

БРОШЮРА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ



# УВЕАЛЬНАЯ МЕЛАНОМА

МЕЛАНОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
РЕШЕНИЕ  
ПРОБЛЕМ  
МЕЛАНОМЫ



**МЕЛАНОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ПРО РЕШЕНИЕ  
ПРОБЛЕМ  
МЕЛАНОМЫ**

**Ассоциация специалистов по проблемам меланомы**

Москва, Ломоносовский проспект, д. 43, корп. 2, п. 1, комн. 20.

Тел. +7 (499) 612-89-46,

e-mail: [mail@melanomapro.ru](mailto:mail@melanomapro.ru)

[melanomapro.ru](http://melanomapro.ru)



**ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»  
им. С.Н. Федорова».**

[mntk.ru](http://mntk.ru)

Тел. +7 (499) 488-87-15

e-mail: [oncologymntk@yandex.ru](mailto:oncologymntk@yandex.ru)



**НМИЦ  
ОНКОЛОГИИ**  
им. Н.Н.Блохина

**НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина**

---

# УВЕАЛЬНАЯ МЕЛАНОМА

БРОШЮРА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Москва 2019 год

## СПИСОК АВТОРОВ

### Под редакцией:

Лев Вадимович **Демидов** – д.м.н., проф., руководитель отделения биотерапии опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

Андрей Александрович **Яровой** – доктор медицинских наук, заведующий отделом офтальмоонкологии и радиологии ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова», г. Москва.

Вера Андреевна **Яровая** – врач-офтальмолог, отделение офтальмоонкологии и радиологии ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова», г. Москва.

Валерия Витальевна **Назарова** – специалист-онколог отделения биотерапии опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

Кристина Вячеславовна **Орлова** – к.м.н., старший научный сотрудник отделения биотерапии опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

Игорь Аглямич **Утяшев** – к.м.н., научный сотрудник отделения биотерапии опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

Дмитрий Владимирович **Мартынков** – научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

Владислав Юрьевич **Косырев** – д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории интервенционной радиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>1</b>	ЧТО ТАКОЕ УВЕАЛЬНАЯ МЕЛАНОМА? .....	<b>6</b>
<b>2</b>	ДИАГНОСТИКА .....	<b>11</b>
<b>3</b>	ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ .....	<b>17</b>
<b>4</b>	ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ .....	<b>20</b>
<b>5</b>	ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ СОХРАНЕНИЯ ГЛАЗА .....	<b>30</b>
<b>6</b>	РИСК МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ .....	<b>37</b>
<b>7</b>	ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМЫ .....	<b>47</b>
<b>8</b>	ОСНОВНЫЕ ПРАВА ПАЦИЕНТА .....	<b>62</b>



## **Дорогой читатель!**

В руках у вас брошюра для пациентов, родственников пациентов, а также для тех, кто интересуется увеальной меланомой (меланомой глаза). Мы написали эту книгу, чтобы предоставить заболевшему человеку и его близким достоверную и полную информацию об этом заболевании и о доступных методах лечения. Ведь самое важное – понимание специфики своего заболевания и работа пациента в команде с лечащим врачом.

Увеальная меланома – редкая и сложная болезнь, которая все же поддается лечению и контролю. Очень важно после первого этапа успешного лечения, во-первых, соблюдать рекомендации врачей по контролю заболевания, во-вторых, проходить все необходимые обследования и регулярно (в соответствии с планом обследований) посещать офтальмолога и онколога. Болезнь может вернуться спустя годы, и очень важно обнаружить это как можно раньше для проведения эффективного лечения.

Для подготовки представленной вашему вниманию книги собрался большой коллектив авторов, включая офтальмологов, которые проводят диагностику и первичное лечение внутриглазной опухоли, и онкологов, которые борются с метастатической формой увеальной меланомы. Мы постарались осветить все вопросы, которые возникают у пациентов: от особенностей строения глаза и возможных вариантов хирургического и терапев-

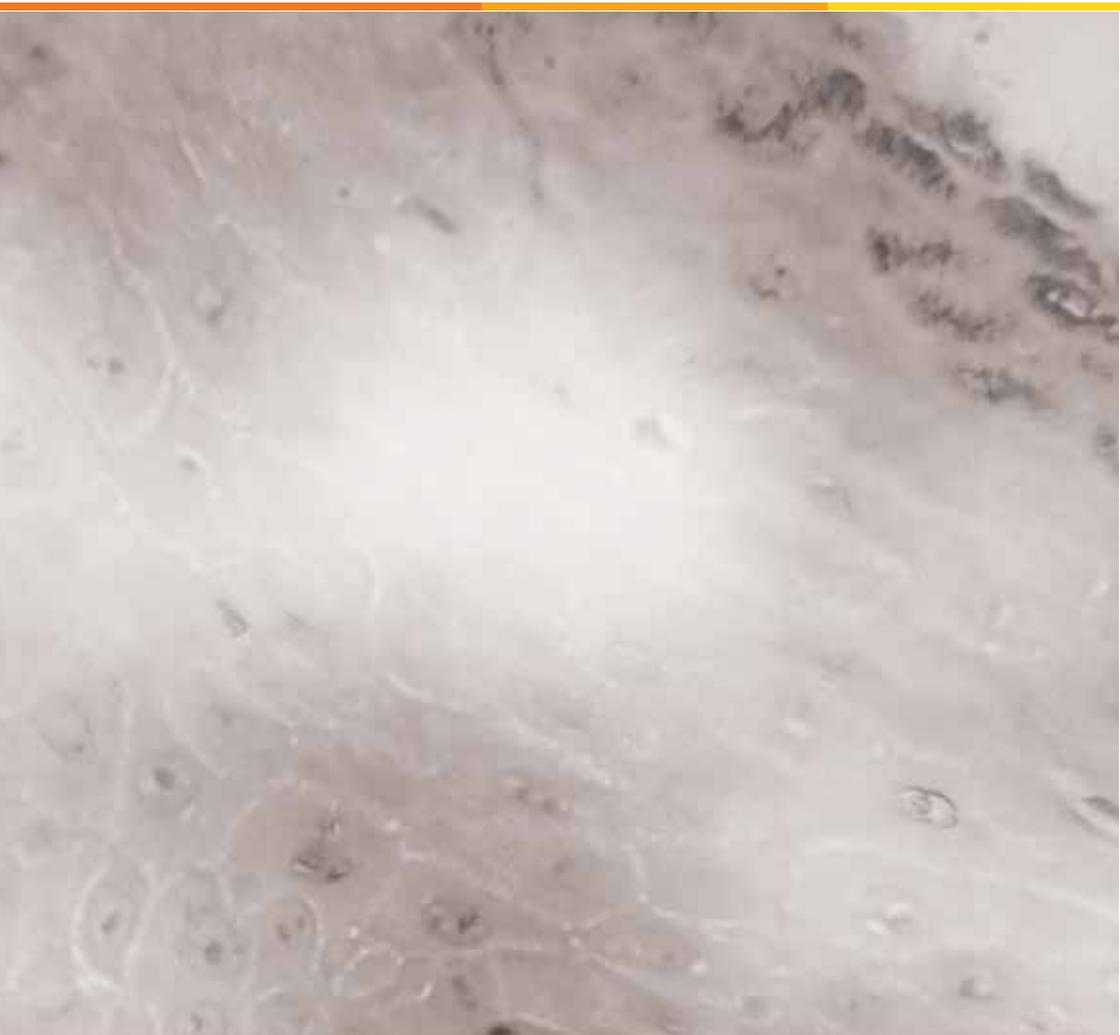
тического лечения до тех случаев, когда меланома глаза вышла за его пределы и распространилась на другие органы (легкие, печень, кости).

Надеемся, что это издание будет вам полезно, а полученная информация поможет настроиться на лечение, успешно его пройти и понять необходимость регулярно-го наблюдения у специалистов офтальмологов и онкологов в последующем на протяжении многих лет.

**С уважением,  
коллектив авторов.**

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



# 1

## ЧТО ТАКОЕ УВЕАЛЬНАЯ МЕЛАНОМА?

**Узнав о своем онкологическом диагнозе, пациенты и их близкие первым делом думают о самом страшном исходе заболевания. Так сложилось, что злокачественные опухоли ассоциируются у людей только с гибелью. Однако диагноз – не приговор. И при своевременных и правильных диагностике и лечении можно победить болезнь и жить долгие годы, контролируя ее развитие.**

### **Так что же такое злокачественные опухоли?**

Болезнь начинается с поломки одной клетки организма. В норме каждая клетка проживает определенный жизненный цикл – она рождается, делится и погибает. Злокачественная клетка не умирает, а продолжает делиться, образуя опухоль. В организме каждого человека каждый день и даже каждый час появляются такие поломанные клетки. Но иммунитет отслеживает и побеждает их так же, как борется с вирусами и бактериями. Злокачественный процесс развивается, когда в иммунной защите по какой-то причине (ученые до сих пор не могут сказать точно, по какой) происходит сбой и иммунитет не замечает такую клетку. Со временем опухоль растет, злокачественные клетки с током лимфы и/или крови могут попасть в другие органы – это называется метастазированием.

**Меланома** – это опухоль, развивающаяся из меланоцитов – клеток, которые вырабатывают пигмент и из которых развиваются родинки. Чаще всего меланоциты располагаются в коже, поэтому наиболее распространена и известна всем меланома кожи. Но меланоциты есть и в слизистых оболочках, вызывая меланому слизистой оболочки, например, желудочно-кишечного тракта или

дыхательных путей. Также меланоциты встречаются в увеальном тракте, поражая различные его отделы, вызывая увеальную меланому, или меланому глаза, как ее часто называют пациенты.

**Если говорить языком определений, внутриглазная (увеальная) меланома – это злокачественная опухоль сосудистой оболочки, образующаяся из пигментных клеток глаза (меланоцитов). Увеальная меланома не является наследственным заболеванием.**

## **ВАЖНО!**

**Течение болезни, методы лечения и прогнозы у пациентов с внутриглазной меланомой полностью отличаются от меланомы кожи и меланомы слизистых оболочек. Далее мы расскажем об этом подробнее.**

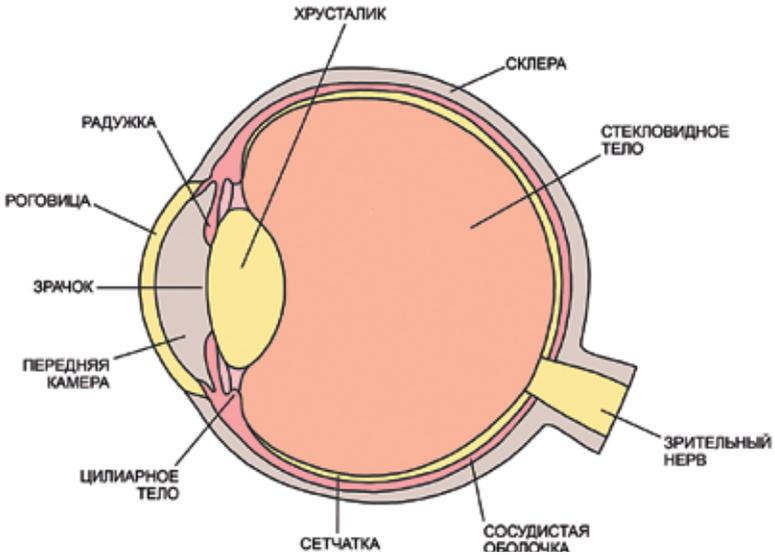
Увеальная меланома – это редкое заболевание: всего **6–8 случаев** на **1 миллион** человек. В то же время это самая частая разновидность внутриглазных опухолей, поэтому опыт лечения этого заболевания у врачей-офтальмоонкологов очень большой.

## **Строение глаза**

Давайте разберемся в строении глаза, чтобы наглядно понять, в каких его частях может возникнуть опухоль.

Глаз человека имеет шаровидную форму, отсюда его название – глазное яблоко. Он состоит из трех оболочек: наружной (склеры), сосудистой и сетчатки.

Сосудистая оболочка глаза состоит из множества мелких сосудов, по которым кровь снабжает глаз кислородом и питательными веществами, а также из пигментных клеток. В этой оболочке также выделяют несколько частей.



## Радужка

Цвет наших глаз определяется содержанием пигмента в радужке, которая видна через роговицу. В центре радужки находится круглое отверстие – зрачок. Его размеры меняются в зависимости от освещенности: в темноте он увеличивается, на ярком свете уменьшается.

## Цилиарное тело

Цилиарное тело вырабатывает внутриглазную жидкость, которая циркулирует внутри глаза, омывая и питая роговицу, хрусталик и стекловидное тело. Эта жид-

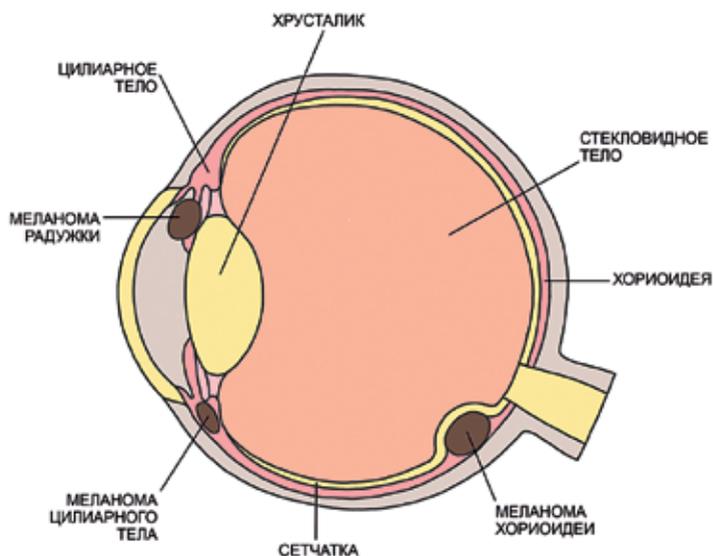
кость оттекает через специальную дренажную систему в углу передней камеры.

## Хориоидея

Это задняя часть сосудистой оболочки, непосредственно контактирующая с сетчаткой, обеспечивая ей необходимое питание.

### По расположению внутриглазная меланома бывает:

- **меланома хориоидеи** – наиболее часто встречающийся тип внутриглазной меланомы;
- **меланома цилиарного тела;**
- **меланома радужки.**





# 2

## ДИАГНОСТИКА

**Онкологические заболевания коварны – на ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно, болезнь может не сопровождаться никакими симптомами. Нередко пациенты обращаются к врачу лишь тогда, когда появляются жалобы – снижение зрения или выпадение поля зрения.**

Если опухоль располагается на радужке, ее можно заметить – например, появляется «родинка» или темное пятно на радужке, изменяется форма зрачка. Но если опухоль расположена внутри глазного яблока, увидеть ее можно только при осмотре глазного дна. При этом необходим осмотр глаза пациента с широким зрачком. Для этого врач закапывает специальные капли.

Методом ранней диагностики увеальной меланомы до появления жалоб является профилактический осмотр у офтальмолога: **не реже одного раза в год.**

**Пациенты, у которых была диагностирована увеальная меланома, отмечают следующие симптомы:**

- снижение зрения;
- искажение формы предметов;
- появление пелены или «шторки» перед глазом;
- мерцание;
- изменение цвета радужки.

**При подозрении на увеальную меланому врач проведет комплекс диагностических процедур для подтверждения диагноза.**

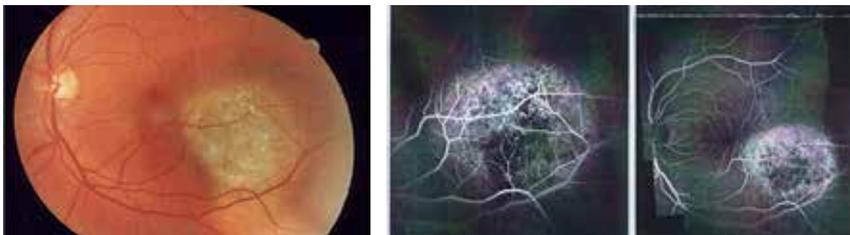
**Клинический осмотр** – комплексный осмотр органа зрения на специальном приборе – щелевой лампе, обязательно с широким зрачком с использованием специальных линз.

**Ультразвуковое исследование** – важнейший метод диагностики внутриглазных опухолей. Сканирование позволяет «увидеть» опухоль, установить ее размеры, определить отслойку сетчатки.

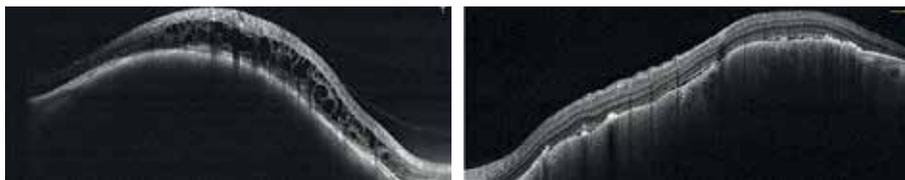


Различные формы увеальной меланомы при УЗИ

**Флюоресцентная ангиография** – метод, при котором проводится введение специального красящего вещества (флюоресцеина) в вену пациента. Позволяет исследовать сосуды глазного дна и выявлять характерные признаки опухолей.



**Оптическая когерентная томография** – бесконтактный метод диагностики, который позволяет определить состояние сетчатки (ее срезы) и зрительного нерва и выявить их тонкие изменения на ранних стадиях заболевания. Анги-ОКТ – метод количественной и качественной оценки микрососудистого русла заднего сегмента глаза.



---

**КТ/МРТ орбит** – методы лучевой диагностики. Проводятся по показаниям главным образом для выявления выхода опухоли за пределы глаза.



---

**Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТИАБ)** – метод забора ткани с диагностической и/или прогностической целью при сохранении глаза. ТИАБ с диагностической целью проводится ТОЛЬКО В ТРУДНЫХ для диагностики случаях, когда комплексное клинично-инструментальное обследование не позволяет установить точный диагноз.

**ВАЖНО! Диагноз увеальной меланомы устанавливается по результатам клинического осмотра и инструментальных исследований. Биопсия для подтверждения диагноза НЕ проводится.**

**УЗИ брюшной полости, МРТ с контрастированием органов брюшной полости, КТ органов грудной клетки** – методы диагностики, позволяющие исключить или выявить возможное метастатическое поражение, так как в небольшом проценте случаев (около 2%) выявляются первичная опухоль и метастазы в органах одновременно.

### **Стадии заболевания (ред. от 2017 года)**

Врач определяет стадию развития болезни по размеру опухоли и по тому, распространилась ли она в другие органы. Для определения стадии принята международная классификация TNM, где T – tumor – опухоль, N – nodus – узел, M – metastasis – метастазы. От распространенности болезни зависит тактика лечения.

### **Меланома радужки и цилиарного тела**

T1 – опухоль ограничена радужкой.

T2 – опухоль распространяется на цилиарное тело или/и хориоидею.

T3 – опухоль распространяется на цилиарное тело или/и хориоидею и прорастает за пределы глаза.

T4 – опухоль массивно выходит за пределы глаза.



Примеры меланомы радужки

## Меланома хориоидеи

T1 – опухоль размерами 10 мм и менее в наибольшем измерении с наибольшей толщиной 2,5 мм и менее.

T2 – опухоль размерами 10–16 мм в наибольшем измерении в основании и с наибольшей толщиной 2,5–10 мм.

T3 – опухоль размером 16 мм в наибольшем измерении и/или с толщиной более 10 мм без распространения за пределы глазного яблока.

T4 – опухоль размером 16 мм в наибольшем измерении и/или с толщиной более 10 мм с распространением за пределы глазного яблока.



Стадирование увеальной меланомы проводится с учетом ее размеров – толщины и наибольшего размера основания опухоли. Эти данные соотносятся с приведенной ниже таблицей, в результате чего определяется ее стадия – T.





# 3

## ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

## Течение заболевания

Меланома глаза – медленно текущее заболевание. Это означает, что до момента распространения на другие органы могут пройти годы. Однако опухоль, поразившая глаз, довольно быстро может лишить пациента зрения.

**Для лечения увеальной меланомы используются разные методы терапии и комбинации лечения, которые врач определяет в каждом случае индивидуально. В нашей стране активно применяются методы, позволяющие справиться с опухолью и сохранить глаз пациента, что не всегда сопровождается сохранением зрения в пораженном опухолью глазу.**

Лечением первичной меланомы занимаются врачи-офтальмоонкологи. У специалистов-онкологов, как правило, наблюдаются и проходят лечение пациенты с высоким риском развития метастатической формы болезни, а также пациенты, у которых уже выявлены проявления болезни в других органах вне глаза.

**Лечение пациентов с увеальной меланомой имеет триединую задачу: сохранение жизни, сохранение глаза и, по возможности, зрения.**

## ВАЖНО!

**Статистически при прочих равных условиях (размер опухоли, локализация и т.д.) выбор метода лечения (органосохраняющее или удаление глаза) не влияет на продолжительность жизни.**

## Выбор метода лечения увеальной меланомы основывается на оценке особенностей

- **опухоли** – локализация, размеры (толщина и диаметр основания), форма, степень пигментации;
- **глаза** – наличие изменений, вызванных опухолью, сопутствующая патология, функции обоих глаз – настоящие, потенциальные, прогнозируемые;
- **пациента** – возраст, соматическое состояние, общие заболевания, социальные аспекты: трудоспособность, профессия, желания, предпочтения, мотивация к лечению.

**Лечение увеальной меланомы делится на две группы** – органосохраняющее и лечение без сохранения глаза.





# 4

## ОРГАНО- СОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

**Органосохраняющее лечение, в свою очередь, может быть терапевтическим и хирургическим.**



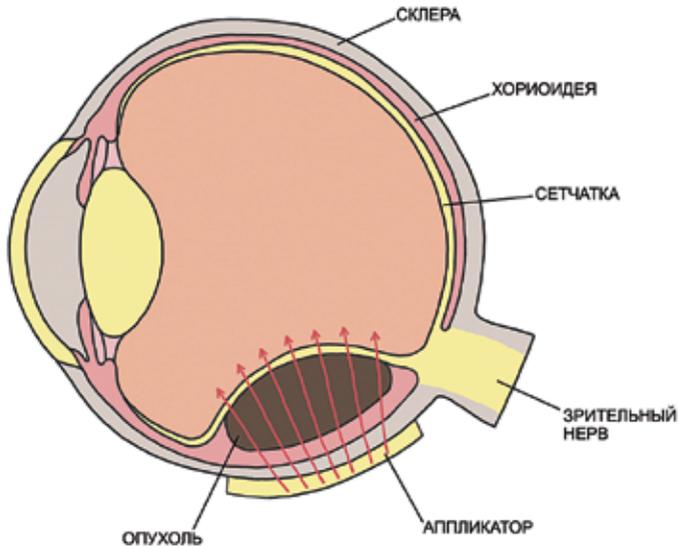
**Брахитерапия (БТ) – контактное облучение опухоли с использованием радиоактивных офтальмо-аппликаторов с радиоизотопами рутения (Ru-106) и стронция (Sr-90). Особенностью брахитерапии является отсутствие радиоактивного воздействия на организм в целом.**



В настоящее время брахитерапия является наиболее распространенным и успешным методом лечения пациентов с увеальной меланомой.

Показаниями к брахитерапии считают высоту опухоли до 6,0 (в ряде случаев – до 10,0 мм) и диаметр основания до 15–16 мм.

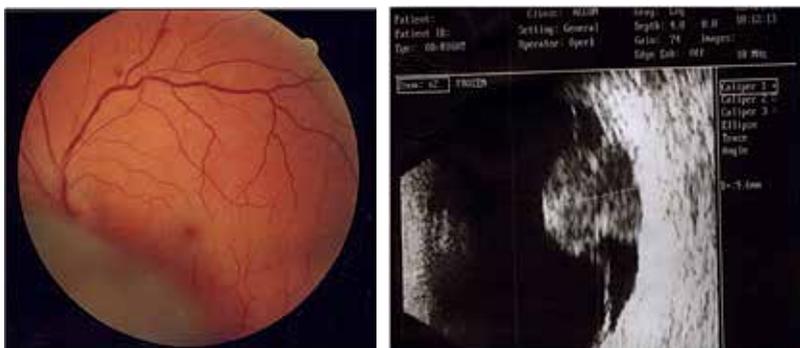
**Как проводится лечение:** операция проводится под местной анестезией, врач подшивает аппликатор к поверхности глазного яблока в проекции опухоли. В течение нескольких дней (рассчитывается индивидуально), пока осуществляется лечебное воздействие, пациент находится в стационаре. После получения опухолью необходимой дозы облучения аппликатор снимают (вторая операция). Пациента выписывают на следующий день либо через день.



**Оценка результатов лечения:** проводится лечащим врачом-офтальмологом не ранее, чем через три-четыре месяца после лечения на основании осмотра и обследования пациента.

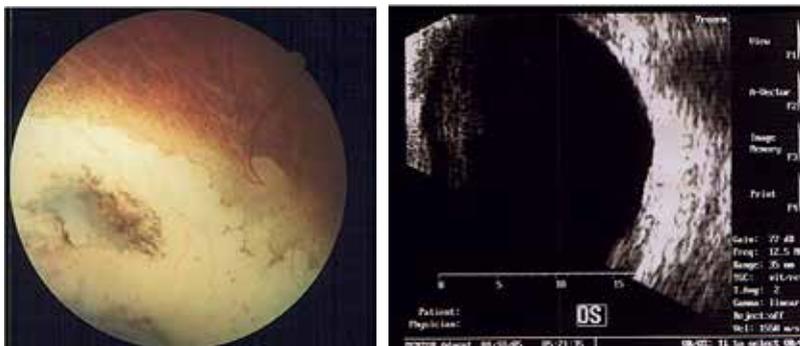
### **ВАЖНО!**

**Разрушение опухоли может занимать от нескольких месяцев до нескольких лет с полной либо частичной регрессией. Наблюдение проводится с различной периодичностью пожизненно.**



Меланома хориоидеи до брахитерапии

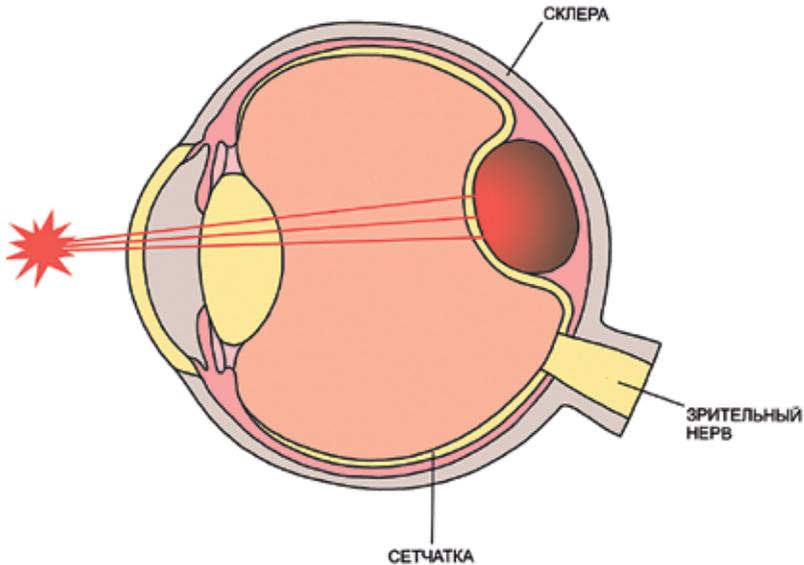
---



Меланома хориоидеи. Полная регрессия опухоли после брахитерапии

---

**Диод-лазерная транспуиллярная термотерапия (ТТТ)** – метод лазерного воздействия на опухоль, суть которого состоит в нагревании, что приводит к последующему ее разрушению.



ТТТ является методом выбора лечения пациентов с центрально расположенными пигментированными опухолями высотой не более 3,0 мм и основанием не более 10 мм без отслойки сетчатки и с перспективами на сохранение зрения.

**Лечение проводится** под местной анестезией в условиях лазерной операционной и длится в среднем 20 минут. Количество сеансов воздействия нередко составляет от 1 до 5 с перерывом 2–6 месяцев.

**Оценка результатов лечения:** проводится через 3–4 месяца лечащим врачом-офтальмологом на основании осмотра и обследования пациента. Наблюдение проводится с различной периодичностью пожизненно.

**Транссклеральное удаление** (хирургическое лечение) – иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, проводится при опухолях (иридо)цилиохориоидальной локализации (радужка, цилиарное тело, хориодея) высотой более 5–6 мм и небольшом диаметре основания (до 15–17 мм). Является методом выбора в случаях, когда лучевая терапия невозможна из-за высокого риска возникновения осложнений со стороны переднего отрезка глаза.

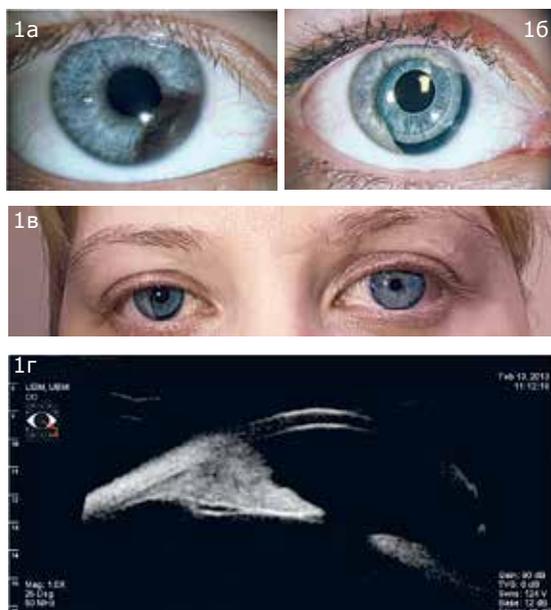
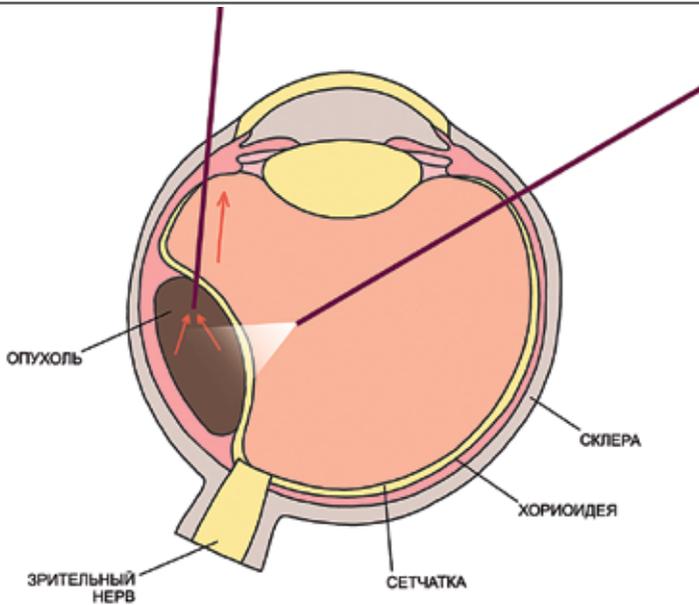


Рис. 1а – меланома радужки и цилиарного тела до транссклерального удаления; рис. 1б, 1в – после удаления; рис. 1г – опухоль до лечения при проведении ультразвуковой биомикроскопии

**Эндовитреальное удаление внутриглазной опухоли (эндорезекция)** – вид органосохраняющего хирургического лечения – удаление опухоли с использованием микроинвазивных технологий, которые дают возможность удалить меланому хориоидеи с помощью небольшого прокола.



В каждом конкретном случае операция проводится в один или несколько этапов.

При выполнении эндорезекции меланомы хориоидеи в качестве **первичного** метода лечения дополнительно проводится брахитерапия с целью профилактики рецидива опухоли.



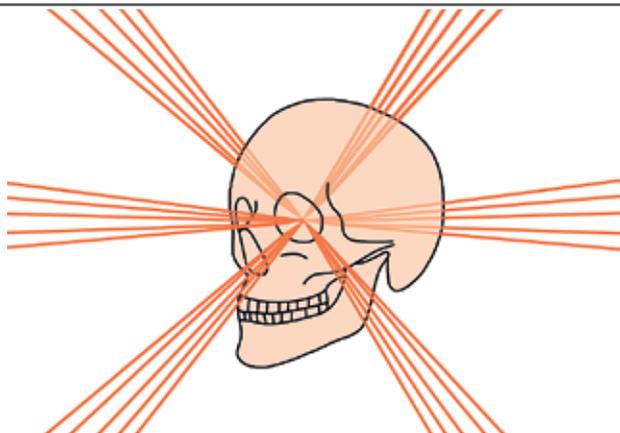
Меланома хориоидеи до (рис. 2а) и после (рис. 2б) эндовитреального удаления с брахитерапией



Меланома хориоидеи до (рис. 3а) и после (рис. 3б) эндовитреального удаления с брахитерапией

При выполнении эндорезекции внутриглазной опухоли **после предшествующего лечения** (брахитерапии, стереотаксического облучения «Гамма-ножа») дополнительного лечения с использованием лучевых методов, как правило, не требуется.

**Стереотаксическое облучение на установке «Гамма-нож»** – вид дистанционной лучевой терапии, обладающий высокой концентрацией воздействия с минимальной лучевой нагрузкой на окружающие ткани за счет использования излучения порядка 200 радиоактивных источников. Лечение проводится амбулаторно.





Планирование стереотаксического облучения на установке «Гамма-нож»



Фиксация стереотаксической рамы

Проводится при лечении опухолей большого размера (меланома сосудистой оболочки глаза высотой более 5–6 мм).



# 5

## ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ СОХРАНЕНИЯ ГЛАЗА

## **К сожалению, в некоторых случаях не удастся сохранить пораженный опухолью глаз.**

Удаление глаза – это, конечно, стресс для пациента. Страх, отчаяние, депрессия – это совершенно нормальная реакция. В момент известия, меняющего нашу жизнь, мы все переживаем эти чувства. Мы сравниваем нашу жизнь до диагноза с тем, как мы будем жить после операции. В этот период надо постараться воспринять лечение как способ победить болезнь и жить дальше. Помните, что современные методы протезирования (о которых мы расскажем ниже) позволяют сделать наличие протеза практически незаметным, а к новому зрению большинство пациентов адаптируются в течение года.

### **Показания к удалению глаза (энуклеации):**

- большие размеры опухоли;
- распространение опухоли на диск зрительного нерва;
- отсутствие зрительных функций;
- признаки экстрабульбарного роста (выход опухоли за пределы глаза);
- вторичная глаукома.

**Операция по удалению глаза называется энуклеацией** – лечение проводится в условиях комбинированного обезболивания (местная и общая анестезии). В осложненных случаях – под наркозом.

В МНТК «Микрохирургия глаза» в стандарте проводится **энуклеация с имплантацией внутреннего протеза** и последующим наружным протезированием при УМ. Эндопротезирование позволяет достичь улучшенного косметического результата. При таком виде протезирования глазодвигательные мышцы фиксируются к эндопротезу, что обеспечивает его подвижность.



Подвижность глазного протеза:  
при взгляде вниз (рис. 4а), при взгляде вверх (рис. 4б)

---



Косметический результат после энуклеации с эндопротезированием

---

## Протезирование

Глазной протез – это не только вопрос эстетики и душевного комфорта.



При отсутствии глаза человеку обязательно нужно носить протез, иначе конъюнктивальная полость уменьшится в размерах, зарастет. Кроме того, ресницы будут загибаться внутрь, доставляя дискомфорт, травмировать конъюнктиву и вызывать хронические воспалительные процессы.

Подбор первичного (временного) наружного протеза проводится уже при выписке пациента из стационара (на 4–7-й день после операции). Подбор постоянного наружного протеза проводится через 3–4 месяца (после полного исчезновения отека) при самостоятельном обращении пациента на фабрику глазного протезирования в Москве либо по месту жительства.

Косметический глазной протез изготавливают из стекла или пластмассы с нанесением индивидуального рисунка радужки и даже склеры с кровеносными сосудами, чтобы искусственный глаз не отличался от парного.

**Глазной протез, как правило, подлежит замене через 8–18 месяцев.**

### **Жизнь после удаления глаза**

После операции по удалению глаза понадобится какое-то время, чтобы адаптироваться к своему новому состоянию. Необходимо быть осторожным и беречь здоровый глаз от травм, необходимо учиться видеть одним глазом и привыкнуть к несколько изменившейся внешности. Однако это не означает, что на это время нужно запереться дома и ограничивать себя излишне. Возможно, кому-то нужно будет овладеть новой специальностью и сменить работу. Но жить после удаления глаза можно и нужно полноценной жизнью!

Это нормально, если после операции по удалению глаза пациенту понадобится психологическая поддержка. Можно поискать сообщества людей, прошедших через такую операцию, чтобы обсудить с ними свои чувства и опыт и не чувствовать себя одиноким. Если чувство тупика, отчаяния и горя не отпускает, стоит обратиться за помощью к психологу или психотерапевту. Иногда, чтобы справиться с ситуацией, нужна профессиональная помощь или терапия, с помощью которой вы сможете снова ощутить радость жизни.

## Безопасность

При потере глаза необходимо носить очки для защиты единственного глаза, даже если его зрение высокое. Кроме того, очки придадут уверенность и сделают протез менее заметным.

Людам, лишившимся глаза, требуется определенный период (до 1 года) привыкания к своему состоянию, повседневной активности, выполнению различных работ.

# ЧТО ДЕЛАТЬ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

## ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОЙ ОПУХОЛИ У ОФТАЛЬМООНКОЛОГА:

- встать на диспансерный учет онколога по месту жительства;
- регулярно наблюдаться у офтальмоонколога по месту лечения в соответствии с указанными рекомендациями;
- регулярно проходить общие обследования: МРТ органов брюшной полости с контрастированием и КТ легких по рекомендованной схеме;
- избегать повышенного напряжения, поднятия тяжестей в течение первых месяцев после лечения;
- направить выписку в бюро медико-социальной экспертизы для установления группы инвалидности по общему заболеванию (см. подробнее в разделе «Права пациента»).



# 6

## РИСК МЕТАСТАЗИ- РОВАНИЯ

**Многие пациенты хотят забыть о своей болезни после первого этапа лечения. Но в случае с увеальной меланомой это опасно. Даже несмотря на полное излечение внутриглазной опухоли, появление метастазов не исключено. Однако вероятность развития метастазов индивидуальна.**

### **Метастазы развиваются:**

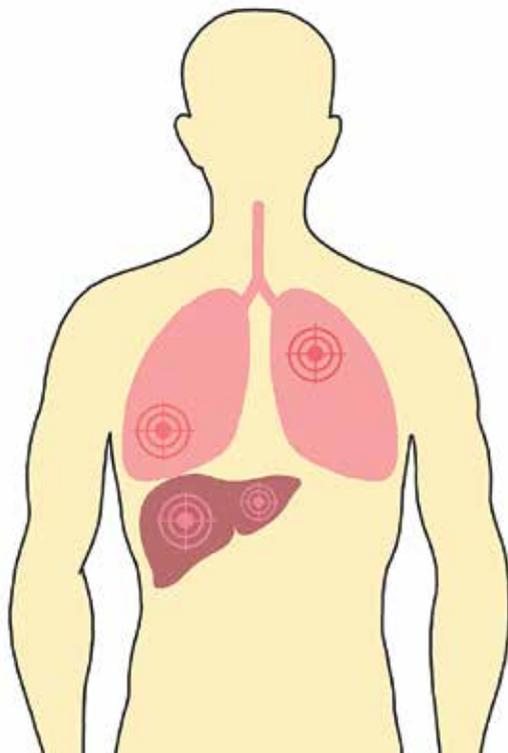
- в течение 5 лет – у 10-25% пациентов;
- в течение 10 лет – у 40-66% пациентов.

### **Куда метастазирует УМ:**

- печень – 90% случаев.

Это связано с биологией внутриглазной опухоли – на поверхности были найдены рецепторы, которые имеют связь с печеночными клетками;

- легкие – до 15%;
- кости, кожу, лимфатические узлы, головной мозг – редко.



### От чего зависит риск метастазирования УМ:

**возраста пациента:** возраст пациента на момент постановки диагноза старше 70 лет характеризуется неблагоприятным прогнозом;

**размера первичной опухоли:** чем больше размер опухоли, тем хуже прогноз;

**локализации УМ:** вовлечение в процесс цилиарного тела ухудшает прогноз;

**экстрабульбарного распространения опухоли:** веский неблагоприятный фактор.

**Гистологический тип опухоли** (определяется при морфологическом исследовании ткани опухоли):

- веретенноклеточный тип опухоли – «благоприятный» тип;
- смешанный тип (эпителиоидный и веретенноклеточный типы одновременно) – «промежуточный» тип;
- эпителиоидно-клеточный тип – «неблагоприятный» тип.

### Генетические изменения в опухоли

Что именно становится пусковым механизмом в развитии увеальной меланомы, врачи сказать не могут. Но им удалось найти генетические нарушения в опухоли, определяющие риск развития метастатической болезни.

Для определения таких нарушений проводятся

#### **цитогенетическое исследование:**

- определение моносомии хромосомы 3;
- определение потери длинного плеча хромосомы 8;

#### **молекулярно-генетическое исследование:**

- **GNAQ** – основной вид мутации при увеальной меланоме (встречаемость до 50%), GNA11 (встречаемость до 50%). Данный вид мутаций, возможно, в будущем будет являться мишенями для терапии;
- **EIF1AX** – данный вид мутации ассоциирован с благоприятным прогнозом;

- **SF3B1** – данный вид мутации ассоциирован с промежуточным прогнозом;
- **PRAME** – ассоциирован с плохим прогнозом;

#### **иммуноцитохимическое исследование:**

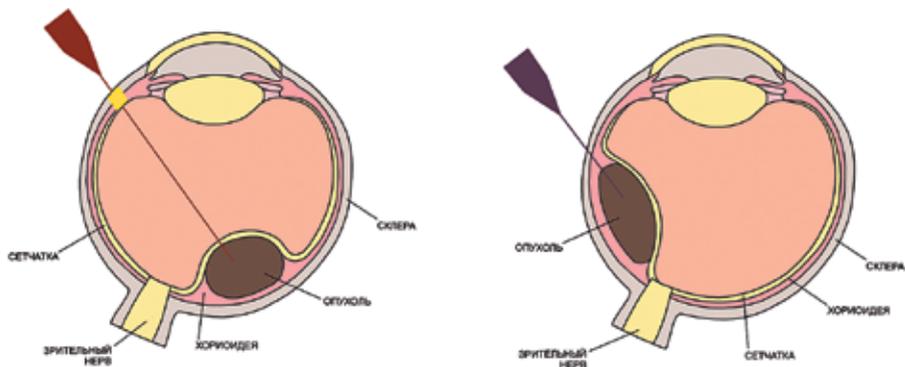
**тест на белок VAP1** – белок, подавляющий развитие опухоли. Его инактивация свидетельствует о неблагоприятном прогнозе.

**Для проведения прогностических исследований используются клетки опухоли. Материал для определения прогностических факторов в опухоли получают:**

- с помощью ТИАБ (тонкоигольной аспирационной биопсии) опухоли одновременно с ее облучением (например, брахитерапией) при сохранении глаза.

ТИАБ выполняется специальными иглами, диаметр которых составляет 0,6 мм и менее. Процедура выполняется в операционной под местной анестезией и занимает в среднем 10–15 минут. Полученный при биопсии клеточный материал помещают в питательную среду и транспортируют в лабораторию.





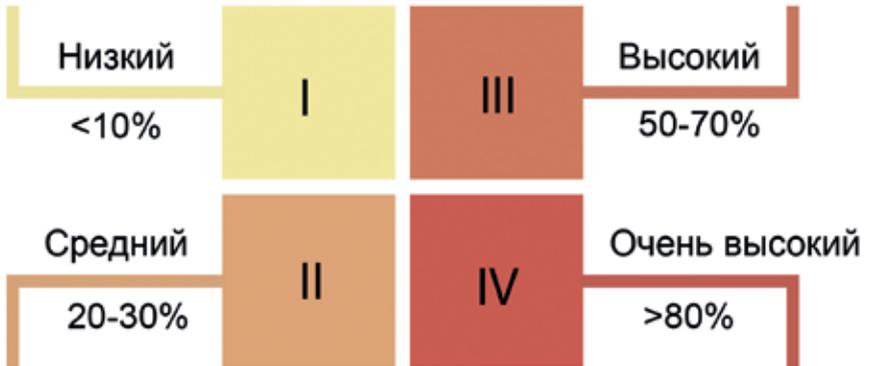
ТИАБ увеальной меланомы

**ВАЖНО!** Многолетний опыт зарубежных клиник в мире (проведено более 1500 манипуляций) и опыт МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова показывает, что проведение биопсии УМ безопасно как для глаза, так и для жизни пациента. Однако данная манипуляция должна выполняться опытным офтальмоонкологом в специализированном учреждении;

- при эндорезекции опухоли;
- при проведении энуклеации при отсутствии возможности сохранить глаз.

По итогам исследований различных авторов выделяют четыре группы риска метастазирования увеальной меланомы (распространения опухоли в организме) (% – вероятность появления метастазов).

### Риск развития метастазов при увеальной меланоме



### Почему важен прогноз?

- понимание степени риска возникновения метастазов;
- для индивидуализации объема и периодичности наблюдения – в зависимости от группы риска определяют спектр необходимых методов исследования, а также подбирают схему наблюдения;
- может иметь значение для возможной профилактической (адъювантной) терапии.

**ВАЖНО!** Наличие неблагоприятного прогноза – это не приговор! Это лишь важная информация.

## **ВАЖНО!**

В крупных научных офтальмологических или онкологических институтах вам могут предложить участвовать во внутренних протоколах или международных клинических исследованиях по профилактическому лечению. Это отличная возможность получить самое современное лечение, не стоит от нее отказываться.

## **Какие диагностические методики входят в план обследований?**

Частота обследований зависит от группы риска метастазирования увеальной меланомы.

### **Основные инструментальные методы обследования:**

- **МРТ брюшной полости с в/в контрастированием.**

Частота обследования: от 1 раза в 3 месяца до 1 раза в 6 месяцев.

**ВАЖНО!** Данный метод **ДОЛЖЕН** использоваться для ранней диагностики метастатического процесса в печени.

- **УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, всех групп периферических лимфоузлов** – периодичность исследования зависит от прогностических факторов первичной опухоли.

Данный вид исследования должен быть проведен в специализированном онкологическом учреждении специалистом, имеющим опыт дифференциальной диагностики метастатических поражений печени.

Частота обследования: от 1 раза в 2–3 месяца до 1 раза в 6 месяцев.

- **КТ органов грудной клетки.**

Частота обследований: от 1 раза в 3 месяца до 1 раза в 6 месяцев.

### **Дополнительные инструментальные методы обследования:**

- **ПЭТ-КТ:** как скрининговый метод (метод поиска метастазов) используется при увеальной меланоме редко, необходим для планирования локального лечения метастазов в печени.
- **Сцинтиграфия костей скелета:** необходима при наличии симптомов (боли неясной этиологии в различных отделах позвоночника).
- **МРТ головного мозга с в/в контрастированием:** по показаниям (например, при наличии симптомов (головная боль, рвота, головокружение)).

**ВАЖНО!** При обнаружении каких-либо изменений по результатам обследований необходимо связаться со своим лечащим врачом-офтальмоонкологом для дачи дальнейших рекомендаций и организации консультации у онкологов, занимающихся подобными проблемами.

### Основные лабораторные тесты:

- общий анализ с развернутой лейкоцитарной формулой;
- биохимический анализ крови, включая печеночные пробы;
- печеночные трансаминазы (пробы): АЛТ (аланинаминотрансфераза), АСТ (аспартатаминотрансфераза), ЛДГ (лактатдегидрогеназа), ЩФ (щелочная фосфатаза), ГГТ (гамма глутамилтрансфераза).

### ВАЖНО!

**Изменения в приведенных биохимических показателях требуют немедленного обращения к специалисту-онкологу. Должно быть инициировано внеплановое контрольное обследование.**



# 7

## ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМЫ

**Появление метастазов даже спустя годы после первичного лечения означает, что теперь требуется совершенно другое лечение, которое проводят не офтальмологи, а онкологи.**

**Лечебная тактика** делится на два основных варианта в зависимости от распространенности метастатического процесса:

- I. Локальное лечение** – лечение, при котором происходит воздействие только на зону с метастазом.
- II. Системное лечение** – лекарственное лечение путем внутривенного введения противоопухолевых препаратов в кровоток.

## **ЛОКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНЬ**

Когда используются локальные методы лечения:

- первичная опухоль удалена или находится под контролем;
- отсутствуют или имеется незначительное количество очагов в печени;
- поражение печени составляет < 75% при метастатическом заболевании.

### **Хирургический метод**

**Хирургический метод заключается в непосредственном удалении очагов метастатического поражения в печени.** Данное лечение может быть проведено лишь при небольшом количестве очагов (обычно не более 3) и технической возможности их удаления.

Операция выполняется под наркозом. После хирургического вмешательства пациент переводится в палату интенсивного наблюдения, откуда после проведения необходимых анализов возвращается в палату отделения. В течение нескольких дней после операции осуществляется наблюдение за пациентом. Через месяц проводятся контрольные исследования – КТ или МРТ для выработки тактики дальнейшего лечения.

### **Возможные осложнения после хирургического лечения:**

- **кровотечение;**
- **воспалительные изменения** (повышение температуры тела, изменения показателей крови).

### **РЧА очагов в печени (радиочастотная абляция)**

**РЧА – это направленное, контролируемое гипертермическое воздействие** (нагревание), в результате которого происходят разрушение и гибель опухолевых клеток.

#### **Особенности данного метода:**

- не требует хирургического вмешательства;
- не применяется, если опухоль больше 3 см в диаметре;
- имеет ряд ограничений по месторасположению очагов (вне тесной связи с важными структурами печени или близлежащими органами);

- возможности использования различных типов воздействия (микроволновая или радиочастотная абляция);
- остановка роста опухоли может быть достигнута в 85–95%.

### **Как проводится РЧА**

РЧА выполняется в специально оборудованной операционной под контролем ультразвука или компьютерной томографии. Операция проходит под наркозом. Примерная длительность составляет 30–90 минут. Под контролем УЗИ или КТ производится введение специальных игл-электродов в метастатические очаги в печени. Вокруг кончика иглы создается область высокой температуры, за счет чего данная зона подвергается термодеструкции. В послеоперационном периоде пациент находится в палате интенсивной терапии и в тот же день может вставать и самостоятельно передвигаться. В дальнейшем производятся контрольные исследования анализов крови и УЗИ. Через месяц выполняются контрольные КТ и МРТ для оценки степени послеоперационных изменений и принятия решения о дальнейшей тактике лечения.

### **Возможные осложнения:**

- **воспаление** (боль в области печени, повышение температуры тела);
- **крове- или желчеистечение** по ходу раневого канала.

## **ТАХЭ при очагах в печени (трансартериальная химиоэмболизация)**

**Химиоэмболизация – это инновационный метод лечения злокачественных новообразований, сочетающий в себе эмболизацию (закупоривание) артерии, питающей опухоль, материалом, в состав которого введен противоопухолевый препарат.**

Печеночная трансартериальная эмболизация используется для доставки высоких доз химиопрепаратов непосредственно к опухолевым очагам в печени, обеспечивает увеличение времени воздействия препарата. Уже более 20 лет химиоэмболизация применяется для лечения метастазов увеальной меланомы в печени.

### **Преимущества химиоэмболизации в качестве локальной терапии:**

- длительное воздействие высокой концентрации химиопрепарата;
- отсутствие обычных побочных эффектов;
- дополнительное влияние эмболизата: закупорка сосудов, питающих опухоль.

**Химиоэмболизация может выполняться всем пациентам с изолированным поражением печени (как исключение при наличии незначительного количества внепеченочных метастазов). Объем поражения печени не должен превышать 75%, функция печени не должна быть значительно снижена.**

Для оценки эффективности ТАХЭ и для минимизации ухудшения печеночной функции при множественном поражении печени возможна подоловая эмболизация: сначала выполняется ТАХЭ одной доли, через некоторое время – контрольные КТ и МРТ с обсуждением тактики дальнейшего лечения.

Для химиоэмболизации метастазов увеальной меланомы в печени используются различные комбинации химиопрепаратов и эмболизирующих частиц.

**В процессе данного лечебного воздействия выделяют несколько этапов.**

Первый – катетеризация магистральных артерий. Производится пункция в основном бедренной артерии справа, однако возможны варианты. При технических сложностях или особенностях сосудистой анатомии возможен доступ через левую бедренную артерию или через подмышечные артерии. Устанавливаются высокотехнологические катетеры для достижения самых маленьких артерий печени.

Второй – диагностический этап: определяются нюансы сосудистой анатомии, кровоснабжения печени, расположение и особенности питания опухолевых узлов.

Кончик катетера или микрокатетера устанавливается в артерии, питающей опухолевые узлы.

Под контролем рентгентелевидения производится введение смеси в интересующие артерии.

По окончании выполняется контрольное исследование, удаляется катетер, накладывается давящая по-

вязка на сутки. Пациент сразу переводится из операционной в отделение, где находится под наблюдением на постельном режиме сутки. В дальнейшем производятся контрольные исследования анализов крови. Через месяц выполняются контрольные КТ и МРТ для оценки степени послеоперационных изменений и принятия решения о дальнейшей тактике лечения.

### **Осложнения:**

**постэмболизационный синдром** (боль в области печени, тошнота, рвота, повышение температуры тела, изменения показателей крови (повышение/понижение лейкоцитов в крови и подъем печеночных проб), выраженная слабость).

### **ВАЖНО!**

**Данные явления купируются в стационаре под контролем специалиста.**

### **СИСТЕМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**Лекарственное лечение – это один из основных вариантов лечения онкологических заболеваний,** при котором используются различные лекарственные препараты, которые могут иметь разную форму (таблетки, капсулы, растворы, порошки, жидкости) и разный тип введения (внутривенно, перорально).

В зависимости от препаратов и их действия на организм пациента и на опухолевые клетки лекарственное лечение делится на несколько вариантов.

**ХИМИОТЕРАПИЯ** – одновременное использование одного или нескольких препаратов, которые оказывают токсическое влияние на быстро делящиеся клетки, в том числе опухолевые. Целями проведения химиотерапии являются остановка, уничтожение или хотя бы замедление роста опухолевых клеток. С учетом того, что действие этих лекарств направлено на активно делящиеся клетки, кроме опухолевых, лекарства также влияют на здоровые активно делящиеся клетки.

**Это влияние на здоровые клетки приводит к тому, что развиваются побочные эффекты лечения, например, со стороны системы крови:**

- **снижение белых клеток крови** (лейкоцитов и нейтрофилов) становится причиной снижения защитных свойств организма и возможного присоединения инфекций;
- **снижение красных клеток крови** (эритроцитов) – развивается анемия, которая может привести к выраженной слабости;
- **снижение тромбоцитов** – клеток крови, отвечающих за свертываемость, что повышает риск развития кровотечений (носовых, желудочных, маточных).

Побочные эффекты химиотерапии отмечают также со стороны:

- волосяных фолликулов: приводит к потере и выпадению волос (алопеция);
- ЖКТ: тошнота, рвота, диарея (жидкий стул).

Сегодня возможно успешно снизить риск развития части побочных эффектов, заранее используя и соблюдая соответствующие рекомендации врача.

**По количеству используемых препаратов различают:**

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

### **ВАЖНО!**

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

**Какие химиотерапевтические препараты используют для лечения метастатической увеальной меланомы?**

- дакарбазин и его комбинации с цисплатином и винбластином или интерфероном;
- паклитаксел и его комбинации с карбоплатином;
- треосульфамид в комбинации с гемцитабином.

**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 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.

**ВАЖНО!** Для увеальной меланомы нет зарегистрированных таргетных препаратов.

**Таргетные препараты**, которые используются при метастатической форме увеальной меланомы:

траметиниб – ингибитор MEK, ответ на который составляет не более 15%.

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

Роль иммунной системы заключается в защите организма от вредных факторов, таких как бактерии и вирусы. После первой встречи с чужеродной материей (такой как микробы, вирусы или опухолевые клетки) иммунная система принимает 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-клетками. 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.

Иммуноонкологическая терапия метастатической увеальной меланомы: моноклональные антитела (анти-CTLA4 (ипилиумаб), анти-PD1 антител (ниволумаб, пембролизумаб).

**ВАЖНО! К сожалению, в отличие от меланомы кожи, эффективность иммуноонкологических препаратов при увеальной меланоме крайне низкая. Продолжаются клинические исследования по комбинациям иммунопрепаратов, и, возможно, в будущем иммунотерапия займет достойное место в лечении метастатической увеальной меланомы.**

Как и любое лечение, иммунотерапия 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 вашем организме, поэтому осложнения (в виде воспаления за счет активации иммунных клеток) могут развиваться в любом органе или части вашего 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 температуры.

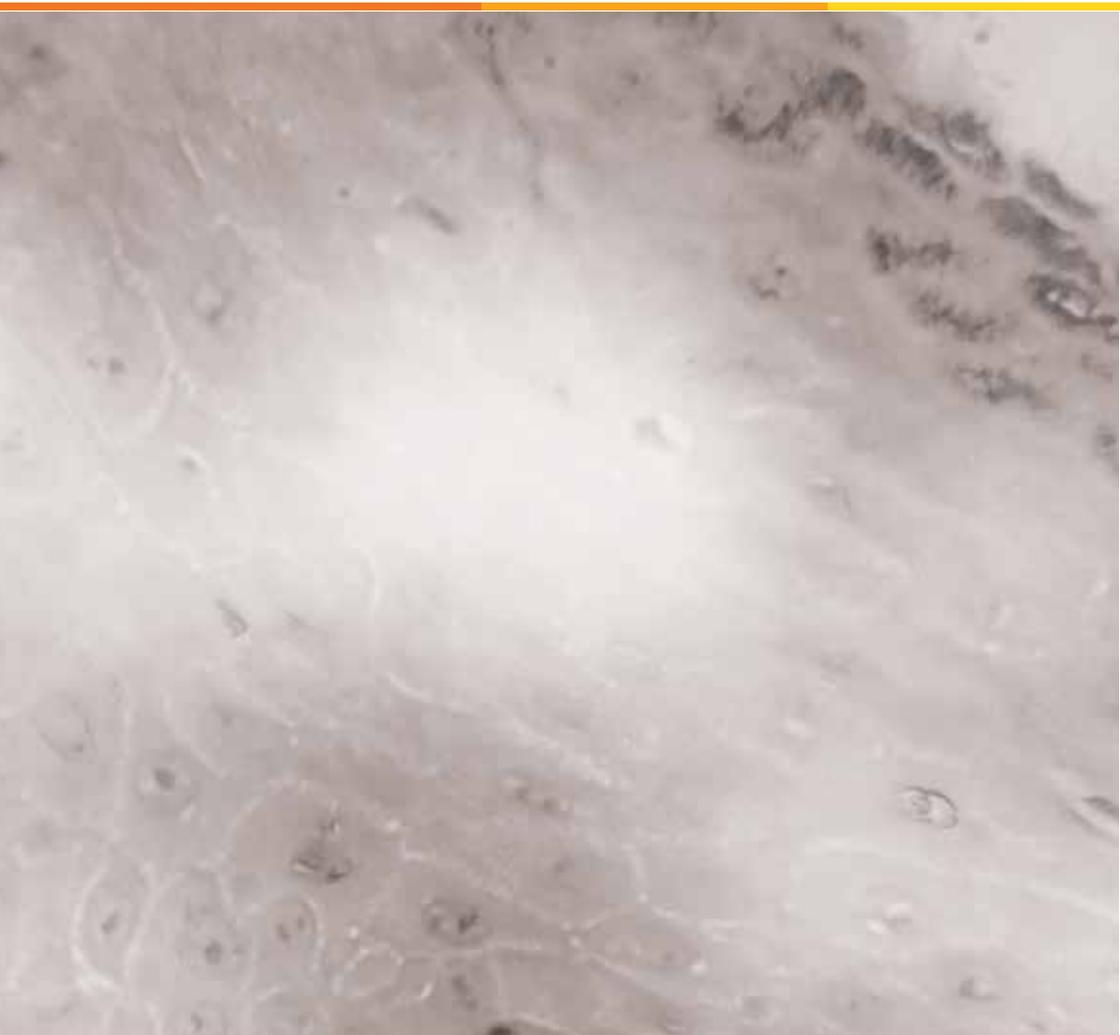
### **ВАЖНО!**

Не принимайте никаких других препаратов в период лечения, не проконсультировавшись с вашим врачом. Осложнения могут проявляться 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 иммуноопосредованных 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!**

**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.



# 8

## ОСНОВНЫЕ ПРАВА ПАЦИЕНТА

## № 1

### ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ

Пациент с увеальной меланомой подлежит пожизненному диспансерному наблюдению (Приказ Минздрава РФ от 19.04.1999 № 135 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра» и ставится на учет в территориальный онкодиспансер для получения специализированной помощи, а также выполнения основных диагностических манипуляций (УЗИ, КТ и МРТ).

Срок проведения рентгенографического, ультразвукового исследований не должен превышать 14 календарных дней со дня назначения. Высокотехнологичная диагностика: КТ (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию) и МРТ – проводится в срок не более 30 календарных дней со дня назначения (приказ МЗ МО № 1127).

## № 2

### КАК ПОЛУЧИТЬ ИНВАЛИДНОСТЬ?

Пациенту с увеальной меланомой необходимо обратиться к участковому врачу с выпиской из учреждения, где проводилось лечение, для направления в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) для установления группы инвалидности. Устанавливается инвалидность, исходя из критериев, указанных в Приказе Минтруда России от 29.09.2014 № 664н.

## № 3

### ЧТО ДАЕТ СТАТУС ИНВАЛИДА?

**Инвалидность не делает человека пожизненно нетрудоспособным, а лишь дает возможности для получения дополнительных льгот, таких как:** льготные препараты, льготный проезд к месту лечения, льготы при оплате услуг ЖКХ, льготы на путевки в санаторий, на трудовые льготы (увеличенный отпуск, сокращенный рабочий день и другие), а также льготы на бесплатное протезирование (Постановление правительства РФ от 31.12.2005 № 877).

Инвалиды, нуждающиеся в **глазном протезировании**, имеют право на получение раз в два года за счет средств федерального бюджета глазных протезов, внесенных в единый реестр медицинских изделий Минздрава РФ. Для этого необходимо подать в территориальное подразделение Фонда социального страхования (ФСС) заявление, ИПР, документ, удостоверяющий личность, и справку из медицинского учреждения, подтверждающую необходимость в протезировании глаза.

Если услуга либо техническое средство, предусмотренные в программе реабилитации, не могут быть предоставлены гражданину или он осуществил их оплату собственными средствами, ему полагается компенсация затрат. Возмещение расходов должно осуществляться территориальными подразделениями ФСС. При этом право на компенсацию дают только подтвержденные документально договорные отношения с действительными исполнителями ИПР и доказательства факта оплаты.

## № 4

### ПРАВО НА БЕСПЛАТНЫЕ ЛЕКАРСТВА

Для получения льготных лекарств пациент, имеющий группу инвалидности, включается в федеральный регистр льготников Пенсионным фондом по месту жительства. Не имеющий группы инвалидности онкологический пациент включается в региональный регистр льготников через ЛПУ. Онкобольные без инвалидности являются региональными льготниками с правом бесплатного получения всех лекарственных средств.

#### **ВАЖНО!**

**Не имеющий группы инвалидности, но страдающий злокачественным новообразованием пациент имеет право на бесплатное получение лекарств не только по онкологии, но и по любому другому заболеванию.**

## № 5

### ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Пациенты и с 4-й стадией имеют право на противоопухолевое лечение, а если оно уже нецелесообразно, то на паллиативное лечение. И оба вида лечения включают применение лекарственной или лучевой терапии в

рамках стандартов. Если пациенты с запущенной стадией рака не подлежат дальнейшему противоопухолевому лечению, им выдается выписка с рекомендацией проведения симптоматического лечения по месту жительства.

Паллиативное лечение могут начать уже в стационаре онкодиспансера после окончательного определения инкурабельности больного. При выписке такого пациента из стационара ему могут назначить или сразу выдать обезболивающие наркотические препараты на 5 дней.

**Право на облегчение боли всеми доступными методами и препаратами гарантирует статья 19 закона «Об основах охраны здоровья граждан».** Выписать рецепт может не только врач-онколог, но и участковый терапевт или фельдшер (Приказ Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» в редакции, действующей с 01.01.2016. <https://rg.ru/2013/07/03/lekarstva-dok.html>). Получать лекарство за пациента могут родственники или знакомые. Действие рецепта – 15 дней, после истечения этого срока нужно получать новый, получить препараты «впрок» закон не позволяет. Обезболивающие по рецепту выдают в определенных аптеках, имеющих разрешение на отпуск психотропных и наркотических средств.

Количество выписываемых наркотических препаратов списка II (препараты морфина, просидол, препараты фентанила, бупренорфин, пиритрамид и др.) при оказании пациентам паллиативной помощи может быть увеличено в два раза по сравнению с предельно допу-

стимым количеством для выписывания на один рецепт. Если слабые опиоиды пациенту уже не помогают, нужно менять схему обезболивания. Если участковый врач отказывается изменить схему и продолжает записывать в карточке, что боль умеренная, следует вызвать на дом работников хосписа и попросить письменные рекомендации на выписку обезболивающих, вплоть до наркотических.

Для лечения острых и хронических болевых синдромов должна применяться единая тактика, основанная на строгом соответствии назначаемых средств обезболивания интенсивности боли. Схема обезболивания указана, в частности, в методических указаниях «Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли» (утв. Департаментом развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития РФ 24.11.2004).

## БРОШЮРА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Л.В. Демидов, А.А. Яровой, В.А. Яровая, В.В. Назарова, К.В. Орлова,  
И.А. Утяшев, Д.В. Мартынков, В.Ю. Косырев

# УВЕАЛЬНАЯ МЕЛАНОМА

### ТЕХНИЧЕСКАЯ ГРУППА

Выпускающий редактор Мария Цыбульская

Дизайн макета Иван Голыжников

Иллюстрации Юлия Саяпина

Верстка Марианна Крылова

Корректурa Гульсина Мубаракшина

Подписано в печать 12.04.2019. Формат А5. Тираж - 1000 экз.

Заказ № . Типография «Зетапринт», Москва, Волгоградский проспект 42 к. 8

ISBN 978-5-6041373-1-4

© Л.В. Демидов, А.А. Яровой, В.А. Яровая,  
В.В. Назарова, К.В. Орлова, И.А. Утяшев,  
Д.В. Мартынков, В.Ю. Косырев, 2019



МЕЛАНОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
РЕШЕНИЕ  
ПРОБЛЕМ  
МЕЛАНОМЫ

МОСКВА  
2019

ISBN 978-5-6041373-1-4



9 785604 137314