



МЕЛАНОМА

Вопросы и ответы

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
И ИХ РОДСТВЕННИКОВ



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

8 800 30 10 20 9

/круглосуточно/

Звонки для жителей России – бесплатный

info@russcpa.ru | russcpa.ru

**МЕЛАНОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
РЕШЕНИЕ
ПРОБЛЕМ
МЕЛАНОМЫ**



Ассоциация специалистов
по проблемам меланомы

Москва, Ломоносовский проспект, д. 43,
кор. 2, п. 1, ком. 20

Телефон: **+7 (499) 612-89-46**

e-mail: mail@melanomapro.ru
melanomapro.ru

БИБЛИОТЕКА ПАЦИЕНТА

МЕЛАНОМА В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

Москва 2017 год

Оформление Сергей СВИРИДОВ
Редактор серии Седа КАСПАРОВА

Меланома в вопросах и ответах. – М., 2017.

Демидов Л.В., Орлова К.В., Утяшев И.А.

Авторы:

Л.В. Демидов – д.м.н., проф., руководитель отделения биотерапии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, председатель Ассоциации специалистов по проблемам меланомы

К.В. Орлова – к.м.н., старший научный сотрудник отделения биотерапии, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член правления Ассоциации специалистов по проблемам меланомы

И.А. Утяшев – научный сотрудник, отделения биотерапии, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член правления Ассоциации специалистов по проблемам меланомы

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

Дорогие читатели!

Если вы держите в руках эту брошюру, значит, вы сами, ваши родственники или друзья уже столкнулись с меланомой.

Любая болезнь, как известно, появляется «внезапно» и «не вовремя», как гром среди ясного неба». Надеемся, что данная брошюра станет первым подспорьем на пути борьбы с болезнью, поможет разобраться в ситуации, не остаться один на один со своими страхами и сомнениями. Когда меланома (опухоль кожи, слизистой оболочки или глазного тракта) окончательно диагностирована, крайне важно не растеряться и не опустить руки. Сделать это поможет доступная информация.

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

Над созданием брошюры работала Ассоциация специалистов по проблемам меланомы совместно с Ассоциацией онкологических пациентов «Здравствуй!».

Надеемся, это пособие будет вам полезно!

**С наилучшими пожеланиями,
коллектив авторов.**

СОДЕРЖАНИЕ

ЧТО ТАКОЕ МЕЛАНОМА

Родинки и меланома	7
Причины развития болезни	9
Факторы риска	10

ДИАГНОСТИКА

Ранняя диагностика	12
Методы диагностики	15

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Как проводится операция	21
-------------------------	----

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Химиотерапия, лучевая терапия, таргетная терапия, иммунотерапия	25
---	----

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

На что обратить внимание во время лечения	39
---	----



ЛЕЧЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ БОЛЕЗНИ

I, II, III, IV _____ 41

КАК ИЗБЕЖАТЬ БЕСПЛОДИЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Как родить здорового ребенка после болезни _____ 49

ПРОФИЛАКТИКА МЕЛАНОМЫ

Как правильно загорать _____ 54

Как правильно делать самообследование _____ 59

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Вопросы получения бесплатного лечения _____ 63





Что такое меланнома

Меланома – это опухоль, развивающаяся из меланоцитов – клеток, которые вырабатывают пигмент и из которых развиваются родинки.

Чаще всего меланоциты располагаются в коже, поэтому наиболее известна всем меланома кожи. Но меланоциты могут располагаться и в слизистых оболочках, вызывая меланому слизистой оболочки, например желудочно-кишечного тракта (поражается любой отдел кишечника, желудок), верхних отделов дыхательных путей (полость носа, носоглотка, ротоглотка) или нижних отделов дыхательных путей (гортань, трахея, бронхи). Также меланоциты встречаются в глазном тракте, поражая различные отделы глаза, вызывая так называемую глазную меланому, или меланому глаза, как ее часто называют пациенты.

Какие типы меланомы встречаются?

♦ **Меланома кожи** – наиболее часто встречающийся тип меланомы. Она располагается на любом участке кожного покрова и «маскируется» под родинку. Выделяют следующие виды меланомы:

поверхностно-распространяющаяся – поражает поверхность кожного покрова;

узловая – представлена в виде узла, возвышающегося над поверхностью кожи;

акрально-лентигинозная – чаще представлена в виде пятна, которое располагается акрально – на ладонях, подошвах, в области ногтевого ложа;

лентиго меланома – опухоль на коже в виде пятна с неровными нечеткими границами, с неравномерной окраской.

♦ **Меланома слизистых оболочек** – может встречаться в любом органе, где есть слизистая оболочка, включая полость рта, желудочно-кишечный тракт, половые органы.

♦ **Увеальная меланома (глазная меланома)** – редкая форма меланомы, встречается в 3% случаев и развивается в глазу, поражая различные отделы глаза.

Все эти заболевания объединены одним общим названием – «меланома», но каждое из них имеет свои особенности диагностики, течения, прогноза и лечения.

В отличие от многих других опухолей, меланома наиболее часто располагается на коже и доступна для своевременной диагностики и лечения. Эта опухоль относится к опухолям визуальной локализации – это те опухоли, которые можно «увидеть глазом».

Что считать родинкой?

Родинка – самое частое образование на коже у белокожих людей. В среднем у каждого человека насчитывается около 20 родинок, но их число может варьироваться.

Родинка – это немедицинский термин, который используют для обозначения широкого спектра образований кожи, начиная с бородавок и себорейного кератоза и заканчивая истинными невусами и гемангиомами (сосудистые образования кожи). Из всего этого многообразия родинок необходимо выделить **истинно пигментные образования** – состоящие из меланоцитов, клеток, которые производят пигмент кожи меланин.

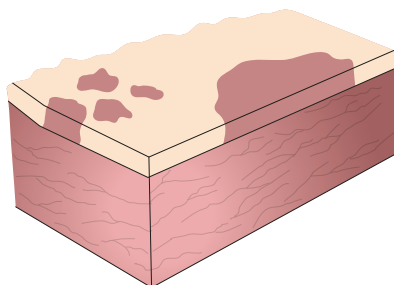
Такая родинка будет считаться меланоцитарной. Клетки этой родинки могут располагаться в разных слоях кожи: эпидермисе, дерме и, изредка, в подкожной жировой клетчатке. Только такую родинку следует рассматривать в контексте возникновения меланомы. Сама по себе меланоцитарная родинка, которую специали-

сты называют меланоцитарный невус, у любого из нас может быть представлена в виде пятна или узелка (папулы).

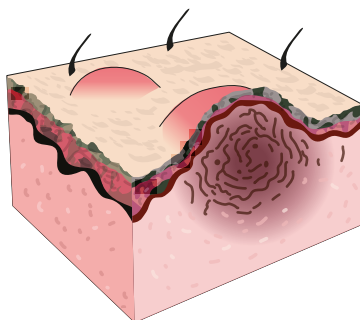
Какими бывают родинки?

Встречаются две разновидности родинок — **пятно** либо **папула**.

Пятно



Папула



Родинки могут быть врожденными (т.е. появляться сразу после рождения или в течение первого года жизни) либо приобретёнными (т.е появляться в течение жизни, максимально активно в период полового созревания).

Большинство родинок безопасны. Однако, существуют те родинки, за которыми необходимо наблюдать, потому что некоторые из них с той или иной вероятностью могут привести к меланоме (см. раздел про самообследование).

Что может спровоцировать возникновение меланомы? Факторы риска.

Считается, что около 90% всех случаев меланомы связаны с воздействием **ультрафиолетового излучения**, как природного (естественное солнце), так и искусственного (солярии). Люди со светлой кожей имеют меньшую защиту и более подвержены воздей-

ствию ультрафиолетового излучения, но риск развития меланомы существует для всех фототипов кожи. Наличие одного **солнечного ожога** в молодом возрасте с образованием волдырей повышает риск развития меланомы вдвое.

Однако, не стоит забывать, что меланома бывает не только на коже, но и там, где воздействие ультрафиолета недоступно. Поэтому к другим дополнительным факторам риска относят также: **случаи меланомы в семье** (семейная меланома), **большое количество родинок на коже** (более 50).

Как возраст влияет на развитие меланомы?

Большинство людей, у которых развивается меланома, как правило, старше 50 лет. Но меланома является одним из наиболее распространенных видов опухолей у людей моложе 30 лет. Это может быть связано с увеличением использования соляриев в этой возрастной группе. У людей с семейной историей меланомы может также развиваться меланома в молодом возрасте.



info@**russcpa.ru**



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

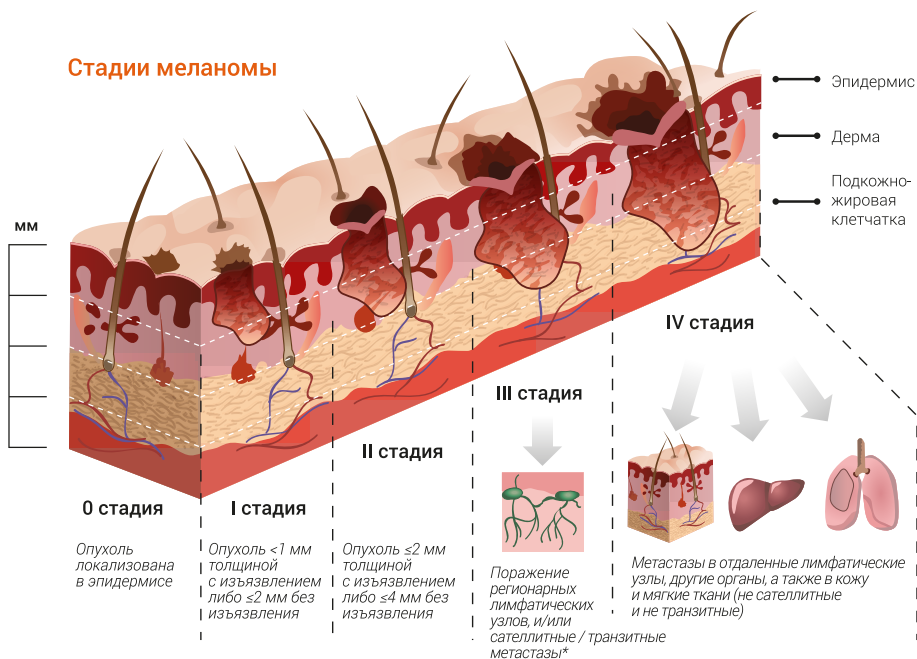


Диагностика



Ранняя диагностика

Прогноз напрямую зависит от стадии, на которой было выявлено заболевание. Всего при меланоме кожи выделяют четыре стадии. Обратите внимание на то, что при диагностике и постановке правильной стадии «счет идет на миллиметры»! Поэтому чем раньше вы обратитесь к специалисту, тем, возможно, более своевременной будет диагностика. С этой точки зрения очень важны программы ранней диагностики, которые организывают профессиональные сообщества (о данных программах можно найти информацию на ресурсах для пациентов, которые указаны в данной брошюре), а также внимательное отношение к себе, аккуратное общение с солнцем и регулярное самостоятельное обследование. При малейшем сомнении в «нормальности» какой-либо из родинок необходимо обратиться к специалисту. В помощь обучению самостоятельному обследованию данной брошюре написан раздел «Самостоятельная диагностика».



* Спутниками называют опухолевые отсевы в пределах 2 см от первичной опухоли. Транзитными метастазами называют метастазы в кожу или подкожную клетчатку на расстоянии более 2 см от первичной опухоли, но не распространяющиеся за пределы регионарных лимфатических узлов.

Варианты лечения в зависимости от стадии

Стадия	Варианты лечения
<i>I стадия</i>	Хирургическое лечение
<i>IIA стадия</i>	Хирургическое лечение
<i>IIB стадия</i>	Хирургическое лечение +/- адъювантная терапия интерфероном альфа-2в
<i>IIC стадия</i>	Хирургическое лечение +/- адъювантная терапия интерфероном альфа-2в
<i>IIIA стадия</i> <i>IIIB стадия</i> <i>IIIC стадия</i>	Хирургическое лечение +/- адъювантная терапия интерфероном альфа-2в
	+/- Лучевая терапия после операции (необходимо помнить, что снижает риск возврата болезни в области операции, но не влияет на общую продолжительность жизни)
	Участие в клинических исследованиях
	Лекарственная терапия в случае нерезектабельного процесса
<i>IV стадия</i>	Таргетная терапия (при наличии мутации BRAF или KIT в опухоли)
	Иммуноонкологическая терапия (независимо от мутации BRAF, KIT)
	Химиотерапия
	Лучевая терапия (при лечении симптомных метастатических очагов; либо очагов в головном мозге)
	Участие в клинических исследованиях

Что необходимо для правильного определения стадии заболевания?

Стадия заболевания устанавливается на основании гистологического исследования удаленной родинки и данных обследования.

Гистологическое исследование — это исследование удаленной родинки. Срезы, сделанные с нее, наносят на стекло, окрашивают, а после оценивают визуально под микроскопом. При этом специалист оценивает клетки, из которых состоит данная родинка. В случае подтверждения диагноза «меланома» обязательным является оценка ее толщины в миллиметрах с помощью специального прибора, а также наличие или отсутствие изъязвления на поверхности, количество митозов. Все эти характеристики обязательно должны отразиться в заключении врача, чтобы можно было правильно определить стадию. Ведь, как мы помним, прогноз напрямую зависит от стадии, на которой болезнь была выявлена.

Для специалиста, к которому вы обратитесь на консультацию для решения вопроса о дальнейшей тактике (лечение, наблюдение), будет иметь значение данное заключение и характеристики опухоли, которые морфолог (врач, проводящий гистологическое исследование тканей) напишет в заключении. Чем толще опухоль, тем хуже прогноз. Поэтому крайне важно при любом подозрительном пигментном образовании на коже обратиться на консультацию к специалисту.

Если при гистологическом исследовании диагноз «меланома» подтверждается, обычно выполняется обследование пациента для оценки наличия или отсутствия метастазов, чтобы правильно определить стадию заболевания и назначить лечение исходя из стадии на тот момент.

Что включает в себя обследование?

Обследование может включать в себя оценку ближайших к опухоли лимфатических узлов в зависимости от расположения меланомы, например:

- ◆ верхние конечности – подмышечные лимфоузлы;
- ◆ нижние конечности – паховые лимфоузлы;
- ◆ мягкие ткани – области рубца после операции;
- ◆ брюшная полость, забрюшинное пространство
- ◆ рентгенография (или компьютерная томография) органов грудной клетки.

При необходимости дополнительно проводятся магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с введением контрастного препарата в вену, а также анализы крови, включая определение уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови.

ВАЖНО!

Все обследования должны быть назначены специалистом! Эта информация описана здесь для ознакомления, любые исследования назначаются только специалистом, который вас консультирует!

Какие обследования может назначить врач в случае подтверждения диагноза меланомы и для чего они нужны?

Приведенные ниже обследования позволяют на первом этапе правильно определить стадию заболевания. В дальнейшем, после того как пациент получил соответствующее его стадии лечение, обследования позволяют выявить рецидив (возврат болезни в том же месте) или прогрессирование (метастазы в другом месте) заболевания. Выполнять обследования необходимо в зависимости от стадии с определенной частотой (описано в разделе по стадиям для каждой стадии отдельно) для более своевременного выявления проблемы, если она будет.

Что собой представляют основные виды обследований?

Осмотр – необходимая визуальная диагностика всех кожных покровов и видимых слизистых пациента.

УЗИ (ультразвуковое исследование) – обычно рекомендуют

проводить осмотр области рубца после операции (там, где была ранее меланома), мягких тканей той или иной локализации (в случае если есть подозрение на появление каких-либо «шишечек», образований в подкожной клетчатке), периферических лимфатических узлов, брюшной полости, забрюшинного пространства.

Биопсия сторожевого лимфатического узла (БСЛУ) – процедура, при которой специальное вещество (препарат) вводится вблизи опухоли. Данный препарат протекает через лимфатические сосуды к сторожевому узлу (первый лимфатический узел, где опухолевые клетки могут распространяться). Хирург удаляет данный узел, в случае если он накопил введенный препарат, после чего этот узел отправляют к морфологу, и он рассматривает его под микроскопом, чтобы проверить наличие опухолевых клеток. Если подтверждено наличие опухолевых клеток, то врач может рекомендовать удалить все лимфатические узлы в той области, где был определен сторожевой лимфоузел. При проведении данной процедуры может быть выявлен метастаз, который виден только при выполнении гистологического или ИГХ-исследования в лимфатическом узле (так называемый микрометастаз виден только под микроскопом морфолога).

В тех случаях, когда выполнить БСЛУ нельзя (нет технических или иных возможностей), то альтернативным вариантом может быть выполнение УЗ-исследования лимфатических узлов с тонкоигольной аспирационной биопсией (ТАБ-процедура, которая выполняется с помощью обычного шприца и иглы, производится забор клеток под контролем УЗИ) подозрительного участка лимфоузла с последующим цитологическим исследованием.

МРТ (магнитно-резонансная томография) головного мозга – обследование головного мозга с введением контрастного препарата. Рекомендовано выполнять всем пациентам с впервые диагностированными метастазами меланомы в лимфоузлы и органы до начала лекарственной терапии.

КТ / МРТ органов брюшной полости с внутривенным введением контрастного препарата — позволяет оценить наличие или отсутствие метастатического поражения органов брюшной полости.

ПЭТ-КТ — позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с КТ. Метод основывается на введении через вену радиофармпрепаратов и позволяет строить трехмерную реконструкцию функциональных процессов, которые проходят в организме. Для опухолей в качестве радиофармпрепарата используют фтордезоксиглюкозу — специально помеченные частички глюкозы, которые потребляют и накапливают опухоли гораздо интенсивнее обычных тканей. ПЭТ совмещают с КТ, чтобы получить детальную анатомическую картину исследуемой области. Все это в комплексе и позволяет по изображению определить расположение и отличить доброкачественное образование от злокачественного.

Сцинтиграфия костей скелета — радиоизотопное исследование костей скелета, которое выполняется для оценки костной ткани (для исключения или подтверждения наличия метастазов).

Что показывают онкомаркеры при меланоме?

Врачей часто спрашивают: «Можно ли сдать кровь на маркеры и какие это могут быть маркеры»? Ответ прост: маркеров, по которым в крови условно здорового человека можно обнаружить наличие или отсутствие меланомы, не существует. Меланома является опухолью, доступной для визуального осмотра, **поэтому при первых опасениях или обнаружении образований на коже обратитесь к врачу!**

Какие анализы крови при диагностировании меланомы назначает врач

Если у пациента уже установлен диагноз «меланома», то врач может назначить анализы крови на определение уровня следующих параметров:

- ◆ **лактатдегидрогеназа (ЛДГ)** – параметр, который оценивается при проведении биохимического анализа. Является важным диагностическим «маркером» при определении подстадии болезни при IV стадии (внесен даже в систему стадирования меланомы, потому что повышение уровня ЛДГ является независимым неблагоприятным фактором прогноза);

- ◆ **S100** – маркер, который врач может использовать в случае уже установленного диагноза меланомы (не для первичной диагностики). Если у вас выявлен высокий уровень S100 (превышающий в несколько раз верхнюю границу нормы), а по данным обследования метастазы не обнаружены, то необходимо пересдать S100 еще раз через некоторое время (1–2 недели), если будет выявлено стойкое повышение, то необходимо пройти более детальное обследование, возможно, с выполнением ПЭТ-КТ всего тела (проконсультируйтесь со специалистом). Если у вас выявлен нормальный уровень S100, но при этом есть метастазы меланомы, это говорит лишь о том, что данный параметр для вашего конкретного случая не является показательным. Именно поэтому его используют не все клиники и врачи.

Все маркеры, которые может назначить вам врач, могут иметь определенное значение лишь в случае уже установленного диагноза меланомы.

Какие генетические изменения могут наблюдаться при меланоме?

Определение молекулярно-генетических изменений в опухоли является важным этапом в планировании лечебной тактики. В зависимости от расположения и типа меланомы могут быть

следующие варианты генетических изменений в опухоли (мутаций):

BRAF – наиболее распространенный тип мутации при меланоме кожи, встречается примерно в 50% случаев всех меланом кожи. На сегодняшний день существуют препараты, которые воздействуют на данную мутацию и успешно используются для лечения;

NRAS – встречается реже, чем мутации в гене BRAF, примерно у 20% пациентов. Все препараты в настоящее время проходят клинические исследования;

KIT – данный тип мутации встречается наиболее часто при меланоме слизистых и при меланоме акральной локализации. Для лечения существуют препараты, воздействующие на данные изменения;

GNAQ и **GNA11** – это две основные мутации, которые характерны только лишь для глазной меланомы.

Определение мутаций в опухоли целесообразно проводить до начала лекарственной терапии, для того чтобы выбрать наиболее оптимальный и эффективный вариант лечения для данного конкретного случая.



info@russcpa.ru



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

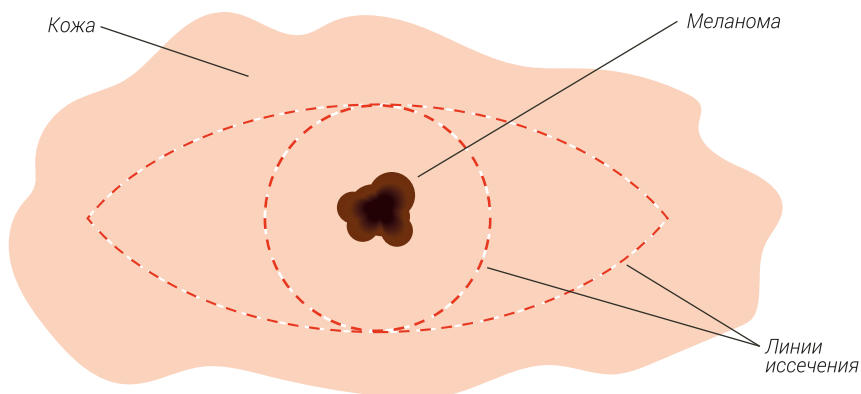


Хирургическое лечение

Варианты лечения меланомы кожи не отличаются от лечения других злокачественных опухолей. Это хирургическое лечение, лекарственная терапия и лучевая терапия.

Основной вариант – **хирургическое лечение** – это такой вариант лечения, при котором с помощью специального инструмента происходит удаление опухолевых клеток и окружающих тканей.

Иссечение первичной опухоли – удаление самой опухоли, а также здоровых тканей вокруг нее. Удаление происходит в пределах здоровых тканей с отступом, который рекомендован в зависимости от толщины опухоли (максимальный отступ – 2 см для первичной опухоли толщиной 4 мм и более).



В зависимости от расположения и размера образования и отступа операция может быть выполнена с использованием **местного обезболивания** (то есть введение обезболивающего препарата непосредственно в пределах планируемого вмешательства). Это приводит к временной потере чувствительности в небольшой области тела, чтобы предотвратить боль во время процедуры.

Когда необходимо удалять более обширные изменения или когда иссечение первичной опухоли сочетается с операцией на лимфатических узлах, требуется **общая анестезия**. Препарат вызывает временную потерю чувствительности и полную потерю

сознания, которую можно сравнить с очень глубоким сном.

Лимфаденэктомия – удаление лимфатических узлов той или иной области. Например, если меланома кожи располагалась на верхней части спины, то метастатически измененные лимфатические узлы могут располагаться в подмышечной области. И тогда происходит удаление лимфатических узлов подмышечной области.

Какие бывают осложнения при хирургическом лечении

Возможными осложнениями хирургического лечения при **иссечении первичной опухоли** могут быть:

- ♦ боль в месте удаления;
- ♦ отек;
- ♦ плохое заживление послеоперационной раны;
- ♦ расхождение швов.

При **лимфаденэктомии** также могут наблюдаться:

- ♦ боль,
- ♦ онемение,
- ♦ ограниченное движение конечности;
- ♦ отек из-за нарастания лимфатической жидкости в конечности.

Удаление лимфатических узлов может нарушить нормальный поток лимфы и вызвать ее накопление в конечностях (рука или нога).

Риск развития и тяжесть осложнений зависит от многих факторов – это и объем операции, и место операции, и размер первичной опухоли, и наличие сопутствующих заболеваний у пациента. Например, у пациента с сахарным диабетом риск развития плохого заживления послеоперационной раны выше. Любое лечение может сопровождаться развитием тех или иных побочных эффектов, но чем раньше вы обратились к специалисту, тем раньше

начато лечение, тем больше возможность избежать развития части побочных эффектов.

Если болезнь была обнаружена на ранней стадии, то операцией лечение и ограничится.



info@**russcpa.ru**



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



Лекарственное лечение

Лекарственное лечение – это один из трех основных вариантов лечения онкологических заболеваний.

Химиотерапия – одновременное использование одного или нескольких препаратов, которые оказывают токсическое влияние на быстро делящиеся клетки, в том числе опухолевые. Целью проведения химиотерапии является остановка, уничтожение или хотя бы замедление роста опухолевых клеток, с учетом того что действие этих лекарств направлено на активно делящиеся клетки, но кроме опухолевых клеток лекарства также влияют и на здоровые клетки, которые активно делятся.

Это влияние на здоровые клетки приводит к тому, что развиваются побочные эффекты от лечения. Это может быть влияние на клетки крови, например:

- ♦ снижение белых клеток крови (лейкоцитов и нейтрофилов) – может присоединиться инфекция;
- ♦ снижение красных клеток крови (эритроцитов) – развивается анемия, которая может привести к выраженной слабости;
- ♦ снижение тромбоцитов (клетки крови, которые отвечают за свертываемость) – может привести к риску развития кровотечения из носа, желудка, матки и т.п.;
- ♦ влияние на волосяные фолликулы, которое приводит к потере и выпадению волос (алопеция); желудочно-кишечный тракт – тошнота, рвота, диарея (жидкий стул).

Сегодня успешно возможно снизить риск развития части побочных эффектов, заранее используя и соблюдая соответствующие рекомендации от врача, который проводит вам химиотерапию.

По количеству используемых препаратов различают:

- ♦ **монокимиотерапию** – использование одного препарата;
- ♦ **полихимиотерапию** – использование нескольких препаратов.

По способу применения выделяют:

а) системную химиотерапию – когда препарат вводится внутрь внутримышечно, внутривенно или подкожно независимо от того, где располагается опухоль. Препарат поступает в кровоток и

оказывает системное действие;

б) регионарную химиотерапию – например, введение в сосуды, которые питают опухоль. Таким образом происходит воздействие на опухоль в повышенных концентрациях с ограничением поступления препарата в другие органы;

в) локальную химиотерапию – использование соответствующих лекарственных форм (мази, растворы) на поверхностные опухоли, введение в серозные полости при асцитах, плевритах или спинномозговой канал, внутривузырное введение (при опухолях мочевого пузыря, например). Таким образом препарат попадает непосредственно на саму опухоль, то есть локально.

ВАЖНО!

Назначением химиотерапии и любого другого лекарственного лечения занимается ваш лечащий врач! Данное пособие носит ознакомительный и информационный характер.

Какие препараты применяются при химиотерапии

Химиотерапия, как вариант лечения меланомы кожи, во всем мире широко применялась до 2011 года, когда впервые за долгое время были зарегистрированы и одобрены для использования новые препараты (таргетный – вемурафениб и иммуноонкологический препарат – ипилимумаб), которые превосходят по эффективности химиотерапию.

При химиотерапии меланомы препаратом выбора в первую очередь является дакарбазин. Другими препаратами, которые могут быть использованы, являются сочетания дакарбазина с винбластином и цисплатином; паклитаксела с карбоплатином; темозоломид самостоятельно либо в сочетании с цисплатином. На сегодняшний день химиотерапия остается вариантом лечения в тех случаях, когда проведение современной (таргетной, иммуноонкологической терапии) невозможно по каким-либо причинам.

Какие осложнения встречаются при химиотерапии

Основные виды осложнений представлены на рисунке.



Для каждого типа осложнений существуют свои способы коррекции в зависимости от степени выраженности осложнения. При возникновении новой жалобы обязательно обсудите ее со своим лечащим врачом. Своевременно начатая коррекция осложнения – залог более лучшего результата его лечения.

Таргетная терапия (от слова target – цель, мишень) – вид лекарственной терапии, при котором происходит воздействие на определенную мишень, которой обладает опухоль конкретного пациента.

«Нужно научиться стрелять по микробам волшебными пулями», – говорил немецкий ученый, лауреат Нобелевской премии Пауль Эрлих (1854–1915 гг.). В начале прошлого века им была сформирована концепция «мишени», которая изначально предназначалась для разработки антибактериальных препаратов. Он поставил перед собой задачу изобрести препарат, который будет смертельным для микроорганизма, но при этом безопасным для человека за счет его воздействия на определенную «мишень», которая присутствует лишь в патогенном микроорганизме. И в 1907 году был получен Ehrlichschen Präparat 606 – «препарат 606», активный в отношении *Treponema pallidum* – возбудителя сифилиса. Что несомненно стало прорывом в лечении этих пациентов. Препарат был назван сальварсаном – «спасительный мышьяк». Пауль Эрлих со своим учеником испытали его в 1909 году. Но дальнейшие исследования показали, что сальварсан не идеален, были даже зафиксированы летальные исходы вследствие приема препарата. Позже П. Эрлих синтезировал и более безопасный неосальварсан.

Какие лекарственные средства применяются при таргетной терапии

Появление лекарственных препаратов «таргетного» действия в онкологии стало возможным лишь в конце XX века благодаря прогрессу молекулярной онкологии. Для меланомы кожи этот период наступил совсем недавно, в 2011 году, когда впервые за несколько десятков лет был зарегистрирован препарат вемурафениб. Таргетные препараты имеют мишень, на которую они действуют, – мутацию в гене BRAF, которую определяют до начала лечения в опухоли конкретного пациента. Производится молекулярно-генетическое исследование морфологического материала, который доступен (первичной опухоли, метастазов в лимфоузлы



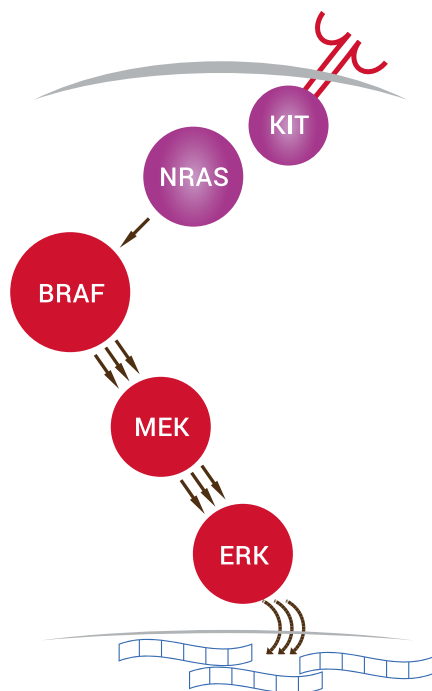
или другие органы). Морфологический материал направляется в специализированную лабораторию, где имеют большой опыт и поток работы; через 7–10 дней готов ответ. Если у пациента в опухоли выявлена мутация V600, то возможно назначение и применение таргетной анти- BRAF-терапии у данного пациента. Наличие мутации приводит к активизации патологического пути (рисунок), что приводит к чрезмерной пролиферации и выживаемости клеток. Если же мутация в опухоли не выявлена, то проводить терапию анти- BRAF-препаратами нельзя!

Анти- BRAF-препараты (в России доступны вемурафениб и дабрафениб) продемонстрировали увеличение общей продолжительности жизни пациентов, при этом ответ опухоли на лечение дабрафенибом или вемурафенибом составляет 50–60% по сравнению с химиотерапией дакарбазином, где ответ наблюдался лишь у 5–10% пациентов. Анти- BRAF-препараты оказывают воздействие и на BRAF, расположенный в нормальных тканях, и это приводит к особому типу осложнений – кожной токсичности:

- ◆ сыпь;
- ◆ развитие опухолей кожи (плоскоклеточный рак, кератоакантома).

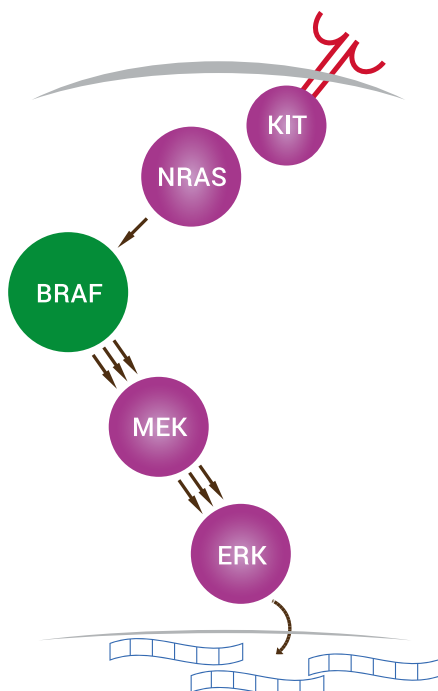
Поэтому важным является регулярный осмотр кожных покровов самостоятельно, а также врачом, который вас наблюдает. В дополнение к блокированию BRAF ученые научились блокировать нижележащую киназу MEK (рисунок). Двойная блокада приводит к лучшим результатам лечения – на анти- BRAF+ анти-MEK- терапию отвечают (у пациентов отмечается частичное или полное уменьшение всех опухолевых очагов в организме) 70% пациентов. При этом кожная токсичность, которая характерна только для анти- BRAF-препаратов, отсутствует. Для двойной блокады используют либо комбинацию дабрафениб + траметиниб либо вемурафениб + кобиметиниб. Все эти препараты также зарегистрированы в России.

При наличии мутаций BRAF V600



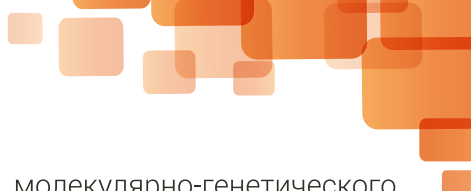
Чрезмерное размножение
и деление клеток

Сигнальный механизм в норме



Нормальное размножение
и деление клеток

Международное непатентованное название	Какие изменения необходимо выявить в опухоли
Вемурафениб	Мутация BRAF V600
Дабрафениб	Мутация BRAF V600
Иматиниб	Мутация c-kit
Траметиниб	В комбинации с дабрафенибом при мутации BRAFV600
Кобиметиниб	В комбинации с вемурафенибом при мутации BRAFV600



Также возможно проведение молекулярно-генетического исследования на наличие мутации c-kit, особенно у пациентов с меланомой слизистой или акральной формой меланомы кожи. В случае выявления мутации c-kit возможно проведение лекарственной терапии иматинибом.

Какие побочные эффекты имеет таргетная терапия?

Побочный эффект – это нездоровое или неприятное физическое или эмоциональное состояние, вызванное лечением. Любой из вариантов лечения может сопровождаться развитием побочных эффектов. Некоторые побочные эффекты могут быть очень серьезными, в то время как другие – просто неприятными, но не серьезными и не угрожать жизни. Большинство побочных эффектов появляется вскоре после начала лечения и исчезает после окончания лечения. Но существуют и такие побочные эффекты, которые могут сохраняться длительное время и после окончания лечения.

Побочными эффектами таргетной терапии являются:

- ◆ усталость;
- ◆ боль в суставах;
- ◆ мышечная боль;
- ◆ отеки (анти- KIT-терапия);
- ◆ головная боль;
- ◆ лихорадка;
- ◆ повышение артериального давления;
- ◆ тошнота или рвота;
- ◆ диарея.

В редких случаях могут наблюдаться изменения со стороны органов зрения (особенно характерно для пациентов, получающих анти- MEK-терапию).

Другими побочными эффектами анти- BRAF-препаратов являются:

- ◆ кожная сыпь или зуд;
- ◆ повышенная чувствительность к солнцу (фоточувствительность);
- ◆ развитие другой опухоли кожи (плоскоклеточный рак);
- ◆ выпадение волос.

Поскольку на коже возникает множество побочных эффектов, необходимо регулярно посещать своего лечащего врача для осмотра кожных покровов и коррекции возникающих проблем в процессе терапии.

Здесь перечислены не все побочные эффекты таргетной терапии. Иные могут появиться на фоне терапии, это необходимо обсудить со своим лечащим врачом. В данном случае врач более детально расскажет о возможных осложнениях в зависимости от клинической ситуации и от тех препаратов, которые вы принимаете.

Существуют способы коррекции побочных эффектов, а также способы предотвращения некоторых побочных эффектов. Например, перед началом анти- BRAF-терапии необходимо всегда, в любое время года и при любой погоде, использовать солнцезащитные средства с фактором защиты 30 и более, головные уборы и солнцезащитную одежду. Это позволит не допустить развития или снизить степень фоточувствительности (а также возможного из-за этого ожога кожи).

ВАЖНО!

Любое лечение должно быть назначено врачом, не занимайтесь самолечением! Обратитесь за консультацией к специалисту.

Иммунотерапия – это вариант лекарственного лечения опухолей, который направлен на стимуляцию противоопухолевого иммунного ответа. Иммунотерапия оказывает воздействие на опухоль лишь опосредованно через иммунную систему.

Иммуноонкологическая терапия меланомы кожи

Использование моноклональных антител (monoclonal antibody - mab) – одно из наиболее широко применяемых сегодня подходов в лечении метастатической меланомы кожи. Так называемое иммуно-онкологическое направление. Это использование анти - CTLA4 (ипилиумаб), анти - PD1 антител (ниволумаб, пембролизумаб) в лечении метастатической формы меланомы кожи.

Иммуноонкология – это использование лекарственных препаратов, воздействующих не на опухоль, а на вашу иммунную систему, помогающих организму самому бороться со злокачественным новообразованием.

Роль иммунной системы заключается в защите организма от вредных внешних факторов, таких как бактерии и вирусы. Но существуют и вредные внутренние – такие как злокачественные опухоли. После первой встречи с чужеродной материей (микробы, вирусы или опухолевые клетки) иммунная система предпринимает меры (иммунные реакции). При возникновении опухолевых клеток в организме иммунная система пытается найти их и начать борьбу путем активации иммунного ответа. При иммунном ответе задействуется несколько различных типов клеток, включая особый вид белых клеток крови, которые называются Т-клетки. Эти клетки предназначены для поиска и уничтожения патологических опухолевых клеток.

Иммуноонкологические препараты сегодня – это моноклональные антитела, которые блокируют определенные мишени на клетках иммунной системы человека или на поверхности опухолевых клеток.

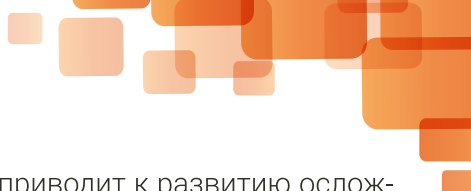
Ускользнуть от контроля иммунной системы опухолям позволяет «маска» (особые белки, которые вырабатывают опухолевые клетки). При этом организм воспринимает «опухоль в маске» как свою и не реагирует на нее. Одни из иммуно-онкологических препаратов «снимают защиту/маску» с опухоли и делают ее «видимой» для клеток собственной иммунной системы. Другие препараты активируют клетки иммунной системы, которые начинают бороться с опухолью. Таким образом восстанавливается собственный противоопухолевый иммунный ответ.

У этой группы препаратов есть еще важные особенности, которые выгодно отличают этот вариант лечения от других. Первое – универсальность. Это группа препаратов, которые работают при многих злокачественных опухолях (меланома, рак легкого, рак почки, рак мочевого пузыря, карцинома Меркеля, лимфома Ходжкина, рак головы и шеи, рак кишки – показания, которые уже зарегистрированы), в том числе и при тех, когда химиотерапия неэффективна или малоэффективна.

Второе – длительность лечебного эффекта. ИО-терапия дает длительный период ремиссии. Например, наибольший период наблюдения за пациентами, которые получали ИО-терапию, описан для метастатической меланомы, которая малочувствительна к химиотерапии. Уже существуют данные о десятилетнем периоде наблюдения и 17% пациентов, у которых удалось достичь стойкой ремиссии.

В чем же основное отличие ИО-терапии от других вариантов лечения?

- ◆ Действие направлено на иммунную систему организма, а не на опухоль.
- ◆ Эти препараты позволяют иммунной системе избирательно распознавать и атаковать опухолевые клетки.
- ◆ Они дают долговременную память иммунной системе, так что она может обеспечивать более долгосрочную реакцию на опухолевые клетки.



Как и любое лечение, ИО-терапия приводит к развитию осложнений, однако эти осложнения отличаются от тех, что возникают при проведении химиотерапии, лучевой терапии или хирургического лечения.

Осложнения чаще всего развиваются в течение первых 12 недель лечения. Однако некоторые из побочных эффектов могут развиваться и позже: спустя несколько недель или месяцев после последнего введения (для анти-CTLA4); либо в любое время (через год и более) на протяжении всего лечения (для анти-PD1).

Иммуноонкологическая терапия оказывает воздействие на клетки иммунной системы, которые есть в нашем организме, поэтому осложнения (в виде воспаления за счет активации иммунных клеток) могут развиваться в любом органе или части тела.

Помните, что воспаление может выглядеть и проявляться по-разному в зависимости от того, в каком органе оно возникло. Например, на коже это может быть в виде сыпи, покраснения, а в легком – проявляться кашлем. Именно поэтому важно, чтобы о любом изменении самочувствия вы сразу сообщили своему врачу. Даже если они кажутся вам несерьезными. Предупрежден – значит вооружен!

Ни при каких обстоятельствах вы не должны пытаться самостоятельно лечить эти симптомы, не обратившись за медицинской помощью. Врачу очень важно выявить осложнение на самой ранней стадии, так как это позволит ему быстро назначить необходимое лечение и предотвратить возможное усугубление симптомов/ситуации.

Симптомы. Что важно заметить?

Со стороны кишечника и желудка:

- ◆ диарея (водянистый, жидкий или размягченный стул), рвота или тошнота, учащение стула;
- ◆ кровь в стуле или потемнение стула;
- ◆ боль или болезненность при надавливании в области желудка;
- ◆ повышение температуры тела.

Со стороны печени:

- ◆ пожелтение глаз или кожи (желтуха);
- ◆ боль в верхней области живота справа;
- ◆ утомляемость;
- ◆ потемнение мочи.

Со стороны кожи:

- ◆ кожная сыпь с зудом или без него;
- ◆ волдыри и/или отслаивание кожи;
- ◆ язвы в полости рта;
- ◆ сухость кожи.

Со стороны нервной системы:

- ◆ мышечная слабость;
- ◆ онемение или покалывание в кистях и стопах;
- ◆ головокружение, потеря сознания или затрудненное пробуждение.

Со стороны эндокринной системы:

- ◆ головные боли;
- ◆ нечеткость зрения или двоение в глазах;
- ◆ утомляемость;
- ◆ снижение полового влечения;
- ◆ изменения поведения (например, раздражительность или забывчивость).

Со стороны органа зрения:

- ◆ покраснение глаз;
- ◆ боль в глазах;
- ◆ нарушения зрения или нечеткость зрения.

Со стороны органов дыхания:

- ◆ Кашель, повышение/понижение температуры.

ВАЖНО!

Не принимайте никаких других препаратов в период лечения, не проконсультировавшись с вашим врачом. Осложнения могут появляться начиная с первой недели лечения, но могут возникнуть и в более поздние сроки. Поэтому даже в более поздние сроки (даже спустя месяцы, год лечения) при возникновении любых симптомов обратитесь к своему лечащему врачу.

ВАЖНО!

Осложнения ИО-терапии в большинстве случаев связаны с активацией иммунной системы и носят название иммуно-опосредованных осложнений. В связи с особым механизмом их развития лечить данные осложнения в ряде случаев необходимо с использованием кортикостероидов (независимо от органа, в котором осложнение развилось), поэтому нельзя заниматься самолечением! При возникновении любой жалобы/симптома необходимо незамедлительно обратиться к своему лечащему врачу!



info@russcpa.ru



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



Поддерживающая терапия

Поддерживающая терапия — это важная составляющая часть общего плана лечения пациента, которая помогает уменьшить негативные последствия противоопухолевой терапии, улучшить качество жизни пациента. Целью поддерживающей терапии является улучшение переносимости химиотерапии, таргетной или иммуноонкологической терапии за счет уменьшения осложнений.

Несмотря на появление новых эффективных препаратов для лечения злокачественных опухолей, не существует препарата, у которого нет побочных эффектов (осложнений). Развитие осложнений является одной из основных причин снижения дозы лекарственного препарата (химиотерапии или таргетной терапии), увеличения интервала между курсами или полной отмены терапии. Эффективность лечения зависит не только от использования современных препаратов, но и от оптимального выполнения плана лечения. Поэтому важным аспектом лечения является профилактика осложнений. В этой связи роль поддерживающей терапии кажется еще более значимой. В настоящее время существует целый ряд препаратов для коррекции уже возникших осложнений или для профилактики возможных осложнений. Обязательно соблюдайте все рекомендации вашего лечащего врача при проведении лекарственного лечения. В случае появления новой жалобы или симптома необходимо сразу сообщить врачу, а не заниматься самолечением. Чем раньше будет начата терапия, тем лучше будет результат.



info@russcpa.ru



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



Лечение меланомы на разных стадиях

I стадия

I стадия заболевания – это опухоль без метастазов в лимфатические узлы или другие органы. Стадия I делится на две подстадии в зависимости от тех параметров, которые отразил патоморфолог в своем заключении. Что же означают эти подстадии?

IA – опухоль толщиной менее 1 мм без изъязвления (по 7-й редакции классификации опухолей TNM, которая действует в настоящее время). В соответствии с 8-й редакцией TNM, которая должна вступить в силу с 1 января 2018 года, это опухоль менее 0,8 мм без изъязвления.

IB – опухоль толщиной менее 1 мм с наличием изъязвления либо опухоль толщиной 1–2 мм без изъязвления. В соответствии с 8-й редакцией TNM это опухоль толщиной менее 0,8 мм с наличием изъязвления либо опухоль толщиной 0,8–1 мм с изъязвлением или без него.

Как проходит лечение меланомы кожи I стадии

Основной вариант лечения – это выполнение хирургического иссечения с отступом от видимых краев опухоли 1 см при толщине опухоли ≤ 2 мм. При такой стадии достаточно только лишь хирургического лечения. Дополнительное лекарственное или лучевое лечение не проводится ни до операции, ни после операции. В некоторых случаях (при толщине опухоли более 0,75 мм или при наличии изъязвления) рекомендуется также выполнить биопсию сторожевого лимфатического узла (БСЛУ). Данная процедура должна выполняться в специализированных учреждениях, имеющих опыт ее проведения и обученный персонал. Если нет возможности выполнить БСЛУ, то необходимо провести тщательное ультразвуковое исследование (УЗИ) лимфатических узлов, а в случае малейшего подозрения на наличие метастатического поражения лимфоузла необходимо выполнить тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) с цитологическим исследованием.

При отсутствии метастатического поражения (то есть профилактически) удалять лимфатические узлы не нужно.

Что делать после лечения

После того как опухоль была удалена, швы зажили, врач рекомендует приходить к нему на осмотры каждые 6 месяцев. При посещении врачом производится тщательный осмотр всех кожных покровов (помним о том, что у пациента с меланомой может возникнуть вторая меланома или другая опухоль на коже), области послеоперационного рубца и периферических лимфатических узлов. Если врач посчитает необходимым, то назначит дополнительное обследование (УЗИ или рентген/КТ органов грудной клетки) или назначит более частые визиты (каждые 3 месяца). После установки диагноза такие посещения врача проводятся в течение 5 лет, а далее необходимо посещать специалиста ежегодно.

Также нельзя забывать про самостоятельное обследование, которое можно выполнить в любое удобное время.

Что нужно знать о II стадии меланомы

II стадия – это опухоль без метастазов в лимфатические узлы или другие органы. Стадия II делится на три подстадии в зависимости от тех параметров, которые отразил патоморфолог в своем заключении. Что же означают эти подстадии?

IIA – опухоль толщиной более 1 мм и ≤ 2 мм с изъязвлением или толщиной более 2 мм и ≤ 4 мм без изъязвления;

IIB – опухоль толщиной более 2 мм и ≤ 4 мм с изъязвлением или опухоль толщиной более 4 мм без изъязвления;

IIC – опухоль толщиной более 4 мм с изъязвлением.

Как происходит лечение меланомы кожи II стадии

Выполняется хирургическое иссечение с отступом от видимых краев опухоли 1 см при толщине опухоли ≤ 2 мм. При толщине более 2 мм – 2 см. При наличии только лишь первичной опухоли (без отсевов вокруг нее) необходимости в более широких отступах нет. Исторически считалось, что чем больше отступишь от самой опухоли, тем лучше будет результат. Исследования показали, что при такой стадии риск возникновения прогрессирования болезни (появление метастазов в других органах или лимфатических узлах) не снижается, даже если провести удаление опухоли с очень широким отступом. Поэтому в настоящее время нецелесообразно проводить калечащие операции, которые могут привести к инвалидности, при этом не влияя в дальнейшем на прогноз и течение заболевания.

Рекомендуется также выполнить БСЛУ. Данная процедура должна быть проведена в специализированных учреждениях, имеющих опыт и обученный персонал. Если нет возможности выполнить БСЛУ, то необходимо провести тщательное ультразвуковое исследование (УЗИ) лимфатических узлов, а в случае малейшего подозрения на наличие метастатического поражения лимфоузла необходимо выполнить ТАБ с цитологическим исследованием.

При отсутствии метастатического поражения (то есть профилактически) удалять лимфатические узлы не нужно.

На данной стадии (на подстадии IIB и IIC) возможно проведение дополнительного (профилактического) лечения, чтобы попытаться снизить возможность возникновения возврата болезни в будущем. На сегодняшний день единственным одобренным и рекомендуемым вариантом лечения в России является проведение иммунотерапии интерфероном альфа-2b. Дозы, режим и сроки начала лечения необходимо обсудить со своим врачом. Конечно, любое профилактическое лечение оптимально начать не позже чем 6–8 недель от операции. Лучевая терапия на данной стадии заболевания не используется.

Что делать после лечения

После того как опухоль была удалена, швы зажили, обычно врач рекомендует приходить к нему на осмотры каждые 3 месяца. При посещении врачом производится тщательный осмотр всех кожных покровов (помним о том, что у пациента с меланомой может возникнуть вторая меланома или другая опухоль на коже!), области послеоперационного рубца и периферических лимфатических узлов. Также важным этапом является выполнение обследования (УЗИ послеоперационного рубца, периферических лимфоузлов, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, а также рентген/КТ органов грудной клетки). После установки диагноза такие посещения врача проводятся в течение 2 лет каждые 3 месяца, потом 3 года – каждые 6 месяцев, а далее необходимо посещать специалиста ежегодно. Если было выявлено прогрессирование заболевания (появление метастатического очага), то важным является выполнение МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием.

ВАЖНО!

Любое обследование назначается специалистом!
Не занимайтесь самолечением или самостоятельным назначением себе диагностических процедур. Также нельзя забывать про самостоятельное обследование, которое можно выполнить в любое удобное для вас время.

Что нужно знать о III стадии меланомы

Как правило, пациентов с I и II стадиями меланомы кожи не беспокоит ничего, кроме наличия «родинки». При III стадии пациент уже может обратить внимание и пожаловаться на увеличение лимфатических узлов в той или иной области, которое он сам прощупал пальцами.

Для III стадии характерно наличие метастатического поражения периферических лимфатических узлов в отсутствии метастатических очагов в других органах.

III стадия также делится на три подстадии (**IIIA**, **IIIB** и **IIIC**). Но эта стадия является самой неоднородной с точки зрения выбора варианта лечения, поскольку нужно понимать, что III стадия разделяется на резектабельный процесс (то есть процесс, который можно удалить хирургически) и нерезектабельный местно-распространенный (то есть процесс, который нельзя удалить полностью радикально, когда у пациента конгломерат лимфатических узлов и/или есть метастазы вокруг первичной опухоли).

Как происходит лечение меланомы кожи III стадии

Лечение нерезектабельной меланомы кожи III стадии (то есть когда выполнить хирургическое лечение невозможно) будет описано в разделе «Лечение меланомы IV стадии».

При операбельной III стадии меланомы, когда у пациента имеется метастатическое поражение лимфатических узлов, основным вариантом лечения является **операция**. Во время операции производят удаления самой первичной опухоли (если ранее не была удалена) и лимфатических узлов. При этом важно проводить максимально полное удаление клетчатки той области, где располагаются метастатически измененные лимфатические узлы. Если метастаз в лимфатические узлы был выявлен по данным БСЛУ, то возможно последующее полноценное удаление всех лимфатических узлов и клетчатки данной области.

При III стадии врач может предложить проведение дополнительного лечения – **лучевой терапии** на зону операции (удаленных лимфоузлов) или/и **лекарственной терапии**.

Важно понимать, что ряд исследований показали, что проведение лучевой терапии на послеоперационную область (лимфоузлы) может привести к снижению риска возврата болезни в данном месте (местный рецидив), но при этом не оказывает влияния на общую продолжительность жизни.

В плане лекарственного лечения на сегодняшний день единственным одобренным и рекомендуемым вариантом лечения в

России является проведение иммунотерапии интерфероном альфа-2b. Дозы, режим и сроки начала лечения необходимо обсудить со своим врачом. Конечно, любое профилактическое лечение (лучевое или лекарственное) оптимально начать не позже чем 6–8 недель от операции.

Также в специализированных отделениях, где занимаются лечением пациентов с меланомой, в качестве варианта терапии может быть предложено участие в клиническом исследовании с новым препаратом.

Что делать после лечения

После того как опухоль была удалена, швы зажили, врач рекомендует приходить к нему на осмотры каждые 3 месяца. При посещении врачом производится тщательный осмотр всех кожных покровов (помним о том, что у пациента с меланомой может возникнуть вторая меланома или другая опухоль на коже!), области послеоперационного рубца и периферических лимфатических узлов. Также важным этапом является выполнение обследования (УЗИ послеоперационного рубца, периферических лимфоузлов, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза), а также рентген/КТ органов грудной клетки. После установки диагноза такие посещения врача проводятся в течение 2 лет каждые 3 месяца, потом 3 года – каждые 6 месяцев, а далее необходимо посещать специалиста ежегодно. Если было выявлено прогрессирование заболевания (появление метастатического очага), то важным является выполнение МРТ головного мозга с в/в контрастированием.

ВАЖНО!

Любое обследование назначается специалистом!
Не занимайтесь самолечением или самостоятельным назначением себе диагностических процедур. Также нельзя забывать про самостоятельное обследование, которое можно выполнить в любое удобное для вас время.

Что нужно знать о IV стадии меланомы

Наиболее неблагоприятная стадия заболевания, когда уже есть метастатическое поражение отдаленных лимфоузлов, мягких тканей или органов.

Среди **IV стадии** также выделено три подстадии (a, b, c), где наиболее благоприятной по течению является подстадия M1a – метастатические очаги в мягких тканях и/или отдаленных лимфоузлах. Основным вариантом лечения IVстадии является проведение лекарственной терапии – химиотерапии, таргетной и иммуноонкологической терапии. (Подробное описание данных вариантов терапии смотри в разделе «Лекарственное лечение»).

При наличии метастазов в головной мозг кроме лекарственной терапии возможно рассмотреть следующие варианты терапии: а) проведение локальной лучевой терапии на метастатические образования; б) хирургическое удаление метастатических образований (с возможным последующим облучением области операции). Тактика определяется индивидуально для каждого пациента в зависимости от многих факторов: размер и расположение очагов, количество очагов, общее состояние пациента, наличие или отсутствие симптомов.

При наличии особого типа метастазирования – метастазы только в мягкие ткани конечности – возможно проведение регионарной химиоперфузии конечности (данная процедура выполняется только в специализированных учреждениях).

Решение о варианте терапии и в целом о тактике ведения для получения наилучшего результата лечения принимает ваш лечащий врач исходя из клинической ситуации.



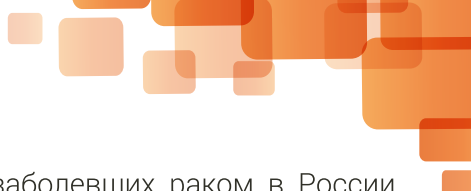
info@russcpa.ru



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 несёт злокачественное заболевание и как влияет лечение химиотерапией на возможность в будущем иметь детей? Не многие задумываются об этих последствиях перед началом противоопухолевого лечения.

Сейчас медицина позволяет предотвратить такие последствия химиотерапии при онкологии, как бесплодие. Одним из основных побочных эффектов противоопухолевой терапии является ее негативное влияние на репродуктивную систему как мужчин, так и женщин. 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.

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 отцом, могут испытывать большие сложности при зачатии. Для женщин лечение также токсично и может повредить яйцеклетки и уменьшить их количество.

Необходимо заранее обсудить с врачом вероятность бесплодия после химиотерапии. Доказано, что некоторые токсичные препараты вызывают генетические изменения в половых клетках. В дальнейшем эти нарушения могут передаваться ребенку при зачатии. Особенно негативно на способность иметь детей в будущем влияют такие применяемые для химиотерапии препараты, как циклофосфамидом и цисплатин.

Лучевая терапия может впоследствии привести к бесплодию.

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

Последствия лучевой терапии для женщин также негативны. При дозе облучения 2 Гр – 50% яйцеклеток разрушаются. 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 и позволяет 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 2–6 дней подсаживают в матку женщины, где плод прикрепляется и начинает развиваться. Таким образом, происходит беременность. Зачатие с помощью ЭКО – это современный опробированный 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 замороз-

ки 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 -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)



Профилактика меланомы



Профилактика меланомы – расскажи друзьям

Профилактика – это комплекс мероприятий, который направлен на предупреждение возникновения заболевания, устранение факторов риска их развития. Выделяют первичную и вторичную профилактику.

Первичная профилактика – это комплекс мероприятий как медицинских, так и социальных (например, пропаганда здорового загара и аккуратного отношения с УФ-излучением), который направлен непосредственно на устранение причин (факторов риска) развития заболевания.

Фототипы кожи и их характеристики

Первый фототип

Светлокожий рыжий тип. У таких людей нежная молочно-белая кожа, часто с веснушками, рыжие или очень светлые волосы и голубые или зеленые глаза. Такие люди быстро обгорают и практически не загорают. Для защиты необходимо применять солнцезащитные средства с SPF 50–60, использовать специальную защитную одежду.

Посещение солярия запрещено!



Второй фототип

Белокожий тип. Кожа у таких людей светлая, веснушек мало или нет совсем, светлые глаза, светлые, светло-русые или каштановые волосы. Загар ложится плохо, кожа краснеет. Для защиты необходимо применять солнцезащитные средства с SPF 50–60, использовать специальную защитную одежду.

Посещение солярия запрещено!



Третий фототип

Смуглый тип. У таких людей карие или серые глаза, темно-русые или каштановые волосы. Слегка смуглая кожа без веснушек, легко загорает. Для защиты необходимо применять солнцезащитные средства с SPF 30.



Четвёртый фототип

Очень смуглый тип. У людей этого типа смуглая оливковая кожа без веснушек, темные глаза и темные волосы. Люди такого типа хорошо загорают, практически не обгорая. Для защиты необходимо применять солнцезащитные средства с SPF 30.



Пятый фототип

Темнокожий тип. Представители этого типа имеют очень смуглую кожу без веснушек, темные волосы, темные глаза, кожа быстро загорает без обгорания. Хотя ожоги и покраснения не грозят владельцу такой кожи, ухаживать за ней и защищать её (хотя бы от фотостарения) тоже нужно. Для этого подойдут кремы, спреи и эмульсии с пометкой «для смуглой кожи».



Шестой фототип

Темнокожий тип. Представители этого типа имеют очень смуглую кожу без веснушек, темные волосы, темные глаза, кожа быстро загорает без обгорания. Хотя ожоги и покраснения не грозят владельцу такой кожи, ухаживать за ней и защищать её (хотя бы от фотостарения) тоже нужно. Для этого подойдут кремы, спреи и эмульсии с пометкой «для смуглой кожи».



Важно соблюдать следующие рекомендации:

- ♦ регулярно использовать солнцезащитный крем в соответствии с вашим фототипом кожи (даже в пасмурную погоду);
- ♦ использовать солнцезащитный крем, который обеспечивает защиту как от UVA, так и от UVB-лучей и имеет коэффициент защиты от солнца (SPF) не менее 30;
- ♦ наносить солнцезащитный крем необходимо примерно за 15 минут до выхода на солнце, а затем повторно — каждые два часа и после плавания или потоотделения;

Нанесение солнцезащитного крема не предусматривает нахождения под солнцем неограниченное время.

- ♦ используйте солнцезащитную одежду: рубашки с длинными рукавами, брюки, широкополые шляпы и солнцезащитные очки;
- ♦ находитесь в тени, когда это возможно. Самыми активными считаются лучи с 10.00 до 16.00;
- ♦ берегитесь ожогов, тяжелые солнечные ожоги, особенно в детском возрасте, повышают риск развития меланомы и других опухолей кожи;

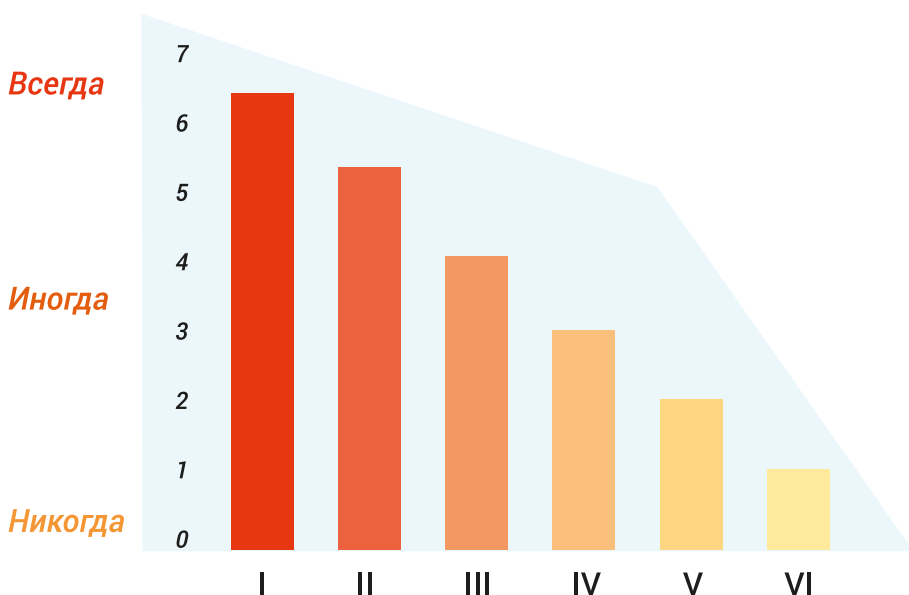
Только один выраженный солнечный ожог может удвоить шансы на развитие меланомы далее в течение жизни!

- ♦ избегайте загара в солярии, а также преднамеренного сильного загара;

- ♦ принимайте витамин D как альтернативу пребыванию на солнце.

- ♦ обратите внимание на лекарства, которые вы принимаете. Некоторые лекарственные препараты могут повышать чувствительность кожи к солнечному свету и тем самым вызывать более быстрый загар. Не забывайте об этом!

Риск ожога кожи в зависимости от её фототипа



Вторичная профилактика – это комплекс мер, направленных на раннее выявление заболевания. Эффективная профилактика меланомы заключается в двух основных подходах – во-первых, необходимо уменьшить и ограничить ультрафиолетовое воздействие как от естественного солнечного света, так и от искусственных (например, соляриев) источников; во-вторых – выявить и диагностировать меланому как можно раньше.

ВАЖНО!

Хотя исследования демонстрируют, что большинство случаев меланомы (почти 90%) можно предотвратить, необходимо помнить о том, что ни меланома слизистой оболочки, ни глазная меланома не связаны с УФ-излучением и предотвратить их развитие практически невозможно.

Важно соблюдать следующие рекомендации:

- если вы заметили у себя что-то подозрительное, не бойтесь об этом сказать и показать специалисту.

Часто люди замечают «странную» родинку у себя или у кого-то еще, но не решаются показать ее врачу, чтобы проверить и убедиться в ее доброкачественности. Некоторые пациенты сами говорят о том, что на их меланому обратил внимание кто-то из близких родственников и настоятельно рекомендовал обратиться к специалисту. Тем более если вы вдруг сами заметили, что родинка как-то изменилась (поменяла цвет, размер и т.п.) или вам кажется, что она как-то изменилась, лучше обратиться к врачу. Чем раньше будет выявлена меланома, тем лучше дальнейший прогноз. Необходимо помнить, что, когда речь идет о меланоме, речь идет о миллиметрах.

Что должно насторожить и заставить обратиться к врачу

Симптомы меланомы и других опухолей кожи различаются у разных людей, но, если вы подозреваете, что образование на вашей коже соответствует следующим описаниям, немедленно обратитесь к врачу.

Обратите внимание, что не все опухоли кожи и меланомы попадают в эти категории, поэтому просто используйте этот список в качестве ориентира:

- изменение на коже — это может быть новое пятно или изменение цвета, формы или размера текущего пятна/ родинки.

- ♦ пятно, язва/рана или родинка, которая не заживает;
- ♦ пятно, язва/рана или родинка, которая становится болезненной;
- ♦ пятно, язва/рана, родинка или ее часть, которая выглядит блестящей, как воск, и гладкой;
- ♦ твердое красное пятно, которое кровоточит или выглядит изъязвленным;
- ♦ плоское красное пятно, сухое или чешуйчатое;
- ♦ черное/темное пятно или полоска под ногтем (что не связано с травмой ногтя).

Самостоятельная диагностика

Мы предлагаем одно из правил ABCDE, с помощью которого вы сами можете оценить свои родинки. Это правило было предложено американским врачом Р. Фридманом и получило популярность у онкологов и дерматологов по всему миру.

Главное — понять, что есть обычные родинки, которые после тестирования по правилу ABCDE могут оказатьсястораживающими по всем симптомам-пунктам, как и меланома кожи, которая не подойдет ни к одному из предложенных критериев из данного правила. Таким образом, все симптомы должны учитываться в совокупности, и только осмотр квалифицированного специалиста поможет поставить точный диагноз.

1. Осмотрите свое лицо, особенно нос, губы, рот и уши, со всех сторон, используя зеркало.
2. Тщательно осмотрите волосистую часть головы, используя фен и зеркало для более удобного и тщательного просмотра. Попросите друга или члена семьи помочь вам.
3. Тщательно осмотрите свои руки, а также область между пальцами и под ногтями.

4. Встаньте перед большим зеркалом, проведите осмотр локтей и плеч со всех сторон, не забывайте область подмышечных впадин.

5. Далее осмотрите шею, грудную стенку и туловище. Женщинам необходимо также помнить про область под грудью.

6. Встаньте спиной к большому зеркалу, возьмите в руки маленькое зеркало и тщательно осмотрите заднюю часть шеи, плеч, верхнюю часть спины, а также ту часть рук, которую не удалось осмотреть на шаге 5.

7. Продолжая использовать зеркала, осматривайте нижнюю часть спины, ягодицы и заднюю поверхность обеих ног.

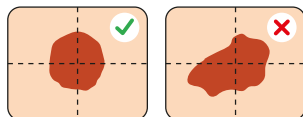
8. Сядьте на стул, одну ногу положите на другой стул. Используйте карманное зеркало для осмотра половых органов. Проверьте переднюю и боковую стороны обеих ног, включая бедро, голень, лодыжки, а также тщательно проведите осмотр области между пальцами ног, под ногтями. Изучите подошвы ног и пятки.

5 ПРИЗНАКОВ ОПАСНОЙ РОДИНКИ

МЕТОД ABCDE. Аббревиатура образована из первых букв (на английском) основных признаков родинки, на которые требуется обратить внимание.

A

ASYMMETRY — асимметрия



B

BORDER IRREGULARITY — неровный край



C

COLOR — цвет:

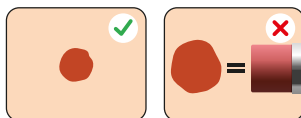


родинка полностью
одного цвета

неоднородность
(красные
или темные
вкрапления)

D

DIAMETER — диаметр:



более 5 мм
(больше ластика
карандаша)

E

EVOLUTION — эволюция/изменение:
цвета, формы, размера



неизменность
состояния
родинки

Для диагностики зрелой (толстой) меланомы достаточно знать простое mnemonicическое правило ABCD, где каждой букве соответствует характерный признак, позволяющий заподозрить меланому кожи, а вот раннюю (тонкую) меланому кожи иногда бывает сложно выявить даже специалисту. Нередко такая ранняя меланома может напоминать диспластический невус, гемангиому или иное доброкачественное новообразование кожи. Для дифференциальной диагностики ранней меланомы кожи существует высокоточный метод – **дерматоскопия**. С помощью простого оптического прибора специалист рассматривает подозрительное образование кожи под большим увеличением и по характерным признакам может с высокой точностью предположить злокачественный характер новообразования. Помимо ранней диагностики меланомы кожи выполнение дерматоскопии особенно полезно для динамического наблюдения за пациентами с множественными диспластическими невусами, которые в некоторых случаях могут стать злокачественными и трансформироваться в меланому кожи.



info@russcpa.ru



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



Юридическая ПОМОЩЬ



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

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

Кому положено льготное лекарство?

Федеральный льготник — это пациент, которому установлена инвалидность и который не отказался от социального пакета. Такой пациент получает лекарственные средства из специального перечня ЖНВЛП на основании стандартов медицинской помощи, который утверждается Правительством РФ.

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.

При оформлении инвалидности список льготных препаратов для пациента значительно расширяется, а доступ к ним становится проще. Поэтому всем онкологическим пациентам имеет смысл оформить статус инвалида и не отказываться от соцпакета.

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

В зависимости от состояния здоровья группа инвалидности выдается на разные сроки:

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

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

Получение лекарств в стационаре

При лечении в больнице проблемы с выдачей препаратов случаются реже всего. Все лечение здесь должно быть бесплатно, а все препараты из списка ЖРВЛП 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.

Получение лекарства при амбулаторном лечении

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

У пациента есть право на получение лекарственного препарата на срок лечения до 90 дней. Согласно приказу Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 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 первой 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. Обратиться в льготную аптеку с рецептом.

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

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

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

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.

Шаг 3. Если препарата нет в аптеке

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

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

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

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

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

ВАЖНО!

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

Что делать, если препарат в аптеку так и не поступил

Шаг 1. Обратиться на горячую линию уполномоченной фармацевтической организации и узнать причины отсутствия лекарственного средства в аптечном учреждении, есть ли на складе данный препарат и дату поставки его в аптечное учреждение, а также уведомить, что рецепт принят аптечным учреждением на

отсроченное обслуживание. Телефон 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. Если придет неудовлетворительный ответ, обратиться в Росздравнадзор.

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

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

Как вернуть деньги за купленное за свой счет лекарство

Шаг 1. Покупаем лекарственное средство, сохраняем товарный и кассовый чеки.

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

Шаг 3. Срок ожидания 30 дней.

Что делать, если нужное лекарство не входит в льготный перечень

Лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в стационарных условиях назначаются при согласовании с заве-

дующим отделением (ответственным дежурным врачом, другим лицом, уполномоченным приказом главврача, а также (при наличии) с врачом – клиническим фармакологом, если препарат, не входящий в перечень ЖНВЛП, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента. (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н)

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

Возможно ли получить лекарство, не зарегистрированное в РФ

В случае необходимости индивидуального применения по жизненным показаниям лекарственного средства, не зарегистрированного на территории Российской Федерации, решение о назначении указанного препарата принимается консилиумом федеральной специализированной медицинской организации, оформляется протоколом и подписывается главным врачом или директором федеральной специализированной медицинской организации.

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

Допускается ввоз в Российскую Федерацию конкретной

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

Куда жаловаться

Если пациенту отказывают в лечении, которое закреплено стандартами, или заставляют платить за препараты, положенные ему бесплатно, или за диагностические процедуры в условиях стационара и т.д., пациент может подать жалобу в свою страховую компанию, которая выдала полис ОМС. Также можно позвонить на горячую линию регионального Минздрава, рассказать о сложившейся ситуации и 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)

Ресурсы для пациентов:

www.melanoma-russia.ru — портал для всех (пациентов, родственников, здоровых людей), где можно получить дистанционную консультацию по поводу образований кожи и обучиться самообследованию;

www.melanomapro.ru — сайт Ассоциации специалистов по проблемам меланомы; в разделе для пациентов можно найти информацию про меланому и другие опухоли кожи;

www.russcpa.ru — сайт Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!»

ДЛЯ ЗАМЕТОК:





ИНФОРМАЦИОННЫЙ БУКЛЕТ

Демидов Л., Орлова К., Утяшев И.

МЕЛАНОМА В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

Подготовка в печать Мария Цыбульская
Верстка С. Ланцынова
Корректura Т. Сагатова
Подписано в печать с готовых диапозитивов
Формат 148x210. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.



Наши партнеры:





ЗДРАВСТВУЙ!

Ассоциация
онкологических
пациентов

www.russcpa.ru