корочки. Для этого используется влажный марлевый тампон (не рекомендуется использовать вату, так как её частицы могут попасть в трахею во время вдоха).

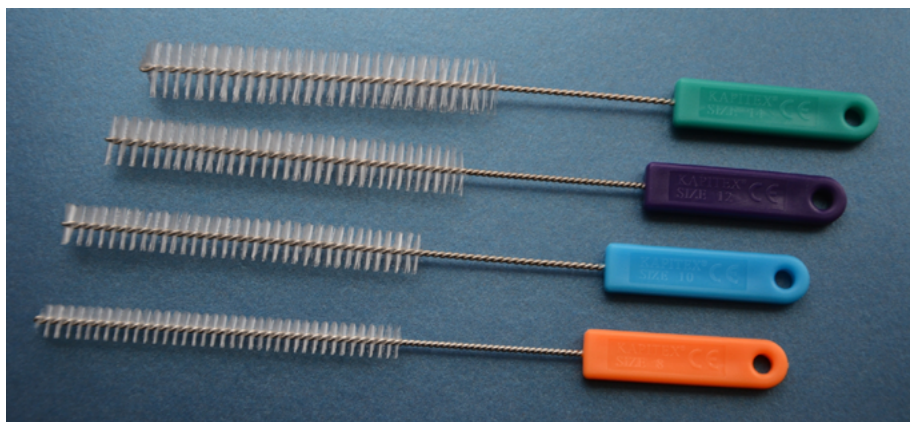
ВАЖНО!

Размер марлевого тампона должен превышать размер трахеостомического отверстия.

Смачивать тампон можно в чистом физиологического растворе. При наличии воспаления кожи желательно использовать неспиртовые антисептики (водный раствор хлоргексидина 0,05%, «Мирамистин»).

Марлевый тампон должен быть смочен умеренно для предупреждения попадания жидкости в трахею. После удаления слизи, мокроты и корочек кожу осушают чистым сухим марлевым тампоном, прикладывая его к коже (следует избегать трущих движений), при необходимости можно обработать кожу мазью или кремом. Устанавливается чистая марлевая прокладка под флянец трахеостомической трубки.

Для удаления слизи из просвета трахеостомической трубки необходимо изъять внутреннюю трубку. Внутренняя трубка тщательно очищается специальной щёткой под проточной водой.



Щётки для очистки трахеостомических трубок

Фото из свободного доступа Интернет

При невозможности очистить внутренний вкладыш трахеостомической трубки от слизи, его следует замочить в растворе 3% перекиси водорода на 10–15 минут. После повторить промывание под проточной водой с использованием щетки. Менять внутреннюю трубку следует не реже одного раза в день.



Не стоит самостоятельно пытаться полностью заменить трахеостомическую трубку, если вы этого никогда не делали! Необходимо обратиться к врачу по месту жительства за помощью или вызвать бригаду скорой помощи.

Для полной замены трахеостомической трубки потребуется аналогичная заранее приготовленная к установке трахеостомическая трубка с фиксаторами на наружном фланце для крепления на шее и подготовленная тканевая прокладка.



Трахеостомическая трубка, подготовленная на замену

Фото из архива НМИЦО

Наружную поверхность трахеостомической трубки можно обработать тонким слоем масляных растворов или специальных мазей для меньшей травматизации слизистой оболочки трахеи.

Санация дыхательных путей

Очищать трахею и бронхи от скопившейся мокроты нужно не менее 2 раз в сутки. Для улучшения отхождения мокроты из трахеи и предупреждения формирования корочек в просвете трахеостомической трубки и трахеи необходимо производить капельное вливание в просвет трубки 1–3 мл теплого раствора пищевой соды (1 чайная ложка соды на стакан теплой кипяченой воды). Просвет трахеостомической трубки и трахеи санится при помощи электроасpirатора (медицинского отсасывателя) с использованием специальных гибких катетеров.

ВАЖНО!

Используемый электроасpirатор должен иметь мощность не более 100 мм ртутного столба!

Для профилактики образования вязкой мокроты очень важно соблюдать водный режим – пить много воды или чая.



info@russcpa.ru



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



**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ
УСТРОЙСТВА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С РАКОМ ГОРТАНИ**

Особенности дыхания через трахеостому

При дыхании через естественные пути, во время вдоха воздушные потоки проходят через полость носа, глотки, гортани и далее попадают в трахею и легкие. Во время прохождения через верхние дыхательные пути воздух очищается, увлажняется и согревается.

Когда дыхание осуществляется через трахеостому, полости носа, глотки и гортани исключены из акта дыхания. Воздух не согревается, не увлажняется и не очищается должным образом, а напрямую попадает в трахею, а затем в легкие, что приводит к высокому риску возникновения заболеваний нижних дыхательных путей.

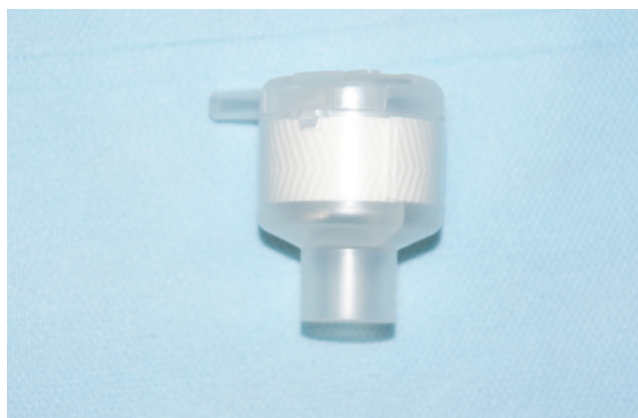
Эти особенности дыхания у пациентов с трахеостомой диктуют необходимость использования дополнительных средств, позволяющих очистить, согреть и повысить влажность вдыхаемого воздуха.

Увлажнение воздуха

Сухой воздух вызывает раздражение слизистой оболочки дыхательных путей, ощущение першения и сухости, при этом мокрота и сухие корки могут закупорить трахеостомическую трубку. Поэтому пациенты с трахеостомой нуждаются в дополнительном увлажнении воздуха, которое можно осуществить несколькими способами:

- использованием в комнате увлажнителя воздуха;
- развешиванием мокрых полотенец в комнате в тёплое время года или на батареях центрального отопления в холодное;
- использованием влажного фартука для прикрывания трахеостомы;
- ингаляциями с физиологическим раствором через трахеостому с помощью ингалятора (компрессорного небулайзера) и специальной маски;
- использованием тепловлагообменников или фильтров HME.

Тепловлагообменники используются для увлажнения, подогрева, очистки вдыхаемого воздуха от частиц пыли и инфекционных агентов, который поступает в лёгкие через трахеостому. Также благодаря их использованию повышается сопротивление выдоху, что активизирует легочное дыхание. Надевается тепловлагообменник на вывод (коннектор) трахеостомической трубки. Пациенты с голосовым протезом могут использовать специальные тепловлагообменники с фонационными клапанами.



**Тепловлагообменник
«Искусственный нос»**

*Фото из архива
НМИЦО*

Утепление и очищение воздуха

Холодный воздух, поступающий через трахеостому непосредственно в лёгкие, может способствовать возникновению пневмонии. В холодное время года нужно прикрывать стому платком, не вдыхать глубоко, находясь на холоде.

Многие пациенты с трахеостомой подбирают себе шейные платки, которые выглядят очень стильно, или используют специальные фартуки. В качестве дополнительной защиты можно использовать медицинскую маску.



Примеры фартуков

Фото из свободного доступа Интернет

Кроме того, существуют специальные фильтры, которые задерживают бактерии и пыль на своей наружной поверхности во время вдоха, а при выдохе задерживают влагу на своей внутренней поверхности, согреваясь воздушной струей из легких, таким образом обеспечивая согревание и увлажнение воздуха и во время вдоха. Использовать один фильтр можно до 5 суток, в зависимости от степени загрязнения окружающего воздуха.



Пациент с бесканюльной трахеостомой и фиксированным пластырем с фильтром

Фото из архива НМИЦО

Для пациентов с бесканюльной трахеостомой (не пользующихся трахеостомической трубкой) разработаны специальные пластыри с отверстием для установки фильтра. Выпускаются различные модели пластырей, различных по используемому материалу, форме, степени надежности фиксации к коже.

Фонационные клапаны

Фонационный клапан сконструирован таким образом, что вдох воздуха осуществляется через трахеостому, а выдох направлен в сторону голосовой щели. Соответственно, пациенты с головным протезом могут разговаривать без привлечения рук. Если трахеостомическая трубка не используется, фонационный клапан можно прикрепить через кнопку-кольцо или накожный коннектор.



Голосовые клапаны
Фото из свободного
доступа Интернет

Защита трахеостомы во время принятия душа

Во время водных процедур необходимо следить, чтобы вода не попала в стому и дыхательные пути.

ВАЖНО!

Сложности вызывает даже приём вертикального душа, поэтому ни плавать, ни тем более нырять нельзя!

Принимая душ, следует пользоваться гибким душем ниже стомы, либо специальными приспособлениями, которые исключают попадание воды в стому. Как правило, такие приспособления крепятся за шею и представляют собой специальную накладку на стому, которая защищает от попадания во время принятия душа, но при этом не мешает дыханию. Это приспособление позволяет комфортно принимать душ людям с постоянной или временной трахеостомой.



Варианты защиты трахеостомы для принятия душа
Фото из свободного доступа Интернет

Водная терапия у пациентов с трахеостомой

Для улучшения качества жизни пациентов после ларингэктомии создан аппарат для водной терапии, который делает возможным дыхание через нос, закрывает трахею от попадания воды. Аппарат представляет собой комбинацию гибкого шланга с мундштуком и трахеостомической канюли.

Он надежно защищает трахею от попадания воды и делает возможным вдыхание воздуха через нос. Применяется в рамках акватерапии трахеостомированных пациентов, при водных процедурах, а также при сеансах терапевтического плавания в период реабилитации пациента.

Каждый аппарат создается на основании предписаний врача, индивидуально для каждого пациента. Обучение применению данного аппарата происходит инструктором, в дальнейшем аппарат может применяться самостоятельно при плавании в бассейне или в открытых водоёмах.

Аппарат для водной терапии

Фото из свободного доступа Интернет



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



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



ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Голос – одно из основных средств коммуникации человека, и отсутствие возможности говорить после ларингэктомии является очень тяжелой утратой. Необходимо приложить немало усилий и потратить время, чтобы научиться говорить снова. Существуют различные методы восстановления голосовой функции, которые постоянно совершенствуются.

Электрогортань

Электрогортань, или голосообразующий аппарат, представляет собой вибрирующий прибор, который прикладывается к шее для преобразования колебания мышц в звук.

Преимуществом метода является то, что его можно использовать в самые ранние сроки после операции. Разборчивость речи при этом зависит от четкости артикулирования и синхронизации включения аппарата.

Образующийся при помощи электрогортани голос – «механический»: тусклый, лишённый интонации, с металлическим оттенком. Современные модели голосообразующих аппаратов позволяют незначительно регулировать тембр голоса, что улучшает качество звучания. Преимуществом голосообразующего аппарата, по сравнению с трахеопищеводным шунтированием, является отсутствие необходимости повторного хирургического вмешательства.



**Электрогортани
различных
производителей**
Фото из свободного
доступа Интернет



Применение электрогортани

Фото из архива Ассоциации «Здравствуй!»

Электрогортань включается с помощью кнопки, расположенной на корпусе.

ВАЖНО!

Перед началом использования голосообразующего аппарата необходимо подобрать наиболее удобное место на шее для произнесения звуков. Отеки и рубцовая ткань нередко заглушают звук. Кроме того, ткани, подвергшиеся облучению, также плохо пропускают вибрации. Эта оптимальная область на шее может в процессе реабилитации изменяться.

Для того, чтобы понять, где звучание будет оптимальным, необходимо артикулировать звуки «А», «О», «У» и менять место приложения аппарата. В момент начала произнесения нажимается кнопка и удерживается, пока произносится звук или слово, сразу же после завершения произнесения кнопка отпускается. Затем необходимо произносить простые слова: например, «мама, пока, хорошо». Важно именно чётко артикулировать слово, а не говорить шёпотом. Необходимо синхронизировать

движение руки и речь. Аппараты постоянно совершенствуются, модернизируется корпус, меняются индивидуальные настройки голоса по высоте и силе в зависимости от ситуации.

Обучиться применению электрогортани можно в достаточно короткие сроки. Как правило, достаточно 1–2 занятий с логопедом. Некоторые пациенты самостоятельно овладевают голосом с помощью электрогортани и легко общаются с окружающими.

Основные принципы ускоренного самообучения

1. Не связывать произношение звука с выдохом. Звук (колебания воздуха) в полости рта производит прибор, а пациент только модулирует его своими артикуляционными органами.
2. Ориентировать и контролировать прижатие мембраны аппарата к одному из наиболее «звучащих» участков шеи в области горла, добиваясь максимальной громкости и чёткости звука.
3. Обучаться произношению следует начиная с гласных, независимо от национального языка. Прибор, заменяющий голосовые связки, дает «голос», то есть звук, а артикуляционные органы формируют «имя» этому звуку, и пациент «получает» соответствующую гласную букву.
4. Озвучивать гласные (А, О, У, Э, И) с помощью приведенной схемы.

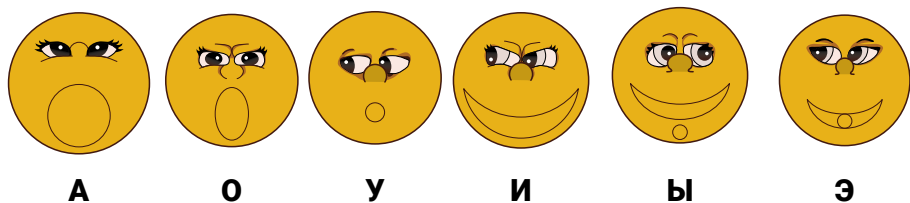


Схема озвучивания гласных

Изображение из свободного доступа Интернет

5. Компоновать разборчивую речь с помощью синхронизации работы голосообразующего аппарата и артикуляционных органов, доводя до автоматизма взаимосвязь включения/выключения аппарата со смыслом и темпом речи.

ВАЖНО!

Важно знать, что отечественные модели могут быть предоставлены больным бесплатно или с частичной компенсацией.

Пищеводный голос

Данная методика признана физиологичной и поэтому наиболее широко применяется на практике. Восстановление звучной речи у лиц без гортани возможно только при создании компенсаторного органа голосообразования. Этим органом может быть физиологическое сужение в пищеводе на уровне IV–VI шейных позвонков, называемое псевдоголосовой щелью. При фонации происходит смыкание стенок пищевода протяженностью до 3,5 см. Ниже псевдоголосовой щели находится воздушный пузырь, который и является энергетической базой голосообразования. Благодаря систематическим логопедическим тренировкам, сфинктер у входа в пищевод (*m. cricopharyngeus*) приобретает способность расслабляться и сокращаться.

При формировании нового способа звучной речи необходимо обе функции отделить друг о друга, так как при псевдоголосе струя легочного воздуха не участвует в фонации, но даже мешает, заглушая своим шумом получаемый звук. Другая трудность заключается в том, что необходимо обеспечить попадание воздуха в пищевод, которая может осуществляться двумя способами: отрыгиванием заглатываемого воздуха или озвучивание речи одновременно с отрыгиванием воздуха сразу после заглатывания.



Приступать ко всем логопедическим восстановительным занятиям можно после операции, но по завершении курса лучевой терапии, так как общая адаптация в период проведения лучевой терапии снижает эффективность занятий.

Противопоказаниями к созданию пищевого голоса являются метастазы, резкое раздражение кожи вокруг трахеостомы, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, послеоперационные свищи, лучевое лечение, снижение слуха. Логопедический метод голосовой реабилитации является наиболее физиологичным и малоинвазивным, пищевой голос можно сформировать в 62–91% случаев.

Для успешного продуцирования эзофагального голоса сначала нужно научиться правильной технике дыхания, с активным участием диафрагмы. При этом вдох осуществляется за счёт движения диафрагмы и нижних отделов грудной клетки с минимальным участием межрёберной мускулатуры.

Освоение диафрагмального дыхания является крайне важным и необходимым условием для формирования качественного эзофагального голоса. Такое дыхание позволяет создать необходимый резервуар с воздухом именно в верхней трети пищевода, что крайне важно, так как воздушная струя не должна начинаться из желудка, что существенно затруднит эзофагальную фонацию.

Одной из самых сложных задач является обучение формированию направленной из пищевода воздушной струи. Сложность заключается в том, что пациент неосознанно связывает механизм фонации и дыхания. При эзофагальном голосе оба эти механизма существуют отдельно, при этом струя легочного воздуха не только не участвует, но и препятствует пищевой фонации.

Логопедические занятия возможно начинать уже в стационаре через 3–5 дней после операции, продолжительностью от 5 минут. Амбулаторно срок занятий составляет от одного до шести месяцев, время занятий постепенно увеличивается. Раннее начало коррекционно-педагогической работы позволяет предотвратить нарушение коммуникации: закрепление беззвучного шепота, использование активной жестикуляции, общения при помощи письма.

ВАЖНО!

На подготовительном этапе особое внимание уделяется занятиям лечебной физкультурой, направленной на адаптацию к новому типу дыхания через трахеостому, тренировке мускулатуры верхних отделов пищевода и диафрагмы.

Выполняются упражнения, направленные на активизацию мимической мускулатуры, движения губ и нижней челюсти. Осуществляется тренировка речевого слуха.

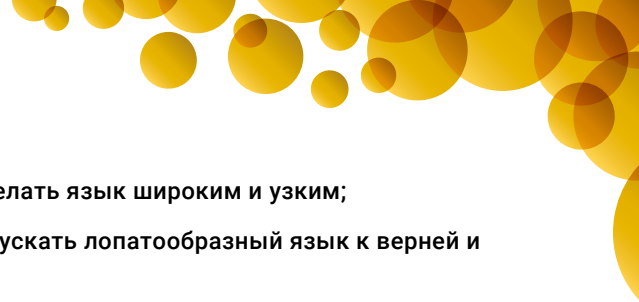
АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ:

- 1) Надуть левую щеку;
- 2) Надуть правую щеку;
- 3) Надуть обе щеки;
- 4) Втянуть обе щеки;
- 5) Набрать воздух под верхнюю губу;
- 6) Набрать воздух под нижнюю губу;
- 7) «Прополоскать» рот воздухом;
- 8) Выдвинуть губы вперед трубочкой;

- 9) Растягивание губ в улыбке при раскрытых и закрытых челюстях;
- 10) Втягивание губ внутрь рта, с плотным прижатием к зубам;
- 11) Прикусывание нижней губы верхними зубами;
- 12) Прикусывание верхней губы нижними зубами;
- 13) Открывание и закрывание рта с прищелкиванием зубами;
- 14) Движение нижней челюсти вниз, вперед, назад;
- 15) Движение нижней челюсти влево, вправо;
- 16) Щёлкнуть языком и резко опустить нижнюю челюсть вниз.

АРТИКУЛЯЦИОННАЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ, ГУБ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) широко открыть рот, зубы видны, язык выдвинуть вперед, затем убрать максимально назад, рот закрыть;
- 2) передним краем языка достать левый угол рта, затем правый;
- 3) движение языка вверх, вниз (поднимать к твердому нёбу);
- 4) «покусать» передний край языка;
- 5) попеременно упирать язык в левую и правую щеки;
- 6) достать языком верхнюю губу;
- 7) достать языком нижнюю губу;
- 8) счет зубов кончиком языка;
- 9) облизать губы, надавливая языком на красную кайму губ;
- 10) упереть язык в нижние зубы, затем в верхние;
- 11) массировать языком твердое нёбо;

- 
- 12) попеременно делать язык широким и узким;
 - 13) поднимать и опускать лопатообразный язык к верхней и нижней губам;
 - 14) языком поднять верхний угол рта;
 - 15) языком поднять нижний угол рта;
 - 16) язык выгнуть трубочкой и слегка закусить между зубами;
 - 17) поочередное загибание переднего края языка к твердому небу и вниз, к верхней и нижней губе, к носу и подбородку.

После того, как пациент освоит диафрагмальное дыхание и методику формирования воздушного потока из резервуара в верхней трети пищевода, можно приступать к тренировке так называемого озвучивания воздушного потока при помощи новой голосовой щели или неоглоттиса.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ МЫШЦ КРИОФАРИНГЕАЛЬНОГО СФИНКТЕРА – НЕОГЛОТТИСА:

1. Исходное положение стоя, слегка наклонившись вперед и свободно опустив руки, больной с открытым ртом при напряжении мышц живота и подъеме диафрагмы подражает рвотному движению, задержав дыхание. Упражнение выполняется 3 раза подряд.
2. Пациент ложится на кушетку без подушки, 2–3 минуты лежит спокойно. Затем втягивает живот, тем самым поднимается диафрагма, и делает подобие рвотного движения, задержав дыхание.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ТЕХНИКЕ НАКОПЛЕНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОГО РАСХОДОВАНИЯ ВОЗДУХА:

При выдохе живот втягивается с произношением звуков: «П», «К», «Т», «Р», «С», «Ш», «З» и так далее. Каждый звук повторять не менее четырёх раз, также надо стараться чтобы звуки были не гортанными, а больше работать губами. Как было сказано выше, занятия проводятся перед зеркалом – отрыть широко рот и поднимая мягкое небо произнести гласный звук «А», несколько раз.

Далее произносятся отдельные прямые слоги: КА, КО, КИ, КУ, КЫ; ПА, ПО, ПУ, ПЫ; ТА, ТО, ТУ, ТЫ; РА, РО, РУ, РЫ; СА, СО, СУ, СЫ, затем обратные АК, ОК, УК, ЫК, АП, ОП, УП, ЫП и так далее.

При произношении звука «М», его следует тянуть с закрытым ртом так, чтобы на губах ощущалась вибрация. Произнести МА-МО-МУ-МЫ, НА-НО-НУ-НЫ, АМ-ОМ-УМ-ЫМ, АН-ОН-УН-ЫН, затем слоги произносить попарно и далее по 3 и 4 на один выдох.

Установить спичку между зубами и произнести звук «Ссссссссс», затем отрабатывать слог – «Ссссссссс-а», аналогично со звуком «Ш» – «Шшшшшш-а».

Слоговые упражнения отрабатываются со всеми согласными алфавита: «БИ-БА», «ВИ-ВА», «НИ-НА», «СИ-СА», «ЖИ-ЖА» и так далее.

Затем нужно перейти к произношению слогов со стечениями согласными, например: ВРА-ВРО-ВРУ-ВРЫ, БДА-БДО-БДУ-БДЫ, ЗРА-ЗРО-ЗРУ-ЗРЫ, ГДА-ГДО-ГДУ-ГДЫ, ПРА-ПРО-ПРУ-ПРЫ, ПДА-ПДО-ПДУ-ПДЫ и так далее.

Далее произношение односложных слов, в которых присутствуют вышеуказанные звуки: КОТ, КУК, ТОТ, ТУК, ПОП, ПИП, РОТ, КРОТ, ТУТ, ТАМ, КАР, КРАН, КАК, КРОС, ИКС, КИТ.

**Присоединение чтения по десять коротких слов с
йотированными гласными, например:**

- ЯМА, ЯВЬ, ЯВА, ЯД, ЯК, ЯТЬ, ЗЯТЬ, БЯЗЬ, ВЯЗЬ, МЯЧ, МЯТА.

- ИВА, ДИВА, ИРА, ПИВО, ГИД, КИТ, ИЛ, ИРИС, ИМЯ, ИКС.

- ЕЛЬ, КЕКС, ПЕНЬ, ПЕЧЬ, ЛЕС, ЛЕНЬ, ЕДА, МЕЧ, ЗЕБРА, ЕДА.

- ЮГ, ЛЮК, ЮЗ, ЮЛА, ЮЛЯ, ЮБКА, ЮНГА, ЮМОР, ЮШКА, ЮРТА.

Постепенно упражнения усложняются. Считать от одного до десяти и обратно, четко выговаривая каждую цифру.

Также необходимо тренировать длительность звучания слов, для этого протяжно произносить гласные звуки «Ааааа-ааа», «Ооооо-ооо», «Ууууу-ууу», «Ая-ая-ай», «О-ю-ой», «Ауууу», «Маааа-а», «Лааааа-а», «Наааа-а». Постепенно переходить к предложениям, состоящим из нескольких слов. Хорошо помогают скороговорки:

Купи кипу книг. Купи кипу пуха.

Слушай кошка, вот картошка, вот укроп и вот лукошко.

Был бы бык, а мясо будет.

**Раз дрова, два дрова, три дрова, дрова вдоль двора, дрова
вширь двора, не руби дрова посреди двора.**

Кот катает клубок.

Катя и Коля пошли на каток.

Мам, мам молока бы нам. Мам, мам меду б нам.

Мама тут, папа там.

Юля умница.

Осенью птицы улетают на юг.

**Мама Милу мыла мылом, Мила мыло не любила, Миле в глаз
попало мыло, что ты плачешь, наша Мила, я выплакиваю
мыло.**

**На мели мы лениво налима ловили, для меня вы ловили линя.
О любви не меня ли вы мило молили, в туманы Лимана манили
меня?**

Шла Саша по шоссе и сосала сушку.

На горе Арарат растет красный виноград.

Процесс обучения формирования эзофагального голоса требует большой настойчивости и терпения от пациента. Ларингэктомированные пациенты, овладевшие пищеводным голосом, свободно общаются с окружающими, некоторые из них возвращаются к работе. Преимущество данного метода заключается в свободном общении, без привлечения рук, пищеводный голос более модулированный.

Трахеопищеводное шунтирование с установкой голосового протеза

Трахеопищеводное шунтирование с установкой голосового протеза – это хирургический метод восстановления голосовой функции после ларингэктомии, заключающийся в формировании отверстия между трахеей и пищеводом, в которое устанавливается силиконовый клапан (шунт). Шунт предотвращает попадание пищи и жидкости в дыхательные пути при глотании.

Пациент, набрав воздух и прикрыв пальцем трахеостому, может перенаправить поток воздуха из легких через протез в пищевод. Это позволяет создать вполне громкий, ровный и управляемый голос, обучиться которому возможно достаточно легко.

Трахеопищеводная пункция и введение протеза могут быть первичными и вторичными, то есть произведёнными в заключение ларингэктомии или через некоторое время после операции.

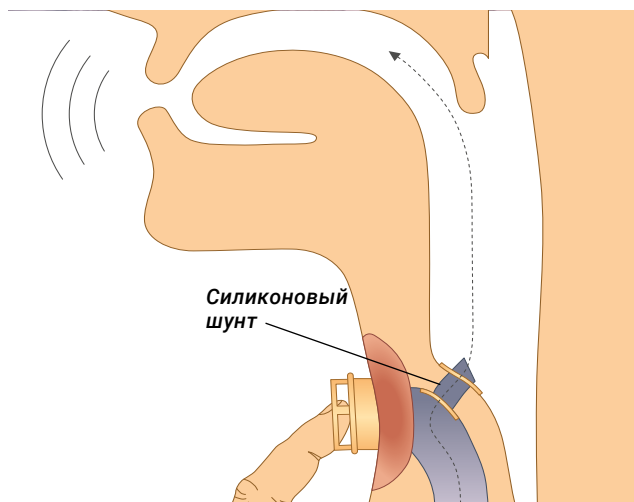


Схема использования голосового протеза

Набрав воздух и прикрыв пальцем трахеостому, пациент может перенаправить поток воздуха из лёгких в пищевод через протез.

Голосовой протез является инородным телом в полости пищевода и требует внимательного ухода, от качества и регулярности которого зависит срок службы протеза. Колонии микроорганизмов, а чаще всего грибки, постепенно разрушают силикон и повреждают защитный клапан. При несостоятельности протеза пища начинает попадать в дыхательные пути, что сопровождается сильным надрывным кашлем.

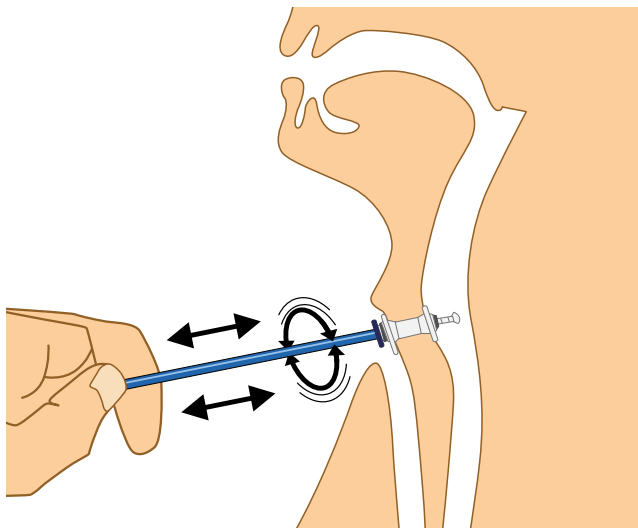
Уход за голосовым протезом

Для увеличения срока службы протез необходимо очищать утром, вечером и после каждого приема пищи. Существуют специальные щеточки и спринцовки, которые используются для очистки протеза от остатков пищи.



Щётка для очистки протеза

Фото из свободного доступа Интернет



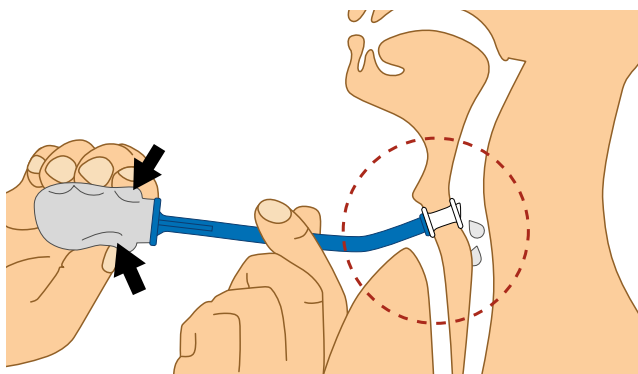
Использование щёточки для очистки

Щеточка вводится в просвет протеза до ограничителя, движениями вперед-назад и вращательными проводится очистка.

Рекомендуется менять щетку раз в 2 месяца.

ВАЖНО!

Нельзя использовать для очистки голосового протеза щеточку для трахеостомической трубки!

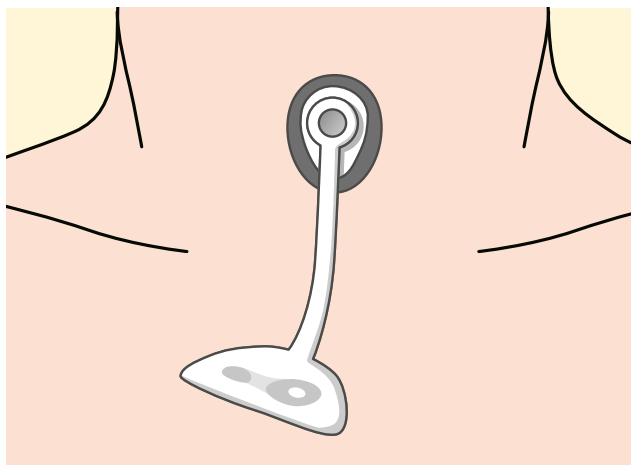


Использование спринцовки для очистки

Спринцовкой проводится промывание протеза водой утром, вечером и после приема пищи для смывания остатков, не удалённых щеточкой. Заостренный конец спринцовки вставляется в протез, одной рукой спринцовка прижимается к протезу, другой надавливают на грушу. Остатки воды с протеза всасываются обратно.

По рекомендации врача для увеличения срока службы протеза могут назначаться противогрибковые препараты, антациды для купирования изжоги и отрыжки. Также по назначению врача или рекомендации производителя проводится обработка самого протеза противогрибковыми препаратами.

Даже при самом тщательном уходе протез подлежит замене через каждые 6–12 месяцев. Замена происходит в стационаре и требует операции. Существуют специальные заглушки, перекрывающие доступ пище в дыхательные пути, которые можно использовать при выходе протеза из строя в ожидании операции.



Схематическое изображение заглушки

Дыхательная гимнастика

Это примерный комплекс дыхательных упражнений, который приводит к расслаблению мышц дыхательной мускулатуры, умению брать спокойный вдох без напряжения плечевого пояса, удлинению фонационного выдоха, что благоприятствует более качественному звучанию и выносливости голоса.

Дыхательную гимнастику следует выполнять в течение длительного времени после операции, 5–7 раз в день. Занятия лучше проводить перед зеркалом. Необходимо помнить, что при вдохе плечи должны быть расслаблены и не подниматься вверх, все упражнения выполнять без резких движений, при появлении головокружения сделать паузу. Каждое упражнение выполнять 4–5 раз.

ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ СНАЧАЛА ВЫПОЛНЯЮТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА, ЗАТЕМ СИДЯ И СТОЯ:

1. Пациент лежит, кладет руку на живот и старается спокойно дышать. Во время вдоха стенка живота приподнимается вверх (выпячивается), на выдохе – медленно опускается вниз. Вдох на раз, выдох на счёт 1–2–3–4–5.
2. Лежа на спине, руки вдоль туловища, пациент делает вдох в живот – руки поднимаются вверх, выдох – руки опускаются.
3. Лежа на спине, руки вдоль туловища, пациент делает вдох в живот – ноги приподнимаются от постели, выдох – опускаются.
4. Лежа на спине, руки вдоль туловища, пациент делает вдох в живот – руки и ноги поднимаются вверх, выдох – опускаются.
5. Лежа на спине, вдох в живот – ноги сгибаются в коленях, выдох – выпрямляются.
6. Сидя на стуле, руки на коленях, развести руки в стороны – вдох, вернуть руки на колени – выдох.
7. Сидя на стуле, руки на поясе, отвести руку в сторону – вдох, вернуть руку на пояс – выдох, также проделать в другую сторону.
8. Сидя на стуле, руки опущены вдоль туловища, поднять руки через стороны вверх, над головой – вдох, опустить

через стороны – выдох. Выдох должен быть удлинённый, медленный.

9. Стоя, руки опущены вдоль туловища, на вдохе – развести руки в стороны, на выдохе обнять себя руками.

10. Стоя, руки опущены вдоль туловища, на вдохе – поднять руки вверх, на выдохе опустить.

Артикуляционная гимнастика

Артикуляционная гимнастика улучшает не только качество речи, но и такие функции, как глотание и обоняние, которые часто бывают нарушены после ларингэктомии. Движения губ, языка, мягкого нёба должны осуществляться достаточно быстро, чётко и согласованно.

Упражнения по артикуляционной гимнастике необходимо выполнять 2–3 раза в день, перед зеркалом, все движения должны быть плавными, без усилия и напряжения артикуляторных мышц, чтобы не вызвать спазм глотки. Каждое упражнение повторять по 5–7 раз.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ГУБ

1. Собрать губы в «трубочку» – вытянуть губы вперед, на счет «раз» – «трубочка» двигается вправо, на счет «два» – «трубочка» двигается влево.
2. Движение губ «трубочкой» вверх, вниз.
3. Движение губ «трубочкой» вверх-вниз, влево-вправо.
4. Собирает губы в «трубочку-улыбочку».
5. Собрать губы в «трубочку» и делать губами круговые движения сначала по часовой стрелке, затем против часовой стрелки.

6. Показать верхние зубы – верхняя губа поднимается так, что обнажаются зубы.

7. Показать нижние зубы – нижняя губа опускается и обнажает нижние зубы.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ЯЗЫКА

1. Положить широкий язык на нижнюю губу и удерживать в таком положении 5–7 секунд. Следить за тем, чтобы язык был по средней линии, расслаблен и не дрожал.

2. Раскрыть широко рот и удерживать язык в «чашечке», удерживать в таком положении 7–10 секунд.

3. Открыть рот, высунув язык далеко вперед и, напрягая его, сделать узким. Удерживать в таком положении 7–10 секунд.

4. Тянуться широким языком попеременно то вправо, то влево. Движения языком осуществлять из угла рта в медленном темпе под счёт логопеда.

5. Цокать языком 10–15 раз.

6. Узким языком с открытым ртом тянуться попеременно то вверх, то вниз к подбородку.

7. Круговые движения языком осуществлять под губами по часовой и против часовой стрелки.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И МЯГКОГО НЁБА

1. Опустить нижнюю челюсть вниз с максимальным вытягиванием языка к подбородку.

2. Активная имитация жевания с закрытым и открытым ртом.

3. Опустить нижнюю челюсть вниз с максимальным вытягиванием языка к подбородку и мысленным произнесением гласного звука [А-а].
4. Зевать с открытым ртом под счет до 5.
5. Зевать с закрытым ртом под счет до 5.
6. Чередование зевания с открытым и закрытым ртом.
7. Зевание с беззвучным произнесением гласного звука [А-а].

Голосовые упражнения

При правильном выборе размера голосового протеза и правильной установки звук появляется в течение первых суток. Пациент может произносить короткие фразы, но речь его эмоционально не окрашена, прерывиста, требует дальнейшей логопедической коррекции.

Голосовые упражнения подбираются логопедом с учетом постепенного перехода от лёгких упражнений к более трудным, при этом учитываются индивидуальные особенности каждого больного.

Реабилитация речи будет успешной, если пациент после трахеопищеводного шунтирования будет общаться голосом в любой ситуации, разговаривая со знакомыми и незнакомыми людьми, на улице, дома, на работе.



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



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



УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА



Продолжительное воздействие лучевой терапии у пациентов с раком гортани часто приводит к возникновению стоматологических проблем, таких как воспалительные явления полости рта, снижение секреции слюны (или наоборот – гиперсаливация), молочница и глубокие формы микоза, радиационный кариес, пульпит, периодонтит, некроз костей верхней и нижней челюсти.



У пациентов, получавших химиотерапию в области головы и шеи, в 80% случаев возникают воспалительные явления в полости рта.

Стоматологические проблемы и заболевания слизистой оболочки полости рта могут возникать на фоне терапии сразу или спустя время после проведения онкологического лечения, в связи с этим тщательный уход за полостью рта и зубами занимает значительное место в жизни онкобольного.

Пациентам, которым в будущем планируется оперативное вмешательство на гортани, лучевая терапия, химиотерапия, необходимо заблаговременно запланировать консультацию стоматолога для качественного обследования и проведения лечения или удаления проблемных зубов, а также продолжить наблюдение у врача-стоматолога один раз в полгода в течение всей жизни.

Уход за полостью рта

Осуществлять регулярный гигиенический уход за полостью рта необходимо не только в домашних условиях, но и на этапе стационарного лечения, для этого проводится процедура очищения ротовой полости ежедневно утром и вечером, а также после каждого приема пищи и после приступов рвоты. Большое

внимание уделяется выбору зубной щётки: она должна быть очень мягкой. Но даже от обычной мягкой зубной щетки могут сохраняться неприятные болевые ощущения в полости рта, и тогда следует произвести замену на щётку со сверхмягкой щетиной. Менять зубную щетку рекомендуется через 2–3 месяца или чаще, если в этом возникнет необходимость. Пользоваться лучше фторсодержащей зубной пастой без каких-либо дополнительных вкусовых добавок. Если у пациентов имеются зубные или челюстные протезы или мосты, то их необходимо снимать и очищать каждый раз при чистке зубов. Ношение зубных протезов разрешается только тогда, когда они не вызывают дискомфорта и раздражения слизистой оболочки рта. На время сна протезы необходимо снимать. Можно использовать невощёную зубную нить один раз в день перед сном, но только если пациент пользовался ею регулярно ранее.

ВАЖНО!

Для профилактики стоматитов и микозов слизистой оболочки рта рекомендуется полоскание пищевой содой ежедневно.

Пищевая сода помогает обеззаразить слизистые оболочки полости рта и дёсен. Для полоскания берётся 1 чайная ложка пищевой соды на стакан воды. Пищевая сода может использоваться несколько раз в течение дня.

Если возникает дискомфорт в полости рта, сухость, першение в глотке, то появляется и невозможность проглотить сухую пищу, а также повышенный риск воспаления и инфицирования слизистых оболочек рта. Поэтому необходимо дополнить регулярную гигиену полости рта увеличением количества промываний и полосканий смягчающими растворами и отварами трав (шалфей, ромашка), активизацией жевания (жевательная резинка без сахара), по возможности увеличением объёма выпиваемой жидкости, обучением носовому дыханию. Также можно исполь-

зовать для уменьшения сухости в полости рта специальные увлажняющие средства.

При гиперсаливации (повышенном слюноотделении) обильное и скорое накопление слюны в полости рта приводит к частым глотательным движениям или частому сплёвыванию, к подтеканиям слюны из уголков рта, что в свою очередь вызывает мацерацию кожи подбородка и нижней части щек, а при присоединении вторичной инфекции – гнойничковые высыпания. Там, где кожа лица подвергается воздействию слюны, необходимо использовать защитные средства, кремы с эффектом уменьшения раздражения кожи, дополнительные полоскания растворами с ментолом или шалфеем.



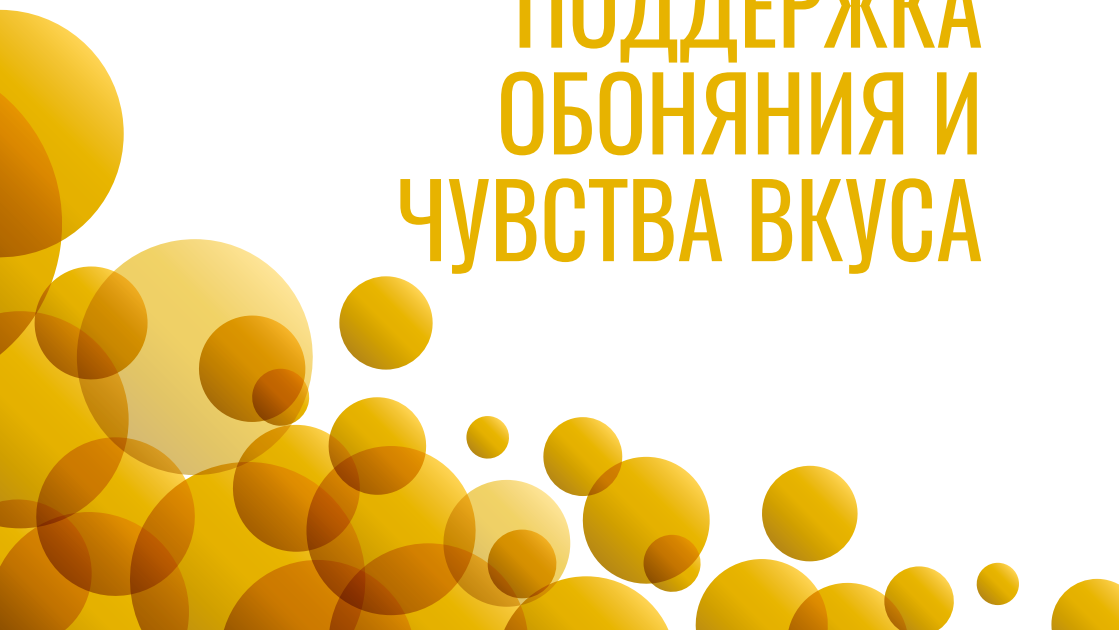
info@[russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



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



ПОДДЕРЖКА ОБОНЯНИЯ И ЧУВСТВА ВКУСА



Поскольку различные вкусы связаны с ароматами для обеспечения стимуляции обонятельных хеморецепторов, запах и вкус являются физиологически взаимозависимыми. Дыхание через трахеостому приводит к потере не только нормального голоса, но и ухудшению обоняния и вкуса. Нарушение или потеря обоняния и вкуса после удаления гортани приводит к снижению качества жизни, усложняя повседневную жизнь.

Упражнения для улучшения обоняния

Для поддержания и улучшения функции обоняния существуют некоторые техники и приёмы, позволяющие вернуть утраченные функции у лиц, перенесших ларингэктомию.

УПРАЖНЕНИЯ, АКТИВИЗИРУЮЩИЕ НЁБНО-ГЛОТОЧНЫЕ МЫШЦЫ

Пациентам будут полезны упражнения для активизации мягкого неба, направленные на усиление воздушного потока в носовую полость.

«Вежливое зевание». Пациент втягивает воздух через рот и закрывает его, плотно смыкая губы, опускает нижнюю челюсть – как будто пытается с закрытым ртом произнести звук «О», затем резко приподнимает челюсть, не смыкая зубы полностью. Это упражнение повторяется несколько раз, вследствие чего в ротовой полости образуется вакуум, который позволяет воздуху попасть в носовую полость.

«Зевок» с закрытым ртом. Необходимо удерживать высоким мягкое небо под счет до 5, как бы зевая, проделать это с закрытым ртом, повторив 5–7 раз.

Беззвучное произнесение гласных с зеванием. Пациенту предлагается позевать с открытым ртом и при этом мысленно произносить гласные звуки А-О-У-Э-И. Каждую гласную произносить по 5 раз, стараясь легко набирать воздух в рот.

Активное «жевание» гласных. Пациент выполняет жевательные движения, стараясь удерживать мягкое небо приподнятым и про себя произносит гласные А-О-У-Э-И, каждую по 5 раз.

Зевок с выдохом через нос. С зажатым носом пациент вдыхает воздух через движение мягкого нёба («зевок») и затем выпускает его через нос.

«Пробуем воздух на вкус». Пациент захватывает воздух ртом, стараясь при-поднять мягкое нёбо, и выдыхает его через нос, прикрыв рукой трахеостому.

УПРАЖНЕНИЯ НА КООРДИНАЦИЮ НОСОВОГО И РОТОВОГО ДЫХАНИЯ

- 1) Вдох носом через одну половину, выдох через другую. Выполнять поочерёдно 5 раз через каждую половину носа.
- 2) Вдох и выдох одной половиной носа (быстро втягивать воздух и выпускать), поочерёдно, по 10 раз каждой половиной носа.
- 3) Вдох и выдох носом, удерживая открытым рот – 5 раз.
- 4) Вдох носом через одну половину носа, выдох ртом, поочередно меняя половины но-са, по пять раз каждой.
- 5) Вдох ртом, выдох через нос, поочередно меняя половины носа, по 5 раз каждой.

Ароматерапия

Использование ароматерапии позволяет усиливать и улучшать функцию обоняния. Хорошо подходят тренировки с эфирными маслами. Вдыхая сложные ароматы эфирных масел, стимулируются обонятельные рецепторы. Эфирные масла – настоящие природные помощники при самых разных физических и психических заболеваниях. Они помогают сохранить здоровье и

улучшить общее состояние. Можно нюхать масла мяты, розы, шалфея, розмарина, герани, лимонника, эвкалипта, аниса. Для улучшения обоняния постепенно можно переходить на сильные запахи продуктов, таких как ваниль, чай, кофе, мандарины, специи, а в дальнейшем на всё, что нас окружает. Главная задача таких упражнений – научиться осознанно нюхать, поэтому не нужно расстраиваться, если первое время ароматы будут не идентифицированы и забыты.

Для развития обоняния необходимо приучаться нюхать всё, не только эфирные масла и пищевые продукты, но также самые простые вещи – зубную пасту, одежду, книги, журналы. Полезным упражнением будет описание запахами своего дня, начиная с пробуждения и до возвращения домой.

Рекомендации для улучшения вкусовых ощущений

Одно из важнейших для человека чувств – это вкус, за который отвечает наш язык, а точнее расположенные на нём рецепторы. Потеря вкусовых ощущений влечет за собой множество проблем. В большинстве случаев отсутствие вкусовых ощущений напрямую связано с обонянием. Для восстановления вкуса полезно использовать интенсивное активное жевание, движение пищи вперед и назад, а также пробовать на вкус различные продукты малыми порциями. Ежедневно можно проделывать упражнения с угадыванием вкусов с закрытыми глазами. Хорошей тренировкой будет определение состава блюда по вкусовым компонентам (перец, корица, ваниль, и т. д.) или использование добавок в чай (жасмин, лимон, земляника и другие).

Вкусовые ощущения и обоняние проявляются при приёме горячей еды гораздо сильнее, чем от холодной пищи.



info@russcpa.ru



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



НАРУШЕНИЕ ГЛОТANIA

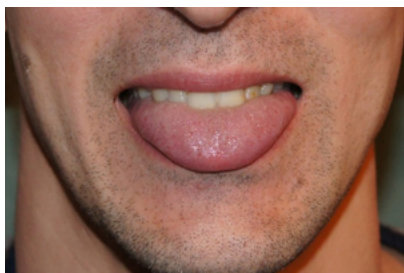


После операции на гортани могут возникать не только речевые нарушения, но также и расстройства глотания. После ларингэктомии пациенты жалуются на трудности жевания или глотания твердой пищи и жидкостей, ощущение «застревания» пищи в глотке.

Для коррекции нарушений глотания может потребоваться консультация диетолога, чтобы получить рекомендации по составу и консистенции пищи, обогащению рациона и подбору специальных средств для принятия пищи и питья. Занятия с логопедом позволят модифицировать процесс глотания или обучиться специальным техникам проглатывания.

Можно использовать специальные упражнения для активизации глоточных мышц и улучшения координации мышц губ, щек, языка, дна полости рта и мягкого неба.

УПРАЖНЕНИЕ 1. Широко улыбнуться и открыть рот, щелкать языком громко и энергично. При этом нижняя челюсть должна оставаться неподвижной, а двигаться должен только язык.



УПРАЖНЕНИЕ 2. Широко улыбнуться, закусить язык зубами; протаскивать язык между зубами вперед и назад.



УПРАЖНЕНИЕ 3. Широко улыбнуться, приоткрыть рот. Тянуться кончиком языка то к левому, то к правому углу рта с усилием смещая его.

УПРАЖНЕНИЕ 4. Надувать попеременно то одну, то другую щёку.



УПРАЖНЕНИЕ 5. С замкнутыми губами и с максимально разомкнутыми зубами совершать круговые движения языком между губами и зубами то в одну, то в другую стороны.

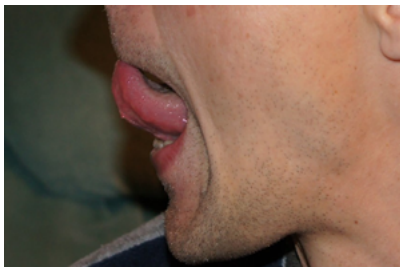
УПРАЖНЕНИЕ 6. Рот закрыт, кончик языка с усилием упирается то в одну, то в другую щеку, максимально смещая её.



УПРАЖНЕНИЕ 7. Широко открыть рот, попеременно опускать кончик языка на нижние зубы и поднимать на верхние.



УПРАЖНЕНИЕ 8. Широко улыбнуться, открыть рот, высунуть язык и тянуть его к носу. При этом боковые поверхности языка должны быть загнуты наверх.





УПРАЖНЕНИЕ 9. Широко улыбнуться, открыть рот, кончик языка упереть на нижние зубы, спинку языка максимально выгнуть, а края языка прижать к коренным зубам.

УПРАЖНЕНИЕ 10. Широко открыть рот, язык поднять вверх и кончиком языка проводить по твёрдому нёбу от верхних зубов до мягкого нёба.



УПРАЖНЕНИЕ 11. Широко открыть рот, приложить тело языка к твёрдому нёбу и, не отрывая язык, сильно опустить нижнюю челюсть и поднимать её до полного закрытия рта.



info@russcpa.ru



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



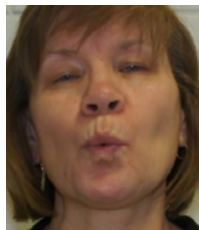
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ МЫШЦ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ НЕРВОВ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

При метастатическом поражении лимфатических узлов объем операции увеличивается и удаление гортани сопровождается лимфодиссекцией (удалением лимфатических узлов). В ходе операций на зонах регионарного лимфооттока на шее существует риск повреждения черепно-мозговых нервов, а также крупных стволов шейного сплетения.

Упражнения для мимической мускулатуры лица

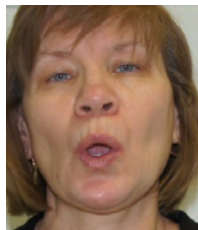
Основным проявлением нарушения функции лицевого нерва является нарушение функции мимической мускулатуры лица соответствующей стороны в той или иной степени. Ниже приведены упражнения для восстановления функций мимических мышц при поражении лицевого нерва.

1



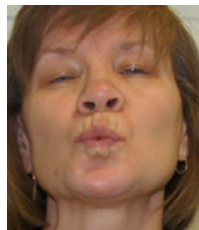
Рот заострить

2



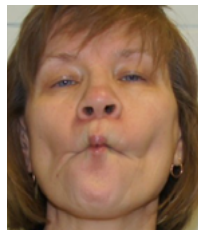
*Рот заострить с
приоткрытыми
губами*

3



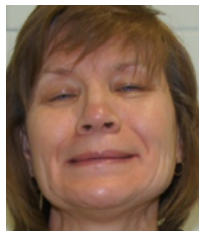
*Рот заострить как
для поцелуя*

4



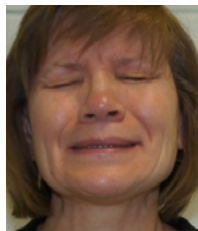
*Втянуть щеки
«заячья мордочка»*

5



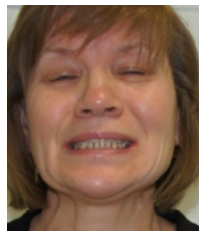
*Рот широко
растянуть*

6



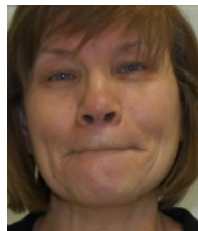
*Рот широко
растянуть с
закрытыми
глазами*

7



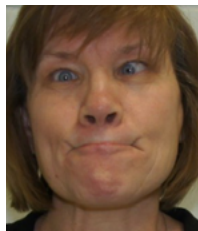
Оскалить зубы

8



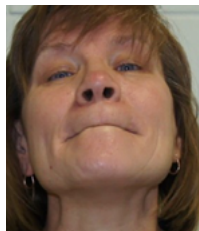
*Натянуть верхнюю
губу на нижнюю*

9



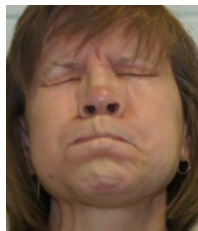
Натянуть нижнюю губу на верхнюю

10



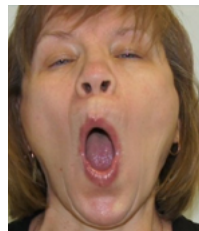
Подбородок высоко натянуть, верхнюю губу втянуть

11



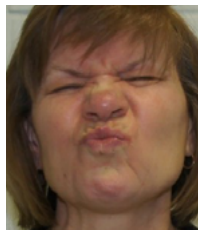
Надуть щеки

12



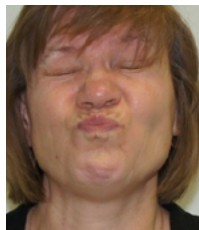
Большая «О», рот раскрыт, губы плотно стянуты

13



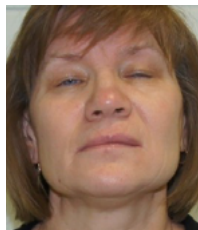
Быстро морщить нос вверх-вниз

14



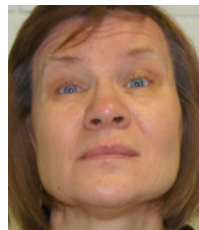
Морщить нос, глаза закрыть

15



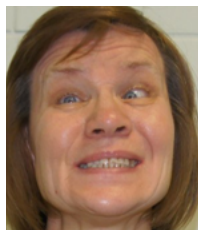
Быстро моргать

16



Быстро поднимать и опускать лоб

17



Высоко поднять лоб, рот растянуть

18



Высоко поднять лоб, рот растянуть, глаза закрыть

Упражнения необходимо выполнять 6 раз в день перед зеркалом по 10 минут, придерживая больную сторону рукой и при необходимости помогая, для симметрии.

Комплекс лечебной гимнастики при поражении добавочного нерва

При поражении добавочного нерва нарушаются движения в плечевом поясе с соответствующей стороны. Пациент испытывает затруднения при повороте головы в здоровую сторону и при необходимости поднять плечо. Ограничено поднимание руки выше горизонтальной линии. На стороне поражения опущено плечо, нижний угол лопатки отходит от позвоночника. При поражении легкой степени тяжести можно использовать следующие упражнения.

1. И.П. – сидя. Поворот головы вправо и влево, руки на поясе. Темп медленный, 6–8 раз.
2. И.П. – сидя. Поворот головы вправо и влево, при повороте голову наклоняют вперед, стараясь подбородком коснуться груди. Руки на поясе, спина прямая. Темп медленный, 6–8 раз. (При правильном выполнении упражнения подбородок описывает полукруг. Корпус вперед не наклонять!).
3. И.П. – сидя. «Надменный» поворот головы: поворот головы вправо и вверх, задержаться в этом положении на 3 секунды, глядя в верхний задний правый угол комнаты, затем повторить упражнение в левую сторону, 5–6 раз.
4. И.П. – сидя. Выполнять упражнение №3, наклоняя голову вперед, стараясь подбородком коснуться груди. Руки на поясе, спина прямая. Темп медленный. 5–6 раз. (При правильном выполнении упражнения подбородок описывает полукруг. Корпус вперед не наклонять!).
5. И.П. – сидя, руки опущены вниз. Поднять плечи, затем опустить вниз. Темп средний, 6–8 раз.
6. И.П. – сидя, руки опущены вниз. Поднять плечи, свести лопатки вместе, опустить плечи, вернуться в И.П. Темп быстрый, 6–8 раз.

7. И.П. – сидя, руки на поясе. Голову слегка отвести назад (не допуская полного запрокидывания!), затем выдвинуть вперёд. Удерживать голову в этом положении 5–6 секунд.
8. И.П. – стоя, руки к плечам. Вращения: вперед – 4 раза, затем назад – 4 раза. Темп быстрый, 6–8 раз.
9. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч. Поднять руки в стороны, вверх, в стороны, опустить вниз. Темп быстрый, 5–6 раз. (Если выполнять легко, можно взять в руки отягощение).
10. И.П. – стоя. Вращения прямыми руками на 4 счёта вперед и на 4 счёта назад. Темп быстрый, 6 раз – по 3 раза в каждую сторону. (Если выполнять легко, можно взять в руки отягощение).
11. И.П. – стоя. Взять в руки отягощение, поднять плечи, свести лопатки вместе, опустить руки, т.е. вернуться в исходное положение, 5–6 раз.
12. И.П. – стоя. Отдых – свободные махи руками, встряхнуть руки.
13. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч. Упражнение с палкой: руки поднять вверх, опустить палку на плечи за голову, опять поднять вверх, затем опустить руки вниз – вернуться в исходное положение, 6–8 раз.
14. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч. Держа палку, согнуть руки в локтях, повернуть корпус вправо и вытянуть руки перед собой, затем опять подтянуть палку к груди и вернуться в исходное положение. Опустить руки вниз. Повторить упражнение в левую сторону. Повторить 6–8 раз.
15. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч. Палка лежит на плечах, руками взяться за концы палки. Наклоны поочередно к правой и левой ноге, 3–4 раза в каждую сторону.
16. Тяга на блоке – широким хватом, сверху вниз за голову, сидя, 6–8 раз.

17. И.П. – сидя. Правую ладонь положить на область уха и виска, оказывать давящее движение на голову, головой «сопротивляться» силе руки. (Упражнение лучше выполнять перед зеркалом, т.к. при правильном выполнении упражнения локоть поднят, рука должна быть перпендикулярна ладони!). Удерживать напряжение в течение 5–6 секунд. Затем выполнить упражнение в левую сторону. Повторить 3–4 раза поочередно в каждую сторону.

18. И.П. – сидя. Выполнять «надменный» поворот головы вправо, задержаться в крайней точке, помогая себе руками: левую руку положить на затылок, тянуть голову влево и вниз; правой рукой давить на подбородок вправо и вверх. Затем повторить в другую сторону. По 3 раза в каждую сторону.

19. Встать, поднять руки вверх, потянуться – вдох, вернуться в исходное положение – выдох.

20. Свободная ходьба по комнате, размахивая руками.

ПРИМЕЧАНИЯ

И.П. – исходное положение – руки опущены вниз, спина выпрямлена.

Медленный темп – каждая фаза движения выполняется на 3 счета, например: раз, два, три – поднять руку; раз, два, три – опустить.

Средний темп – каждая фаза движения выполняется на 2 счета, например: раз, два – поднять руку; раз, два – опустить.

Быстрый темп – каждая фаза выполняется на один счет, например: раз – поднять руку, два – опустить.

Упражнения при парезе купола диафрагмы

При повреждении ветвей блуждающего нерва может возникнуть парез купола диафрагмы, который проявляется чувством нехватки воздуха при физической нагрузке.

1 ВАРИАНТ (ДЛЯ ЛЕЖАЧИХ БОЛЬНЫХ)

Вводная часть

1. И.П. – лёжа на спине, руки вдоль туловища. Полное и спокойное дыхание, 4–5 раз.
2. И.П. – то же. Поднимание руки на поражённой стороне с помощью другой руки 3–4 раза. Дыхание не задерживать.
3. И.П. – то же. Поочерёдное подтягивание ног к животу и груди, 2–3 раза. Подтягивание ноги на выдохе.

Основная часть

1. И.П. – лёжа на больном боку. Поднимание руки вверх – вдох, на выдохе рукой надавливать на боковую поверхность грудной клетки, 3–4 раза. Активизировать дыхание на здоровой стороне.
2. И.П. – то же. Поочередное подтягивание ног, согнутых в коленном и тазобедренном суставах, к грудной клетке 2–3 раза. Темп медленный, обращать внимание на ритmicность и правильность дыхания.
3. И.П. – лёжа на спине. «Ходьба» лежа в течение 20–30 секунд. Темп средний.
4. И.П. – полусидя в постели. Поднимание на глубоком вдохе руки на поражённой стороне с помощью гимнастической палки, на выдохе наклон туловища в здоровую сторону, 2–3 раза. По возможности делать максимально глубокий вдох.

Пауза отдыха – 30–40 секунд.

5. И.П. – лёжа на спине. Наклоны туловища в стороны 2–4 раза. Темп медленный. Дыхание ритмичное.

6. И.П. – лёжа на спине, руки на боковой поверхности грудной клетки. Дыхательное упражнение 3–4 раза. На выдохе надавливать на боковую поверхность грудной клетки.

Заключительная часть

1. И.П. – лёжа на спине, руки согнуты в локтях. Круговые движения в лучезапястных суставах 4–6 раз. Темп средний. Дыхание произвольное.

2. И.П. – лёжа на спине, руки вдоль туловища. Полное и спокойное дыхание. Повторить 4 раза.

Можно выполнять простые гимнастические упражнения для мышц рук и ног и туловища в сочетании с ритмичным и глубоким дыханием и ходьбу с изменением темпа движения и в сочетании с дыхательными упражнениями.

2 ВАРИАНТ (УСЛОЖНЁННЫЙ)

Вводная часть

1. И.П. – сидя на постели, кисти рук на плечах. После глубокого вдоха на выдохе поочередно осуществлять круговые движения локтями в одну и другую сторону 3–5 раз. Следить за правильным ритмом дыхания. Темп средний.

2. И.П. – сидя на постели, руки на поясе. Поочерёдное подтягивание ноги к груди и животу 3–4 раза. Не допускать значительной болезненности. Темп средний, дыхание произвольное.

3. И.П. – стоя, ноги вместе, руки вдоль туловища. Ходьба с постепенным ускорением и замедлением 60 секунд. Дыхание глубокое, ритмичное.

Основная часть

1. И.П. – то же. Дыхательное упражнение 2–3 раза.
2. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки согнуты, кисти на затылке. Повороты туловища в стороны 4–5 раз. Темп средний, дыхание произвольное.
3. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки опущены. Сгибание рук с касанием плеч, выпрямление рук в стороны, сгибание рук с касанием пальцами плеч, возвратиться в И. П. Повторить 3–4 раза. Дыхание произвольное.
4. И.П. – то же. Наклоны туловища в стороны 4–6 раз. Темп средний.
5. И.П. – то же. На вдохе поднять руки вверх, на выдохе опустить с последующим надавливанием на грудную клетку в области диафрагмы 5–6 раз. Темп средний.
6. И.П. – стоя, ноги вместе, руки на поясе. Отведение выпрямленной ноги назад с одновременным отведением локтей назад, вернуться в И. П. Повторить 3–4 раза. Дыхание произвольное.
7. И.П. – стоя, ноги вместе, руки опущены. Попеременное отведение ног назад на носок с одновременным подниманием противоположной руки вперед 3–4 раза. Темп средний.

Заключительная часть

1. И.П. – стоя, ноги вместе, руки вдоль туловища. Ходьба в течение 1 мин. Темп медленный.

Комплекс упражнений следует выполнять не менее 3–4 раз в сутки для увеличения подвижности диафрагмы на больной стороне.

ПРИМЕЧАНИЯ

И.П. – исходное положение – руки опущены вниз, спина выпрямлена.

Медленный темп – каждая фаза движения выполняется на 3 счета, например: раз, два, три – поднять руку; раз, два, три – опустить.

Средний темп – каждая фаза движения выполняется на 2 счета, например: раз, два – поднять руку; раз, два – опустить.

Быстрый темп – каждая фаза выполняется на один счет, например: раз – поднять руку, два – опустить.



info@russcspa.ru

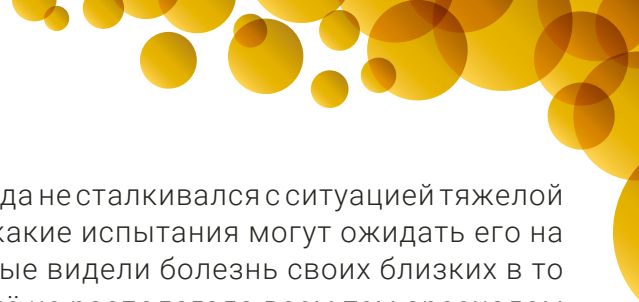


8 800 30 10 20 9 круглосуточно
(для жителей России звонок бесплатный)



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА





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

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

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

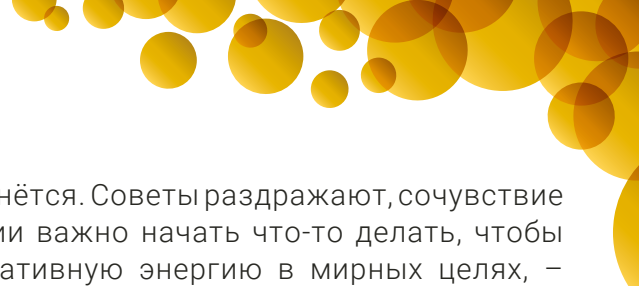
Шок – отрицание

Ощущение, что мир рухнул, ушла почва из-под ног, перехватило дыхание – это нормальная реакция на информацию, которая изменит вашу жизнь. Нужно заново сложить систему ценностей, целей и задач, и сделать это за минуту невозможно – отсюда чувство оглушения и подвешенности. Вчера мы планировали ремонт, отпуск или смену работы, мечтали о детях или внуках, выбирали маме подарок на день рождения. А сейчас мы понимаем, что нужно будет проходить какое-то лечение, перенести, возможно, инвалидизирующую операцию, явно ощущать страх смерти, и главной целью теперь будет борьба за жизнь.

В такую резкую смену системы трудно поверить, мы трясём головой: «В голове не укладывается», «Поверить не могу», «Этого не может быть!», «Это какая-то ошибка!» – мысли типичные для состояния шока. Все разговоры о болезни звучат как в тумане и вам кажется, что они вас совсем не касаются, будто это не о вас говорит вам врач. В этот период надо немного затаиться, повременить с тем, чтобы рассказывать новости, дать себе возможность перевести дух и успокоиться. Слезы, истерика, желание спрятаться – нормальная реакция человека на ненормальные события, происходящие с ним. Так что сдерживать негативные эмоции не стоит, на их сдерживание расходуются огромные ресурсы организма, которые нужны ему сейчас как никогда ранее.

Гнев

Когда звон в ушах проходит, мы начинаем осознавать, что событие реально, и начинаем злиться: на экологию, на врачей, на обстоятельства, на себя в конце концов. Нас трясёт от злости, обиды и беспомощности. Мы срываемся и кричим на



тех, кто под руку подвернётся. Советы раздражают, сочувствие бесит. В этом состоянии важно начать что-то делать, чтобы буквально пустить негативную энергию в мирных целях, – посетить всех запланированных врачей, получить второе мнение, записаться на исследования и получить квоту в Минздраве. Делать всё, что приблизит вас к началу решения проблемы, познакомит с врачами, пациентами-активистами, психологами и другими людьми, которые станут надёжными соратниками и союзниками в борьбе с болезнью.

Торг

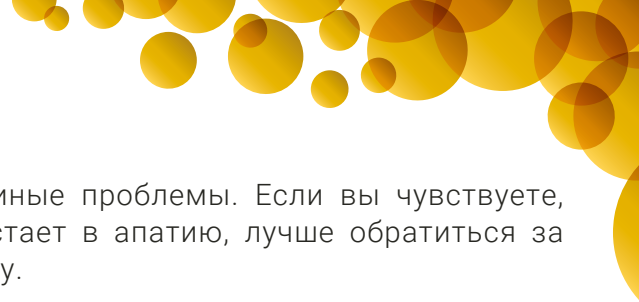
«За что?», «Почему я?», «Что я сделал не так?» – очень трудно осознать, что что-то ужасное происходит без какой-то видимой причины. Очень важно найти объяснение, и совсем необязательно оно будет из области доказательной медицины. Иногда проще поверить в сглаз, в гнев божий и в то, что всё ещё можно отыграть назад, если прямо сейчас исправить причину. Так как возникновение онкологических заболеваний многофакторное, а лечение сложное и не во всех случаях даёт ожидаемый эффект (например при тяжёлых сопутствующих заболеваниях или при высокой степени злокачественности опухоли) люди часто мистифицируют эти причины и начинают искать излечение в нетрадиционной медицине, теряя драгоценное время и большие деньги. В это время легко попасться на обещания шарлатанов избавить вас от недуга. Очень не хочется верить, что наш единственный шанс – операция, химиотерапия и другие непростые этапы лечения, которые ещё и не гарантируют успеха (просто потому, что врачи откровенны с пациентом и 100% гарантии они не дадут). А шарлатаны как раз будут обещать легкого исцеления.

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

Депрессия

Когда яркие, сильные эмоции позади, становится очень грустно от того, что реальность все же изменилась. Это важный этап – нужно осознать и прочувствовать горевание, проститься с прошлой жизнью. Ведь по сравнению с жизнью «до» жизнь «после», конечно, будет другой, иметь больше ограничений, чем раньше, а планирование событий будет корректироваться планированием лечебных мероприятий. И это вполне понятный и объяснимый повод чувствовать грусть, плакать и тосковать. Поэтому не нужно запираить эти чувства и не давать им выхода. Любые эмоции даны нам для реакций и рефлекторны, так как провоцирует их определенный нейромедиаторный «коктейль» в крови, то есть они физиологичны и сдерживать их, это как сдерживать позыв в туалет или желание поесть. Однако, как и поход в туалет требует специально оборудованного места, так и проявление эмоций требует безопасного места – дом, кабинет врача или психолога.

На этой стадии реактивная депрессия (возникшая как реакция на негативное событие) может перерасти в клиническую, которая будет мешать жить и проходить лечение, лишит сил на борьбу. Такое часто бывает, если депрессивные эпизоды бывали ранее или помимо болезни в жизни есть нерешённые



психологические или иные проблемы. Если вы чувствуете, что горевание перерастает в апатию, лучше обратиться за помощью к специалисту.

Принятие

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

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

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

Как рассказать о диагнозе

Многим сложно рассказать о своём диагнозе родным. Страшно огорчить и расстроить родителей или детей, напугать их. Трудно поддерживать их, когда с трудом держишься сам.

Однако откровенный разговор в этой ситуации гораздо лучше тайн и умалчивания. Они всё равно поймут или догадаются, что происходит что-то серьёзное. Увидят медицинские документы, например, и очень расстроятся, что вы им не доверяете. Если отказать семье в шансе пройти через трудный этап вместе, то можно разорвать связи между родственниками, потерять доверие, не перейти на новый уровень взаимодействия, уровень сплочения и поддержки.

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

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



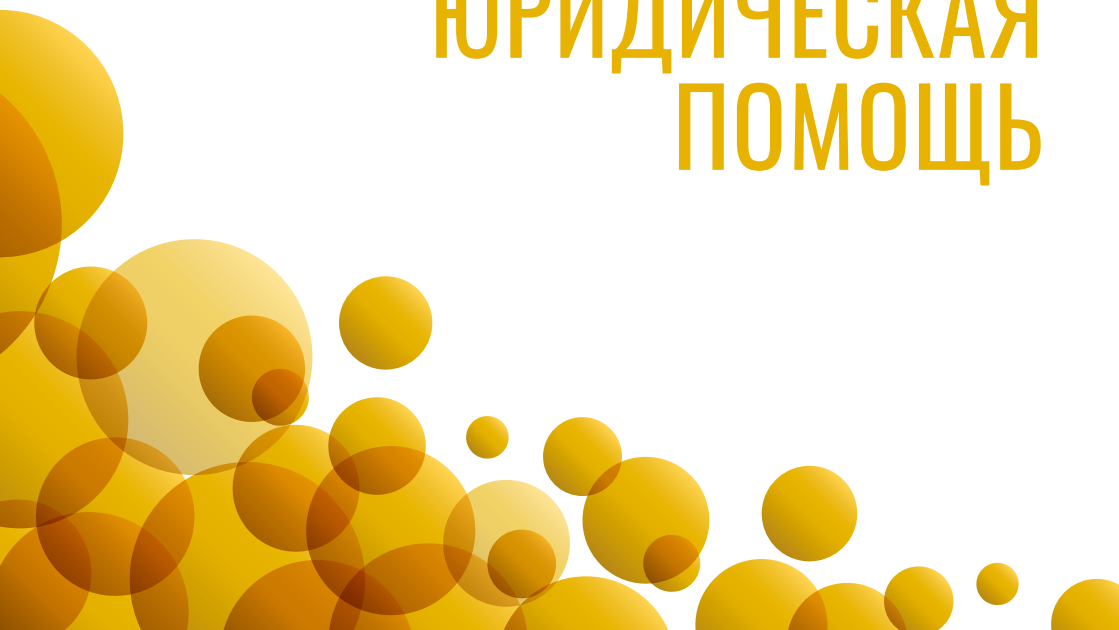
info@[russcpa.ru](mailto:info@russcpa.ru)



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



ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ



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 состояние организма гражданина.

В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

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

- **I группа – на 2 года;**
- **II и III группы – 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 180 дней. Согласно приказу Минздрава России от 14.01.2019 № 4н, рецепты на лекарственные препараты, выписанные на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (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 180 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 лекарствен-

ного 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 любых 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 **СИТО** (срочно) обслуживаются в срок, не превышающий **2 рабочих дня** 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 рецептов, срок действия которых истек в период их нахождения 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 фарм-компании имеется в льготном аптечном учреждении.

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

Шаг 3. Написать заявление 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.

ВАЖНО!

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 части 15 статьи 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. (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 января 2019 г. № 4н)

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, положенные ему бесплатно, или за диагностические процедуры и т.д., пациент может подать жалобу в свою страховую компанию, которая выдала полис ОМС. Также можно позвонить на горячую линию

регионального минздрава, рассказать о сложившейся ситуации и обратиться в виртуальные приёмные надзорных инстанций, предупредив, 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.

Порядок получения технического средства реабилитации

Рассмотрим порядок получения ТСР на примере федерального законодательства. Рекомендуем придерживаться следующего алгоритма.

Шаг 1. Подготовьте заявление и документы, необходимые для получения ТСР.

Для получения ТСР потребуются, в частности, следующие документы:

- заявление;
- документ, удостоверяющий личность инвалида. Если за получением технических средств обращается представитель инвалида, то нужен также документ, удостоверяющий личность представителя, и документ, подтверждающий его полномочия;
- свидетельство о рождении (для детей до 14 лет);
- индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (в которой должна быть установлена нуждаемость в данном техническом средстве реабилитации).

Инвалид либо лицо, представляющее его интересы, вправе, но не обязан по собственной инициативе представить страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования инвалида.

Примечание:

В зависимости от ваших медицинских показаний могут потребоваться иные документы, поэтому рекомендуется уточнить полный список документов в уполномоченном органе заранее.

Шаг 2. Подайте заявление и документы в уполномоченный орган.

Документы подаются в территориальный орган ФСС РФ по месту жительства инвалида либо в уполномоченный орган (чаще всего учреждение соцзащиты), которому переданы эти полномочия.

ВАЖНО!

Имейте в виду, что если вы решите представить не заверенные у нотариуса копии документов, то вместе с ними следует представить и оригиналы.

При представлении документов в территориальный орган ФСС РФ в письменном виде лично по вашей просьбе на втором экземпляре заявления проставляется отметка о принятии заявления и прилагаемых к нему документов, указываются фамилия, инициалы, должность и ставится подпись должностного лица территориального органа ФСС РФ, принявшего заявление и документы, а также дата их приема.

Шаг 3. Дождитесь рассмотрения заявления.

Уполномоченный орган рассматривает заявление в 15-дневный срок с даты его поступления и в письменной форме уведомляет инвалида о постановке на учет по обеспечению техническим средством.

Одновременно ему выдается (высылается) направление на получение или изготовление технического средства реабилитации в одну из организаций, отобранных по итогам конкурса и в соответствии с законодательством о госзакупках.

Технические средства реабилитации

В соответствии со следующими пунктами, утверждёнными Приказом 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации», пациентам полагаются следующие средства реабилитации:

ПУНКТ	НАИМЕНОВАНИЕ	ПОКАЗАНИЯ
8-09-08	Протез нёба	Заболевания, врождённые аномалии, последствия травм нёба
8-09-09	Протез голосовой	Заболевания, врождённые аномалии, последствия травм гортани

Абсолютные медицинские противопоказания: бульбарные нарушения; миастенический синдром. Относительные медицинские противопоказания: не корригируемые хирургическим путем стенозы фарингоэзофагального сегмента и/или трахеостомы; лучевая терапия свыше 70 ГР в течение 7 недель (риск развития некроза тканей в зоне фистулы); местные осложнения в области трахеостомы, выраженные и значительно выраженные нарушения функций кровообращения и дыхания.

Согласно пунктам 8-09-08 и 8-09-09 Приказом Минтруда России №85н от 13.02.2018 утверждены сроки пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены, которые составляют не менее 2 лет (для детей-инвалидов – не менее 1 года).

Порядок получения компенсации за самостоятельное приобретение инвалидом технического средства реабилитации

В случае, если рекомендованное программой реабилитации техническое средство реабилитации не может быть выдано либо если пострадавший приобрел его самостоятельно за собственный счет, то выплачивается компенсация в размере его стоимости. При этом компенсация не может быть более стоимости аналогичного технического средства реабилитации, изготовленного в отобранной в установленном порядке организации.

Решение о выплате компенсации принимается ФСС РФ на основании:

- заявления застрахованного лица (его доверенного лица)
- документов, подтверждающих расходы на приобретение технического средства реабилитации;
- документа, удостоверяющего личность
- индивидуальной программы реабилитации инвалида (в которой должна быть установлена нуждаемость в данном техническом средстве реабилитации);
- страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования, содержащее страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Определение размера компенсации осуществляется на основании ИПРА инвалида, документов, подтверждающих расходы по приобретению ТСР и (или) оказанию услуги, заключения медико-технической экспертизы (в отношении оказания услуги по ремонту технического средства реабилитации), а также стоимости технического средства реабилитации и (или) услуги.

Решение о выплате компенсации принимается уполномоченным органом в течение 30 дней со дня принятия уполномоченным органом заявления о выплате компенсации.

Выплата компенсации осуществляется в месячный срок с даты принятия соответствующего решения путем почтового перевода или перечисления средств на счет, открытый инвалидом в кредитной организации.

ВАЖНО!

Больше информации вы можете найти на официальном сайте Фонда социального страхования – www.fss.ru

БУКВА ЗАКОНА:

- 1) Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ;
- 2) Правила признания лица инвалидом (утв. Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 N 95);
- 3) Административный регламент по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы (утв. приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 января 2014 г. N 59н);
- 4) Распоряжение Правительства РФ от 16.07.2016 N 1506-р “Об утверждении Концепции создания, ведения и использования федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов»;
- 5) Приказ Минтруда России от 27.08.2019 N 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»;

6) Приказ Минтруда России от 23.09.2014 N 657н «Об утверждении Административного регламента предоставления Фондом социального страхования Российской Федерации государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации и (или) услугами и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, а также по выплате компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации (ветеранами протезы (кроме зубных протезов), протезно-ортопедические изделия) и (или) оплаченные услуги и ежегодной денежной компенсации расходов инвалидов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников;

7) Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 N 57н «Об утверждении Порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации»;

8) Приказ Минтруда России от 13.02.2018 N 85н «Об утверждении Сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены»;

9) Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 28 декабря 2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».



info@russcpa.ru



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

ПОЛЕЗНЫЕ КОНТАКТЫ

Лечебные организации

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ФМБА РОССИИ»

Адрес: 123182, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 30, к. 2

Единая справочная служба: +7 (499) 968-69-12

<https://otolar-centre.ru>

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

Адрес: 115478, Москва, Каширское шоссе, 23

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

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

ФГБУ «НМИЦ РАДИОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РФ

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

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

<https://nmicr.ru/>

и его филиалы:

МНИОИ ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА

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

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

www.mnioi.nmicr.ru

МРНЦ ИМ. А.Ф. ЦЫБА

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

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

www.mrrc.nmicr.ru

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

Адрес: 111123, Москва, шоссе Энтузиастов, 86

Телефон: +7 (495) 304-30-39

<https://mknc.ru>

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

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

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

www.rncrr.ru

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

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

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

www.niioncologii.ru

**НИИ ОНКОЛОГИИ ФГБУ «ТОМСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР РАН»**

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

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

www.onco.tnimc.ru

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

Адрес: 630055, Новосибирск, ул. Речкуновская, 15

Телефон онкологии: +7 (383) 347-60-66

<https://www.meshalkin.ru>

ФГБУ «НМИЦ ОНКОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РФ

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

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

<http://www.rnioi.ru>

Производители питания

Nestle – www.nestlehealthscience.ru

Fresenius – www.fresenius-kabi.com/ru

Nutricia – www.nutricia-medical.ru

Биовестин – www.biovestin.ru

АО «Инфаприм» – www.infaprim.com

Пациентские организации

ВСЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ ПАЦИЕНТОВ

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

Телефон: +7 (495) 612-20-53

www.patients.ru

АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ «ЗДРАВСТВУЙ!»

Номер горячей линии 8-800-30-10-20-9

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

Государственные организации

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ (ФСС РФ)

Адрес: 107078, Москва, Орликов переулок, 3а

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

<https://fss.ru/>

Производители техсредств

Медтехника – www.mtudp.ru

Provox – www.omniks.ru/provox.html

МПЦ «Эпитетика» – <https://epitetika.ru>



info@russcpa.ru



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

Информационный буклет

Дайхес Н.А., Виноградов В.В., Решульский С.С, Кравцов С.А.,
Осипенко Е.В., Исаева М.Л., Кривых Ю.С., Михалевская И.А., Борова И.В.

ПОСОБИЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ЛАРИНГЭКТОМИЮ

Подготовка в печать Сергей Свиридов
Верстка А. Сребрик
Корректурa Т. Сагатова

Подписано в печать с готовых диапозитивов
Формат 148x210. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.





ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА РОССИИ»

(ранее – Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России), основанный в 1935 году, является ведущим специализированным многопрофильным научно-исследовательским медицинским учреждением РФ экспертного уровня в области современной оториноларингологии, хирургии головы и шеи.

Уникальность Центра обусловлена интеграцией современных научных исследований, высокотехнологичной хирургии и постдипломного образования в единый процесс. В настоящее время НИИЦО ФМБА России является крупнейшим лечебным учреждением по профилю «оториноларингология» в России. Клиническая база Центра, открытого в 2014 году, в полном объеме оснащена современным диагностическим, медицинским и хирургическим оборудованием.

Кадровый потенциал Центра – это свыше 600 научных и клинических сотрудников, среди которых члены-корреспонденты РАН, профессора, 35 докторов медицинских наук, 55 кандидатов медицинских наук, 6 Заслуженных врачей РФ, 2 Заслуженных деятеля науки РФ.

Научно-клиническая база ФГБУ НИИЦО ФМБА России включает 14 научно-клинических отделов со стационарными отделениями, специалисты которых совместно выполняют весь спектр высокотехнологичных операций в области оториноларингологии, хирургии головы и шеи, включая слухоулучшающие операции,

кохлеарную имплантацию, ринохирургическое лечение, реконструктивно-пластическое восстановление функций гортани и трахеи взрослым и детям, лечение доброкачественных и опухолевых новообразований ЛОР-органов, основания черепа, челюстно-лицевую и реконструктивную хирургию и офтальмологические операции.

Отдел опухолей головы и шеи оказывает квалифицированную помощь пациентам с доброкачественными и злокачественными опухолями ЛОР-органов, головы и шеи, проводит под контролем операционного микроскопа, эндоскопа и электрофизиологического нейромониторинга и хирургической навигации микрохирургическое лечение в малых анатомических пространствах, связанные с риском повреждения нервов, сосудов и других важных структур.

Оперативное лечение проводится как традиционным способом, так и с помощью радиоволнового ножа или CO² лазера. Онкологами отделения разработаны и внедрены методики реабилитации пациентов с раком гортани и гортаноглотки после ларингэктомии.



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

