

ЛИМФОМА: ПУТЕВОДИТЕЛЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТА



Данная брошюра носит информационный характер.
По всем вопросам лечения консультируйтесь со своим
лечащим врачом-гематологом или онкологом.

живи без страха



нейтропении.нет



ЗАЧЕМ МЫ НАПИСАЛИ ЭТУ БРОШЮРУ

Пациентам часто бывает сложно разобраться, что с ними происходит, в чем причина их болезни, каковы варианты и возможности терапии, с чем связано развитие осложнений заболевания и побочных явлений лечения. У лечащего врача зачастую нет достаточного количества времени для того, чтобы объяснить все детали диагностики и лечения каждому пациенту.

Эта брошюра о лимфомах. В ней мы расскажем о том, что такое лимфома, какие бывают лимфомы и чем они отличаются друг от друга, как проводится диагностика и стадирование, какие варианты лечения существуют и в каких ситуациях они назначаются, что такое трансплантация костного мозга и зачем она нужна. А также дадим советы, как настроиться на лечение, какая сопроводительная терапия может понадобиться и как правильно питаться. Надеемся, что эта брошюра будет вам полезна!



Бабичева Лали Галимовна

к.м.н., доцент кафедры онкологии и паллиативной медицины
им. академика А. И. Савицкого ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, исполнительный директор ООО «Общество онкогематологов» ORCID: 0000-0001-8290-5564

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Терапия лимфом

А

Анемия — снижение уровня гемоглобина или эритроцитов в крови, что может вызывать слабость, утомляемость и бледность.

Биологические особенности опухоли — характеристики клеток лимфомы (размер, скорость деления, молекулярные маркеры), которые помогают подобрать правильное лечение.

Биопсия — процедура забора небольшого образца ткани опухоли для исследования под микроскопом и точной диагностики.

Б

Бессимптомное течение — течение заболевания, при котором отсутствуют какие-либо симптомы заболевания.

В

Визуализирующие исследования — методы диагностики, позволяющие «увидеть» опухоль внутри организма: КТ, МРТ, ПЭТ, УЗИ, рентген.

Г

Гематолог — врач-специалист, который занимается диагностикой и лечением заболеваний крови, включая лимфомы.

Д

Динамическое наблюдение — регулярное обследование пациента для контроля состояния и своевременного выявления изменений.

И

Иммунотерапия — вид лечения, который активирует собственную иммунную систему пациента для борьбы с опухолевыми клетками.

Инфекции — заболевания, вызванные бактериями, вирусами или грибами. Во время терапии иммунитет ослаблен, поэтому риск инфекций повышается.

К

КТ (компьютерная томография) — метод визуализации, создающий подробные послойные изображения внутренних органов.

Корректировка терапии — изменение плана лечения в зависимости от ответа опухоли или побочных эффектов.

Л

Лимфома — группа злокачественных заболеваний лимфатической системы (части иммунной системы).

Лимфатическая система — сеть сосудов и узлов, которая помогает организму бороться с инфекциями и выводить лишнюю жидкость.

М

Мониторинг — регулярное наблюдение за состоянием пациента с помощью анализов и обследований.

Н

«Наблюдай и жди» — тактика ведения, при которой при медленно прогрессирующих лимфомах лечение откладывается до появления показаний.

Надзор — регулярные визиты к врачу для контроля состояния без активного лечения.

О

Общий анализ крови — исследование крови, показывающее количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов.

Осложнения — нежелательные состояния, которые могут возникнуть во время лечения (инфекции, кровотечения, аллергические реакции).

П

ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография) — метод визуализации, показывающий активность клеток опухоли.

Побочные эффекты — нежелательные реакции организма на лечение (тошнота, выпадение волос, слабость и др.).

Полная ремиссия — состояние, когда после лечения не обнаруживаются признаки болезни.

Прогрессирование — увеличение опухоли или появление новых очагов заболевания.

Р

Рецидив — возвращение болезни после периода улучшения или ремиссии.

Ремиссия — ослабление или исчезновение симптомов заболевания.

Рентгенография — метод визуализации с помощью рентгеновских лучей.

С

Сопутствующие заболевания — другие болезни, которые есть у пациента помимо лимфомы (диабет, гипертония и др.).

Сопроводительная терапия — лечение, направленное на снижение побочных эффектов основного лечения и поддержание общего состояния.

Стадия заболевания — степень распространения лимфомы в организме (от I до IV стадии).

Т

Тактика лечения — план действий врача, который также может включать активное лечение или наблюдение.

Терапия — лечение пациентов.

Тошнота — ощущение позыва к рвоте, частый побочный эффект химиотерапии.

У

УЗИ (ультразвуковое исследование) — метод визуализации с помощью звуковых волн.

Х

Химиотерапия — лечение с помощью лекарственных препаратов, которые уничтожают опухолевые клетки.

Э

Эффективность лечения — степень, в которой терапия достигает поставленных целей (уменьшение опухоли, ремиссия).

Часто используемые сокращения

Сокращение	Расшифровка
КТ	Компьютерная томография
МРТ	Магнитно-резонансная томография
НХЛ	Неходжкинские лимфомы
ПЭТ	Позитронно-эмиссионная томография
ОАК	Общий анализ крови
УЗИ	Ультразвуковое исследование

Советы по использованию словаря

1. Не бойтесь спрашивать — если вы встретили непонятный термин, спросите у врача или медсестры.
2. Записывайте вопросы — ведите список терминов, которые нужно уточнить.
3. Возвращайтесь к словарю — при чтении медицинских документов проверяйте значения терминов.
4. Обсуждайте с близкими — помогите родственникам понять ваш диагноз и лечение.

1. Что такое лимфома

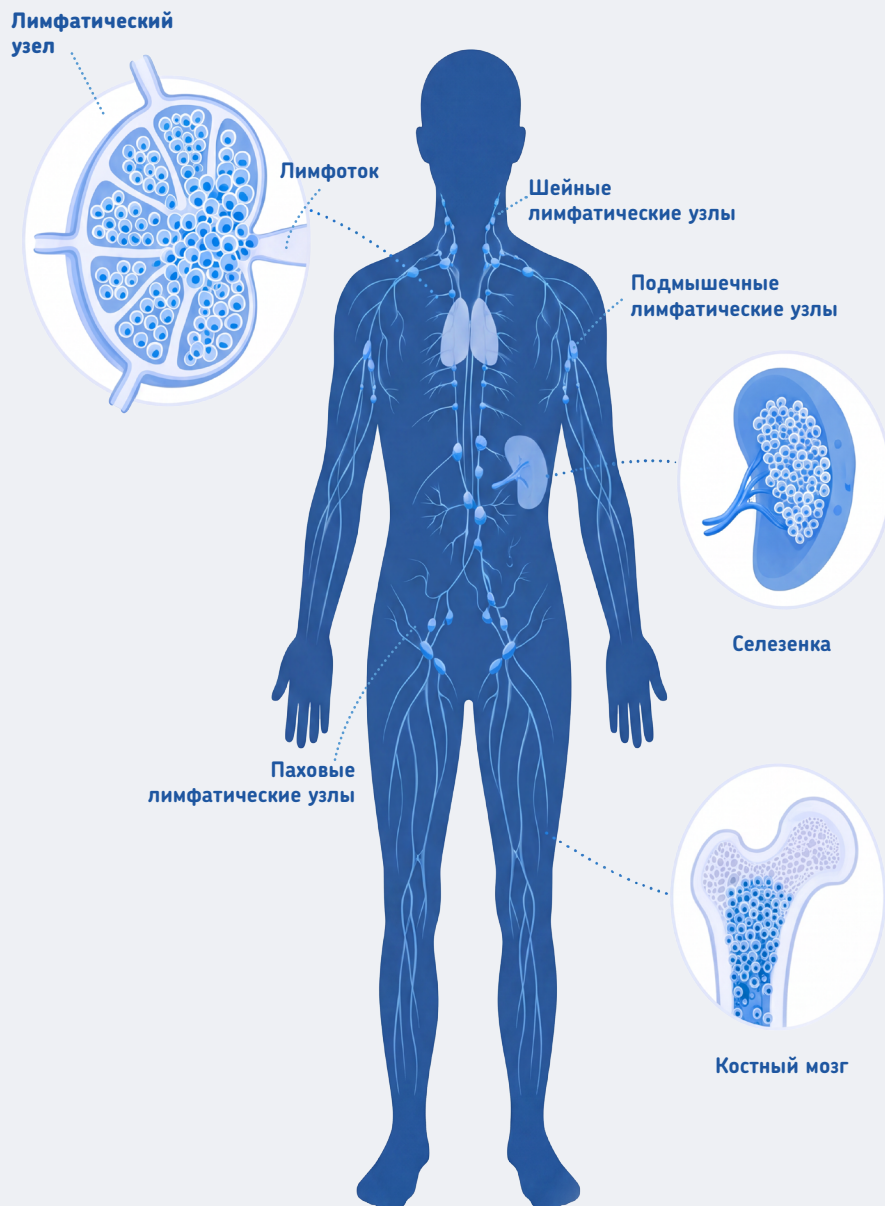
Лимфома — это группа злокачественных опухолей, поражающих лимфатическую систему (часть иммунной системы). Она возникает, когда лимфоциты (белые клетки крови) начинают бесконтрольно делиться. Все лимфомы делятся на лимфому Ходжкина и неходжкинские лимфомы. В свою очередь, неходжкинские лимфомы делятся по своему происхождению на В-клеточные (80%) и Т-клеточные (до 20%), а по клиническому течению — на индолентные (или вялотекущие) и агрессивные.



2. Симптомы, которые нельзя игнорировать

1. **Увеличение лимфоузлов.** Чаще всего пациенты замечают у себя увеличенный лимфоузел, и именно с этого начинается заболевание. В отличие от инфекции, которая провоцирует резкое и болезненное увеличение лимфоузлов, при лимфоме лимфатические узлы увеличиваются постепенно, обычно в течение нескольких месяцев или даже лет, прежде чем на них обращают внимание. Обычно лимфоузлы увеличиваются на шее, в подмышечной или в паховой областях.

Рисунок 1. Что такое лимфома, какие органы иммунной системы чаще всего вовлекаются в болезнь



2. В-симптомы, или симптомы интоксикации, включают

- выраженную ночную потливость
- необъяснимую потерю веса (> 10% за полгода)
- лихорадку выше 38 °С без признаков инфекции ИЛИ воспаления.

3. Неспецифические признаки:

- зуд кожи,
- неспровоцированная усталость,
- иногда кашель,
- затрудненное дыхание,
- боль в грудной клетке,
- увеличение селезенки,
- боли в животе,
- рвота
- нарушение пищеварения.

При вовлечении в опухолевый процесс костного мозга может отмечаться анемия, сопровождающаяся слабостью, частые инфекции (из-за нарушения иммунитета), носовые кровотечения, обильные менструации, подкожные кровоизлияния, связанные с нарушениями свертываемости крови.

Другие возможные, хотя и более редкие симптомы обусловлены расположением опухолевого очага, который может оказывать давление на окружающие ткани, вызывая боль, отек или другие клинические проявления.

3. Типы лимфом

Лимфома Ходжкина (ранее — лимфогранулематоз)

характеризуется наличием специфических клеток Березовского – Рид – Штернберга. Болеют чаще молодые люди (пик заболевания — до 30 лет), а стандартная химиотерапия первой линии позволяет излечить около 80% пациентов.

Неходжкинские лимфомы (НХЛ)

обширная группа (более 60 типов) лимфом, различающихся по агрессивности и тактике лечения:

- Вялотекущие, или индолентные, лимфомы имеют тенденцию расти и распространяться медленно, длительное время протекать бессимптомно. При этом в большинстве случаев они имеют рецидивирующее течение. Наиболее частыми вариантами индолентных лимфом считаются фолликулярная лимфома и лимфома маргинальной зоны.
- Агрессивные варианты неходжкинских лимфом отличаются склонностью к быстрому прогрессированию и имеют выраженную клиническую картину с развитием В-симптомов. При этом стандартная иммунохимиотерапия в первой линии лечения позволяет достичь длительных ремиссий с перспективой полного излечения. Наиболее частым вариантом агрессивных неходжкинских лимфом является диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома, более редкими — первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, лимфома Беркитта и другие.

4. Диагностика и первичный осмотр

- **Первичный осмотр.** Врач оценивает состояние кожных покровов, размеры всех групп лимфоузлов, печени и селезенки. Также врач проводит опрос, уточняет жалобы, историю появления первых симптомов и дальнейшего развития заболевания. Уточняет наличие других сопутствующих заболеваний, в том числе наличие злокачественных новообразований у ближайших родственников.
- **Золотой стандарт — биопсия.** Для точной диагностики лимфомы крайне важно выполнение эксцизионной биопсии — это удаление всего лимфатического узла и/или участка пораженного органа или ткани для гистологического и иммуногистохимического исследования, а также для молекулярно-генетических исследований (при необходимости).
- Помимо биопсии лимфатического узла или другого пораженного органа (экстранодальное поражение), при лимфомах обязательной является процедура **трепанобиопсии подвздошной кости с аспирацией костного мозга**. Эта процедура подразумевает получение жидкого костного мозга, в котором подсчитываются форменные элементы (миелограмма), и участка кости с костным мозгом для гистологического исследования. Целью данного исследования является исключение или подтверждение поражения костного

мозга лимфомой, что влияет на выбор лечения и требует мониторинга во время и после лечения.

- **Лабораторная диагностика.** К обязательным лабораторным исследованиям относятся: общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и определением СОЭ (скорости оседания эритроцитов), биохимический анализ крови (с обязательным определением уровней лактатдегидрогеназы, печеночных ферментов, мочевой кислоты, креатинина, белка и белковых фракций и т. д.) и коагулограмма. Проводят исследование на гепатиты В и С, ВИЧ. У пациентов с инфекциями целесообразно также определение уровней иммуноглобулинов А, М и G в сыворотке крови. Могут понадобиться и другие дополнительные исследования в зависимости от варианта лимфомы и пораженных органов.
- **Визуализация.** Для установления стадии необходимо проведение рентгеновских исследований. При лимфомах в настоящее время все активнее используется позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ); при некоторых вариантах (лимфома Ходжкина, агрессивные лимфомы) она стала стандартным и обязательным методом визуализации. Однако возможно проведение и компьютерной томографии, и магнитно-резонансной томографии. Не теряет своей актуальности и ультразвуковое исследование периферических лимфатических узлов, органов брюшной полости, забрюшинного пространства. Метод выбирает врач в зависимости от варианта лимфомы и зон поражения.
- **Эндоскопия.** При ряде лимфом часто поражаются органы желудочно-кишечного тракта, что требует проведения эзофагогастродуоденоскопии и/или колоноскопии, при вовлечении миндалин — фиброларингоскопии.

В зависимости от клинических признаков и симптомов, а также органов, вовлеченных в опухолевый процесс, могут быть проведены другие тесты и процедуры.

5. Стадии лимфомы

До начала лечения крайне важно определить стадию заболевания, от которой зачастую зависит вариант лечения. Тем не менее стадию лимфомы нельзя напрямую сопоставлять со стадиями других онкологических заболеваний. Конечно, при локальных (I–II) стадиях прогноз лучше и лечение может быть легче, но и IV стадия лимфомы — это потенциально излечимый процесс. Прогноз зависит от множества причин, и стадия не самая главная из них, поэтому не стоит отчаиваться при установлении распространенной стадии лимфомы.

Все лимфомы с преимущественным поражением лимфатических узлов делятся на четыре стадии:

Стадия I

Поражена только одна группа лимфатических узлов или только один внутренний орган.

Стадия II

В процесс вовлечены две или более группы лимфоузлов или один внутренний орган и одна или более групп лимфоузлов. В обоих случаях локализация поражения должна быть на одной стороне по отношению к диафрагме. Диафрагма — это мышца, расположенная между грудной и брюшной полостями и отделяющая их друг от друга.

Стадия III

Поражены лимфоузлы или органы по обе стороны от диафрагмы.

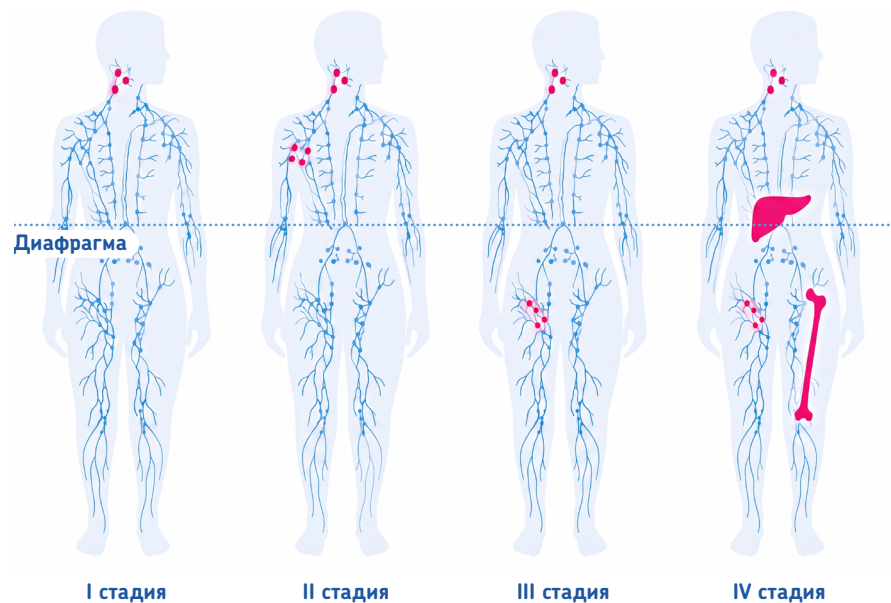
Если в процесс вовлечена селезенка — часть лимфатической системы, собирающая поврежденные или состарившиеся клетки крови, — то к стадии могут добавить букву S. Распространение опухоли за пределы лимфатической системы на другие органы обозначают буквой E.

Стадия IV

Поражены множественные группы лимфоузлов, в процесс вовлечены печень, кости, легкие. Эту стадию также называют распространенной или диссеминированной. Поражение печени и костного мозга всегда расценивается как IV стадия.

Наличие симптомов интоксикации, описанных выше, обозначается латинской буквой B, например: стадия IIB.

Рисунок 2. Стадии лимфомы



6. Противоопухолевая терапия

Терапия лимфом начинается **с первой линии** — это стартовая, первоначальная схема лечения, которую назначают первой после подтверждения диагноза. Но важно уточнить: это не универсальный шаблон для всех случаев. Подход всегда индивидуальный и зависит от множества факторов: типа лимфомы, ее стадии, возраста пациента, общего состояния здоровья, наличия сопутствующих заболеваний, а также биологических особенностей самой опухоли.

После завершения курса врачи оценивают ответ на лечение: достигнута ли полная или частичная ремиссия или болезнь прогрессирует. Если терапия сработала, могут назначить поддерживающее лечение для закрепления результата (только при индолентных/вялотекущих лимфомах). Иногда в качестве консолидации (закрепления) ремиссии прибегают к трансплантации стволовых клеток костного мозга, например при лимфоме из клеток мантии. Подходы первой линии терапии, поддерживающей терапии и консолидации, как правило, включают традиционную химиотерапию с добавлением моноклональных антител (см. ниже) и закреплены в отечественных клинических рекомендациях. Они различаются в зависимости от варианта лимфомы и состояния пациента. Лечащий врач определяет риски того или иного режима терапии в каждом конкретном случае и принимает решение совместно с пациентом. Если же болезнь не ответила или вернулась (рецидив), переходят **ко второй линии** — назначают другую, часто более специфичную схему, подобранную с учетом результата и переносимости первой.

При некоторых медленно прогрессирующих лимфомах врач может предложить тактику «наблюдай и жди» — сначала тщательный мониторинг состояния, а лечение начинать только при появлении четких показаний.

В целом при лечении лимфом могут быть использованы различные варианты воздействия на опухоль:

Химиотерапия

Основным вариантом терапии абсолютно всех лимфом является системное лечение, которое подразумевает внутривенное, подкожное или пероральное использование различных препаратов. Спектр таких препаратов широк, но основой первой линии по-прежнему остается химиотерапия — как правило, с добавлением моноклональных антител или иных таргетных агентов.

В химиотерапии используются цитостатические препараты, которые напрямую уничтожают клетки либо прекращают их деление. К сожалению, это касается не только опухолевых, но и здоровых активно делящихся клеток, что обуславливает ряд побочных эффектов.

Кроме того, химиопрепараты могут вводиться непосредственно в спинномозговую жидкость (интратекальная химиотерапия) или полость тела, например в брюшную полость, действуя при этом локально, то есть на опухолевые клетки, расположенные именно в этих областях (региональная химиотерапия).

Обычно применяется комбинированная химиотерапия, которая предполагает использование двух или более противоопухолевых препаратов, действующих на разные фазы развития опухолевой клетки.

Могут быть добавлены стероидные гормоны, такие как преднизолон или дексаметазон, чтобы уменьшить воспаление и снизить иммунный ответ организма.

Такие циклы химиотерапии обычно проводятся один раз в 21 день, иногда чаще (один раз в 14 дней) или реже (один раз в 28 дней), обычно на протяжении 6–8 циклов.

Таргетная терапия

Таргетная терапия подразумевает использование препаратов, воздействующих на конкретные мишени, например на какой-то определенный вид опухолевых клеток, на определенные рецепторы на поверхности этих клеток или на определенные белки внутри них. Таргетная терапия обычно наносит меньший вред нормальным клеткам, чем химиотерапия или лучевая терапия, однако она имеет свой специфический спектр токсичности. Кроме того, сами по себе таргетные препараты в монорежиме используются редко. В большинстве случаев они лишь помогают или усиливают действие стандартной терапии, или используются в качестве поддерживающей терапии для увеличения длительности ремиссии. Примерами таргетной терапии можно считать моноклональные антитела, ингибиторы протеасом и киназ, а также препараты других групп (таблица 1).

Моноклональные антитела — это белки, характерные для иммунной системы, полученные в лабораторных условиях и применяющиеся в лечении многих заболеваний, включая онкологические. Механизм

действия моноклональных антител заключается во взаимодействии с определенными рецепторами на поверхности опухолевой клетки. Затем иммунная система человека распознает эти меченные антителом клетки и убивает их. Моноклональные антитела вводятся путем инфузии. Они могут использоваться отдельно или для доставки цитостатических агентов, токсинов или радиоактивных материалов непосредственно к раковым клеткам. Это так называемые **конъюгаты «моноклональное антитело — лекарственное средство»**.

К моноклональным антителам и их конъюгатам, используемым при лечении лимфом, относятся:

Ритуксимаб — анти-CD20 моноклональное антитело, которое может использоваться отдельно (в монорежиме) при индолентных неходжкинских лимфомах (например, при фолликулярной лимфоме или лимфоме маргинальной зоны) или в комбинации с химиотерапией при большинстве В-клеточных неходжкинских лимфом. При индолентных (вялотекущих) лимфомах ритуксимаб может назначаться и в качестве поддерживающей терапии на два года (один раз в два месяца) с целью продления ремиссии, если нет противопоказаний, например инфекционных осложнений.

Обинутузумаб — гликоинженерное анти-CD20 моноклональное антитело нового поколения, обладающее более выраженной активностью по сравнению с ритуксимабом. Этот препарат зарегистрирован для фолликулярной лимфомы и в целом используется по тем же показаниям, что и ритуксимаб. В некоторых случаях при большой массе опухоли и выраженных клинических симптомах врач может принять решение назначить его уже в первой линии вместо ритуксимаба или использовать при лечении рецидива у пациентов с ритуксимаб-рефрактерностью, которая подразумевает прогрессирование или ранний рецидив на фоне или сразу после лечения ритуксимабом. В настоящее время показания для обинутузумаба распространяются и на другие варианты В-клеточных неходжкинских лимфом.

Полатузумаб ведотин — это конъюгат моноклонального антитела (анти-CD79b) с цитостатическим препаратом, который зарегистрирован для терапии пациентов с диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомой и используется в сочетании с химиотерапией в первой линии и в терапии рецидивов.

Брентуксимаб ведотин — это тоже конъюгат анти-CD30 моноклонального антитела и цитостатического препарата, который использу-

ется в терапии лимфомы Ходжкина и CD30-положительных Т-клеточных неходжкинских лимфом, в том числе при рецидивах.

Ингибиторы протеасом — это препараты, блокирующие действие протеасом в опухолевых клетках. Протеасомы должны удалять белки, которые больше не нужны клетке. В условиях приема ингибиторов протеасомы блокируются, белки накапливаются в опухолевых клетках и приводят к их гибели. Так, бортезомиб, например, используется для снижения уровня патологического белка (иммуноглобулина М) в крови при лимфоплазмочитарной лимфоме или макроглобулинемии Вальденстрема, которые также относятся к индолентным неходжкинским лимфомам.

Ингибиторы киназ блокируют определенные белки, которые предотвращают рост и выживаемость клеток лимфом. Ибрутиниб, акалабрутиниб и занубрутиниб являются ингибиторами тирозинкиназы Брутона. Они активно внедряются в протоколы и первой линии лечения, и терапии рецидивов лимфомы из клеток мантии. Также эти препараты зарегистрированы для терапии лимфомы маргинальной зоны и макроглобулинемии Вальденстрема. Могут использоваться как самостоятельный вид лечения до прогрессирования заболевания или развития неприемлемой токсичности либо могут комбинироваться как с химиотерапией, так и с другими таргетными агентами, например с моноклональными антителами.

Иммунотерапия

Иммунотерапия — это лечение, которое использует иммунную систему пациента для борьбы с опухолью, в том числе с лимфомой. Препараты, полученные лабораторным путем, используются для усиления, направления или восстановления естественной защиты организма от рака. Это лечение является одним из видов биологической терапии.

Наиболее простым и давно изученным примером иммунотерапии может служить **иммуномодулятор — леналидомид**, который назначается чаще всего при индолентных лимфомах в комбинации с ритуксимабом. Однако он может быть использован как «усилитель» химиотерапии или в схемах лечения лимфом с поражением центральной нервной системы или с высоким риском метастазирования в центральную нервную систему.

Ингибиторы контрольных точек иммунного ответа (ниволумаб, пембролизумаб и другие) заняли свою нишу при многих солидных опухо-

лях. Эти препараты воздействуют на белки программируемой клеточной гибели на опухолевых клетках или на лиганды (своего рода ключи) на Т-клетках иммунной системы. Тем самым эти препараты делают опухолевую клетку видимой для иммунных клеток, которые устремляются к месту опухоли и уничтожают ее. В онкогематологии наиболее активное применение ингибиторы иммунных контрольных точек нашли в лечении пациентов с рецидивами лимфомы Ходжкина, а в ряде случаев — и в первой линии терапии в комбинации с химиопрепаратами, а также в лечении рецидивов первичной медиастинальной В-клеточной лимфомы.

В последние годы на пике внимания профессионального сообщества находится терапия, использующая Т-клетки иммунной системы человека. К этой инновационной терапии можно отнести биспецифические антитела и CAR-T-клеточную терапию.

Биспецифические антитела (мосунетузумаб, глофитамаб, элкори-тамаб) имеют два участка: один соединяется с рецептором на опухолевой В-клетке, а второй подтягивает и соединяется с иммунной Т-клеткой, которая, в свою очередь, активизируется и выбрасывает токсические вещества (цитокины), что приводит к гибели опухолевых клеток. На данный момент биспецифические антитела зарегистрированы в России для пациентов с рецидивами фолликулярной лимфомы и диффузной В-крупноклеточной лимфомы в монорежиме. Однако показания и варианты использования этих эффективнейших препаратов очень быстро расширяются.

CAR-T-клеточная терапия подразумевает сбор Т-клеток пациента и изменение этих клеток в лабораторных условиях посредством добавления на их поверхность специальных химерных рецепторов. Полученные CAR-T-клетки выращивают в лаборатории и вводят пациенту путем инфузии. Уже «обученные» в лаборатории CAR-T-клетки размножаются в организме пациента и атакуют опухолевые клетки. CAR-T-клеточная терапия набирает обороты и активно изучается в федеральных центрах России в рамках терапии пациентов с рецидивами неходжкинских лимфом. При необходимости Ваш лечащий врач направит на консультацию в федеральный центр для обсуждения возможностей проведения этой терапии.

Таблица 1. Иммуноterapia и таргетные препараты*, используемые в терапии лимфом

Препарат	Группа	Показания
Ритуксимаб	Анти-CD20 моноклональное антитело	Первая линия и рецидивы В-клеточных неходжкинских лимфом — в монорежиме и в комбинации с химиопрепаратами или другими таргетными препаратами (диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома, фолликулярная лимфома, лимфома маргинальной зоны, мантийноклеточная лимфома, лимфома из малых лимфоцитов / хронический лимфолейкоз и другие), а также поддерживающая терапия при фолликулярной лимфоме, мантийноклеточной лимфоме и лимфоме маргинальной зоны (при наличии показаний к ее проведению)
Обинутузумаб	Анти-CD20 моноклональное антитело нового поколения	Рецидивы и первая линия фолликулярной лимфомы (в комбинации с химиопрепаратами), первая линия лимфомы из малых лимфоцитов / хронического лимфолейкоза (в комбинации с другими таргетными препаратами или хлорамбуцилом), а также поддерживающая терапия при фолликулярной лимфоме (если обинутузумаб использовался на предыдущем этапе лечения)
Полатузумаб ведотин	Конъюгат CD79b антитела с лекарственным препаратом (цитостатиком)	Диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома , первая линия и рецидивы, в комбинации с химиопрепаратами
Брентуксимаб ведотин	Конъюгат CD30 антитела с лекарственным препаратом (цитостатиком)	Рецидивы лимфомы Ходжкина и CD30-позитивных Т-клеточных лимфом — как правило, в комбинации с химиопрепаратами, но иногда и в монорежиме
Бортезомиб	Ингибитор протеасом	Макроглобулинемия Вальденстрема , первая линия и рецидивы, в комбинации с химиопрепаратами
Ибрутиниб Акалабрутиниб Занубрутиниб	Ингибиторы тирозинкиназы Брутона	Мантийноклеточная лимфома (как правило, при рецидивах в монорежиме, но может использоваться и в первой линии в комбинации с химиопрепаратами), лимфома из малых лимфоцитов / хронический лимфолейкоз (в первой линии и в рецидивах, в монорежиме или в комбинации с другими таргетными препаратами), рецидивы лимфомы маргинальной зоны, макроглобулинемии Вальденстрема (в монорежиме или в комбинации с моноклональными антителами)

Препарат	Группа	Показания
Леналидомид	Иммуномодулятор	Рецидивы фолликулярной лимфомы, лимфомы маргинальной зоны , в комбинации с моноклональными антителами. Может быть вспомогательным агентом к химиотерапии при некоторых агрессивных лимфомах
Ниволумаб Пембролизумаб	Ингибиторы иммунных контрольных точек	Рецидивы лимфомы Ходжкина, первичной медиастинальной лимфомы (в монорежиме или в дополнение к химиотерапии)
Мосунетузумаб Эпкоритамаб Глофитамаб	Биспецифические CD3/CD20 моноклональные антитела	Рецидивы диффузной В-клеточной крупноклеточной и фолликулярной лимфомы после как минимум двух линий терапии (в монорежиме)
CAR-T-клеточная терапия	Лимфоциты пациента с искусственным химерным антигенным рецептором	Рецидивы / рефрактерное течение В-клеточных неходжкинских лимфом после как минимум двух линий терапии. В настоящее время — в рамках исследований в специализированных федеральных центрах

* Решение о назначении данных препаратов принимает лечащий врач и/или консилиум врачей.

Тактика «наблюдай и жди» — выжидательная тактика

Выжидательная тактика абсолютно оправдана при некоторых вялотекущих лимфомах (например, при фолликулярной лимфоме, лимфоме маргинальной зоны или при хроническом лимфолейкозе (лимфоме из малых лимфоцитах) при условии отсутствия клинических симптомов, большой массы опухоли или серьезных изменений в анализе крови. Такое ведение пациента никак не влияет на показатели выживаемости, однако оно должно быть обсуждено с пациентом во избежание дополнительного стресса. Пристальное наблюдение за состоянием пациента без назначения какого-либо лечения может продолжаться сколько угодно долго — до появления клинических симптомов, иными словами, до появления показаний к началу терапии.

Лучевая терапия

Лучевая терапия — это локальное (местное) лечение с использованием рентгеновского излучения. В настоящее время в лечении лимфом лучевая терапия используется все реже, однако ее роль нельзя недооценивать в терапии начальных (I–II) стадий вялотекущих лимфом, при наличии остаточных опухолей и в ряде других случаев.

Антибактериальная терапия

При некоторых видах лимфом доказана связь заболевания с инфекцией. В отдельных случаях, например при I стадии лимфомы маргинальной зоны желудка (или MALT-лимфомы), при выявлении в опухоли бактерии *Helicobacter pylori*, на первом этапе может быть назначена антибактериальная терапия с оценкой эффекта, а только затем принимается решение о необходимости использования противоопухолевой терапии.

Хирургия

Хирургическое вмешательство при лимфомах используется в основном с диагностической целью для выполнения биопсии. Однако в редких случаях может быть удалено опухолевое образование при первой стадии вялотекущей лимфомы.

Трансплантация стволовых клеток

Трансплантация стволовых клеток включает два этапа: введение высоких доз химиопрепаратов с последующим введением кроветворных клеток. Трансплантация проводится, как правило, после успешного проведения химиотерапии и выполняет задачу «консолидации» или «закрепления» ремиссии. Стволовые клетки (незрелые клетки крови) извлекаются из крови или костного мозга самого пациента (аутологичная трансплантация) или донора (аллогенная трансплантация) и замораживаются. После завершения высокодозной химиотерапии стволовые клетки размораживают и вводят обратно пациенту посредством инфузии. Эти стволовые клетки позволяют пациенту восстановиться после химиотерапии (при аутологичной трансплантации) или полностью замещают костный мозг пациента донорским (при аллогенной трансплантации).

ВАЖНО! Выбор терапии лимфомы зависит от варианта лимфомы, стадии опухолевого процесса, наличия факторов неблагоприятного прогноза, возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний и этапа болезни (первое лечение или лечение рецидива заболевания). В целом в лечении лимфом на разных этапах могут быть использованы различные варианты воздействия на опухоль.

7. Побочные эффекты

Мы уже говорили о том, что химиотерапия повреждает, помимо злокачественных, и здоровые, быстро делящиеся клетки. К таким относятся клетки костного мозга, поэтому одним из наиболее частых побочных эффектов химиотерапии является нарушение кроветворения, или **миелотоксичность, или миелосупрессия**.

Контроль состояния крови с определением количества клеток крови (развернутый общий клинический анализ крови) желательно проводить во время лечения каждые две недели или чаще, а иногда достаточно перед очередным курсом химиотерапии ИЛИ в сроки, определенные врачом: как правило, перед очередным курсом химиотерапии, а при необходимости — чаще.. Все зависит от потенциального риска, который характеризует определенный режим химиотерапии.

Наиболее опасное и наиболее частое проявление миелотоксичности — **это снижение количества лейкоцитов (нейтропения)**, так как оно может привести к развитию инфекции. При значительном падении этого показателя врач может приостановить лечение до восстановления кроветворения.

Для профилактики нейтропении или для коррекции уже развившейся нейтропении используют специальные препараты, которые стимулируют образование лейкоцитов, — факторы роста гранулоцитов, или **гранулоцитарные колониестимулирующие факторы (Г-КСФ)**. Во многие схемы химиотерапии эти препараты входят как обязательный компонент, и их вводят в определенный день цикла химиотерапии. Г-КСФ бывают короткого и длительного действия. Препараты короткого действия вводятся подкожно несколько дней подряд (полный курс должен составлять 6–7 дней), а препараты длительного (продолженного) действия вводятся подкожно однократно на один цикл химиотерапии.

При резком снижении количества нейтрофилов с одновременным подъемом температуры тела, не связанным с приемом препаратов (**фебрильная нейтропения**), наряду с колониестимулирующими факторами должны быть назначены антибиотики, а в некоторых случаях и противогрибковые препараты. Пациентам следует соблюдать осторожность при контактах с окружающими людьми, носить маску и желательно не пользоваться общественным транспортом из-за угрозы инфекционных осложнений.

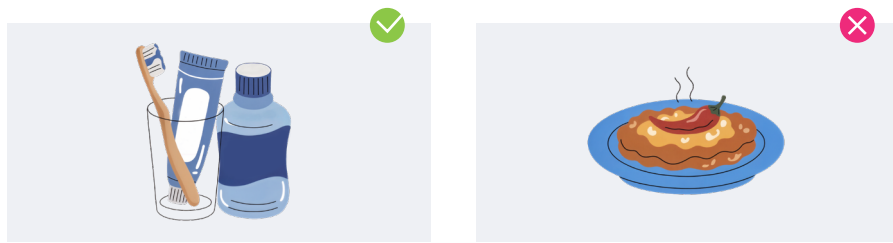
При глубокой **анемии** (снижении количества эритроцитов) могут назначить переливание эритроцитарной массы, а также при отсутствии противопоказаний могут назначить эритропоэтины одновременно с препаратами железа. Такие препараты стимулируют образование эритроцитов.

При снижении числа тромбоцитов (**тромбоцитопения**) повышается вероятность кровотечений. Риск кровотечений может увеличиваться в результате применения некоторых лекарственных препаратов. Особенно опасны в этом отношении аспирин, некоторые противовоспалительные и жаропонижающие средства. Нужно сообщать врачу обо всех лекарствах, которые принимает пациент. Обязательно следует обратиться к своему специалисту, если появились какие-либо признаки даже небольших кровотечений: розовый или красный цвет мочи, темный кал, носовые кровотечения, прожилки крови в слюне или кровоточивость десен, появление синяков или маленьких кровоизлияний на коже. В ряде случаев может потребоваться переливание тромбоцитарной массы. К сожалению, не существует зарегистрированных препаратов, позволяющих скорректировать токсическую тромбоцитопению.

Тошнота и рвота очень часто возникают на фоне проводимой химиотерапии как во время введения препаратов, так и после него, а иногда появляются отсроченно — через несколько дней после химиотерапии. В настоящее время перед многими схемами химиотерапии вводятся специальные препараты для профилактики тошноты и рвоты. При первом введении противоопухолевых препаратов обязательно используют эффективные дозы антагонистов серотониновых рецепторов. Профилактический прием продолжается в течение всего времени проведения химиотерапии. Противорвотные препараты обычно вводят внутривенно перед введением цитостатиков, но их также можно принимать внутрь в виде таблеток или применять в виде ректальных свечей.

Вероятность **выпадения волос (алопеция)** очень тревожит пациентов, которым предстоит химиотерапия, особенно женщин. Волосы начинают выпадать на 2–3-й неделе после начала химиотерапии (для таргетных и иммунных препаратов подобное осложнение нехарактерно), и при этом у кого-то выпадение может быть незначительным, а у кого-то выпадают даже брови и ресницы. Алопеция — психологически тяжелое явление, но после окончания лечения волосы отрастут снова, причем обычно бывают лучшего качества, чем до химиотерапии. При лучевой терапии волосы выпадают только в месте облучения. Эффективных способов избежать выпадения волос не существует,

однако следует придерживаться определенных рекомендаций. Например, использовать мягкие шампуни с нейтральным pH, мыть и вытирать волосы аккуратно, не окрашивать и не делать химическую завивку, а также стараться умеренно использовать средства и приборы для укладки волос. До сих пор изучается эффективность использования охлаждающих шлемов, однако доказательная база неубедительна. Если уже началось активное выпадение волос, лучше сделать короткую стрижку или побриться наголо.



Во время и после проведения химиотерапии возможно появление язв на слизистой ротовой полости (стоматит). На первых этапах пациент ощущает сухость во рту и неприятные ощущения при приеме пищи, снижение вкусовых ощущений. При появлении подобных симптомов необходимо незамедлительно сообщить об этом своему лечащему врачу. Со своей стороны необходимо избегать слишком острой, пряной, соленой и горячей пищи. Для чистки зубов следует использовать мягкие зубные щетки. Проводить полоскания ротовой полости 3–4 раза в день слабым раствором соды или соли, ополаскивателями для рта с антисептиками. При присоединении инфекции врач может назначить дополнительные препараты. Обычно стоматит проходит в течение нескольких недель после окончания курса лечения.

Наиболее серьезным и важным для молодых пациентов является **влияние лечения на половую активность и репродуктивную функцию** (то есть на возможность в будущем иметь детей и риск **бесплодия**). Эти проблемы обязательно нужно обсудить с лечащим врачом до начала любой противоопухолевой терапии и получить необходимую консультацию специалистов (гинеколога, андролога, репродуктолога). В настоящее время активно применяются различные способы сохранения репродуктивной функции (замораживание спермы и яйцеклеток с дальнейшей возможностью применения методов экстракорпорального оплодотворения). Забор яйцеклеток у женщин иногда проводят после определенных медикаментозных программ, что позволяет получить большее их количество в короткие сроки. Нужно уточнить воз-

можность проведения такой программы, определить вместе с врачом сроки подготовки и начать противоопухолевое лечение уже после процедуры получения репродуктивного материала.

Слабость и повышенная утомляемость могут сопровождать лимфому и возникать еще до начала терапии либо появляться практически сразу после начала лечения и сохраняться в течение нескольких недель после окончания терапии. Однако у некоторых пациентов, у которых эти общие симптомы связаны с большой массой опухоли, после начала противоопухолевой терапии, наоборот, слабость и утомляемость могут уменьшиться или пройти, а пациент может почувствовать прилив сил. При возникновении слабости необходимо соблюдать режим сна и отдыха, избегать тяжелых физических нагрузок, совершать короткие прогулки и делать легкие физические упражнения — это добавит энергии и позволит сохранить форму. О внезапно развившейся сильной слабости необходимо сообщить врачу, поскольку она может быть обусловлена миелотоксичностью, в частности развитием анемии, которая требует вмешательства.



В процессе проведения лучевой терапии могут возникать локальные **повреждения кожи (ожоги)**. Кожные реакции могут быть и побочными эффектами различных классов лекарственных средств. Чаще всего они проявляются в виде покраснения и воспаления, появления зуда, сухости или сыпи. В таких ситуациях рекомендуется использовать мягкие моющие средства с минимальным количеством парфюмерных добавок, избегать растирания кожи, пользоваться мягкими полотенцами, не брить поврежденный участок, а при необходимости пользоваться электробритвой, носить свободную одежду из натуральных тканей, при выходе на солнце наносить солнцезащитные средства с SPF 20 и выше.

Одним из отсроченных и тяжелых осложнений любого противоопухолевого лечения лимфом может быть **гипогаммаглобулинемия (снижение уровня иммуноглобулина G)** или **вторичный иммунодефицит**. Эти состояния могут проявляться частыми инфекциями уже после

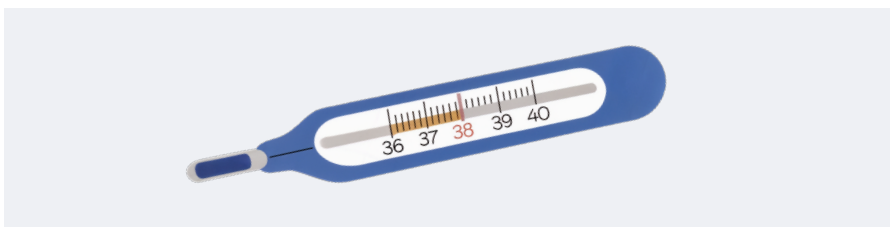
окончания лечения. Это осложнение частично можно предотвратить своевременной вакцинацией (до начала терапии) против наиболее частых и опасных для гематологических пациентов инфекций (например, пневмококковой инфекции, опоясывающего герпеса, сезонных инфекций и др.). Вакцинация не защитит всех пациентов полностью, но снизит риск тяжелого течения инфекций.

Одним из наиболее действенных способов борьбы с вторичным иммунодефицитом является заместительная терапия иммуноглобулинами. Она назначается при снижении уровня иммуноглобулина G в крови пациента до критического уровня и/или при развитии тяжелых или рецидивирующих инфекций. Обычно такую терапию назначают один раз в четыре недели в течение года. Режим и продолжительность лечения зависят от уровня иммуноглобулина G и клинических проявлений.

Когда следует как можно скорее обратиться к врачу

Если вы получаете противоопухолевую терапию амбулаторно, необходимо иметь возможность связаться с дежурным врачом лечебного учреждения, в котором получаете лечение, или любого другого лечебного учреждения по месту жительства/нахождения или, при возможности, с лечащим врачом.

Наиболее тревожным периодом являются **7–10 дней** после очередного курса химиотерапии. Старайтесь не беспокоить врача без веских причин, но обязательно свяжитесь с ним при возникновении следующих ситуаций:



Если у вас повысилась температура тела выше 38 градусов или если она ниже 38 градусов, но при этом сопровождается ознобом.

При разговоре с врачом нужно иметь перед глазами свежий анализ крови (если вы его сдавали), знать, какой идет день цикла химиотерапии, а также перечислить все препараты, которые вы на данный момент принимаете.

Помимо лихорадки, необходимо сообщить врачу, если неожиданно появились следующие симптомы: одышка и ощущение нехватки воздуха; боли, особенно в животе или грудной клетке; кашель; кровотечение, кровоточивость десен, появление синяков или петехиальной сыпи (красных точек) на коже; отеки; очаг инфекции в любом месте; запор или диарея; тошнота или рвота; головокружение, шум в ушах; онемение или покалывание в пальцах рук и ног.

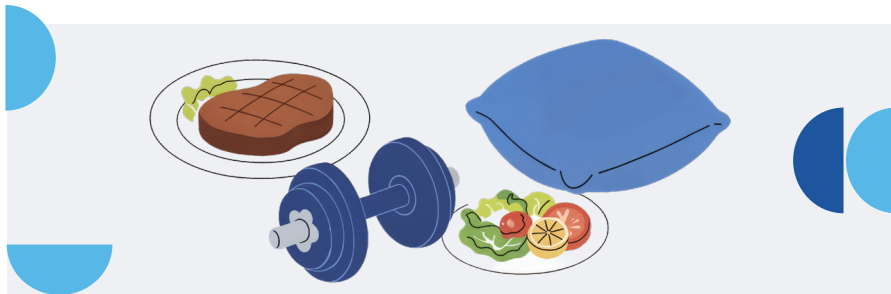
8. Репродуктивная функция и беременность

Мы уже писали о том, что перед началом терапии необходимо обсудить с врачом и запланировать криоконсервацию яйцеклеток/сперматозоидов.

В случаях, когда лимфома возникла на фоне беременности — такое бывает (особенно при лимфоме Ходжкина или первичной медиастинальной В-клеточной лимфоме), — противоопухолевое лечение тоже проводится. В нашей стране накоплен большой опыт благополучного лечения лимфом на фоне беременности с рождением здоровых доношенных детей. Поэтому необходимо, даже в такой уязвимый период для женщины, довериться врачу и мультидисциплинарной команде, в которую обязательно входят акушеры-гинекологи. При этом есть определенные правила ведения пациенток с лимфомой:

- В первом триместре беременности химиотерапия не проводится из-за риска для плода.
- А во втором и третьем триместрах возможно безопасное проведение химиотерапии, существуют адаптированные и отработанные эффективные протоколы, которые безопасны для ребенка.
- Лучевая терапия во время беременности противопоказана.

9. Образ жизни и иммунитет



Сбалансированное питание наряду с достаточным количеством сна и физических упражнений является важным условием хорошего самочувствия при лимфоме.

Рекомендации по питанию для людей с лимфомой не сильно отличаются от рекомендаций по здоровому питанию для всех остальных. Диета, основанная на растительной пище, питательна и полезна, но не обязательно должна быть вегетарианской. Вы можете сделать растительные продукты основой рациона, включив в него мясо и молочные продукты в умеренных количествах.

Средиземноморская диета считается одним из классических примеров правильного питания. Она богата фруктами, овощами, цельными злаками, нежирными молочными продуктами, постным мясом и другими белками, а также включает полезные жиры. Насыщенные жиры, которые содержатся в сливочном масле и жареной пище, должны составлять менее 10% от общего потребления калорий в течение дня.

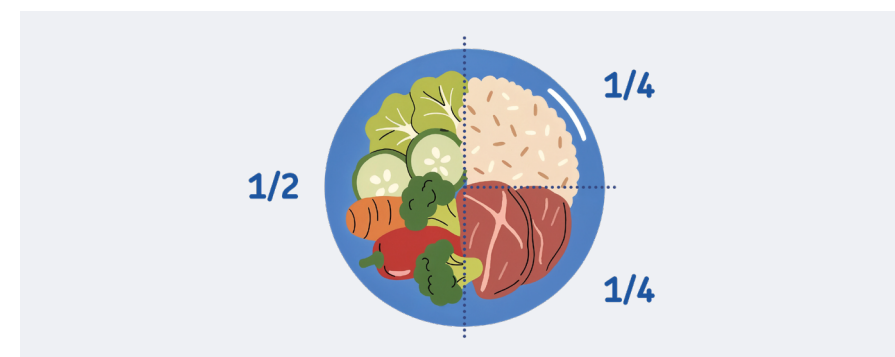
Одним из преимуществ растительной диеты является максимальное содержание антиоксидантов, которые борются со свободными радикалами и даже обладают противоопухолевым действием. К антиок-



сидантам относятся бета-каротин и ликопин, которые содержатся в абрикосах, моркови, тыкве, сладком картофеле и болгарском перце; витамин А, содержащийся в шпинате, моркови, тыкве и сладком картофеле; витамин С — в брокколи, зелени, дыне, апельсинах, лимоне, клубнике, помидорах и болгарском перце; витамин Е — в авокадо, арахисе, семенах подсолнечника и вареном шпинате.

Исследователи полагают, что для активации в организме антиоксидантам может требоваться сочетание с другими питательными и химическими веществами растительного происхождения, такими как полифенолы. Считается, что урсоловая кислота может оказывать противоопухолевое действие, регулируя функцию митохондрий через метаболические пути. К продуктам, содержащим урсоловую кислоту, относятся яблоки, базилик, розмарин и клюква. Приготовление пищи с использованием этих ингредиентов или употребление этих продуктов не повредит вам, но принимать добавки с этими веществами в настоящее время не рекомендуется.

Клетчатка — это крайне важный компонент сбалансированного питания. Она поступает из овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов, бобовых, орехов и семян. Клетчатка стимулирует пищеварение, помогает контролировать уровень глюкозы в крови. Потребность в клетчатке у женщин составляет не менее 25 граммов в день, а у мужчин — не менее 35 граммов в день. Однако следует помнить, что клетчатка также может вызвать раздражение желудка и усилить тошноту. В таком случае врач может рекомендовать диету с низким содержанием клетчатки.



Метод тарелки может помочь вам соблюдать сбалансированную диету и контролировать порции. Он подразумевает, что половина вашей тарелки должна включать овощи — чем больше цветов, тем лучше; $\frac{1}{4}$ тарелки должна содержать белок, например курицу, рыбу или

бобовые; и $\frac{1}{4}$ — полезный крахмал, такой как коричневый рис, киноа или сладкий картофель.

Ваша еда также должна содержать полезные жиры, источниками которых могут быть оливковое масло, авокадо, орехи или семена. Фрукты можно употреблять во время еды или в качестве закуски вместе с источником белка или клетчатки: такое сочетание помогает контролировать уровень глюкозы в крови и дольше сохранять чувство сытости. Например, сочетайте яблоко с миндальным маслом, виноград — с сыром, а полоски болгарского перца — с хумусом.

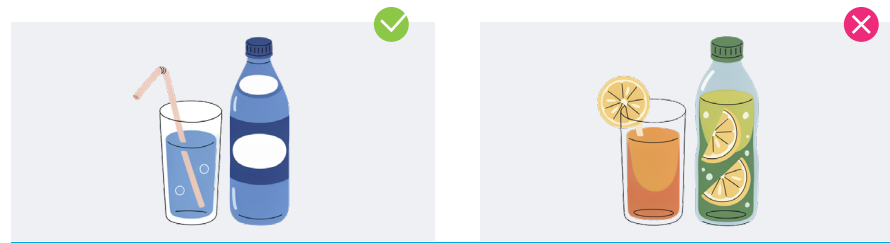


Поддержание здорового веса имеет решающее значение для хорошего самочувствия. Поддерживать его может быть трудно, если вы испытываете тошноту, рвоту, диарею, потерю вкуса или отсутствие аппетита. В это время необходимо отдавать предпочтение высококалорийным продуктам с высоким содержанием питательных веществ: орехам, ореховому маслу, авокадо, фасоли, птице, рыбе, йогурту. Смузи и супы могут стать выходом из положения, если вам не хочется есть или вы не можете принимать твердую пищу. Увеличение частоты приемов пищи или небольшие перекусы в течение дня вместо обильных приемов пищи также могут помочь получить достаточное количество калорий. Физическая активность также может поддерживать здоровый аппетит.

Пациентам с анемией необходимо обратить внимание на потребление железа. Существует две формы железа: одна содержится в продуктах животного происхождения — красном мясе, птице и рыбе — и усваивается организмом примерно на 15%; другая содержится в растительных продуктах — бобовых, злаках и овощах — и усваивается всего на 3–8%. Витамин С улучшает усвоение железа, а кофе и чай могут его значительно снижать. Эти напитки не следует употреблять с продуктами, богатыми железом. Редкая форма анемии может быть вызвана дефицитом витамина B12 и фолиевой кислоты. Источниками витамина B12 являются морепродукты, обогащенные злаки, тунец, обезжиренный натуральный греческий йогурт, лосось, говядина, курица, яйца и пищевые дрожжи. Источники фолиевой кислоты: шпинат, обогащенные

злаки, горошек, спаржа, брюссельская капуста, брокколи, авокадо.

При повреждении почек может потребоваться ограничить употребление продуктов с высоким содержанием калия, натрия и фосфора: апельсинов, бананов, шпината, цуккини, персиков, сыра, пшеничного хлеба, арахисового масла, орехов и семян, а также консервированных продуктов, приправ, заправок для салатов и соусов.



Водная нагрузка. Во время химиотерапии жизненно важно пить много жидкости. Адекватная гидратация необходима для транспортировки питательных веществ, поддержания здоровья суставов и нормального артериального давления, а также для многих других процессов. Избегайте сладких напитков, таких как фруктовые соки, газированные напитки и подслащенный чай, или сведите их употребление к минимуму.

Физические нагрузки. Физические нагрузки могут быть полезны для общего состояния здоровья и улучшения качества жизни пациентов с лимфомой, однако их интенсивность и вид должны быть согласованы с вашим лечащим врачом. Перед началом любой программы упражнений обязательно проконсультируйтесь с онкологом или кардиологом, чтобы убедиться, что выбранная нагрузка соответствует текущему состоянию вашего здоровья и этапу лечения. Соблюдение медицинских рекомендаций поможет вам безопасно заниматься физической активностью и поддерживать хорошее самочувствие.

Реабилитация. Реабилитация является важной частью комплексного лечения лимфомы и помогает восстановить физическую и психологическую функциональность после проведенной терапии. Для получения направления на реабилитацию необходимо проконсультироваться с вашим лечащим врачом-онкологом, который оценит состояние вашего здоровья и определит оптимальный вид и период реабилитационных мероприятий. После согласования с врачом вам будет выдано направление в специализированное реабилитационное учреждение, где опытные специалисты разработают индивидуальную программу восстановления.

ЧЕК-ЛИСТЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Подготовка к встрече с врачом:



Записать все лекарства, которые вы принимаете (включая БАДы).



Составить список жалоб с указанием дат их появления.



Подготовить вопросы: «Какая стадия? Какова цель лечения? Какие ограничения в быту?»



Взять с собой копии всех предыдущих выписок и диски с результатами КТ и МРТ.

ЧЕК-ЛИСТЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Что взять на госпитализацию:



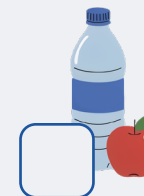
Документы (паспорт, полис, СНИЛС, направление).



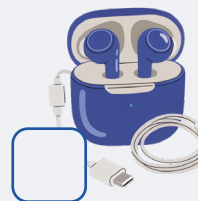
Сменная одежда (из хлопка) и моющаяся обувь.



Средства гигиены (без сильных отдушек).



Бутылка негазированной воды и легкий перекус.



Зарядка для телефона и наушники.

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА (ПРИМЕР)

Дата	Темпе- ратура	Симптомы / побочные эффекты	Принятые пре- параты	Примечание для врача
12.10	37,2	Тошнота утром	Ондансетрон	Тошнота прошла через 30 мин
13.10	36,6	Слабость, онемение пальцев	—	Онемение усилилось после ходьбы

Поговорим о том, что мешает врачу и пациенту услышать друг друга. Как можно стать со своим врачом одной сплоченной командой в совместной борьбе за каждый день жизни.



ЧТО ТАКОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО И ЗАЧЕМ ОНО НУЖНО

Терапевтическое сотрудничество — это совместное продвижение врача и пациента к общей цели: максимально возможному качеству и продолжительности жизни. Врач ставит диагноз, назначает лечение, контролирует результат, а пациент честно и откровенно отвечает на вопросы врача, задает волнующие его вопросы, готов слышать ответы и соблюдать все рекомендации врача по режиму лечения и образу жизни. Оба доверяют друг другу и стараются выполнить свою часть «работы» как можно лучше.

ПОЧЕМУ НЕ ВСЕГДА ПОЛУЧАЕТСЯ И ЧТО МЕШАЕТ

Мешают «ловушки болезни»: эмоции и физические причины болезного поведения. Понимание и принятие реального положения дел — постепенный процесс, в течение которого каждый человек переживает нормальный спектр естественных чувств. Пять этапов этого процесса были настолько точно описаны в 1969 году американским психиатром Элизабет Кюблер-Росс, что весь мир пользуется этими положениями и поныне.

Когда человек впервые слышит от врача: «У меня для вас плохие новости — диагноз подтвердился», это естественно вызывает **ШОК**, который может длиться от нескольких минут до 1–2 часов. При этом иногда трудно вспомнить, что происходило вокруг в это время. Если вы читаете эти строки, то шок вы уже пережили.

На смену шоку приходит отрицание — психологическая защита от нежелательной информации. Кажется, что все происходит не с нами, в «дурном сне», доктор ошибся, перепутал анализы или обращается к кому-то другому. На каждое слово само собой находится логичное опровержение. И сначала, при первых признаках болезни, оно даже подкрепляется пока еще незначительным нарушением самочувствия. Некоторые пациенты «видят ситуацию со стороны», как будто смотрят фильм. Иногда они даже стараются успокоить и подбодрить родных и врача, искренне считая, что те преувеличивают. Опасность этого этапа — невнимательность к рекомендациям, отказ от начала приема препаратов или его откладывание. В итоге — потеря драгоценного времени на ранних стадиях болезни, когда лечение максимально эффективно.

Со временем психика невольно начинает допускать возможность заболевания, появляется тревога, определяющая второй этап, — **ГНЕВ**, проявляющийся агрессивным поведением. Злость на собственное бессилие и обостренное чувство несправедливости оборачиваются ссорами и обвинениями всех и вся, включая врачей. Оптимизм и даже просто ровное настроение окружающих раздражают, хочется спорить и упрямо делать все наоборот. Риск отказа от лечения и потери драгоценного времени увеличиваются.

Третий этап — **ТОРГ**, в основе которого лежит страх. На этом этапе пациент ставит себе условия и ищет несуществующие альтернативы. «Обещаю, что я никогда не выкурю ни одной сигареты и буду всю жизнь вести здоровый образ жизни, пусть только это будет ошибкой!» Или: «Вот сделаю пожертвование и исцелюсь!» Или так: «Не пожалею денег на чудо-лекарство: пишут же, что оно всех спасает, и меня спасет, а то какую-то жуткую химию назначили». Так думает пациент и старается найти «лучшего платного специалиста» в надежде на ошибку диагноза или волшебное снадобье. Часто именно в этот период времени больные становятся жертвами шарлатанов и, торгуясь с собой, выкладывают немислимые средства на безобидные и бесполезные БАДы. И снова теряют драгоценное время, потому что чем больше проходит времени от начала правильного лечения, тем меньше шансов на длительную ремиссию.

Когда становится очевидно, что ничего не помогает и болезнь прогрессирует, пациент впадает в отчаяние, уныние и безразличие. Наступает четвертая стадия — **ДЕПРЕССИЯ**. В голове прочно закрепляется мысль о бесполезности лечения и неизбежности скорого конца. Силы, потраченные на предыдущих этапах, истощаются, а на физическом уровне по мере прогрессирования заболевания присоединяются симптомы интоксикации или боли. В период депрессии легко перепутать дни и время суток, пропустить время приема препаратов, отказаться от минимальных процедур ухода за собой и питания или забыть о них. Общение становится ненужным, привычные радости блекнут, не хочется выходить из дома и даже вставать с кровати. Возможности лечения и способности врача часто обесцениваются, и пациент может решить прекратить терапию.

Пятый этап — **ПРИНЯТИЕ** — наступает, когда пациент полностью осознает свой диагноз и смиряется с ним. Принимая естественность конечности жизни, он получает возможность радоваться каждому прожитому дню и заниматься тем, что ему под силу и что ему нравится. Пациенты, пережившие состояние принятия, описывают его как облег-

чение, успокоение, освобождение от страха, переоценку жизненных ценностей, осознание истинных приоритетов, обретение права заниматься только тем, что важно. Взаимопонимание с врачом и готовность лечиться на этапе принятия, как правило, возрастают, несмотря на то что лечение на этом этапе в большей степени облегчает тягостные симптомы, но не гарантирует выздоровления.

Конечно, доктора, работающие с пациентами с онкологическими заболеваниями крови, знают, как обходить «ловушки болезни», и во время каждого визита больного поддерживают его приверженность лечению. Чем раньше начата терапия, тем больше шансов на длительную ремиссию.

Материал разработан для ВООГ «Содействие».

Благодарим за предоставленный материал для раздела «О доверии врачу» Ольгу Владимировну Чераневу, руководителя офиса социальных проектов и научно-образовательных мероприятий АНО ДПО «Пермский институт повышения квалификации работников здравоохранения», заместителя председателя Правления ПКОО «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края», врача-педиатра, психолога-консультанта.

Общероссийская общественная организация инвалидов «Всероссийское общество онкогематологии «Содействие» (ВООГ «Содействие»)

ВООГ «Содействие» создано в 2007 году по инициативе пациентов, членов их семей и экспертов для решения вопросов качества и доступности медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы крови.

Миссия ВООГ «Содействие» — повышение доступности медицинского и социального обслуживания, качества жизни граждан России, имеющих заболевания системы крови.

ВООГ «Содействие» выполняет функции единого представителя группы пациентов во взаимодействии с представителями профессионального медицинского сообщества, органами власти, иными структурами, а также проводит активную работу по информированию пациентов, специалистов и широкой общественности о заболеваниях системы крови, особенностях лечения и повседневной жизни с этими диагнозами.

Основные направления деятельности:

- Содействие в получении необходимой медицинской помощи.
- Информационная, психологическая и юридическая поддержка, направленная на улучшение качества жизни пациентов с заболеваниями системы крови.
- Мониторинг качества оказания медицинской помощи.
- Объединение пациентов с заболеваниями системы крови через интерактивное общение, акции, мероприятия и т. д.
- Информирование органов власти, здравоохранения и широкой общественности о проблематике пациентов с заболеваниями системы крови.
- Участие в актуализации законодательства в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Своевременная диагностика, своевременно назначенная терапия и достоверная информация о заболевании — залог успешного лечения!

Если у вас есть вопросы по заболеванию, сложности в получении медицинской помощи, обращайтесь в наши представительства в регионах. Мы рядом!

Подробная информация, контакты ВООГ «Содействие» и представителей в регионах доступны на сайте:

sodeystvie-cml.ru

В группах ВООГ «Содействие» в социальных сетях и на форуме можно общаться с пациентами со всей России.

Вы получите ответы на многие вопросы и найдете новых друзей!

 forum.sodeystvie-cml.ru

 vk.com/sodeystvie_cml

 ok.ru/voogsodeys

Контактная информация:

123007, Москва, Хорошевское шоссе, д. 35, к. 2, офис 303

E-mail: info@sodeystvie-cml.ru



живи *без* страха