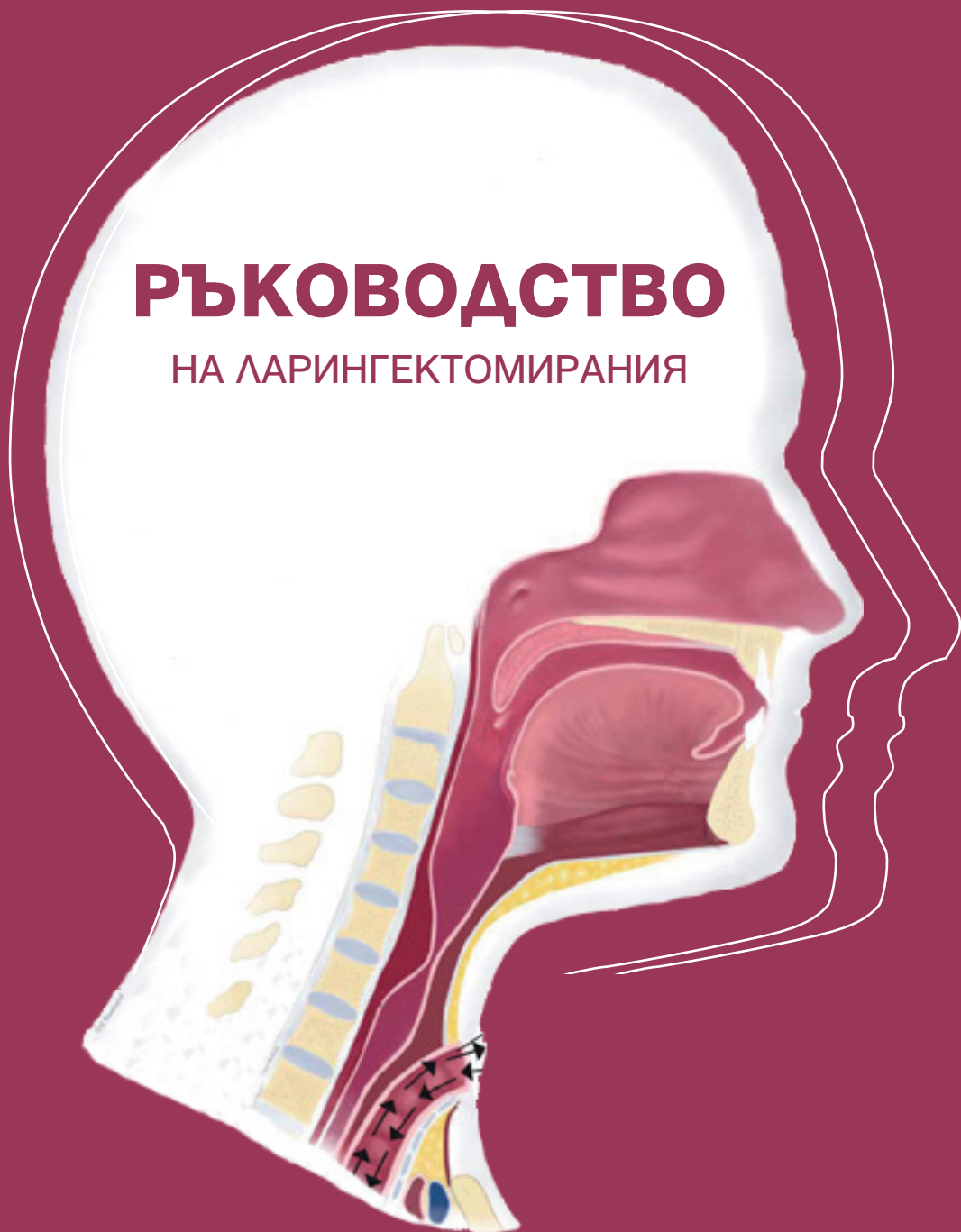


Ицхак Брук

РЪКОВОДСТВО НА ЛАРИНГЕКТОМИРАНИЯ



контекст

Ицхак Брук

РЪКОВОДСТВО

НА ЛАРИНГЕКТОМИРАНИЯ

ПЛОВДИВ, 2018



контекст

Този книга е преведена
и се издава с подкрепата
на **Ротари клуб Пловдив Интернешънъл**

ОТ ПРЕВОДАЧА

*Когато д-р Брук се свърза с мен
с молба да превода това ръководството,
не се поколебах нито за миг,
защото знам колко много дължим
на нашите пациенти.*

Д-р Димитър Пазарджиклиев

РЪКОВОДСТВО НА ЛАРИНГЕКТОМИРАНИЯ

Автор: Ицхак Брук

Превод от английски език: г-р Димитър Пазарджиклиев

Корица и художествено оформление: КОНТЕКСТ ЕООД
Българска. Издание I. 2018 г.

ISBN 978-954-8238-65-6

© Ицхак Брук, 2018 г. – автор

© г-р Димитър Пазарджиклиев, 2018 г. – преводач

Всички права запазени

Издателство „Контекст“ – Пловдив, 2018
Пловдив 4000, ул. „Ц. Дюстабанов“ 10
тел. 032 260 977, context.bg@gmail.com
www.contextbg.com

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

Посвещение	9
Благодарности	10
Уточнение	11
Въведение	13

ГЛАВА 1.

Диагноза и лечение на рака на гръкляна	15
Общ преглед	15
Диагноза	17
Лечение на ларингеалния карцином	19

ГЛАВА 2.

Хирургично лечение: видове ларингектомия, резултати, контрол на болката и второ мнение	21
Видове ларингектомия.....	21
Резултати от оперативното лечение.....	22
Подготовка за операцията	22
Второ мнение.....	23
Контрол на болката след операция.....	24

ГЛАВА 3.

Странични ефекти на лъчелечението при рака на органите на главата и шията.....	26
1. Ранни странични ефекти	27
Кожни увреждания	27
Сухота в устата	28
Промяна на вкуса	28
Възпаление на лигавицата на устната кухина и гърлото (мукозит)	28
Болки в областта на лицето и устната кухина	29
Гадене и повръщане	29
Отпадналост.....	30
Други странични ефекти	30

2. Късни странични ефекти.....	31
Трайна сухота на устата.....	31
Остеорадионекроза на челюстта.....	31
Фиброза и тризм.....	32
Проблеми със зарастването на раната.....	33
Лимфедем.....	34
Хипотиреоидизъм.....	34
Неврологични увреди.....	34
Увреждане на ушите (ототоксичност).....	35
Увреждане на други структури на шията.....	35

ГЛАВА 4.

Странични ефекти на химиотерапията при рака на органите на главата и шията	37
Странични ефекти от химиотерапията.....	38
Намалена резистентност към инфекции.....	39
Кръвонасядания и кървене.....	39
Анемия 39	
Косопад.....	39
Болки и афти в устната кухина.....	40
Отпадналост.....	40

ГЛАВА 5.

Лимфедем, оток на тъканите на шията, болка и изтръпване след лъчелечение и операция	42
Лимфедем	42
Нарушена сетивност след операция	45
Болки в шията и раменете след операция и лъчелечение	45

ГЛАВА 6.

Методи за гласова рехабилитация след ларингектомия.....	49
Други методи за говор.....	53
Диафрагмално дишане и говор.....	54
Усилване на гласа (с усилвател)	55

ГЛАВА 7.

Мукус, секрети и грижи за дихателните пътища	56
Продукция на мукус и поддържане на висока влажност на въздуха	57
Грижи за дихателните пътища и шията в студено време и на големи височини	58
Използване на аспирационна помпа в случаи на мукусни тапи	59
Кръв в храчките	59
Хрема	60
Дихателна рехабилитация	60

ГЛАВА 8.

Грижи за трахеостомата	62
Общи грижи	62
Раздразнение на кожата около стомата	64
Предпазване на стомата по време на къпане	64
Аспириране на вода и пневмония	65
Предпазване от аспирация	65

ГЛАВА 9.

Грижи за филтъра (обменник на влага и топлина)	67
Предимства на филтъра	67
Ефекти на филтъра върху дишането при ларингектомирани	69
Как се поставя лепенката (основата) за филтъра	69
Как се използва автоматичната говорна клапа	71
Спане с филтър	72
Как да покрием, скрием филтъра	73
За и против двата варианта	73

ГЛАВА 10.

Трахеоезофагеална говорна клапа – начин на използване и необходими грижи	75
Видове протези	75
Какво се прави в случай, че протезата протече или се размести	76

Причини за теч през протезата.....	77
Предотвратяване на теча през протезата	80
Какво да правим в случай, че постоянната протеза протече	80
Почистване на протезата	82
Предотвратяване на растежа на гъби върху протезата	83
Лактобацилус ацидофилус за превенция на растежа на гъби.....	84

ГЛАВА 11.

Хранене, преглъщане и обоняние	86
Поддържане на адекватно хранене на ларингектомираните	86
Как да отстраним или преглътнем парче храна, което е заседнало в гърлото ни	88
Рефлукс (връщане) на храна	89
Симптоми и лечение на стомашния рефлукс.....	89
Средства за лечение на киселинния рефлукс	91
Говор по време на хранене след ларингектомия.....	91
Затруднения при преглъщане.....	92
Тестове за оценка на гълтането	94
Проблеми с преглъщането при стеснение на хранопровода.....	95
Дилатация на хранопровода (бужиране)	96
Използване на Votox®	97
Фарингокутанна фистула	98
Обоняние след ларингектомия.....	99

ГЛАВА 12.

Медицински проблеми след лъчелечение и операция: болка, ваксинации, разсейки, хипотиреоидизъм, избягване на медицинските грешки	100
Лечение на болката.....	100
Симптоми и признаци на рецидив или новопоявил се рак на главата и шията	102
Метастазирание на карциномите на главата и шията	102
Хипотиреоидизъм (ниски нива на хормона на щитовидната жлеза) и неговото лечение	103
Предотвратяване на медицински и хирургически грешки	105

ГЛАВА 13.

Превантивни грижи: проследяване, прекратяване на тютюнопушенето и ваксинации	108
Контролни прегледи при личния лекар, интерниста и другите медицински специалисти	109
Ваксиниране срещу грип	109
Ваксиниране срещу пневмококи.....	111
Прекратяване на тютюнопушенето и употребата на алкохол	111

ГЛАВА 14.

Заболявания на зъбите и хипербарна оксигенация.....	113
Дентални проблеми.....	113
Хипербарна оксигенация	115

ГЛАВА 15.

Психологични проблеми: депресия, суицидни мисли, несигурност, споделяне на диагнозата, помощен персонал и асистенти, източници на подкрепа.....	118
Справяне с депресията.....	119
Преодоляване на депресията.....	121
Самоубийства при пациентите с рак на главата и шията	123
Справяне с несигурността относно бъдещето.....	124
Споделяне на диагнозата с други хора.....	125
Грижи за любимия човек страдащ рак.....	126
Източници на социална и емоционална подкрепа	128
Някои „предимства“ на това да си ларингектомиран.....	129

ГЛАВА 16.

Компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и ПЕТ скенер при диагностицирането и проследяването на заболяването.....	130
---	------------

ГЛАВА 17.

Спешна помощ, кардиопулмонална ресусцитация и анестезия при ларингектомираните 133

Изкуствено дишане при ларингектомираните и други хора с трахеостома.....	133
Причини за остър задух при ларингектомирани	134
Тотална ларингектомия	134
Методи за комуникация, използвани от ларингектомираните	135
Разлика между трахеостома и трахеотомия	135
Подготовка за изкуствено дишане.....	136
Обдишване при ларингектомираните.....	137
Обдишване при трахеотомии.....	139
В заключение	139
Как да сме сигурни че дишащи през шията, включително ларингектомираните, получават адекватна спешна помощ.....	140
Процедури и оперативни намеси при ларингектомирани	141
Новите насоки за кардиопулмонална ресусцитация.....	142

ГЛАВА 18.

Да пътуваш като ларингектомиран 144

Грижа за дихателните пътища по време на полет.....	144
Какво трябва да носим със себе си по време на път?.....	145
Подготовка на набор с най-важната информация и материали	146

Допълнение..... 148

Полезни връзки	148
Списък на производители на консумативи за ларингектомирани	149

За автора..... 150

Посвеще н и е

*Посвещавам тази книга на приятелите си без ларинкс
и на хората, които се грижат за тях, заради смелостта
и упоритостта им.*

Б л а г о д а р н о с т и

*Благодаря на Джойс Рибак Брук и Карол Камински
за помощта им при редактирането на книгата.*

Уточнение

*Д-р Брук не е специалист по оториноларингология.
Това ръководство не може да замени грижите,
предоставяни от медицински професионалисти.
Фигури 1, 4 – 6, 9 и 10 са публикувани с разрешението
на Atos Medical Inc.*

Въведение

Аз съм лекар, който през 2008 г. претърпя тотална ларингектомия. През 2006 г. ми беше поставена диагноза рак на ларинкса и първоначално бях лекуван с лъчетерапия. Когато две години по-късно заболяването ми се появи отново, лекарите ме убедиха, че най-сигурният начин за премахването на рака е тоталната ларингектомия. Сега, когато пиша тези редове, вече са минали пет години от операцията ми и нямам данни за рецидив.

Едва след като отстраниха гръкляна ми, осъзнах мащабите на предизвикателствата, пред които са изправени всички ларингектомирани, докато се научат да се грижат сами за себе си. За да преодолееш тези препятствия, трябва да усвоиш навици да се грижиш за дихателните си пътища, да се справиш с дългосрочните странични ефекти от лъчелечението и другите методи на лечение, да живееш с последствията от операцията, да си изправен пред несигурно бъдеще, да се бориш с психологически, социални, медицински и стоматологични проблеми. Освен това разбрах за трудностите, които изпитват всички, преборили се с рак на органите на главата и шията. Този вид рак и неговото лечение засягат някои от основните функции на човека – общуването, храненето, социалните връзки.

След като постепенно се научих да се справям с живота си на ларингектомиран, осъзнах, че решението на много от проблемите се основава не само на медицината и на науката, но също и на опита – чрез принципа опит-грешка. Освен това разбрах, че това, което е добро за едни хора, може да е безполезно за други. Тъй като хората се различават по здравословното си състояние, анатомията и характера си, то те се нуждаят от различни решения. Въпреки това някои общи принципи са подходящи за почти всички ларингектомирани. Когато трябваше да

се науча как да се грижа за себе си и как да преодолее множеството предизвикателства, имах шанса да получавам съвети от моите лекуващи лекари и рехабилитатори и да извлека поуки от други ларингектомирани.

Постепенно осъзнах, че както наскоро ларингектомираните пациенти, така и тези, претърпели операция отдавна, могат да подобрят живота си, като се научат как да се грижат по-добре за себе си. Тогава създадох сайта <http://dribrook.blogspot.com>, за да помагам както на ларингектомирани, така и на пациенти с рак на други органи на главата и шията. В сайта се засягат медицински, дентални и психологически въпроси и се поддържат връзки към видео инструкции с информация за различни теми като изкуствено дишане и др.

Това ръководство се основава на моя сайт и цели да предостави практическа информация относно някои медицински, дентални и психологически въпроси, която да помогне на ларингектомираните и на хората, които се грижат за тях. Ръководството съдържа информация за страничните действия на лъчелечението и химиотерапията, за методите за възстановяване на говора след ларингектомия, за това, как да се грижим за дихателните пътища, стомата, съдържа още информация за филтрите, които овлажняват и затоплят въздуха, който дишаме, и за говорните протези. От друга страна обръщам внимание и на медицински, дентални и психологически въпроси, на въпроси за апаратната вентилация, за анестезията за ларингектомираните, както и на особеностите при пътуване.

Ръководството не заменя професионалните медицински грижи, но се надявам, че е от полза за пациентите и за хората, които се грижат за тях.

ГЛАВА 1.

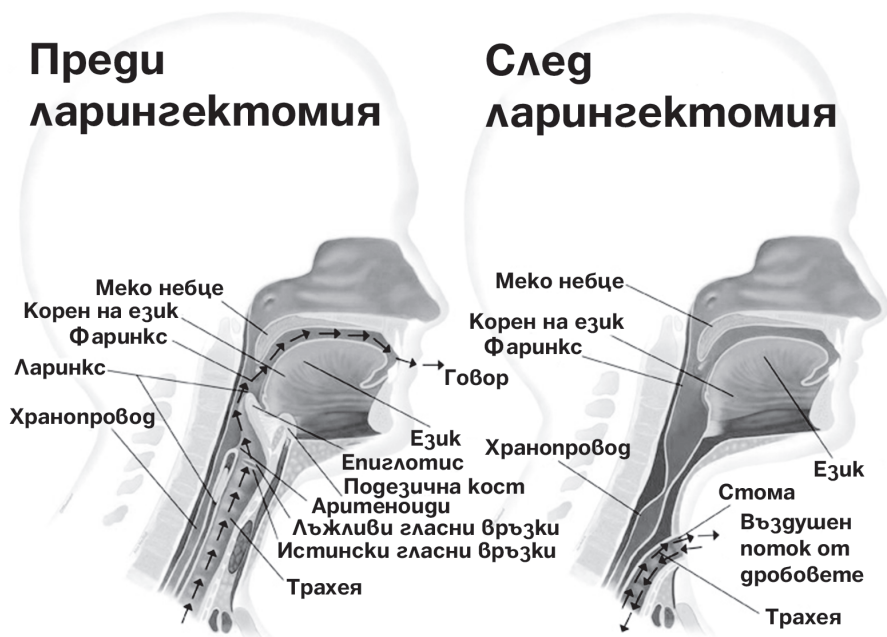
Диагноза и лечение на рака на гръкляна

Общ преглед

Ракът на ларинкса засяга гръкляна (органа, който образува гласа). Карциномите, които започват в гръкляна, се наричат ларингеални карциноми; тези, които започват в гърлото (гълтача) – хипофарингеални карциноми. (Хипофаринксът е част от гърлото, разположена отстрани и зад гръкляна). Карциномите се развиват на две много близки места и лечението им е сходно – може да включва премахване на целия гръклян (ларингектомия). Въпреки че по-надолу се разглежда ларингеалният карцином, много от нещата се отнасят и за хипофарингеалния.

Карциномът на ларинкса възниква, когато в гръкляна се появят злокачествени клетки. В гръкляна са разположени гласните връзки, които, вибрирайки, образуват звук, който посредством резонанса на гърлото, устата и носната кухина се превръща в гласа, който чуваме.

Ларинксът се дели на три анатомични части: глотис (средната част, където се намират гласните връзки); супраглотис (горната част, изградена от епиглотиса, аритеноидите и ари-епиглотичните гънки между предишните две, както и фалшивите гласни връзки) и субглотиса (долната част или основа на гръкляна). Въпреки че може да възникне във всяка една част, карциномът на ларинкса най-често започва от глотиса. Ракът на супраглотиса е по-рядък, а на субглотиса – най-рядък.



Фигура 1. Анатомия преди и след ларингектомия

Ракът на гръкляна и гърлото може да се разпространи директно към съседни структури или да гаде разсейки както в лимфните възли, така и по-далече (чрез кръвообръщението). Далечните разсейки най-често са в белия и в черния дроб. Ракът на ларинкса и хипофаринкса в 90 до 95% от случаите е плоскоклетъчен карцином.

Основните рискови фактори са тютюнопушенето и употребата на алкохол. Заразяването с човешкия папиломен вирус (HPV) играе роля главно при карциномите на устната кухина и орофаринкса и в по-малка степен при тези на ларинкса и хипофаринкса.

В САЩ има около 50 000 до 60 000 ларингектомирани пациенти. Според данните на Епидемиологичната служба на Националния онкологичен институт всяка година се регистрират около 12 250 мъже и жени с рак на ларинкса. Броят на хората, загубили ларинкса си, обаче намалява, от една страна, поради намаляване на тютюнопушенето и, от друга, поради това, че има нови методи на лечение, които могат да запазят гръкляна.

Диагноза

Симптомите и проявите на рака на ларинкса са:

- Странен звук при дишане, свиркащо дишане
- Хронична кашлица (с или без кръв в храчките)
- Трудно преглъщане
- Чувство на буца в гърлото
- Дрезгав глас, който не се подобрява след 1 – 2 седмици
- Болка в гърлото, шията и едното ухо
- Болка в гърлото без подобрене след 1 – 2 седмици дори и при използването на антибиотици
- Подутини на шията
- Загуба на тегло

Симптомите на рака на гръкляна зависят от това в коя негова част се развива. Трайно дрезгавият глас обикновено е изява на рака на гласните връзки (глотиса). По-късно се появяват трудности при преглъщане, болка в едното ухо, хронична кашлица (понякога с храчки, премесени с кръв). Карциномите, които се развиват в супраглотиса (над гласните връзки), често се разпознават едва когато доведат до задух или разсейки (подутини) на шията. Карциномите, разположени първично в субглотиса, се представят с дрезгав глас или със задух при физически усилия.

Няма изследване специфично за рака. За да се установи дали човек има рак или някакво друго заболяване, което имитира рака (например инфекция), са необходими много изследвания. Необходимо е подробно изследване на пациента – включително подробна история на заболяването, пълен преглед и някои диагностични изследвания.

Те са необходими както за да потвърдят или изключат наличието на рак, така и за да се следи неговото развитие, да се помогне при изготвянето на план за лечението и да се оцени ефективността на този план. Понякога е необходимо такива изследвания да се правят многократно в зависимост от това, как се развиват оплакванията на пациента, в случай че взетите проби не са с добро качество или за да се потвърдят неблагоприятните резултати. Диагностичните изследвания включват образни изследвания, кръвни тестове, биопсия от тумора,

ендоскопско изследване, оперативна намеса, както и генетични изследвания.

Описаните по-долу **изследвания** се използват за **поставяне на диагнозата рак на ларинкса** и за определяне на неговия стадий, от което зависи изборът на лечение:

- **Преглед на гърлото и шията:** по време на прегледа докторът може да напипа увеличени лимфни възли на шията, да прегледа гърлото, като използва едно малко огледалце.
- **Ендоскопия:** това е процедура, при която специален уред, наречен ендоскоп (флексибилна светеща тръбичка), се въвежда в носа или устата и от там до гръкляна и позволява на доктора директно да огледа тези структури.
- **Ларингоскопия:** това е процедура, при която огледът се извършва с огледалце или твърд ендоскоп.
- **Скенер (компютърна томография):** представлява серия от рентгенови снимки от различни ъгли. Може да се използва контрастно вещество, което се инжектира, за да се виждат по-добре органите.
- **Ядреномагнитен резонанс:** процедура, при която също се правят детайлни серийни снимки с помощта на магнитни вълни.
- **Изследване на гълтането с бариева каша:** изследват се хранопроводът и стомахът посредством преглъщането на бариева каша, която покрива стените на хранопровода и стомаха и се вижда на рентгеновите снимки.
- **Биопсия:** процедура, при която се взима проба от тъканите, която за изследване под микроскоп.

Доколко е възможно да се преборим с рака на ларинкса зависи от:

- Доколко той е разраснал и дали е дал разсейки (стадия).
- Вида на раковите клетки (колко е диференциран).
- Разположението и размера на тумора.
- Възрастта, пола и общото здраве на пациента.

Освен това пушенето и употребата на алкохол намаляват ефективността на лечението. Пациентите, които продължават да пушат и пият, имат по-малък шанс да оздравеят и по-голям риск да развият друг карцином.

Лечение на ларингеалния карцином

Хората в ранен стадий и с много малки тумори могат да се лекуват както с лъчелечение, така и хирургично. Тези с напреднали тумори обикновено се нуждаят от комбинирано лечение. Това включва както оперативно лечение, така и комбинация от лъчелечение и химиотерапия, които се провеждат едновременно.

Таргетната терапия е нова лечебна възможност специално за рака на ларинкса. Този вид лечение използва медикамент, който блокира растежа и разпространението на тумора, като блокира специфични молекули, имащи роля в тези процеси.

Изборът на лечение зависи основно от здравословното състояние на пациента, разположението на тумора и това дали е дал разсейки.

Лечебният план се определя от екип лекари от следните специалности:

- Уши, нос и гърло,
- Медицински онколог,
- Лъчетерапевт.

Освен това в този екип могат да участват и стоматолог, специалист по пластична и реконструктивна хирургия, гласов рехабилитатор, онкологична сестра, диетолог и психолог.

Изборът на метода на лечение зависи от:

- Стадия на тумора – колко голям е и има ли разсейки.
- Разположение и размер.
- Доколко е възможно да се запази нормалният път на дишане, говор и хранене.
- Дали това е рецидив на заболяването след проведено вече лечение.

Обикновено екипът от специалисти обяснява възможностите за лечение и очакваните резултати, както и възможните странични реакции. Пациентите трябва да вземат под внимание различните варианти и да имат представа как лечението може да се отрази на храненето, говора и дишането, както и на външния им вид. Пациентът и екипът от специалисти трябва да работят заедно, за да формират лечебния план, подходящ за нуждите и очакванията на пациента.

Преди, по време на и след лечението пациентът трябва да получава допълнителните грижи (като контрол на болката), което може да намали страничните ефекти от лечението и да облекчи емоционалните страдания.

Преди да вземат решение, пациентите трябва да са добре информирани. Понякога е хубаво да получат и второ мнение. Добре е по време на тези дискусии да присъства и някой близък на пациента, който да му помогне при взимане на решенията.

Препоръчително е на медицинския екип да се задават следните въпроси:

- Какъв е размерът, разположението, има ли разсейки и кой е стадият на тумора?
- Какви са възможностите за лечение? Операция, лъчелечение, химиотерапия или комбинация от тях?
- Какви странични ефекти се очакват, какви са рисковете и ползите от всеки вид лечение?
- Как се контролират евентуалните странични ефекти от лечението?
- Как ще звучи гласът при различните видове лечение?
- Какви са шансовете да можем да се храним нормално?
- Каква подготовка е необходима за лечението?
- Ще е необходимо ли да се остане в болница и за колко дълго?
- Каква е приблизителната цена на лечението и дали осигуровката ни може да го покрие?
- Какъв ще бъде ефектът от лечението върху живота ни, работата ни и нормалните ни дейности?
- Ако става въпрос за клинично изпитание, дали това е добър вариант?
- Може ли да ни бъде препоръчан друг експерт, от който да получим второ мнение относно възможностите за лечение?
- Колко често и колко продължително ще са необходими контролни прегледи?

ГЛАВА 2.

Хирургично лечение: видове ларингектомия, резултати, контрол на болката и второ мнение

Видове ларингектомия

Лечението на рака на гръкляна често налага да се направи операция. Хирургът може да използва или скалпел или лазер. Лазерната хирургия се извършва с апарат, който произвежда много интензивен светлинен лъч, с помощта на който могат да се режат и разрушават тъканите.

Има два вида операции:

- **Премахване на част от гръкляна:** само тази част, в която е разположен туморът.
- **Премахване на целия гръклян:** при което се премахва целият орган, заедно с някои тъкани около него.

По време на операцията може да се отстранят и близко разположени лимфни възли, в които се оттича лимфата от зоната на тумора.

Понякога е възможно да се наложи да се извърши пластично възстановяване на отстранените тъкани. За тази цел се вземат тъкани от друга част на тялото. Това може да стане заедно с операцията, при която се премахва туморът, а понякога може да бъде направено и по-късно, на втори етап.

Времето за зарастване на оперативната рана е различно при всеки човек.

Резултати от оперативното лечение

В резултат от операцията може очакваме:

- Подуване на гърлото и шията
- Локална болка
- Отпадналост
- Повишено отделяне на храчки
- Промени във външния вид
- Изтръпване на отделни част на шията, схващане на мускули или слабост
- Наличие на трахеостома.

След операцията повечето хора се чувстват слаби и уморени за определен период от време. През първите дни има болка, дискомфорт и оток на шията. Това може да се повлияе с болкоуспокояващи (вж. Глава 12: **Лечение на болката**).

В резултат на операцията могат да настъпят промени в гълтането, в храненето и в говора, които да не са трайни (вж. Глава 6 и 10). За тези, които ще загубят възможността да говорят, ще бъде от полза да използват табло за писане, таблет или компютър. Може би е добра идея още преди операцията да си направят запис на телефонния секретар на мобилния и стационарния телефон, чрез който да обяснят, че имат проблеми с гласа.

В първите дни след операцията може да се използва и електрорларинкс, но поради наличния оток и шевове се използва приспособлението за интраорална употреба (вж. Глава 6: **Електрорларинкс**).

Подготовка за операцията

Преди операцията с хирурга трябва да се дискутират всички налични консервативни и хирургични възможности заедно с техните краткосрочни и дългосрочни последиствия. Тъй като

пациентите, на които предстои операция, са подложени на голям стрес и са в тревожно състояние, е добре да бъдат придружавани от близък човек (член на семейството или приятел) на тези срещи. Много е важно свободно да се задават въпроси и да се иска разяснение относно всичко, което вълнува пациентите. Възможно е да се наложи някои неща да бъдат обяснени неколkokратно, докато станат напълно ясни. Добре е предварително, преди срещата с хирурга, да се приготвят въпросите и да се запише дадената от него информация.

Освен с хирурга е добре да се срещнем и с други медицински специалисти:

- Личен лекар или специалист по вътрешни болести.
- Специалисти по проблеми, които имаме (кардиолог, пулмолог т.н.).
- Радиационен онколог.
- Медицински онколог.
- Анестезиолог.
- Стоматолог.
- Рехабилитатор на говора и гълтането.
- Социален работник и психолог.
- Диетолог.

Срещата с хора, които вече са претърпели ларингектомия, е от голяма полза. От тях могат да се получат съвети за възможностите за възстановяване на говора, а също така да се почерпи от опита им и да се получи емоционална подкрепа.

Второ мнение

Когато ви е поставена диагноза, при която е необходимо да направите избор между няколко различни варианта на лечение, между които е и оперативното лечение, е важно да получите второ мнение. Възможно е да има различни консервативни и хирургични подходи и поради това второ, а дори и трето мнение може да се окаже безценно. Разумно е мнение да се получи от лекар с достатъчно опит в конкретната област. Често последствията от лечението са необратими. Ето защо е из-

ключително важно изборът на метод на лечение да се направи едва след консултация с поне още един специалист.

Някои пациенти може да не желаят техният лекар да ги насочи към друг за второ мнение, други може да изпитват неудобство, че лекарят би приел това като липса на доверие или съмнение в компетентността му. Повечето лекари обаче насърчават пациентите си да получат второ мнение и не биха се притеснили. Всъщност много застрахователи дори го приветстват.

Вторият специалист може да се съгласи с диагнозата и лечебния план на първия, но може да предложи и друг подход. И в двата случая пациентът получава повече ценна информация и по този начин има усещането, че контролира процеса. Пациентът се чувства по-уверен при взимането на необходимите решения, след като знае, че е проверил всички възможности.

Възможно е събирането на медицинската документация и провеждането на втора консултация да отнеме време и усилия, но обикновено това забавяне не би намалило в крайна сметка ефективността на лечението. Въпреки това всяко забавяне трябва да се обсъди с лекуващия лекар.

Има много начини да намерим експерт за второ мнение. Може да помолим личния лекар да ни насочи или пък да потърсим помощ от областна или национална медицинска организация, болница или медицински университет. Въпреки че в повечето случаи пациентите с рак бързат да започнат лечение колкото се може по-скоро, забавянето, за да се получи второ мнение може да се окаже от полза.

Контрол на болката след операция

Колко силна е болката, която се изпитва след ларингектомия (и всеки друг рак на главата и шията), е много субективно, но общо правило е, че колкото по-голяма е оперативната интервенция, толкова по-вероятно е тя да е болезнена. В случаите, когато е извършена реконструкция с прехвърляне на тъкан (ламбо) от гърдите, предмишницата, бедрото, тънко черво или стомаха, болката е по-силна и продължителна.

Освен това, когато е извършена радикална шийна дисекция, болката също е по-силна. През последните години по-често се извършва модифицирана радикална шийна дисекция, при която не се премахва нервус аксесориус. Ако последният бъде прекъснат по време на операцията, е много вероятно пациентът да има дискомфорт в рамото, изтръпване и трайно намаление на подвижността. Някои от тези странични ефекти могат да бъдат преодолені с физиотерапия и лечебна гимнастика.

Пациентите, които страдат от хронична болка след операцията, могат да бъдат консултирани от специалист по лечение на болката (вж. Глава 12).

ГЛАВА 3.

Странични ефекти на лъчелечението при рака на органите на главата и шията

Лъчелечението често намира приложение при лечението на карциномите на главата и шията. Целта му е да унищожи раковите клетки. Това е възможно поради факта, че те се делят и нарастват по-бързо от нормалните, които, дори и да бъдат увредени, имат възможност да се възстановяват.

Тъй като раковите клетки се делят и нарастват по-бързо от нормалните, то е по-вероятно да бъдат унищожени от радиацията.

Радиационният онколог създава лечебен план, който включва обща доза на лечението, брой сесии и тяхната последователност. Всичко това зависи от вида и разположението на тумора, общото състояние на пациента и от това дали е провел или в момента провежда допълнително лечение.

Страничните ефекти на лъчелечението се делят на ранни (остри) и късни (хронични). Ранните възникват по време на лечението или непосредствено след него (до 2 – 3 седмици след края на лечението). Късните странични ефекти могат да се извият след седмици или години.

Въпреки че с течение на времето отшумяват, ранните ефекти са по-неприятни. Късните ефекти може да изискват доживотни грижи и е важно да се познават, за да се предотвратят и да се лекуват последствията им. Познаването на страничните ефекти на лъчелечението позволява да се открият рано и да се лекуват правилно.

Пациентите с рак на главата и шията трябва да бъдат информирани за това, колко е важно да спрат тютюнопушенето. Рискът за възникване на рак при пушачите се завишава още повече с консумацията на алкохол. Пушенето влияе и върху прогнозата на рака и вероятността за излекуване. Ако пациентът продължи да пуши по време и след лъчетерапията, се влошават тежестта и продължителността на уврежданията на лигавиците. Влошава се усещането за сухота в устата (ксеростомия), а също така и резултатите от лечението като цяло. Пациентите, които пушат по време на лъчетерапията, живеят по-кратко от тези, които не пушат (вж. Глава 13 – прекратяване на тютюнопушенето и употребата на алкохол).

1. Ранни странични ефекти

Ранните странични ефекти са възпаление на лигавицата на устната кухина и гърлото (мукозит), болки при преглъщане (одинофагия), трудно преглъщане (дисфагия), дрезгав глас, сухота в устата (ксеростомия), болки в областта на лицето и устната кухина, дерматит, загене, повръщане и загуба на тегло. Тези усложнения могат да попречат и да отложат лечението. До известна степен те се наблюдават при всички пациенти и обикновено отслабват с времето.

Тежестта им зависи от дозата и от начина, по който се провежда лечението, разположението на тумора, наличието на разсейки, общото състояние на пациента и навиците му (тютюнопушене и прием на алкохол).

Кожни увреждания

Лъчелечението може да доведе до увреждане на кожата, което наподобява на слънчево изгаряне. То може да стане още по-тежко в случай, че се провежда и химиотерапия. Препоръчва се да се избягва излагане на химически дразнителни, директна слънчева светлина, локално приложение на лосиони и мехлеми преди лъчетерапията, които могат да променят дълбочината на проникване на радиацията. Има множество продукти, кои-

мо могат да се използват по време на лечението с цел овлажняване и предпазване на кожата.

Сухота в устата

В зависимост от дозата на лъчевото лечение и на площта, която се облъчва, се стига до намаление на продукцията на слюнка. Приемът на достатъчно течности и гаргарите със слаб разтвор на сол и сода за хляб спомагат за освежаването на устата, за разреждането на гъстите секрети и за облекчаването на по-слабите болки. Използването на изкуствена слюнка и постоянното овлажняване на устата също е от полза.

Промяна на вкуса

Радиацията може да предизвика промяна на вкуса и болки в езика. Тези странични ефекти могат впоследствие да доведат до отслабване на апетита и намален прием на храна. При повечето пациенти с течение на времето, в рамките на около 6 месеца, тези оплаквания отшумяват. В много случаи обаче промените във вкуса остават постоянни.

Възпаление на лигавицата на устната кухина и гърлото (мукозит)

Лъчелечението, както и химиотерапията увреждат лигавицата, което води до мукозит, който се развива постепенно, обикновено в хода на 2 – 3 седмици след началото на лъчетерапията. Честотата и тежестта зависи от площта на полето, общата доза и продължителността на лъчетерапията. Химиотерапията влошава това състояние. Мукозитът може да е доста болезнен, да влоши храненето и да доведе до загуба на тегло.

Лечението включва стриктна хигиена на устната кухина, промяна на диетата, локални анестетици (обезболяващи) заедно с антиацидни и противогъбични разтвори. Трябва да се избягват алкохол, люти, кисели, горещи и твърди храни. Възможно е да се развият вторични бактериални, вирусни (херпес) или гъбични (кандида) инфекции. Може да се наложи да се използват болкоуспокояващи, включително опиати и габапентин.

Мукозитът може да доведе до недохранване. Пациентите със значителна загуба на тегло или честата дехидратация може да се наложи да се хранят през гастростома.

Болки в областта на лицето и устната кухина

Болката в областта на лицето е често явление при пациентите с рак на главата и шията. Тя се наблюдава при 50% от пациентите преди започване на лъчетерапията, при 80% от пациентите по време на терапията и при една трета от пациентите шест месеца след приключване на лечението. Болката може да се дължи на мукозит, който да се влоши, ако едновременно се провежда и химиотерапия, може да се дължи също така на самото заболяване, на инфекция, на фиброза след операция и т.н. Необходимо е да се използват обезболяващи, включително упойващи вещества (вж. Глава 12: **Лечение на болката**).

Гадене и повръщане

Лъчелечението може да доведе до гадене, то обикновено се наблюдава от два до шест часа след сеанса (нагрявката) и продължава до два часа. Гаденето може да доведе и до повръщане.

Лечението включва:

- Хранене често и на малки порции вместо три основни ястия. Често гаденето е по-силно на празен стомах.
- При хранене е важно пациентът да е спокоен, отпуснат, да дъвче напълно храната и да се храни бавно.
- Трябва да се избягват храни, трудни за смилане, а също и пикантни, лютиви, богати на мазнини и с много сосове.
- След хранене е необходимо да се почива. Трябва да се лежи на високо, като главата трябва да е повдигната на 30 см.
- Течностите трябва да се приемат между храните, а не заедно с тях.
- С цел да се предотврати обезводняване на ген, трябва да се пият шест чаши от по 250 мл. Подходящи са студени напитки, лед, сладолед и желатин.
- Повече храна трябва да се приема в моментите, когато повръщането е по-слабо.

- Ако гаденето е постоянно трябва да се информира лекуващият лекар.
- Трайното повръщане трябва да се лекува незабавно, тъй като води до обезводняване.
- Да се приемат антиеметици.

Повръщането води до загуба на вода и минерали. Ако то е по-често от три пъти дневно и ако не се приемат достатъчно течности, може да се стигне до обезводняване. Нелекуването на това състояние води до сериозни усложнения.

Белезите на обезводняването са:

- Отделяне на малко количество урина.
- Тъмна урина.
- Учестен пулс.
- Главоболие.
- Суха и зачервена кожа.
- Обложен език.
- Раздразнителност и обърканост.

Продължителното повръщане намалява ефективността на лекарствата и може да се наложи лечението да бъде спряно, ако повръщането трае дълго време. Венозното приложение на течности помага за възстановяване на електролитите.

Отпадналост

Умората е един от най-честите странични ефекти на лечението. Тя може да става все по-тежка с времето. Обикновено се наблюдава до 3 – 4 седмици след края на лечението, но може да продължи и 2 – 3 месеца.

Факторите, които водят до отпадналост, са анемията, намаленият прием на храна и течности, приемът на някои лекарства, хипотиреоидизмът, болката, стресът, депресията, безсънието, липсата на почивка.

Необходимо е изброените фактори да се коригират, да се почива и пациентът да съхранява силите си.

Други странични ефекти

Тризм, увреждане на слуха и гр. (вж. по-надолу).

2. Късни странични ефекти

Това са трайната липса на слюнка, остеорадионекрозата, ототоксичността, фиброзата, лимфедемът, хипотиреоидизмът, увреждането на структури на шията.

Трайна сухота на устата

Въпреки че сухотата при повечето хора се подобрява с течение на времето, при някои тя може да е много продължителна.

Препоръчва се използването на изкуствена слюнка и чест прием на вода на малки глътки (което може да доведе до често уриниране нощно време, особено при мъже с хипертрофия на простата и при тези с малък пикочен мехур). Лечението включва изкуствена слюнка, пилокарпин, амифостин, севимелин и акупунктура.

Остеорадионекроза на челюстта

Това е тежко усложнение, което може да наложи хирургично лечението и реконструкция. В зависимост от разположението и обема на некрозата симптомите могат да включват болка, лош дъх от устата, нарушен вкус (дисгевзия), изтръпване (анестезия), тризм, затруднено гъвчене и говор, фистула, патологична фрактура, локална или системна инфекция.

Долната челюст (мандибулата) се засяга най-често, особено при пациентите, лекувани за рак на епифаринкса. Увреждането на горната челюст (максилата) е рядко поради наличие на колатерални съдове.

Болните зъби и екстракцията на зъби са най-важните фактори, водещи до остеорадионекроза (вж. Глава 14: **Дентални проблеми**). Ако болните зъби се намират в зоната на облъчване и ако са толкова увредени, че не може да се постави каналопълнител и пломба, може да се наложи те да се екстрахират преди началото на лъчелечението. В случаи на големи некрози се прави хирургична резекция, последвана от микроваскуларна реконструкция.

Денталната профилактика може да предотврати тези проблеми (вж. Глава 14: **Дентални проблеми**). От помощ са лечението с флуорид, както и редовното миене на зъбите, почистването с конец и премахването на зъбния камък.

При пациентите с риск от остеорадионекроза често се прилага хипербарна оксигенация. Въпреки това данните за ползата от нея са противоречиви.

Ако посещават зъболекар, пациентите трябва да му обрънат внимание, че провеждат лъчетерапия. Остеорадионекрозата може да бъде избегната, ако преди и след екстракцията на зъба се направят няколко сесии хипербарна оксигенация. Това се препоръчва в случай, че ангажираният зъб е в областта на облъчването. Дали ангажираният зъб е в областта на облъчването, може да каже лъчетерапевтът, провел лечението.

Фиброза и тризъм

Високите дози радиация водят до фиброза. Това състояние се влошава след операция, като шията придобива вида на гърво и е с ограничена подвижност. По-късно фиброзата може да засегне и хранопровода и фаринкса и да доведе до стриктура, може да засегне темпоромандибуларната става, да доведе до болки във врата, рамената и нестабилност на ставите. Фибринът се развива около и вътре в кръвоносните съдове, костите, сухожилията, лигаментите и нервите в обхванатите области. Това води до т.нар. синдром на радиационна фиброза (вж. Глава 5: **Болки в шията и рамената след операция и лъчелечение**).

Фиброзата на гъркателната мускулатура води до невъзможност да се отвори устата (тризъм или блокаж на челюстта), което с течение на времето може да се влоши. Обикновено храненето се затруднява, но не и говорът. Тризмът възпрепятства поддържането на добра орална хигиена, затруднява самото лечение, а може да доведе и до проблем с храненето. Ако преди лъчелечението е имало и операция, тризмът може да бъде по-тежък. Блокаж на челюстта е по-вероятно да се развие при пациенти с карциноми на назофаринкса, небцето и

максилата. Облъчването в областта на темпоромандибуларната става и гъркателната мускулатура, които са богато кръвоснабдени, често води до тризъм. Хроничният тризъм постепенно води до фиброза. Във връзка с това от помощ са различни упражнения за долната челюст, асистирано отваряне на устата и динамични устройства като *Therabite*. Последното намира все по-често приложение по време на лъчетерапия като профилактично средство срещу тризъм.

Упражненията могат да намалят схващането на шията и да увеличат обхвата на движение. С цел да се запази добра подвижност, тези упражнения трябва да се правят цял живот, особено когато ограничението в подвижността е резултат от лъчетерапия. От много голяма полза е провеждането на физиотерапия при опитен специалист, който може да помогне да се разкъса фиброзата. Колкото по-рано се направи това, толкова по-добре за пациента. Нов вид лечение е използването на лазер. Обикновено има достатъчно физиотерапевти, специализирани в намаляването на отоците.

Фиброзата в областта на главата и шията може да стане още по-тежка след операция или допълнително облъчване. Пострадиационната фиброза може да засегне и кожата, и подкожната тъкан и да доведе до дискомфорт и лимфедем.

В резултат на фиброзата може да се затрудни гълтането, особено при пациенти претърпели операция и/или химиотерапия. Това налага да се промени диетата, както и да се правят упражнения, които да засилят мускулите на гърлото (фарингеалната мускулатура) и да подобрят акта на гълтане. Упражненията за преглъщане все по-често се използват като превантивна мярка. В тежки случаи може да се стигне до частична или пълна орофарингеална стриктура.

Проблеми със зарастването на раната

При някои ларингектомирани след операцията може да се наблюдават проблеми със зарастването на раната, особено ако са провели лъчелечение. Възможно е да се формира фистула (тунел между лигавицата на гърлото и кожата на шията). В

случай че раната зараства бавно, може да се наложи използването на антибиотици и по-честа смяна на превръзката (вж. глава 11: „Фарингокутанна фистула“).

Лимфедем

Запушването на лимфните съдове на кожата води до т.нар. лимфедем. Ако този оток е силно изразен в гърлото и гръкляна, дишането може да се затрудни и това да наложи да се направи трахеостомия за по-кратък или по-дълъг период. Лимфедемът, стриктурите и останалите увреждания предразполагат към аспирация и съответно водят до необходимостта храненето да става през сонда (вж. Глава 5: **Лимфедем**).

Хипотиреоидизъм

Лъчетерапията почти винаги води до хипотиреоидизъм. Честотата му варира (зависи от дозата на лъчелечението) и колкото повече време е минало от облъчването става все по-чест (вж. Глава 12: **Хипотиреоидизъм**).

Неврологични увреди

Лъчелечението в областта на шията може да засегне гръбначния стълб и да се стигне до трансверзален миелит. Той е самоограничаващо се състояние. При него пациентът изпитва усещане за електрически удар при навеждане на главата (флексия на врата). Това състояние рядко прогресира до истински трансверзален миелит, който се изяснява със синдрома на Браун Секар (загуба на чувствителността и двигателната функция вследствие на прекъсване на гръбначния стълб).

Лъчелечението може да доведе до дисфункция и на периферната нервна система в резултат на тежката фиброза на меките тъкани и на нарушеното кръвоснабдяване вследствие на фиброзата. Най-често се наблюдават болки, нарушена сетивност и слабост на мускулите. Може да се наблюдава и нарушение на автономната нервна система с проявите на ортостатична хипотензия (падане на кръвното налягане при изправяне).

Увреждане на ушите (ототоксичност)

Облъчването в областта на ушите може да доведе до сериозен отит – излив на течност зад тъпанчето. Високите дози на радиация може да доведат и до приемно намаление на слуха (увреждане на вътрешното ухо, слуховия нерв или мозъка).

Увреждане на други структури на шията

Отокът и фиброзата на тъканите на шията се наблюдават често след лъчелечение. С течение на времето отокът става по-твърд и това води до вдървяване на врата. Тези промени могат да доведат до стеснение на сънната артерия (стеноза) и инсулт, руптура на сънната артерия, орокутани фистули (последните две обикновено се наблюдават след извършена операция) и увреждане на барорецепторите на сънната артерия, което води до перманентна или пароксизмална (внезапна и рецидивираща) хипертония.

Стеноза на сънната артерия: сънните артерии снабдяват мозъка с кръв. Понякога лъчелечението води до стесняване на артериите, което е много опасно за пациентите с рак на главата и шията (в това число и за ларингектомираните). Много е важно стеснението да се установи, преди да е настъпил инсулт.

Лечението се състои в премахване на стеснението (ендартеректомия), поставяне на стент (малка тръбичка, която се поставя в съда, за да го разшири) или извършване на байпас с помощта на протеза.

Хипертония вследствие на увреждане на барорецепторите: облъчването в областта на главата и шията може да доведе до увреждане на барорецепторите, разположени в сънната артерия. Тези барорецептори (сензори за кръвното налягане) подпомагат регулирането на кръвното налягане, като отчитат налягането на кръвотока около тях и изпращат информация до централната нервна система да увеличи или да намали периферното съдово съпротивление или сърдечния дебит. При някои пациенти, провели лъчелечение, се стига до лабилна или пароксизмална хипертония.

Лабилна хипертония: При това състояние кръвното налягане през деня флукутира (мени се) много повече от нормалното. То може бързо да премине от ниско (например 120/80 mm Hg) към високо (напр. 170/105 mm Hg). Често тези промени са безсимптомни, но може да се изразяват с главоболие. Обикновено е налице връзка между покачването на кръвното налягане и стрес или емоционално напрежение.

Пароксизмална хипертония: наблюдава се внезапно повишаване на кръвното налягане (дори по-високо от 200/110 mm Hg), което се изразява с бърза поява на симптоми като главоболие, болка в гърдите, световъртеж, гагене, прескачане на сърцето, зачервяване на лицето и изпотяване. Епизодите могат да траят от 10 минути до няколко часа и могат да се появяват от веднъж на няколко месеца до един-два пъти дневно. Между тези епизоди кръвното налягане е нормално или леко повишено. Обикновено пациентите не могат да свържат тези епизоди с психологическо напрежение. Необходимо е да се изключат други заболявания, които могат да водят до такива резки покачвания на кръвното налягане (напр. феохромоцитом).

И двете състояния са сериозни и лечението им трябва да се провежда от опитен специалист, тъй като може да бъде доста трудно.

Повече информация за усложненията на лъчетерапията може да се намери на следния сайт: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/Patient/page5>.

ГЛАВА 4.

Странични ефекти на химиотерапията при рака на органите на главата и шията

При повечето пациенти с напреднали карциноми на главата и шията се прилага химиотерапия в комбинация с поддържащо лечение. Изборът на вида системно лечение зависи от това дали пациентът е провеждал химиотерапия досега и от органосъхраняващите протоколи. Поддържащото лечение включва профилактика на инфекциите (поради тежкото потискане на костномозъчната функция) и поддържане на адекватно хранене.

Терапевтичните възможности са две: монотерапия или комбинирана терапия с конвенционален цитотоксичен медикамент или молекулярна таргетна терапия. Химиотерапията се провежда на цикли, при което се редуват лечение с почивка. Пълното лечение може да продължи няколко месеца, дори и по-дълго.

На следния сайт може да се намери информация за всички химиотерапевтици и техните странични ефекти: <http://www.tirgan.com/chemolst.htm>.

Химиотерапевтиците, които се прилагат венозно, действат из цялото тяло и нарушават растежа на раковите клетки. При лечението на карциномите на главата и шията химиотерапията обикновено се провежда едновременно с лъчелечението и затова се нарича химиорадиация. Химиотерапията може да се проведе или преди (неоадювантна химиотерапия)

или след (адювантна химиотерапия) оперативното лечение.

Адювантната химиотерапия се прилага след операцията с цел да се намали вероятността от рецидив на рака и евентуално да бъдат унищожени единични малки разсейки. Неоадювантната химиотерапия се прилага преди операцията, за да се намали размерът на тумора, като по този начин става по-лесно да бъде отстранен.

Прилагането на химиотерапия преди комбинираната химио-радиация е известна като индукционна химиотерапия.

Странични ефекти от химиотерапията

Страничните ефекти от химиотерапията зависят до голяма степен от отделния пациент. При някои може да се наблюдават малко странични ефекти, докато при други – повече. Много пациенти не изпитват проблеми до края на лечението, при други те са краткотрайни.

Въпреки това химиотерапията може причини различни временни усложнения, които са по-тежки, когато се провежда комбинирана химиорадиация. Те обаче отзвучават постепенно след края на лечението.

Страничните ефекти зависят от препарата, който се използва. Причината за появата им е, че тези лекарства действат, като убиват всички активно растящи клетки. Това включва клетките на храносмилателната система, космените фоликули и костния мозък (който произвежда червените и белите кръвни телца), както и раковите клетки.

Най-честите странични ефекти са загене, повръщане, диария, афти (мукозит) в устата (което води до болки и затруднено хранене), повишена податливост на инфекции, анемия, оканване на косата, обща отпадналост, изтръпване на ръцете и краката, увреждане на слуха, увреждане на бъбреците, нарушено кръвосъсирване и кръвене, световъртеж и нарушение на равновесието. Онколозите следят за тези прояви и се стремят да ги коригират.

Най-честите странични ефекти са следните:

Намалена резистентност към инфекции

Химиотерапията може временно да намали производството на бели кръвни телца (неутропения), което прави пациента податлив на инфекции. Това състояние започва около седмия ден след прилагането на медикамента и достига пика си към 10 – 14 ден. След това белите кръвни телца започват постепенно да се увеличават и достигат нормалните си нива преди прилагането на следващия цикъл на химиотерапия. Признаци на инфекция са повишаването на температурата над 38° и/или внезапното влошаване на общото състояние. Преди да се възобнови химиотерапията, се изследва кръвната картина, за да се потвърди, че нивата на белите кръвни клетки са се възстановили. Продължаването на химиотерапията може да се отложи, докато това стане факт.

Кръвонасядания и кървене

Тъй като химиотерапията намалява производството на тромбоцитите, които са отговорни за кръвосъсирването, то тя може да доведе до кръвонасядания и кървене. Това се изявява с кървене от носа, синини или хеморагични обриви по кожата, кървене от венците.

Анемия

Химиотерапията може да доведе до анемия (намален брой на червени кръвни телца). Пациентите се чувстват уморени и с недостиг на въздух. Тежката анемия се лекува с кръвопреливане или с лекарства, които стимулират образуването на червени кръвни клетки.

Косопаг

Някои медикаменти предизвикват косопаг. Почти винаги косата пораства отново в рамките на 3 до 6 месеца след края на химиотерапия. Междувременно може да се носи перука, бангана, шапка или кърпа за глава.

Болки и афти в устната кухина

Някои химиотерапевтици водят до възпаление на лигавицата на устата кухина, което затруднява гълъчването и преглъщането. Може да се появи кървене от язвите в устата, дехидратация, киселини и болки зад гръдната кост, повръщане, гадене, непоносимост към солени, пикантни, топли и студени храни. Тези лекарства могат да доведат и до формиране на язви в устата кухина, което прави храненето наистина трудно.

Гаденето и повръщането се лекуват с антиеметици. Редовният тоалет на устната кухина също може да бъде от полза. Тези странични ефекти може да затруднят преглъщането и да влошат храненето и затова е необходимо да се коригира диетата, като се добавят достатъчно питателни течности или супи. Във връзка с това и с цел да се запази адекватното хранене консултацията с диетолог е от голяма полза.

Цитотоксичните агенти – най-често водещи до симптоми от страна на устната кухина, гърлото и хранопровода, изглеждащи се под формата на затруднено преглъщане (дисфагия), – са антимаболитите като метотрексат и флуороурацил. Радио сесизитивизиращите химиотерапевтици, целящи засилване на ефектите от лъчетерапията, също влошават проявите на радиационния мукозит.

Отпадналост

Химиотерапията засяга различните хора по различни начини. Някои хора могат да водят нормален живот по време на лечението си, докато други могат да се чувстват много слаби и уморени. Всеки химиотерапевтик може да доведе до това. Усещането за слабост и умора може да продължи няколко дни или пък да персистира и след приключването на лечението. Лекарствата като винкристин, винбластин и цисплатина често водят до слабост.

Факторите, които са отговорни за това, са анемията, намаленият прием на храна и течности, лекарствата, хипотиреоидизмът, болката, стресът и депресията, както и безсънието.

Редовната почивка, пестенето на енергията и силите, както и корекцията на посочените по-горе фактори могат да облекчат усещането за умора.

Повече информация може да бъде намерена на сайта на Националния онкологичен институт на САЩ: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/Patient/page5>.

ГЛАВА 5.

Лимфедем, оток на тъканите на шията, болка и изтръпване след лъчелечение и операция

Лимфедем

Лимфните съдове дренират течностите от тъканите и позволяват на клетките на имунната система да се придвижват и да достигат различните части на тялото. Лимфедемът представлява ограничена, локална задръжка на течности и оток поради увреждане на системата от лимфни съдове. Той е често усложнение след лъчелечение и операция по повод рак на органите на главата и шията. Между клетките се задръжа богата на белтъци течност, което води до хронично възпаление и впоследствие до фиброза на тъканите.

Лъчелечението води до запушване на лимфните съдове. Обикновено по време на операцията се премахват лимфните възли. При това се премахват също така и лимфните съдове и се прекъсват някои нерви – за съжаление необратимо. Вследствие на това дренажът е нарушен и тъканите отичат. Подобно на наводнение след силен дъжд, след операцията се излива течност, която не може да се дренира адекватно. Освен това се нарушава чувствителността в областите на нервите, които са прерязани (обикновено при шията, брадичката и областта на ухото и зад него). В резултат лимфата не може да се влее обратно в системната лимфна циркулация и се задръжа в тъканите.

При пациентите с рак на главата и шията може да се развият два различни вида лимфедем: външен – видим оток на кожата и меките тъкани, и вътрешен оток на лигавицата на фаринкса и ларинкса. Лимфедемът обикновено започва бавно, постепенно се засилва, рядко е болезнен и води до дискомфорт под формата на усещане за тежест, неопределена болка и изменения по кожата.

Лимфедемът има няколко стадия:

Стагий 0: латентен стадий – при оглед или палпация няма оток.

Стагий 1: натрупване на богати на белтъци течности, което се извършва с оток, който се облекчава в изправено положение.

Стагий 2: прогресивен оток с разрастване на съединителната тъкан (фиброза).

Стагий 3: липсва оток, но има фиброза, склероза и кожни промени.

Лимфедемът в областта на главата и шията може да доведе до различни оплаквания:

- Проблеми с дишането.
- Влошаване на зрението.
- Двигателни ограничения (ограничена подвижност на врата, на челюстта – тризъм и стягане на гърдите).
- Нарушена сетивност.
- Проблеми с гласа, говора и преглъщането (невъзможност да се използва електроларинкс, нарушена артикулация, изтичане на слюнки и храна от устата).
- Емоционални проблеми (депресия, отчаяние, чувство за срам).

За щастие с течение на времето лимфната система намира нови пътища за дренаж и обикновено отоците намаляват и изчезват. Има специалисти (обикновено физиотерапевти) в лечението на отока, които могат да помогнат да се подобри дренажът и отоците да изчезнат по-скоро. А това помага и да се предотврати настъпването на фиброза.

Лечението на лимфедема включва:

- Масаж (на лицето, шията, дълбоките лимфни съдове, торса, интраорално).

- Компресивни превръзки и грехи.
- Лечебна гимнастика.
- Козметични грижи за кожата.
- Кинезиологични ленти (Kinesiotape).
- Онкологична рехабилитация.
- Диуретиците, хирургичното отстраняване на засегнатите тъкани, липосуцията, компресивните помпи и поставянето на главата на висока възглавница са неефективни.

Схващането на врата и отока вследствие на лимфедема обикновено се подобряват с течение на времето. Възстановяването на лимфния дренаж може да се ускори с помощта на гравитацията, ако горната част на тялото е поставена на високо по време на сън. Специалист в областта на лечението на лимфедема може да обучи пациента на масажни техники, които да подобрят дренажа и да намалят отока. Това обикновено е лек, нежен масаж на кожата. Движението и гимнастиката също подпомагат лимфния дренаж. Физиотерапевтът може да ви покаже упражнения, които подобряват подвижността на врата. Може да препоръча нееластични превръзки или компресионни облекла, които да се носят у дома. Те прилагат лек натиск върху засегнатите области с цел подобряване на дренажа и предотвратяване натрупването на течности. Прилагането на тези превръзки трябва да става така, както е препоръчал специалистът. В зависимост от разположението на отока те се поставят по такъв начин, че да не се стигне до усложнения в резултат на прекалено силен натиск.

Освен това има и упражнения, които могат да намалят схващането на врата и да увеличат обема на движенията. Тези упражнения трябва да се правят през целия живот, за да се запази добрата подвижност. Това важи особено в случаите, когато схващането е в резултат на лечение. От голямо значение е помощта на опитен физиотерапевт, който може да помогне да се разкъса фиброзата. Колкото по-рано стане това, толкова по-добре.

Има нов метод за намаляване на лимфедема с помощта на лазер. При този метод физиотерапевтът използва лазер с ниска енергия. Лазерът прониква в тъканите, абсорбира се от клетките и променя процесите в тях. Такъв лазер е LTU-

904 Portable Laser Therapeutic Uni (<http://www.stepup-speakout.org/Laser%20Brochure.pdf>). Това лечение може да намали лимфедема в областта на лицето и шията и да увеличи обема на движение на главата. По време на сеанса сондата се поставя на различни места на шията в рамките на десет секунди. Самата процедура е безболезнена.

В повечето части на САЩ има физиотерапевти, които са специализирали в това да третират лимфедема. Необходимо е да попитате хирурга си за съвет.

Националната асоциация за лимфедем има сайт: (<http://www.lymphnet.org/resourceGuide/findTreatment.htm>), в който има списък на специалистите в Северна Америка, Европа и Австралия.

На следния сайт има ръководство как сам да си направите масаж на лицето и шията: http://www.aurorahealthcare.org/FYWB_pdfs/x23169.pdf.

Нарушена сетивност след операция

По време на операцията обикновено се премахват шийните лимфни възли. При това се прерязват и някои сетивни нерви за долната част на лицето и шията. Вследствие на това части от кожата остават с нарушена сетивност. Понякога чувствителността в някои участъци може да се възстанови след месеци, а други участъци да останат изтръпнали завинаги.

Повечето пациенти привикват към това и успяват да се предпазват от наранявания на кожата от остри предмети, горещи и студени течности и храни. Използването на електрическа самообръсначка е решение на този проблем.

Кожата с намалена сетивност трябва да се предпазва от слънцето с лосион или да се покрива с дрехи. Измръзванията могат да се предотвратят с използването на шал.

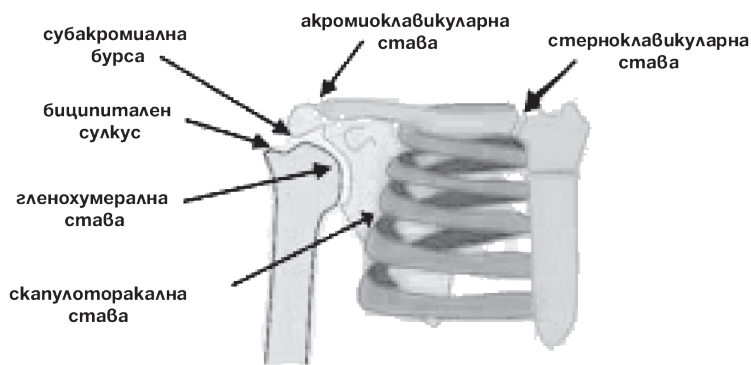
Болки в шията и раменете след операция и лъчелечение

Често хирургичното лечение на карциномите на главата и шията води до трайни ограничения в подвижността на рамо-

то, врата, лицето, челюстта. Това е следствие от манипулиране или прекъсване на мускули, нерви, лимфни или кръвоносни съдове по време на операцията или увреждането им по време на лечението. В различна степен мускулната слабост, фиброзата и лимфедемът са трайни усложнения и нарушават подвижността на рамото и шията.

Тъй като лимфните съдове са близко разположени до нервите за лицето, шията и рамото, то последните често се увреждат по време на операцията. Най-важните нерви, които може понякога да бъдат прекъснати, са лицевият нерв и нервус акцесориус. В такъв случай се засяга подвижността на лицето, шията, рамото. Ако нервът е бил само манипулиран (представен и мобилизиран), то тези усложнения са временни, но ако е прекъснат – са трайни. Понякога може да настъпи регенерация на нерва в рамките на шест седмици до няколко години.

След пълното прекъсване на нерва за мускулите на рамото (акцисориус) те остават парализирани и не могат да стабилизират ставата на лопатката (между скапулата, хумеруса и гръдния кош) (фиг. 2). Тези стави са изложени на риск от по-на-

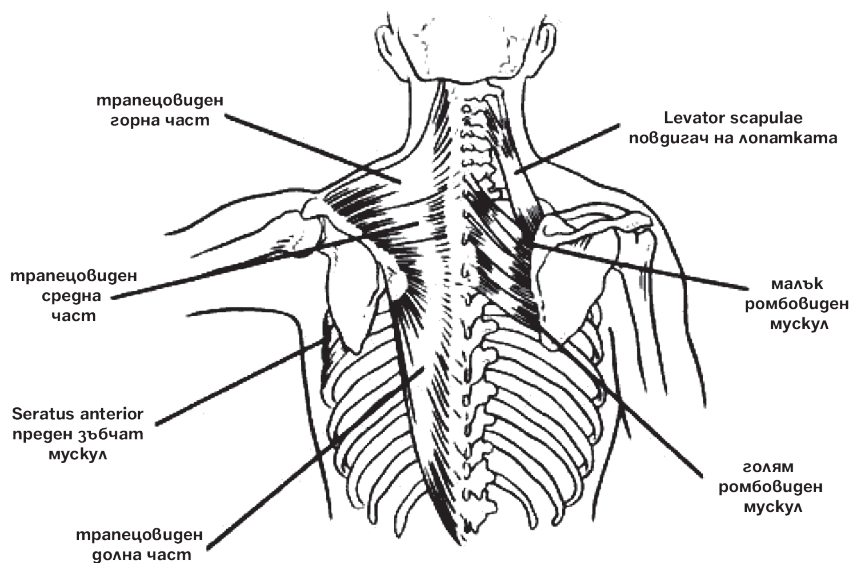


Раменен пояс

Фигура 2.

татъшно травмиране. Ако мускулите, стабилизиращи скапулата (средната глава на трапециуса и ромбоидните мускули),

не функционират (фиг. 3), е трудно да се поддържа изправена поза и рамото да е изпънато назад. Без адекватна ретракция на



Фигура 3.

раменния пояс гленохумералната става (между скапулата и хумеруса) не може да повдигне ръката, за да се осъществи пълен обем движение от 180 градуса. Когато скапулата е увиснала напред, при повдигане на ръката хумеруса опира в акромиона и това блокира движението на ръката.

Поради липса на мускулна стабилизация на рамото може да настъпи частично разместване (гленохумерална сублуксация). Това води до нестабилност на рамото и ограничена подвижност. Ако въпреки това опитът да се направи пълен размах на движението продължава, може да настъпи по-нататъшно увреждане на ставата.

Нестабилността на ставата води до разтягане на невроваскуларния ствол и мускулите и се стига до миофасциален синдром (хронична тъпа болка ирадираща от шията към ръката).

Постепенно се заема принудителна поза, при която човек е приведен напред. Това опъва и издължава мускулите и фасциите на гърба и скъсява мускулите на гърдите и шията. Тази поза

с нарушен баланс увеличава напрежението върху горната част на гърба, шията и раменните стави.

Лъчелечението още повече влошава това състояние, тъй като води до допълнителна фиброза (освен тази, вследствие на оперативната интервенция) и допълнително затруднява разтягането на контрахираните области. Възникват контрактури в областта на шията и гръдния кош.

След травма, операция или лъчелечение в процеса на оздравяване се образува фибрин, който се превръща в цикатрикс. Процесът на формиране на цикатрициалната тъкан след операция продължава около година. Тъй като обаче радиацията трайно уврежда ДНК и нормалните клетъчни процеси, то образуването на цикатрициална тъкан продължава до края на живота.

Фибрин се отлага около и в кръвоносните съдове, кости, лигаменти, сухожилия и нерви в засегнатите области. В резултат на това настъпва синдром на пострадиационна фиброза. Това става седмици или месеци след облъчването. Интензивността на този процес зависи от зоната на облъчване, продължителността и дозата. Освен това роля играят и други фактори като възраст и придружаващи заболявания.

Физиотерапевтите и рехабилитаторите с опит в областта на невромускулната и мускукоскелетната патология, запознати със законите на възстановителните процеси, са хората, които могат да подобрят качеството за живот на онкоболните със **синдром на радиационна фиброза**.

Причините за болки в шията и рамото след оперативна намеса в областта на главата и шията са много. За да се сведе до минимум постоперативният дискомфорт, от голямо значение е обучението и активното участие в лечебните процедури. Необходим е контакт с лекар и/или физиотерапевт, за да може да се набавят всички възможни средства за справяне с трайните изменения.

ГЛАВА 6.

Методи за гласова рехабилитация след ларингектомия

Въпреки че при тоталната ларингектомия се премахва целият гръклян, повечето ларингектомирани успяват да усвоят нов начин да говорят. Около 85 – 90 % от ларингектомираните се научават да говорят с помощта на един от трите основни метода, описани по-долу. Около 10 % не могат да говорят, но могат да комуникират с помощта на компютър или други методи.

Хората нормално говорят, като издишат въздух от белите дробове и по този начин карат гласните връзки да вибрират. Вибрациите са звук, който се обработва в устната кухина от езика, устните и зъбите, за да се превърне в реч. Въпреки че при операцията гласните връзки, които генерират звука, са премахнати, говор е възможно да се образува от други структури, които вибрират под действието на въздушен поток, преминаващ по различен път. Друг вариант е вибрациите да се генерират от изкуствен външен източник, който, поставен в близост с гърлото или устата, дава възможност да се говори.

Начините, които ще се използват, зависят от вида на операцията. Някои пациенти могат да използват няколко метода, а други да са ограничени само до една възможност.

Всеки метод има уникална характеристика, предимства и недостатъци. Целта е да се усвои метод на говорене, който да отговаря на нуждите на конкретния пациент.

Логопедите могат да помогнат и да ръководят пациента как правилно да използва различните методи и/или устройства, за

да постигнат възможно най-разбираема реч. Качеството на говора се подобрява значително в периода между 6 месеца и една година след операцията. Активната говорна рехабилитация води до по-добър говор.

Трите основни метода за говорене след ларингектомия са:

1. Трахеоезофагеален говор

При трахеоезофагеалния говор въздухът, издишан от белите дробове, премина в хранопровода през малка силиконова гласова протеза, която ги свързва, а вибрациите се създават в долната част на гърлото.

Гласовата протеза се поставя в един отвор (трахеоезофагеална пункция), който хирургът прави на задната стена на трахеостомата. Всъщност отворът е на задната стена на трахеята между нея и хранопровода. Това може да се направи по време на ларингектомията (първична пункция) или по-късно, след зарастване на оперативната рана (вторична пункция). В отвора се поставя малка силиконова тръбичка, наречена гласова протеза. Тя не позволява така направеният отвор да се затвори/зарасне. Освен това откъм страната на хранопровода има еднопосочна клапа, която позволява въздухът да влиза в хранопровода, но не позволява течности от хранопровода да преминават през протезата и да достигнат трахеята и дробовете.

Когато трахеостомата се запуши, въздухът, който се издишва, преминава през протезата в хранопровода и се създава възможно да се говори. Това става като трахеята се запуши с пръст или със специалния филтър за затопляне и овлажняване, който се поставя върху стомата (вж. Глава 9: **Предимства на обменника на топлина и влага**). Този филтър частично замества функцията на носната кухина. Някои хора използват и “hands free” или автоматична клапа, която се задейства самостоятелно.

След запушване на стомата въздухът от белите дробове преминава в хранопровода и предизвиква вибрации на стените на горната част на хранопровода. Тези вибрации са основата за формиране на говора от устната кухина (език, устни, зъби и т.н.).

Има два различни вида говорни протези: такива, които пациентът може сам да сменя, и постоянни, които трябва да

се сменят от медицински специалист (УНГ специалист или логопед).

Филтърът или автоматичната клапа могат да се закрепят върху стомата по различни начини: посредством адхезивна превръзка, която се залепя за кожата около трахеостомата или като се закрепят на трахестомна тръба или бутон.

Пациентите, които използват говорна протеза, имат най-разбираем говор.



Фигура 4. Трахеоезофагеален говор

2. Езофагеален говор

При езофагеалния говор вибрациите се създават, като въздухът се връща обратно от хранопровода навън (оригване) – (фиг. 5). При този метод не са необходими никакви пособия.

От трите метода за възстановяване на говора този изисква най-дълго време, за да се усвои. Въпреки това има няколко предимства и най-вече, че не е зависим от допълнителни устройства.

Някои логопеди са за запознати с езофагеалния говор и могат да помогнат на ларингектомираните да го усвоят. Има и някои книги и дискове със записи, които също могат да помогнат на пациентите сами да усвоят този метод.

Езофагеален говор



Фигура 5. Езофагеален говор

3. Електрларинкс или изкуствен ларинкс

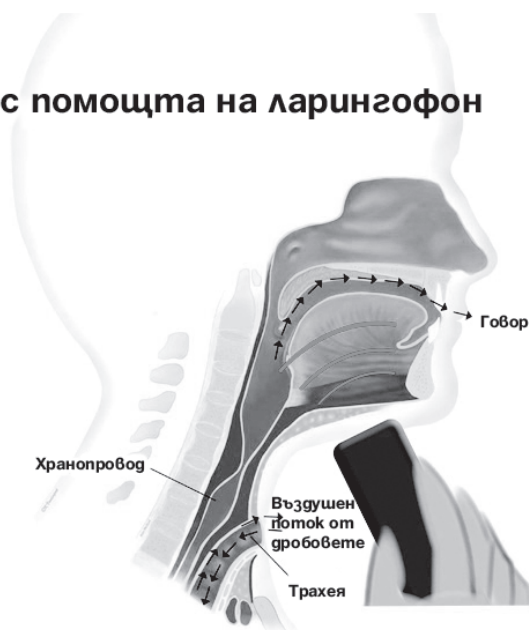
При този метод вибрациите се създават от външно устройство, което работи с батерии (наречено електрларинкс или изкуствен ларинкс). То се допира отвън на бузата или под брадичката (фиг. 6).

Създава бърмчащи вибрации, които се предават на устната кухина и гърлото. След това пациента модифицира този звук с помощта на устната кухина и създава говор.

Вибрациите, създадени от електрларинкса, могат да достигнат до устната кухина по два начина. Или директно с използването на една сламка, или индиректно, при което електрларинксът се притиска към кожата на шията или лицето.

Електроларинкът обикновено се използва в постоперативния период, докато пациентите са все още в болницата. Поради наличието на оток на тъканите, разреза и шевовете, обикновено през този период се използва интраоралният път с помощта на сламка. Повечето от ларингектомираните по-късно усвояват други методи за говорене. Въпреки това те могат да използват електроларинкса като допълнителен метод в случай на нужда.

Говор с помощта на ларингофон



Фигура 6. Електроларинкс или изкуствен ларинкс

Други методи за говор

Съществува и пневматичен, изкуствен ларинкс. При този метод се използва платък (подобно на свирка), за да се произведе звук (фиг. 7). Фунията на това устройство се поставя върху stomата, а тръбичката в устата. Така създаденият звук постъпва в устата.

Тези, които не могат да използват нито един от

гореизброените методи, могат да използват компютърно генерирана реч, като за тази цел използват лаптоп или специално устройство за целта. Пациентът пише на клавиатурата това, което иска да каже, а компютърът изрича електронно генерираната реч. Това могат да правят и смартфоните.



Фигура 7. Други методи за говор

Диафрагмално дишане и говор

Диафрагмалното дишане (наречено още коремно дишане) е начин на дишане, при който въздухът постъпва бавно и дълбоко в белите дробове с помощта на диафрагмата, вместо на мускулите на гръдната клетка. Когато дишаме с диафрагмата, се разширява предимно коремът, а не гръдният кош. Този метод на дишане позволява по-цялостно да се използва капацитетът на белите дробове за усвояване на кислород и за отделяне на въглероден диоксид. Ларингектомираните, тъй като дишат през шията, обикновено дишат повърхностно и използват сравнително малка част от капацитета на белите си дробове. Ако се привикне да се диша с диафрагмата, се увеличава издръжливостта и се подобрява трахеоезофагеалният и езофагеалният говор.

Усилване на гласа (с усилвател)

Един от проблемите при трахеоезофагеалния и езофагеалния говор е, че той не е достатъчно силен. Ако се използва усилвател, може лесно да се увеличи силата на говора без допълнително налягане и това би позволило той да бъде разбираем дори и в шумна среда. Освен това по-рядко биха се разлеждали пластирите, поставени около трахеостомата, тъй като пациентите, използващи трахеоезофагеален говор, не биха имали нужда да издишват със сила.

ГЛАВА 7.

Мукус, секрети и грижи за дихателните пътища

Организмът произвежда мукус (секрети) с цел да защитава и поддържа трахеята в добро здраве. Той служи като лубрикант и поддържа дихателните пътища влажни. След ларингектомия трахеята е отворена на шията и пациентите вече няма как да изкашлят мукуса в устата и после да го преглътнат или пък да се изсекнат. Много важно този мукус периодично да се отстранява, но това вече може да става единствено през стомата.

Изкашлянето и отделянето на мукуса през стомата е единственият начин, по който ларингектомираните могат да поддържат чисти трахеята и белите си дробове и да ги предпазват от прах, мръсотия, микроорганизми и другите вредни вещества, които се вдишат. Когато трябва да се изкашля или да кихне, ларингектомираният трябва да свали филтъра или каквото и да е друго, с което в покрита стомата и да улови мукуса с носна кърпичка и да го отстрани. Мукусът е с идеално качество, когато е бистър и с водниста консистенция. Това обаче е трудно да се постигне поради честите промени в околната среда и температурата. За да се поддържа мукусът в добро състояние, рутинно могат да се предприемат следните мерки.

Продукция на мукус и поддържане на висока влажност на въздуха

Преди отстраняването на ларинкса въздухът, който се вдишва, се затопля до нивото на телесна температура, овлажнява се и се пречиства от микроорганизми и прахови частици от горните дихателни пътища. Тъй като след ларингектомията това вече не е възможно, е много важно функциите на горните дихателни пътища да се компенсират.

След ларингектомия въздухът, който се вдиша, не преминава през носа и устата и не се овлажнява, вследствие на това трахеята се изсушава, дразни и това води до хиперпродукция (увеличено образуване) на мукус. За щастие с течение на времето трахеята става все по-издръжлива на сухота. Въпреки това, когато влажността е прекалено ниска, лигавицата на трахеята може да изсъхне, да се напука и да се появи кървене. Ако кървенето обаче е обилно или не спира след повишаване на влажността, то трябва задължително да се направи консултация със специалист. Ако количеството и цветът на мукуса са необичайни – също.

Възстановяването на влажността на вдишвания въздух намалява хиперпродукцията на мукус до нормалните нива. Това намалява вероятността неочаквано да се появи кашлица и да се запуши филтърът. Повишаването на влажността в дома до 40 – 50 % относителна влажност (не повече) може да помогне да се намали образуването на мукус и лигавицата на трахеята да се предпази от изсъхване, напукване и кървене. Освен че са болезнени, тези напуквания могат да бъдат и входна врата за инфекции.

Стъпките за подобряване на влажността са:

- Непрекъснато да се носи филтър (обменник) – през цялото денонощие, за да се запази влажността на лигавицата и топлината в белите дробове.
- Тези, които покриват stomата с кърпичка или маска, трябва постоянно да ги навлажняват, за да може вдишваният въздух да е влажен. Въпреки че това не е ефективно колкото използването на филтър, все пак е от полза.
- Да се приемат достатъчно течности през устата.

- Поне два пъти на ден в трахеостомата да се изливат 3 – 5 мл физиологичен серум.
- Да се взима горещ душ или да се правят инхалации.
- Относителната влажност в дома да се поддържа около 40 – 50 % с помощта на овлажнител и хигромер. Това е важно както през лятото, когато се използват климатици, така и през зимата, когато се използва отопление.
- Да се вдишва пара от горещ душ или вряща вода¹.

За да се контролира точно нивото на влажност може да се използва дигитален сензор за влажността (наречен хигромер). С течение на времето, след като дихателните пътища се адаптират, необходимостта от овлажнител може да намалее.

Грижи за дихателните пътища и шията в студено време и на големи височини

Зимата и големите височини представляват трудност за ларингектомираните. Въздухът на високо е разрежен, студен и сух. Преди ларингектомия въздухът се вдишва през носа, където се затопля и овлажнява, преди да достигне гробовите. След ларингектомия въздухът вместо през носа се вдишва през стомата. Студеният въздух по принцип е по-сух от топлия и гразни повече трахеята, по-силно изсушава лигавицата и води до кървене.

Мукусът също може да изсъхне и да запуши трахеята.

Вдишването на студен въздух може да има гразнец ефект върху дихателните пътища и да накара гладките мускули в стената им да се съкратят (бронхоспазм). Това намалява размера на дихателните пътища и затруднява издишването, което води до задух.

Грижите в този случай включват всички гореописани плюс следните:

- Изкашляне или аспириране на мукуса с помпа, за да се почисти дихателният път.

¹ Има различни видове портативни овлажнителни – изпарителни, парни, ултразвукови (бел. на пр.).

- Да се избягва излагане на студен, сух и прашен въздух.
- Да се избягват прах и други дразнители и алергени.
- При излагане на студен въздух, стомата да се покрива с яката на ризата, пуловера, якето или шала и така да се вдишва затопленият въздух между грехата и стомата.
- Да се избягва попадане на вода в стомата по време на къпане (вж. по-долу).

След ларингектомия и шийна дисекция чувствителността на кожата на шията, брадата и зад ушите често е нарушена. В резултат на това не може да се прецени колко студен е въздухът и може да се стигне до измръзване на тези области. Ето защо е много важно те да се покриват с топли грехи и шалове.

Използване на аспирационна помпа в случаи на мукусни тапи

Преди изписване от болницата на ларингектомираните се изписва аспирационна помпа за дома. Тя се използва за аспириране на мукуса, когато той не може да се изкашля и/или не могат да се премахват тапи от секрети. Последните се образуват, когато мукусът е много гъст и лепкав. Така образуваните тапи могат частично и по-рядко напълно да запушат трахеята.

Тапите могат да доведат до внезапен и необясним задух. В такъв случай бързо могат да бъдат отстранени с помощта на помпата. Ето защо аспирационната помпа трябва винаги да е на разположение. Тапите могат да се отстранят и с ампула физиологичен серум, който се напръсква в стомата. Серумът размеква тапата и тя се изкашля. Това състояние може да се превърне в спешно и животозастрашаващо. Ето защо, ако тапата не бъде успешно отстранена дори след няколко опита, трябва да се повика бърза помощ.

Кръв в храрките

Кръв в мукуса може да се наблюдава поради различни причини. Най-често се касае за граскотина в началото на трахеята.

Тя може да бъде причинена от самото почистване на стомата. Обикновено кръвта е ярко червена. Друга честта причина е това, че лигавицата на трахеята е изсъхнала, което е особено често през зимата. За да се ограничи до минимум изсъхването на трахеята, се препоръчва у дома да се поддържа адекватна влажност на въздуха (около 40 – 50%). Полезно е и напръскването на стерилен серум в стомата (вж. частта за мукуса по-горе).

Наличието на кръв в храчките може да е белег и на пневмония, туберкулоза, рак на белия гроб и т.н.

Продължителното кръвохрачене налага консултация със специалист. Ако е съпроводено със задух или болка, то може да бъде и спешно състояние.

Хрема

Тъй като ларингектомираните и другите хора с трахеостома вече не дишат през носа, то нормалният секрет в носа им не се изсушава от преминаването на въздух. Впоследствие, когато се натрупа в големи количества, този секрет започва да изтича през носа, особено при излагане на студен и влажен въздух или гразнещи силни миризми. Избягването на такива условия може да намали теча от носа. Най-доброто решение е тези секрети просто да се избърсват. Ларингектомираните с гласова протеза може да се научат да издухават носа си, като запушват трахеостомата и насочват въздуха към носната кухина.

Дихателна рехабилитация

След ларингектомия вдишваният въздух заобикаля горните дихателни пътища и навлиза в трахеята и белите гробове директно през стомата. По този начин се губи функцията на тази част от дихателната система, която филтрира, затопля и овлажнява вдишвания въздух.

Промяната в механизма на дишане се отразява и върху усилията, необходими за вдишане-издишане, и върху функции

ите на белите гробове. Всичко това налага някои корекции. Всъщност ларингектомираните при дишане полагат по-малки усилия, защото липсва съпротивлението на носа и устната кухина. Тъй като постъпването на въздух в белите гробове е по-лесно, то не е необходимо белите гробове да се разгъват до степен колкото преди операцията. Ето защо не рядко при ларингектомираните се наблюдава намален белодробен капацитет.

За запазване и увеличаване на дихателния капацитет има няколко възможности:

- Използването на филтър може да създаде необходимото съпротивление. Това кара човека напълно да разгъва белия си гроб, за да си набавя необходимия кислород.
- Редовна дихателна гимнастика под медицински контрол. Това подпомага разгъването на белия гроб и подобрява дихателната и сърдечната честота.
- Използване на диафрагмално дишане. Този метод на дишане позволява по-пълно използване на белодробния капацитет. (Вж. Глава 6: **Диафрагмално дишане и говор**).

ГЛАВА 8.

Грижи за трахеостомата

Стома се нарича всеки отвор, който свързва телесна кухина с околната среда. След ларингектомията се създава стома – нов отвор на трахеята, разположен на шията, който свързва белите дробове с околната среда. Поддържането на трахеостомата здрава и проходима е от ключово значение.

Общи грижи

Много е важно стомата винаги да е покрита, за да не може в трахеята и белите дробове да попадат прах, дим, микроорганизми и т.н.

Има различни приспособления за закриване на стомата. Най-ефективните са филтрите (обменници на влага и топлина), тъй като те се залепят плътно около трахеостомата. Освен че филтрират праха, те запазват част от влагата и топлината в дихателния път и предотвратяват загубата им. По този начин помагат да се възстанови температурата, влагата и чистотата на вдишвания въздух както преди ларингектомията.

Често в първите седмици и месеци след операцията трахеостомата се свива. За да не се затвори напълно, в началото през цялото денонощие се използва канюла. С течение на времето канюлата започва да се носи все по-рядко. След това се ползва само през нощта, докато повече няма тенденция да се свива.

Грижи за стомата, когато се използват адхезивни превръзки. Поради постоянното поставяне и сваляне на адхезивни

превръзки кожата може да се раздразни. Препаратите, които се използват за отлепяне на старите превръзки и за подготовка на кожата преди поставянето на новите, също могат да увредят кожата. Самото премахване на старите превръзки, когато те са здраво залепени, е доста травматично.

За да се махнат по-лесно тези адхезиви, може да се използват кърпички със специален разтвор (напр. Remove TM, Smith & Nephew, Inc.). Той разтваря лепилото на адхезивите и те се премахват по-лесно. След това обаче кожата трябва да се почисти със спирт, за да се премахне каквото е останало от този разтвор, както за да не гразни кожата, така и за да не попречи да се залепят новите адхезиви.

Обикновено не се препоръчва адхезивите да се оставят за повече от 48 часа. Някои държат тези лепенки много по-продължително и ги сменят само когато започнат да се отлепят сами или станат много мръсни. За някои хора самите превръзки не са гразнещи, а по-скоро тяхното сваляне. Ако кожата е раздразнена, е по-добре лепенката да се държи не повече от 24 часа. Може да е по-разумно да се позволи на кожата да си почине ден-два, докато напълно се успокои, а стомата да се покрива с приспособления като Foam cover без използването на лепило. Има някои специални хифроколоидни адхезиви, които са подходящи за чувствителна кожа.

Преди да се намаже с лепило, е добре кожата да се обработва със защитни препарати (напр. Skin Prep TM, Smith & Nephew, Inc. Largo Fl 33773).

Грижи за стомата, в случай че се използва трахеостомна канюла. Продукцията на мукус и триенето на трахеостомната тръба може да раздразни кожата около стомата. Тя трябва да се почиства поне два пъти дневно, за да не се нарани, инфектира и да не се появи неприятна миризма. Ако кожата е зачервена, болезнена и има неприятен дъх то тя трябва да се почиства по-често. Ако около стомата се появи жълтозелен секрет, неприятна миризма или обрив, е необходима консултация с лекар.

Разгразнение на кожата около стомата

Ако кожата около стомата е зачервена, е най-добре тя да не се покрива с нищо и да не се третира с разтворители в рамките на 1 – 2 дена, за да може да зарасне. Някои пациенти стават чувствителни към разтворителите и лепилата, използвани за прикрепянето на основата на филтрите (лепенките). В такъв случай не бива да се използват – трябва да се сменят с други. Добро решение за пациентите с чувствителна кожа са хидроколоидните превръзки.

В случай на признаци на инфекция като разраняване и зачервяване се прилагат локални антибиотици. Добре е да се консултирате с лекар, особено в случай че раните не зарастват. Лекарят може да вземе секрет за посевка от засегнатата област, за да предпише подходящия антибиотик.

Предпазване на стомата по време на къпане

По време на къпане е важно да не се позволява вода да влиза в стомата. Попадането на малко количество вода не води до проблеми и може лесно да се изкашля. Обаче инхалирането на голямо количество може да бъде опасно.

Начините за предпазване са следните:

- Стомата да се покрива с ръка и да не се диша, когато вода е насочена в близост до стомата.
- Да се използва детски лигавник с найлоновата част навън.
- Да се използва специално приспособление за къпане, ако е налично на пазара.
- Използването на лепенка с поставен на нея филтър може да е достатъчно, особено ако водата не е насочена към трахеостомата. Когато се мие кожата около стомата не бива да се диша. Ако се къпете накрая на деня, когато обикновено се сменя и филтърът, последният се използва за защита по време на къпане и после се изхвърля. Това обикновено прави къпането по-просто.
- Когато се мие косата, брадичката да е под нивото на стомата.

Аспириране на вода и пневмония

При ларингектомираните съществува риск да се аспирира вода, която е замърсена с бактерии. Водата от чешмата съдържа такива. Техният брой зависи от ефективността на пречиствателните станции и от източника на питейната вода (кладенец, езера, реки и т.н.). Водата в басейните съдържа хлорид, който намалява количеството на бактериите, но не я прави стерилна. Морската вода съдържа множество бактерии от различен вид и в различни концентрации.

Когато замърсена вода попадне в белите гробове, в някои случаи може да се развие пневмония. Развитието на аспирационна пневмония зависи от това колко вода е аспирирана, до колко е било възможно да се изкашля обратно и от имунната защита на човека.

Предпазване от аспирация

Една от основните причини за остра дихателна недостатъчност при пациентите, които дишат през трахеостомата, е аспирирането на хартия в трахеята. Това може да е много опасно и да доведе до задушаване. Обикновено се случва в момента, когато се използват хартиени кърпички, за да се обърше секретът, отделен от трахеостомата. Изкашлянето се последва от дълбоко вдишване, което може да засмуче хартия в трахеята. Засмукването на хартия в трахеята може да се избегне, ако се използва кърпичка от плат или хартиена салфетка, която е достатъчно здрава и не се разкъсва дори ако е навлажнена. Тънките салфетки трябва да се избягват.

Друг начин за предпазване е да не се диша в момента, когато се почиства кожата около трахеостомата, докато хартията не се отстрани от тази зона.

За предпазване от аспирация трахеостомата трябва да се покрива с филтър, трахеофиксатори или други покривала.

Предпазването от аспирацията на вода по време на къпане може да става с използването на специално приспособление

(канюла за къпане, вж. по-горе). Или пък може да не се сваля филтърът.

Къпането във вана е безопасно само ако нивото на водата е под нивото на трахеостомата. Кожата около трахеостомата трябва да се мие с насапунена хавлия. Трябва да се избягва попадането на сапунена вода в трахеята.

ГЛАВА 9.

Грижи за филтъра (обменник на влага и топлина)

Филтърът (HME – обменник на влага и топлина) функционира, като се залепя плътно за кожата около трахеостомата и я покрива. Освен че по този начин филтрира прах и други по-големи частици във въздуха, той запазва влагата и топлината в дихателните пътища, предотвратява загубата им и добавя съпротивление на дихателния поток. Така филтърът помага температурата, влажността и чистотата на вдишвания въздух да се възстановят на нивата преди ларингектомията.

Предимства на филтъра

Използването на филтри е от голямо значение. В САЩ те се разпространяват от Atos Medical и InHealth Technologies (фиг. 8 на следващата страница). Могат да се поставят на трахеостомната канюла или на трахеостомен бутон (Barton Mayo Button™ and/or Lary Button™). Когато не се използват канюла или бутон, филтърът се закрепя на специална лепенка, която се поставя около трахеостомата.

Филтрите са направени така, че да се сменят всеки ден. Пяната в касетата е третирана с препарати, които имат анти-микробно действие и запазват влагата в дробовете. Те не могат да се мият и да се ползват повторно, защото тези препарати с течение на времето и при намокряне губят свойствата си.

Филтърът улавя топлия влажен въздух от белите дробове при издишване. Той е импрегниран с хлорхексидин (антибакте-

риален препарат), физиологичен серум (NaCl), калциев хлорид (улавя влагата), активен въглен (абсорбира пушека) и се ползва само 24 часа, след което се изхвърля.

Предимствата на филтъра са, че увеличава влажността на въздуха в гробовете (по този начин намалява образуването на мускус – хрочки), намалява вискозитета (гъстотата) на секретите в дихателния път, намалява вероятността за образуване на тапи и възстановява нормалното съпротивление на дихателните пътища, като по този начин възстановява белодробния капацитет.

Освен това има специални електростатични филтри, които намаляват вдишването (както и издишването – предаването) на бактерии, вируси и полени. Намаленото количество на инхалирани полени по време на сезона на алергиите намалява гразненето на дихателните пътища. Използването на филтър може да намали риска от предаване на вирусни и бактериални инфекции особено в затворени помещения и в обкръжението на много хора. Сега има нов филтър, създаден специално да филтрира респираторни патогени (Provox Micron TM, Atos Medical).

Важно е да се знае, че другите обикновени защитни покривала като laryngofoamTM filter и различни видове кърпички нямат действието на филтрите.



Фигура 8. Гласови протези (на долните снимки) и филтри (на горните снимки), произвеждани от Atos (Provox) и InHealth

Ефекти на филтъра върху дишането при ларингектомирани

Премахването на ларинкса влошава дишането, тъй като въздухът вече не преминава през носа, който овлажнява, затопля и филтрира вдишвания въздух. Освен това поради отстраняването на съпротивлението на горните дихателни пътища и поради намаляването на дължината на дихателния път до белите дробове се намаляват усилията, необходими за осъществяване на вдишването. Това означава, че на ларингектомирани не се налага да полагат усилия, за да преведат въздуха през горните дихателни пътища (ноздри, носна кухина, гърло) и затова техните дробове не се разгъват в същия обем като преди операция. В такъв случай, ако ларингектомията не прави специални упражнения, капацитетът на белите дробове се намалява. Филтърът повишава съпротивлението и усилията за вдишване и запазва белодробния капацитет.

Как се поставя лепенката (основата) за филтъра

Удължаването живота на тази лепенка зависи не само от това, как тя се залепя, но и от това, как се премахва предишната, как се почиства кожата и как се нанася лепилото за новата. Много е важно кожата да се обработва внимателно (фиг. 9).



Фигура 9. Поставяне на лепенката и разположението ѝ върху стомата

При някои пациенти формата на стомата е такава, че поставянето и залепянето на лепенките е трудно. Лепенките са няколко вида. Говорните рехабилитатори могат да препоръчат коя е подходящата. Изборът ѝ може да бъде резултат и на опит-грешка. С течение на времето, след като постоперативният оток намалее, стомата променя формата и размера си, поради което може да се наложи да се смени и лепенката, която се използва.

По-долу са описани няколко инструкции как да се поставя лепенката. Необходимо е търпение, за да се изчака достатъчно дълго, така че течността, формираща защитен филм за кожата (Skin Prep™ Smith & Nephew, Inc. 70 Largo, FL 33773) и силиконовият адхезив да изсъхнат, преди да се постави лепенката. Това отнема време, но е много важно да се спазват следните инструкции:

- Почистете старото лепило с кърпичка за премахване на адхезива (Remove TM, Smith & Nephew, Inc. Largo, FL 33773).
- Избършете мястото със спирт (ако не направите това, то остатъците от Remove TM няма да позволят на новия адхезив да се закрепят).
- Почистете кожата с влажна кърпа.
- Почистете кожата със сапун.
- Отстранете сапуна с мокра кърпа и изчакайте кожата да изсъхне напълно.
- Намажете кожата със Skin Prep™ и изчакайте 2 – 3 минути да изсъхне.
- За още по-силно залепване намажете със силиконов адхезив или Skin-Tac TM (Torbot, Cranston, Rhode Island, 20910) и изчакайте да изсъхне за 3 – 4 минути (това е особено важно за тези, които използват автоматична говорна клапа).
- Поставете лепенката на филтъра на подходящото място, което да позволява добър поток на въздуха и сигурно залепване.
- Ако използвате автоматична клапа, изчакайте от 5 до 30 минути, преди да започнете да говорите, за да позволите адхезива да се захване стабилно.

Някои рехабилитатори препоръчват лепенката да се загрива преди поставяне посредством търкане с ръце, държане под

мишницата или обдухване със сешоар за коса. Внимавайте да не стане прекалено топла. Затоплянето на адхезива е важно, когато се използва хидроколоиден такъв, защото температурата активира лепилото.

В Youtube има видео направено от Стивън Статън, което показва как се поставят лепенката и филтърът http://www.youtube.com/watch?v=5Wo1z5_n1j8.

Как се използва автоматичната говорна клапа

Автоматичната клапа позволява да се говори, без да се налага с пръст да се запушва трахеостомата (или филтърът), за да се насочи въздухът към говорната клапа. Това устройство освобождава ръцете и улеснява способността за изпълнение на професионалните и ежедневните дейности. Трябва да се знае, че използването на автоматичната клапа изисква по-голяма сила на издишване, което може да доведе до разлепване на лепенката, за която той е прикрепен. Разлепването може да се предотврати, като се намали силата на издишване чрез по-бавно, по-тихо (почти като шепнене) говорене и като се поема въздух на всеки 5 – 7 думи. Когато е необходимо да се повиши тон, е добре клапата да се придържа с ръка. Освен това е хубаво тази клапа да се сваля преди изкашляне.

Филтърът на автоматичната клапа също трябва да се сменя редовно (на всеки 24 часа или по-често, ако е зацапан с мукус). Ако клапата се използва правилно и се мие редовно, то тя може да се използва дълго време (6 месеца до година). При първоначалното ѝ поставяне тя трябва да се настрои според особеностите на говора и дишането на пациента. Детайли за това, как се използва и какви грижи са необходими за нея, има в упътването.

Най-важното нещо е да се научи как да се говори с клапата, без да се разлепва лепенката. С използването на диафрагмално дишане се увеличава количеството на издишания въздух, което намалява усилията и увеличава броя на думите, които могат да се изрекат на един дъх. Този метод не позволява на-

лягането в трахеята да се повиши дотолкова, че да се разлепи лепенката. Усвояването на този начин на говор може да отнеме време и изисква търпение и помощ от опитен гласов рехабилитатор.

Много е важно лепенката, върху която се закрепя клапата, да се поставя по начина, който е описан в частта грижи за филтъра (вж. по-горе как се поставя лепенката за филтъра), включително да се почиства кожата с Remove, спирт, вода и сапун, да се постави подготвителен филм SkinPrep и накрая да се залепи. Следването на тези инструкции може да удължи живота на лепенките и да намали вероятността за разлепване и издишане при говор.

Когато се използва автоматична клапа, поемането на въздух е малко по-трудно, отколкото с обикновения филтър. Както при Atos FreeHands™, така и при InHealth HandsFree™ това може да се регулира, като клапата се завърти обратно на часовниковата стрелка.

Въпреки че при тези клапи има проблеми с лепенките, много ларингектомирани ги предпочитат, тъй като говорът е поестествен, а и двете ръце са свободни. Някои се научават да удължават живота на лепенката с помощта на усилвател на гласа, при което усилията за говорене се намаляват значително (вж. **Усилване на говора с помощта на усилвател** в Глава 6).

Спане с филтър

Някои филтри са одобрени за използване през цялото нощно време (например на Atos Medical). Ако лепенката е издържала и не се е разлепила, то тя може да остане и за през нощта. Ако се е разлепила, може да се използва друга лепенка. Периферията на Atos Xtra BasePlate™, която е по-тънка, може да се изреже да се използва само централната по-твърда част. Тя е доста лепкава и се закрепя дори без използване на лепило, като може да позволи и да се говори. През нощта филтърът може да се постави на канюла за ларингектомирани.

Как да покроем, скроем филтъра

След ларингектомия хората дишат през трахеостомата, която представлява отвор на шията. Повечето пациенти поставят филтър на стомата, за да се пречиства, затопля и овлажнява въздухът, който дишат. В такъв случай стомата изпъква и ларингектомираните имат избор да покрият видимия филтър с някаква дреха, шал или бижу или пък да го оставят да се вижда.

За и против гвата варианта

Ако филтърът се покрива допълнително, то дишането може да стане по-трудно. Ако не се закрива, то има лесен достъп до стомата, за да може тя да се почиства и поддържа и бързо и лесно може да се свали филтърът, в случай че има позив за кашлица или кихане. Последното настъпва внезапно и ако филтърът не се свали бързо, то той може да се запуши със секрети.

В случай че стомата е открита и видима, то причината за слабия и дрезгав глас на ларингектомираните е очевидна за околните и ги кара да се заслушат внимателно. Осен това в случай на спешност, налагаща изкуствено дишане, веднага става ясно, че пациентът е с променена анатомия и отстранен ларинкс. В противен случай може да се опитва изкуствено дишане през носа или устата (вж. **Осигуряване на адекватни спешни грижи при пациентите, които дишат през трахеостома** в Глава 17).

Демонстрирайки стомата, става ясно, че пациентът се е борил с рак на ларинкса и сега продължава живота си въпреки недъга. Въпреки че в обществото има много хора, борили се с рак, те остават неизвестни поради липса на промяна във външния им вид.

Тези, които прикриват трахеостомата, като я покриват с шал или нещо друго, обикновено го правят, за да не разсейват околните или за да не им правят неприятно впечатление. Те

освен това не искат да излагат на показ никакви деформации на шията и искат да са незабележими и да изглеждат нормално. Жените, които са по-загрижени за външния си вид, по-често закриват трахеостомата. Някои смятат, че фактът, че са ларингектомирани, е незначителна част от това, което те представляват като личности, и не искат да го „рекламират“.

И в двата случая има предимства и недостатъци и окончателният избор зависи от отделния човек.

ГЛАВА 10.

Трахеоезофагеална говорна клапа – начин на използване и необходими грижи

Говорната протеза се поставя в създаден за целта отвор между трахеята и хранопровода. Това позволява издишаният въздух от трахеята да премине в хранопровода през силиконовата протеза, която ги свързва. Вибрациите се създават от долната част на фаринкса.

Видове протези

Има два вида протези: постоянни – те се поставят и сменят от говорния рехабилитатор или специалист по уши, нос и гърло, и такива, които могат да се сменят от самия пациент.

Постоянните обикновено издържат по-дълго, отколкото тези, които се сменят от пациента. Въпреки това в края на краищата тези протези започват да пропускат течности и храна главно поради факта, че по клапата започват да растат гъби и други микроорганизми, което не позволява клапата да се затваря плътно. Когато клапата не се затваря плътно, през нея започват да изтичат течности (вж. по-долу **Причини за теч през протезата**).

Постоянните протези могат да функционират безупречно седмици и месеци наред, но въпреки това някои говорни рехабилитатори са на мнение, че те трябва да се сменят на всеки 6 месеца, дори и да не текат, защото вярват, че ако се оста-

вят за по-продължително време, ще доведат до разширяване на отвора, в който са поставени.

Клапите, които се сменят и поддържат от пациента, позволяват по-голяма независимост за пациента. Те могат да се сменят редовно от самия пациент (на всяка седмица – две). Някои пациенти сменят протезите едва когато започнат да текат. Старите протези могат да се измият и да продължат да се ползват.

Възможността да се използват последните протези зависи от множество фактори:

- Пункцията (отворът) трябва да е разположен на лесно достъпно място. Въпреки това с течение на времето пункцията може да мигрира и да стане по-трудно достъпна.
- Пациентите трябва да имат добро зрение и да са достатъчно сръчни, за да могат самостоятелно да сменят протезата. За разлика от това постоянните протези се сменят не толкова често.

Два видео филма, създадени от Стив Статън, обясняват как пациентите сами сменят протезите:

http://www.youtube.com/watch?v=nF7cs4Q29WA&feature=channel_page

http://www.youtube.com/watch?v=UkeOQf_ZpUg&feature=relmfu

Основната разлика между протезите, които се сменят от лекар и от пациент, е в размера на фланговете. При тези, които се сменят от лекаря, фланговете са по-широки и те се размястват по-трудно. Друга разлика е, че при клапите, които се сменят от пациентите, силиконовият водач, необходим за поставянето, не се премахва. В качеството на говора няма разлика между двата вида протези.

Какво се прави в случай, че протезата протече или се размести

В случай че става въпрос за протеза, която се сменя от пациента, ако е изпаднала, то тя веднага може да бъде поставена

обратно на мястото ѝ, ако пациентът има под ръка необходимия водач. В противен случай в пункцията се поставя гумен катетър, който не позволява на пункцията да се затвори, което може да стане в рамките на няколко часа. Това предотвратява нуждата да се прави нова пункция. Изтичането на течности през самата протеза се предотвратява с поставянето на тапа (със съответния на клапата размер), докато се смени протезата.

Препоръчва се пациентите, които използват говорни протези, винаги да носят със себе си такава запущалка и катетър.

Причини за теч през протезата

Има два вида теч: през протезата и около нея.

Течът през протезата се дължи на това, че клапата не може да се затвори плътно. Това може да се дължи на следните причини: по нея са пораснали гъби, блокирана е в отворено състояние, на клапата се е залепило парче храна, мукус или косъм или пък се е опряла в задната стена на хранопровода. Неизбежно е клапата да протече, независимо дали е заради гъби (Кандида) или някаква механична причина.

Ако клапата тече още от момента, в който е поставена, то това обикновено се дължи на негативното налягане, което се създава при преглъщане. В такъв случай течът може да се преодолее с използването на клапа с по-голямо съпротивление. Това обаче е с цената на по-големи усилия за говорене, но по-важно е да не се позволява постоянно натичане на течности в дробовете.

Течът около протезата е по-рядък и се дължи на това, че отворът между трахеята и хранопровода се е разширил и не уплътнява около протезата. При поставянето на протезата отворът обикновено леко се разширява, но ако тъканите са здрави и еластични, то той бързо започва да се стеснява. Невъзможността за свиване може да се дължи на рефлукс, недохранване, алкохолизъм, хипотиреоидизъм, извършването на пункцията на неподходящо място, наличие на грануляции, про-

теза с неподходящ размер, травматично извършване на самата пункция, рецидив на тумора и радиационна некроза.

Теч около протезата може да настъпи и ако тя е по-дълга от необходимото. В такъв случай тя се движи напред-назад подобно на бутало и по този начин води до разширяване на отвора. Ето защо неговата дължина трябва да се измери и да се постави протеза с подходящ размер. В такъв случай течът би трябвало да се преустанови в рамките на 48 часа. Ако това не стане се налага обстойно медицинска изследване, за да се установи какъв е проблемът.

Друга причина за теч около протезата е наличието на стеснение на хранопровода. Ако има такова, то, за да преглътне, пациентът прилага по-големи усилия, за да може храната и течностите да преминат през стеснението. Повишеното налягане изцежда храна и течности около протезата.

За преустановяване на теч около протезата се използват няколко трика. Временно премахване на протезата и замяната ѝ с катетър с по-малък диаметър, което да стимулира спонтанното свиване на фистулата, кесиевиден шев около фистулата, инжектиране на гел, колаген или AlloDerm® (LifeCell, Branchburg, N.J. 08876), каутеризация със сребърен нитрат, трансплантация на мастна тъкан и поставяне на по-голяма протеза. Лечението на рефлукса (най-честата причина за теч) позволява на тъканите на хранопровода да зараснат.

Обикновено не се препоръчва поставяне на протеза с по-голям размер. Това обикновено влошава проблема, тъй като протезата с по-голям размер е по-тежка и отслабените тъкани не могат да я поддържат. Някои считат, че с използването на протеза с по-голям размер се намаляват усилията за говорене (по-големият диаметър улеснява въздушния поток), което подобрява условията за оздравяване, докато се повлияе подлежащата причина (най-често рефлукс).

Използването на протеза с по-голям езофагелен и/или трахеален фланг може да се окаже от полза, тъй като флангът може да създаде уплътнение със стените на трахеята и хранопровода и да ограничи теча.

И двата вида теч могат да предизвикат силна кашлица, която да доведе до развитието на пънна или ингвинална херния. Течът може да доведе и до аспирационна пневмония. Наличието на теч може да се потвърди с просто око, като се наблюдава протезата, докато се презлъщат оцветени течности. В случай че има теч, който не се овладява след почистване на клапата с четка и промивка, то клапата трябва да се смени възможно най-бързо.

С течение на времето клапите обикновено започват да изгържат по-дълго, преди да протекат. Това е така, защото с адаптирането на дихателните пътища към новите условия постепенно намалява отокът на тъканите и продукцията на мукус. Подобрението се дължи и на факта, че пациентите придобиват опит и започват да полагат повече грижи за клапата.

Тъй като с течение на времето трахеоезофагеалната пункция се променя, такива пациенти трябва да се проследяват от говорен рехабилитатор. След спадането на отока от операцията и извършването на самата пункция и след лъчетерапията се променят и дължината и диаметърът на трахеоезофагеалната фистула. Това налага говорният рехабилитатор да я измерва на определени периоди, за да може да избира протеза с подходящ размер.

Едно от предимствата на протезата е, че тя може да бъде от помощ в случаи на засядане на храна в гърлото. Когато над протезата се задържи храна, при опит за говорене въздушният поток от протезата може да избута храната обратно нагоре и да преодолее засядането (вж. **Как да премахнем храна, заседнала в гърлото или хранопровода**, Глава 11).

При промяна на гласа и особено ако той стане по-слаб или са необходими повече усилия, за да се говори, протезата трябва да се смени. Причините за промяната на гласа може да е разрастване на гъбички, които затрудняват отварянето на клапата.

Предотвратяване на теча през протезата

Препоръчва се каналът на протезата да се почиства поне два пъти на ден и след всяко хранене.

Правилното почистване може да предотврати появата на теч или да го преустанови:

- Преди използване четката от комплекта на протезата трябва да се намопи в гореща вода и след това да се остави за няколко секунди да изстине.
- Четката се въвежда в канала на протезата, но не много дълбоко, и се завърта няколко пъти, за да почисти вътрешността на протезата.
- След това се изплаква с гореща вода. Горното се повтаря 2 – 3 пъти, докато по четката не се задържа вече нищо. Тъй като четката се напоява с гореща вода, трябва да се внимава да не се въвежда твърде дълбоко зад клапата, за да не се изгори лигавицата на хранопровода.
- След това протезата се промива два пъти с балона от комплекта с топла, но не гореща питейна вода. С цел да не се изгори лигавицата, може да се отпие от водата, за да сте сигурни, че не е много гореща.

Топлата вода почиства по-добре от водата на стайна температура, защото разтваря сухите секрети и мукуса, а най-вероятно отмива (и дори убива) част от гъбите, които са пораснали по протезата.

Какво да правим в случай, че постоянната протеза протече

Теч може да се получи в случай, че в клапата са заседнали сухи секрети, парченце храна или косъм (при пациентите с реконструкция с ламбо), което не позволява тя да се затвори напълно. Ако протезата се почисти внимателно, тези частици могат да се отстранят и течът да спре.

В случай че теч през протезата се появи още в първите три дни след поставянето ѝ, то това може да се дължи на дефект

на протезата или на това, че не е поставена правилно. Гъбите по протезата се проявяват по-късно. Ако протезата е нова, то причината е друга. Освен да се почисти, може да се пробва да се завърти внимателно няколко пъти с цел да се премахнат заседнали частици храна. Ако течът продължава, то клапата трябва да се смени.

Най-лесният начин течът да се спре временно, докато се смени клапата, е да се запуши със запушалка. Тези запушалки са различни за различните модели и размери клапи. Добре е винаги да има в наличност една такава оригинална запушалка. След като се запуши протезата, е невъзможно да се говори, но пък може да се приемат храни и течности без зацавяне. След приемане на храни и течности запушалката може да се махне и да се поставя, когато е необходимо. Това е временна мярка, докато се смени протезата.

Въпреки наличието на теч е много важно да продължават да се примат течности. За да се избегне загубата на течности в горещо време, е необходимо да се стои на климатик и да се приемат достатъчно течности по начин, който е най-малко вероятно да предизвика теч. Питиета, които съдържат кофеин, увеличават уринирането и трябва да се избягват. Гъстите течности по-рядко текат през протезата и в случай на течаща протеза трябва да се набляга на тях. Има много храни, които съдържат голямо количество течности и са достатъчно гъсти, за да не текат през протезата (например желета, супа, овесена каша, тост, напоен в прясно или кисело мляко). Плодовете и зеленчуците съдържат голямо количество течности (напр. диня, ябълка и др.). Внимателно трябва да се опитват различни храни, за да се намерят тези, които не текат.

Друг начин, който може да е от полза да се намали течът в някои случаи, е течността да се преглъща сякаш е храна. По този начин е по-малко вероятно да протече.

Тези трикове помагат да сме добре оводнени и нахранени, докато протезата бъде сменена.

Почистване на протезата

Препоръчително е протезата да се почиства поне два пъти дневно и ако е възможно, след всяко хранене (вж. по-горе **Предотвратяване на теча през протезата**), тъй като точно тогава в протезата може да се задържат храни и секрети. Това важи особено след прием на лепкави храни и когато гласът е слаб.

Корите и гъстият секрет около протезата първо се премахват с пинсета със заоблени върхове, а след това с четката чрез движение напред-назад. Четката се почиства с топла вода внимателно след всяко използване. След това се промива веднъж или два пъти с топла (но не гореща) вода с помощта на оригиналния балон.

Накрайникът на този балон се въвежда в протезата и се прилага лек натиск, за да се уплътни напълно. Ъгълът, под който се поставя, е различен при всеки пациент. За това, как точно се поставя, може да помогне говорният рехабилитатор. Промиването трябва да става внимателно, защото, ако се използва прекалено голямо налягане, водата може да се излее в трахеята. Ако промиването с вода е трудно, то клапата може да се продуха и с въздух.

В уплътняването на оригиналните четки и балони има указания за това, как да се почистват и кога да се изхвърлят и подменят. Четките се подменят, когато космите им са се огънали и износили.

Четките и балоните се чистят с гореща вода, ако е възможно и със сапун, и се изсушават с кърпа след всяко използване. Един начин да се запазват чисти, е да се поставят върху чиста хавлия на слънчева светлина в продължение на няколко часа всеки ден. Антибактериалното действие на ултравиолетовата светлина намалява броя на бактериите и гъбите по тях.

С напъването на 2 – 3 мл физиологичен серум в трахеята поне два пъти дневно (и по-често, ако въздухът е сух), използването на филтър през цялото денонощие и на овлажнител за въздуха запазва мукуса по-рядък и предотвратява запушването на клапата.

Предотвратяване на растежа на гъби върху протезата

Растежът на гъби по протезата е една от причините да се появи теч през нея и да се наложи подмяната ѝ. Но за да станат толкова големи колонии от гъби, че да не позволяват клапата да се затваря напълно, е необходимо известно време. Така че проблеми, появили се скоро след поставянето на нова протеза, обикновено не са свързани с гъбите.

Наличието на гъби по протезата обикновено се потвърждава при смяната ѝ. Колониите се виждат с просто око или като се изпрати материал за микробиологично изследване.

За да се предотвратят последиците от растежа на гъби, често се използва Nystatin. Той може да се намери под формата на разтвор или таблетки, които могат да се стрият на прах и да се разтворят във вода. Но въпреки това автоматичното започване на противогъбично лечение поради предположението, че има растеж на гъби не е правилно. Това лечение е скъпо и може да доведе до това гъбите да станат резистентни към медикамента, както и да се изпитат нежелани реакции от лечението.

Въпреки това има изключения. Това са случаите, в които се касае за хора, страдащи от диабет, хората, получаващи антибиотично лечение, химиотерапия или лечение с кортикостероиди, както и такива, при които наличието на гъбична инфекция е очевидна (обложен език).

Има няколко начина да се предотврати растежът на гъбите:

- Да се намали приемът на храни и течности, съдържащи захар. Ако приемате такива, мийте зъбите си след приема на сладки храни и/или питиета.
- Мийте зъбите си след всяко хранене и особено преди сън.
- Диабетиците трябва да поддържат нормални нива на кръвна захар.
- Приемайте антибиотици само когато е необходимо.
- След използването на орална противогъбична суспензия изчакайте около 30 минути, за да може да подейства, и тогава измийте зъбите си. Това се налага, защото някои от тези разтвори съдържат захар.

- Преди сън почистете вътрешната страна на протезата с четка потопена в разтвор на нистатин. Такъв разтвор може да си направите вкъщи, като четвърт таблетка нистатин разтворите в 3 – 5 мл вода. Така протезата ще остане напоена с разтвор. След това разтворът се изхвърля. Не напоявайте четката твърде обилно, за да не попадне разтворът в трахеята. След почистване на протезата произнесете няколко думи, така че да избутате разтвора към вътрешната ѝ част.
- Консумирайте пробиотици, като приемате йогурт с активни култури и/или препарати, съдържащи пробиотици.
- Внимателно почиствайте езика си с четка, ако изглежда обложен с гъби (бели плаки).
- След като преодолеете проблема с гъбите, сменете четката си за зъби, за да не се инфектирате наново.
- Пазете четката за почистване на клапата чиста.

Лактобацилус ацидофилус за превенция на растежа на гъби

Често използвани препарати за превенция на растежа на гъби са тези, съдържащи живи бактерии *Лактобацилус ацидофилус*. В САЩ агенцията по лекарствата официално не е одобрила този бацил за превенция на растежа на гъбите. Това означава, че няма контролирани проучвания, които потвърждават ефективността и безопасността на препаратите, съдържащи *Лактобацилус ацидофилус* под формата на хранителни добавки. Препоръчителната доза *Лактобацилус ацидофилус* е между 1 и 10 милиарда бактерии. Обикновено броят на бактериите в таблетките е в този диапазон. Дозировката варира, но най-често се препоръчва да се взимат между една и три таблетки с *Лактобацилус ацидофилус* на ден.

Въпреки че обикновено се считат за безопасни и без странични ефекти, препаратите с *Лактобацилус ацидофилус* трябва да се избягват от хора със заболявания на червата, с отслабена имунна система или с по-голям брой интестинална флора.

При такива хора приемът на този бактерий може да доведе до сериозни и понякога животозастрашаващи усложнения. Ето защо преди приема на препарати с живи бактерии винаги е необходима консултация с лекар. Това е особено важно в гореописаните случаи.

ГЛАВА 11.

Хранене, преглъщане и обоняние

Храненето, преглъщането и обонянето след ларингектомията вече не са същите. Това се дължи на трайните изменения вследствие на операцията и лъчелечението. Лъчелечението може да доведе до фиброза на мускулите, които осъществяват гълъченето, което затруднява отварянето на устата (тризъм) и впоследствие затруднява храненето. Храненето и преглъщането могат да се затруднят и от намаленото производство на слюнка, стесняването на хранопровода, както и поради липсата на перисталтика в случай на реконструкции с ламба. Обонянето също е засегнато поради факта, че при дишане въздухът не преминава през носа.

В тази глава са описани изявите и начините за лечение на проблемите в храненето и обонянето, пред които са изправени ларингектомираните. Това са затрудненията при преглъщане, рефлукс, стриктури на хранопровода и нарушение в обонянето.

Поддържане на адекватно хранене на ларингектомираните

За ларингектомираните храненето може да стане доживотен проблем. Това се дължи на изменения на самия акт на гълтане, на намаленото производство на слюнка (която смазва храната и улеснява гълтането), както и поради промени в усещането за вкус.

Необходимостта от приемане на големи количества течности по време на хранене може да затрудни приема на по-го-

лямо количество храна. Това е така, защото, когато течностите изпълнят стомаха, не остава място за храната. Тъй като течностите се абсорбират сравнително бързо, то ларингектомираните обикновено се хранят на често и в малки количества, а не на рядко и на големи количества. Приемът на големи количества течности може да ги кара да ходят често до тоалетната както през деня, така и през нощта. Това може да наруши съня и да доведе до чувството за умора и раздразнителност. При хората със сърдечни проблеми (сърдечна недостатъчност) приемът на течности може да ги натовари още повече.

Приемът на храни, които се задържат по-дълго в стомаха (например протеини като бяло сирене, месо, ядки), може да намали броя на храненията през нощта и по този начин да ограничи и приема на течности.

Важно е пациентите да се научат да се хранят така, че да не се приемат прекалено големи количества течности. Например, ако проблемите с преглъщането се преодолеят, може да се намали необходимостта от течности, приемът на ограничено количество течности преди сън може да подобри съня.

Храненето може да се подобри по следните начини:

- Прием на адекватно количество течности, не прекалено много.
- Прием на по-малко течности вечер.
- Прием на здравословни храни.
- Диета, бедна на въглехидрати и богата на протеини (захарта увеличава риска от развитието на гъбички).
- Съвет от диетолог.

Много е важно ларингектомираните да спазват адекватен и балансиран хранителен режим, който съдържа правилните съставки въпреки проблемите с храненето, които изпитват. Диета, бедна на въглехидрати и богата на белтъци, която съдържа витамини и минерали, е от особено значение. В тази връзка от голяма полза са съветите на диетолог, рехабилитатор и лекар.

Как да отстраним или преглътнем парче храна, което е заседнало в гърлото ни

На ларингектомираните често им се случва храна да заседне в гърлото и да не могат да преглъщат други храни и течности. Заседналата храна може да се отстрани по следните начини:

- Не изпадайте в паника. Помнете, че не можете да се задусите, тъй като при ларингектомираните хранопроводът е отделен от трахеята.
- Пробвайте да приемете течности (за предпочитане топли) и да избутате храната надолу, като постепенно увеличавате налягането в устната си кухина. В случай че това е неуспешно:
- Ако имате поставена говорна клапа, се опитайте да говорите. По този начин въздухът, който преминава през клапата в хранопровода, може да избута храната обратно в гърлото. Пробвайте това първо в право положение, ако не се получава, се наведете върху мивката и опитайте да говорите отново.
- Ако това също не помогне: наведете се напред така, че устата да е под нивото на гърдите и упражнете натиск върху корема. Това може да предизвика повръщане, което да премахне заседналата храна.

Тези методи работят за повечето хора. Всеки все пак е различен и трябва да експериментира и да открие начина, най-подходящ за него. С течение на времето обаче при много ларингектомирани преглъщането се подобрява.

Някои ларингектомирани съобщават, че успешно отстраняват заседналата храна, като нежно масажират гърлото си, ходят няколко минути, скачат на крака, сядат и стават няколко пъти, потупват гърдите или гърба си, с помощта аспирационна помпа, като поставят катетъра в гърлото си или просто изчакват, докато храната премине сама в стомаха.

Ако нищо не проработи и храната все още е заседнала в гърлото, може да се наложи преглед от специалист по уши, нос и гърло, който да отстрани заседналата храна.

Рефлукс (връщане) на храна

Повечето ларингектомирани са склонни да развият или развият гастроезофагеална рефлуксна болест (ГЕРБ).

Хранопроводът има два мускулни пръстена (или сфинктери), които предотвратяват рефлукса. Единият е разположен на прехода между хранопровода и стомаха, а другият е зад ларинкса – в началото на хранопровода, на шията. Долният езофагеален сфинктер често се компрометира при наличието на хиатална херния, която се наблюдава при повече от три четвърти от хората над седемдесет годишна възраст. По време на ларингектомията горният езофагеален сфинктер (крикофарингеалния мускул), който обикновено предотвратява връщането на храната в устата, се отстранява. Това прави горната част на хранопровода отпусната и постоянно отворена, което може да доведе до връщане на съдържанието на стомаха в гърлото и устата. Ето защо при навеждане напред или в легнало положение може да настъпи регургитация на стомашна киселина и храна, особено в първия час след хранене. Това може да се случи при онези, които използват говорна клапа, и при по-силно издишване по време на говор.

Приемът на лекарства, които намаляват киселинността на стомаха като антиациди и инхибитори на протонната помпа, може да облекчи някои от страничните ефекти на рефлукса, като например дразнене в гърлото, увреждането на венците и неприятния вкус. За да се предотврати рефлуксът, е удачно да не се ляга веднага след хранене или прием на течности. Приемът на малки количества храна няколко пъти на ден причинява по-малко рефлукс, отколкото храненето в обилни количества.

Симптоми и лечение на стомашния рефлукс

Киселинният рефлукс се появява, когато киселината, която обикновено е в стомаха, се върне в хранопровода. Това явление се нарича също „гастроезофагеална рефлуксна болест“ или ГЕРБ.

Симптомите на киселинен рефлукс включват:

- Парене зад гръдната кост (киселини).
- Парене или кисел вкус в гърлото.
- Болки в стомаха или гръдния кош.
- Затруднено преглъщане.
- Дрезгав глас или болки в гърлото.
- Кашлица с неясен произход (не и при ларингектомирани, освен ако гласната им протеза пропуска).
- При ларингектомирани се наблюдава: образуване на грануляционна тъкан около гласовата протеза, кратък живот на гласовите протези, гласови проблеми.

Мерките за намаляване и предотвратяване на киселинен рефлукс включват:

- Отслабване (при тези с наднормено тегло).
- Намаляване на стреса и практикуване на техники за релаксация.
- Избягване на храни, които влошават симптомите (напр. кафе, шоколад, алкохол, мента и мазни храни).
- Спиране на тютюнопушенето и пасивното излагане на дим.
- Прием на малки количества храна няколко пъти на ден вместо обилни ястия.
- Хранене и оставане в изправено положение половин до един час след хранене.
- Да не се ляга три часа след хранене.
- Повдигане на главата на леглото с 15 – 20 см (чрез поставяне на блокове от дърво под леглото или клин под матрака) или чрез използване на възглавници за повдигане на горната част на тялото на поне около 45 градуса.
- Прием на лекарства, които намаляват производството на стомашни киселини, така както са предписани от лекаря.
- При навеждане клякайте, вместо да се навеждате.

Средства за лечение на киселинния рефлукс

Има три основни вида лекарства, които могат да помогнат за намаляване на симптомите на киселинен рефлукс: антиацитиди, антагонисти на H2-хистаминовите рецепторни (известни също като H2-блокери) и инхибитори на протонната помпа. Тези класове лекарства действат по различен начин чрез намаляване или блокиране на стомашната киселина.

Течните антиацитиди обикновено са по-активни от таблетките и по-активни, ако се приемат след хранене или преди лягане, но те действат само за кратко време. H2-блокерите (например *Percid*, *Tagamet*, *Zantac*) намаляват количеството на киселината, произведена в стомаха. Те действат по-дълго от антиацитидите и могат да облекчат леките симптоми. Повечето H2-блокери могат да се закупят без рецепта.

Инхибиторите на протонната помпа (например *Prilosec*, *Nexium*, *Prevacid*, *Axiphex*) са най-ефективните лекарства за лечение на ГЕРБ и за спирането на производството на стомашна киселина. Някои от тях се продават без рецепта. Те обаче могат да намалят абсорбцията на калций, ето защо е важно да се следи нивото на калция, а хора с ниски нива трябва да приемат допълнително калциеви препарати.

Ако симптомите на ГЕРБ са тежки или продължителни и трудни за контролиране, е препоръчително да посетите лекар.

Говор по време на хранене след ларингектомия

Ларингектомираните, които говорят с помощта на гласова протеза, изпитват трудности да говорят по време на хранене, особено докато храната и течностите преминават покрай мястото, където е разположена говорната протеза. Да се говори в този момент, е или напълно невъзможно или гласът звучи като бълбукане. Това е така, защото въздухът, който попада в хранопровода през гласовата протеза, трябва да премине през храната и течностите. За съжаление при пациентите, при които е било необходимо фаринксът да се възстанови

с присадка, на храната е нужно много повече време, за да премине. Това се дължи на факта, че присадката няма перисталтика (свиване и отпускане) и храната преминава под действието на тежестта си и на гравитацията.

Поради това е важно храненето да става бавно, храната да се смесва с течности, докато се глътче, и да се изчаква да премине през зоната на клапата, преди да се прави опит да се говори. С течение на времето ларингектомираните се научават колко време е необходимо, за да премине храната и говорът да се осъществява без проблеми. Добре е след хранене, преди да се говори, да се пият течности.

Говорният рехабилитатор може да покаже упражнения, които помагат да се преглъща без затруднения.

Затруднения при преглъщане

Повечето ларингектомирани изпитват проблеми с преглъщането (дисфагия) непосредствено след операцията. Тъй като преглъщането се осъществява благодарение на координацията между повече от двадесет мускула и няколко различни нерва, увреждане на която и да е част от тази система вследствие на операцията или лъчелечението води до затруднения при преглъщането. Болшинството от ларингектомираните се научават да се хранят почти без проблеми. За някои може да е необходимо да направят само малки промени в храненето си, като например да се хранят на по-малки хапки, да глътчат по-старателно и да приемат повече течности по време на хранене. Други изпитват значителни затруднения при преглъщане и се нуждаят от помощта на говорен рехабилитатор, специализиран в разстройствата на гълтането.

След ларингектомия актът на гълтане се променя, а може да бъде и допълнително увреден от лъче- и химиотерапията. Трудности и невъзможност за преглъщане може да се наблюдават при до петдесет процента от пациентите и ако не се вземат мерки, може да доведат до недोхранване. Повечето проблеми с храненето се проявяват след изписването от бол-

ницата. Те могат да се появят в момент, когато пациентът се храни твърде бързо и храната не е добре сгъвкана. Могат да се провокират и от травма на горната част хранопровода от поглъщането на остро, твърдо парче храна или на много гореща течност. Това може да доведе до оток, който да се задържи за ден или два¹.

Проблемите с преглъщането (или дисфагията) са чести след ларингектомия. Могат да бъдат временни или дългосрочни и водят до недोхранване, ограничения в социалния живот и понижават качеството на живот.

Затрудненото преглъщане е резултат на:

- Нарушена функция на фарингеалните мускули.
- Дисфункция на крикофарингеуса.
- Намалена сила на корена на езика.
- Образуване на лигавична гънка или срастване в областта на корена на езика, наречена „псевдоепиглотис“. Храната може да се събира между псевдоепиглотиса и корена на езика.
- Нарушена подвижност на езика при гъвчене и придвижване на храната от устната кухина към гърлото вследствие на отстраняването на хиоидната кост и други структурни промени, свързани с операцията.
- Стеснение в областта на фаринкса или хранопровода, което затруднява преминаването на храната и води до натрупването ѝ.
- Формиране на разширение (дивертикулум) в областта на прехода между фаринкса и хранопровода, където е възможно да се задържат течности и храни и да създават чувство за засядане в гърлото.

Обикновено след ларингектомия храненето не е позволено и пациентите се хранят през стомашна сонда, поставена през носа или през трахеоезофагеалната пункция в продължение на две до три седмици. Тази практика бавно се променя, тъй като има все повече доказателства, че в случаи на стандартна ларингектомия приемът на чисти течности през устата може

¹ Описвам моя личен опит с храненето в книгата „Моят глас“, Глава 20, озаглавена „Хранене“.

да започне още на 24-тия час след операцията. Това е от полза за предотвратяване на проблемите с преглъщането, тъй като мускулите, които участват в него, възстановяват дейността си бързо.

След случай на засядане на храна в гърлото храненето може да е трудно в следващите един-два дни. Това се дължи на оток, който обикновено изчезва спонтанно.

Как да предотвратим засядането на храна:

- Хранейки се бавно и търпеливо.
- Приемайки храната на малки хапки и дъвчейки добре.
- Поглъщайки храната на малки порции и винаги премесена с течности. Топлите течности улесняват гълтането.
- При необходимост храната да се прокарва с допълнителен прием на течности (топлите течности са по-подходящи за тази цел).
- Да се избягва храна, която е лепкава или трудна за дъвчене. Човек трябва сам да установи каква храна приема по-лесно. Някои храни се преглъщат по-лесно (напр. препечен или сух хляб, кисело мляко и банани), а други са по-скоро лепкави (например небелени ябълки, маруля и други листни зеленчуци, пържоли и т.н.).

С течение на времето проблемите с преглъщането може да се облекчат. Но в случай на трайно стеснение на хранопровода може да се наложи дилатация (разширяване). Степента на стеснението се оценява с рентгеново изследване. Дилатацията се извършва от специалист по уши, нос и гърло или гастроентеролог (вж. по-долу в глава **Дилатация на хранопровода**).

Тестове за оценка на гълтането

Има пет основни теста, които се използват за оценка на преглъщането:

- Рентгенография с бариева каша.
- Видеофлуороскопия (рентгеноскопия).
- Горна ендоскопия.
- Фиброоптична назофарингоскопия.

- Езофагеална манометрия (измерва силата на контракциите на хранопровода).

Методът на изследване се избира според клиничното състояние.

Първо обикновено се прави видеорентгеноскопия. Тя е рентгеноскопски запис, който позволява точна визуализация и изучаване на поредицата от събития, които съставляват акта на гълтане. Използва се за изследване на шийната част на хранопровода. Записът се прави във фронтална и странична проекция и се разглежда на бавна скорост, за да може по-точно да се изследва механизмът на преглъщане. Това помага да се открият отклонения в преминаването на храната като аспирация, задръжане, вижда се движението на анатомичните структури, подвижността на мускулите, измерва се с точност времето, за което храната преминава през устната кухина и фаринкса. Може да се установи как различната консистенция на бариевата каша и позицията на тялото и главата се отразяват на гълтането. При пациенти, които се оплакват от проблеми при преглъщането на твърди храни, се използва гъста каша или твърда храна, напоена с каша.

Проблеми с преглъщането при стеснение на хранопровода

Структурата е стеснение в областта на прехода от гърлото към хранопровода, което възпрепятства или затруднява преминаването на храната, в резултат на което на рентгеново изследване хранопроводът има видът на пясъчен часовник.

При ларингектомираните структурата може да е резултат от лъчелечението или да е резултат на самата операция, а може да настъпи и постепенно вследствие на образуването на сраствания.

В такива случаи може да се направи следното:

- Промяна на диетата или на позицията на тялото при преглъщане.
- Миотомия – прерязване на мускулите на гърлото.

- Дилатиране или т.нар. бужирание (вж. по-долу).

Понякога по време на операцията за възстановяване на гърлото се използват присадки (ламба). Те нямат перисталтика и това още повече затруднява гълтането. В такива случаи храната преминава по силата на гравитацията и за да достигне стомаха, може да ѝ отнеме от 5 до 10 секунди.

Ето защо е препоръчително храната да се дъвче добре и преди да се преглътне, да се приеме и глътка течност, както и храненето да става на малки количества и да се изчаква всяка глътка да премине, преди да се приеме следващата. При храненето с твърди храни е добре след всеки залък да се пият течности. По този начин храненето става бавно и човек трябва да бъде търпелив и да не бърза, за да може да се нахрани.

Отокът, който е налице веднага след операцията, с течение на времето спада и в крайна сметка храненето става по-лесно. Ето защо в първите няколко месеца след операцията не бива да се губи надежда, че храненето ще се подобри. Ако обаче това не стане, трябва да се пристъпи към дилатацията на хранопровода.

Дилатация на хранопровода (бужирание)

След ларингектомията много често се наблюдава стесняване на хранопровода и съответно се налага дилатация. Бужирането обикновено се прави многократно, но с различна честота при различните хора. При някои се налага да се прави, до края на живота, а при други хранопроводът става проходим само след няколко процедури. Бужирането се извършва под седация или обща анестезия, защото е болезнено. Хранопроводът се разширява постепенно с помощта на поредица дилататори с нарастващ диаметър, които се въвеждат един след друг. Така се разрушават срастванията и фиброзата, но въпреки това могат да се образуват отново.

Понякога за разширяване на локализирана стриктура вместо дилататор се използва балон. Друг метод, който може да е от полза, е използването на локални и инжекционни стероиди. По принцип бужирането се извършва от отоларинголог или

гастроентеролог, но някои пациенти се научават да го правят сами у дома. При тежки случаи може да се наложи операция, за да се премахне стриктурата и да се замени с присадка.

Тъй като при дилатацията има разкъсване на фиброзна тъкан, може да се наблюдава болка, която продължава и след самата процедура. Приемането на болкоуспокояващи може да облекчи тези оплаквания (вж. Глава 12: **Лечение на болката**).

Използване на Botox®

Botox® е фармацевтичен препарат от токсин А, който се получава от *Clostridium botulinum* – анаеробна бактерия, която причинява ботулизъм, заболяване, при което настъпва парализа на мускулите. Ботулиновият токсин причинява частична парализа на мускулите, като блокира освобождаването на ацетилхолин от пресинаптичните холинергични нервни влакна. В малки количества той може да се използва за предизвикване на временна, обратима парализа на мускулите с продължителност три до четири месеца. Използва се за лечение на мускулни спазми, тикове, както и с козметична цел за намаляване на бръчките. Рядко се наблюдават и нежелани реакции като генерализирана мускулна слабост, а рядко дори и смърт. Botox® се използва и като метод на избор за лечение в някои случаи на затруднено хранене или говор при ларингектомирани.

При ларингектомираните Botox® често се използва за отпускане на фарингоезофагеалния сегмент (зоната, която вибрира и произвежда езофагеалния и трахеоезофагеалния глас), за да може пациентът да говори по-лесно и с по-малко усилия. Това обаче е ефективно само когато мускулите са с повишен тонус и може да изисква инжектирането на сравнително големи дози в спастичните мускули. Botox® може да се използва и за отпускане на мускулите на долната челюст при пациенти със затруднения в преглъщането. Той обаче не е от полза при състояния, които не се дължат на мускулни спазми като дивертикули на хранопровода, стриктури, дължащи се на фиброза след лъчелечение, или сраствания и стеснявания след операция.

Повишеният тонус на мускулите на гърлото или т.нар. фарингоезофагеален спазъм (ФЕС) е често срещана причина за нарушение на трахеоезофагеалния говор след ларингектомия. Повишеният тонус може да увеличи пиковото интраезофагеално налягане по време на говор, като по този начин затруднява и накъсва говора. Той може да затрудни и преглъщането, като удължи времето за преминаване на храната и течностите от фаринкса в хранопровода.

Инжектирането на Botox® се извършва от отоларинголози в амбулаторни условия. Може да бъде перкутанно или чрез езофагогастродуоденоскоп. Перкутанното инжектиране във фарингеалните мускули се извършва едностранно на новообразувания фаринкс (неофаринкс) точно над и отстрани на трахеостомата.

Инжектирането през езофагогастродуоденоскоп се прави, когато перкутанното инжектиране е противопоказано или трудно осъществимо. Такива са случаите с тежка пострадиационна фиброза, изменения на анатомията на шията и тревожност или неспособност да се понесе поставянето на инжекция. Този метод позволява директна визуализация и по-голяма точност. Инжектирането обикновено се прави от гастроентеролог и е последвано от лека балонна дилатация с цел равномерно разпределение на медикамента.

Фарингокутанна фистула

Фарингокутанната фистула представлява връзка между лигавицата на фаринкса и кожата. В такъв случай вследствие на отпускане на шева на лигавицата през раната започва да изтича слюнка. Това е най-често срещаното усложнение след ларингектомия и обикновено се проявява между седмия и десетия ден след операцията. Рисков фактор за образуването ѝ е предоперативното лъчелечение. Храненето през устата се преустановява, докато фистулата не зарасне сама или не се затвори хирургично.

Темповете, с които фистулата се затваря, могат да се следят чрез преглъщане на багрило (метиленово синьо), което из-

мича на кожата, ако фистулата е все още отворена, и/или чрез ретгеноконтрастно изследване.

Обоняние след ларингектомия

Ларингектомираните може да имат нарушение на обонянието, въпреки че при тази операция нервните, които отговарят за него, не се засягат. Това, което се променя, е пътят на въздушния поток по време на дишане. Преди ларингектомия въздухът преминава през носа и устата. Това позволява ароматите и миризмите да бъдат доловени в момента, в който преминават покрай нервните окончания в носа, отговорни за обонянието.

След ларингектомията обаче активният въздушен поток през носа е преустановен и това се възприема като загуба на обоняние. Начин да се възстанови, е използването на т.нар. „учтива прозявка“. Тази техника се нарича така, защото прилича на опита да се прозинем със затворена уста. Бързото движение на долната челюст и езика надолу, като същевременно устните остават затворени, създава лек вакуум, който засмуква въздух в носната кухина и позволява да се доловят миризмите. С опита е възможно тази техника да се усвои до степен, при която вакуум се създава и със съвсем леки движения на езика.

ГЛАВА 12.

Медицински проблеми след лъчелечение и операция: болка, ваксинации, разсейки, хипотиреоидизъм, избягване на медицинските грешки

В тази глава се обсъждат множеството здравословни проблеми, които засягат ларингектомираните. Хипертонията се дискутира в Глава 3, лимфедемът в Глава 5.

Лечение на болката

Много пациенти, болни от рак и преживели онкологично заболяване, се оплакват от болка. Болката може да е един от основните симптоми на рака и дори може да бъде причината за диагностицирането му. Ето защо не бива да се пренебрегва и трябва да се възприема като сигнал за търсене на медицинска помощ. Болката, свързана с рака, може да варира по сила и вид. Тя може да бъде постоянна, периодична, лека, умерена или силна. Може да е остра, тъпа или пулсираща.

Болката може да се дължи на това, че туморът притиска или прораста в околните тъкани и по този начин ги разрушава. С увеличаването на размера си туморът може да причини болка поради притискане на нерви, кости и др. Туморите на главата и шията разрушават лигавицата и я излагат на действие на слюнката и бактериите, които се намират в устната кухина. В случаите, когато става въпрос за рецидив или разсей-

ки, е още по-вероятно да е налице болка.

Болката може да се дължи и на самото лечение на рака. Химиотерапията, лъчелечението и операцията – всички могат да бъдат причина за болка. Химиотерапията може да доведе до диария, рани в устата и увреждане на нервните. Лъчелечението може да предизвика усещане за парене и болка по кожата и лигавиците, схващане на мускулите и увреждане на нервните окончания. Оперативните намеси са болезнени и могат да доведат до деформации и/или сраствания и белези.

Има различни начини за лекуване на болката при онкологичните заболявания. Премахването на източника на болката чрез лъчелечение, химиотерапия или операция е най-добрият вариант, ако е възможен. В противен случай се прилагат други лечения като медикаменти за перорално приложение, нервни блокове, акупунктура, акупресура, масаж, физиотерапия, медитация, релаксация и дори хумор. Тези методи се прилагат от специалистите по лечение на болката.

Болкоуспокояващите могат да се приемат под формата на таблетки, разтварящи се таблетки, интравенозно, интрамускулно, ректално или чрез кожен пластир. Медикаментите, които се използват са: аналгетици (например аспирин, аналгин), нестероидни противовъзпалителни средства (например ибупрофен), слаби опиоиди (например кодеин) и силни опиоиди (морфин, оксикодон, хидроморфон, фентанил, метадон).

Понякога пациентите не получават адекватно лечение на болката. Това може да се дължи както на това, че лекарите не питат дали болният страда от болка и не предлагат такова лечение, така и на нежеланието на пациентите да говорят за болката си, въпреки страха им от пристрастяване към лекарствата и на страха от страничните ефекти.

Лечението на болката обаче може както да подобри благосъстоянието на пациентите, така и да облекчи труда на хората, които се грижат за тях. Пациентите трябва да бъдат насърчавани да разговарят за болката си и да търсят лечение. Една консултация със специалист по лечение на болката може да бъде от голяма полза. Всички големи центрове за лечение на онкологични заболявания имат програми за борба с болката.

Симптоми и признаци на рецидив или новопоявил се рак на главата и шията

Повечето хора с рак на главата и шията преминават лечение, което премахва и изкоренява рака. Все пак винаги съществува възможност заболяването да се появи отново. Затова е необходимо да бъдем бдителни за появата на рецидив или на нов първичен тумор. В тази връзка е много важно да познаваме изявата на рака на ларинкса и на другите органи на главата и шията, така че да можем да го установим на ранен етап.

Симптомите на рака в областта на главата и шията са:

- Кръв във храчките.
- Кървене от носа, устата ли гърлото.
- Подутини на шията.
- Странен звук по време на дишане или затруднено дишане.
- Променен глас (включително грезгав глас).
- Хронична кашлица.
- Болки и подутини на шията.
- Затруднено гъвчене, преглъщане или намалена подвижност на езика.
- Подуване на бузите.
- Болки и/или клатене на зъбите.
- Изтръпване на езика.
- Постоянна болка в устата, гърлото или ухото.
- Лош дъх от устата.
- Отслабване на килограми.

Пациентите с такива оплаквания трябва да бъдат прегледани от специалист по ушни, носни и гърлени болести, колкото се може по-скоро.

Метастазиране на карциномите на главата и шията

Ракът на ларинкса, подобно на други ракови заболявания на главата и шията, може да даде разсейки в белите дробове и в черния дроб. Рискът от метастазиране е по-висок при тумори с по-големи размери и при тумори, които са открити по-късно.

Рискът от разсейки е по-голям през първите пет години и особено в първите две години след появата на рака. Ако в лимфните възли няма разсейки, то рискът е по-нисък.

Хората, които вече веднъж са страдали от рак, са по-склонни да развият друго злокачествено заболяване, което не е свързано с рака на главата и шията. С напредването на възрастта се появяват други медицински проблеми, например хипертония и диабет. Ето защо е необходимо адекватно хранене и грижи за денталното (вж. **Дентални проблеми** в Глава 14), физическото и психическото здраве, добри медицински грижи редовни прегледи (вж. **Контролни прегледи при личния лекар, интерниста и другите медицински специалисти** в Глава 13). Разбира се, при оцелелите от рак на главата и шията, както при всички останали, трябва да се следи за всякакви видове онкологични заболявания. Това е сравнително лесно, ако се извършват редовни прегледи на гърдата, шийката на матката, простатата, дебелото черво и се следи за рак на кожата.

Хипотиреоидизъм (ниски нива на хормона на щитовидната жлеза) и неговото лечение

При повечето ларингектомирани се наблюдава хипотиреоидизъм. Това се дължи на лъчелечението и на премахването на част или на цялата щитовидна жлеза по време на операцията.

Симптомите на хипотиреоидизма варират: някои хора нямат симптоми въобще, докато други имат драматични и макар и рядко животозастрашаващи симптоми. Симптомите на хипотиреоидизма са неспецифични и имитират множество нормални промени, свързани с остаряването.

Общи симптоми: тиреоидният хормон стимулира метаболизма на организма. Повечето симптоми на хипотиреоидизъм се дължат на забавянето на метаболитните процеси. Системните симптоми включват умора, отпадналост, напъняване и непоносимост към ниски температури.

Кожа: намалено потене, суха и задебелена кожа, груба или изтъняла коса, окапване на веждите и чупливи нокти.

Очи: леки отоци около очите.

Сърдечно-съдова система: забавяне на сърдечната честота и отслабване на сърдечните контракции, отслабване на цялостната ѝ функция. Това причинява умора и задух при физически усилия. Хипотиреоидизмът може да причини и лека хипертония и повишаване на нивата на холестерола.

Дихателна система: респираторните мускули могат да отслабнат и функцията на белите дробове може да намалее. Симптомите включват умора, задух при усилия и намален физически капацитет. Хипотиреоидизмът може да доведе до погуване на езика, грезгав глас и сънна апнея (не и при ларингектомирани).

Стомашно-чревна система: забавяне на храносмилателния тракт и запек.

Репродуктивна система: разстройства на менструалния цикъл, вариращи от липсваща или нередовна менструация до много честата и тежка менструация.

Дефицитът може да бъде коригиран чрез приемане на синтетичен тиреоиден хормон (Тироксин). Това лекарство трябва да се приема на празен стомах, с пълна чаша вода тридесет минути преди хранене – за предпочитане преди закуска и в същия час всеки ден. Това е така, защото храните с високо съдържание на мазнини (например яйца, бекон, тост, картофени кюфтета и мляко) могат да намалят усвояването на тироксина с четирийсет процента.

На пазара съществуват различни химически формули на синтетичен тироксин, които може да са с различна ефективност. През 2004 г. FDA (Американската агенция по лекарствата) е одобрила разпространението на генерични заместители на марковите (брандирани) левотироксинови продукти. Американската тиреоидна асоциация, Ендокринното дружество и Американската асоциация на клиничните ендокринолози възразиха срещу това решение, като препоръчаха пациентите да продължат да употребяват същия продукт, който са приемали до момента. В случай че пациентите сменят препарата или преминат на генеричен заместител, е препоръчително след шест седмици да се проследи нивото на серумния тиреостиму-

лиращ хормон (TSH). Тъй като между различните синтетични тироксини може да има леки разлики, е по-добре по възможност да се ползва един и същ препарат. Ако препаратът се смени, следва да се проследяват серумните нива на TSH, за да се определи дали са необходими корекции на дозата.

След започване на нова терапия пациентът трябва да бъде проследен и серумните нива на TSH да се изследват в рамките на три до шест седмици, а дозата да се коригира, ако е необходимо. Симптомите на хипотиреоидизма обикновено започват да намалява след две до три седмици от започването на заместващата терапия и може да отнеме най-малко шест седмици, за да изчезнат напълно.

След три седмици дозата на тироксин може да се увеличи при тези, които продължават да имат симптоми и висока серумна концентрация на TSH. След започване на терапията или след променя на дозата са необходими около шест седмици за постигане на стабилно хормонално състояние.

Увеличаването на дозата на хормона на всеки три до шест седмици продължава въз основа на периодичните измервания на TSH, докато не се достигнат нормални нива (от 0.5 до 5.0 mU/L). След като това стане факт, е необходимо периодично проследяване.

След установяване на подходящата поддържаща доза пациентът се консултира и серумните нива на TSH се измерват веднъж годишно (по-често, ако нивата са извън нормата или има промяна в състоянието на пациента). Промени в дозировката могат да се наложат с напредването на възрастта или при промяна на телесното теглото.

Предотвратяване на медицински и хирургически грешки

Медицинските и хирургическите грешки са много честни. Те увеличават броя на съдебните дела, разходите за медицинска помощ, престоя на пациентите в болнични заведения и инвалидността и смъртността.

Случаи, описващо моя личен опит с медицински и хирургически грешки в хода на лечението ми, бяха публикувани в Disabled-

World.com на адрес: <http://www.disabled-world.com/disability/publications/neck-cancer-patient.php>.

Най-добрият начин да се предотвратят грешките, е пациентът сам да отстоява правата си и да взима решения за себе си и за лечението си или да има член на семейството или приятел, който да му помага при взимането на решения.

Медицинските грешки могат да бъдат намалени като:

- Бъдете добре информирани и не се колебаете – спорите и искате разяснения.
- Като станете „експерт“ по собствените си медицински проблеми.
- Имате роднина или приятели, които ви придружава в болницата.
- Получите второ мнение.
- Помощният медицински персонал познава добре състоянието ви и нуждите ви (преди и след операцията).

Възникването на грешки отслабва доверието на пациентите в хората, които се грижат за тяхното здраве. Признаването на грешките и приемането на отговорността от страна на медиците може да преодолее пропастта между тях и пациента и да възстанови изгубеното доверие. След като се установят такива взаимоотношения, е възможно да се открият повече подробности относно обстоятелствата, довели до грешката, и по този начин подобни грешки да бъдат предотвратени в бъдеще. Откровеният разговор може да убеди пациентите, че медиците приемат нещата сериозно и че ще бъдат взети мерки, за да бъде престоят им в болницата по-безопасен.

Когато грешките не се обсъждат с пациента и семейството му, това увеличава тревогата, разочарованието и гнева им и по този начин забавя възстановяването от болестта. И разбира се, гневът може да доведе до съдебни искове.

По-голямата бдителност от страна на медицинската общност може да намали броя на грешките. Естествено медицинските грешки трябва да бъдат предотвратени, доколкото е възможно, пренебрегването им може само да доведе до тяхното повторение. Институциите трябва да подкрепят и насърчават здравните специалисти да разкриват нежеланите

събития и грешки. По-голямата откритост и честност след настъпването на нежелани събития могат да подобрят взаимоотношенията медик – пациент. Има важни превантивни стъпки, които могат да бъдат приложени от всяко медицинско заведение. Информирането на пациента и на лицата, които се грижат за него за състоянието и лечението на пациента, е от изключително значение. Медицинските професионалисти могат да предпазят пациента и да предотвратят грешките, когато видят отклонения от лечебния план.

Тези стъпки от страна на лечебното заведение могат да предотвратят медицински грешки:

- По-добро и унифицирано медицинско обучение.
- Придържане към установените стандарти за лечение.
- Редовна проверка на медицинската документация за откриване и коригиране на медицински грешки.
- Назначаване само на добре образован и обучен медицински персонал.
- Съветване, порицаване и обучение на членовете на персонала, които правят грешки, и отстраняване тези, които продължават да грешат.
- Разработване и стриктно спазване на алгоритми (специфични набори от инструкции за процедури), създаване на протоколи и формуляри до леглото на пациента, в които се записват всички манипулации.
- Да се увеличи надзорът и комуникацията между медиците.
- Да се анализират всички допуснати грешки и да се предприемат действия, за предотвратяването им.
- Пациентите и тези от персонала, които се грижат за тях, трябва да са информирани и обучени относно състоянието им и лечебния план.
- Член на семейството и/или приятел трябва да защитава интересите на пациента, за да е сигурно, че лечението се провежда адекватно.
- Оплакванията на пациентите и семейството трябва да се взимат предвид и да се поема отговорност. Те трябва да се обсъждат със семейството и персонала и да се предприемат действия за предотвратяване на грешките.

ГЛАВА 13.

Превантивни грижи: проследяване, прекратяване на тютюнопушенето и ваксинации

Превантивните медицински и стоматологични грижи са от съществено значение за пациентите с рак. Много от онкопациентите пренебрегват другите си важни медицински проблеми и се фокусират изключително върху рака. Това може да доведе до сериозни последици, които могат да повлияят на благосъстоянието и живота им.

Най-важните превантивни мерки за ларингектомираните, както и за пациентите с други карциноми на главата и шията са:

- Адекватна стоматологична помощ.
- Редовно да посещават личния си лекар.
- Редовно да се консултират с оториноларинголог.
- Да получават подходящи ваксинации.
- Да спрат пушенето.
- Да изпълняват правилно специалните грижи (напр. трахеостома да се промива само със стерилна вода).
- Да се хранят адекватно.

Редовното проследяване от стоматолог и профилактиката на зъбите се обсъждат в Глава 14.

Правилните грижи за трахеостомата са описани в Глава 9, а храненето в Глава 11.

Контролни прегледи при личния лекар, интерниста и другите медицински специалисти

Постоянните прегледи при различни специалисти като оториноларинголог, радиолог (за тези, които са провели лъчелечение) и онколог (за провело химиотерапия) са от изключително значение. Колкото повече време изминава от откриването на рака и неговото лечение, толкова по-редки са прегледите. Повечето от оториноларинголозите препоръчват контролни прегледи всеки месец през първата година след операцията, а след това – по-рядко, в зависимост от състоянието на пациентите. Те трябва да бъдат насърчавани да се свързват с лекаря си винаги, когато се появят нови оплаквания.

Редовните прегледи са гаранция, че всяка промяна в състоянието ще бъде открита и че когато възникне проблем, ще бъде направено необходимото. Лекарят внимателно следи за появата на рецидив. На контролните прегледи се изследва цялото тяло и по-специално шията, гърлото и трахеостомата. Изследването на горните дихателни пътища се извършва с помощта на ендоскоп или посредством непряка визуализация с помощта на малко огледало с дълга дръжка, за да се провери за необичайни находки. Когато е необходимо, може да се назначат образни и други изследвания.

Прегледите при вътрешен или семеен лекар, както и при зъболекар, са изключително важни, за да се контролират и другите медицински и дентални проблеми.

Ваксиниране срещу грип

За ларингектомираните е много важно да се ваксинират срещу грип, независимо от възрастта. Ако заболяят, лечението може да е трудно и ваксинацията е много важно превантивно средство.

Има два вида противогрипна ваксина: инжекционна, която е подходяща за всички възрасти, и инхалационна (жива ваксина), подходяща само за лица под петдесетгодишна възраст, които не са имунокомпрометирани.

Предлаганите ваксини са:

- **Инжекционна** – инактивирана ваксина (съдържаща убит вирус), която се прилага инжекционно, обикновено в ръката. Тя е одобрена за над шест месечна възраст, както и за хора с хронични заболявания.
- **Ваксина под формата на носен спрей**, направена от жив, отслабен грипен вирус, който не причинява заболяване (понякога се нарича LAIV от английски за „жива атенюирана ваксина срещу грип“ или FluMist®). LAIV (FluMist®) е одобрена за употреба при здрави хора на възраст от 2 до 49 години (с изключение на бременни жени).

Всеки нов сезон се подготвя нова ваксина за грип. Точните щамове, които причиняват грип, са непредсказуеми, но е много вероятно това да са щамовете, причинили епидемии в други части на света. Преди ваксинацията е добре да се консултирате с вашия лекар, за да сте сигурни, че няма причина да не се ваксинирате (като например алергия към яйца).

Най-добрият начин за диагностициране на грипа е бърз тест на носен секрет с един от диагностичните набори. Тъй като при ларингектомиите не съществува връзка между носа и белите дробове, е препоръчително освен носен секрет да се изследва и храчка от трахеостомата (използвайки комплект за изследване на храчки).

Информация за тези тестове можете да намерите на сайта на Центъра за контрол на заболяванията: <http://www.cdc.gov/flu/professionals/diagnosis/rapidlab.htm>.

Едно „предимство“ на това да си ларингектомиран, е, че по принцип ларингектомираните по-рядко страдат от инфекции, причинени от респираторни вируси. Това е така, защото вирусите на „настинката“ обикновено първо се размножават в носа и гърлото и след това оттам се разпространяват из останалата част тялото, включително и белите дробове. Тъй като ларингектомираните не дишат през носа, то е по-малко вероятно да се заразят.

И все пак е важно всяка година да се имунизират, редовно да носят филтър на стомата (НМЕ), за да може въздухът, който попада в белите дробове, да се филтрира, и да мият добре ръце-

ме си, преди да докосват трахеостомата или филтъра, както и преди хранене. Филтърът на Atos Medical – Micron HME, който е с електростатичен филтър, е създаден с цел да филтрира потенциалните патогени и да намали вероятността от дихателни инфекции.

Грипният вирус може да се разпространява и чрез докосване на предмети. Ларингектомираните, които използват гласова протеза и им се налага да натискат филтъра или да запушват трахеостомата, за да говорят, са изложени на риск от въвеждане на вируса директно в белите дробове. За да се предотврати тази опасност, е важно ръцете да се мият редовно или да се изтриват с дезинфекционни разтвори.

Ваксиниране срещу пневмококи

За ларингектомираните и трахеотомиираните е препоръчително да се ваксинират и срещу пневмокока, който е един от основните причинители на пневмония. Съществуват два вида ваксини срещу пневмококите: пневмококовата конюгатна ваксина (Prevnar 13 или PCV13) и пневмококова полизахаридна ваксина – 23-валентна ваксина (Пневмовак или PPV23).

Относно ваксинацията е необходима консултация с лекар.

Центърът за контрол на заболяванията на САЩ публикува съвременните насоки на адрес: <http://www.cdc.gov/vaccines>.

Прекратяване на тютюнопушенето и употребата на алкохол

Хората с рак на главата и шията трябва да убедени колко важно е да се преустанови тютюнопушенето. Освен пушенето, което е основен рисков фактор за развитието на карциномите на главата и шията, рискът се увеличава допълнително от употребата на алкохол. Пушенето влияе и на прогнозата на заболяването. Пациенти с рак на ларинкса, които продължават да пушат и пият, е по-малко вероятно да бъдат излекувани и е по-вероятно да развият втори тумор. Ако пациен-

ните продължават да пушат по време и след лъчетерапия, това усилва тежестта и продължителността на вредните ѝ ефекти, сухотата в устата (ксеростомия) става по-тежка и резултатите се влошават.

Освен това тютюнопушенето и алкохолът намаляват ефективността на лечението. Пациенти, които продължават да пушат, докато провеждат лъчетерапия, имат по-кратка преживяемост от тези, които не пушат.

ГЛАВА 14.

Заболявания на зъбите и хипербарна оксигенация

Заболяванията на зъбите могат да бъдат предизвикателство за ларингектомираните, главно поради дългосрочните вредни ефекти на лъчелечението. Поддържането на добра зъбна хигиена може предотврати много от проблемите.

Дентални проблеми

Провеждането на лъчетерапия в областта на главата и шията често води до заболявания на зъбите.

Радиацията води до:

- Намалено кръвоснабдяване на горната и долната челюст.
- Намалено производство и промени в химичния състав на слюнката.
- Промяна на бактериалната флора в устната кухина.

Поради това кариесите, възпалението на венците и периодонтитата могат да бъдат особено проблемни. Те могат да бъдат сведени до минимум, ако след всяко хранене зъбите се почистват с конец и се мият с флуор съдържаща паста за зъби. Жабуренето с флуорирани разтвори също помага за предотвратяването на кариеса. Освен това е важно да се приема и достатъчно количество течности на ден, както и да се използват заместители на слюнката.

Препоръчва се пациентите, които провеждат лъчетерапия, да бъдат консултирани от стоматолог няколко седмици преди започване на терапията, а след нея да посещават зъболекаря

веднъж или два пъти годишно през целия си живот. Много е важно редовно да се почиства зъбният камък.

Тъй като лъчевата терапия нарушава кръвоснабдяването на челюстите, съществува риск от развитие на костна некроза (остеорадионекроза). Всяко едно заболяване на зъбите или всяка една манипулация като екстракция на зъб може да доведе до развитието на остеорадионекроза. Пациентите трябва да информират зъболекаря за това, че са провели лъчелечение. За профилактика на остеорадионекрозата преди и след екстракцията на зъб или друга дентална операция може да се проведе серия сесии от хипербарна оксигенация (вж. по-долу). Това се налага в случай, че зъбът е в зона, която е била изложена на висока доза радиация. Ето защо по отношение на това дали се налага хипербарна оксигенация, е важно мнението на радиолога, провел лъчелечението.

Стоматологичната профилактика намалява риска от заболявания на зъбите, които могат да доведат до остеорадионекроза. Тя се състои в прилагане на флуоридни препарати заедно с редовно миене, почистване с конец и премахване на плаката.

Препоръчително е следните мерки да се прилагат ежедневно цял живот:

- След всяко хранене, всеки зъб да се почиства с конец и след това с паста за зъби.
- Езикът да се почиства с четка за език или мека четка за зъби веднъж дневно.
- Всеки ден да се жабури със сода за хляб. Содата помага да се неутрализира средата в устата. Една чаена лъжичка сода за хляб се разтваря в 350 мл вода. Този разтвор може да се използва през целия ден.
- Използване на флуоридни препарати и флуоридни шини. Тези шини се продават или може да ги направи зъболекарят. Те се поставят върху зъбите в продължение на десет минути. След това в продължение на половин час зъбите не бива да се плакнат, не бива да се приемат течности или храна.

Рефлуксната болест се наблюдава често след операция на главата и шията, особено при лица, които са имали частична или пълна ларингектомия (вж. Глава 11). Това също може да при-

чини ерозия на зъбите (особено на долната челюст) и в крайна сметка да доведе до загуба на зъби.

Неблагоприятните ефекти на рефлуксната болест могат да бъдат предотвратени посредством:

- Прием на лекарства, намаляващи киселинността на стомашния сок.
- Прием на малки количества храна и течност при всяко хранене.
- След хранене да не се ляга.
- В легнало положение горната част на тялото да е повдигната на 45 градуса.

Хипербарна оксигенация

Хипербарната оксигенация (НВО) представлява дишане на чист кислород в камера под налягане (барокамера). Тя е стандартно лечение на кесонната болест (която се наблюдава при змуркане) и може да се използва за профилактика и лечение на остеорадионекрозата.

Този вид лечение се прилага при множество различни състояния като наличието на мехурчета въздух в кръвоносните съдове (артериална газова емболия), декомпресионна (кесонна) болест, отравяне с въглероден оксид, трудно зарастващи рани и декубитуси, гангрена, некротични инфекции на кожа и кости, радиационни и термични изгаряния, кожни присадки и ламба с лошо кръвоснабдяване и риск от некроза и тежки анемии.

В барокамерата, налягането е три пъти по-високо от атмосферното налягане. При тези условия белите дробове могат да усвояват много повече кислород, отколкото е възможно при дишане на чист кислород при нормално налягане.

Кръвта разнася кислорода из цялото тяло и стимулира освобождаването на вещества, наречени „фактори на растежа“, и стволовите клетки, които осъществяват процесите на оздравяване. Увредените тъкани се нуждаят от повече кислород, за да оцелеят. Хипербарната оксигенация увеличава количеството на кислорода в кръвта и може временно да възста-

нови нормалните нива на кръвните газове и жизнеността на тъканите. Това стимулира оздравителните процеси в тях и способността им да се преборят с инфекциите.

По принцип тази терапията е безопасна и усложненията са редки. Може да се наблюдава: временно късогледство (миопия), проблеми със средното ухо и вътрешното ухо (включително излив на течност и разкъсване на тъпанчето поради високото налягане), увреждане на някои органи поради голямата промяна на налягането (баротравма) и припадъци в резултат на кислородна интоксикация.

Чистият кислород може да причини пожар, ако има източник на открит пламък, например искра. Поради това в стаята за терапия е забранено да се внасят предмети, които могат да възпламенят огън (например запалки или устройства, хранени с батерии).

Хипербарната оксигенация може да се извършва като амбулаторна процедура и не изисква хоспитализация. На хоспитализираните пациенти може да се наложи да бъдат транспортирани от и до барокамерата, ако тя е разположена в друга сграда.

Барокамерата може да е предназначена за един човек и представлява маса, върху която пациентът лежи и се плъзга в прозрачна пластмасова капсула.

Камерата може да е предназначена и за настаняване на няколко души в седнало или легнало положение, а кислородът се доставя с помощта на маска или каска.

По време на сеанса повишаването на налягането създава временно усещане за пълнотата в ушите – подобно на това в самолета или при изкачване на висока надморска височина. Това усещане се облекчава с прозяване.

Самият сеанс може да продължи от един до два часа. През това време състоянието на пациента се наблюдава от медицинския персонал. След терапията пациентът може да се чувства леко замаян в продължение на няколко минути.

За да има ефект от тази терапия, са необходими повече от един сеанс. Техният брой зависи от конкретното заболяване. Някои състояния, като отравянето с въглероден окис, могат

да бъдат излекувани само с три посещения. При други, като остеорадионекрозата или трудно зарастващите рани, може да се наложат 25 до 30 сеанса.

Хипербарната оксигенация се използва като монотерапия в случаите на кесонна болест, артериална газова емболия и тежко отравяне с въглероден окис. При другите заболявания обаче тя е част от цялостния лечебен план заедно с други терапевтични методи и лекарства.

ГЛАВА 15.

Психологични проблеми: депресия, суицидни мисли, несигурност, споделяне на диагнозата, помощен персонал и асистенти, източници на подкрепа

Хората, преживели рак на главата и шията, включително ларингектомираните, са изправени пред много психологически, социални и лични предизвикателства. Това е главно защото тези заболявания и тяхното лечение засягат някои от най-основните човешки функции – дишане, хранене, общуване и социални контакти. Познаването и справянето с тези проблеми е не по-малко важно от лечението на самото заболяване.

Хората, страдащи от рак, изпитват множество чувства, които могат да се променят от ден на ден, от час на час или дори минута след минута и да представляват тежко психологическо бреме.

Някои от тези чувства са:

- Чувство на отричане
- На гняв
- Страх
- Стрес
- Тревожност
- Депресия
- Печал
- Вина

- Самота

Някои от психологическите и социалните предизвикателства, пред които са изправени ларингектомираните са:

- Депресията
- Тревожността и страхът от рецидив на заболяването
- Социалната изолация
- Злоупотребата с вещества
- Външният вид и деформациите вследствие на лечението
- Сексуалност и интимни взаимоотношения
- Връщане на работа
- Взаимоотношенията със съпругата, семейството, приятелите, колегите
- Икономическият ефект на заболяването

Справяне с депресията

Много от хората, страдащи от рак, се чувстват тъжни или депресирани. Това е нормална реакция при всяко сериозно заболяване. Депресията е един от най-тежките проблеми, с които се сблъсква пациентът, болен от рак. И все пак социалната стигма, свързана с приемането на факта, че страдат от депресия, е причината, поради която много хора не търсят помощ.

Някои от признаците на депресия са:

- Усещане за безпомощност и безнадеждност или че животът няма смисъл.
- Загуба на интерес към семейство или приятели.
- Липса на интерес към хобита и занимания, които преди са доставяли удоволствие.
- Загуба на апетит или липса на интерес към храната.
- Плачене продължително или многократно всеки ден.
- Проблеми със съня (както твърде продължителен, така и твърде кратък).
- Промени в общия тонус.
- Помисли за самоубийство, включително изготвяне на планове или предприемане на действия за самоубийство, както и чести размисли за смъртта.

Предизвикателствата на живота като ларингектомиран в сянката на рака правят борбата с депресията още по-трудна. Да не можеш да говориш или дори само да имаш затруднения с говоренето, прави споделянето на емоциите трудно и може да доведе до изолация. Операциите и медицинските грижи често не могат да помогнат в това отношение. Необходимо е да се отдели по-голямо внимание на душевното състояние след ларингектомия.

Борбата с депресията и преодоляването на депресията е много важна стъпка не само за емоционалното състояние на пациента, но също така улеснява физическото възстановяване и увеличава шанса за по-дълго оцеляване и окончателно излекуване. Съществуват все повече научни доказателства за връзката между ума и тялото. Въпреки че много от тези взаимоотношения не са изучени задълбочено, е добре известно, че хората, които са мотивирани да се борят със заболяването и като цяло са позитивни, се възстановяват по-бързо от сериозни заболявания, живеят по-дълго и понякога оцеляват въпреки минималните шансове за това. Наистина доказано е, че това се дължи на промени в клетъчния имунен отговор и на намаляването на активността на т.нар. клетки естествени убийци.

Разбира се, след новината, че страдаш от рак и че трябва да живееш с него, има много причини да си депресиран. Това е опустошително заболяване както за пациентите, така и за техните семейства, още повече защото медицината досега не е открила лечение за повечето видове рак. Когато заболяването се открие вече е твърде късно за профилактика, а ако то е открито в напреднал стадий, рискът от разсейки е много голям и шансовете за излекуване значително намаляват.

Много емоции минават през съзнанието на пациента, след като научи на лошите новини. „Защо аз?“ и „Може ли да е вярно?“ Депресията е част от естествения начин за справяне с нещастията. Повечето хора преминават през няколко етапа, докато се справят с новопоявила се трудна ситуация, като например да бъдеш ларингектомиран. Отначало човек преминава през отрицание и изолация, след

това гняв, последван от депресия, и накрая – приемане на фактите.

Някои хора „засягат“ на определен етап като депресия или гняв. Важно е да продължат и да стигнат до последния етап на приемане и надежда. Ето защо разбирането и помощта от страна на семейството и приятелите, както и професионалната помощ са много важни.

Пациентите за първи път живота си трябва да се изправят пред факта, че не са безсмъртни. Те са принудени да се борят с болестта и с нейните непосредствени и дългосрочни последици. Парадоксално е, но депресия, следваща новината за заболяването, помага на пациентите да приемат новата реалност. В условията на несигурност се живее по-лесно, ако откажеш да се интересуваш. И въпреки че мисълта „повече не ме е грижа“ може временно да води до облекчение, в същото време може да стане причина да не се потърси адекватна помощ и качеството на живот бързо да се влоши.

Преодоляване на депресията

Винаги има надежда, че ще намерим сили да се преборим с депресията. Непосредствено след ларингектомията пациентите са претоварени от новите реалности и ежедневни проблеми. Често изпитват тъга по нещата, които са загубили, включително гласа си и доброто си здравословно състояние. Те освен това трябва да приемат много от своите трайни недъзи, включително невъзможността да говорят „нормално“. Някои усещат, че трябва да направят избор между това да се поддадат на задълбочаващата се депресия или да станат активни и да се върнат към живот. Желанието за излекуване и за преодоляване на недъзите може се превърне в движещата сила, която да обърне тенденцията за „спускане по плоскостта“. Депресията може и да се повтори, което означава, че е необходима непрекъсната борба с нея.

Някои от начините, по които ларингектомираните и пациентите с рак на главата и шията могат да преодолеят депресията, са:

- Да избягват злоупотреба с вещества.
- Да потърсят помощ.
- Да се изключат медицински причини (напр. хипотиреоидизъм).
- Да вземат решение да бъдат активни.
- Стресът да се сведе до минимум
- Да опитат да бъдат пример за другите.
- Да се върнат към предишни хобита и занимания.
- При необходимост да приемат антидепресанти.
- Да търсят подкрепа от семейството, приятелите, професионалисти, колеги, други ларингектомирани и групи за взаимопомощ.

Това са някои от начините за повдигане на духа:

- Взимане на участие в развлекателни мероприятия.
- Създаване на приятелства.
- Да се поддържа добро физическо състояние и активност.
- Реинтеграция в семейството и приятелските кръгове.
- Да се взема участие в доброволни начинания.
- Започване на начинания с ясна цел.
- Почивка.

Подкрепата на членовете на семейството и приятелите е много важна. Непрекъснатата ангажираност и приносът към живота на другите са одухотворяващи. Човек може да извлече сила от удоволствията, взаимодействието и въздействието върху живота на децата си и внуците си. Да бъдеш пример за децата и внуците си за това, как да не се предаваш пред несподобите, може да бъде силата, която да те кара да си активен и да се справиш с депресията.

Участието в занимания, които са доставяли удоволствие преди операцията, може да стане целта, която е необходима в живота. Участието в мероприятия, организирани от местния клуб на ларингектомираните, може да се окаже нов източник на подкрепа, съвети и приятелство.

От полза може да бъде да се потърси помощ от специалист по психично здраве като например социален работник, психолог или психиатър. Много е важно да е налице подкрепа от състрагателен и компетентен лекар и говорен рехабилитатор, които да бъдат посещавани редовно. Те ще помогнат на пациентите при нововъзникнали проблеми със здравето и говора и това допринася пациентите да се чувстват добре.

Самоубийства при пациентите с рак на главата и шията

Според последни проучвания броят на самоубийствата при пациентите с рак е два пъти по-голям от този сред останалите хора. Това ясно показва неотложната необходимост от разпознаване и лечение на психични проблеми като депресия и мисъл за самоубийство при тези пациенти.

Повечето проучвания посочват висока честота на депресивните разстройства, свързани със самоубийство сред раковите пациенти. Освен тежките депресивни разстройства при пациентите в старческа възраст има по-леко изразени депресии, които понякога остават неразпознати и често нелекувани. Множество изследвания показват, че половината от онкоболните, които са извършили самоубийство, са страдали от тежка депресия. Други предразполагащи фактори са тревожността, афективното разстройство, болката, липсата на социална подкрепа и отчаянието.

Рискът от самоубийство е най-висок през първите пет години от откриването на заболяването и след това постепенно намалява. Въпреки това той е завишен в продължение на 15 години от поставяне на диагнозата. По-висок е рискът от самоубийство при мъжкия пол, бялата раса, самотници без брачен партньор, по-голямата възраст и по-напреднал стадий на заболяването.

Честотата на извършените самоубийства варира и според локализацията на рака: най-висока е честотата при пациентите с рак на белите дробове и бронхите, стомаха, главата

и шията, включително устната кухина, фаринкса и ларинкса. Сред пациентите с тези видове ракови заболявания депресията е широко разпространена. Голямата честота на депресия сред пациентите с рак на главата и шията може да се обясни с опустошителното влияние на заболяването върху качеството на живот. Това е така, защото се засягат както външният вид, така и функции от основно значение като говорене, преглъщане и дишане.

Скринингът на онкопациентите за депресия, безнадеждност, стрес, силна болка, и суицидни мисли е начин да се идентифицират хората в риск. Самоубийството може да бъде предотвратено, когато хората в риск се насочат и консултират от специалисти по психично здраве. Необходимо е с пациентите с повишен риск от самоубийство (и техните семейства) да се разговаря и да бъде ограничен достъпът им до най-често използваните методи за самоубийство.

Справяне с несигурността относно бъдещето

След като човек бъде диагностициран с рак, дори и лечението да е успешно, е трудно и почти невъзможно напълно да се освободи от страха си, че заболяването може да се появи отново. Някои хора се справят по-добре от други с тази несигурност. Тези, които се адаптират по-добре, в крайна сметка са по-щастливи и са по-способни да продължат живота си.

Това, което прави предсказването на бъдещето трудно, е, че изследванията, които се използват за откриване рака (позитронна емисионна томография или PET, компютърна томография или CT, и ядреномагнитен резонанс или ЯМР), могат да открият тумори, които са по-големи от 2,5 см. Малки лезии, разположени на места, които трудно се визуализират, могат да бъдат пропуснати.

Ето защо пациентите трябва да приемат реалността, че ракът може да се появи отново и че редовните прегледи и бдителността са най-добрите начини за проследяването на тяхното състояние.

При появата на някакъв нов симптом (с изключение на спешните) най-добре е да се изчака няколко дни, преди да се потърси медицинска помощ. В повечето случаи оплакванията изчезват след кратък период от време. С времето повечето хора се научават да не се паникьосват и да използват предишния си опит, здравия си разум и знанията си, за да разберат и да си обяснят оплакванията си.

Постепенно човек започва да се справя по-добре с несигурността и се научава да я приема и да живее с нея, установявайки баланс между страха и приемането на реалността.

Ето някои препоръки как да преодолеем чувството за несигурност:

- Разграничете себе си от болестта.
- Фокусирайте се върху неща различни от рака.
- Водете живот, лишен от стрес и изпънен с вътрешно спокойствие.
- Продължете редовните медицински прегледи.

Споделяне на диагнозата с други хора

След поставянето на диагнозата рак човек трябва да реши дали да сподели това с други, или да го запази за себе си. Някои могат да решат да го запазят в тайна от страх от стигматизиране, отхвърляне или дискриминация. Други не желаят да изглеждат уязвими и слаби или да чувстват съжалението на околните. Независимо дали това е официално признато, или не, болните хора, особено тези с потенциално смъртоносно заболяване, са по-слабо конкурентоспособни в обществото и често умишлено или непреднамерено дискриминирани. Някои може да се страхуват от това, че иначе състрадателни приятели и познати може да се отчуждят с цел да се защитят от преживяването на неизбежната загуба на близък или просто защото не знаят какво да кажат или как да се държат.

Запазването на диагнозата в тайна може да създаде емоционална изолация и бремене в момент, в който човек се изправя пред новата реалност без подкрепа. Някои може да споделят

диагнозата с ограничен брой хора, за да пощадят останалите от емоционалната травма. Естествено да помолиш хората да запазят разстройваща информация в тайна, ги лишава от правото самите те да получат емоционална подкрепа и помощ.

Споделянето на информация със семейството и приятелите може да е трудно и е най-добре да стане по начин, който отговаря на способностите на индивида да се справя в трудни моменти. Най-добре е да се разговаря насаме, като всеки има възможност да задава въпроси и да изразява чувствата, страховете и тревогите си. Може да бъде по-лесно, ако новината се представи по оптимистичен начин, подчертавайки възможността за излекуване. Да се сподели с малки деца, може да бъде трудно и е най-добре да се направи според способностите им да разберат за какво става въпрос.

След операцията и особено след ларингектомия вече не е възможно диагнозата да бъде скрита. Повечето хора не съжаляват, че са споделили диагнозата си с останалите. Обикновено те откриват, че приятелите им не ги изоставят и получават подкрепа и насърчаване от тяхна страна, което им помага в трудните моменти. С това, че са открити и споделят диагнозата си, пациентите декларират, че не се срамуват и не се чувстват слаби заради заболяването си.

Ларингектомираните са малка част от хората страдащи от рак. И все пак те са уникална група, защото диагнозата им се вижда на шията им и се чува в гласа им. Те не могат да скрият факта, че дишат през трахеостома и че говорят със слаб и понякога механичен глас. И все пак тяхното оцеляване е доказателство, че е възможно да се води ползотворен и смислен живот дори след като е поставена диагнозата рак.

Грижи за любимия човек страдащ рак

Да се грижиш се за любим човек, който страда от сериозно заболяване като рака главата и шията, е много трудно и може да бъде физически и емоционално обременяващо. Може да бъде изключително трудно да гледаш човек да страда, особено ако

може да бъде направено малко, за да се обърне ходът на болестта. Хората, полагащи грижи за болния, трябва да осъзнаят огромното значение на това, което правят, дори когато те не получават благодарност. Те самите често изпитват страх от смъртта на близкия човек и от това да живеят без него. Това много лесно води до тревожност и депресия. Някои реагират като отказват да приемат диагнозата и вярват, че близките им страдат от по-леко заболяване.

Тези, които се грижат за болните, често жертват своите нужди и спокойствие в името на пациентите. В много случаи те трябва да успокояват страховете на болните и да проявяват подкрепа към тях, въпреки че нерядко сами са обект на изблици на гняв, разочарование и тревожност. Тези изблици при пациентите с рак на главата и шията може да са още по-силни поради факта, че те много пъти имат трудности да се изразяват вербално. Близките на пациентите често потискат собствените си чувства и прикриват емоциите си, за да не разстройат болните. Това е много трудно и обременяващо.

Добре е болните и близките им да разговарят открито и честно и взаимно да споделят чувствата си, тревогите и стремежите си. Това може да е трудно за тези, които имат проблем с говора. В такъв случай комуникацията и вземането на решения е по-лесно, ако пациентите посещават лекар заедно с близките си.

За съжаление състоянието на хората, които се грижат за болните, често се пренебрегва, тъй като вниманието е насочено към пациента. От съществено значение обаче е нуждите на придружителите да не се пренебрегват. Физическата и емоционалната подкрепа от приятели, семейство, групи за подкрепа и специалисти по психично здраве може да бъде от голяма полза за тях. Те могат да бъдат консултирани самостоятелно или в присъствието на други членове на семейството и/или на пациента. Трябва да имат също така време за себе си, за да „презаредят“ батериите си. Времето, отделено за собствените им нужди, може да помогне на болногледачите да продължат да бъдат източник на подкрепа и сила за своите близки и любими. В САЩ съществуват и организации, които полагат временно грижи за болните вместо техните близки.

Източници на социална и емоционална подкрепа

Новината, че човек страда от рак на ларинкса или какъвто и да е друг рак на главата и шията, променя живота му и този на близките му. Да се справиш с тези промени е трудно. Много е важно да се потърси помощ, за да могат да се преодолеят психологическите и социалните последици от заболяването.

Емоционалното бреме се изразява в тревога по отношение на лечението, нежеланите му ефекти и болничния престой, тревога относно икономическото въздействие на заболяването, включително цената на лечението. Освен това има съмнения за възможността да се грижиш за семейството си, да запазиш работата си и възможността да продължиш ежедневните си занимания.

Добре е да се потърси съвет от групите за взаимопомощ както на ларингектомираните, така и на пациентите с други видове рак на главата и шията. Подкрепа и съвети могат да се извлекат от срещите както в болницата, така и у дома с други хора, преборили се с рак. Това улеснява възстановяването. Колегите ларингектомирани или оцелели от рак на главата и шията често могат да дадат съвети и пример, че е възможно да се възстановиш и да се върнеш към пълноценен и възнаграждаващ живот.

Източници на подкрепа могат да са:

- Членовете на медицинския екип (лекари, медицински сестри и говорни рехабилитатори) могат да отговорят и да изяснят въпроси относно лечението, професионалната или други дейности.
- Социалните работници, съветниците или членовете на духовенството могат да помогнат, при необходимост да се споделят чувствата или тревогите. Социалните работници могат да предложат финансова помощ, транспорт, грижа в дома и емоционална подкрепа.
- В групите за взаимопомощ на ларингектомираните и другите пациенти с рак на главата и шията пациентите и членовете на техните семейства могат да обменят опит, придобит в борбата им със заболяването. Подкрепа може да бъде

оказа лично, по телефона или по интернет. Членовете на медицинския екипът могат да помогнат да се свържете с групи за взаимопомощ.

Уебсайтът на Международната асоциация на ларингектомираните съдържа списък с клубовете по света <http://www.theial.com/ial>.

Пълният списък на потенциалните източници и групи за подкрепа може да бъде открит в допълнението на края на книгата.

Някои „предимства“ на това да си ларингектомиран

За ларингектомираните има и някои „ползи“:

- Не хъркат.
- Имат извинение, за да не носят вратовръзка.
- Не усещат неприятни и дразнещи миризми.
- По-рядко страдат от настинки.
- Има по-малка вероятност да се задавят.
- По-лесно се интубират през stomата в случай на спешност.

ГЛАВА 16.

Компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и ПЕТ скенер при диагностицирането и проследяването на заболяването

Компютърната томография (КТ), ядрено магнитният резонанс (ЯМР) и позитронно емисионната томография (ПЕТ скенер) са неинвазивни образни изследвания, които позволяват да се визуализират вътрешните органи. Те се използват, както, за да се открие наличието на туморите, така и да се проследи развитието им и резултатите от лечението.

ЯМР може да се използва за диагностициране, стадиране и определяне на лечебния план. Основната част на ЯМР е един цилиндричен магнит. Използвайки нейонизиращи лъчи, мощни магнити и компютри, тази технология създава детайлни срезове на тялото. В някои случаи, с цел да се изобразят по-добре някои структури, може да се използват и контрастни вещества. В зависимост от това, какво се изследва, те могат да бъдат инжектирани в кръвообръщението или да бъдат погълнати. ЯМР различава нормалните тъкани от болните и много точно може да покаже разположението на туморите. От полза е и за откриване на метастази.

Освен това ЯМР разграничава меките тъкани в тялото по-добре, отколкото КТ. Ето защо е от особена полза за изследването на главния и гръбначния мозък, мускулите, ставите, съединителната тъкан и костния мозък. При това изследване пациентът лежи в един голям апарат, който създава магнитно поле.

ЯМР е безболезнено изследване. Някои пациенти съобщават, че изпитват известна тревога и безпокойство по време на изследването. На тези, които страдат от клаустрофобия и не могат да седят неподвижни дълго време, може да се дадат леки седативи преди изследването. В хода на изследването апаратът издава силни звуци, поради което може да е по-комфортно да се използват тапи за уши.

КТ е образно изследване, което използва компютърно обработени рентгенови лъчи, за да възпроизведе томографски образи или срезове на отделни части от тялото. Тези срезове са от диагностична и терапевтична полза за много специалности. На базата на двуизмерни рентгенови образи, направени в една ос на въртене посредством дигитална геометрична компютърна обработка, могат да се създават триизмерни образи на органи и части на тялото. За по-добро изобразяване могат да се използват и контрастни вещества.

ПЕТ скенерът е радиоизотопно изследване, което създава триизмерна картина на метаболитните процеси в организма. За откриването на заболявания се използва радиоактивно вещество наречено „трейсър“, което се инжектира през вените. Посредством кръвообръщението трейсърът се натрупва в органите и тъканите с висока метаболитна активност. С едно скениране се изследва клетъчната функция на цялото тяло.

Тъй като ПЕТ скенерът засича високата метаболитна активност независимо дали причината е тумор или инфекция, той не може да направи разлика между тях. Това може да е причина за двусмислена интерпретация и да се стигне до извършване на допълнителни изследвания, които може и да са излишни. Освен че е скъпо, това изследване може да създаде усещане за отчаяние и тревожност.

Трябва да се знае, че тези изследвания не са идеални и могат да пропуснат по-малки тумори (напр. по-малки от 2,5 см). Образните изследвания трябва да се съпровождат от пълно физикално изследване.

КТ и ПЕТ скенерите често се извършват едновременно с един и същ апарат. ПЕТ скенерът изобразява функционалните процеси, а образът от КТ показва къде са разположени облас-

тите с повишена метаболитна активност. С комбинирането на двата метода лекарите откриват и локализируют рака по-точно.

Обикновено се препоръчва колкото повече време минава от операцията, толкова по-рядко да се прави ПЕТ/КТ. През първата година се прави на 3 до 6 месеца, през втората на 6 месеца и след това веднъж на година. Тези препоръки не са основани на изследвания, а на консенсус между специалистите. В случай че резултатите са съмнителни, изследването може да се прави по-често. Въпреки всичко, когато се планира извършването на ПЕТ/КТ, трябва да се има предвид рискът от вредното влияние на йонизиращата радиация да не надминава ползите.

Някои лекари смятат ПЕТ за ненужен и назначават само КТ на зоната, която ги интересува. Това изследване дава картина с по-големи подробности, отколкото ПЕТ/КТ, а освен това може да се извършва и с контраст.

Понякога КТ изследването може да се окаже безполезно – особено в случаите с множество зъбни протези, мостове, пломби, които дават дефекти в образа. На тези пациенти може да се спести излагането на радиация и да се назначи ЯМР.

При изследването рентгенолозите сравняват старите с новите образи и така могат да открият появата на нова патология.

ГЛАВА 17.

Спешна помощ, кардиопулмонална ресусцитация и анестезия при ларингектомираните

Изкуствено дишане при ларингектомираните и други хора с трахеостома

За ларингектомираните и другите хора с трахеостома съществува риск да не получат адекватна спешна помощ в случай на задух или при необходимост от кардиопулмонална ресусцитация (КПР). Служителите на спешна медицинска помощ и спешните отделения често не разбират, че пациентът всъщност диша през стомата на шията си, не знаят как да подадат кислород по подходящ начин и може погрешно да започнат дишане уста в уста, когато всъщност е необходимо изкуствено дишане да се прави уста в стома. Това може да има катастрофални последици и да лиши пациента от кислорода необходим за оцеляването му.

Много медицински лица не са запознати с грижите за ларингектомираните, защото ларингектомията е сравнително рядка операция. В наши дни карциномът на ларинкса се открива и лекува рано. Тоталната ларингектомия е показана само при големи тумори или тумори, които са рецидивирали след проведено лечение. Понастоящем в САЩ има около 60 000 души с ларингектомия. Ето защо медицинските специалисти все по-рядко се срещат с такива пациенти.

В тази глава описвам специалните изисквания при ларингектомнираните и другите пациенти с трахеостома, обяснявам анатомичните промени след ларингектомия, обяснявам как говорят ларингектомираните и как да бъдат разпознати, как да направим разлика между тези, които дишат само през трахеостома или през трахеотомия и през естествените пътища едновременно, описвам процедурите и необходимите консумативи за извършването на изкуствено дишане при ларингектомирани и трахеотомиирани.

Причини за остър задух при ларингектомирани

Най-честата индикация за ларингектомия е ракът на гръкляна. Болишинството от ларингектомираните страдат и от състояния, които са резултат както от самото заболяване, така и от неговото лечение: операцията, лъчелечението и химиотерапията. Ларингектомираните освен това имат затруднения в говора и използват алтернативни методи за комуникация.

Най-честата причина за остър задух при ларингектомирани е запушване на дихателния път вследствие на аспирация на чуждо тяло или на тапа, образувана от секрет от белите дробове. Ларингектомираните обаче могат да страдат и от сърдечни, белодробни и съдови проблеми, които са свързани с възрастта.

Тотална ларингектомия

Анатомията на ларингектомираните е различна. След ларингектомията пациентите дишат от стомата (отвор на трахеята разположен на шията). Вече не съществува връзка между трахеята и устата и носа. Да бъдат разпознати ларингектомираните, може да бъде трудно, тъй като много то тях покриват стомата си с различни кърпички и др. Някои от тях използват филтри, обменници на топлина и влага, “hands free” приспособления за говор (вж. Фигура 1).

Методи за комуникация, използвани от ларингектомираните

Ларингектомираните използват различни начини за комуникация (вж. Глава 6) – включително писане, шепот, знаци и три метода за говор. Последните са езофагеален глас, говорна протеза с трахеоезофагеална пункция и електроларинкс (ларингофон). Всеки от тези замества вибрациите, които нормално се образуват от гласните връзки, с друг източник, докато думите пак се образуват от езика и устните.

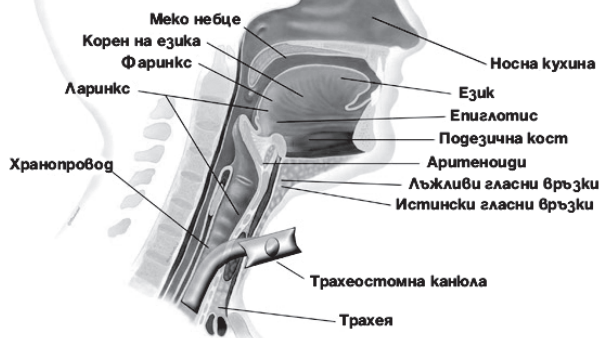
Разлика между трахеостома и трахеотомия

Много е важно медицинският персонал да може да прави разлика между тези, които дишат единствено от шията (ларингектомирани – с трахеостома), и тези, които дишат частично от шията (трахеотомиирани), тъй като поведението при двете групи е различно. При ларингектомираните трахеята не е свързана с горните дихателни пътища и дишането става само през трахеостомата. За разлика от това при трахеотомиираните трахеята все още е свързана с горните дихателни пътища, въпреки че е налице отвор на шията (Фигура 10). Последните, въпреки че дишат основно през трахеотомията, в различна степен могат да дишат и през носа и устата.

Много от хората, които дишат през шията, имат канюла, която излиза от трахеостомата и е завързана на врата. В случай че не се направи разлика между трахеостома и трахеотомия, може да се стигне до неправилно поведение.

Трахеотомия

(Да се обдишва през стомата, докато носа и устата са запушени)



Фигура 10. Анатомия при трахеотомията

Подготовка за изкуствено дишане

Стъпките за предприемане на изкуствено дишане при ларингектомиран/трахеотомияран са:

- Да се определи дали пациентът е в съзнание.
- Да се алармира спешна медицинска помощ.
- Да се разположи пациентът така, че рамената да са повдигнати.
- Да се открие шията и да се премахне всичко разположено върху стомата (кърпички, маски, филтри), за да има достъп до дихателния път.
- Да се подsigури дихателният път и да се премахне всичко, което го покрива, като филтри и обменници на топлина и влага.
- Да се премахнат секретите от стомата.

Лепенките около трахеостомата не е необходимо да се махат, освен ако не я запушват. Трахеалната канюла и бутон мога да се свалят внимателно. Говорната клапа не бива да се маха, освен ако

не запушва дихателния път, тъй като обикновено тя не пречи на дишането или почистването на трахеята. Ако говорната клапа е разместена, трябва да се махне и на нейно място да се постави катетър, за да се предотврати изтичането и аспирирането на слюнка в дихателния път и за да не се затвори фистулата. Ако има канюла, тя може да се аспирира и почисти, след като в нея се впръска 2 – 5 мл стерилен физиологичен разтвор, или може да се махне изцяло (и вътрешната и външната част) с цел да се отстранят евентуални тапи от мукус. Стوماتа трябва да се избърше и аспирира. След това трябва внимателно да се преслуша дали през трахеостомата има дишане. Ако трахеостомата е запушена, гърдите може да не могат да се движат.

Ако за ресусцитация се използва тръба, то тя трябва да е по-къса от обикновеното, за да отговаря на дължината на трахеята. При поставянето на тръбата трябва да се внимава да не се размести говорната клапа. За това може да се наложи да се използва тръба с по-малък диаметър.

Ако пациентът диша, то той/тя трябва да се третира като пациент в безсъзнание. Ако се налага продължително прилагане на кислород, то кислородът трябва да бъде овлажнен.

При някои ларингектомирани може да е трудно да се доловят пулсациите на сънната артерия поради наличието на пострадиационна фиброза. Някои пациенти могат да нямат пулсация и на артерия радиалис, в случай че е била взимана присадка от ръката им.

Обдишване при ларингектомнираните

По принцип кардиопулмоналната ресусцитация при ларингектомираните не се различава от тази при всички останали с едно важно изключение. А то е, че обдишването и подаването на кислород става през стомата. Това може да става посредством дишане уста в стома или с помощта на кислородна маска (детска или за възрастни с тегъл 900 – Фигура 11 и 12). Да се опитва дишане уста в уста е безсмислено.



Фигура 11. Кислородна маска



Фигура 12. Детска маска за спешни състояния

Обдишване при трахеостомирани

Въпреки че трахеостомираните дишат главно през стомата си, белите им дробове все още имат връзка с носа и устата. Поради тази причина част от въздуха при обдишване излиза през горните дихателни пътища и намалява ефективността на вентилацията. При това положение, въпреки че се обдишват, тяхната уста и нос трябва да са затворени, за да се предотврати загубата на въздух. Това може да се постигне, като устата и носът им се притиснат плътно.

В заключение

Персоналът на спешната помощ и на спешните отделения трябва да е бдителен и да може да разпознава пациентите, които не дишат през естествените си пътища (устата и носа). Не всички специалисти са добре запознати с тези особености. Много от тях нямат никаква представа как да полагат грижи за пациентите, които дишат през стома на шията, въпреки че това се преподава в курсовете по кардиопулмонална ресусцитация. Много е важно медицинският персонал да може да разпознава пациентите, които дишат от шията и да могат да правят разлика между ларингектомиран и трахеостомиран. Правилното подаване на кислород и правилното обдишване през стомата както и някои специфични детайли на ресусцитацията при пациенти със стома трябва да се упражняват редовно. Медицинският персонал и персоналът от спешните отделения трябва да поддържат познанията си за правилното лечение на тези пациенти, за да може в спешни състояния те да получат ефективна помощ.

Наличието на тапи от секрети и аспираването на чужди тела са проблеми, специфични за хората със стома на шията. Въпреки че тези с трахеостомиа дишат главно през самата нея, при тях все още има връзка между белия дроб и горните дихателни пътища. За разлика от това при ларингектомираните такава не съществува. И трахеостомираните и ларингектоми-

раните се обдишват през стомата на шията. Но при трахеотомиираните устата и носът трябва да са затворени, за да няма загуба на въздух (обем) при обдишването. За обдишването през стомата е най-добре да се използва детска маска с торба.

Как да сме сигурни че дишащи през шията, включително ларингектомираните, получават адекватна спешна помощ

Хората, дишащи през стома на шията, са изложени на риск да не получат адекватна помощ в случай на остро настъпил задух.

Те могат да избегнат тази вероятност, ако:

- Носят гривна на ръката си, на която пише, че дишат през стома.
- Ако носят документ, в който е упомената диагнозата им, лекарствата, които приемат, и името и контактите на лекуващия ги лекар.
- Могат да поставят стикер на колата си, който да показва, че дишат през стома на шията. Стикертът може да съдържа и информация за това, какви грижи трябва да се полагат за тях при спешни състояния.
- Да поставят подобен стикер на входната врата на дома си.
- Умението да се използва ларингофон може да е от полза при спешни състояния. Тези, които използват говорна клапа, могат да не са в състояние да говорят.
- Може предварително да се даде информация на 112, на спешните центрове и на полицията, че човекът е ларингектомиран и в случай на спешност няма да може да говори.
- Да проверят дали медицинският персонал в местното спешно отделение разпознава и може да лекува пациенти със стома на шията.

Да се повиши информираността на медицинския персонал в спешните отделения относно поведението при ларингектомирани е задача на самите ларингектомирани. По отношение на това те трябва да полагат постоянни усилия, тъй като по-

знанията на лекарите се различават и се променят с течение на времето.

На следния адрес в Youtube може да се открие видео, което обяснява как се извършва дихателна реанимация при пациенти със стома: <http://www.youtube.com/watch?v=YEn8cgl77Q>.

Пациентите могат да покажат тази презентация на специалистите в местните спешни центрове.

Процедури и оперативни намеси при ларингектомирани

За ларингектомираните подлагането на процедури (например колоноскопия) под седация или оперативна намеса под местна или обща анестезия може да бъде предизвикателство.

За съжаление много от медицинския персонал, който се грижи за ларингектомираните преди, по време и след операцията, не е запознат с особеностите на анатомията на ларингектомираните, как те говорят и как да се грижат за дихателните им пътища по време и след процедурата или операцията. Става въпрос за медицинските сестри, техниците, хирурзите и дори анестезиолозите.

Ето защо е препоръчително ларингектомираните да разяснят на медицинския персона уникалните си анатомия и потребности преди манипулацията. За тази цел е добре да се използват снимки и илюстрации. Тези, които използват говорна протеза, е добре да позволят на анестезиолога да огледа стомата им, за да може да разбере как тя функционира и да бъде предупреден да не я маха. Добре е на анестезиолога да се даде видео, което показва как се обдишват хора със стома на шията (за тази цел се свържете с д-р И. Брук на ib6@georgetown.edu или гайте на анестезиолога следната връзка към <http://www.youtube.com/watch?v=YE-n8cgl77Q>).

Медицинският персонал трябва да разбере, че човекът с ларингектомия няма връзка между орофаринкса си и трахеята и поради това обдишването и почистването на дихателните пътища трябва да става през стомата, а не през носа или устата.

За ларингектомирания е предизвикателство да се подложи на процедура или операция, защото през това време няма да може да говори нито с помощта на ларингофон, нито чрез клапата си. Това е така, защото стомата ще бъде покрита с кислородна маска и обикновено ръцете са вързани. Обаче пациенти, които използват езофагеален глас, могат да комуникират по време на процедурите и операциите, които се извършват с местна упойка.

Преди операцията е важно специалните изисквания на пациентите да бъдат обсъдени с медицинския екип. Може да се наложи това да бъде повторено неколkokратно първо на хирурга и после на анестезиолога по време на предоперативната консултация, а после и в деня на самата операция – на целия анестезиологичен екип, който ще бъде в операционната. Когато предстои да се подложат на процедура или операция под местна анестезия, ларингектомираните трябва да се разберат с анестезиолога как ще го информират в случай, че изпитват болка или че се нуждаят да бъде аспирирана трахеята им. Това може да става с ръце, с кимане, с четене по устните или с езофагеален говор.

Всичко това може да помогне на ларингектомираните да получат адекватни грижи.

Новите насоки за кардиопулмонална ресусцитация

Новите указания на Американската асоциация за сърдечни заболявания за кардиопулмонална ресусцитация от 2010 г. изискват извършването само на сърдечен масаж; дишането уста в уста вече не се изисква. Основната цел на това е да се насърчат повече хора да извършват ресусцитация. Много хора избягват да извършват изкуствено дишане, тъй като се чувстват неудобно да дишат в нечия уста или нос. Логиката зад новите насоки е, че е по-добре да се правят компресии на гръдния кош, отколкото да не се прави нищо.

Официално видео, което демонстрира CPR само с ръце, можете да намерите на адрес: <http://www.youtube.com/watch?v=zSgmledxFe8>.

Тъй като ларингектомираните не могат да прилагат дишане уста в уста, старите указания за КПР ги изключваше от хората, които могат да правят изкуствено дишане. Тъй като новите указания не изискват извършването на дишане уста в уста, то ларингектомираните също могат да извършват КПР. Въпреки това винаги когато е възможно, трябва да се изпълняват старите указания за КПР, които използват както изкуствено дишане, така и сърдечен масаж. Това е така, защото методът с извършване „само на сърдечен масаж“ не може да поддържа живота достатъчно дълго, поради липсата на аерация на белите дробове.

Ларингектомираните също могат да се нуждаят от изкуствено дишане. Едни от най-честите причини за задух при ларингектомираните са наличието на тапа от мукус или чуждо тяло. Важно е тези тапи да бъдат отстранени. Дишането устата в стома е важно и е относително по-лесно, отколкото дишане от уста на уста.

Ларингектомираните, които дишат през филтър и извършват КПР на лице, нуждаещо се от реанимация, трябва временно да го свалят. Това е необходимо, за да могат да дишат по-дълбоко, докато осъществяват сърдечен масаж с честота 100 удара в минута.

ГЛАВА 18.

Да пътуваш като ларингектомиран

Пътуването може да бъде предизвикателство за ларингектомираните, може да ги постави в непознати, различни от обичайните условия. Налага им се да полагат грижат за дихателните си пътища на непознати места. Пътуването изисква предварително планиране, така че да има достъп до необходимите средства. Важно е грижите за дихателните пътища и останалите медицински проблеми да не прекъсват по време на пътуване.

Грижа за дихателните пътища по време на полет

Предприемането на полет (особено дълъг) крие много предизвикателства. Няколко фактора могат да доведат до дълбока венозна тромбоза или ДВТ. Това са: дехидратация (поради ниската влажност на въздуха в кабината при голяма надморска височина), по-ниско кислородно налягане в самолета и неподвижността на пътника. Когато се комбинират тези фактори, могат да причинят съсирек в краката, който може да се откъсне, да циркулира с кръвта и да стигне до белите дробове, където да причини белодробна емболия. Това е сериозно усложнение и спешно състояние.

Освен това ниската влажност на въздуха може да изсуши трахеята и да доведе до образуването на тапи. Стюардесите обикновено не са запознати с начините за обдишване на ларингектомираните, т.е. в stomата, а не в устата или в носа.

За да се предотвратят възможни проблеми, могат да се вземат следните мерки:

- За всеки два часа от полета (включително и времето на земята) да се пият 240 мл вода.
- Да се избягва приемът на алкохол и кофеин, тъй като те водят до обезводняване.
- Да се носят широки грехи.
- В седнало положение да не се кръстосват краката, тъй като това може да наруши кръвотока.
- Да се носят компресионни чорапи.
- Ако човек е с по-висок риск от ДВТ, е добре да се консултира с лекаря си дали да не вземе аспирин преди полета.
- По време на полета да се правят упражнения за краката и когато е възможно, да се става и да се ходи.
- Да се резервира място с повече свободно пространство – до аварийен изход или от страна на пътеката.
- Ако полетът е шумен, със стюардесите може да се наложи да се контактува с писане.
- От време на време стомата да се промива с физиологичен серум, за да може трахеята да е постоянно влажна.
- Необходимите аксесоари (включително тези за обслужване на стомата и ларингофона) да са на достъпно място в ръчния багаж (медицинското оборудване и консумативи са позволени на борда в допълнителна чанта).
- Стомата да се покрие с филтър или с мокра кърпичка, за да се поддържа влажността.
- Да се информира екипът на борда, че сте ларингектомиран.

Всичко това прави пътуването със самолет по-лесно и безопасно за ларингектомираните и трахеотмираните.

Какво трябва да носим със себе си по време на път?

По време на път е добре да носим медицинските си принадлежности и лекарствата в отделна чанта. Тя трябва да е с нас на борда и достъпът до нея да е лесен.

Предлагам следния списък от неща, които да имаме в нея:

- Списък на редовно приеманите лекарства, диагнози, имената и контактите на лекуващите лекари, на говорния рехабилитатор и рецептите.
 - Документ за здравните осигуровки.
 - Самите лекарства, които приемаме.
 - Хартиени салфетки.
 - Пинсета, огледало и фенерче (с допълнителни батерии).
 - Апарат за кръвно налягане.
 - Ампули с физиологичен серум.
 - Консумативите за поставянето на основата на филтъра (спирт, лепило, кърпички Remove и др.).
 - Запас от обменници, филтри и лепенките, върху които те се поставят.
 - Ларингофон (с допълнителна батерия) дори за тези, които използват говорна протеза. Може да бъде от полза, в случай че не можем да говорим с клапата.
 - Усилвател за гласа (с допълнителни батерии и зарядно).
- Хората, които използват говорна протеза, трябва да носят още:

- Четка и помпа за промиване на клапата.
- Резервна говорна клапа и резервна “hands free” клапа.
- Червен фолиев катетър (който се поставя в трахеоезофагеалната фистула, в случай че клапата изпадне).

В какви количества да имаме тези необходими ни за пътуването неща, зависи от продължителността на пътуването. Добре е да имаме контактите на говорни рехабилитатори и лекари на мястото, което посещаваме.

Подготовка на набор с най-важната информация и материали

Може да се наложи ларингектомираните да получат спешна или неспешна медицинска помощ в болница или друго медицинско заведение. Поради това че те са със затруднена комуникация, особено когато са в състояние на стрес, е добре да имат

подготвена папка с информация за себе си. Освен това е добре да имат и набор от аксесоари и инструменти, необходими, за да могат да говорят и да се грижат за стомата си. Този набор трябва да бъде на леснодостъпно място в случай на спешност.

Папката трябва да съдържа следните неща:

- Актуална информация за медицинското състояние и преживените операции, алергии и диагнози.
- Актуален списък на приеманите лекарства и резултатите от всички процедури, образни изследвания, скенер и лабораторни изследвания. Те могат да бъдат сложени и на USB disk.
- Информация и документ за осигуровките.
- Информация (телефон, e-mail, адрес) на личния лекар, говорния рехабилитатор, роднини и приятели.
- Рисунка или скица на шията, която обяснява анатомията на горните дихателни пътища при ларингектомираните и къде е поставена гласовата протеза, ако има такава.
- Телефон и химикал.
- Ларингофон с допълнителни батерии (дори за тези, които използват говорна протеза).
- Запас от няколко ампули с физиологичен серум, обменници, филтри, лепенки и аксесоарите за поставянето и свалянето им (спирт, кърпички, лепило, и т.н.) и за почистването на говорната протеза (четка, балон за промиване).
- Пинсета, огледало, фенерче със допълнителни батерии.

Наличието на тези вещи в случай, когато ни е необходима медицинска помощ, независимо спешна или не, е изключително важно.

Допълнение

Полезни връзки

Информация за рака на главата и шията от американското онкологично сдружение:

<<http://www.cancer.gov/cancertopics/types/head-and-neck>>

Сайт за подкрепа на страдащите от рак на главата и шията в Обединеното Кралство:

<<http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertypes/Larynx/Laryngealcancer.aspx#.UJGZu8V9Ilg>>

Международна асоциация на ларингектомираните:

<<http://www.theial.com/ial>>

Фондация за рака на устната кухина:

<<http://oralcancerfoundation.org>>

Фондация за рака на устата:

<<http://www.mouthcancerfoundation.org>>

Сайт за подкрепа на страдащите от рак на устната кухина и главата и шията:

<<http://www.spohnc.org>>

Сайт съдържащ полезни връзки за ларингектомираните и пациентите с други карциноми на главата и шията:

<<http://www.bestcancersites.com/laryngeal>>

Алианс рак на главата и шията:

<<http://www.headandneck.org>>

Помощна група на Алианс рак на главата и шията:

<<http://www.inspire.com/groups/head-and-neck-cancer-alliance/>>

„Шепот“ в мрежата:

<<http://www.webwhispers.org>>

Информационен сайт „Моят глас – г-р Ицхак Брук“:

<<http://dribrook.blogspot.com>>

Групи на ларингектомирани във Фейсбук

Throat and Oral Cancer Survivors
 Laryngectomy Support
 Survivors of Head and Neck Cancer
 Larynx laryngeal Cancer Information and Support
 Support for People with Oral and Head and Neck Cancer (SPOHNC)

Списък на производители на консумативи за ларингектомирани

Atos Medical:
 <<http://www.atosmedical.us>>
 Bruce Medical Supplies:
 <<http://www.brucemedica>>
 Fahl Medizintechnik:
 <<http://www.fahl-medizintechn>>
 Griffin Laboratories:
 <<http://www.griffinlab.com>>
 InHealth Technologies:
 <<http://store.inhealth.com>>
 Lauder The Electrolarynx Company:
 <<http://www.e>>
 Luminaud Inc.:
 <<http://www.luminaud.com>>
 Romet Electronic larynx:
 <<http://www.romet.us>>
 Ultravoice:
 <<http://www.ultravoice.com>>

За автора

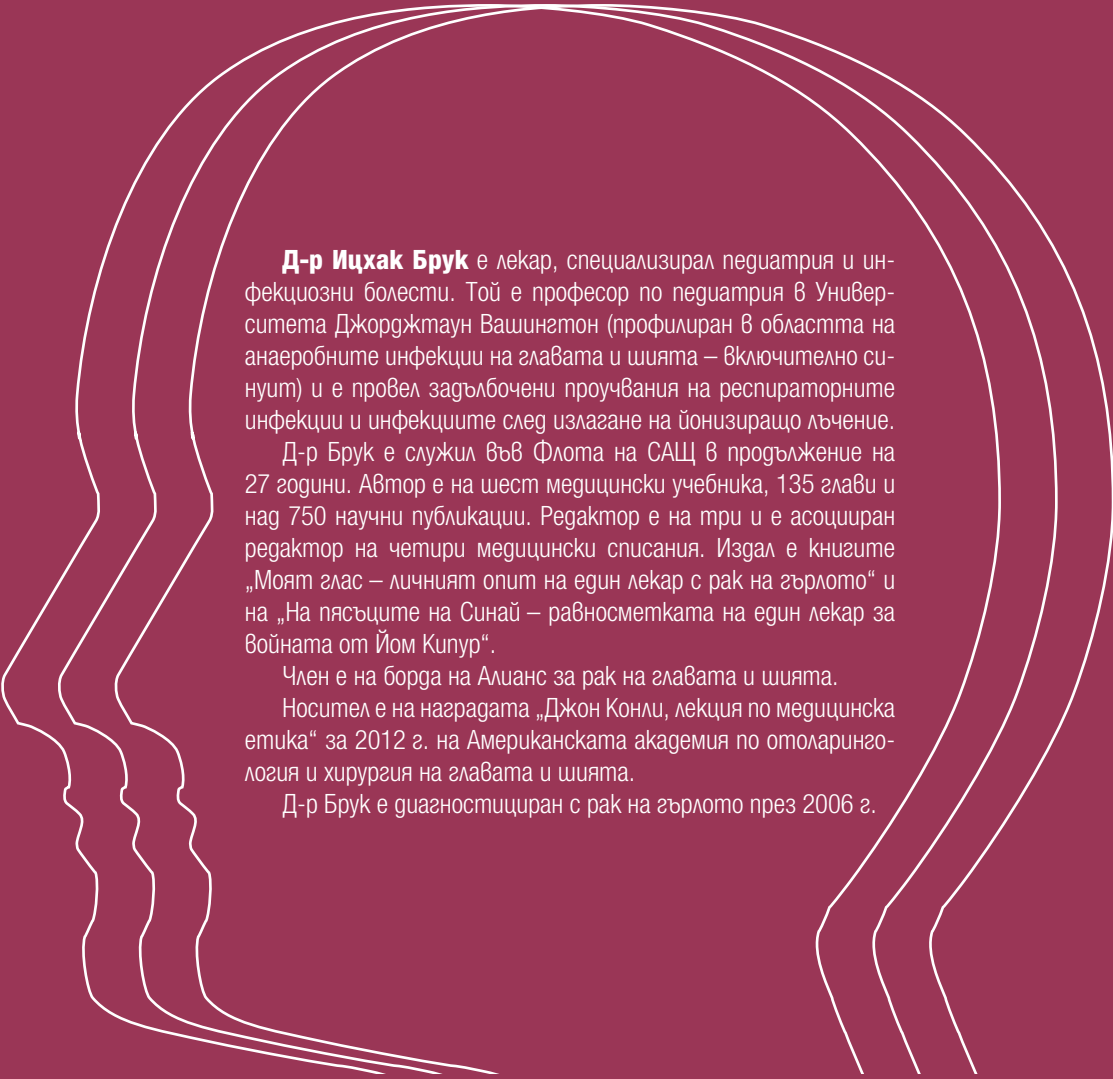
Д-р Ицхак Брук е лекар, специализирал педиатрия и инфекциозни болести. Той е професор по педиатрия в Университета Джорджтаун Вашингтон (профилиран в областта на анаеробните инфекции на главата и шията – включително синусит) и е провел задълбочени проучвания на респираторните инфекции и инфекциите след излагане на йонизиращо лъчение.

Д-р Брук е служил във Флота на САЩ в продължение на 27 години. Автор е на шест медицински учебника, 135 глави и над 750 научни публикации. Редактор е на три и е асоцииран редактор на четири медицински списания. Издал е книгите „Моят глас – личният опит на един лекар с рак на гърлото“ и на „На пясъците на Синай – равностметката на един лекар за войната от Йом Кипур“.

Член е на борда на Алианс за рак на главата и шията.

Носител е на наградата „Джон Конли, лекция по медицинска етика“ за 2012 г. на Американската академия по отоларингология и хирургия на главата и шията.

Д-р Брук е диагностициран с рак на гърлото през 2006 г.



Д-р Ицхак Брук е лекар, специализирал педиатрия и инфекциозни болести. Той е професор по педиатрия в Университета Джорджтаун Вашингтон (профилиран в областта на анаеробните инфекции на главата и шията – включително синусит) и е провел задълбочени проучвания на респираторните инфекции и инфекциите след излагане на йонизиращо лъчение.

Д-р Брук е служил във Флота на САЩ в продължение на 27 години. Автор е на шест медицински учебника, 135 глави и над 750 научни публикации. Редактор е на три и е асоцииран редактор на четири медицински списания. Издал е книгите „Моят глас – личният опит на един лекар с рак на гърлото“ и на „На пясъците на Синай – равностетката на един лекар за войната от Йом Кипур“.

Член е на борда на Алианс за рак на главата и шията.

Носител е на наградата „Джон Конли, лекция по медицинска етика“ за 2012 г. на Американската академия по отоларингология и хирургия на главата и шията.

Д-р Брук е диагностициран с рак на гърлото през 2006 г.

**Този книга е преведена
и се издава с подкрепата
на Ротари клуб Пловдив Интернешънъл**

ISBN: 978-954-8238-65-6



9 789548 238656