



РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ

Вопросы и ответы

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
И ИХ РОДСТВЕННИКОВ**



ЗДРАВСТВУЙ!

Ассоциация
онкологических
пациентов

Телефон горячей линии по вопросам медицинской,
юридической и психологической поддержки

8 800 30 10 20 9

/круглосуточно/

Звонки для жителей России – бесплатные

info@russcpa.ru | russcpa.ru

БИБЛИОТЕКА ПАЦИЕНТА

**РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ
В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ**

Москва, 2020 год

Оформление серии Сергей СВИРИДОВ

Редактор Мария ЦЫБУЛЬСКАЯ

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ. – М., апрель 2020.

СОСТАВИТЕЛИ:

Сергей Сергеевич ГОРДЕЕВ

к.м.н., хирург-онколог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»,
ответственный секретарь Российского общества специалистов
по колоректальному раку

Ольга Борисовна ИВАНОВА

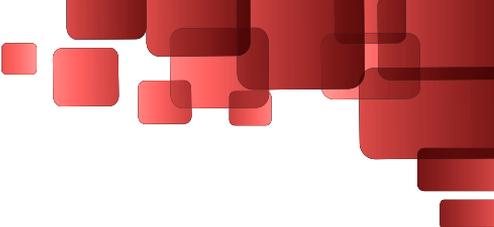
юрисконсульт МРОО «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

Ирина Валерьевна БОРОВОВА

президент МРОО «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»

**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 данной брошюре не носит рекламного характера и предназначена для формирования общего представления о заболевании и возможностях современной медицины. Брошюра не является рекомендацией к лечению.



Дорогие читатели!

Рак толстой кишки – это излечимое заболевание. Это лишь одна из многих сложностей, которые могут встретиться на жизненном пути человека. Отнестись к лечению этого заболевания нужно ответственно, но спокойно. Тревога может возникать из-за дефицита информации или из-за её недостоверности.

Мы очень рады, что, благодаря работе Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!», стала возможной публикация удобной и корректной информации о современной диагностике и лечении данного заболевания. В этой книге в доступной форме пациентам объяснены основные принципы, по которым врачи выбирают методы диагностики и лечения. Для родственников и людей, которые хотят действительно защитить себя от рака толстой кишки, даны инструкции по эффективному профилактическому обследованию.

Помните, до 80% случаев рака толстой кишки можно предотвратить. И, если у Вас остаются вопросы, не стесняйтесь задавать их врачу. Пациент имеет полное право получить всю информацию о своём здоровье и участвовать в принятии решений по борьбе с болезнью.

Здоровья всем!

*Председатель Российского Общества Специалистов
по Колоректальному Раку, руководитель отделения
колопроктологии НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, к.м.н.*

ЗАМАН ЗАУРОВИЧ МАМЕДЛИ

СОДЕРЖАНИЕ

ЧТО ТАКОЕ РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ? 6

Профилактика развития рака толстой кишки 9

Наследуется ли рак толстой кишки? 10

ДИАГНОСТИКА 12

Как проявляется рак толстой кишки? Симптомы рака толстой кишки 13

Какие обследования необходимо выполнить при выявлении рака ободочной кишки до начала лечения? 16

Уточняющая диагностика 17

КАКИЕ ВОПРОСЫ ЗАДАТЬ ВРАЧУ ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ 22

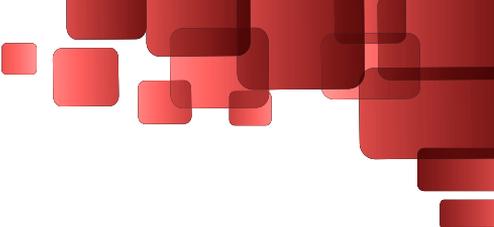
ЛЕЧЕНИЕ 26

Лечение ранних форм рака толстой кишки 27

Лечение локализованных и местнораспространенных форм рака ободочной кишки 28

Лечение локализованных и местнораспространенных форм рака прямой кишки 30

Лечение метастатического рака толстой кишки 34



ПИТАНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ 40

Питание во время лечения 41

Реабилитация 43

ЖИЗНЬ СО СТОМОЙ 46

Временные стомы 48

Постоянные стомы 49

КАК ИЗБЕЖАТЬ БЕСПЛОДИЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА 50

Как избежать бесплодия 53

Как это работает 54

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА 56

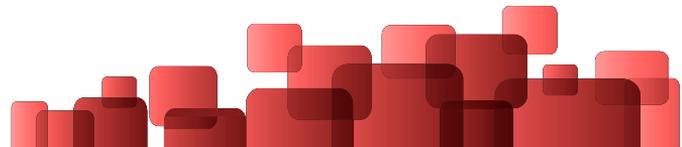
Как принять диагноз и настроиться на лечение 57

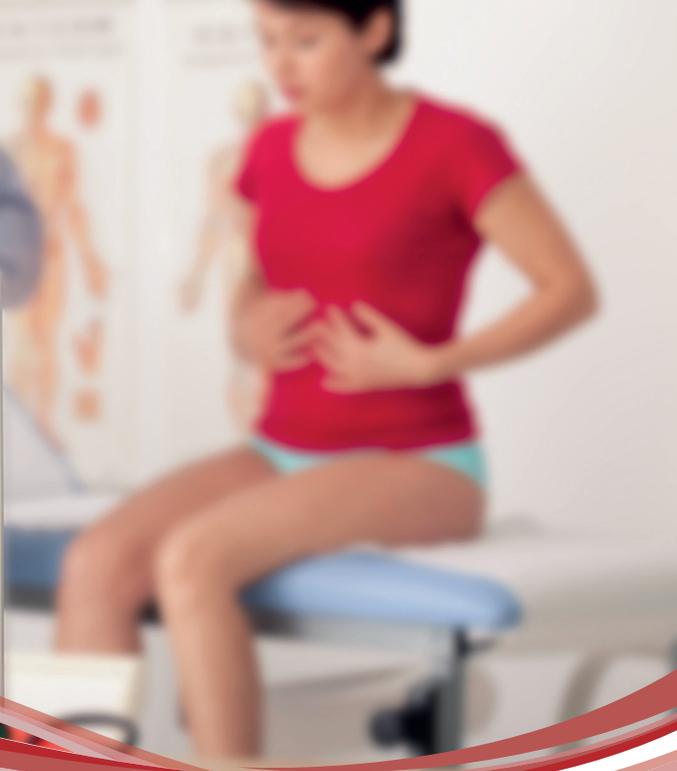
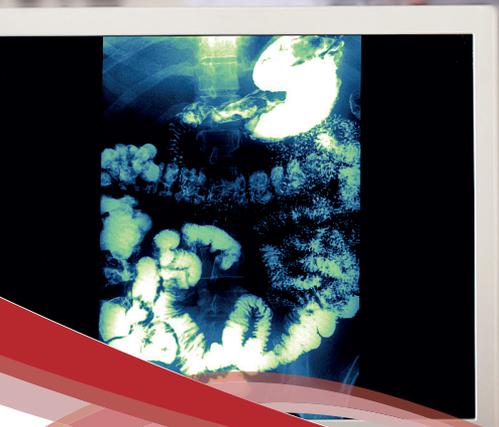
Как рассказать о диагнозе 60

Как адаптироваться в случае установки стомы 60

ПРАВА ПАЦИЕНТА 62

ГЛОССАРИЙ 72





Что такое рак толстой кишки?



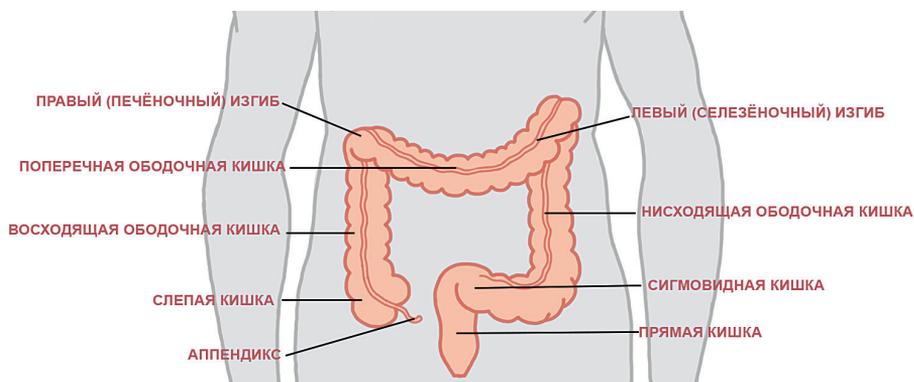
У человека выделяют два отдела кишечника: тонкая кишка, в которой происходят основные процессы пищеварения, и толстая кишка, в которой преимущественно происходят всасывание жидкости и формирование стула.

Рак тонкой кишки развивается крайне редко, его лечение возможно только в высокоспециализированных учреждениях и не будет рассматриваться в рамках данной брошюры. Рак толстой кишки, напротив, – одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний. При условии проведения правильного лечения можно добиться выздоровления у большинства пациентов.

Термин «колоректальный рак», или «рак толстой кишки», объединяет злокачественные опухоли всех отделов толстой кишки: рак червеобразного отростка, рак слепой кишки, рак восходящей ободочной кишки, рак печеночного изгиба ободочной кишки, рак поперечной ободочной кишки, рак селезеночного изгиба ободочной кишки, рак нисходящей ободочной кишки, рак сигмовидной кишки, рак ректосигмоидного отдела толстой кишки и рак прямой кишки.

С медицинской точки зрения наибольшее значение имеет только разделение данной группы на рак прямой кишки и рак ободочной кишки (любые другие локализации рака толстой кишки). Именно такой терминологии мы будем придерживаться в рамках данного информационного материала. Итак, термины, которые мы будем использовать по ходу текста:

- ◆ *рак толстой кишки* – любая злокачественная опухоль толстой кишки;
- ◆ *рак ободочной кишки* – любая злокачественная опухоль толстой кишки, но не прямой кишки;
- ◆ *рак прямой кишки* – когда опухоль располагается в пределах 15 см от заднего прохода.



Рак толстой кишки – заболевание конечного отдела кишечной трубки, при котором на определенном ее участке начинает расти опухоль, постепенно суживающая ее просвет. Основная опасность рака толстой кишки состоит в том, что на поздних стадиях развития он может вызывать кишечную непроходимость (то есть полностью перекрывать просвет кишки и препятствовать прохождению пищи), а также может метастазировать (то есть формировать новые очаги болезни) в окружающие лимфатические узлы и другие органы.

К счастью, на сегодняшний день большинство даже запущенных форм рака толстой кишки может успешно излечиваться в специализированных клиниках. Большинство пациентов могут полностью выздороветь и полноценно вернуться к привычному образу жизни. Если опухоль исходно выявлена на запущенной стадии с поражением других органов, когда полное излечение может быть невозможно, врачи могут добиться значительного увеличения продолжительности жизни и облегчения симптомов заболевания.

Лечение рака толстой кишки – задача не одного специалиста. В зависимости от конкретной ситуации требуется наличие

в клинике квалифицированного хирурга-онколога, специализирующегося на данной проблеме, химиотерапевта, лучевого терапевта, врача-диагноста, патоморфолога, терапевта, анестезиолога, реаниматолога, хирурга-гепатолога и торакального хирурга.

ВАЖНО!

В клиниках, где отсутствует возможность обсуждения пациента со всеми необходимыми специалистами или где нет специализации по онкологии, варианты лечения могут быть ограничены и не оптимальны, что крайне нежелательно, так как только в условиях работы слаженной команды возможно выбрать наиболее персонализированный и правильный подход к каждому больному.

Профилактика развития рака толстой кишки

Как и многие другие онкологические заболевания, рак толстой кишки может длительное время протекать бессимптомно. Поэтому большое значение имеет профилактическое обследование.

Рак толстой кишки – одно из заболеваний, которое можно полностью предотвратить. Учитывая распространенность рака толстой кишки, его профилактика – одна из наиболее эффективных мер снижения риска развития рака для любого человека.

Дело в том, что заболевание в большинстве случаев (за исключением редких наследственных форм) развивается на фоне длительно существующих доброкачественных полипов. Полипы не вызывают симптомов и никак не проявляются, но у ряда людей могут превратиться в рак. С целью выявления людей, склонных к образованию полипов, всем лицам, достигшим возраста 45–50 лет (рекомендации по возрасту начала обследо-

вания различаются), рекомендуется выполнять анализ кала на скрытую кровь. При положительном результате выполняют колоноскопию. Так как анализ кала на скрытую кровь высокочувствителен для рака толстой кишки, но малочувствителен для выявления полипов, многие специалисты считают необходимым хотя бы однократное выполнение колоноскопии. Обнаруженные во время колоноскопии полипы могут быть безболезненно удалены, что в дальнейшем избавит человека от риска развития рака. При выявлении полипов колоноскопия в дальнейшем повторяется не реже одного раза в три года (точную периодичность наблюдения врач определяет индивидуально), при их отсутствии – дальнейшее наблюдение ограничивается выполнением анализа кала на скрытую кровь один раз в год или один раз в два года, колоноскопию повторяют только через 10 лет.

Наследуется ли рак толстой кишки?

90% случаев рака толстой кишки – не наследственные заболевания. Ученые до сих пор достоверно не знают, по каким причинам развивается это заболевание. Тем не менее родственникам пациентов, больных раком толстой кишки, следует более ответственно относиться к необходимости профилактического обследования. Обычно в таких случаях врачи рекомендуют начинать выполнять анализ кала на скрытую кровь на 5–10 лет раньше, чем остальным людям.

Учитывая относительную редкость наследственных форм рака толстой кишки, консультация генетика бывает показана только пациентам с одним или несколькими из следующих факторов:

- при колоноскопии выявлены множественные (несколько десятков) полипы толстой кишки;

- рак толстой кишки выявлен в возрасте до 45 лет;
- у одного из ближайших родственников установлен диагноз наследственного рака толстой кишки (синдром Линча);
- у двух и более близких родственников был рак толстой кишки.

Здесь перечислены не все критерии, которые могут быть показанием для консультации генетика. Лучше всего узнать о необходимости такой консультации у своего лечащего врача.



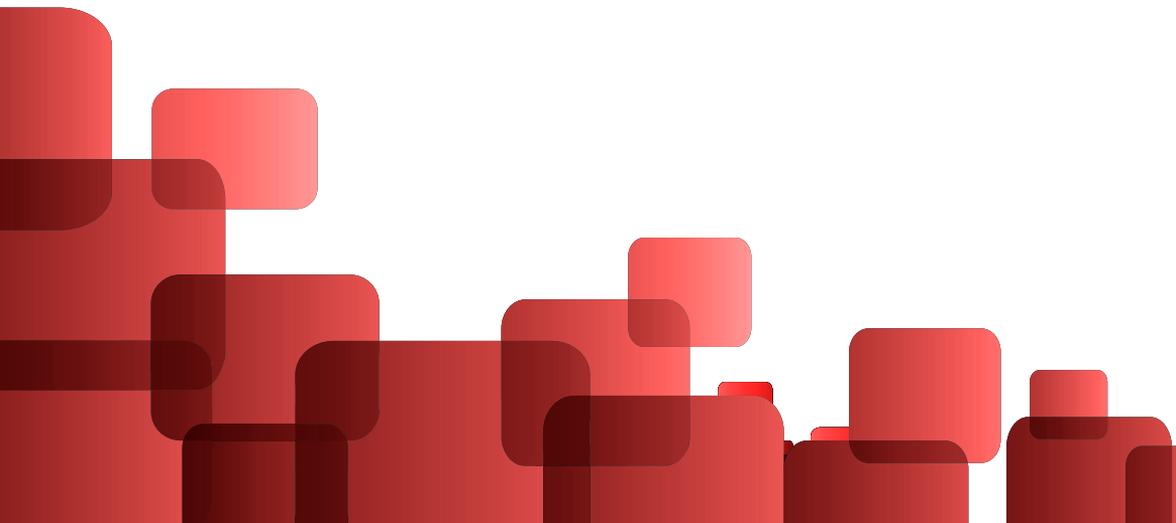
Info@russcpa.ru



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



Диагностика



Как проявляется рак толстой кишки? Симптомы рака толстой кишки

Симптомы рака толстой кишки слабо выражены, особенно на ранних стадиях, и зависят от конкретного расположения опухоли. При локализации опухоли в левых отделах толстой кишки (селезеночный изгиб ободочной кишки, нисходящая ободочная кишка, сигмовидная кишка, ректосигмоидный отдел толстой кишки, прямая кишка) возможно выделение крови с калом. Не только многие пациенты, но и многие врачи не придают значения этому важному симптому, трактуя его как проявление гораздо более распространенного заболевания – геморроя. Появление крови в кале, особенно появление его впервые, обязательно должно быть поводом обращения к врачу.

ВАЖНО!

Выделение крови при отсутствии геморроя должно быть поводом для выполнения колоноскопии. Повторяющиеся выделения крови на фоне лечения геморроя – также повод выполнить эндоскопическое обследование.

Другие распространенные проявления заболевания: нерегулярный стул, чередование запоров и поносов – могут наблюдаться и при ряде доброкачественных заболеваний. Каждый признак болезни по отдельности имеет небольшое значение, обращать внимание следует на значительные стойкие изменения и нарушения в ритме работы кишечника.

Симптомом заболевания может быть внезапное выявление анемии (снижение гемоглобина), бледность кожных покровов. Снижение гемоглобина редко происходит без какой-то определенной причины и должно быть поводом для проведения обследования. Назначение препаратов железа без выяснения причины анемии является большой ошибкой.

Наиболее характерна анемия для рака правых отделов толстой кишки (рак слепой кишки, рак восходящей ободочной кишки, рак печеночного изгиба ободочной кишки). При опухолях данной локализации также может отмечаться значительная быстрая потеря в весе. Однако даже выраженное истощение и бледность пациента не означают, что рак достиг поздней стадии. Рак правых отделов толстой кишки может вызывать такие изменения относительно рано, и правильное лечение дает высокие шансы на полное выздоровление пациентов.



Выявление анемии без установленной причины должно быть поводом обсудить с врачом проведение обследования – колоноскопии и гастроскопии.

Что делать, если рак толстой кишки впервые проявился развитием кишечной непроходимости?

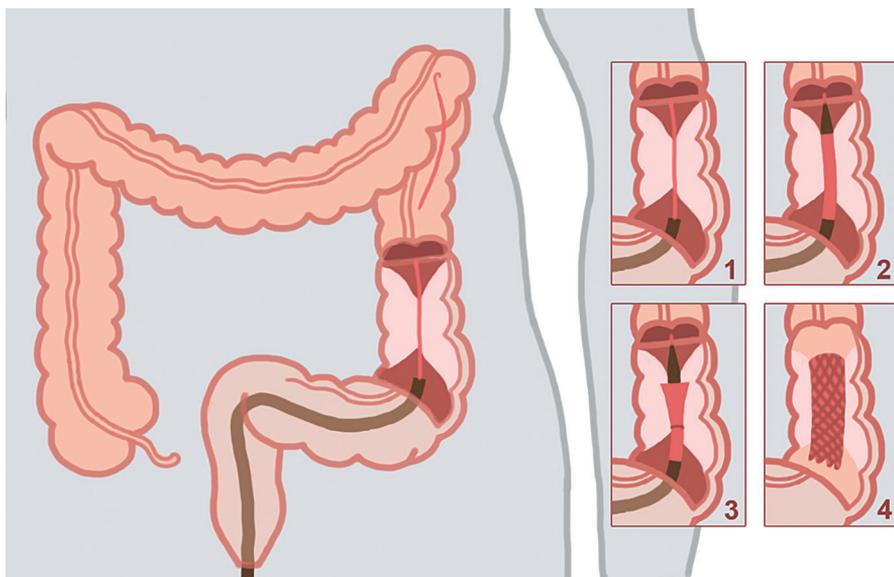
Нередко первым проявлением рака ободочной кишки может быть кишечная непроходимость. Подобная ситуация развивается при полном или практически полном перекрытии просвета кишки и проявляется вздутием живота, отсутствием отхождения стула и газов, рвотой. В таких случаях требуется срочная госпитализация в клинику скорой помощи. Ни в коем случае нельзя самостоятельно принимать слабительные и пытаться решать проблему в домашних условиях. В ряде случаев в условиях больницы первый приступ кишечной непроходимости удастся устранить без операции с использованием различных лекарств и процедур. Часто требуется выполнение хирургического вмешательства. Если пациент попадает в подобную ситуацию, необходимо уточнить, есть ли в штате клиники скорой помощи хирург-онколог.

ВАЖНО!

Если такого специалиста нет, пациент может и должен настаивать на том, чтобы операция по устранению кишечной непроходимости проводилась без удаления опухоли. В данном случае отсрочка удаления опухоли значительно менее опасна, чем возможные последствия операции по удалению опухоли, проведенной специалистом без должной подготовки.

В зависимости от опыта клиники и локализации опухоли устранение кишечной непроходимости возможно:

- путем установки внутрикишечного стента (устанавливается во время проведения колоноскопии; иногда сужение просвета может быть столь значительным, что постановка стента невозможна);



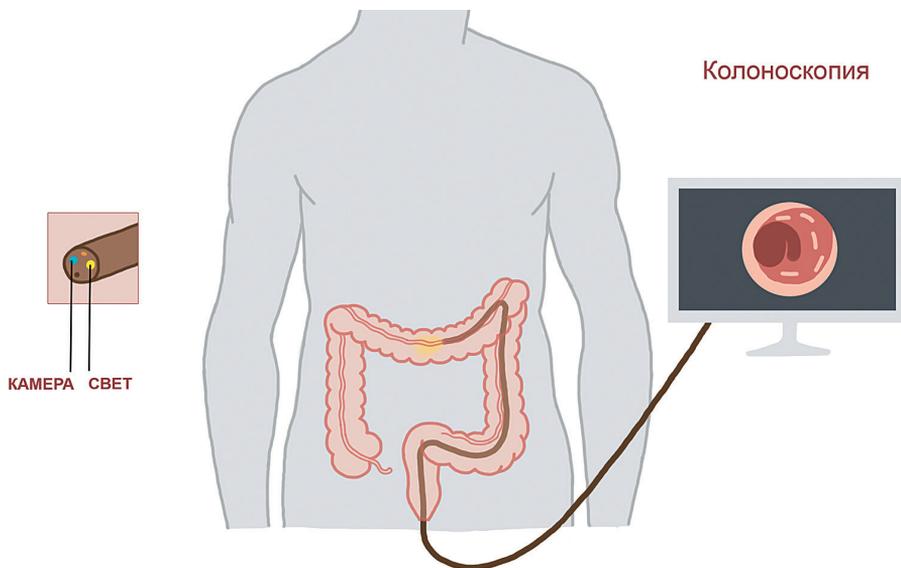
- формирования колостомы, илеостомы;
- формирования обходного анастомоза (соединение участков кишки, которое позволяет стулу поступать к прямой кишке в обход опухоли; невозможно при локализации опухоли в прямой кишке).

Многие пациенты крайне негативно воспринимают необходимость формирования колостомы или илеостомы, однако в экстренных ситуациях данная процедура может обеспечить более высокие шансы на то, что в дальнейшем эта стома будет временной, а не постоянной.

Какие обследования необходимо выполнить при выявлении рака ободочной кишки до начала лечения?

Лечение подавляющего большинства онкологических заболеваний нельзя начинать до того, как будет получен и проанализирован образец ткани опухоли, то есть пока не будет выполнена биопсия. При подозрении на рак толстой кишки единственным методом получения биопсии является выполнение колоноскопии. Во время данной процедуры врач исследует кишечник, используя тонкую длинную трубку с камерой на конце. Колоноскопия может быть неприятным для пациента исследованием, однако опытные специалисты знают, как минимизировать дискомфорт во время данной процедуры. Кроме того, колоноскопию можно проводить под наркозом.

Диагноз рака толстой кишки может считаться установленным только после анализа полученного при биопсии материала в морфологической лаборатории. Наиболее распространенный вид рака толстой кишки – аденокарцинома. Такая форма встречается более чем у 95% пациентов.



Уточняющая диагностика

Однако одной постановки диагноза недостаточно. Лечение онкологических заболеваний – сложный и индивидуальный процесс. Не следует поддаваться панике и принимать поспешных решений. Многие пациенты стремятся начать лечение как можно быстрее, едва узнают диагноз. Но неправильный выбор первого этапа лечения может повлечь тяжелые последствия. Рак толстой кишки имеет относительно медленное течение. Следует помнить, что, несмотря на то что стресс и стремление как можно быстрее избавиться от проблемы естественны, опухоль, вероятно, развивалась много месяцев или даже лет до постановки диагноза. Если потратить несколько дней или даже несколько недель на подробную диагностику, это значительно снизит риск неправильного выбора тактики лечения и повысит шансы на выздоровление.

Оценка расположения опухоли

Врач должен больше узнать о местном распространении опухоли, ее размерах и связи с окружающими структурами. У больных раком левых отделов толстой кишки (от поперечной ободочной кишки и ниже) также важно исключить наличие второй опухоли или полипов в вышерасположенных отделах толстой кишки.

Для оценки местного распространения рака ободочной кишки используются колоноскопия и УЗИ или КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. КТ дает более полное представление о картине заболевания, предпочтительно выполнение именно этого исследования.

Для оценки местного распространения рака прямой кишки обязательно выполнение ректоскопии и МРТ малого таза. Начало лечения рака прямой кишки без выполнения МРТ малого таза противоречит как отечественным, так и мировым рекомендациям по лечению.

Чтобы исключить наличие второй опухоли в вышерасположенных отделах кишки, оптимально выполнение колоноскопии. Если такое исследование невозможно (обычно из-за того, что колоноскоп невозможно провести за зону сужения опухоли), возможно выполнение ирригоскопии. При этом исследовании после очистки кишечника слабительными препаратами кишка через клизму заполняется специальным жидким раствором, который позволяет увидеть ее контуры на рентгеновском снимке. Такой жидкий контраст может пройти за зону опухолевого сужения, недоступного для колоноскопа.

В ряде случаев ни колоноскопия, ни ирригоскопия не позволяют исследовать участки кишки выше расположения опухоли. В таком случае возможно начало лечения, но врач должен рекомендовать выполнение колоноскопии в течение трех-шести месяцев после операции.

Оценка наличия метастазов

Врач должен исключить наличие метастазов рака толстой кишки в других органах (наиболее часто поражаются печень и легкие; наличие метастазов в других органах при отсутствии поражения печени или легких встречается казуистически редко). С этой целью оптимально выполнение КТ грудной и брюшной полости с внутривенным контрастированием. Иногда это исследование заменяют УЗИ брюшной полости и рентгенографией органов грудной клетки, но их информативность ниже.

Онкомаркеры

Для оценки прогноза заболевания, возможностей дальнейшего контроля эффективности лечения выполняются анализы крови на маркеры РЭА, СА 19.9. Маркеры не имеет смысла использовать для профилактического обследования здоровых людей. У большинства пациентов с ранними формами рака ободочной кишки маркеры не повышены. Их повышение является одним из факторов, отражающих более агрессивное течение заболевания. Однако у пациентов с исходно повышенными маркерами их измерение после лечения может служить удобным и эффективным методом контроля и послеоперационного наблюдения.

Общее состояние пациента

Оценка общего состояния пациента, степени риска проведения операции важна при определении тактики лечения. Эти обследования назначаются индивидуально и обычно включают ЭКГ, консультацию терапевта, анестезиолога, ЭХОКГ, гастроскопию, УЗИ вен нижних конечностей.

Молекулярно-генетические исследования для определения подтипа опухоли

Включают анализы ткани опухоли на мутации KRAS, NRAS, BRAF, MSI. Обычно назначаются пациентам с распространенны-

ми формами рака ободочной кишки, которым в дальнейшем может потребоваться проведение таргетной терапии. Анализ на MSI могут назначать пациентам с ранними формами рака толстой кишки для определения показаний к проведению профилактической химиотерапии, а также показаний к консультации генетика. Действует следующее правило: MSI повышен у всех пациентов с наследственными формами рака толстой кишки, но не у всех пациентов с повышенным MSI рак является наследственным.

Как устанавливают стадию рака толстой кишки? Что значит TNM?

У больных раком толстой кишки стадия заболевания окончательно устанавливается только после операции и тщательного морфологического исследования удаленных тканей. Врач на основании данных обследования может лишь разделить пациентов на условные группы для выбора правильной тактики лечения: «ранний рак толстой кишки», «рак толстой кишки без метастазов», «рак толстой кишки с метастазами в другие органы». Более детальная оценка стадии рака ободочной кишки может повлиять только на тактику послеоперационного лечения, больным раком прямой кишки более детальную оценку проводят на основании данных МРТ малого таза.

Стадия выставляется на основании трех параметров:

- ◆ **T** (с возможными значениями is, 1, 2, 3, 4) – отражает глубину врастания опухоли в стенку кишки, от Tis (единичные клетки рака на фоне полипа) до T4 – врастание в соседние органы.
- ◆ **N** – наличие поражения регионарных лимфатических узлов (с возможными значениями 0, 1, 2). Наличие метастазов в лимфатических узлах рядом с опухолью не приравнивается к метастазам в другие органы. Это локальное распростра-

нение заболевания, и даже при наличии таких метастазов у большинства пациентов возможно достичь полного излечения заболевания.

- ◆ **M** (с возможными значениями 0 или 1) – отражает наличие отдаленных метастазов.

На основании сочетания параметров T, N и M устанавливается стадия заболевания – I, II, III или IV.

I стадия – небольшая опухоль без метастазов.

II стадия – более крупная опухоль без метастазов.

III стадия – любая опухоль с метастазами только в ближайшие лимфатические узлы.

IV стадия – любая опухоль с метастазами в другие органы, вне зависимости от наличия метастазов в ближайших лимфатических узлах.

IV стадию устанавливают только пациентам с индексом M1, то есть только тогда, когда присутствуют метастазы в других органах, наиболее часто – в печени и легких.



Info@russcpa.ru



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



Какие вопросы
задать врачу
до начала лечения



Общение с врачом и понимание пациентом процесса лечения очень важно. Необходимо обоюдное доверие: со стороны пациента – доверие к специалисту, уверенность в его профессиональных качествах, со стороны врача – уверенность в полноценном соблюдении рекомендаций и приеме необходимых препаратов.

Этот процесс нарушается чаще всего именно из-за недостатка информации и недостатка общения. Поэтому не стесняйтесь задавать вопросы – так будет легче не только вам, но и специалисту, под наблюдением которого вы проходите путь к выздоровлению.

1. Достаточно ли данных обследования, чтобы определить план моего лечения? Можно ли пройти более подробное обследование?

Не все клиники работают в одинаковых условиях. Иногда из-за объективных технических сложностей врачи могут ограничиваться минимальным необходимым набором исследований. В ряде случаев дополнительное обследование может изменить план лечения. Некоторое обследование занимает время. Обсудите с врачом, насколько вероятно изменение плана лечения и насколько принципиально время, потраченное на дополнительное обследование.

2. Нужна ли мне дополнительно консультация других специалистов?

Решение о плане лечения больного раком толстой кишки практически никогда не принимается одним специалистом. В специализированных клиниках регулярно собираются онкоконсилиумы. В некоторых ситуациях может потребоваться консультация специалиста, не входящего в штат лечебного учреждения.

3. Где располагается опухоль?

Этот вопрос особенно важен для больных раком прямой кишки. Учитывается не только локализация в прямой кишке, но и точное количество сантиметров от заднего прохода. Это может оказать значительное влияние на план лечения и перспективу сохранения естественного заднего прохода.

4. Распространилась ли опухоль за пределы стенки кишки?

Это вопрос, на котором будет строиться план лечения. Стадию рака окончательно не определяют до операции, за исключением тех случаев, когда есть метастазы в другие органы.

5. Есть ли различные варианты лечения в моей ситуации?

Несмотря на то что лечение рака толстой кишки стандартизировано, в ряде ситуаций, особенно у больных раком прямой кишки и у пациентов с метастатическими формами заболевания, в рамках действующих клинических рекомендаций возможно использование различных лечебных подходов. Есть варианты лечения, которые влияют на разные аспекты качества жизни и должны обсуждаться с больным. Некоторые решения могут и должны приниматься только совместно с пациентом.

6. Как долго будет проходить лечение?

Многие пациенты недооценивают общую продолжительность лечения при ряде форм рака толстой кишки. Так, предоперационное лечение у больных раком прямой кишки может длиться до полугода. Чтобы правильно спланировать это время, целесообразно заранее узнать у врача сроки лечения.

7. Какие бывают осложнения при моем лечении и можно ли снизить риск их появления?

Такая информация поможет не только правильно подготовиться к лечению, но и правильно спланировать время, особенно в промежутках между курсами химио- и лучевой терапии.

8. Как я буду себя чувствовать после лечения? Смогу ли вернуться к работе? Какие осложнения могут развиваться после операции?

9. Как вести себя после операции? Когда можно будет вставать? Как будет проходить обезболивание? Будут ли у меня установлены дренажи, мочевого катетер?

Даже подготовленному пациенту психологически бывает сложно в послеоперационном периоде. Лучше всего восстанавливаются люди, которые заранее были предупреждены обо всех особенностях их состояния после операции и процедурах, которые будут проводиться для их выздоровления.

10. Может ли мое заболевание быть наследственным?

У 90% пациентов рак толстой кишки не является наследственным заболеванием. Тем не менее имеет смысл уточнить у своего лечащего врача целесообразность консультации генетика.



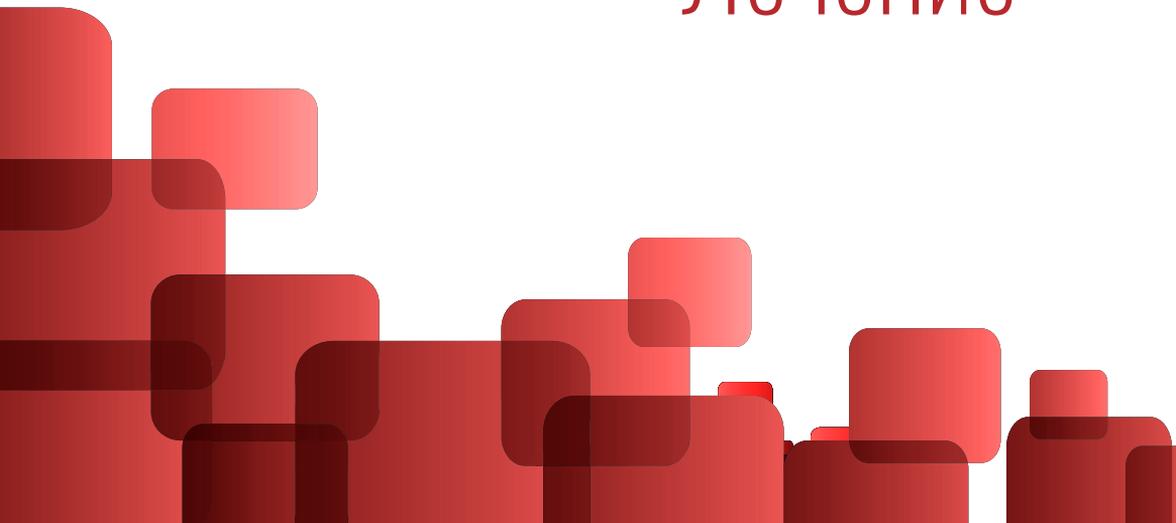
Info@russcpa.ru



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



Лечение



Лечение ранних форм рака толстой кишки

Рак толстой кишки на фоне полипа толстой кишки

Данная ситуация встречается редко, в основном у пациентов, которые проходят профилактическое обследование. Такие формы рака не имеют симптомов. Возможно безболезненное удаление опухоли во время колоноскопии. Однако такую процедуру может выполнить не любой эндоскопист. Оптимально использование техники эндоскопической подслизистой диссекции для более полноценного удаления пораженного участка. После удаления опухоль обязательно должна быть направлена на морфологическое исследование.

ВАЖНО!

Исследование полностью удаленного полипа гораздо информативнее биопсии.

При окончательном морфологическом исследовании могут выявляться дополнительные факторы риска, в том числе может встать вопрос о необходимости выполнения более крупной операции с удалением соответствующего участка толстой кишки.

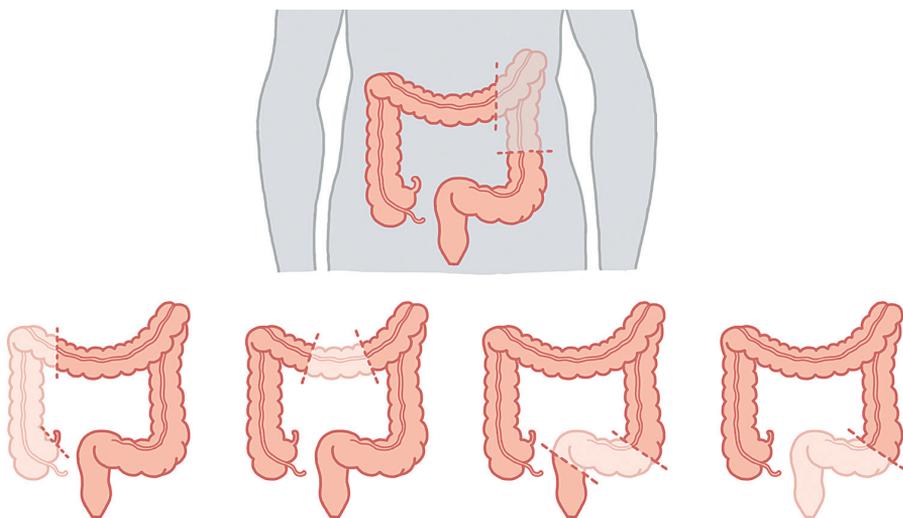
У пациентов с ранним раком прямой кишки предпочтительно использование другой методики – трансанального эндоскопического удаления опухоли (ТЭО). Операция проводится под общим наркозом, при этом в прямую кишку устанавливается специальная трубка, через которую удаляется пораженный участок с прилежащими тканями. Стенка прямой кишки после этого ушивается. Большинство пациентов могут идти домой уже через два-три дня.

Как эндоскопическая подслизистая диссекция, так и трансанальное эндоскопическое удаление опухоли связаны с минимальным риском осложнений, вероятность полного выздоровления пациентов очень высокая.

Лечение локализованных и местнораспространенных форм рака ободочной кишки. Рак ободочной кишки без метастазов в другие органы

В большинстве случаев локализованный и местнораспространенный рак ободочной кишки лечатся хирургически. Редко, при наличии у пациента исходно распространенной формы заболевания, до операции проводят несколько курсов химиотерапии.

Операция по поводу рака ободочной кишки подразумевает удаление пораженного участка кишки с комплексом регионарных лимфатических узлов. Лимфатические узлы во время операции удаляют профилактически, вне зависимости от данных обследований об их поражении.



Для большинства пациентов удаление участка ободочной кишки не имеет долгосрочных последствий, они могут полно-

ценно вернуться к привычному образу жизни. Если на момент операции имеются признаки кишечной непроходимости – выраженное вздутие и увеличение кишки в диаметре, то может потребоваться формирование кишечной стомы.

Такие операции могут выполняться как традиционным открытым способом (с использованием большого разреза), так и лапароскопически (через проколы с использованием маленького разреза только для удаления опухоли). В большинстве специализированных клиник рак толстой кишки оперируют преимущественно лапароскопически. Противопоказаниями для выполнения лапароскопических операций могут быть большие размеры опухоли, наличие предшествующих операций, тяжелые сопутствующие заболевания сердца и легких.



По поводу рака ободочной кишки хирурги выполняют правостороннюю гемиколэктомию, левостороннюю гемиколэктомию, а также расширенные варианты этих операций – резекцию левых отделов ободочной кишки, резекцию сигмовидной кишки.

С точки зрения пациента, по самочувствию в послеоперационном периоде, они мало отличаются друг от друга. Многие пациенты начинают ходить и принимать жидкую пищу в течение первых суток после выполнения операции. При отсутствии осложнений средний срок пребывания в клинике после подобных операций – в пределах одной недели.

После операции в зависимости от результатов морфологического исследования удаленного заболевания (врачи-патоморфологи изучают срезы удаленной опухоли под микроскопом с целью оценки дополнительных факторов риска) может быть назначена профилактическая (или адъювантная) химиотерапия.

Назначение такой химиотерапии вовсе не означает, что в организме остались проявления заболевания. Такая химиотерапия назначается, если при изучении удаленных тканей морфолог выявил определенные факторы риска более агрессивного течения болезни. Наиболее часто это бывает при выявлении метастазов в удаленных лимфоузлах. В этом случае проведение химиотерапии может снизить риск возврата заболевания на 10–15%. Полное выздоровление возможно даже при наличии факторов негативного прогноза.

Лечение локализованных и местнораспространенных форм рака прямой кишки. Рак прямой кишки без метастазов в другие органы



Принципиальным отличием плана лечения при раке прямой кишки является необходимость проведения предоперационной лучевой или химиолучевой терапии у большинства пациентов.

Предоперационная терапия

Это связано с тем, что риск местного возврата (рецидива) рака прямой кишки значительно выше, чем рака ободочной кишки. Операцию оптимально проводить на фоне уменьшения опухоли в результате предоперационной химиолучевой терапии. Более того, в ряде случаев такая тактика может повысить шансы сохранения естественного заднего прохода. Лишь у небольшой группы больных с благоприятными факторами прогно-

за возможно проведение операции на первом этапе, без предоперационного лечения.

Решение вопроса о предоперационном лечении возможно только на основании данных МРТ малого таза, после обсуждения совместно с лучевым терапевтом и химиотерапевтом.

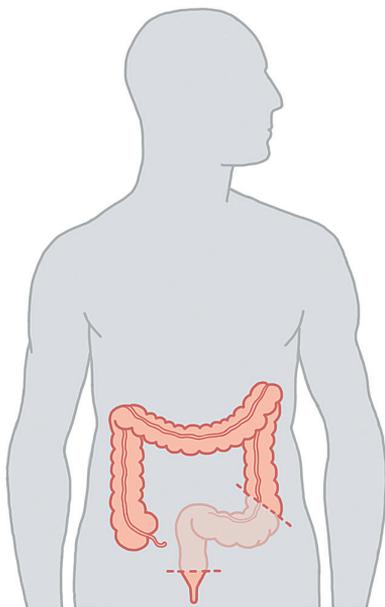
Наиболее распространенный курс химиолучевой терапии занимает 5 недель, сеансы лечения проводят каждый день, кроме выходных. Химиотерапию на фоне лучевой терапии проводят в облегченном варианте, обычно с использованием только таблетированных препаратов или их аналогов для внутривенного введения. Эффект от лучевой терапии развивается не сразу, поэтому выполнение операции планируют обычно в сроки 8–12 недель после последнего сеанса лучевой терапии. Если пациент переносил лечение хорошо, то в это время врачи могут предложить проведение дополнительных курсов химиотерапии, которые повысят общую эффективность лечения.

Операция

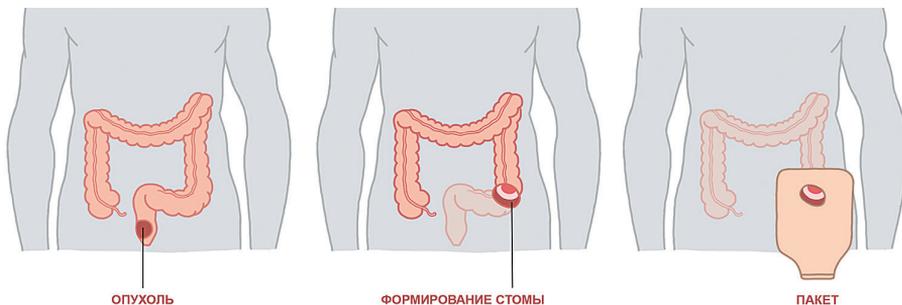
Операции по поводу рака прямой кишки могут выполняться как традиционным открытым способом (с использованием большого разреза), так и лапароскопически (через проколы с использованием маленького разреза только для удаления опухоли). Объем и качество операции не зависят от использованного открытого или лапароскопического доступа, но лапароскопические операции на прямой кишке считаются более сложными, чем на ободочной, и требуют более высокой квалификации специалиста.

Противопоказаниями для выполнения лапароскопических операций могут быть большие размеры опухоли, наличие предшествующих операций, тяжелые сопутствующие заболевания сердца и легких. По поводу рака прямой кишки хирурги выпол-

няют резекцию прямой кишки, низкую резекцию прямой кишки, брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки. Первые две операции подразумевают сохранение естественного заднего прохода.



Последний вид операции предполагает полное удаление сфинктерного аппарата и наличие дополнительного разреза со стороны промежности.





Многие пациенты начинают ходить и принимать жидкую пищу в течение первых суток после выполнения операции. При отсутствии осложнений средний срок пребывания в клинике после подобных операций – в пределах одной недели.

Формирование стомы

Если рак прямой кишки не врастает в мышцы сфинктерного аппарата (мышцы, обеспечивающие удержание кала), то в большинстве случаев возможно выполнение операций с сохранением естественного заднего прохода. Тем не менее очень часто при выполнении операций по поводу рака прямой кишки необходимо формирование временной колостомы или илеостомы. Это связано с особенностями строения стенки прямой кишки и особенностями формирования анастомоза (соединения кишки).

После удаления участка кишки с опухолью хирург формирует соединение кишки, но вышележащий ее участок подшивает к коже и рассекает на половину окружности. Это делается для того, чтобы временно исключить попадание кишечного содержимого в зону анастомоза и создать лучшие условия для его заживления.

Временную стому формируют на срок два-три месяца. После этого делается вторая, уже небольшая операция, в процессе которой стому местно иссекают и зашивают. Операция по закрытию стомы не требует большого разреза, переносится легче и имеет низкий риск осложнений.

ВАЖНО!

Формирование временной стомы – необходимый шаг, который обеспечивает безопасность пациента.

В силу ряда особенностей соединение (анастомоз) прямой кишки имеет сравнительно высокий риск потери герметичности. Попадание кишечного содержимого за пределы стенки кишки – крайне опасное осложнение, в случае развития которого не только может быть необходимо формирование постоянной стомы, но и возникнуть серьезная угроза жизни больного. Временный дискомфорт, напротив, может обеспечить безопасность операции и хорошее качество жизни в дальнейшем.

Дальнейшее лечение

После операции в зависимости от результатов морфологического исследования удаленного заболевания может быть назначена дальнейшая (или адъювантная) химиотерапия. Назначение такой химиотерапии вовсе не означает, что в организме остались проявления заболевания. Такая химиотерапия назначается, если при изучении удаленных тканей морфолог выявил определенные факторы риска более агрессивного течения болезни. Наиболее часто это бывает при выявлении метастазов в удаленных лимфоузлах. В этом случае проведение профилактической химиотерапии может снизить риск возврата заболевания на 10–15%. При условии проведения профилактической химиотерапии возможно полное выздоровление у большинства пациентов даже при наличии факторов негативного прогноза.

Лечение метастатического рака толстой кишки

Выбор плана лечения зависит от количества метастазов и риска развития кишечной непроходимости. До определения плана лечения пациент должен обязательно получить консультацию химиотерапевта, при наличии небольшого количества метастазов, локализующихся только в печени или легких, – консультацию хирурга-гепатолога (специализирующегося на выполнении

операций по поводу метастазов в печени) или торакального хирурга (специализирующегося на выполнении операций по поводу метастазов в легких).

Операция

Ключевой вопрос при определении плана лечения – возможность хирургического удаления всех метастазов. Если такая возможность есть, операция может быть проведена сразу или после нескольких курсов химиотерапии. Лекарственное лечение может обеспечить длительное сдерживание роста рака толстой кишки, но только операция дает шанс на полное выздоровление. При необходимости выполнения большой операции ее иногда разбивают на несколько этапов.

Химиотерапия

Чаще исходно удаление всех метастазов невозможно, основным методом лечения является химиотерапия. При наличии небольшой опухоли в кишке и метастазов в других органах возможно проведение лечения без удаления опухоли кишки. Каждый из очагов рака толстой кишки является самостоятельным, и при невозможности удаления всех проявлений заболевания удаление отдельных метастазов или первичной опухоли может быть нецелесообразным.

Химиотерапия – единственный метод противоопухолевого лечения, который позволяет эффективно одновременно контролировать множественные проявления болезни в разных органах.

ВАЖНО!

В ряде крупных федеральных клиник проводятся национальные и международные клинические исследования, в рамках которых пациенты могут получить лечение с использованием новейших научных разработок.

Химиотерапия – курсовое лечение. Непосредственно внутривенное введение препаратов обычно происходит в течение одного-двух дней. Если в схеме присутствуют таблетированные препараты – их обычно назначают на две недели. Чаще всего такое лечение не требует госпитализации. Пациент едет домой и возвращается для проведения следующего курса через две или три недели в зависимости от конкретной схемы.

Смена линии лечения



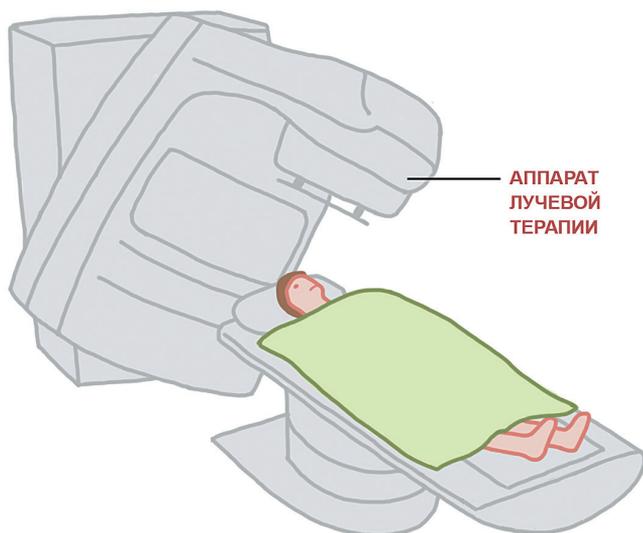
Обычно каждые два-четыре курса лечения одинаковыми препаратами проводится контрольное обследование. Если опухоль уменьшается, продолжают лечение по прежней схеме или ставят вопрос о проведении операции. Если опухоль растет – схему лечения меняют.

Цепочку одинаковых курсов химиотерапии до выявления прогрессирования опухоли называют линией химиотерапии. Линия химиотерапии меняется при выявлении прогрессирования заболевания. Особенность течения рака толстой кишки в том, что одна и та же схема не может быть постоянно эффективной. Рано или поздно опухолевые клетки «привыкают» к используемым препаратам и необходимо использование новой комбинации.

Переход на новую комбинацию препаратов и называют переходом на новую линию химиотерапии. Иногда возможно достижение стойкого подавления рака толстой кишки, что дает возможность временно отменить химиотерапию или перейти на более слабые препараты, которые легче переносятся. Такие перерывы с легким лечением называют поддерживающей терапией. Они бывают необходимы, чтобы дать организму восстановиться.

Лучевая терапия

Лучевая терапия – метод локального лечения рака прямой кишки. То есть это лечение воздействует только на опухоль кишки и небольшой объем окружающих тканей. Лучевая терапия не может напрямую воздействовать на метастазы в других органах.



Лучевую терапию обычно можно провести на одну область (в данном случае – на область таза) только раз в жизни.

То есть если у пациента, получившего лучевую терапию по поводу рака прямой кишки, по каким-либо причинам через несколько лет встанет вопрос о необходимости проведения лучевой терапии на область малого таза, это скорее всего бу-

дет невозможно. Это связано с тем, что воздействие лучевой терапии на ткани со временем полностью не проходит. Для здоровых тканей последствия проведения лучевой терапии минимальны, для клеток рака, напротив, этот метод лечения обычно губителен.

Лучевая терапия – безболезненный метод. Обычно пациенты не испытывают ощущений во время проведения сеанса лечения. Больного проводят в специальное изолированное помещение, в котором установлен аппарат лучевой терапии. Внешне он похож на аппараты для проведения компьютерной томографии. Пациента укладывают на стол в строго определенном положении, процедура длится несколько минут.

Побочные эффекты после стандартных курсов лучевой терапии отмечаются не более чем у половины пациентов. Обычно они проявляются умеренным воспалением окружающих тканей – кожи промежности, слизистой прямой кишки, мочевого пузыря, влагалища. Это может проявляться острыми позывами в туалет, проявлениями цистита, сухостью задней стенки влагалища. При своевременном лечении проявления этих осложнений можно минимизировать.

Таргетная терапия

Таргетная терапия – один из видов лекарственного лечения рака прямой кишки. Препараты этой группы используются и бывают эффективны только у пациентов с наличием метастазов в других органах – при диссеминированных (метастатических) формах заболевания.

Многие пациенты ошибочно воспринимают таргетную терапию как отдельную форму лечения. Таргетные препараты не используются в самостоятельном варианте, но могут повысить эффективность химиотерапии при совместном примене-



нии. Так же как и у химиопрепаратов, у таргетных препаратов есть свой спектр побочных эффектов и ограничений к использованию.

Для лечения рака толстой кишки используют две основные группы таргетных препаратов.

Антиангиогенные препараты – их применение не зависит от вида опухоли, могут быть назначены всем пациентам. Если планируется выполнение операции, то антиангиогенные препараты необходимо заранее отменить.

Ингибиторы EGFR – назначение этих препаратов возможно только после изучения ткани опухоли на наличие определенных мутаций. Это исследование может занимать до нескольких недель, поэтому нередко пациентам сначала назначают только химиотерапию, а таргетные препараты добавляют уже в процессе лечения.



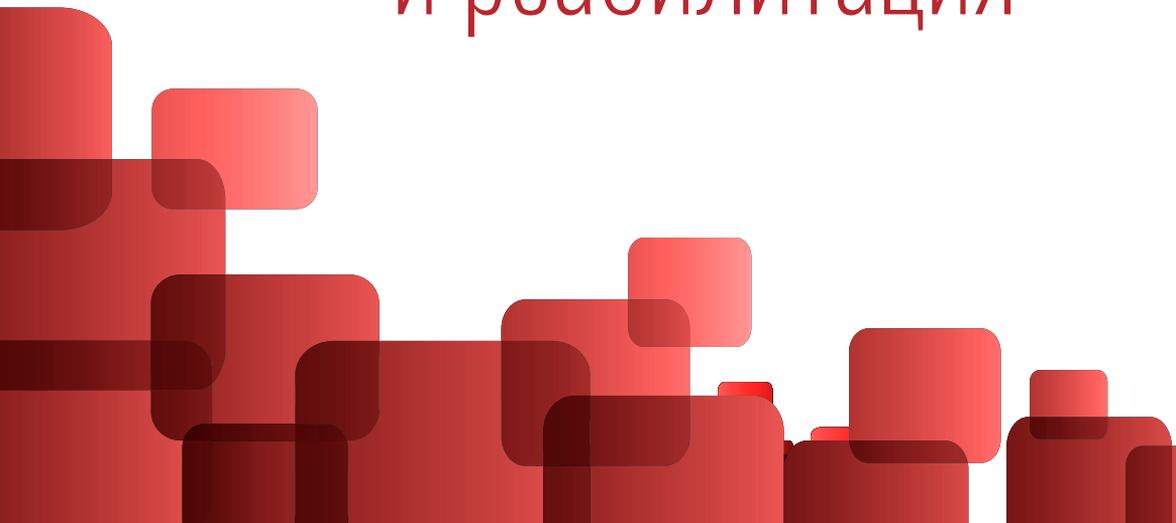
Info@russcpa.ru



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



Питание и реабилитация



Питание во время лечения

Любое противоопухолевое лечение – стресс и большая нагрузка для организма. Чтобы преодолеть этот стресс, телу нужна энергия. Поэтому главное правило питания во время химио- и лучевой терапии, а также в период реабилитации после операции – оно должно быть полноценным. Голодание во время лечения для пациентов крайне опасно. Более того, если пациент теряет вес, ему должно назначаться специализированное усиленное лечебное питание.

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.

Питание до операции

Питание до операции (а также во время проведения предоперационной химиотерапии или лучевой терапии) обязательно должно проводиться с учетом риска развития кишечной непроходимости. О том, существует ли такой риск и как его снизить – обязательно обсудить с лечащим врачом. Рак толстой кишки в процессе роста постепенно суживает просвет кишечника, при этом при условии соблюдения мер предосторожности даже диа-

метра просвета менее 1 см может быть достаточно для регулярной работы кишечника.

Можно ориентироваться на следующий показатель: если во время колоноскопии не удалось осмотреть отделы толстой кишки выше опухоли (из-за сужения просвета) – то риск развития непроходимости достаточно велик. В таком случае рекомендуется исключить из рациона свежие фрукты и овощи (они очень полезны для организма в любой другой ситуации, но при сужении просвета могут быстрее спровоцировать развитие непроходимости), придерживаться преимущественно белковой диеты. Обязательно ежедневно принимать легкие слабительные. Обычно используют вазелиновое масло (по одной столовой ложке с каждым приемом пищи) и один из слабительных препаратов (необходима консультация врача). Вазелиновое масло предпочтительно по сравнению с другими видами масел, т.к. практически не усваивается организмом и в неизменном виде выделяется со стулом, облегчая прохождение пищи на всем протяжении кишечной трубки. Оно может быть неприятным на вкус, его обычно сразу запивают/заедают в процессе приема пищи.

При этом ни в коем случае пациент не должен голодать. Голод истощает пациентов перед важным этапом лечения и может служить причиной резкого повышения риска осложнений. Любое противоопухолевое лечение, тем более операция – большая нагрузка для организма. Для сравнения представьте, что бы случилось, если спортсменов заставляли бы голодать перед соревнованиями несколько недель. В такой ситуации достижение высоких результатов крайне маловероятно.

Питание после операции

В современных клиниках послеоперационное ведение больных раком толстой кишки происходит в соответствии с принципами ускоренного восстановления. Это подразумевает раннюю активизацию и раннее начало питания. Такой подход не только

позволяет пациентам быстрее вернуться к привычному образу жизни, но и профилактировать развитие целого ряда осложнений. Старые принципы лечения, когда рекомендовался длительный голод и покой, уже практически исчезают из практики. Безусловно, речь идет о стандартных объемах операций, и бывают сложные ситуации, требующие более индивидуальных подходов.

Обычно пациентам после операций по поводу рака толстой кишки разрешают принимать жидкую пищу и воду уже через несколько часов после операции. Оптимальным первым питанием в послеоперационном периоде являются специализированные сбалансированные лечебные смеси (или «лечебное питание»). В таких смесях содержится оптимальное сочетание белков, жиров, углеводов, микроэлементов, и их прием часто бывает возможен уже в день операции. Использование лечебного питания в раннем послеоперационном периоде позволяет пациентам избежать голодания, пока они еще не могут вернуться к нормальному режиму питания, что значительно облегчает процесс выздоровления.

В стандартных ситуациях пациенты начинают принимать твердую пищу на второй-третий день после операции (различные легкие белковые продукты), к концу первой недели уже могут полноценно самостоятельно питаться с некоторыми диетическими ограничениями. Процесс расширения рациона после операции происходит постепенно и индивидуально и должен ежедневно обсуждаться с лечащим врачом.

Реабилитация



Основным возможным последствием лечения рака прямой кишки, которое может потребовать проведения реабилитации, является снижение функции удержания кала.

На сегодняшний день доступен целый ряд эффективных реабилитационных мероприятий, направленных на решение этой проблемы. Они включают различные варианты лекарственного лечения, электростимуляции, терапии с биологической обратной связью. Целесообразно до выполнения операции узнать у своего врача, с какой вероятностью вам понадобится реабилитация и где ее можно пройти. В ряде случаев необходимо выполнить специальную диагностику (профилометрия, сфинктерометрия) до операции. Врач-реабилитолог может не только получить исходные данные для планирования дальнейшего лечения, но и более точно определить индивидуальную вероятность развития нарушений функции удержания кала.

Какие обследования обязательно проходить после лечения? Прогноз больных раком толстой кишки

Правильный контроль после завершения основного этапа лечения – залог успеха в борьбе против рака толстой кишки. Контрольные визиты после операции обычно проводят не реже одного раза в шесть месяцев и не чаще одного раза в три месяца. На каждом приеме выполняют осмотр хирурга-онколога, анализ крови на маркеры, УЗИ брюшной полости и малого таза. Не реже одного раза в год должны выполняться колоноскопия и рентгенография органов грудной клетки. По показаниям выполняется компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная (МРТ) томография брюшной полости. Предпочтительно хотя бы однократное выполнение КТ грудной и брюшной полости в течение первых двух лет после операции. Исследование обязательно проводят с внутривенным контрастированием.

Рак толстой кишки относят к онкологическим заболеваниям с относительно благоприятным прогнозом. Полного выздоровления при правильном лечении удается добиться у подавляющего

большинства больных с I–II стадией заболевания, более чем у половины больных с III стадией. Кроме того, рак толстой кишки – одно из редких онкологических заболеваний, при котором полного выздоровления можно добиться даже у некоторых больных с IV стадией заболевания, которым удалось выполнить хирургическое удаление метастазов.

Онкология – одна из наиболее быстро развивающихся отраслей медицины, подходы к лечению постоянно совершенствуются, результаты становятся лучше. Помните, что уже сегодня рак толстой кишки – излечимое заболевание. Критерием выздоровления в онкологии считается пятилетняя выживаемость.



Если через пять лет после завершения лечения у пациента нет признаков рака толстой кишки, он считается выздоровевшим, ему нет необходимости проходить специальные осмотры, а риск рецидива или появления метастазов практически отсутствует.

При правильном лечении этой цели могут достигнуть большинство больных даже со сложными исходными ситуациями.



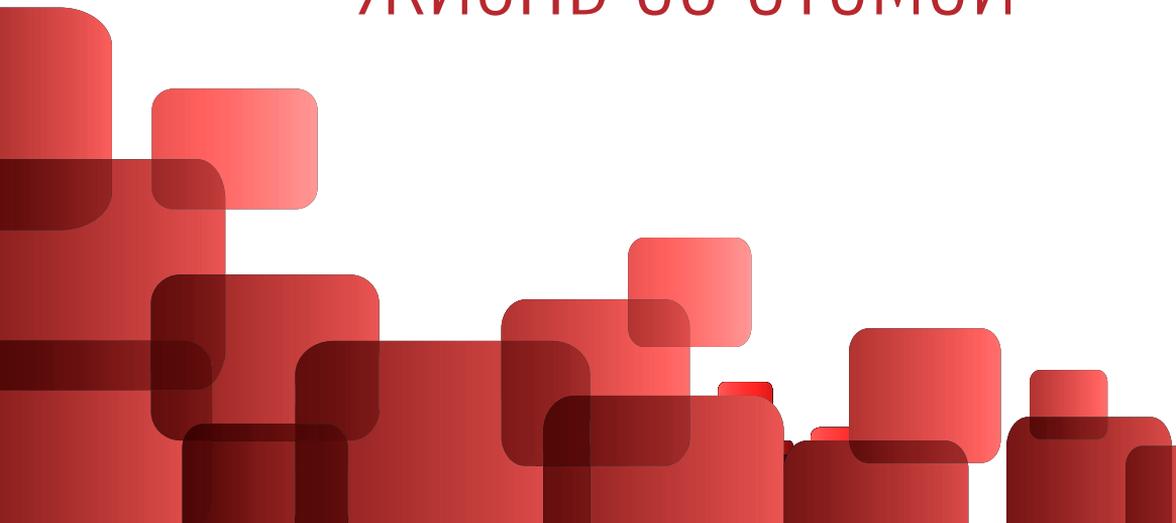
Info@russcpa.ru



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



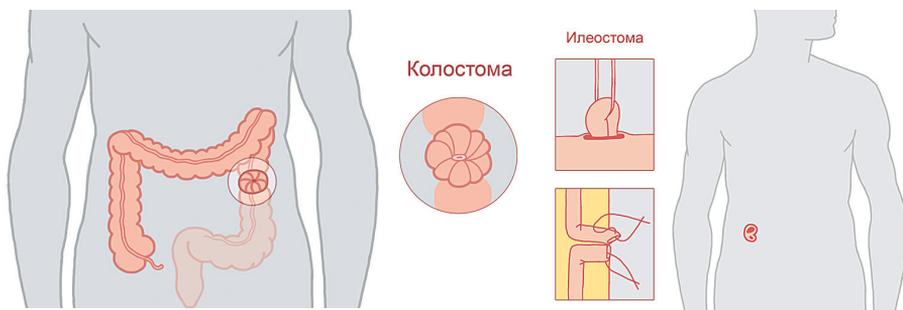
ЖИЗНЬ СО СТОМОЙ





Формирование колостомы или илеостомы часто используется во время хирургического лечения рака прямой кишки либо для временного отключения прямой кишки из процесса пищеварения, либо после полного удаления прямой кишки со сфинктерным аппаратом.

При этом участок кишки подшивают к стенке живота, а опорожнение кишечника происходит в специальный клеящийся мешок (калоприемник). Калоприемник незаметен для окружающих и полностью исключает возникновение неприятного запаха. Существуют специальные наклейки, с которыми пациенты со стомами могут принимать ванну и плавать.



Кишечные стомы бывают временные и постоянные. В зависимости от используемого участка кишки различают колостому – стому с использованием толстой кишки и илеостому – используется тонкая кишка.

Колостома обычно формируется в левых отделах живота, илеостома – в правых. У пациентов с колостомой пищеварение происходит полноценно, у пациентов с илеостомой в пищеварении толстая кишка не используется, из-за чего могут

быть повышенные потери жидкости и нарушение усвоения ряда микроэлементов.

Илеостомы чаще бывают временными (за исключением пациентов с наследственными и системными заболеваниями, такими как диффузный семейный аденоматоз и неспецифический язвенный колит, которым требуется полное удаление толстой кишки).

Временные стомы



Временные стомы формируют в ряде случаев: у пациентов с кишечной непроходимостью с целью дальнейшего проведения комбинированного лечения и возможной ликвидации стомы и у пациентов, которым требуется во время операции соединение кишки (формирование анастомоза) на очень низком уровне.

Формирование временной стомы в такой ситуации – необходимый этап для обеспечения безопасности пациента. На определенных участках стенка прямой кишки, особенно в случае проведения ранее лучевой или химиотерапии, настолько слабая, что может не выдержать минимальной нагрузки после формирования швов в раннем послеоперационном периоде. Чтобы обеспечить пациенту в дальнейшем возможность естественного опорожнения кишечника, свежесоединенную кишку временно отключают из процесса пищеварения и через два-три месяца делают небольшую операцию по закрытию стомы. Если соединение кишки будет заживать в условиях постоянного прохождения каловых масс, высока вероятность его разрыва, последующего нагноения, из-за чего восстановление нормального пищеварения может стать невозможным.

Постоянные стомы

Постоянные кишечные стомы формируют либо при непосредственном врастании опухоли в сфинктерный аппарат, когда ее удаление с сохранением естественного заднего прохода невозможно (к счастью, такие случаи относительно редки), либо при низкой вероятности сохранения хорошей функции удержания кала после операции. В то время как технически сохранить сфинктерный аппарат во время большинства операций возможно, проведенное лечение может отрицательно сказаться на функции удержания стула. Для ряда пациентов, особенно пожилых, у которых менее вероятно полноценное восстановление функции удержания кала, формирование постоянной стомы может быть предпочтительнее из-за простоты ухода.



Info@russcpa.ru



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



Как избежать бесплодия после лечения рака



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

ВАЖНО!

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

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

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

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

ные препараты вызывают генетические изменения в половых клетках. В дальнейшем эти нарушения могут передаться ребенку при зачатии. Однако для лечения колоректального рака препараты, имеющие наибольшее влияние на способность иметь детей, не используются.

ВАЖНО!

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

ВАЖНО!

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

Если лучевая терапия по поводу рака прямой кишки планируется женщине в возрасте до 40–45 лет, то целесообразно обсудить с лечащим врачом возможность выполнения до начала лучевой терапии транспозиции яичников. Эта операция выполняется лапароскопически, без разреза, через три-четыре прокола. Она состоит в том, что яичники хирургически перемещают из малого таза и фиксируют в вышерасположенных отделах живота. Это позволяет избежать попадания их в зону облучения. Это не позволяет сохранить возможность беременности естественным путем, однако позволяет избежать наступления менопаузы на фоне лечения, сохранить гормональную функцию, что очень актуально для молодых пациенток.

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

Заморозка эмбрионов

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

Заморозка ткани яичника

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

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



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 (криовиалы), которые помещаются в специальные криоконтейнеры, наполненные жидким азотом, где они хранятся при температуре минус 196 градусов по Цельсию. В таком состоянии срок хранения спермы ничем не ограничен. В медицинской практике известны случаи хранения спермы более 20 лет.



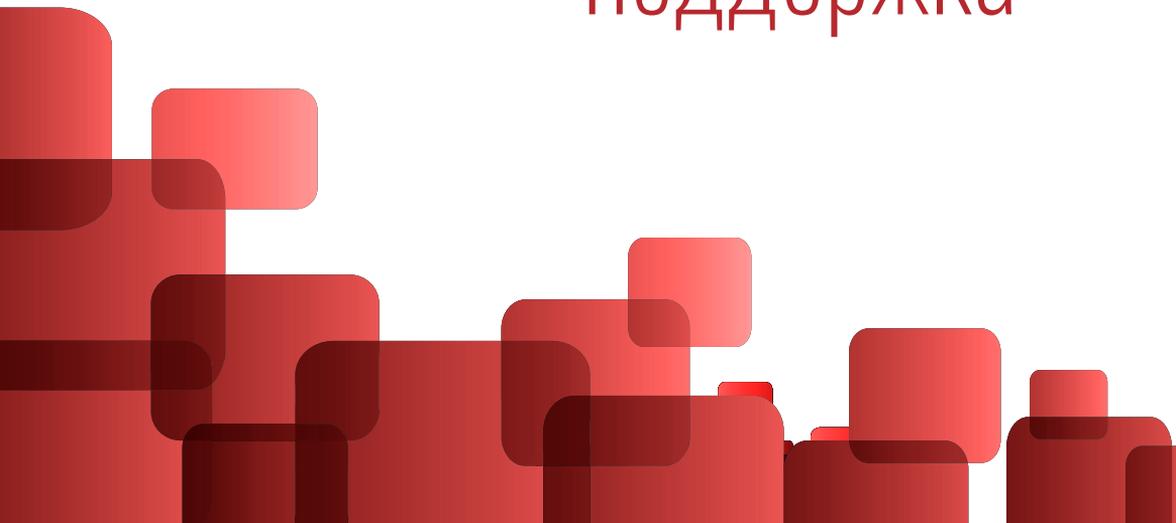
Info@russcpa.ru



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



Психологическая поддержка



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

Как принять диагноз и настроиться на лечение

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

В психологии этот путь разделен на пять стадий:

- ◆ **отрицание:** «это ошибка», «это не со мной», «этого не может быть» – это нормальная первая реакция, она проходит довольно быстро. Важно не дать себе поверить в то, что врачи ошиблись, и отказаться от лечения. Но также не нужно в этот момент давать слишком много информации и деталей будущего лечения и перспектив, чтобы не напугать отрицающего человека окончательно;
- ◆ **гнев** – ярость и злость как реакция на то, что наш мир разрушен. Поиск причин и виноватых – врачи, родственники, экология, я сам и мое поведение. Дальше эта агрессия выплескивается на тех, кто рядом, и хочется разне-

сти весь мир. В этом состоянии люди часто бывают очень деятельны и продуктивны и идеально направить их на борьбу с системой, прохождение очередей и выбивание квот;

- ◆ **торг** – в этом состоянии вы приходите к убеждению, что все будет хорошо, если... Чаще всего торг начинается с далеких от медицины вещей, но в идеальном варианте к ним потом сводится. Например, если начать вести здоровый образ жизни, стать прилежным семьянином, больше ходить в церковь или (что самое оптимальное) пройти лечение и следовать назначениям врача, то болезнь уйдет или вообще окажется ошибкой;
- ◆ **депрессия** – это горевание по жизни до диагноза и глубокая печаль от ожидания будущего. Обычно депрессию гонят и запрещают себе грустить, заедают таблетками и строго и громко говорят: не думай даже плакать, все будет хорошо. Но правда в том, что пережить это состояние, поплакать и погоревать нужно обязательно, иначе невозможно перейти на следующий уровень. Другой вопрос, если этот период затягивает, если апатия не дает действовать и проходить лечение – в этой ситуации нужно обратиться за помощью к психологу или даже психотерапевту, чтобы облегчить состояние;
- ◆ **принятие** – это момент, когда новая жизнь в диагнозе становится реальной, заменяя собой жизнь до болезни. После принятия все становится понятным и логичным: и предложенное лечение, и перспективы выздоровления, и изменения, которые могут стать результатом лечения. Все эти моменты, как и любые другие горести и радости нашей жизни, могут нас печалить или воодушевлять, но они уже наши.

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

Как нас меняет известие об онкодиагнозе

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



Люди, узнавшие о том, что больны раком, вдруг понимают, что откладывать жизнь на завтра неправильно. У них обостряется чувство важности каждого дня, каждого момента. Они начинают жить на полную катушку, берегут себя и близких людей, стараются каждый день прожить осознанно.

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

Как рассказать о диагнозе

Многим сложно рассказать о своем диагнозе родным. Страшно огорчить и расстроить родителей или детей, напугать их. Трудно поддерживать их, когда с трудом держишься сам. Однако откровенный разговор в этой ситуации гораздо лучше тайн и умалчивания. Они все равно поймут или догадаются, что происходит что-то серьезное. Но если отказать семье в шансе пройти через трудный этап вместе, то можно разорвать связи между родственниками, потерять доверие, не перейти на новый уровень.

С маленькими детьми тоже лучше разговаривать честно. Говорить, что заболели и едете лечиться в больницу. Не врать, что это просто командировка. Признаваться в том, что трудно и иногда грустно и страшно, потому что дети и так все это видят. Но если им честно о своих чувствах не говорят, они проживают свой страх и тревогу за родного человека в одиночку, а это гораздо сложнее для детской психики.

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

Как адаптироваться в случае установки стомы

Трудно смириться с диагнозом и начать лечение. Еще труднее начать лечение, если понимаешь, что жизнь твоя изменится после него. В некоторых случаях пациентам во время операции формируют на животе калоприемник – стому. Эти осложнения и последствия, безусловно, влияют на нашу жизнь, но зачастую они необходимы. Принятие последствий операции и изменения

жизни потребуют тех же состояний и эмоций, что и принятие самой болезни.

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



Найдите сообщества людей, прошедших через такое лечение, и поговорите с ними, спросите, как им живется. Их пример поддержит и даст надежду на то, что жизнь изменится, но при этом останется полноценной.



Info@russcpa.ru



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



Права пациента



Льготы и льготники. Федеральные и региональные льготы.

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.

Согласно Постановлению Правительства РФ № 890 – онкопациентам положены ВСЕ лекарственные средства. 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».

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.

ВАЖНО!

Все лекарственные средства пациентам с онкологическим заболеванием и перевязочные средства инкурабельным онкологическим больным положены абсолютно БЕСПЛАТНО, независимо от того, включены они в какие-либо перечни, списки, реестры и прочее или нет, зарегистрированы на территории РФ или нет, имеется у пациента группа инвалидности или нет.

Источник: *Постановление Правительства № 890 от 30 июля 1994 года.*

Объем лекарственной помощи не ограничивается никакими финансовыми рамками, так как лекарства входят в стандарты оказания медицинской помощи, а какие лекарства не учтены в стандартах, т.е. назначаются по решению врачебной комиссии согласно ч. 15 ст. 37 ФЗ № 323.

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 счёт- Вам необходимо сохранять документы строгой отчётности. 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 по Приказу Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»

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.

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

ШАГ 2. Обратиться в льготную аптеку с рецептом.

При наличии в аптеке лекарственных средств с дозировкой, отличной от дозировки, выписанной в рецепте врача, работник аптеки может принять решение об отпуске больному имеющихся лекарственных средств, в случае если дозировка лекарственного средства меньше дозировки, указанной в рецепте врача, с учетом перерасчета на курсовую дозу. В таком случае решение об отпуске больному лекарственного средства принимает врач, выписавший рецепт, а пациенту предоставляется информация об изменении разовой дозы приема лекарственного средства.

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

ВАЖНО!

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

ШАГ 3. Если препарата нет в аптеке.

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

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

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

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

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

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

ВАЖНО!

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

Что делать, если необходимый 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 фармкомпаний имеется в льготном аптечном учреждении.

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

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

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

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

Как вернуть деньги за купленное лекарство

В период нахождения на стационарном лечении:

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

ШАГ 2. Обращаемся с досудебной претензией на имя главного врача медучреждения с просьбой возместить затраченные денежные средства. К заявлению прикладываем ксерокопии чеков, ссылаемся на программу госгарантий и перечень ЖНВЛП, указываем реквизиты, куда осуществлять перевод. Срок ожидания ответа на досудебную претензию – 10 дней.

ШАГ 3. 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 4. Срок ожидания 30 дней.

В период амбулаторного лечения:

ШАГ 1. Составляем досудебную претензию на администрацию аптечного учреждения. К заявлению прикладываем ксерокопии чеков, ссылаемся на программу госгарантий и перечень ЖНВЛП, указываем реквизиты, куда осуществлять перевод. Срок ожидания ответа на досудебную претензию – 10 дней

ШАГ 2. Составляем досудебную претензию в министерство здравоохранения региона. К заявлению прикладываем ксерокопии чеков, ссылаемся на программу госгарантий и перечень ЖНВЛП,

указываем реквизиты, куда осуществлять перевод. Срок ожидания ответа на досудебную претензию – 10 дней.

ШАГ 3. 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 4. Срок По истечении 10 дней обращаемся в прокуратуру с просьбой защитить права пациента на бесплатное лекарственное обеспечение в порядке ст. 45 ГПК РФ.

Что делать, если нужное лекарство не входит в льготный перечень

Согласно статье 37 (п.15) Федерального закона 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «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. Копия протокола врачебной комиссии, заверенная надлежащим образом, выдаётся на руки пациенту.*

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.

Куда жаловаться

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



Info@russcpa.ru



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

ГЛОССАРИЙ

АДЕНОКАРЦИНОМА – злокачественная опухоль, которая развивается из железистых клеток.

АДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ – это профилактическая терапия после основного метода лечения, чаще всего хирургического, для предупреждения возврата заболевания и уничтожения невидимых микрометастазов.

АНТИАНГИОГЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ – ингибиторы фактора роста эндотелия сосудов (ингибиторы VEGF) либо его рецепторов (ингибиторы VEGFR), моноклональные антитела, разновидность таргетной терапии.

БИОПСИЯ – это диагностический метод с прижизненным забором клеток и тканей. Основной метод постановки и подтверждения диагноза в онкологии.

ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, обеспечения назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами, трансплантации (пересадки) органов и тканей человека, медицинской реабилитации, а также принятия решения по иным медицинским вопросам. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

ГАСТРОСКОПИЯ – эндоскопическое исследование желудка.

ГЕМОГЛОБИН – основной компонент красных кровяных телец (эритроцитов), железосодержащий белок, который переносит кислород.

ЖНВЛП (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты) – список лекарственных препаратов под международными непатентованными названиями, утвержденных правительством Российской Федерации с целью регулирования цен и предоставляемых

гражданам Российской Федерации в рамках государственных гарантий.

ИНГИБИТОРЫ EGFR – ингибиторы рецептора эпидермального фактора роста, моноклональные антитела, разновидность таргетной терапии.

ИРРИГОСКОПИЯ – рентгенологический метод исследования толстого кишечника с помощью контрастного вещества, вводимого через прямую кишку.

КОЛОНОСКОПИЯ – эндоскопическое (с помощью медицинского зонда, на конце которого закреплена миниатюрная видеокамера) исследование толстого кишечника.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КТ) – это диагностический метод, основанный на действии рентгеновских лучей. С помощью томографа тело человека послойно просвечивают рентгеновскими лучами. Эти лучи улавливаются детекторами и используются для получения двух- или трехмерного изображения. Изображения делаются с различных поперечных срезов тела с небольшим шагом, создавая подробную послойную картину и, при необходимости, трехмерную реконструкцию.

МЕТАСТАЗ – это вторичный онкологический очаг, который возникает при перемещении опухолевой клетки из первичного опухолевого очага в другие органы и ткани.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) – диагностический метод, основанный на магнитном излучении. МРТ позволяет получить трехмерное изображение внутренних органов в реальном времени.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ – химиотерапия, предшествующая основному методу лечения, направленная на уменьшение размера опухоли, метастазов или снижение скорости их роста.

ОНКОМАРКЕРЫ – вещества, наличие либо повышенный уровень которых в крови либо моче ряде случаев позволяет заподозрить наличие опухолевого процесса.

ПОЛИП ТОЛСТОЙ КИШКИ – доброкачественное новообразование (нарост) стенки толстой кишки.

ПРОФИЛОМЕТРИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ – это метод диагностирования давления стенок прямой кишки.

РАКОВЫЙ ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ АНТИГЕН (РЭА) – онкомаркер, который повышается при ряде патологий, таких как колоректальный рак, рак легкого, рак молочной железы, предстательной железы, яичников, а также метастазы злокачественных опухолей в печень, кости. РЭА может повышаться и при неопухолевых заболеваниях печени (гепатит, цирроз), легких (пневмония, бронхит, эмфизема, муковисцидоз), панкреатите, язвенной колите, болезни Крона, туберкулезе, аутоиммунных заболеваниях, курении, алкоголизме. Не должен использоваться в качестве скринингового исследования у здоровых. Используется при оценке прогноза и контроля эффективности лечения колоректального рака, рака молочной железы, желудка, легкого как часть комплексного подхода.

СИНДРОМ ЛИНЧА – наследственное заболевание, при котором пациенты с одной из многих известных генетических мутаций, имеют 70 -80% риск развития колоректального рака на протяжении жизни. Пациенты с синдромом Линча составляют только 2-3% от всех пациентов с колоректальным раком.

СТЕНТ ВНУТРИКИШЕЧНЫЙ – изготовленная в форме цилиндрического каркаса конструкция, которая помещается в просвет кишки при сужении и обеспечивает восстановление просвета.

СТОМА КИШЕЧНАЯ – это отверстие кишки, сформированное хирургическим путем после удаления части кишечника, выведенное на переднюю брюшную стенку, предназначена для отведения содержимого кишечника.

СФИНКТЕРОМЕТРИЯ – это метод исследования, который позволяет оценить силу сфинктера заднего прохода.

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ТФОМС) – некоммерческая организация, которая учреждается в субъектах РФ для выполнения полномочий по ОМС на вверенной территории.

УЗИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей.

ФЕРТИЛЬНОСТЬ – способность к репродукции (воспроизведению жизнеспособного потомства).

ЭКГ (ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ) – метод оценки электрической активности сердца.



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДСЛИЗИСТАЯ ДИССЕКЦИЯ – удаление опухоли путем раздвижения слоев тканей. В подслизистом слое толстой кишки создается инфильтрат, за счет которого происходит выпячивание слизистой оболочки. Затем производится удаление опухоли.

ЭХО-КАРДИОГРАФИЯ (ЭХОКГ) – ультразвуковой метод оценки морфологического и функционального состояния сердца, его камер, стенок и клапанов.

ВRAF МУТАЦИЯ – редкая при злокачественных опухолях толстой кишки мутация, которая влияет на прогноз и выбор терапии.

СА 19.9 – онкомаркер злокачественных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Однократное выявление повышенного уровня онкомаркера не является основанием для постановки диагноза рака, а служит поводом к углубленному обследованию пациента. Часть комплексного диагностического подхода.

KRAS МУТАЦИЯ – мутация, встречающаяся в 30-60% случаев в злокачественных опухолях толстой кишки. Наличие мутации влияет на выбор таргетной терапии.

MSI – микросателлитная нестабильность (неспособность к репарации неспаренных оснований ДНК, то есть устранению ошибок ДНК), является прогностическим фактором, влияет на выбор иммунотерапии.

NRAS МУТАЦИЯ - мутации в гене NRAS, которые при метастатическом колоректальном раке встречаются в 5% случаев. Наличие мутации влияет на выбор таргетной терапии.

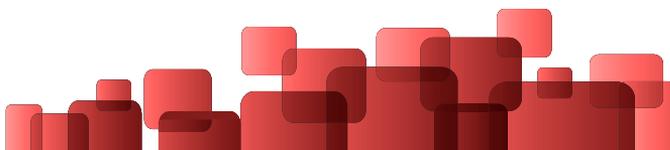
Информационный буклет для пациентов

С.С. Гордеев, О.Б. Иванова, И.В. Борова

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

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

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



Наши партнеры:



Uniting Continents
in Fighting Cancer





ЗДРАВСТВУЙ!

Ассоциация
онкологических
пациентов

www.russcpa.ru