

БИБЛИОТЕКА ПАЦИЕНТА

**РАК ЖЕЛУДКА
В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ**

**О БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИИ РАССКАЗЫВАЕТ
АНДРЕЙ ПАВЕЛЕНКО**

Москва 2019 год

Оформление серии Сергей СВИРИДОВ

Редактор Мария ЦЫБУЛЬСКАЯ

РАК ЖЕЛУДКА В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ. – М., 2019.

О болезни и лечении рассказывает Андрей Павеленко

Составители:

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

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

Уважаемые читатели!

Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» занимается поддержкой людей, столкнувшихся с диагнозом «рак». Мы понимаем, что чувствуют пациент и его близкие, когда в дом приходит эта болезнь, потому что многие из нас и сами прошли этот путь.

Очень часто причиной страха и отчаяния становятся непонимание заболевания, незнание о том, что рак можно вылечить, отсутствие достоверной информации о методах лечения. Поэтому мы решили выпустить серию буклетов для пациентов, чтобы каждый мог узнать о своей болезни и настроиться на лечение. Традиционно в этой работе нам помогают лучшие врачи страны, специалисты в лечении онкологических заболеваний. Наши брошюры – возможность подготовить пациента к работе в команде со своим врачом и борьбе за свою жизнь!

Этот выпуск посвящен проблеме лечения рака желудка. Это не одно заболевание, а очень разнородная группа заболеваний как по причинам, вызывающим развитие опухоли, так и по возможностям лечения и прогнозу.

В этой брошюре мы совместили два текста – справочную информацию по заболеванию и методам лечения, написанную простым и доступным языком, и рассказ человека, который прошел все этапы лечения сам. Наш герой – Андрей Павленко, врач-онколог, руководитель онкологической клиники в Санкт-Петербурге, специалист по лечению рака желудка и пациент с этим же заболеванием.

Андрей – уникальный врач и уникальный пациент. Он посвятил свою болезнь другим, решив публично рассказывать о своем лечении в блоге, спецпроекте на портале «Такие дела» <https://cancer.takiedela.ru/> и во множестве интервью. Так доктор Павленко помогает другим пациентам лучше понять свою болезнь. Мы сердечно благодарим Андрея за согласие рассказать свою историю, поделиться опытом и дать свои советы и нашим читателям.

Надеемся, это пособие будет вам полезно!

СОДЕРЖАНИЕ

ЧТО ЭТО ЗА БОЛЕЗНЬ

Что такое рак? 8

Причины развития и течение заболевания 11

ДИАГНОСТИКА

Симптомы 18

Методы диагностики 19

Стадии болезни 22

ЛЕЧЕНИЕ

Выбор тактики лечения 26

Химиотерапия 27

Таргетная терапия 33

Эндоскопические методы лечения 34

Хирургическое лечение 35

Место лучевой терапии в лечении рака желудка 43



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ


Организация питания	50
Контроль развития рецидива	53

КАК ИЗБЕЖАТЬ БЕСПЛОДИЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА

Как избежать бесплодия	56
Как это работает	57

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРАВА ПАЦИЕНТА

Как получить специализированную медицинскую помощь	59
Высокотехнологичная медицинская помощь	60
Инвалид и инвалидность	64
Как получить льготное лекарственное средство	66
Паллиативная помощь	70





Что это
за болезнь



Андрей Павленко о том, как жить во время лечения:

Здравствуйте, дорогие читатели, пациенты и те, кто поддерживает близкого человека во время лечения.

Меня зовут Андрей Павленко, я врач-онколог, руководитель онкологической клиники в Санкт-Петербурге и онкологический пациент. Когда мне было 39 лет (в 2018 году), я узнал, что у меня агрессивная форма рака желудка III стадии. За год я прошел восемь курсов химиотерапии, пережил удаление желудка (такой вид операции нужен далеко не всем пациентам) и реабилитацию. Поэтому я понимаю, что происходит с человеком во время лечения и как врач, и как пациент. Все это время я работал, проводил время с семьей и друзьями, съездил в отпуск, жил полноценной жизнью, потому что лечение, даже сложное, это часть нашей жизни. Возможно, лечение будет успешным, и после него вы сможете забыть о заболевании навсегда, кому-то оно продлит жизнь, но не победит болезнь. Но пока мы ходим по земле, нужно стараться радоваться, работать и быть счастливыми!

После известия о диагнозе ваша жизнь изменится, и не только в худшую сторону. Многие пациенты, да и я сам, начинают иначе ценить маленькие радости, уделять им больше внимания и времени. Я долго не находил времени, чтобы скачать в телефон новую музыку, не видел, какая за окном погода, не успевал читать, мало общался со старшей дочерью, не ездил в отпуск годами. Во время лечения я не отказывал себе в том, что может принести радость. Время концентрируется, хочется наполнить смыслами и впечатлениями каждый свой день.

Конечно, если вы только узнали о своем диагнозе, эти слова могут показаться странными. Ведь первая реакция – это шок, страх, отчаяние, ужас. Я почувствовал то же самое, когда говорил со своим врачом. Я с самого начала знал, что в моем случае шансы на успешное лечение невелики, а на

момент постановки диагноза моему младшему из трех детей исполнилось только 9 месяцев, на мне была важная и любимая работа и жизнь била ключом. Пациенты часто спрашивают меня: «Доктор, я умру?» Это нормальная мысль и тот самый вопрос, который крутится в голове у каждого в такой ситуации. Но ни один врач не сможет на него ответить. Поэтому точнее будет спросить: «Доктор, какой будет план лечения?»

Все люди разные. Кому-то на принятие диагноза нужно несколько минут, кто-то будет горевать несколько дней или недель. Главное – не опустить руки, настроиться на лечение, вместе со своим врачом составить план действий на каждый возможный сценарий развития событий. Ведь если будущее продумано и понятно, оно становится предсказуемым и не таким страшным.

Что такое рак?

Онкологическое заболевание развивается в результате мутации одной клетки организма, из которой впоследствии развивается злокачественная опухоль. В норме у клетки есть жизненный цикл – она рождается, делится и умирает. Умирание клетки называется апоптозом. А мутированная клетка не умирает, она продолжает делиться, и все новые клетки также не умирают, а делятся дальше. Пока опухоль небольшая ей хватает питания собственными ресурсами. Затем она прорастает в лимфатическую и кровеносную систему, по которой злокачественные клетки могут распространиться по организму, зацепиться в других органах и образовать там новые опухоли – это называется метастатическим процессом, а вторичные опухоли – метастазами.

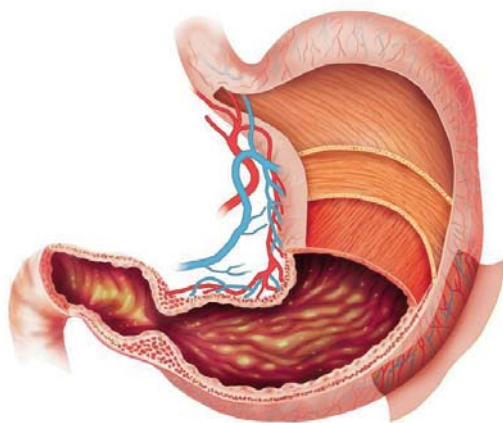
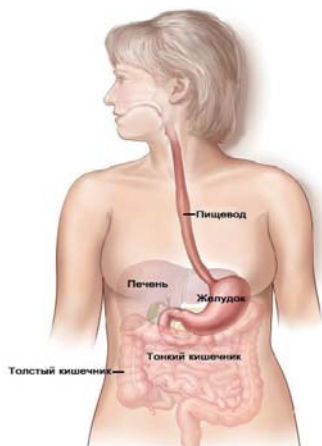
Стать злокачественной может любая клетка организма. И от ее особенностей будут зависеть и методы лечения, которые смогут побороть рак. Клетки почти всех наших органов отличаются друг от друга, более того, клетки одного органа так же могут быть

разными. Поэтому, говоря про рак желудка, нужно заметить, что это группа заболеваний, которые вызваны разными причинами, протекают по-разному и требуют различного лечебного подхода.

Рак желудка

Желудок – это орган пищеварения, представляет собой полый мышечный орган, располагается между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой в верхнем этаже брюшной полости, занимая преимущественно срединное положение.

Желудок имеет большую и малую кривизну, переднюю и заднюю стенки и отделы – кардиальный, субкардиальный, дно, тело и антральный с пилорическим каналом, содержащим пилорический сфинктер – циркулярную мышцу, регулирующую поступление пищевого комка в двенадцатиперстную кишку. Вдоль большой и малой кривизны располагаются сосуды (артерии, вены, лимфатические сосуды) и нервные волокна, обеспечивающие питание стенки желудка и регулировку его работы. Вокруг сосудисто-нервных пучков имеется жировая клетчатка, содержащая лимфатические узлы, через которые осуществляется отток лимфы из органа.



Желудок участвует в переваривании пищи, которое осуществляется механическим и химическим путем. В стенке желудка имеются четыре слоя: химическое переваривание осуществляется клетками внутренней, так называемой слизистой, оболочки благодаря наличию большого количества желез, которые вырабатывают желудочный сок, содержащий пищеварительные ферменты – пепсины и соляную кислоту. Поддержанию функции слизистой оболочки способствует подслизистая основа, содержащая кровеносные, лимфатические сосуды и нервные сплетения. Мощные мышечные волокна мышечной оболочки осуществляют механическую обработку пищи. Снаружи желудок покрыт брюшиной – серозной оболочкой, покрывающей и все остальные внутренние органы.



Рак желудка – это злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток его внутренней, слизистой оболочки.

По расположению опухоли врачи выделяют:

- ◆ опухоли верхних отделов желудка (проксимальных, близких к пищеводу);
- ◆ средних отделов (тела) желудка;
- ◆ нижних отделов (дистальных, ближе к двенадцатиперстной кишке).

При этом опухоль может распространяться на два и три отдела желудка. Со временем опухоль может выходить за пределы желудка, распространяться вдоль пищеварительной трубки на пищевод, двенадцатиперстную кишку, а также прорастать

в какие-либо прилежащие к нему органы: поджелудочную железу, печень, переднюю брюшную стенку, поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку. Опухолевые клетки с оттоком лимфы могут оседать в ближайших к органу лимфатических узлах (регионарные метастазы).

При распространенном опухолевом процессе злокачественные клетки могут переноситься с током крови в другие органы (печень, легкие, кости и др.) и давать рост новых очагов – отдаленные метастазы, а при прорастании наружной (серозной) оболочки или брюшины – рассеиваться по брюшной полости и формировать множественные очаги на брюшине (перитонеальная диссеминация, или канцероматоз). Возможно метастазирование по лимфатическим путям с появлением метастазов в лимфатических узлах на шее, чаще – слева, в лимфатических узлах забрюшинного пространства, параректальной клетчатки.

Причины развития и течение заболевания

Точные причины развития того или иного онкологического заболевания врачам не известны. При одном и том же наборе факторов риска (наследственность, курение, лишний вес и т.д.) у одного человека опухоль разовьется, а у другого нет, и предсказать точно, произойдет это или нет, никто не может.

Тем не менее про рак желудка ученым удалось узнать довольно много.



У этого вида рака есть несколько причин и механизмов развития. Выделяют два основных типа рака желудка: кишечный и диффузный.

Helicobacter pylori и образ жизни

Рак желудка кишечного типа сходен по строению с опухолями кишечника (откуда и берет свое название), исторически преобладает в регионах с высокой заболеваемостью и поражает нижние отделы желудка. В механизме развития основную роль играют внешние факторы, включающие особенности питания и образа жизни, а также хроническую инфекцию специфической бактерией *Helicobacter pylori*.


При развитии этой формы опухоли отчетливо прослеживается несколько этапов предраковых изменений слизистой оболочки желудка. Пациент долгие годы страдает от гастритов, сначала острых, потом хронических, затем заболевание вызывает атрофические изменения и язву желудка, на месте которой в какой-то момент возникают злокачественные клетки и развивается опухоль. Такие опухоли чаще метастазируют через кровеносное русло, обладают относительно благоприятным течением и прогнозом.

Это наиболее частая форма рака желудка, с которой научились бороться еще на предраковой стадии с помощью антихеликобактерной антибактериальной терапии.

Наследственный рак

Диффузный тип рака желудка связан с генетической поломкой в естественной противоопухолевой защите. Если при кишечной форме эта защита отключается под воздействием бактерии, то в случае диффузной формы человек уже рождается без защиты от этого типа рака. Заболевают им чаще люди молодого возраста.

Это агрессивная и коварная форма рака. Для нее не характерно наличие фоновых заболеваний слизистой желудка. Ее труднее выявить из-за того, что опухоль развивается в нижних слоях слизистой и на ранних стадиях не видна даже во время гастроско-



пии. Опухоль быстро растет и распространяется и плохо поддается лечению.

Если в семейной истории есть случаи заболевания раком желудка, есть смысл сдать генетический анализ и проверить предрасположенность к развитию наследственного рака. Эта генетическая мутация может и не передаваться, но если она будет обнаружена, то, принимая во внимание сложности ранней диагностики, а также учитывая крайне агрессивное течение и неблагоприятный прогноз, пациенты с подтвержденной мутацией CDH1 и семейным анамнезом могут являться кандидатами для профилактического удаления желудка. Это непростая операция, после которой нужно будет пройти реабилитацию, но такая тактика гораздо безопаснее, чем попытки поймать этот рак на ранней стадии.



Info@russcpa.ru



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



Диагностика



Андрей Павленко о диагностике своего заболевания:

За год своего лечения я дал десятки интервью, и самый частый вопрос, который задавали журналисты: «Как так получилось, что врач, специалист по лечению рака желудка, пропустил эту болезнь у себя?» Вопрос справедливый. Дело в том, что у меня особая (диффузно-инфильтративная, наследуемый рак не подтвердился в моем случае) форма опухоли, которая плохо выявляется и отличается агрессивным течением. К сожалению, в настоящее время не существует скрининговых методов для эффективного выявления такой опухоли.

Опухоль развивается в глубоких слоях слизистой и может расти вширь, не показываясь на видимых участках. И даже если бы я делал гастроскопию каждый год, я мог бы пропустить начало болезни.

Еще меня спрашивают, пройдя через лечение, рекомендую ли я всем делать гастроскопию каждый год, чтобы увеличить шанс обнаружить рак на ранней стадии. Ответ – нет, не рекомендую, если у пациента нет никаких жалоб. А вот с любым дискомфортом и изменениями уже надо посетить врача. В остальных случаях скрининг на выявление рака желудка начинается после 40 лет.

У меня самого первые симптомы появились в сентябре 2017 года. Желудок болел по ночам и от голода. Я смог погасить эти симптомы обычными препаратами, снижающими кислотность, и на время забыл об этих проблемах. В марте 2018-го боли вернулись, и я пошел на гастроскопию с подозрением на язву. Я был в сознании во время процедуры и видел монитор, когда врач проводил мне исследование, и сам увидел опухоль на мониторе и понял, что дело плохо. А через несколько дней пришли результаты биопсии, и мы узнали, что это агрессивная форма и процесс уже распространился до III стадии.

Я живой человек, и мне стало страшно. За себя, за семью, за жену и детей, за наше будущее. Но я быстро смог собраться с мыслями и начать действовать и планировать.

Моим родным известие далось труднее, чем мне самому.

Я был откровенен с женой Аней. Мы поговорили о том, что ситуация тяжелая, но у меня есть шансы выздороветь и что я готов бороться. Она плакала, и я ее утешал. Средней дочке я сказал, что у меня опухоль и мне нужно будет ложиться в больницу время от времени, чтобы ее вылечить. Сказал, что, наверное, не смогу с ней ходить на скалодром какое-то время – это наше с ней любимое увлечение. А она мне ответила: «Ничего, Павленки не сдаются». Это было очень трогательно, этот девиз мы с ней придумали, когда преодолевали страх высоты на тренировках. Сложнее всего было старшей дочке, ей 13 лет, и она и так проходит через трудный подростковый кризис, но и с ней я смог поговорить и объяснить, что происходит со мной. Я убежден, что неизвестность пугает близких сильнее правды.

Переживали родители, сестра, коллеги, друзья. Думаю, что отчасти родным даже сложнее, чем самому пациенту. Я очень благодарен всем, кто был со мной рядом, поддерживал, переживал. Хочу сказать всем огромное спасибо – для меня очень важно то, что через это испытание мы прошли вместе!

В какой момент и кому рассказать о своей болезни, решает каждый для себя сам. Кто-то старается скрывать заболевание, кто-то, как я, живет с открытым статусом. Универсального правильного способа нет. Но мне кажется, что доверительные отношения с близкими – это важный эмоциональный ресурс, который может существенно облегчить заболевание и сохранить близость в семье. Поверьте, идти в одиночку по этому пути очень сложно, и поддержка близкого человека, которому вы доверяете, очень нужна.

Ранняя диагностика

Научные данные свидетельствуют о том, что с момента появления первой раковой клетки до достижения опухолью размера 2 мм в пределах слизистой оболочки проходит от двух до семи лет (в зависимости от индивидуального темпа роста опухоли). Ранняя стадия рака желудка занимает период длительностью не менее пяти лет. Доказано, что выявление рака желудка на ранней, излечимой стадии можно считать основным благоприятным прогностическим фактором в лечении.

На ранних стадиях болезни специфических симптомов, как правило, не бывает. Пациентов беспокоят ощущение общего дискомфорта в верхнем этаже брюшной полости, чаще всего связанного с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический панкреатит, холецистит, колит) либо с фоновыми воспалительными изменениями в слизистой оболочке желудка. Болевые ощущения в желудке появляются уже когда опухоль проросла в глубокие слои стенок желудка, где имеются нервные окончания, способные воспринять боль. Этот процесс может вызывать болевые ощущения в верхних отделах живота, дискомфорт и тошноту, а в редких случаях – желудочные кровотечения.



Поэтому выявление рака желудка на ранних стадиях происходит, как правило, при выполнении эндоскопического исследования по жалобам пациента на недомогание или при профилактических осмотрах.

Симптомы

При достижении опухолью определенных размеров появляются симптомы, связанные с осложнением опухолевого процесса:

- ◆ дискомфорт в верхних отделах брюшной полости, чувство тяжести, невозможность принять обычный объем пищи;
- ◆ боли в верхних отделах живота или разлитого характера, умеренной интенсивности, связанные или не связанные с приемом пищи, боли натошак;
- ◆ наличие анемии без явных причин также может быть следствием опухолевого процесса в желудке и является показанием к проведению гастроскопии;
- ◆ тошнота, эпизодическая рвота съеденной пищей;
- ◆ при сужении опухолью выходного отдела желудка отмечается застой пищи, при присоединении гнилостной флоры появляется специфический запах изо рта, появляется обильная рвота дурно пахнущим содержимым, накапливающимся в желудке в течение нескольких суток;
- ◆ рвота с кровью, черный жидкий стул, резкая слабость и понижение артериального давления свидетельствуют о желудочном кровотечении, причиной которого может быть опухоль желудка;
- ◆ затруднение прохождения пищи (дисфагия) развивается при распространении опухоли желудка на пищеводно-желудочный переход и пищевод;
- ◆ похудание, слабость могут быть следствием нарушения питания (при сужении просвета желудка) либо свидетельствовать о далеко зашедшем процессе с развитием отдаленных метастазов;

- ◆ иногда заболевание впервые проявляется увеличением лимфоузлов надключичной области слева, реже – на шее, либо выявлением на УЗИ малого таза увеличенных, метастатически измененных яичников;
- ◆ у молодых пациентов заболевание может проявляться сразу в виде появления асцита и кишечной непроходимости вследствие перитонеального канцероматоза.

Методы диагностики



Первичная диагностика – выявление злокачественной опухоли, постановка диагноза и гистологическое (под микроскопом) подтверждение.

Диагностика всегда начинается с приема и осмотра врача, выявления семейного анамнеза и факторов риска рака желудка. Затем доктор расписывает план диагностических анализов и исследований.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполняется специальным инструментом – эндоскопом, представляющим собой тонкий гибкий шланг с подсветкой и видеокамерой на конце, который вводят через рот. Этот метод позволяет прицельно рассмотреть все отделы пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, в том числе при сильном увеличении, с применением различных дополнительных методик для выявления очагов измененной слизистой оболочки и забора материала для биопсии и гистологического/цитологического исследования. Существуют специальные методы окрашивания, прижизненной биопсии, осмотра в специальных режимах, позволяющих сразу заподозрить злокачественное заболевание. Эндоскопическое ультразвуковое


исследование позволяет уточнить глубину прорастания опухоли в стенку желудка, рассмотреть ближайшие регионарные лимфатические узлы.

Гистологическое или цитологическое исследование под микроскопом взятых кусочков опухоли (биопсия) позволяет подтвердить диагноз злокачественной опухоли, определить ее гистологический тип, выявить предраковые изменения слизистой оболочки желудка.

Уточняющая диагностика проводится с целью уточнения распространенности опухолевого процесса, наличия метастазов и соответственно определения стадии опухоли.

Основные гистологические формы рака желудка – **аденокарцинома** (опухоль из железистой ткани) высокой, средней и низкой степени дифференцировки, **плоскоклеточный** (похожий на эпителий пищевода), **адено-плоскоклеточный и нейроэндокринные опухоли** (редко), возникающие из клеток эндокринной системы, которые тоже содержатся в слизистой оболочке желудка.





Рентгенологическое исследование пищевода и желудка с введением контраста (сульфата бария) – стандартная методика, заключающаяся в том, что больному предлагают выпить контраст, одновременно производя рентгеновские снимки. Метод позволяет выявить опухоль в желудке, места опухолевого сужения, нарушение эвакуации содержимого из желудка, уменьшение просвета желудка при диффузном раке.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, забрюшинного пространства, лимфатических узлов шеи, над- и подключичных зон, малого таза. Позволяет обнаружить метастазы в печени, лимфатических узлах, малом тазу, яичниках, выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости. В ряде наблюдений при соблюдении методики удается визуализировать опухоль непосредственно в желудке, выявить прорастание ее в соседние органы и структуры, рассмотреть регионарные лимфоузлы.

Мультиспиральная компьютерная томография (компьютерная томография, КТ, СКТ, МСКТ), в том числе с внутривенным введением контраста, позволяет получить изображения органов грудной и брюшной полостей в виде поперечных срезов. С помощью компьютерной томографии определяют глубину прорастания опухоли стенки пищевода, расположение опухоли по отношению к окружающим органам и их вовлечение, наличие метастазов в легких, печени, лимфатических узлах, костных структурах.

Диагностическая лапароскопия (исследование брюшной полости через проколы под общим наркозом) проводится для определения стадии заболевания и выявления метастазов на париетальной и висцеральной брюшине (канцероматоз), не видимых при УЗИ и КТ.

Стадии болезни



Как все злокачественные новообразования, в развитии рака желудка выделяют четыре стадии, классифицируемые на основании символов **T** (распространенность опухоли в органе), **N** (степень поражения регионарных лимфоузлов) и **M** (наличие отдаленных метастазов), по системе **TNM**.

Символ **T** варьирует, возрастая пропорционально распространенности основной опухоли:

T1 – опухоль прорастает до подслизистой основы;

T2 – опухоль прорастает в мышечную оболочку;

T3 – опухоль прорастает в подсерозную основу;

T4 – опухоль прорастает в серозную оболочку;

T4a – опухоль прорастает только в серозную оболочку;

T4b – опухоль прорастает в соседние структуры.

Символ **N** зависит от количества пораженных метастазами лимфоузлов (**N0** – нет метастазов в регионарных лимфатических узлах;

N1 – метастазы в 1–2;

N2 – в 3–6,


N3a – в 7–15,

N3b – в 16 и более регионарных лимфатических узлах.

M0 – нет отдаленных метастазов;

M1 – есть отдаленные метастазы.





(Отдаленные метастазы включают диссеминацию по брюшине, положительную цитологию перитонеальной жидкости и элементы опухоли в сальнике, не являющиеся частью непрерывного распространения).

I стадии процесса соответствует распространенность опухоли не глубже мышечного слоя, возможно наличие метастазов в 1–2 регионарных лимфоузлах.

II стадия характеризуется глубиной инвазии до серозного слоя, но без метастазов в регионарных лимфоузлах, либо наличие регионарных метастазов с небольшой инвазией опухоли.

III стадия определяется глубокой инвазией и наличием метастазов в регионарных лимфоузлах.

IV стадия определяется всегда при наличии отдаленных метастазов (M1).



Info@russcpa.ru



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



Лечение



Андрей Павленко о выборе тактики лечения:

Многие пациенты первым делом хотят, чтобы им как можно скорее удалили опухоль: «Уберите это из меня!» И у меня самого была такая же эмоциональная мысль. И я говорю об этом с самоиронией, ведь сам-то я прекрасно знаю, что в моей ситуации золотым стандартом лечения была предоперационная химиотерапия. Более того, вопрос о возможности проведения операции решается только по ее результатам.

Забегая вперед, расскажу, что в моем случае лечение пошло не совсем по стандартной схеме. Я прошел четыре курса химиотерапии, и по результатам контрольного обследования мы увидели, что опухоль уменьшилась вдвое. Это очень хороший ответ на лечение! По стандартам мне была показана радикальная операция – полное удаление желудка и после нее еще четыре курса химиотерапии, чтобы закрепить эффект. Но коллеги – врачи из 62-й больницы рекомендовали мне пройти дополнительный цикл химии до операции. Они применяют эту тактику уже давно, потому что по опыту пациенты после тяжелой операции уже физически не выдерживают еще четыре курса химиотерапии. И хотя я переносил лечение с трудом (я расскажу об этом ниже в тексте), я согласился с их доводами.

Что я могу посоветовать другим пациентам в начале лечения?

Конечно, нужно постараться выбрать клинику и врача, которому вы доверяете. Очень важно, чтобы доктор постоянно работал с вашим заболеванием и имел большой опыт в лечении. Обязательно поговорите с врачом, задайте ему все волнующие вас вопросы. Адекватный опытный доктор не смутится ничему и все спокойно и подробно объяснит. На прием к врачу возьмите с собой близкого человека, так вы будете чувствовать себя спокойнее и будете уверены, что ничего не пропустили.


Если волнуетесь или сомневаетесь, получите второе мнение по плану вашего лечения в другой клинике.

Спросите у своего врача, готов ли он поддерживать с вами оперативную связь во время лечения. Бывают случаи (осложнения во время химиотерапии или после операции), когда это необходимо.

Меня спрашивают, почему я не стал лечиться в своей клинике – неужели не доверяю своим коллегам. Это, конечно, не причина – я доверяю им как самому себе. Но мы очень близки, и для них было бы стрессом быть моими лечащими врачами. Так же как было бы стрессом лечить кого-то из членов своей семьи. Это неэтично и слишком эмоционально для всех нас. Поэтому коллеги были для меня друзьями и группой поддержки. А лечился я в других клиниках.

Выбор тактики лечения

Выбор тактики лечения при раке желудка, как и при любом другом онкологическом заболевании, зависит от стадии процесса и общего состояния пациента на момент установления диагноза. Так, в некоторых случаях на ранних стадиях лечения, если опухоль небольшая и не успела распространиться в другие органы, может быть достаточно только хирургического лечения без проведения химиотерапии. На продвинутых стадиях будет выбрана схема с сочетанием нескольких методов – препараты, операция. Иногда лучевая терапия. При метастатической форме рака радикальные операции уже не проводятся, основной метод лечения будет химиотерапевтическим. А хирургия применяется только для облегчения состояния пациента. Но в каждом индивидуальном случае тактика определяется консилиумом врачей.



Значительную роль в выборе тактики лечения играет общее состояние пациента. Учитываются наличие сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистые, органов дыхания, печени, почек), лабораторные показатели (анализы крови), дефицит массы тела (недостаточность питания), возраст и др. При тяжелом общем состоянии, у пожилых людей предпочтение отдают нехирургическим методам лечения. В некоторых случаях перед началом специального лечения требуется особая терапевтическая подготовка в условиях стационара.

Химиотерапия

Химиотерапия представляет собой вариант лечения, при котором химиопрепарат действует на быстро делящиеся клетки, тем самым вызывая их гибель. Это токсичное лечение, оно успешно борется с раковыми клетками, но повреждает и здоровые ткани, поэтому химиотерапия вызывает ряд побочных эффектов (о борьбе с ними мы расскажем ниже).

Химиотерапия в комбинации с хирургическим лечением применяется при раке желудка II–III стадий, при явном метастатическом поражении лимфатических узлов (предоперационная) либо при подтвержденных морфологически метастазах в лимфоузлы (послеоперационная).

Есть три основных варианта проведения химиотерапии пациентам, которым планируется проведение хирургического вмешательства: перед операцией (так называемая неоадъювантная), после операции (адъювантная химиотерапия), а также периоперационная химиотерапия, когда химиопрепарат назначается как до операции, так и после нее.

Больным с местно распространенным нерезектабельным процессом и/или при наличии отдаленных метастазов, при хоро-

ших функциональных показателей назначается химиотерапия в лечебном режиме.

Эффект химиотерапии оценивается по изменениям в опухоли – исчезновение признаков опухоли (полная ремиссия), уменьшение первичного очага, размеров метастатических лимфоузлов (частичная резорбция опухоли), отсутствие появления новых очагов (стабилизация). При исчерпании терапевтических резервов препаратов первой линии при необходимости назначаются препараты второй линии (в монорежиме либо в сочетании) и далее – третьей линии, в зависимости от эффективности и переносимости.


Побочные эффекты химиотерапии и их преодоление

Андрей Павленко о своем самочувствии во время химиотерапии:

С химиотерапией у меня сложились своеобразные отношения. Она давалась мне с трудом, но я научился под нее подстраиваться.

После первого курса у меня были лихорадка и температура (фебрильная нейтропения). Перед вторым упали показатели крови и чудом восстановились в последний момент, а перед третьим не восстановились, и курс пришлось перенести на несколько дней.

Побочные эффекты развивались по одному и тому же сценарию. Первые пару дней после капельницы с химиопрепаратом я чувствовал себя неплохо. Ходил на работу и мог вести активный образ жизни. А потом на три дня меня сваливали побочки. Сильная слабость, тремор, тошнота,



апатия. Лучше всего в этот период найти возможность спокойно отлежаться, побольше спать, смотреть кино и восстанавливаться. Так я и делал.

Но перед следующим курсом я успевал восстановиться, оперировал, принимал пациентов и раздавал интервью. Жил очень активной жизнью, которая была мне не по силам. Я сам этого не понимал, но это увидела Аня.

В один очень загруженный день она подошла ко мне, на руках у нее был наш малыш. Она посмотрела на меня очень внимательно и спокойно сказала: «Скажи, если ты подцепишь инфекцию и из-за пневмонии не сможешь пройти четвертый и решающий курс химии, отнимешь у себя и у нас единственный шанс на жизнь, ты сможешь потом простить себя за это? Если да, то я тебя поддержу – это твой выбор. Но если нет, то остановись».

Меня в тот момент как током ударило! Мне трудно было осознать, что я – пациент, у меня есть ограничения и есть приоритеты. Что надо смотреть на картину целиком и не забывать, что самое главное – это мое лечение. Думаю, что это особенность пациента-врача. Но благодаря Ане я это увидел, отменил поездку в Москву и перенес все встречи. И смог пройти четвертую химию.

Очень волнительным был день контрольного исследования. Я не нервничал в прямом смысле, потому что по своей привычке продумал все варианты сценариев в случае того или иного результата. Опухоль могла увеличиться, несмотря на лечение, или появиться отдаленный метастаз. Ситуация могла остаться на том же уровне, что и до лечения. Могла улучшиться, но не драматично. Но у меня был самый лучший из всех возможных вариантов – опухоль уменьшилась вдвое! Я позвонил Ане с новостью не сразу, дождался, когда врач изучит все снимки


и напишет официальное заключение, хотел перестраховаться на случай, если доктор найдет какие-то мелкие очаги при детальном изучении снимков.

В своем подкасте того дня на сайте проекта я говорю, что не готов пройти еще четыре курса химии до операции – я был тогда сильно истощен и измотан. А еще не понимал, насколько травматична операция, которая мне предстояла.

Врачи 62-й больницы в Москве смогли убедить меня в том, что предоперационная химия более надежна и эффективна. А кроме того, они дали мне восстановиться, сделав перерыв перед продолжением лечения в четыре недели. Остальную терапию я проходил уже в Москве, а не в родном Питере. После лечения я восстанавливался в гостях у моей сестры – хорошо было провести с ней время, даже несмотря на недомогание.

Химиотерапия – это непростой период жизни, но плюс в том, что он довольно предсказуем, что позволяет строить планы и адаптироваться. Как перенесет химию каждый конкретный пациент, не знает никто. Варианты осложнений могут быть очень разными. У меня падали показатели крови, была слабость, выпадали волосы, но не было проблем с пищеварением, с кожей и воспаления слизистых оболочек. А у кого-то могут быть совсем другие ощущения и побочки, чем у меня.

Во время химии важно соблюдать режим отдыха, беречь силы, но и залеживаться не стоит. Старайтесь двигаться, выходить на небольшие прогулки, попросите кого-то из близких вас сопровождать. Чем больше вы двигаетесь, тем быстрее восстанавливаетесь от токсического эффекта препаратов.



Настройтесь на лечение, заручитесь поддержкой близких, распределите обязанности по дому, возьмите выходные на работе в дни после химии. Настройтесь на лечение, воспринимайте его не как отраву, а как ваш вклад в борьбу с болезнью. Сидя на капельнице, я представлял, что с каждой каплей маленькие бойцы из кинофильма «Мортал-комбат» попадают мне в кровь и борются с раковыми клетками. А когда у меня была температура 39,2, думал, что она выжигает мою опухоль изнутри. Это может показаться наивным, но такой настрой как минимум поднимает настроение, а может, и правда помогает добиться успеха.

Показатели крови

Наиболее частое осложнение химиотерапии – угнетение миелопоэза – роста и размножения различных фракций лейкоцитов с развитием лейкопении (низкого уровня в крови общего числа лейкоцитов) и нейтропении (снижения уровня относительного и абсолютного числа нейтрофильных лейкоцитов), как наиболее интенсивно делящихся и чувствительных к повреждающему действию цитотоксических препаратов.

Использование колониестимулирующих факторов (лейкостим, филграстим и др.) позволяет существенно снизить число опасных для жизни инфекционных осложнений, возникающих при нейтропении.

Тошнота и рвота

Не менее часто встречается осложнение в виде тошноты и рвоты, но для облегчения этого осложнения сегодня есть несколько эффективных препаратов. Тошнота развивается из-за разрушения клеток слизистой тонкой кишки и выброса серотонина в кровоток, а также активации волокон блуждающего нерва

и воздействия на особую область в головном мозге, ответственную за рефлекс тошноты и рвоты.

Для эффективного предотвращения тошноты еще до начала курса химиотерапии доктор назначит противорвотные препараты.

Диарея достаточно часто сопровождает проведение химиотерапии. Она является следствием повреждения быстро делящихся клеток слизистой оболочки тонкой и толстой кишки, что провоцирует транссудацию жидкости в просвет кишки с последующим многократным водянистым стулом. Потери жидкости восполняются по возможности обильным питьем, при необходимости доктор может назначить капельницы физраствора.

Анемия также является частым осложнением химиотерапии, применяются препараты железа, в том числе внутривенные формы, а также при рефрактерной анемии целесообразно назначение препаратов – стимуляторов эритропоэза.

Ладонно-подошвенный синдром – дерматонейропатия, возникающая на коже ладоней и ступней. К сожалению, препаратов, способных предотвратить развитие этого осложнения, не существует. Однако применяются сложносоставные кремы и мази на основе масел и растительных экстрактов, облегчающие эти симптомы (крем Mapisal, Элима).

Алопеция – выпадение волос. Это осложнение возникает в результате подавления пролиферации эпителия волосяных фолликулов. Алопеция обратима, однако для многих она является тяжелой психической травмой. Лучше всего подготовиться к выпадению волос, сделать короткую стрижку перед началом лечения. Когда волосы начнут выпадать, лучше сбрить волосы самостоятельно, это позволит вернуть ощущение контроля над ситуацией.

Если пациент скрывает свое заболевание, можно заранее подобрать парик, максимально похожий на ваши обычные волосы. Женщины могут экспериментировать с платками и другими головными уборами.

Помните, что волосы полностью отрастут через три-шесть месяцев после окончания медикаментозного лечения.

Таргетная терапия



Таргетная терапия (target – от англ. слова «мишень») принципиально отличается от химиотерапии по механизму действия. Если химия бьет по всем быстроделющимся клеткам, то препараты таргетной терапии отмечают раковые клетки мишенями и делают их заметными для иммунитета. Такое лечение менее токсично, чем химия. Однако оно подходит не для всех типов опухолей.

Применение таргетного препарата (трастузумаба) возможно только при наличии положительной экспрессии рецептора фактора роста HER2/NEU. Для определения чувствительности к трастузумабу (герцептину) необходимо исследовать эту экспрессию в кусочках опухоли путем иммуногистохимического исследования.

В настоящее время есть опыт применения препарата рамцирумаба (таргетного препарата – ингибитора ангиогенеза), он применяется в основном в третьей линии, преимущественно в сочетании с таксанами. В ряде случаев применяются препараты – ингибиторы эпителиального фактора роста (цетуксимаб, панитумумаб), однако эффективность при раке желудка низкая.

Исследования в области молекулярно-генетических особенностей рака желудка и онкоиммунологии позволяют определить пациентов, опухоль которых наиболее чувствительна к химиотерапии и/или иммунотерапии ингибиторами PD-1 (ниволумаб, пембролизумаб), и применить к ним инновационные препараты в надежде на успех в лечении. Однако в настоящее время эффективность этих препаратов находится в стадии исследования, и они еще не приняты в стандарты лечения.

Эндоскопические методы лечения

Эндоскопическое лечение проводят при начальных формах рака (раннем раке), I стадии, когда опухоль представляет собой небольшой очаг в пределах слизистой оболочки желудка, без признаков изменений в регионарных лимфатических узлах. Операцию проводят с помощью эндоскопа, под общим внутривенным наркозом. Удаляют фрагмент слизистой оболочки желудка без подлежащих слоев либо с досечением подслизистой основы, в пределах здоровой слизистой оболочки. Далее проводится тщательное исследование удаленного фрагмента слизистой под микроскопом, чтобы оценить степень распространения опухоли в ткани. И если будет установлено, что опухоль проросла в более глубокие слои (мышечный слой), пациенту будет предложена полостная операция.

Также эндоскопические операции проводятся при IV стадии онкологического заболевания либо при неоперабельных опухолях. В этих случаях эндоскопические методы позволяют устранить непроходимость в области опухолевого сужения пищевода или желудка путем установления саморасправляющегося стента (пружинящей трубки из армированных полимерных материалов) в зону сужения. Операция проводится под эндоскопическим контролем с последующей рентгенологиче-

ской проверкой правильности положения стента и степени его раскрытия.

Хирургическое лечение

Андрей Павленко о своей подготовке к операции и первых днях после нее:

В моем случае операция была возможна только при успешном ответе на химиотерапию. Поэтому для меня этот вариант был желанным и предпочтительным. Хотя когда стало ясно, что желудок все же придется удалять, стало немного тоскливо. Больше всего меня заботили не боли или возможные осложнения, мне было грустно расставаться с привычным образом жизни. Я очень люблю поесть, причем далеко не самую полезную еду. Люблю острую азиатскую кухню, жареное мясо, а все полезное вареное и парное я, наоборот, никогда не любил. Я думал о том, как я буду есть каши, которые терпеть не могу, и как буду скучать по любимому молоку, которое мог пить литрами.

За два дня до операции мы собрались с друзьями в корейском ресторане и устроили «вечеринку прощания с желудком». Когда выбора нет, остается только шутить – чувство юмора очень помогает мне все это время.

Своим пациентам перед операциями я всегда говорю, что не должно быть паники. Нормально волноваться и даже бояться операции и наркоза, многие испытывают эти чувства. Но именно паника недопустима. Если вы понимаете, что не справляетесь с эмоциями, поговорите с врачом и попросите назначить вам успокоительное.

Моя операция длилась шесть с половиной часов, и сутки после нее я провел в реанимации. Все это в рамках протокола больницы, я знал, что так и будет, заранее. Сейчас в реанимацию всех больниц обязаны пускать родственников пациента. Поэтому ко мне приходила Аня, и это очень важная поддержка – увидеть рядом родное лицо, услышать любимый голос.

Я недооценивал степень болевого синдрома после операции. Не думал, что мне трудно будет переносить боль. Поэтому обезболивающее мне кололи каждые два-три часа.

На следующий день после операции с Аниной помощью я встал и постоял у окна. А еще через день уже вышел на первую небольшую прогулку. Это не подвиг – это важный этап восстановления, врачи всегда рекомендуют начинать двигаться как можно раньше после операции, чтобы в животе не образовывались спайки.

На шестые сутки меня выписали домой, и начался долгий период адаптации к новому режиму питания. В это время я допустил все возможные ошибки, о которых расскажу в следующей главке.



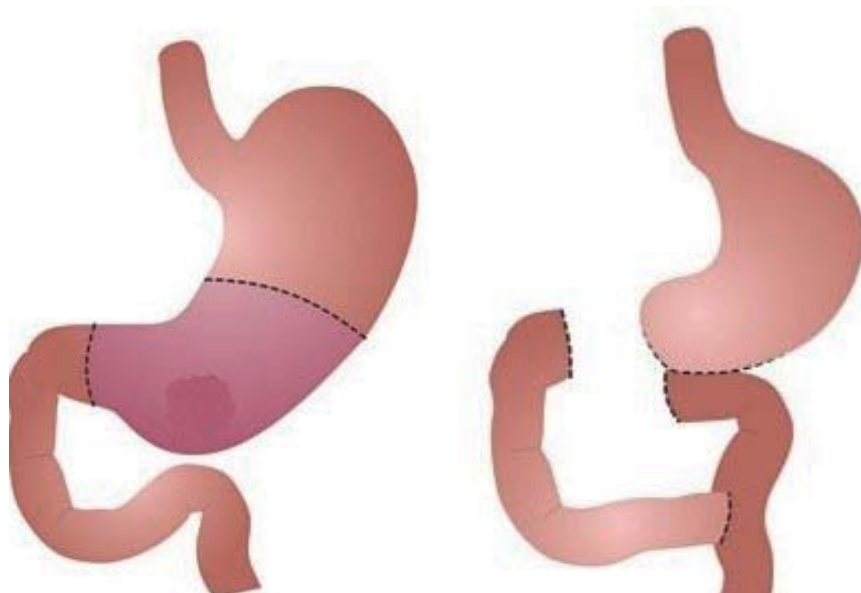
Основным методом лечения рака желудка при условии, что в других органах нет метастазов, является хирургический метод.

Радикальное хирургическое лечение является основным методом при локализованном раке желудка без отдаленных метастазов (I–III стадии). Оно заключается в тотальном (полном) или субтотальном удалении желудка. Однако при прорастании жиз-



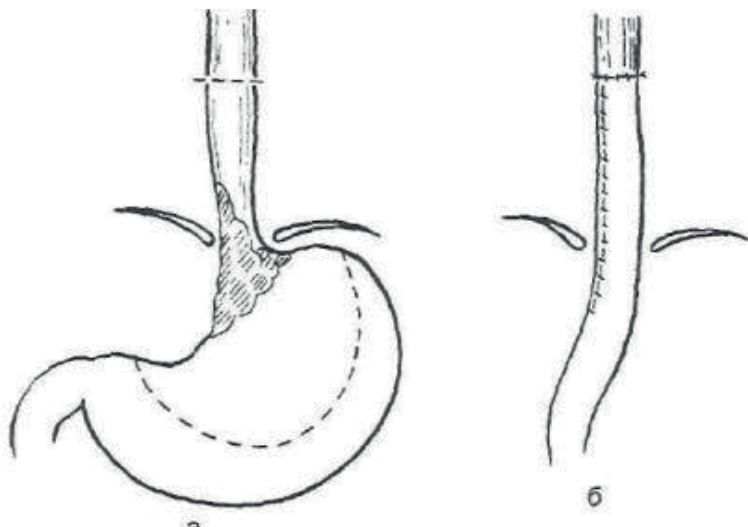
ненно важных структур, как правило, магистральных сосудов, процесс признается неоперабельным (нерезектабельным), операция завершается пробной лапаротомией, и назначаются другие, альтернативные методы лечения.

Дистальная субтотальная резекция желудка: данный вид вмешательства используется, когда опухоль расположена в нижней трети желудка, при этом она небольшого размера. При выполнении данной операции удаляется две трети желудка, остается лишь его культя. Формируются два анастомоза (соустья, швы): первый – между оставшейся культей желудка и кишкой, второй – между двумя участками кишки. Помимо этого удаляется клетчатка с лимфоузлами, окружающими желудок. Это выполняется при любых вмешательствах по поводу рака желудка, кроме опухолей I стадии, так как в лимфатических узлах могут быть микрометастазы опухоли, которые в дальнейшем, при снижении иммунитета, могут дать бурный рост и развитие процесса.



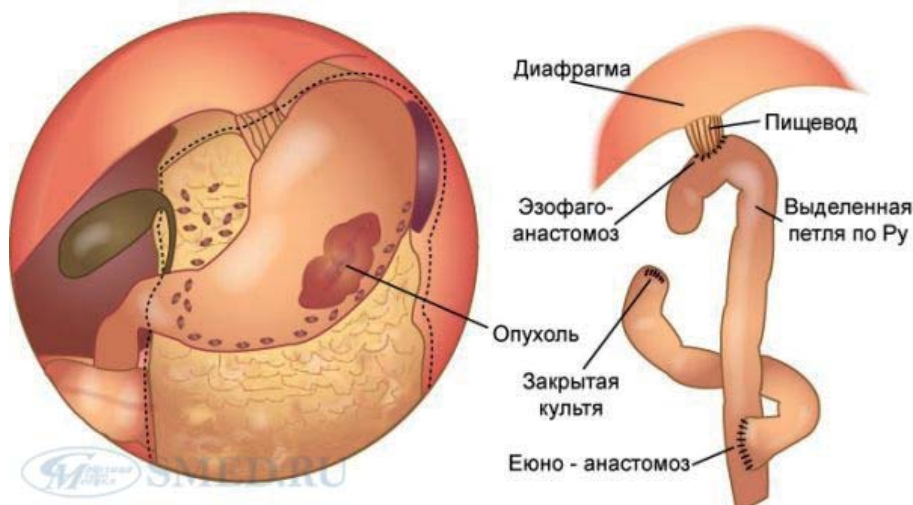
Результаты этой операции во многом зависят от опыта врача. Выполнение данной операции возможно как в открытом варианте с проведением операции через брюшную полость, с осуществлением доступа через стенку живота, так и через проколы брюшной стенки (лапароскопически). Лапароскопический вариант хирургического лечения пациенты переносят легче – в этом случае делаются только небольшие кожные разрезы, меньше послеоперационный болевой синдром и более короткие сроки реабилитации с возможностью быстрого восстановления и возврата к привычному образу жизни и работе. Такое вмешательство возможно при локализованной форме рака (прорастание стенки органа не более T2).

Проксимальная субтотальная резекция желудка: этот вариант хирургического лечения во многом похож на предыдущий, с той разницей, что во время операции удаляют верхние две трети желудка, а из оставшейся части желудка выкраивают «стебель», который подтягивают вверх, к пищеводу, и формируют между ними анастомоз, восстанавливая таким образом целостность пищеварительного тракта.



Гастрэктомия: при данном виде вмешательства удаляется весь желудок целиком. Данный вид вмешательства необходим при расположении опухоли в средней трети желудка, при большой распространенности процесса, а также когда опухоль прорастает всю стенку желудка с выходом на серозную оболочку. После удаления желудка, клетчатки и лимфатических узлов участок кишки подтягивают к пищеводу и формируют анастомоз, второй анастомоз формируется между двумя участками кишки.

Ответим на ваш негласный вопрос: да, без желудка жить можно. Если часть желудка осталась, она примет на себя часть функций, если желудок убрали целиком – значит пищеварительная функция несколько «перестроится», однако, не считая ряда ограничений, жизнь пациента останется прежней.



ВАЖНО!

Также важным и обязательным элементом любой онкологической операции на желудке является систематическая лимфодиссекция, то есть удаление регионарных лимфоузлов, в которых могут находиться метастазы опухоли.

Первые дни после операции

Непосредственно после операции пациент переводится в палату отделения интенсивной терапии и реанимации, где в течение 12–24 часов осуществляются наблюдение, перевязки и реабилитация. С первых суток назначается голод, а питание проводится с помощью внутривенных инфузий.

У некоторых пациентов во время операции устанавливается тонкий зонд, заведенный за зону швов, в послеоперационном периоде питание начинается сразу после операции – вводятся растворы солей, глюкозы, а затем питательные смеси. С разрешения лечащего врача рекомендуется полоскание рта и питье чистой воды небольшими глотками.

Во время операции устанавливается катетер в мочевой пузырь для отвода мочи и контроля диуреза. Мочевой катетер удаляется на вторые-третьи сутки, после чего пациент должен самостоятельно помочиться. Если возникают затруднения, необходимо сообщить об этом врачу.

Необходимо знать, что боли в операционной ране неизбежны, в связи с этим проводится плановое обезболивание, в том числе посредством эпидуральной анестезии, однако если боль начинает усиливаться, необходимо сразу дать знать об этом врачу, так как предупредить сильную боль значительно легче, чем купировать развившийся выраженный болевой синдром.

С целью ранней реабилитации и профилактики нарушений дренажной функции трахеи и бронхов с развитием воспали-

тельных явлений дыхательных путей, а также более быстрого и устойчивого появления перистальтики рекомендуются лечебная, в том числе дыхательная, гимнастика в постели с первого послеоперационного дня и ранняя вертикализация: постепенное присаживание, вставание и хождение с поддержкой. Также полезно выполнять движения кистями и стопами, сгибание в локтевых и коленных суставах, нерезкое покашливание.

Дыхательная гимнастика необходима для профилактики развития пневмонии, рекомендуется проводить серии глубоких, но не резких вдохов и выдохов, иногда с этой целью рекомендуется упражнение с побудительным спирометром. При необходимости проводится респираторная терапия с ингаляциями противовоспалительных, бронхолитических и муколитических средств.

***Нутритивная поддержка** – этот термин подразумевает применение специальных продуктов питания, которые находятся, как правило, в виде специальных концентрированных растворов, в сухом или жидком, готовом к употреблению виде (для преодоления трудностей с жеванием и глотанием) и т.д.*

Эти специальные составы – нутриенты – являются готовыми лекарственными формами, сбалансированными по содержанию белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов.

Могут быть использованы как в сочетании с основным питанием, так и в виде его замены. Данные нутриенты могут быть применены как до хирургического вмешательства, в качестве подготовки, так и сразу после операции, когда пациент вынужден получать питание через зонд.

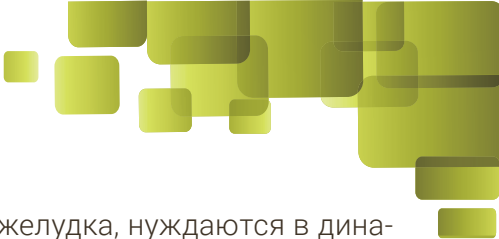
Питание через рот начинается при наличии устойчивой работы кишечника (хорошо выслушиваемая перистальтика и отхождение газов), что происходит в среднем на четвертые-пятые-шестые сутки после операции, и отсутствии подозрений на развитие

хирургических осложнений. Иногда для стимуляции перистальтики используются специальные медикаментозные средства (прозерин, убретид), а также лечебные клизмы с гипертоническим раствором соли. В это время пациент должен быть полностью активизирован, самостоятельно передвигаться и обслуживать себя. Компрессионные чулки необходимо носить постоянно, особенно ночью, допускается снять их в дневное время на один-два часа, затем снова надеть в положении лежа.

С четвертых-пятых суток после операции начинается питание согласно диете № 0 с добавлением питательных смесей. В рацион входят мясной бульон, сырые яйца, кефир, компот (преимущественно из сухофруктов, содержащий большое количество калия, необходимого для нормализации перистальтики кишечника), кисель, морс, минеральная негазированная вода. Питание проводится дробно – небольшими порциями (50–70 г) 8–12 раз в сутки. Пища не должна быть горячей – теплая, подостывшая, прохладная. Мясной бульон (дается только жидкая часть – без мяса, крупы и т.д.) должен быть достаточно постным и ненасыщенным. Бульон и сырые яйца можно подсолить.

(Более подробно об организации питания после операции читайте в следующей главе «Реабилитация после операции»)

По возвращении домой через два-три дня можно снять компрессионные чулки. Необходимо принять теплый душ, помыться с мылом и мочалкой, но принимать ванну категорически не рекомендуется. В бане не париться. Физиотерапия, избыточная инсоляция не рекомендована. В течение первых трех-шести месяцев следует ограничить тяжелые физические нагрузки (до 3 кг) при сохранении достаточной физической активности, выполнять лечебно-физкультурный комплекс, дыхательную гимнастику, совершать прогулки на свежем воздухе. Нахождение в вертикальном положении (не ложиться) не менее восьми часов в сутки, пищу принимать только в вертикальном положении.



Пациенты, перенесшие резекцию желудка, нуждаются в динамическом наблюдении.

После гастрэктомии возможно развитие ранних и поздних постгастрэктомических состояний и расстройств. Возможно развитие астении, плохого самочувствия, похудания. Нередким последствием этой операции является рефлюкс-эзофагит – воспаление пищевода вследствие заброса содержимого тощей кишки в пищевод, раздражения последнего панкреатическим соком и желчью. Рефлюкс наступает чаще после приема жирной пищи, молока, фруктов и выражается в чувстве острой боли и жжения за грудиной и в подложечной области.

Профилактика этих неблагоприятных последствий возможна. Она требует строгого соблюдения предписанного больному режима питания и диеты, а при появлении жалоб необходимо обратиться к врачу и пройти обследование. Если существенных жалоб нет, рекомендовано обследование каждые три месяца после операции в течение первого года, далее – раз в шесть месяцев (один-два года), далее – раз в год либо при появлении жалоб.

Место лучевой терапии в лечении рака желудка

Лучевая терапия в качестве самостоятельного метода лечения первичной опухоли желудка не продемонстрировала своей эффективности, и в настоящее время продолжают исследования в данной области. Но этот метод имеет ограниченное применение при раке желудка только в составе комплексного лечения.

Лучевая терапия может применяться преимущественно при небольшом местном рецидиве заболевания или болевых формах солитарных метастазов, например в кости. Ряд исследований предлагает применение химиолучевой терапии (лучевая терапия

добавляется несколькими введениями химиопрепаратов) в предоперационном режиме, преимущественно при опухолях желудка, распространившихся на пищевод.


Лечение метастатической формы рака желудка

Больным с отдаленными метастазами назначают паллиативное лечение, которое направлено на облегчение симптомов болезни. Первоочередная задача паллиативного лечения – устранение дисфагии (непроходимости пищевода и желудка) и восстановление питания, ликвидация кишечной непроходимости, предотвращение болевого синдрома.

При генерализованном (с отдаленными метастазами, IV стадия) либо нерезектабельном (неудалимом) раке желудка эндоскопические методы применяются для расширения суженного опухолью просвета желудка путем установления саморасправляющегося устройства (стента).

В ситуации, когда выявленная опухоль желудка распространилась за пределы органа в виде множественных очагов на брюшине (канцероматоз), операцию на желудке не выполняют, за исключением тех случаев, когда имеются угрожающие жизни осложнения опухоли (кровотечение, перфорация). Стандартным вариантом лечения в подобной ситуации является системная химиотерапия (лекарственное лечение), однако ее эффективность на сегодняшний день недостаточно высока из-за того, что противоопухолевые лекарства плохо проникают в брюшину.

Возможным решением данной проблемы является проведение внутрибрюшной химиотерапии. Эффективность методики гипертермической внутрибрюшной химиотерапии (HIPEC) при раке желудка, к сожалению, оказалась не столь высока, поэто-



му данный метод применяется для профилактики канцероматоза, а также при наличии единичных очагов болезни на брюшине. В настоящее время разработана новая методика внутрибрюшной химиотерапии, которая заключается в распылении аэрозоля химиопрепаратов под давлением во время лапароскопии (PIPAC), этот метод в настоящее время также является экспериментальным и не может быть рекомендован к рутинному использованию.



Info@russcpa.ru



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



Послеоперационная реабилитация



Андрей Павленко о том, есть ли жизнь после гастрэктомии:

Прошу считать меня сейчас не доктором, а просто пациентом. Поскольку даже мои специальные знания не помогли мне избежать ряда ошибок, о которых я бы хотел вам рассказать.

Есть ли жизнь после гастрэктомии?

Да, безусловно, есть, но она особенная. Вам необходимо будет научиться заново питаться. К сожалению, природа не наделила нас солнечными батареями, и всю энергию для жизни и пластический материал для построения нашего тела мы вынуждены получать из пищи. Желудок играет не последнюю роль в этом процессе, и потеря этого органа существенным образом сказывается на эффективности нашего пищеварения. Но не буду грузить сложными материями, а постараюсь просто описать свои ощущения.

У человека после тотальной гастрэктомии нет привычного чувства голода. К этому привыкнуть непросто, но необходимо. Первая моя ошибка в том, что я пытался понять, когда организм мне подскажет, что он голоден. Он не подскажет, у него теперь отсутствует «прибор» для понимания этого состояния. Это все равно, что пытаться определить высоту по внутренним ощущениям, без альтиметра. Этот факт сыграл со мной злую шутку. Вторая ошибка – это ранний выход на работу и попытка выполнять свои обязанности в полном объеме. Выйдя на работу через три недели после операции, я был очень активен, при этом количество приемов пищи было не больше четырех, кроме этого, я регулярно выезжал в командировки. Через две недели я обратил внимание на крайнюю слабость, появившуюся апатию и физическую невозможность выполнять даже обычную работу. После контроля веса я понял, что потерял за это время еще 5 кг, и мой вес стал меньше психологически для меня важных 60! Я вынужден был сделать

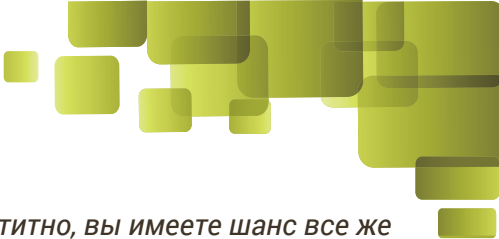
перерыв и полностью переосмыслить происходящие события. Третья моя ошибка заключалась в том, что я думал, что способен сам исправить ситуацию. Это не так!

В общем, я совершил последовательно все ошибки, за которые ругал своих пациентов, и я теперь понимаю, что человеку после такой операции не зря дают инвалидность.

Перейдем к конкретным советам. Первое – учитывая отсутствие чувства голода, вам необходимо принимать пищу по часам. Это должен быть четкий ежедневный график. Крайне желательно не пропускать ни одного приема. Вы должны принимать пищу от 7 до 10 раз. Объем пищи не должен превышать поначалу 100 мл, в последующем этот объем можно будет увеличить до 250 мл. Прием пищи должен быть неторопливым, засекайте и отведите для этого минимум 20–30 минут, при этом каждый раз пережевывайте пищу, как мне рекомендовали, 33 раза в труху! Пища должна быть комфортной температуры. Необходимо исключить острые, жареные и жирные блюда. Вы должны потреблять достаточное количество белка – это блюда из телятины, курицы, индейки, ягненка, филе трески и тунца. Хорошим энергетическим эффектом обладают приготовленные на пару или в духовке овощи. В рационе обязательно должны появиться каши – овсяная, манная или рисовая. Ежедневно фрукты также должны быть обязательными, особенно бананы, вкусные и, оказывается, весьма калорийные.

Кто не любит каши и никогда их не ел и даже не собирался ни при каких обстоятельствах – тот я!

Так вот, моя хитрая жена скормила мне недавно под видом смузи разбавленную манную кашу с добавлением свежих ягод и банана. Видели бы вы мое лицо, после того как она мне в этом призналась, и ее довольную мину при этом. Это, кстати, оказалось очень вкусно, поэтому рекомендую. Также могу сказать, что само оформление при подаче пищи играет важное



значение, и если еда выглядит аппетитно, вы имеете шанс все же испытать чувство, близкое к чувству голода, вы должны захотеть еду глазами. Правда, в этой ситуации хочу всех предостеречь: если это выглядит аппетитно – очень важно вовремя остановиться! Чувство меры должно стать вашим вторым я. Иначе неприятных ощущений после приема пищи не избежать. О чем еще хотелось бы предупредить: если очень хочется чего-то – на самом деле можно, но в небольшом количестве и лучше дома. Если вы настроены поэкспериментировать с новыми блюдами, лучше это делать в привычной обстановке и когда вам не нужно куда торопиться. Этот же совет касается и приема алкоголя. Его необходимо очень тщательно контролировать. Крепкий агрессивный алкоголь стоит забыть. Поскольку после любых пищевых экспериментов возможны нежелательные явления, наличие доступного туалета может стать весьма актуальной проблемой.

Теперь по поводу режима труда и активности. Начинать работать лучше постепенно, увеличивая нагрузку каждую неделю и наблюдая за тем, как вы справляетесь.

Безусловно, самым важным в этой ситуации является динамика вашего веса. Вы должны стабилизировать свой вес, и он не должен прогрессивно снижаться. В противном случае это повод для прекращения попыток рабочей активности и обязательного обращения к врачу. Точно не противопоказаны прогулки неторопливым шагом – это для меня оказалось очень сложным, поскольку я привык перемещаться легкой трусцой, тем не менее мозг человеку дан, чтобы уметь контролировать все остальные члены, и вам придется перейти на этот монотонный и неторопливый режим.

Даже при таком режиме питания вам все равно будет непросто набрать заветные 2500 ккал в сутки. Поэтому использование так называемого сипингового энтерального питания обязательно!

Не пытайтесь самостоятельно подбирать себе такое питание – этим должен заниматься специальный врач-нутрициолог. Важно найти такого специалиста как можно быстрее после операции. Поверьте, это сразу избавит вас от многих проблем.

Не повторяйте моих ошибок и всем здоровья!

Организация питания

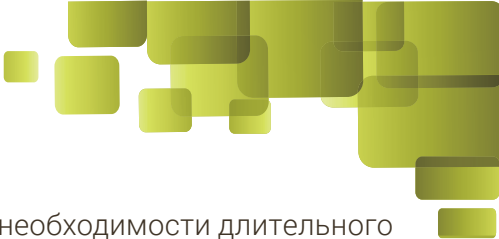
После операции на желудке любого объема, будь то резекция или гастрэктомия, следует обратиться к специалисту-нутрициологу для составления индивидуального плана реабилитации и подбора специализированного питания, которое поможет справиться с потерей веса, а при необходимости и подготовиться к дальнейшей химиотерапии, которая нередко назначается после оперативного вмешательства. Нужно помнить, что если организм ослаблен, до химиотерапии вас могут попросту не допустить. А это скажется на прогнозе течения заболевания!

О первых днях после операции мы рассказали выше, сейчас перейдем к общим рекомендациям по питанию.

Все блюда готовят в вареном виде или на пару, протертыми. Особое внимание больной должен уделять значению медленного приема пищи с тщательным ее пережевыванием. Питание должно происходить в вертикальном положении (сидя или стоя), после приема пищи рекомендуется некоторое время не ложиться, а посидеть или походить.

Спать рекомендуется с приподнятой верхней половиной кровати, особенно в первые пять-семь суток после операции, а при развитии рефлюксных явлений в позднем послеоперационном периоде – постоянно (положение Фаулера).

При болях, повышении температуры тела возможен прием кетопрофена 50 мг или лорноксикама 8 мг (разово, не регуляр-



но!) внутрь или внутримышечно, при необходимости длительного приема обезболивающих средств необходимо проконсультироваться с врачом и пройти обследование.

Через две-три недели после операции стол расширяется, но при этом требования к дробности питания и температуре пищи не меняются¹. Расширение происходит за счет жидких протертых каш из рисовой, гречневой крупы, геркулеса, сваренных на мясном бульоне или на воде с молоком в соотношении 1:1, возможно добавление 10–20 г сливочного масла. Рекомендуются перетертые (перекрученные), в виде филе отварная рыба и отварное мясо (обязательно освободить от сухожилий, фасций, костей, кожи), паровые котлеты, хорошо разваренные крупы. Свежий хлеб категорически не рекомендуется, так как может вызвать излишнее брожение и газообразование, рекомендуется подсушенный белый хлеб. Яйца можно принимать не только в сыром виде, но и сваренные всмятку либо в виде парового омлета.

Возможен прием кисломолочных продуктов (кефир, сметана, мягкий творог). Цельное молоко не рекомендуется, так как для усвоения в кишечнике требуется его предварительное створаживание, что после операций на желудке часто попросту невозможно, а после операций на других отделах желудочно-кишечного тракта нарушено. Нествороженное же цельное молоко вызывает сильное брожение, метеоризм, поносы.

Разрешаются фрукты в сыром виде, в виде желе или муссов. Из фруктов можно те, которые не вызывают излишнего газообразования и брожения: бананы, яблоки кисло-сладких сортов (без кожуры), цитрусовые, гранаты. Однозначно не рекомендуются виноград, дыня, арбуз, груши. Рекомендуются тушеные овощи в виде пюре или рагу (но без белокочанной капусты), соленья и квашенья (не маринадь!), а свежие овощи – не ранее чем через две-три недели.

Щадящая диета сохраняется на протяжении полутора-двух месяцев после операции, далее диету можно расширять самостоя-

тельно, но продукты, которые плохо усваиваются и вызывают неприятные ощущения, принимать не следует. Но можно повторить попытку приема такого продукта (пробу) через месяц.

К 6–12 месяцу после операции возможно вернуться к своему прежнему дооперационному типу питания с некоторыми исключениями. **Так, нельзя будет употреблять следующие продукты:**

- ◆ цельное молоко;
- ◆ легкоусваиваемую глюкозу;
- ◆ жирные и жареные блюда;
- ◆ сладкие жидкие молочные каши;
- ◆ сладкое молоко;
- ◆ сладкий чай;
- ◆ горячий жирный суп и др.

Для улучшения переваривания и усвоения пищи после операции с приемом пищи целесообразен прием препаратов – ферментов поджелудочной железы (панкреатин) до нормализации стула, далее постепенно отменить; для профилактики кишечных расстройств, связанных с приемом антибактериальных препаратов, рекомендован прием препаратов-пробиотиков.

Рекомендован прием поливитаминных препаратов (ревит, ундевит, компливит, олиговит, витрум, центрум и др.) курсами по одному месяцу.

После полного удаления желудка в те или иные сроки (до 12–24 месяцев) в 100% случаев развивается В12-дефицитная анемия, что является следствием отсутствия фактора Касла – специального вещества, вырабатываемого слизистой оболочкой желудка и способствующего всасыванию витамина В12, поэтому рекомендуется проводить профилактику – введение препарата В12 внутримышечно либо ежемесячно 1,0 мл, либо ежегодно курс по 1,0 мл в/м в те

чение 7–10 дней. Также при снижении уровня гемоглобина вследствие дефицита железа рекомендован прием препаратов железа (мальтофер, сорбифер-дурулес) – согласно аннотации до нормализации уровня гемоглобина крови (под контролем анализов).

Контроль развития рецидива

Предсказать точно, вернется рак или нет, не сможет ни один врач. Некоторые пациенты, пройдя однажды успешное лечение, остаются здоровыми. Но у некоторых людей возникает повторная опухоль. Так же как ранняя диагностика первичного рака, очень важна ранняя диагностика возникшего рецидива. Чтобы не пропустить возвращение болезни, обязательно нужно соблюдать план профилактических и контрольных обследований, который должен составить лечащий врач.

В первый год контрольные обследования рекомендуется проводить каждые три месяца, далее – раз в шесть месяцев либо при появлении жалоб. После пяти лет с момента операции обследования проводят ежегодно или при появлении жалоб.

Обследование включает:

- ◆ сбор жалоб пациента;
- ◆ осмотр;
- ◆ эндоскопию;
- ◆ КТ/МРТ брюшной полости;
- ◆ КТ/МРТ забрюшинного пространства и малого таза;
- ◆ КТ грудной клетки;
- ◆ лабораторные тесты.



Info@russcpa.ru



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



Как избежать бесплодия после лечения рака



Многих молодых онкологических пациентов волнуют вопросы, какие последствия несет злокачественное заболевание и как влияет химиотерапия на возможность в будущем иметь детей.

Важно помнить, что среди основных последствий химиотерапии – ее негативное влияние на репродуктивную систему мужчин и женщин. Под воздействием химиотерапии происходит значительное сокращение сперматозоидов, а также ухудшение их подвижности. Таким образом, снижается качество репродуктивного материала, что в результате приводит к бесплодию. Мужчины, которые после лечения планируют стать отцами, могут испытывать большие сложности при зачатии. Для женщин лечение также токсично и может повредить яйцеклетки и уменьшить их количество.

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

Необходимо заранее обсудить с врачом вероятность бесплодия после химиотерапии. Доказано, что некоторые токсичные препараты вызывают генетические изменения в половых клетках. В дальнейшем эти нарушения могут передаться ребенку при зачатии.

Лучевая терапия так же может впоследствии привести к бесплодию. При облучении резко снижается уровень подвижности сперматозоидов. При дозе не более 0,7 Гр полное восстановление сперматогенеза происходит через полтора-два года. При тотальном облучении всего организма фертильность не восстанавливается.

Последствия лучевой терапии для женщин также негативны. При дозе облучения 2 Гр 50% яйцеклеток разрушается. При дозе 15 Гр угасание яичников наблюдается в 100%.

Высокая токсичность лечения онкологии приводит к женскому бесплодию в 86% случаев.

Как избежать бесплодия после лечения онкологии

В последние десятилетия медицина шагнула вперед – современные технологии позволяют предотвращать такие последствия химиотерапии. В наше время криоконсервация спермы и яйцеклеток является общепринятым методом сохранения фертильности у мужчин и женщин со злокачественными новообразованиями, позволяющим в будущем иметь детей.

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

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

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

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

Как это работает

Заморозка яйцеклеток

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

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

Заморозка эмбрионов

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

Заморозка ткани яичника

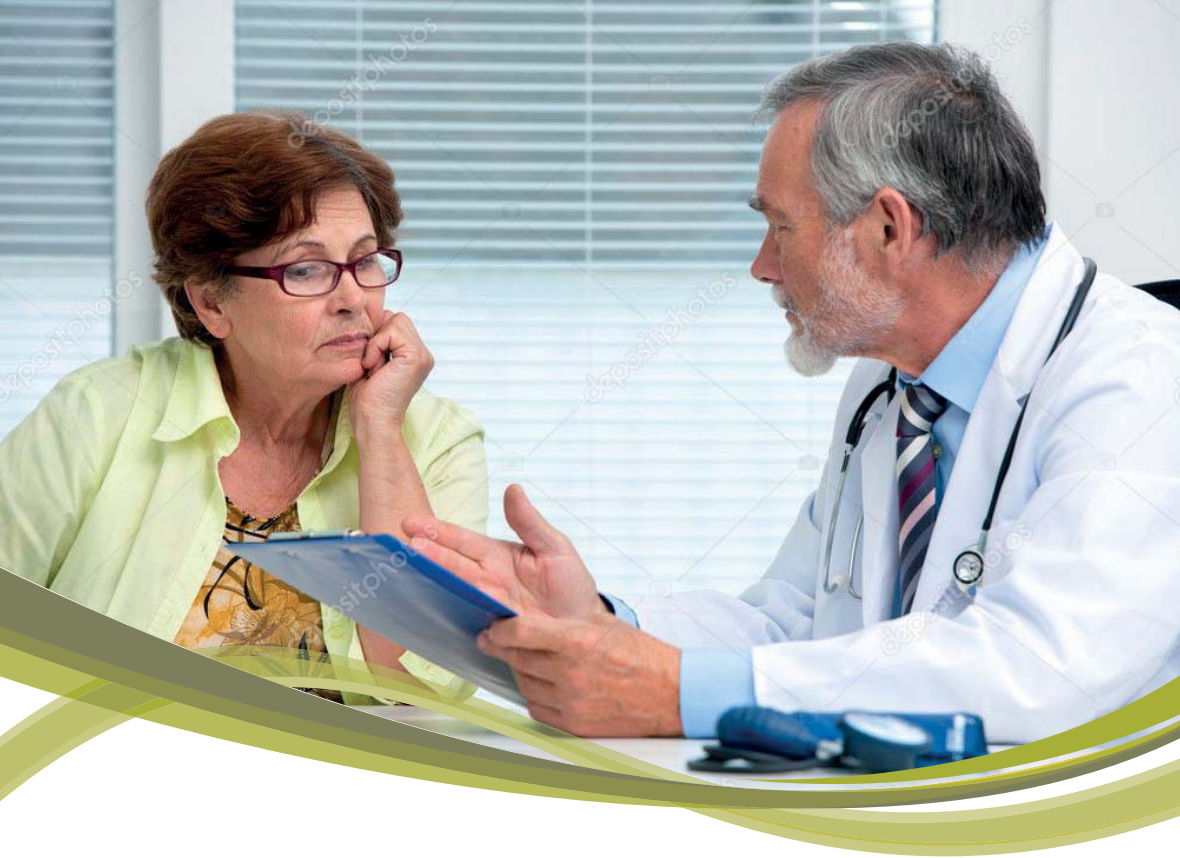
В этом случае замораживается не яйцеклетка, а здоровая ткань яичника, полученная хирургическим путем. После лечения ткань пересаживают обратно в яичник.

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

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

Заморозка спермы

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



Организация лечения и права пациента



Как получить специализированную медицинскую помощь

Порядок направления пациентов в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи

ШАГ 1. Пациентов в федеральные медицинские организации для оказания специализированной помощи направляет врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной помощи. Врач определяет наличие одного или нескольких медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи.

ШАГ 2. Выбор федеральной медицинской организации для этих целей осуществляется по направлению лечащего врача. В случае если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи задействовано несколько медицинских организаций, лечащий врач обязан проинформировать пациента или его законного представителя о возможности выбора учреждения.

ШАГ 3. Лечащий врач оформляет выписку из медицинской документации пациента и направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

ШАГ 4. Специалист медицинской организации, осуществляющей направление, обязан уведомить об этом федеральную

медицинскую организацию и согласовать с ней возможность и сроки госпитализации пациента. При необходимости принимающая сторона запрашивает выписку из медицинской документации пациента и иную информацию, необходимую для решения вопроса о возможности и сроках госпитализации пациента.

Пациента госпитализируют в федеральную медицинскую организацию по решению врачебной комиссии. В течение семи рабочих дней со дня получения уведомления комиссия принимает решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента и уведомляет направляющую медицинскую организацию или Министерство здравоохранения РФ о своем решении не позднее трех рабочих дней со дня его принятия. Выписка из протокола решения врачебной комиссии направляется по электронной почте.

Высокотехнологичная медицинская помощь и правила ее получения



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

Право на получение бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) имеют все граждане РФ без исключения. Главное условие получения ВМП – соответствующие медицинские показания.

Примечание. ВМП оказывается в соответствии с Перечнем видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, и Перечнем видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС.

ВАЖНО!

Независимо от вида ВМП является бесплатной, поскольку включена в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и финансируется ФФОМС.

Как получить вмп. Пошаговая инструкция

ШАГ 1. Обратитесь к лечащему врачу.

Прежде всего вам следует обратиться к лечащему врачу для получения направления на госпитализацию, оформления необходимых документов и направления их на рассмотрение в компетентную организацию. Лечащий врач определяет наличие медицинских показаний для оказания ВМП в соответствии с Перечнем видов ВМП.

Наличие медицинских показаний подтверждается решением врачебной комиссии, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

Если медицинские показания имеются, лечащий врач оформляет направление, которое в течение трех рабочих дней передается на госпитализацию:

- в принимающую медицинскую организацию, если ВМП включена в базовую программу ОМС;
- в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения (ОУЗ), если ВМП не включена в базовую программу ОМС.

***Примечание.** Пациент или его законный представитель вправе представить оформленный пакет документов самостоятельно.*

ШАГ 2. Дождитесь оформления талона на ВМП.

Если пациент направлен на оказание ВМП, включенной в базовую программу ОМС, оформление талона на оказание ВМП с прикреплением комплекта документов, указанных в Шаге 1, обеспечивает принимающая медицинская организация.

Если пациент направлен на оказание ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, оформление талона на оказание ВМП с прикреплением комплекта документов, указанного в Шаге 1, и заключения комиссии органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания ВМП (комиссии ОУЗ) обеспечивает ОУЗ.

Комиссия ОУЗ принимает решение о наличии (об отсутствии) показаний для направления пациента в принимающее медучреждение в течение 10 рабочих дней со дня поступления полного пакета документов. Решение комиссии ОУЗ оформляется протоколом. В протоколе должно содержаться заключение о наличии (об отсутствии) показаний для направления на ВМП или о необходимости дополнительного обследования.



Пациент может самостоятельно проверить статус талона на ВМП на сайте Росминздрава, а также осуществить поиск медицинской организации по виду ВМП <http://talon.rosminzdrav.ru>

Примечание. Выписка из протокола решения комиссии ОУЗ поступает в направляющую медицинскую организацию в письменном или электронном виде, а также выдается на руки или отправляется почтой пациенту или его законному представителю по письменному заявлению.

ШАГ 3. Дождитесь решения комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, и госпитализации.

Комиссия медицинской организации, оказывающей ВМП, выносит решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний или наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в течение семи рабочих дней со дня оформления талона на оказание ВМП (за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи).

Решение комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, оформляется протоколом, содержащим заключение о наличии медицинских показаний и планируемой дате госпитализации пациента, об отсутствии медицинских показаний для госпитализации, о необходимости проведения дополнительного обследования, о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи, о наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую ВМП.

Выписка из протокола комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, в течение пяти рабочих дней (но не позднее срока планируемой госпитализации) отсылается почтой в электронном или печатном варианте в направляющую медицинскую организацию и/или ОУЗ, который оформил талон на оказание ВМП. Выписка выдается на руки пациенту (его законному представителю) по письменному заявлению или направляется пациенту (его законному представителю) (п. 20 Порядка).

***Примечание.** В случае наличия медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую ВМП, отказ в госпитализации отмечается соответствующей записью в талоне на оказание ВМП.*

ШАГ 4. По завершении оказания ВМП получите рекомендации.

По результатам оказания ВМП медицинские организации дают рекомендации по дальнейшему наблюдению и/или лечению и медицинской реабилитации с оформлением соответствующих записей в медицинской документации пациента.

***Примечание.** В случае неудовлетворенности качеством оказания ВМП вы имеете право обратиться в местные органы управления здравоохранением или территориальные органы Росздравнадзора.*

Инвалид и инвалидность

Инвалид – человек с нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Ввиду заболевания такой человек имеет ограничения жизнедеятельности и нуждается в социальной защите.



Для получения инвалидности необходимо пройти медико-социальную экспертизу, при которой комплексно оценивается состояние организма гражданина. В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

Зачем оформлять инвалидность

Оформление инвалидности при онкологическом заболевании, безусловно, имеет смысл. Лечение при онкологии длительное, и не всегда клинический прогноз благоприятен. Пациенту требуются лекарственные препараты, медицинская помощь, технические средства реабилитации.



Инвалидность обеспечивает:

- возможность получения денежных выплат;
- право на социальный пакет;
- право на получение лекарственных препаратов по федеральной льготе.

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

Как получить льготное лекарственное средство

ШАГ 1. Обратитесь в поликлинику, к которой вы прикреплены, для выписки рецепта.

У пациента есть право на получение лекарственного препарата на срок лечения до 90 дней. Согласно Приказу Минздрава России от 20.12. 2012 № 1175н, рецепты на лекарственные препараты, выписанные на рецептурных бланках формы № 148-1/у-04 (л) и формы № 148-1/у-06 (л), гражданам, достигшим пенсионного возраста, инвалидам I группы, детям-инвалидам, а также гражданам, страдающим хроническими заболеваниями, требующими длительного курсового лечения, действительны в течение 90 дней со дня выписывания.

Для лечения хронических заболеваний указанным категориям граждан рецепты на лекарственные препараты могут выписываться на курс лечения до 90 дней.

ШАГ 2. Обратитесь в льготную аптеку с рецептом.



Если при обращении лекарственное средство отсутствует в аптеке, такой рецепт ставится на отсроченное обслуживание. На рецепте ставятся номер и дата регистрации рецепта. Оригинал рецепта с отметкой аптеки остается на руках. Отдаем в аптеку только в обмен на лекарство!

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 лекарственно-

го 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.

ВАЖНО!

- 1. При выдаче лекарственных средств не допускается нарушение первичной заводской упаковки.**
- 2. Также работник аптеки может осуществлять синонимическую замену лекарственного средства.**
- 3. Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов по рецептам осуществляется аптеками и аптечными пунктами, имеющими лицензию на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.**
- 4. В случае если выдается лекарство меньшего объема, чем указано в рецепте, требуем заполнения корешка рецепта с указанием фактически отпущенного количества лекарства. Также чтобы были подпись, дата и количество лекарства на частично обеспеченный рецепт. Корешок остается на руках у пациента.**


Права инвалида

Инвалид имеет право на набор социальных услуг:

- 1) обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;
- 2) предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний.

В соответствии с Указом президента РФ от 02.10.1992 № 1157 (ред. от 01.07.2014) «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов»:

- ◆ инвалиды I и II группы обслуживаются вне очереди на предприятиях торговли, общественного питания, службы быта, связи, жилищно-коммунального хозяйства, в учреждениях здравоохранения, образования, культуры, в юридических службах и других организациях, обслуживающих население, а также пользуются правом внеочередного приема руководителями и другими должностными лицами предприятий, учреждений и организаций;
- ◆ дети-инвалиды и дети, один из родителей которых является инвалидом, обеспечиваются местами в дошкольных образовательных организациях, лечебно-



профилактических и оздоровительных учреждениях в первоочередном порядке.

- ◆ Согласно законодательству, инвалид имеет право на благоустроенное жилище, расположенное на первых этажах здания и оборудованное специальным входом. Семьи нетрудоспособных граждан также получают право на расширение жилищных условий.



Info@russcpa.ru



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

Паллиативная помощь

Андрей Павленко о паллиативной помощи пациентам:

Мне сложно судить о том, как необходимо вести себя при необходимости паллиативной помощи, ведь, как правило, эта помощь необходима, когда уже исчерпаны возможности любой лекарственной терапии. Обычно я говорю своим больным, которым показан такой вариант помощи: самое главное – вы не должны терпеть боль! В настоящее время существует множество современных и весьма эффективных способов обезболивания. Если по месту жительства вам не могут подобрать адекватную противоболевую терапию, можно попытаться получить консультацию в центре паллиативной помощи. К сожалению, такие центры в настоящее время развиты не во всех регионах. Возможно, вам также понадобится помощь онкопсихолога на этот период, ее также можно получить в таком центре.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, в том числе с применением наркотических средств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания. Эти меры призваны улучшить качество жизни неизлечимо больных людей. В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи паллиативная медицинская помощь оказывается **БЕСПЛАТНО** за счет средств бюджета субъектов Российской Федерации.

Паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими специальное обучение с соблюдением принципов этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения к пациенту и его родственникам.

Паллиативная помощь направлена на повышение уровня и качества жизни.

Наблюдение и нахождение в платных паллиативных учреждениях является добровольным выбором. Паллиативная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

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

Как и где получить паллиативную помощь

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

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляют:

- врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;
- врачи-терапевты участковые;
- врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об incurability

заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

Стационарно. Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях паллиативной медицинской помощи, отделениях сестринского ухода медицинских организаций, хосписах и домах (больницах) сестринского ухода.

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляют:

- врачи по паллиативной медицинской помощи кабинетов паллиативной медицинской помощи;
- врачи выездных патронажных служб паллиативной медицинской помощи, хосписов, отделений паллиативной медицинской помощи;
- врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;
- врачи-терапевты участковые;
- врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об incurability заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

ВАЖНО!

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

ВАЖНО!

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

ВАЖНО!

При наличии медицинских показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и невозможности ее оказания в медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь, пациент направляется в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь соответствующего профиля.

ВАЖНО!

При выписке из стационарного учреждения пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Это поможет организовать динамическое наблюдение и лечение.

ВАЖНО!

Пациенты, нуждающиеся в круглосуточном сестринском уходе, в случае если отсутствуют медицинские показания для постоянного наблюдения врача, направляются в отделения сестринского ухода или в дома (больницы) сестринского ухода.

Сведения о медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, вы можете узнать через вашего лечащего врача.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют свою деятельность во взаимодействии с благотворительными, добровольческими (волонтерскими) и религиозными организациями. Также эти учреждения могут быть клинической базой образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций, оказывающих медицинскую помощь.

Примечание. Порядок оказания паллиативной помощи взрослому населению утвержден Приказом Минздрава России от 14.04.2015 № 187н, Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям утвержден Приказом Минздрава России от 14.04.2015 № 193н.



Info@russcpa.ru



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

Информационный буклет для пациентов

РАК ЖЕЛУДКА В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

О болезни и лечении рассказывает Андрей Павеленко

Подготовка в печать Мария Цыбульская
Верстка М. Крылова
Корректурa Г. Мубаракшина

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

