



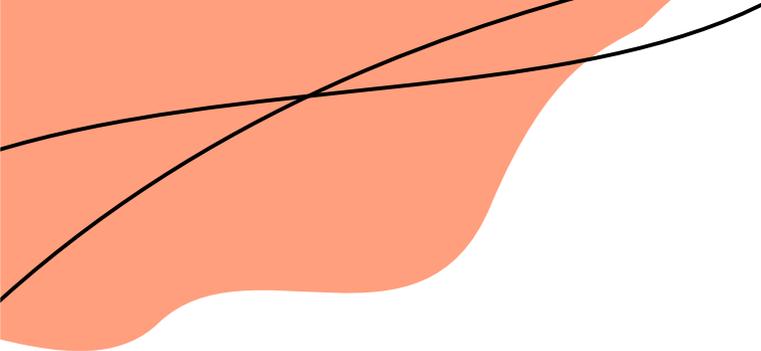
ФОНД БОРЬБЫ
С ЛЕЙКЕМИЕЙ

LEIKOZU.NET

С. С. Семочкин, О. С. Грицай,
К. Э. Шамансурова

ВСЕ, ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ДИФфуЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЕ

РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ



Фонд борьбы с лейкозией

С. С. Семочкин, О. С. Грицай, К. Э. Шамансурова

ВСЕ, ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ДИФФУЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЕ

РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

МОСКВА 2022





УДК 616-006.441
ББК 55.6
С30

Авторы:

С. С. Семочкин (раздел «Основные сведения
о диффузной В-крупноклеточной лимфоме»),
О. С. Грицай (раздел «Ответы на юридические вопросы»),
К. Э. Шамансурова (раздел «Как поддержать себя
во время болезни»).

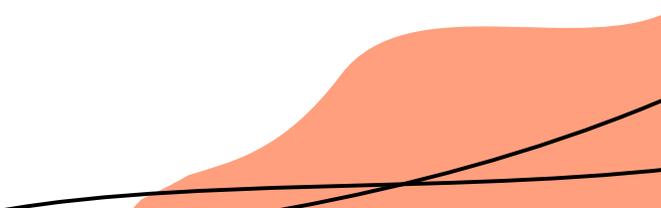
Книга создана Благотворительным фондом
«Фонд борьбы с лейкемией»

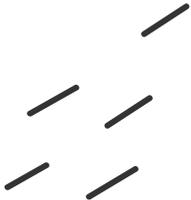
Информация, представленная в книге, носит справочно-ознакомительный
характер. Терапия подбирается индивидуально для каждого пациента.

ISBN 978-5-89644-153-3

© БФ «Фонд борьбы с лейкемией», 2022

© АО ФИД «Деловой экспресс»,
оформление, 2022





Содержание

4 Об авторах

7 Основные сведения о диффузной В-крупноклеточной лимфоме

8 Базовая информация

14 Какие причины приводят к возникновению ДВКЛ?

15 Основные проявления болезни

19 Вопросы диагностики ДВКЛ

31 Лечение диффузной В-крупноклеточной лимфомы

44 Основные выводы

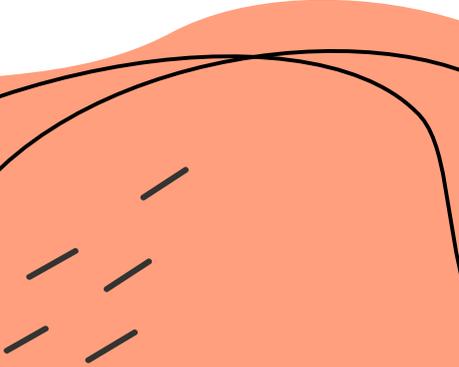
44 Образ жизни во время прохождения лечения

51 Ответы на юридические вопросы

65 Как поддержать себя во время болезни

80 Возможный список вопросов к врачу для пациентов с ДВКЛ

82 Полезные ресурсы



The image features a minimalist, abstract design. The top half is dominated by a large, irregular shape in a vibrant orange color. Within this orange shape, there are several thin, white, wavy lines that create a textured, ripple-like effect. Below the orange shape, the background is a clean, solid white. In the center of this white space, the text "ОБ АВТОРАХ" is written in a bold, black, sans-serif font. The bottom half of the image is partially obscured by a blue shape that also contains white wavy lines, mirroring the pattern in the orange shape above. A thin, black, wavy line runs across the bottom of the page, overlapping the blue shape.

ОБ АВТОРАХ



Сергей Вячеславович Семочкин

Д-р мед. наук, главный научный сотрудник отделения высокодозной химиотерапии с блоком трансплантации костного мозга Московского научного исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Лауреат премии города Москвы в области медицины. Автор более 250 научных трудов и электронных образовательных материалов. Опыт практической работы гематологом с 2000 года в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, ГКБ им. С.П. Боткина и ГКБ № 52 ДЗ г. Москвы. Член Экспертного совета Благотворительного фонда «Фонд борьбы с лейкемией», редакционной коллегии журнала «Гематология и трансфузиология», Ассоциации онкологов России (АОР), Европейской Ассоциации онкологических исследований (EACR), Национального гематологического общества (НГО) и Российского общества онкогематологов (ROHS).



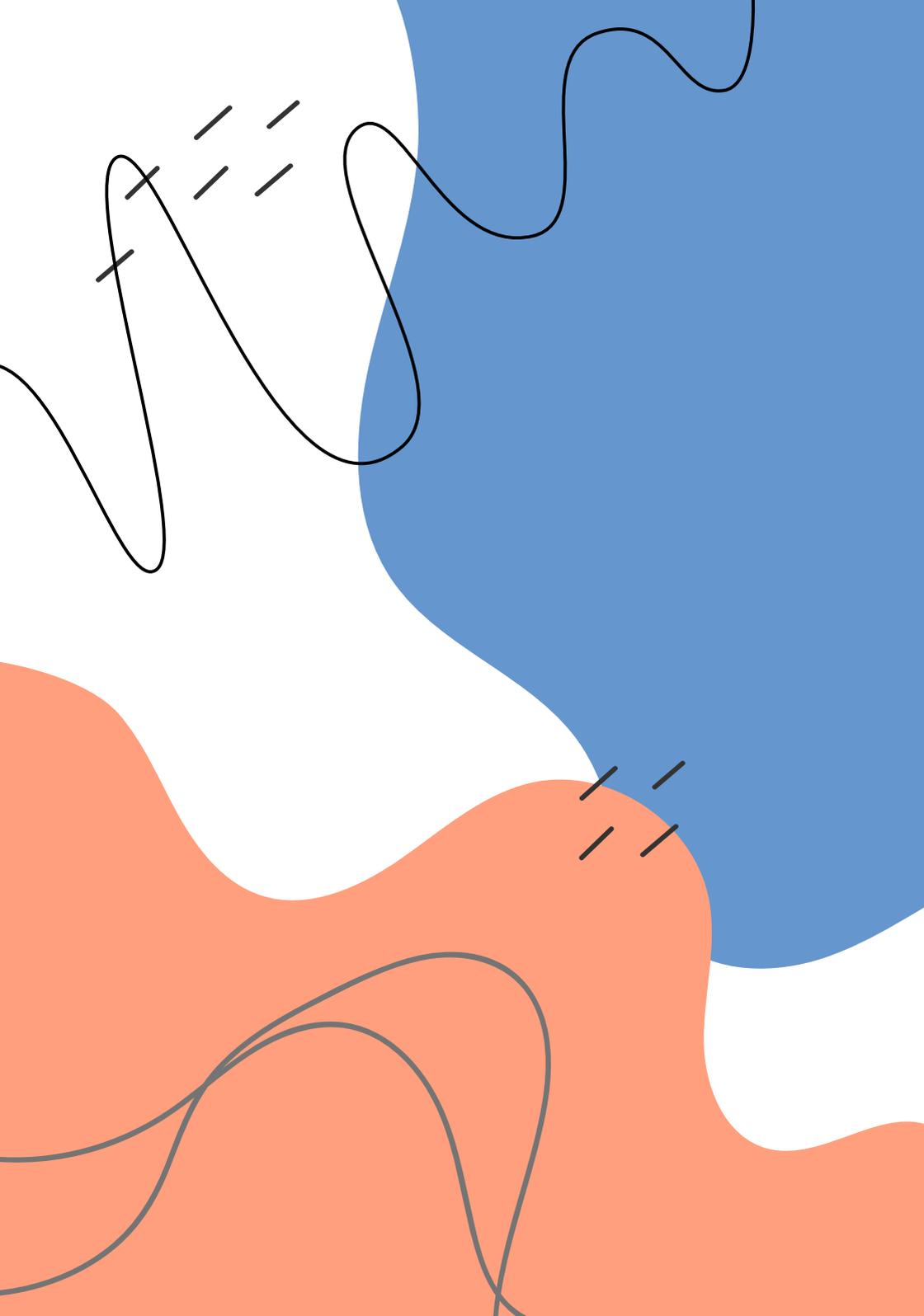
Ольга Степановна Грицай

Юрист, имеет большой опыт работы в социальной, медицинской сферах и семейных правах, консультации в приемной президента, на телевидении, публикации в известных СМИ. В фонде «Правмир» создала бесплатную юридическую линию для социально незащищенных граждан РФ.

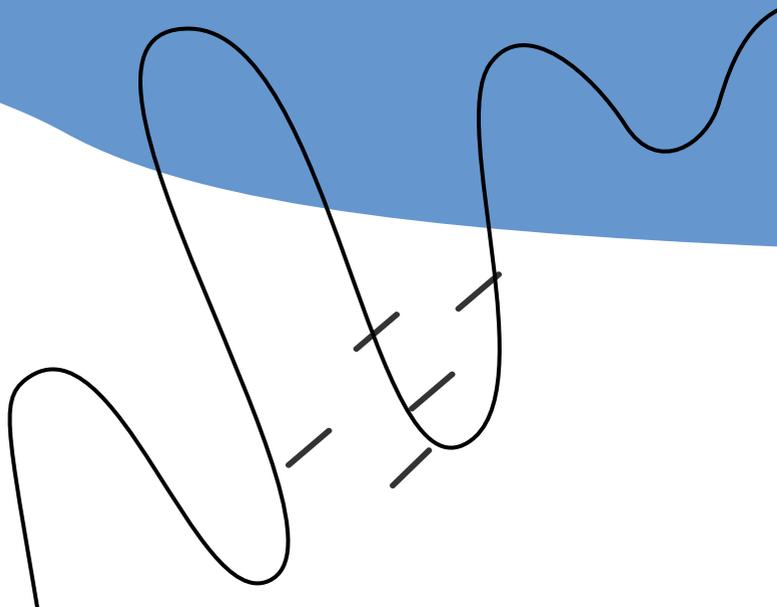


Камилла Эркиновна Шамансурова

Ассистент кафедры педагогики и медицинской психологии 1 МГМУ им. И.М. Сеченова, онкопсихолог фонда Борьбы с лейкемией, онкопсихолог клиники Медскан, тренер, эксперт и супервизор равных консультантов в онкологии, руководитель АНО ЦПСИ «Обычные люди», с онкологическими пациентами работает 11 лет.



ОСНОВНЫЕ
СВЕДЕНИЯ
О ДИФFUЗНОЙ
В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ
ЛИМФОМЕ



БАЗОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Определение болезни

Диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВКЛ) — это злокачественная опухоль (новообразование) лимфатической системы. Условно, лимфома и рак — это идентичные термины, они обозначают одно и то же, а именно — возникшее вследствие генетических нарушений бесконтрольное деление клеток, способных к проникновению в соседние ткани и к переносу в отдаленные органы (метастазированию). Только лимфома возникает в лимфатической системе, а рак — из эпителиальной ткани.

Лимфатическая система

Лимфатическая система — часть сосудистой системы человека, состоящая из лимфатических сосудов, лимфы (это жидкость, которая циркулирует в лимфатических сосудах, частично состоит из плазмы крови) и лимфоидной ткани. Функции лимфатической системы в организме человека чрезвычайно важны и многообразны. Лимфатическая система фильтрует кровь и лимфу, собирает жидкость из тканей и транспортирует ее обратно в кровоток. Лимфатическая система — в отличие от кровеносной — не является замкнутой и не имеет органа, выполняющего насосную функцию (если бы такой орган был, его можно было бы считать аналогом сердца). Лимфа медленно движется по лимфатическим сосудам под небольшим давлением, заполняя промежутки между клетками в тканях тела. При увеличении объема тканевой жидкости она начинает собираться в лимфатических сосудах и становится лимфой.

Лимфатические сосуды собирают лимфу с расположенных поверхностно областей тела и из внутренних органов и направляют ее в ближайшие лимфатические узлы, которые являются для них региональными. Лимфатические узлы работают как своеобразные фильтры, задерживающие патогенные микроорганизмы и токсичные белки, которые не должны попасть в кровоток. Некоторые участки организма человека содержат большое количество лимфатических узлов. В зависимости от их расположения подобные скопления лимфоузлов принято разделять на зоны и группы (Рис. 1). Отдельные группы лимфоузлов объединяются в зоны.

К органам лимфатической системы относят лимфатические узлы, миндалины, селезенку и тимус. Небольшие скопления лимфатической ткани также есть во многих тканях организма — в кишечнике, в щитовидной железе, молочных железах, легких, коже и других органах. В лимфатической ткани этих органов находится множество так называемых лимфоцитов, это особая разновидность белых клеток крови (лейкоцитов). Они являются частью иммунной системы, важнейшей обязанностью которой является защита организма от любых внешних и внутренних угроз. И эти же клетки являются источником происхождения всех лимфом. Лимфома — это злокачественная опухоль, которая развивается в лимфатической системе.

Зоны лимфоузлов:

- шейные
- над- и подключичные
- подмышечные
- внутригрудные
- внутрибрюшные
- забрюшинные
- паховые

Лимфатические узлы



Рис. 1. Зоны и группы лимфатических узлов¹

Общее представление о лимфомах

Итак, лимфоциты как источник происхождения лимфом. Их подразделяют на три типа — В-клетки, Т-клетки и естественные (натуральные) клетки-киллеры (NK-клетки). Они имеют одинаковую

¹ Источник: Carbone P.P., Kaplan H.S., Musshoff K., et al. Report of the Committee on Hodgkin’s Disease Staging Classification. Cancer Res 1971; 31: 1860-1861.

морфологию, но разные функции, а также разные наборы молекул, расположенных на клеточной поверхности (так называемые рецепторы), различное происхождение и, в общем и целом, разную судьбу. В зависимости от типа лимфоцита лимфомы подразделяются на В- и Т-клеточные. Лимфомы из клеток-киллеров бывают, но относятся к редким болезням. Составляющие опухольную ткань лимфоциты отличаются от нормальных генетически, то есть теми мутациями, которые произошли в хромосомах этих клеток. Мутации возникают и накапливаются в результате общего старения организма или в результате внешних воздействий (радиация, токсические вещества — канцерогены).



Рис. 2. Общее представление о лимфомах²

Все лимфомы условно подразделяют на лимфогранулематоз, или лимфому Ходжкина (названа так по имени врача Томаса Ходжкина, который впервые описал это заболевание в 1832 году) и неходжкинские лимфомы (НХЛ). Группа неходжкинских лимфом включает около 30 вариантов, которые составляют около 80% всех лимфом (Рис. 3). Каждый год в России диагноз НХЛ ставится более чем десяти тысячам человек (статистика ведется МНИОИ им. П.А. Герцена). Заболеваемость НХЛ по России в целом составляет 4,41 случая на 100 тыс. населения и сильно отличается на отдельных территориях. Так в 2020 году самая низкая заболеваемость была зарегистрирована в Чукотском авт. округе (1,61 на 100 тыс.), а самая высокая в Иркутской области (6,46 на 100 тыс. населения).

² Источник: Ghom A.G., Mhaske S. Textbook of oral pathology. Jaypee Brothers Medical Publishers LTD. Second editions, 2013.

По своему биологическому поведению НХЛ делятся на индолентные, т.е. вялотекущие, и агрессивные. Индолентные НХЛ долгое время никак себя не проявляют, не причиняют человеку никакого беспокойства и обнаруживаются случайно. Люди с таким вариантом лимфомы могут жить довольно долго, лишь периодически получая определенное лечение по поводу этого заболевания. В случае агрессивных НХЛ симптомы возникают очень быстро (недели, месяцы), при отсутствии специального лечения продолжительность жизни очень невелика. Симптомы, как правило, разнообразны и очень выражены. Тем не менее, на полное выздоровление можно рассчитывать именно в случае агрессивных НХЛ.

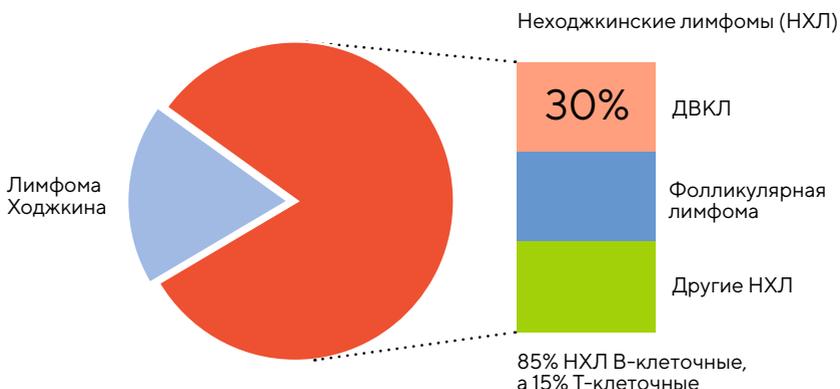


Рис. 3. Общая характеристика лимфом

Диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВКЛ) является самым частым вариантом лимфом (около 30–50% случаев), ее принято относить к агрессивным формам НХЛ.

В Российских статистических справочниках нет деления НХЛ на отдельные варианты, поэтому приходится ориентироваться на другие страны. Заболеваемость ДВКЛ в странах Европейского союза и США составляет 3–4 случая на 100 тыс. населения. Частота этого заболевания увеличивается с возрастом от 0,3 / 100 тыс. человек в возрасте от 35 до 59 лет до 26,6 / 100 тыс. для возрастной популяции от 80 до 84 лет. Вероятность заболеть ДВКЛ после 50 лет в 3 раза выше, чем в возрасте до 30 лет. Средний возраст пациентов с впервые установленным диагнозом составляет около 57 лет. Риск возникновения этой опухоли увеличивается

у людей с положительными тестами крови на вирус гепатита С, у инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и при аутоиммунных заболеваниях. Мужчины и женщины болеют ДВКЛ с одинаковой частотой.

Ткань ДВКЛ образуется опухолевыми В-лимфоцитами. В организме здорового человека основная функция В-клеток состоит в обеспечении защиты от всего чужеродного и вредоносного. После контакта с чужеродными белками (антигенами) вирусов, бактерий или грибов В-лимфоцит превращается в плазматическую клетку, которая начинает синтезировать так называемые антитела — специальные молекулы, которые должны нейтрализовать данный антиген и тем самым подавить развитие инфекции. Измененные опухолевые В-лимфоциты никакой полезной функции не выполняют, они только делятся, их количество стремительно увеличивается, мешая нормальному функционированию лимфатической системы и системы кроветворения. Как правило, ДВКЛ растет достаточно быстро и может поражать множество систем организма.

Варианты ДВКЛ

ДВКЛ составляют гетерогенную группу заболеваний, объединенных — при всем их разнообразии — общими клиническими и биологическими признаками и подходами к лечению. Все настолько сложно, что, не вдаваясь в подробности, пока ограничимся их перечислением. В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (2017) самостоятельными вариантами ДВКЛ признаны:

- ALK-позитивная В-крупноклеточная лимфома;
- ДВКЛ, связанная с хроническим воспалением;
- ДВКЛ с перестройкой гена IRF4;
- EBV-положительная ДВКЛ;
- внутрисосудистая В-крупноклеточная лимфома;
- В-крупноклеточная лимфома, богатая Т-лимфоцитами/гистиоцитами;
- ДВКЛ, без дополнительных уточнений.

Далее приводятся варианты ДВКЛ, для лечения которых требуются альтернативные подходы:

- ДВКЛ, развившаяся в результате прогрессии хронического лимфолейкоза (синдром Рихтера);
- агрессивная лимфома, неклассифицируемая, с чертами, промежуточными между ДВКЛ и лимфомой Ходжкина (лимфома серой зоны);
- агрессивная лимфома с перестройками генов MYC и BCL2 и/или BCL6;
- HNV8-позитивная крупноклеточная лимфома (ВИЧ-положительная);
- первичная кожная ДВКЛ, тип «нижних конечностей» (leg-type);
- первичная лимфома серозных полостей;
- первичная ДВКЛ центральной нервной системы (ПЛЦНС);
- первичная медиастинальная В-крупноклеточная лимфома (ПМВКЛ);
- плазмобластная лимфома.

Из одного только перечисления вариантов лимфомы видно, насколько сложна и затратна диагностика этого заболевания. А ведь от правильно установленного точного диагноза зависят и выбор лечения, и его эффективность. Диагностические ошибки могут оказаться непоправимыми. Так что с пониманием относиться к тому, что для уточнения диагноза могут потребоваться дополнительные анализы и обследования. Если у вашего лечащего врача есть какие-то сомнения в точности диагноза, они обязательно должны быть сняты. Никто в этом не может быть заинтересован больше, чем вы.

КАКИЕ ПРИЧИНЫ ПРИВОДЯТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ДВКЛ?

Вопрос не праздный, ответ на него важен для каждого пациента. К сожалению, причина возникновения лимфомы пока еще не выяснена, установлены лишь некоторые факторы риска. Фактор риска сам по себе не является ни причиной возникновения опухоли, ни его обязательным или достаточным условием. У некоторых людей даже при наличии известных факторов риска лимфома не разовьется, а у других это произойдет, несмотря на их отсутствие. Образ жизни, факторы окружающей среды и сопутствующие заболевания или их лечение могут быть связаны с возникновением ДВКЛ, но значение каждого из этих факторов требует дополнительных исследований.

Образ жизни

По всей видимости, существует связь между риском заболеть лимфомой и потреблением мяса и молока, а также нитратов и нитритов, которые могут присутствовать в продуктах питания в качестве консервантов или случайных примесей. Предполагается, что употребление в пищу полиненасыщенных жирных кислот, витамина D, фруктов и овощей может в какой-то мере защитить клетки от злокачественной трансформации. Связь риска заболеть лимфомой с ожирением неясна. Как и в случае остальных онкологических заболеваний, злоупотребление алкоголем и курение также связаны с повышенным риском возникновения лимфомы.

Факторы окружающей среды

Пестициды, органические растворители и избыточное пребывание на солнце могут вызывать генетические мутации, приводящие к развитию гематологических опухолей.

Другие заболевания и лекарства

Медикаментозное подавление иммунитета, например, после пересадки донорских органов (почки, печень и т.п.), первичные иммунодефицитные заболевания (например, синдром Ниймеген или атаксия-телеангиэктазия), вирусные инфекции, включая ВИЧ и вирусный гепатит С, аутоиммунные заболевания и применение

некоторых лекарственных препаратов могут вносить свой вклад в предрасположенность к возникновению лимфомы. Возможной причиной ДВКЛ может быть проведение химиотерапии по поводу других онкологических заболеваний.

У большинства людей лимфома возникает внезапно, что называется, среди полного здоровья. Человек не находит объяснения тому, как и почему такое могло случиться именно с ним. Такие мысли совершенно излишни и даже вредны. Лучше принять это и все силы, какие есть, отдавать лечению — ведь полное излечение лимфомы возможно и даже высоко вероятно.

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ

В большинстве случаев диагноз устанавливается на основании ряда симптомов, однако бывают случаи, когда человека вообще ничего не беспокоит. Только по результатам тех или иных обследований (рентгенография, КТ, УЗИ и т.п.) или лабораторных анализов — причем все эти процедуры могут выполняться по причинам, вообще никак не связанным с будущим диагнозом — может возникнуть подозрение на наличие лимфомы. Например, при компьютерной томографии легких, выполненной по поводу пневмонии, находят увеличение внутригрудных лимфатических узлов и т.д. и т.п.

У пациента могут появиться такие симптомы:

- 1 Безболезненное увеличение лимфатических узлов в области шеи, подмышечных впадин и/или паховой области. При увеличении лимфоузлов в грудной клетке возможно развитие так называемого синдрома сдавления, при этом человек испытывает затрудненное дыхание. Возможно скопление жидкости в плевральных полостях, окружающих легкие, или в брюшной полости. В некоторых случаях болезнь проявляется хроническим кашлем, одышкой, болями в грудной клетке или в животе — в зависимости от того, какой орган поражен. Для ДВКЛ также характерно поражение не только лимфатических узлов, но и других органов (легкие, кости, кожа, желудочно-кишечный тракт и др.). Выделяют особую группу так называемых экстранодальных лимфом,

т. е. локализующихся в отдельных органах без поражения лимфатических узлов. Например, экстранодальная ДВКЛ с поражением какой-либо кости, желудка и т. п.

- 2 Повышение температуры тела по неизвестной причине, т. е. не связанное с какими-либо инфекциями.
- 3 Повышенная потливость, особенно в ночные часы.
- 4 Самопроизвольная неконтролируемая потеря веса.
- 5 Усталость, снижение работоспособности и утомляемость. Часто это является проявлением анемии, т. е. снижения концентрации гемоглобина на единицу объема крови. Физически активные пациенты могут не замечать последствий анемии до тех пор, пока те не станут серьезными.
- 6 Кожный зуд.
- 7 Увеличение печени и селезенки. Потеря аппетита. Дискомфорт в животе. Боль в левом подреберье, связанная с растяжением капсулы увеличенной селезенки.
- 8 Инфекции. В результате поражения иммунной системы пациенты могут страдать от рецидивирующих инфекций.
- 9 Кровотечения. В редких случаях в результате замены нормального костного мозга клетками лимфомы снижается количество тромбоцитов в крови, что приводит к возникновению синяков на коже, носовым или маточным кровотечениям, кровоточивости десен.

Стадии заболевания

Наличие симптомов 2–4 (эти симптомы являются признаками интоксикации) говорит о биологической активности лимфомы. Интоксикацию вызывают белки, секретируемые в кровь опухолевыми клетками. Данные симптомы принято называть «В-симптомами». Если у пациента присутствуют В-симптомы, то к стадии заболевания добавляют литеру В, например, ДВКЛ, IIB стадия



Рис. 4. Основные симптомы и проявления ДВКЛ³

³ <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/non-hodgkin-lymphoma-lymphatic-cancer-symptoms-vector-26128743>.

с поражением шейных и внутригрудных лимфатических узлов. Если нет ни одного из трех симптомов интоксикации, то указывают литеру А. Клиническая стадия болезни определяется распространенностью поражения отдельных групп лимфатических узлов и вовлечением отдельных внутренних органов, не относящихся к лимфатической системе.

Стадия ДВКЛ определяется по результатам обследования и характеризует распространенность болезни (Рис. 5).

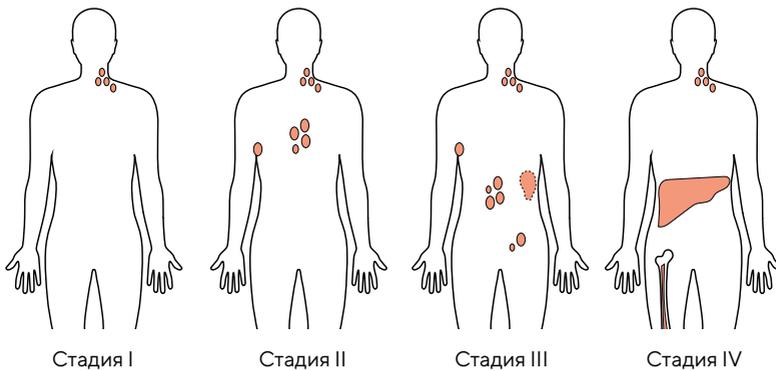


Рис. 5. Стадии лимфом по классификации Ann Arbor (модификация Лугано, 2014)⁴

При заболевании стадии I вовлечен один лимфоузел или одна группа лимфоузлов. Возможно локализованное поражение одного органа или ткани, без поражения лимфоузлов.

При стадии II имеет место поражение двух и более групп лимфоузлов по одну сторону диафрагмы (диафрагма — это непарная куполообразная широкая мышца, разделяющая грудную и брюшную полости и помогающая нам дышать). Заболевание может быть ограничено небольшим поражением нелимфатического органа или ткани с увеличением регионарных лимфоузлов также по одну сторону диафрагмы. В случае если увеличенные лимфоузлы срастаются в конгломерат больших размеров (более 10 см), часто употребляют термин “bulky”.

⁴ Источник: Carbone P.P., Kaplan H.S., Musshoff K., et al. Report of the Committee on Hodgkin’s Disease Staging Classification. Cancer Res 1971; 31: 1860-1861.

Для стадии III характерно поражение лимфоузлов по обе стороны диафрагмы или вовлечение лимфоузлов выше диафрагмы с поражением селезенки. Селезенка расположена в брюшной полости. При значительном увеличении селезенки (спленомегалии) врач может ее прощупать у пациента в левом подреберье.

И наконец, стадию IV диагностируют при распространенном поражении нелимфатического органа или ткани с вовлечением лимфоузлов или без него. Массивное поражение легких, костей, печени или костного мозга — это все относится к стадии IV.

При наличии симптомов интоксикации (лихорадка, ночная потливость и потеря массы тела) к стадии болезни добавляется литера В.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ДВКЛ

Для того чтобы правильно спланировать лечение ДВКЛ, требуется выполнить определенный набор обследований. В данном разделе описаны диагностические процедуры, которые проводятся для уточнения особенностей заболевания.

Обследование всегда начинается с осмотра врача. В процессе осмотра врач проводит:

- измерение температуры тела, артериального давления, пульса и частоты дыхания;
- измерение массы тела;
- прослушивание (процесс называется аускультацией) сердца и легких;
- осмотр глаз, кожи, носа, ушей и рта;
- определение размера печени и селезенки;
- прощупывание (пальпация) доступных групп лимфоузлов (шея, подмышечные впадины и пах), печени и селезенки.

Анализы крови

Чтобы понять, насколько срочно надо начинать противоопухолевую терапию, пациенту делают анализы крови. Кроме того, результаты анализов крови могут указывать на наличие сопутствующих заболеваний, включая связанные с лимфомой осложнения. Кровь для анализа берут из вены, перед взятием крови нужно воздержаться от приема пищи и большинства напитков.

Полный общий клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой позволяет измерить число клеток в крови. При проведении этого анализа измеряется число лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов. При опухолевом процессе, как и при других заболеваниях, число этих клеток может быть снижено или повышено.

Белые клетки крови (лейкоциты) подразделяются на два класса — гранулоциты (содержащие зернистость) и агранулоциты (соответственно, клетки без зернистости). Гранулоциты включают нейтрофилы, базофилы, эозинофилы. Агранулоциты — это лимфоциты и моноциты. Лейкоцитарная формула показывает количество клеток каждого типа и их соотношение, а также сбалансированность этих показателей.

Полный биохимический анализ крови включает измерение концентрации определенных химических веществ, что позволяет оценить уровень и качество обмена веществ и работу внутренних органов. Причиной выявляемых отклонений может быть как сам опухолевый процесс, так и другие заболевания. Далее перечисляются наиболее важные биохимические показатели.

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) — фермент, присутствующий в большинстве клеток. Опухолевые клетки в некотором количестве самопроизвольно гибнут и высвобождают ЛДГ в кровоток. Высокий уровень ЛДГ может быть обусловлен непосредственно опухолевым процессом и указывать на необходимость безотлагательного начала лечения.

Мочевая кислота присутствует в продуктах питания и вырабатывается в организме. Повышенное содержание мочевой кислоты в крови называется гиперурикемией. Перед началом лечения уровень мочевой кислоты может оказаться повышенным

или вследствие быстрого роста опухоли, или, например, из-за заболевания почек. Кроме того, по концентрации мочевой кислоты отслеживают безопасность химиотерапии на начальном этапе. Некоторые высокоактивные методы противоопухолевой терапии приводят к развитию синдрома лизиса опухоли (СЛО) и, соответственно, к повреждению почек и к тяжелым электролитным нарушениям. Развитие СЛО можно предотвратить вливанием больших объемов жидкости и назначением определенных препаратов, например, аллопуринола.

Бета-2-микροглобулин — это небольшой белок, присутствующий в большинстве клеток. Высокий уровень 2-микροглобулина в крови при злокачественных заболеваниях связан с большой опухолевой массой и свидетельствует об активности процесса, ухудшая прогноз. В связи с этим 2-микροглобулин сыворотки используют в качестве прогностического опухолевого маркера в онкогематологии. Высокие концентрации в крови также могут быть обусловлены некоторыми другими болезнями.

Диагностика инфекционных заболеваний

Инфекционные заболевания вызываются бактериями, вирусами или грибами. При некоторых злокачественных опухолях вероятность развития инфекций повышается. Кроме того, определенные опасения связаны и с хроническими инфекциями, некоторые из них могут вновь перейти в активную фазу после начала противоопухолевой терапии.

В частности, в процессе иммунохимиотерапии могут вновь стать активными хронические вирусные гепатиты В и С. Эти инфекции часто требуют лечения даже при отсутствии каких-либо симптомов и, соответственно, жалоб со стороны пациента. О наличии гепатита следует обязательно сообщить медицинским работникам, которые занимаются вашим лечением. Если вы не уверены, лучше провести дополнительные анализы. В больнице, как правило, в обязательном порядке берут кровь на антитела к вирусам гепатита В и С.

Если у вас имеется ВИЧ-инфекция, лечение этого заболевания является важным компонентом терапии ДВКЛ. Терапия ВИЧ-инфекции позволит повысить эффективность противоопухолевой

терапии. Кроме того, это может повлиять на выбор методов лечения ДВКЛ. О наличии ВИЧ-инфекции и о том, какая терапия проводится по этому поводу, необходимо сообщить медицинским работникам.

Биопсия опухолевого лимфатического узла

Как вы могли видеть, существует много разновидностей лимфом, причем даже в границах ДВКЛ существует более 10 вариантов, которые не всегда полностью совпадают в том, какие именно подходы к лечению являются оптимальными. Чтобы получить правильное лечение, нужно точно определить вариант лимфомы. Одним из первых признаков лимфомы может быть разрастание лимфатической ткани. Лимфатические узлы могут быть настолько большими, что их можно легко нащупать или увидеть под кожей. Лимфома также может вызывать изменения в крови. Обязательным этапом диагностики является биопсия увеличенного лимфоузла.

Биопсия

Биопсия – это процедура взятия образца жидкости или ткани для исследования. Это единственный способ узнать, есть ли у вас злокачественная опухоль. Лучший способ диагностировать лимфому – это сделать хирургическую биопсию лимфоузла. Образец ткани извлекается через кожный разрез. Биопсию поверхностных лимфоузлов можно делать под местным обезболиванием. Цель биопсии – это получение материала для исследования, а не лечение болезни. «Вырезать» все больные лимфоузлы не только невозможно, но и бесполезно. При биопсии желательно удалить пораженный лимфоузел целиком, а не вырезать из него фрагмент. Это облегчает последующее исследование полученного образца.

В ситуации, когда увеличенных подкожных лимфоузлов нет, приходится идти на биопсию внутренних. Чтобы избежать серьезного хирургического вмешательства, извлекают небольшой фрагмент опухоли с помощью специальных игл. При тонкоигольной аспирации (FNA) получают взвесь небольшого количества клеток. С помощью трепанобиопсии (толстоигольной биопсии) получают более крупный образец плотной ткани – столбик ткани. Введение иглы проводят под контролем КТ или УЗИ. Биопсия с помощью

игл не всегда позволяет установить диагноз. Даже если путем исследования этих маленьких образцов не удастся обнаружить лимфому, это вовсе не исключает того, что она может быть.

Лабораторное исследование биоптата

Образцы тканей, полученные при биопсии, отправляют врачу-гематопатологу. Гематопатологи являются экспертами в диагностике злокачественных опухолей крови и иммунных клеток. В основном они занимаются изучением образцов крови, костного мозга и лимфатической ткани. Гематопатолог исследует ткань под микроскопом, чтобы увидеть, есть ли там опухолевые клетки и каково их происхождение. Также проводятся дополнительные тесты на наличие в опухолевых клетках определенных белков и измененных (мутировавших) генов. Перечень процедур и тестов лабораторной диагностики ДВКЛ включает:

- хирургическую биопсию лимфоузла или другой опухолевой ткани;
- гистологическое исследование удаленного лимфоузла;
- иммуногистохимическое (ИГХ) исследование биоптата (тест с панелью антител к отдельным рецепторам клеток) для определения варианта и подтипа лимфомы;
- в случае получения жидких образцов опухоли (например, костный мозг) для определения типа лимфомы может использоваться метод проточной цитофлуориметрии;
- кариотипирование (цитогенетическое исследование) или флуоресцентная гибридизация in situ (FISH) для определения перестройки гена протоонкогена MYC;
- кариотипирование или FISH для определения перестроек генов BCL2 и BCL6 при наличии перестройки MYC.

Результаты лабораторных тестов, которые были использованы для диагностики, включаются в гистопатологическое заключение, которое направляют лечащему врачу — гематологу или онкологу. Следует запросить копию заключения, так как оно служит

обоснованием при составлении плана лечения. При обсуждении плана и результатов лечения с лечащим врачом следует делать заметки и задавать все вопросы, которые вас волнуют.

Иммунофенотипирование

Как иммуногистохимическое исследование твердых тканей, так и проточная цитофлуориметрия (иммунофенотипирование) преследуют цель выявить уникальную комбинацию рецепторных молекул на поверхности и внутри опухолевых клеток, характерную для конкретного типа лимфомы.



Рис. 6. Иммуногистохимическое исследование биоптата опухоли⁵

Проявления болезни и терапия ДВКЛ могут отличаться в зависимости от того, из какой исходной нормальной клетки возникла опухоль. Часть случаев ДВКЛ возникает из В-клеток, которые находятся в так называемых зародышевых (герминативных) центрах лимфоузлов, где происходят активные процессы деления и созревания В-лимфоцитов. По результатам тестирования белков можно установить, образовалась ли ДВКЛ из В-клеток зародышевого центра или из уже вышедших из центра клеток (подтипы GCB и не-GCB). Белки выявляют с помощью специальных

⁵ Информация с сайта МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. <https://www.mnioi.nmicr.ru/patsientam/diagnostika/patologoanatomicheskoe-otdelenie/>, дата обращения: 11.03.2022.

диагностических антител — других белков, способных взаимодействовать с искомой молекулой. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование опухоли — это очень сложный процесс, требующий сложного оборудования (Рис. 6), дорогостоящих реактивов и высокопрофессиональных врачей-гематопатологов, имеющих большой опыт проведения подобных исследований.

Характерным для ДВКЛ является определенный набор рецепторных белков, отличающий его от других вариантов лимфом (Рис. 7). Например, ДВКЛ часто содержит белки CD20 и CD45 и не содержит CD3. При ДВКЛ типа GCB определяется CD10, а при не-GCB его нет.

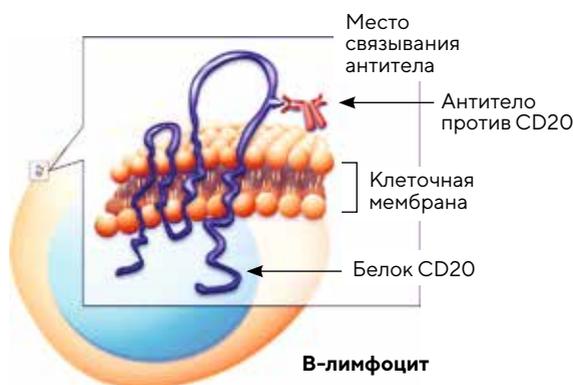


Рис. 7. Лимфоцит несет на своей внешней мембране (оболочке клетки) набор определенных рецепторных белков, характерный для конкретного типа клеток⁶

Панель диагностических антител, применяемых в диагностике ДВКЛ, должна включать следующие рекомендуемые наборы:

- **Панель иммуногистохимии (ИГХ):** BCL2, BCL6, CD3, CD5, CD10, CD20, CD45, IRF4/MUM1, Ki-67 и MYC.
- **Проточная цитометрия:** CD45, CD3, CD5, CD10, CD19, CD20, а также легкие цепи каппа и лямбда молекулы иммуноглобулина.

⁶ Источник: Информация с сайта. Wikimedia [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rituxima_Binding_to_CD20_on_a_B_Cell_Surface_\(6830897205\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rituxima_Binding_to_CD20_on_a_B_Cell_Surface_(6830897205).jpg), дата обращения: 11.03.2022.

- **В сложных случая ИГХ-панель дополняют:** ALK, CD30, CD138, циклин D1, EBER-ISH, HHV8, SOX11, а также легкие цепи каппа и лямбда молекулы иммуноглобулина.

Диагностика перестроек отдельных генов

В ядре каждой клетки человека находится 46 хромосом, содержащих ДНК с генетической информацией обо всех компонентах клетки. Структурным элементом ДНК является ее небольшой участок – ген. Один ген кодирует один белок. Для опухолей, в том числе лимфом, характерны перестройки (мутации) генов. Чаще всего это неправильное слияние частей двух разных генов, в результате чего возникает новый ген. С этого гена запускается «производство» какого-либо неправильного белка. Перестройки генов выявляют с помощью таких лабораторных тестов, как кариотипирование и флуоресцентная гибридизация *in situ* (FISH). Кариотипирование – это исследование хромосом в ядре клетки с помощью специального микроскопа, а FISH – это молекулярно-биологический метод, ориентированный на поиск специфичных фрагментов ДНК.

Чтобы спланировать лечение ДВКЛ, необходимо провести исследование на наличие перестройки протоонкогена MYC. При обнаружении перестройки MYC необходимо выполнить тестирование на перестройки BCL2 и BCL6. Лимфома, в клетках которой присутствует перестройка MYC и BCL2 или BCL6, называется В-клеточной лимфомой высокой степени злокачественности типа “double-hit” (двойной удар). Если клетки имеют все три перестройки, опухоль представляет собой В-клеточную лимфому высокой степени злокачественности типа “triple-hit” (тройной удар). Эти лимфомы лечат иначе, чем ДВКЛ.

Радиологическая оценка распространенности опухоли

Радиологические методы оценки позволяют получить изображения внутренних структур организма. Они используются для выявления глубоко расположенных опухолевых очагов в отдельных органах и пораженных лимфатических узлов. Врач-радиолог является экспертом, который помогает лечащим врачам правильно оценить и интерпретировать результаты проведенных обследований, т. е. полученные снимки.

При проведении некоторых исследований в вену пациента вводится рентгеноконтрастное вещество. Данная процедура облегчает чтение снимков. Если у пациента ранее были какие-либо проблемы, связанные с введением контрастных веществ, об этом обязательно надо сообщить специалисту, который проводит исследование. Кроме того, на наличие аллергии на некоторые виды контрастных веществ может указывать наличие аллергии на морепродукты.

ПЭТ/КТ всего тела

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) и компьютерная томография (КТ) – два основных метода радиологической визуализации. При совместном использовании эта процедура называется ПЭТ/КТ. Исследование выполняется одновременно на одном и том же аппарате (Рис. 8). При выполнении ПЭТ в кровоток вводится радиоизотопный препарат, который выявляется с помощью специальной камеры в процессе обследования. ПЭТ позволяет выявить даже небольшие опухолевые очаги. В течение суток радиоизотоп выводится из организма с мочой. За сутки до исследования необходимо исключить из пищи углеводы (хлеб, сахар и т.п.), о чем пациента заблаговременно и подробно инструктируют.

Рис. 8. ПЭТ/КТ

Этот вид исследования позволяет получить изображение внутренних структур организма. В процессе исследования пациент лежит на кушетке, которая движется через туннель, расположенный в центре аппарата. Полученные изображения будут изучены врачом в поисках признаков заболевания⁷.



⁷ Источник: Информация с сайта МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. <https://www.mnioi.nmicr.ru/patsientam/diagnostika/pet-kt/>, дата обращения: 11.03.2022.

КТ позволяет получить более детализированные снимки, чем простая рентгенография. При проведении этого обследования строится множество изображений внутренних структур организма под разными углами с помощью рентгеновских лучей. Далее компьютер объединяет ПЭТ и КТ-снимки с построением трехмерного изображения. Диск CD с записью изображений и заключение радиолога передают лечащему врачу или непосредственно пациенту.

ПЭТ/КТ используется для получения изображений всего тела целиком. Или пациенту проводится КТ шеи, грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Внутривенное введение контраста при проведении КТ позволяет получить более детализированные снимки.

КТ или МРТ головы

Иногда целесообразно получить снимки шеи или головы. Они используются с целью поиска признаков заболевания в головном мозге. Возможно проведение КТ с контрастированием или магнитно-резонансная томография (МРТ). МРТ, как и КТ, позволяет получить трехмерные изображения. В отличие от КТ, для построения изображений при МРТ используются магнитные поля и радиоволны, таким образом, при МРТ лучевой нагрузки на обследуемого человека нет.

Спинномозговая (люмбальная) пункция

При подозрении на распространение опухолевого процесса в центральную нервную систему (ЦНС), помимо КТ или МРТ головы, необходимо сделать люмбальную пункцию для получения образца спинномозговой жидкости (ликвора). Этот образец будет отправлен в лабораторию для проведения анализов на наличие признаков заболевания.

Биопсия костного мозга

Для исключения поражения костного мозга проводятся специальные исследования. Костный мозг представляет собой полужидкую субстанцию, располагающуюся внутри костей скелета. В костном мозге вырабатываются клетки крови, которые затем поступают в кровоток. Существует два метода получения образцов костного мозга:

- трепанобиопсия костного мозга, при которой из тазовой кости специальной иглой берется столбик костного мозга;

- аспирационная биопсия костного мозга, позволяющая получить жидкое содержимое костного мозга.

Если признаки заболевания в костях выявлены по результатам ПЭТ/КТ, биопсия костного мозга не требуется. Если же признаков заболевания в костях не выявлено, то для подтверждения отсутствия болезни необходимо сделать биопсию костного мозга. Толщина тазовой кости в месте взятия образцов составляет 8–10 см, что значительно превышает длину иглы, на которую она погружается в кость. Трепанобиопсия костного мозга не имеет никакого отношения к спинному мозгу и не может вызывать никаких неврологических нарушений. Процедура выполняется в поликлинических условиях. Образцы отправляют в лабораторию для проведения анализов на наличие признаков заболевания.

Оценка функции сердца

Некоторые виды химиотерапии могут быть токсичными в отношении сердца (кардиотоксичными). Наиболее часто для оценки состояния сердца используют электрокардиографию (ЭКГ), суточное (холтеровское) мониторирование ритма сердца и эхокардиографию. При проведении эхокардиографии для построения изображений сердца используются ультразвуковые волны.

Оценка прогноза

Прогноз определяется по некоторым косвенным признакам и позволяет предположить особенности течения заболевания в будущем и его исход. Для указанных целей заболевание делят на стадии (I стадия лучше IV), оценивая прогноз в баллах по специальным прогностическим шкалам.

Международный прогностический индекс

Международный прогностический индекс (NCCN-IPI) — система количественной оценки прогноза заболевания в баллах. Прогноз зависит от следующих факторов риска:

- возраст старше 60 лет;
- концентрация ЛДГ в сыворотке крови выше нормальных значений;

- низкий функциональный статус (слабость, утомляемость);
- распространенная стадия опухолевого процесса (III-IV);
- распространение опухолевого процесса за пределы лимфатической системы (экстранодальное распространение, т. е. вне лимфоузлов).

Каждому фактору риска присваиваются баллы. В зависимости от общего числа баллов выделяют четыре группы риска: низкий (0-1); низкий/промежуточный (2-3); высокий/промежуточный (4-5) и высокий риск (6-8 баллов).

Для пациентов группы высокого риска существует вероятность вторичного поражения лимфомой центральной нервной системы (ЦНС). Под ЦНС понимают основные анатомические структуры нервной системы — головной и спинной мозг. Высокая вероятность вовлечения ЦНС существует у пациентов с особыми вариантами локализации ДВКЛ. К таковым относят поражение придаточных пазух носа, яичек, молочных желез, костного мозга и эпидурального пространства, располагающегося между твердой оболочкой спинного мозга и надкостницей позвонков. С частым поражением ЦНС ассоциируется особый неблагоприятный биологический вариант ДВКЛ, получивший название агрессивной В-клеточной лимфомы с перестройкой гена MYC и BCL2 и/или BCL6. В случае риска поражения ЦНС до начала системного лечения выполняют магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга и исследование цереброспинальной жидкости. Ликвор (цереброспинальная жидкость) — жидкость, окружающая головной и спинной мозг и заполняющая пространство между окружающими их оболочками. Ликвор получают с помощью специальной иглы, делая прокол на спине между поясничными позвонками (люмбальная пункция). В данном анатомическом месте нет спинного мозга или нервов и поэтому данная процедура безопасна.

Процедуры, связанные с планированием семьи

У многих пациентов молодого возраста, несмотря на наличие опухоли и лечение, проводимое по этому поводу, впоследствии

рождаются совершенно здоровые дети. Но есть ряд важных шагов, которые следует предпринять еще до начала лечения. Это необходимо обсудить с лечащим врачом.

Тест на беременность

Противоопухолевая терапия во время беременности может причинить очень серьезный вред еще не родившемуся ребенку. Если нельзя исключить наличие беременности, до начала терапии следует провести тест на беременность. Во время лечения следует избегать наступления беременности и зачатия ребенка.

Консультации по планированию семьи

Некоторые виды противоопухолевой терапии могут повреждать репродуктивные органы как у мужчины, так и у женщины. О риске развития бесплодия следует поговорить с лечащим врачом. Врач может дать направление к специалисту, занимающемуся лечением бесплодия. Он поможет устранить те нарушения, которые препятствуют зачатию ребенка. Специалист, занимающийся лечением бесплодия, может также разъяснить возможные способы, позволяющие зачать ребенка уже после проведения лечения. Для этого часто используется консервирование спермы или яйцеклеток. Сделать это нужно до начала химиотерапии.

ЛЕЧЕНИЕ ДИФFUЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ

Возможности лечения ДВКЛ зависят от стадии заболевания и других факторов. ДВКЛ часто удается излечить полностью. Но даже когда полное излечение недостижимо, терапия все равно может принести пациенту очень большую пользу — уменьшить выраженность симптомов, сдерживать рост опухоли, существенно улучшить качество жизни и увеличить ее продолжительность.

Терапия первой линии

В большинстве случаев это системная иммунохимиотерапия. Лечение предполагает внутривенное или пероральное, т. е. через рот, введение препаратов, проникающих в кровоток для лечения заболевания по всему организму.

На текущий момент стандартом первой линии терапии во всем мире является программа R-CHOP. Каждая буква в данной аббревиатуре обозначает первую букву названия лекарственного препарата: R – Rituximab (ритуксимаб); C – Cyclophosphamide (циклофосфамид); H – Hydroxydaunorubicin (доксорубин); O – Oncovin (винкристин) и P – Prednisone (преднизолон). Ритуксимаб является иммунным препаратом (моноклональное антитело против белка CD20), а следующие четыре лекарства считаются химиотерапией. Терапия проводится циклами. Дни, когда пациенту проводятся внутривенные вливания или когда он принимает лекарства в таблетках или капсулах, сменяются днями без лечения. Это позволяет организму восстановиться перед началом следующего цикла. Продолжительность цикла R-CHOP составляет 21 день – это означает, что очередной цикл будет начат на 22-й день, если, конечно, позволит состояние пациента.

Кроме того, в составе терапии первой линии может использоваться локальная лучевая терапия. Локальная терапия предполагает облучение опухоли в конкретной области. Как правило, лучевая терапия проводится в виде ежедневных облучений 5 раз в неделю с достижением конечной суммарной дозы за несколько недель.

Ответ на лечение

Врачи оценивают результаты лечения с помощью радиологических методов. Для этого используется ПЭТ/КТ или только КТ. Эксперт-радиолог и лечащий врач сравнивают снимки, сделанные до и после лечения. Для подтверждения радиологических результатов может потребоваться биопсия. Выделяют четыре типа ответа:

- Полный ответ является наилучшим из возможных результатов. При радиологическом обследовании выявляется уменьшение размеров опухолевых очагов, настолько выраженное,

что это позволяет предполагать излечение. Размеры органов в норме. Признаков заболевания в костном мозге нет.

- Частичный ответ — уменьшение выраженности заболевания в меньшей степени, чем при полном ответе.
- Отсутствие ответа — отсутствие явных изменений в течении заболевания. Это также обозначается термином «стабилизация заболевания».
- Прогрессирование заболевания — ухудшение течения заболевания.

Дальнейшая медицинская тактика — наблюдение

В случае достижения полного ответа пациент будет оставаться под наблюдением, но никакого поддерживающего лечения проводиться не будет. Важно, чтобы пациент находился под наблюдением врача, хорошо знакомого с теми проблемами, с которыми сталкиваются пациенты, пережившие лимфому. Должны быть регулярными обследования для выявления рецидива заболевания, то есть повторного появления признаков лимфомы. Выявление рецидива на ранних сроках позволяет своевременно начать терапию второй линии.

Терапия второй линии

Вторая линия терапии проводится по поводу рецидива заболевания или для лечения рефрактерных опухолей, то есть опухолей, не ответивших на терапию первой линии. Возможности лечения зависят от того, предусмотрена ли планом лечения трансплантация стволовых клеток крови.

Подробное описание первой линии терапии ДВКЛ у взрослых пациентов

Клинические стадии болезни I-II

При ранних стадиях ДВКЛ (стадии I-II) прогноз, т.е. вероятный исход заболевания, благоприятен. В такой ситуации основной задачей является полное излечение заболевания. При этом крайне важно минимизировать токсические, неблагоприятные

действия применяемых лекарственных препаратов. На текущий момент стандартной терапией является проведение 6 циклов иммунохимиотерапии по схеме R-CHOP.

После первых 2–3 циклов терапии делается контрольное исследование (ПЭТ/КТ) для того, чтобы оценить, насколько быстро и значительно сокращаются размеры пораженных лимфоузлов и опухолей других локализаций. Если ответ получен — лечение доводится до 6 циклов и снова выполняется ПЭТ/КТ. Больным с полным ответом после 6 циклов R-CHOP проводится локальная лучевая терапия на исходно массивные опухоли лимфоузлов и других органов. Лучевая терапия проводится с целью закрепления (консолидации) эффекта, полученного в результате иммунохимиотерапии. Если по данным ПЭТ/КТ у пациента после 2–3 первых циклов R-CHOP получен полный ответ, лучевая терапия не проводится, результаты в такой ситуации и так очень хорошие.

Частичный ответ считается недостаточным. В такой ситуации после 6 циклов иммунохимиотерапии пациентам с отягощающими сопутствующими заболеваниями и людям старше 60–65 лет возможно проведение локальной лучевой терапии на остаточные опухоли, но в более высоких дозах, чем пациентам с полным ответом. Для молодых пациентов без тяжелых сопутствующих заболеваний оптимальным будет проведение высокодозной химиотерапии и аутологичной трансплантации стволовых клеток крови.

В случае отсутствия противоопухолевого ответа и/или при наличии признаков прогрессирования лимфомы пациент переводится на терапию 2-й линии.

Клинические стадии болезни III–IV

К сожалению, около половины случаев ДВКЛ диагностируются на стадии распространенного заболевания (III и IV). Тем не менее, в большом проценте случаев лечение, как и при ранних стадиях, позволяет добиться долгосрочного контроля над заболеванием. Универсального лечения пациентов с впервые установленной ДВКЛ III–IV стадии нет. Чаще всего в этой ситуации проводят 6–8 циклов терапии по программе R-CHOP. Молодым пациентам возможно проведение более интенсивных схем терапии (R-CHOP, R-CHOP-14, R-DA-EPOCH, R-Hyper-CVAD и проч.). Результаты лечения могут быть оценены уже после 2–4 циклов.

Пациентам с риском поражения центральной нервной системы (4–6 баллов по шкале CNS-IPI) к лечению добавляют 2 внутривенных введения препарата метотрексат в высоких дозах. Обычно эти введения осуществляют на 15-й день 1-го и 2-го циклов R-CHOP, однако лечащий врач может принять решение о смещении этих введений на более поздние сроки лечения. Кроме того, метотрексат особым образом вводят в спинномозговой канал для того, чтобы препарат мог равномерно распределиться по всей нервной системе, циркулируя в ликворе.

Пациентам с серьезными сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями рекомендуются схемы, сходные с R-CHOP, но без включения доксорубина. Например, это могут быть схемы SEOP, SCOP, GCVP или CNOP, также в комбинации с ритуксимабом. Людям старше 80 лет рекомендуются минимально токсичные режимы иммунохимиотерапии со сниженными дозировками химиопрепаратов.

Лечение завершают консолидирующей лучевой терапией на зоны с исходно массивными опухолевыми образованиями и/или изолированными фокусами поражения костей. Контрольное ПЭТ/КТ следует провести не ранее, чем через 8 недель после завершения лучевой терапии. Молодым пациентам с агрессивным течением лимфомы и неполным ответом на лечение на завершающем этапе можно провести высокодозную химиотерапию и аутологичную трансплантацию стволовых клеток крови. Поддерживающее лечение ритуксимабом при ДВКЛ не проводится.

Наиболее часто применяемые схемы лечения представлены ниже в информационном блоке.

СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ (СХЕМЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ)

Стандартный режим

R-CHOP (циклами по 21 или 14 дней)

Прочие режимы

Взрослые пациенты с сохранным функциональным статусом

- R-DA-EPOCH с коррекцией доз химиопрепаратов в зависимости от степени снижения показателей крови после предшествующего курса лечения

Взрослые пациенты с заболеваниями сердца

- R-CEPP
- R-CDOP
- R-CEOP
- R-GCVP

Взрослые пациенты со сниженным функциональным статусом или ослабленные пожилые пациенты

- R-CEPP
- R-CDOP
- R-mini-CHOP
- R-GCVP

Условные обозначения

EPOCH = этопозид, преднизолон, винкристин, циклофосфамид, доксорубицин

R-CDOP = ритуксимаб, циклофосфамид, липосомальный доксорубицин, винкристин, преднизолон

R-CEOP = ритуксимаб, циклофосфамид, этопозид, винкристин, преднизолон

R-CEPP = ритуксимаб, циклофосфамид, этопозид, преднизолон, прокарбазин

R-CHOP = ритуксимаб, циклофосфамид, доксорубицин, винкристин, преднизолон

R-GCVP = ритуксимаб, гемцитабин, циклофосфамид, винкристин, преднизолон

Наблюдение за пациентами, завершившими лечение

Пациенты, завершившие лечение в полном объеме и достигшие полного ответа, переходят в фазу наблюдения. Несмотря на то, что ДВКЛ относится к заболеваниям, которые могут быть полностью излечены, для пациента крайне важно оставаться под диспансерным наблюдением. Повторное поражение лимфоузлов и/или других органов называется рецидивом. План примерного обследования представлен в Таблице 1.

Таблица 1. План динамического обследования пациентов, закончивших лечение ДВКЛ

Методы	Периодичность
Осмотр врача, анализы крови	<ul style="list-style-type: none"> ● каждые 3–6 месяцев на протяжении 5 лет после завершения лечения ● ежегодно, начиная с шестого года после лечения ● далее по мере необходимости
ПЭТ/КТ или КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастированием	<ul style="list-style-type: none"> ● при стадии болезни I–II по мере необходимости ● при стадиях III–IV не чаще двух раз в год (каждые 6 месяцев) на протяжении первых 2 лет ● далее по мере необходимости

Лечение рецидивов и рефрактерных/резистентных форм ДВКЛ (вторая линия терапии)

Иногда иммунохимиотерапия помогает, но через какое-то время заболевание рецидивирует. В некоторых случаях эффект иммунохимиотерапии оказывается недостаточным или вовсе отсутствует.

В таких ситуациях проводится терапия второй линии. Перед началом лечения рецидива ДВКЛ, как правило, снова делают биопсию лимфоузла, чтобы убедиться в правильности диагноза. Возможности лечения будут зависеть от возможности проведения трансплантации стволовых клеток крови. Это решение принимает лечащий врач в зависимости от множества факторов, таких как наличие других хронических заболеваний, сохранность функций внутренних органов и предпочтений пациента.

Оптимальным лечением у молодых пациентов без значимых сопутствующих заболеваний будет проведение химиотерапии второй линии. В случае достижения ответа на эту терапию для закрепления успеха проводится консолидация с помощью высокодозной химиотерапии с последующей трансплантацией стволовых клеток крови. Схемы второй линии должны включать препараты, которые не использовались в первой линии. Очень важно, чтобы эти схемы были не слишком токсичными и не повреждали стволовые клетки крови. В основном используются схемы, включающие препараты платины, ифосфамид и гемцитабин (DHAP, ESHAP, ICE, GDP, GemOx и MINE) в комбинации с ритуксимабом или без него, если врач посчитает, что этот препарат не работает.

Трансплантация стволовых клеток крови

Задача второй линии терапии — подавить активность лимфомы и уменьшить количество опухолевых клеток в организме. Трансплантация оказывается более эффективной в тех случаях, когда предшествующая системная терапия дала хорошие результаты. В случае полного или частичного ответа чаще всего проводится аутологичная трансплантация. В отдельных случаях у молодых пациентов возможным вариантом является проведение аллогенной трансплантации. Аутологичная трансплантация подразумевает, что стволовые клетки крови получают от самого пациента, а в случае аллогенной — от другого человека.

При аллогенной трансплантации используются здоровые стволовые клетки крови (СКК), полученные от донора, которым могут быть совместимые родные брат или сестра или совсем чужой человек. Как родственных, так и неродственных доноров специальным образом тестируют на совместимость по образцам периферической крови. Информация о потенциальных неродственных

донорах содержится в регистрах банков стволовых клеток. Сначала вы получите лечение, называемое кондиционированием, цель такого лечения — уничтожить клетки костного мозга. Далее вы получите донорские клетки. Эти клетки образуют новый здоровый костный мозг. Они также будут атаковать опухолевые клетки, которые не были убиты предыдущим лечением. Аллогенная трансплантация является более токсичной процедурой по сравнению с аутологичной, требует последующей длительной терапии для подавления чрезмерной активности вновь сформировавшейся иммунной системы. Осложнением аллогенной трансплантации СКК является специфическая реакция трансплантат против хозяина (РТПХ), проявляющаяся повреждением органов и систем пациента донорскими иммунными клетками.

Принцип проведения высокодозной химиотерапии с последующей аутологичной трансплантацией стволовых клеток крови демонстрируется на Рис. 9.

На первом этапе проводят стимуляцию кроветворения с помощью специального лекарства — гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ). При этом происходит выход (мобилизация) некоторого количества стволовых клеток (СКК) из костного мозга в кровь. Сбор СКК (этап 2) осуществляется с помощью специального прибора. Эту операцию можно проводить у пациента, который уже относительно давно закончил химиотерапию, либо непосредственно после завершения очередного цикла терапии — в тот момент, когда у человека начинает увеличиваться количество белых клеток крови. Далее (этап 3) СКК специальным способом замораживают (криоконсервация) при очень низких температурах. Замороженные СКК могут храниться в течение многих лет, сохраняя жизнеспособность. После завершения указанных процедур пациенту проводится курс агрессивной химиотерапии, направленный на уничтожение сохранившихся у человека после предшествующего лечения опухолевых клеток (этап 4). Эти клетки уже не чувствительны к обычной иммунохимиотерапии, но могут быть уничтожены с помощью высокодозной химиотерапии. И, наконец, на завершающем этапе 5 собственные СКК пациента размораживают и вводят ему внутривенно. Из периферической крови СКК мигрируют в костный мозг, где приживаются и восстанавливают поврежденное высокодозной химиотерапией кроветворение. Здоровые стволовые клетки образуют новый костный мозг и клетки крови.

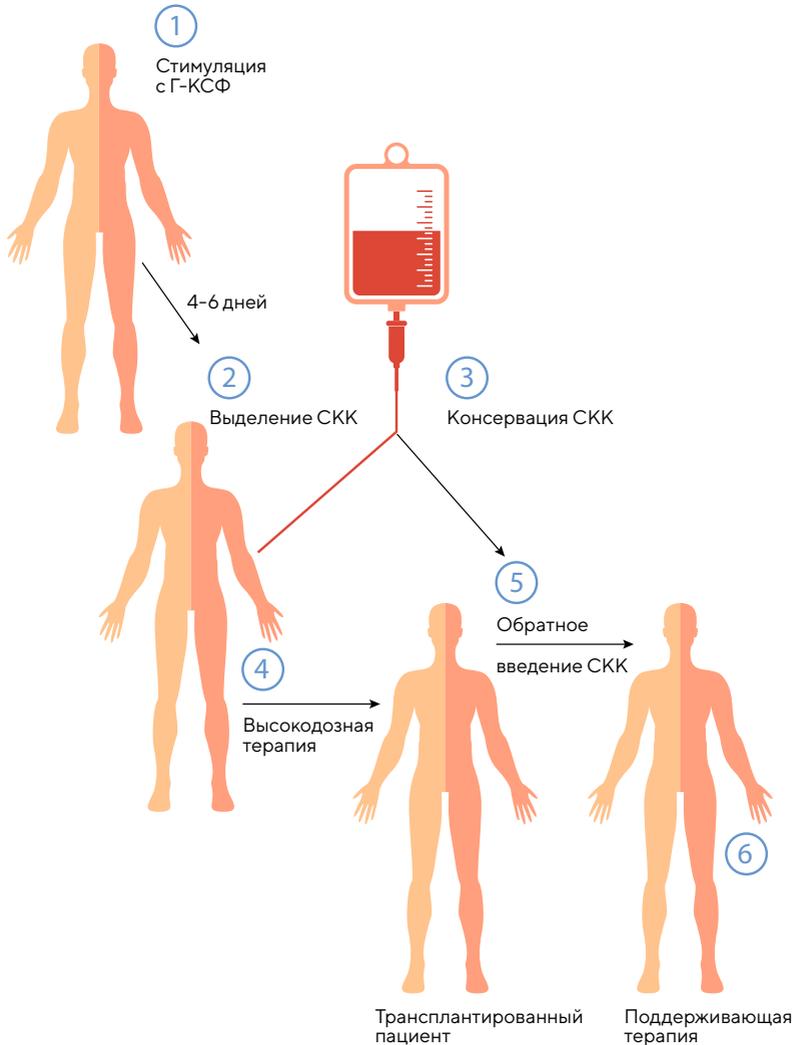


Рис. 9. Схематическое изображение принципов проведения аутологичной трансплантации стволовых клеток крови⁸

⁸ Источник: Gonsalves W.I., Buadi F.K., Ailawadhi S., et al. Utilization of hematopoietic stem cell transplantation for the treatment of multiple myeloma: a Mayo Stratification of Myeloma and Risk-Adapted Therapy (mSMART) consensus statement. Bone marrow transplantation. 2019;54(3):353-367.

После любого вида трансплантации можно провести облучение каких-либо конкретных опухолевых очагов.

Альтернативные возможности лечения рецидивов и резистентных форм ДВКЛ

Помимо трансплантации существуют и другие возможности лечения, способствующие облегчению симптомов болезни и увеличению продолжительности жизни.

Лечение моноклональными антителами

Антитела (они же иммуноглобулины) — это белки, которые вырабатываются клетками иммунной системы. Они помогают человеку бороться с микробами и другими угрозами. Моноклональные антитела для лечения определенных типов злокачественных опухолей можно создать в лаборатории.

В лечении ДВКЛ из моноклональных антител чаще всего применяют ритуксимаб. Это антитело прикрепляется к расположенному на поверхности клеток рецепторному белку CD20. Рецептор — это белковая молекула или группа молекул, через которую клетка (и организм в целом) воспринимает действие внешних и внутренних сигналов и запускает каскад реакций, регулирующих метаболизм и функциональное состояние клетки/организма. По сути, таким образом происходит маркирование клеток, подлежащих уничтожению иммунной системой. Кроме того, ритуксимаб может напрямую убивать опухолевые клетки.

Комбинированные препараты антитело-лекарство

Еще одним классом новых препаратов для лечения рецидивов и рефрактерных форм ДВКЛ являются моноклональные антитела со специальным образом присоединенным к ним цитостатическим агентом. Антитело обнаруживает опухолевую клетку и выбрасывает в нее токсин. Первым препаратом этого класса, ставшим доступным в нашей стране, стал препарат полатузумаб ведотин. Это антитело против рецептора CD79b на опухолевом В-лимфоците, конъюгированное с монометилауристатином E (мощный агент, блокирующий клеточное деление) (Рис. 10). Препарат применяется в комбинации с цитостатиком бендамустином и ритуксимабом для лечения взрослых пациентов с рецидивирующей/рефрактерной ДВКЛ, которые по тем или иным причинам

не могут считаться кандидатами на трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток. Также есть исследования о применении данного препарата в первой линии терапии ДВКЛ. На текущий момент данное показание не зарегистрировано.

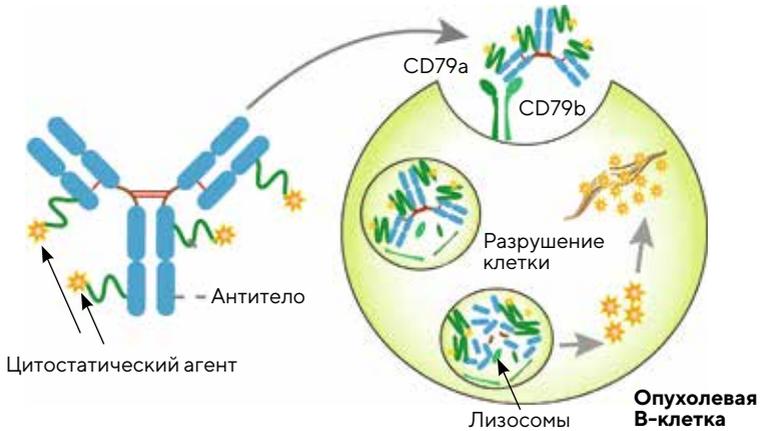


Рис. 10. Схематическое объяснение механизма действия препарата полатузумаб ведотин. Участие в клинических исследованиях?

Одним из возможных вариантов может стать участие в клиническом исследовании новых лекарств. Клиническое исследование — это вид исследования, в ходе которого изучаются перспективные новые лекарства или методы лечения. Участие в таких проектах позволяет получить медицинскую помощь, которую в ином случае получить было бы невозможно. Уточните у своего лечащего врача, подходит ли для вас какое-либо исследование. Список открытых клинических исследований и лечебных учреждений, участвующих в них в вашем городе, можно самостоятельно посмотреть в профиле реестре <https://clicline.ru/>

CAR-T-клеточная терапия против рецептора CD19

В ситуации, когда у пациента уже было несколько рецидивов и он прошел более одной линии системного лечения, можно попробовать CAR-T-клеточную терапию. Суть данной технологии

⁹ Источник: информация на сайте производителя <https://www.creativebiolabs.net/polatumab-vedotin-overview.htm>, дата обращения: 11.03.2022.

заключается в том, что сначала из крови пациента выделяют лейкоциты, которые отправляют в лабораторию, занимающуюся производством CAR-T-клеток. Эта лаборатория может находиться где угодно, даже в другой стране, это не принципиально. В лаборатории из присланных лейкоцитов выделяют T-лимфоциты и с помощью вирусного вектора встраивают в геном этой клетки генетическую информацию о рецепторе, который располагается на клетках опухоли. В качестве мишени при В-клеточных лимфомах был выбран рецептор CD19. В результате данных манипуляций получают собственные T-клетки пациента, несущие встроенный химерный (гибридный) рецептор (CAR-T-клетки) и способные уничтожать клетки лимфомы. Полученные CAR-T-клетки возвращают из лаборатории в клинику и вводят обратно пациенту (внутривенно). При этом полный ответ достигается в очень большом проценте случаев. Препаратами, относящимися к подобной терапии, в частности, являются аксикабтаген силотейсел и тисагенлеклейсел. Указанные препараты (клеточные технологии) зарегистрированы в США и Евросоюзе. Наиболее активно исследования в данной области ведутся в США и Китае. К сожалению, подобная терапия пока недоступна в России.

Глюкокортикостероиды

Глюкокортикостероиды — класс препаратов, которые часто используются для снятия воспаления. По сути, это синтетические аналоги собственного гормона человека — кортизола, они токсичны для клеток лимфомы. В онкогематологии широко применяются преднизолон, метилпреднизолон и дексаметазон, они входят в состав многих схем иммунохимиотерапии.

Иммуномодуляторы

Иммуномодуляторы — препараты, которые влияют на отдельные функции иммунной системы. Леналидомид — иммуномодулятор, который иногда используется для лечения ДВКЛ. Леналидомид можно применять в комбинации с ритуксимабом.

Сдерживающее лечение

Для некоторых пациентов может быть использована сдерживающая терапия, целью которой является подавление симптомов заболевания. Такая терапия не может привести к полному излечению, но способствует уменьшению дискомфорта, связанного с лимфомой, и значительно улучшает качество жизни.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

- Лимфома — это злокачественная опухоль лимфатической системы.
- Лимфома образуется из клеток, которые называются лимфоцитами. Лимфоциты — разновидность лейкоцитов (клеток белой крови), основная обязанность которых заключается в защите организма от внешних и внутренних угроз. Есть три типа лимфоцитов: В-клетки, Т-клетки и естественные клетки-киллеры (НК-клетки). В зависимости от того, клетка какого типа дает начало развитию лимфомы, они подразделяются на Т-клеточные и В-клеточные.
- Диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВКЛ) — разновидность неходжкинской лимфомы (НХЛ), источником происхождения ДВКЛ являются зрелые В-клетки. Это быстрорастущая опухоль, которая часто поражает лимфатические узлы, а также может поражать части тела, не относящиеся к лимфатической системе.
- Существует множество подтипов ДВКЛ.
- Для лечения ДВКЛ чаще всего используют иммунохимиотерапию. Не все пациенты получают одинаковое лечение. Это зависит от состояния пациента и особенностей опухоли.

ОБРАЗ ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Заболевание вносит существенные коррективы в повседневную жизнь человека. Очень важно помочь себе организовать жизнь максимально комфортно, чтобы лечение проходило эффективно и минимально ограничивало привычную активность.

Можно ли продолжать работать во время лечения?

Большинство людей не могут работать на протяжении лечения, а часто еще и некоторое время после окончания лечения.

Восстановление после завершения лечения, пока уйдут побочные эффекты и вернутся силы, может занять месяцы. Некоторые пациенты, наоборот, сохраняют способность работать на протяжении всего лечения. Обычно это люди с более-менее свободным графиком работы и не связанные с физическим трудом. Возвращение к работе может помочь вам почувствовать, что жизнь возвращается в нормальное русло. Делайте только то, что вам по силам.

Поговорите со своим работодателем о временном изменении обязанностей, которое может включать в себя постепенное возвращение к полному спектру задач: изменение графика работы, позволяющее избежать поездок на работу в час пик, дополнительные перерывы, работа в течение некоторого времени из дома, поэтапное возвращение, начиная с меньшего количества часов или задач и увеличивая их с течением времени, когда вы будете готовы к любой адаптации вашего рабочего места, которая может вам помочь (например, технология, позволяющая работать на компьютере с помощью голоса вместо использования клавиатуры), или предлагая вам другое рабочее кресло. Группа специалистов по гигиене труда может провести на вашем рабочем месте оценку организации вашей работы и внести необходимые изменения, которые могут вам помочь.

Здоровый образ жизни

Более точную информацию, касающуюся вашего поведения во время болезни, лучше получить у своего лечащего врача. Рекомендации общего плана заключаются в том, что вы должны стараться вести здоровый образ жизни и снизить риск инфекционных осложнений. Здоровый образ жизни — это правильное питание, физические упражнения, которые вам подходят и не сопровождаются чрезмерной нагрузкой, поддержание нормального веса, ограничение употребления алкоголя и отказ от курения. Дать себе возможность расслабиться, повеселиться и заняться приятными делами очень важно, поскольку позволяет справиться с эмоциональным напряжением, которое всегда существует у человека, заболевшего лимфомой. Будьте реалистичны в отношении того, что вам по силам. Поначалу вы можете нервничать, поскольку не получается сохранить привычный объем активности, который был до постановки диагноза. Однако со временем многие люди обнаруживают, что уверенность в себе возвращается.

Отказ от курения

Отказ от курения представляется важным решением. Помимо увеличения продолжительности жизни, отказ от курения способствует уменьшению побочных эффектов, связанных с терапией лимфомы, и позволяет быстрее восстановить свои силы после завершения лечения. У некурящих людей меньше шансов заболеть пневмонией и другими инфекциями дыхательной системы.

Здоровый сон

Люди, заболевшие лимфомой и другими онкологическими заболеваниями, часто испытывают трудности со сном. Могут быть проблемы с засыпанием, бессонница, слишком раннее пробуждение или, наоборот, слишком длительный сон, ночные кошмары и т.п. Побочные эффекты лечения, часто включающие развитие усталости, стресса и беспокойства, связанного с опухолью, могут сказаться на качестве сна.

Важно придерживаться следующих рекомендаций:

- ложитесь спать и вставайте в одно и то же время;
- перед сном сделайте то, что поможет вам снять дневной стресс, например, почитайте, послушайте музыку или примите ванну;
- избегайте перед сном стимуляторов, таких, как кофе или крепкий чай;
- в течение дня старайтесь быть много на свежем воздухе при ярком естественном свете, а ночью создайте в комнате темноту. Поменьше искусственного света, который создают телевизоры, мобильные телефоны, планшеты, электронные книги и игровые приставки.

Какие продукты питания безопасно употреблять во время химиотерапии, а от каких лучше отказаться?

Большинство химиопрепаратов подавляют иммунную систему, поэтому на протяжении всего лечения и в течение некоторого времени после его окончания существует риск инфицирования вирусами и бактериями. Людям с ослабленным иммунитетом придется избегать продуктов, несущих риск инфицирования

желудочно-кишечного тракта, например, сырых или недостаточно обработанных овощей и фруктов.

Во время химиотерапии врачи будут контролировать у вас количество лейкоцитов и нейтрофилов крови. Нейтрофилы — особая группа белых клеток крови (лейкоцитов), относящихся к иммунной системе. Когда количество нейтрофилов резко снижено (нейтропения), существует высокий риск инфекций, часто вызванных вполне безопасными для здорового человека микробами. Очень важно соблюдать правила безопасного приготовления пищи, чтобы свести к минимуму риск заражения:

- Мойте руки не менее 20–30 секунд с обычным мылом и проточной водой сразу после контакта с сырым мясом, птицей, морепродуктами, яйцами и немытыми продуктами. Мойте поверхности, разделочные доски и посуду после каждого использования.
- Никогда не используйте одну и ту же разделочную доску и ножи для сырого мяса, птицы, морепродуктов и готовых продуктов, которые можно есть без специальной обработки. Держите эти продукты в холодильнике в отдельных пакетах. Храните готовые к употреблению продукты на полках над сырым мясом, птицей и морепродуктами, чтобы на них ничего не капало.
- Готовьте всю пищу до нужной температуры, чтобы убить бактерии. Говядина, свинина, баранина и телятина должны быть приготовлены при минимальной температуре 65 °С в глубине продукта, а мясо птицы не менее 75 °С.

Если количество нейтрофилов крови становится меньше $0,5 \times 10^9 / \text{л}$, следует строго избегать употребления в пищу сырого или недозаваренного мяса, морепродуктов и яиц, непастеризованного или сырого молока, немытых свежих овощей и фруктов, мягких и непастеризованных сыров, полусырых мясных деликатесов и т.п. Общий принцип — пища должна быть практически стерильной. Некоторые виды продуктов, такие как зеленый салат, сырые зеленые листовые овощи, клубника и малина, плохо поддаются обработке. Лучше избегать этих продуктов в периоды снижения нейтрофилов крови.

Второй вопрос, который необходимо учитывать людям, проходящим курс химиотерапии, — это то, как определенные продукты могут взаимодействовать с химиотерапевтическими препаратами. В частности, грейпфрут может взаимодействовать со многими распространенными лекарствами, включая химиопрепараты и лекарства, используемые для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Лучше избегать употребления грейпфрута и грейпфрутового сока до завершения химиотерапии.

Запоры и диарея также часто становятся проявлениями побочных эффектов лечения. Как правильно питаться, чтобы уменьшить эти проблемы?

Клетчатка является ключом к лечению как запоров, так и диареи. Пищевая клетчатка — не перевариваемая в желудке человека часть растительной пищи. Клетчатка бывает двух типов — растворимая и нерастворимая. Растворимая клетчатка легко растворяется в воде и распадается на гелеобразное вещество в толстой кишке. Нерастворимая клетчатка не растворяется в воде и сохраняется в изначальном виде при прохождении пищи через желудочно-кишечный тракт. Термин «клетчатка» относится ко всем частям растительной пищи, которые не могут перевариваться или усваиваться организмом. В отличие от простых углеводов (сахар, большинство видов хлеба, макароны и пр.), клетчатка — сложный углевод, она не является источником калорий и не повышает уровень сахара в крови. Клетчатка содержится в овощах, фруктах, цельных зернах и бобовых. Присутствие клетчатки в обязательном порядке необходимо в рационе каждого человека. Примером растворимой клетчатки является овес. Когда вы добавляете жидкость в овес, он становится густым и липким. Нерастворимая клетчатка не впитывает жидкость и не сильно меняется в воде.

При запорах включите в свой рацион комбинацию растворимой и нерастворимой клетчатки. Пейте много жидкости, чтобы помочь пище двигаться по кишечнику быстрее и легче. Это может облегчить запор. В случае диареи нужно есть только растворимую клетчатку, например, овес, ячмень и белый рис.

Чтобы получить больше растворимой клетчатки, попробуйте есть:

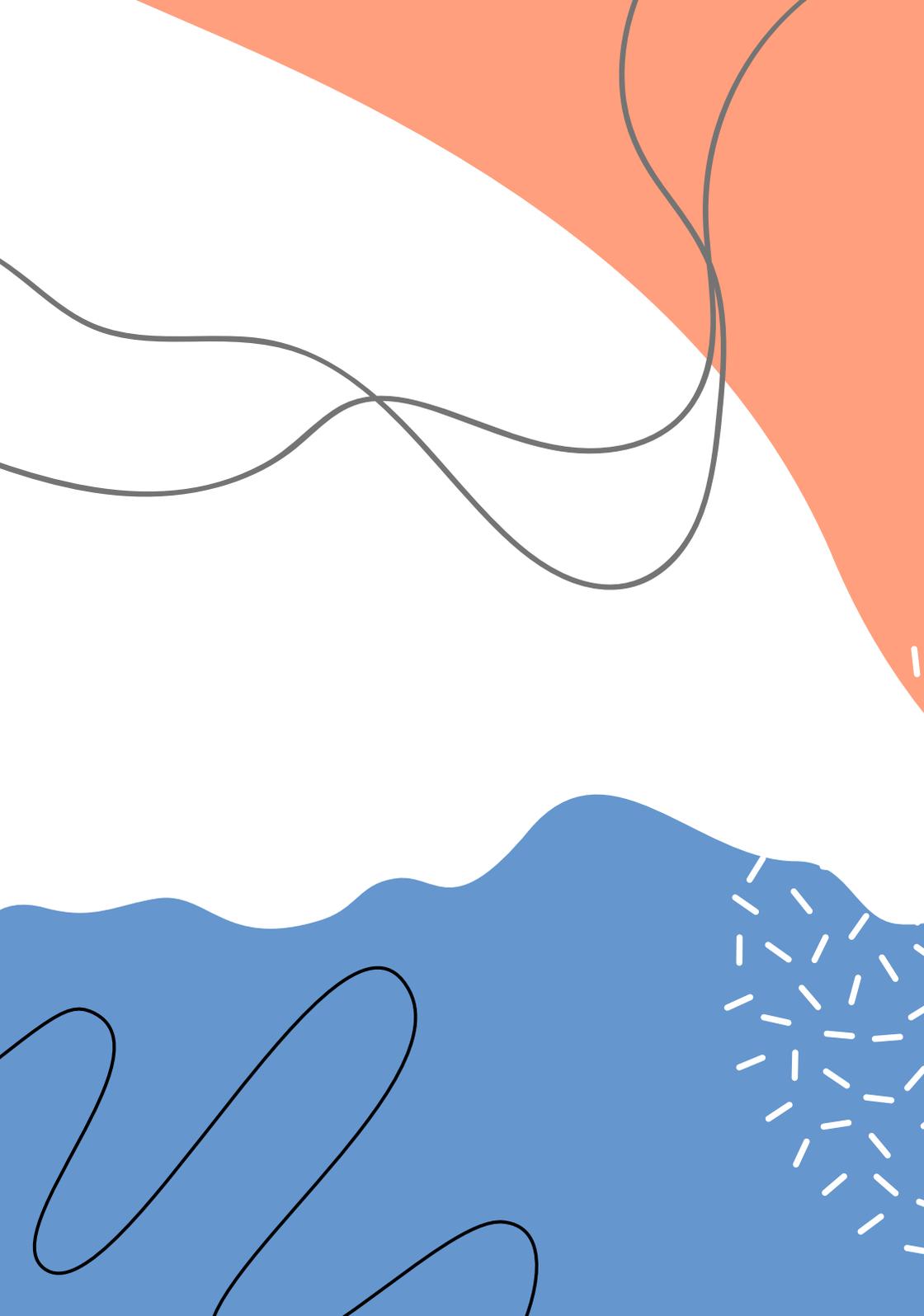
- овсяную кашу;
- яблочное пюре без добавления сахара;
- спелые груши;
- льняное семя мелкого помола;
- ячмень;
- белый рис (приготовьте с дополнительным количеством воды, чтобы сделать его липким).

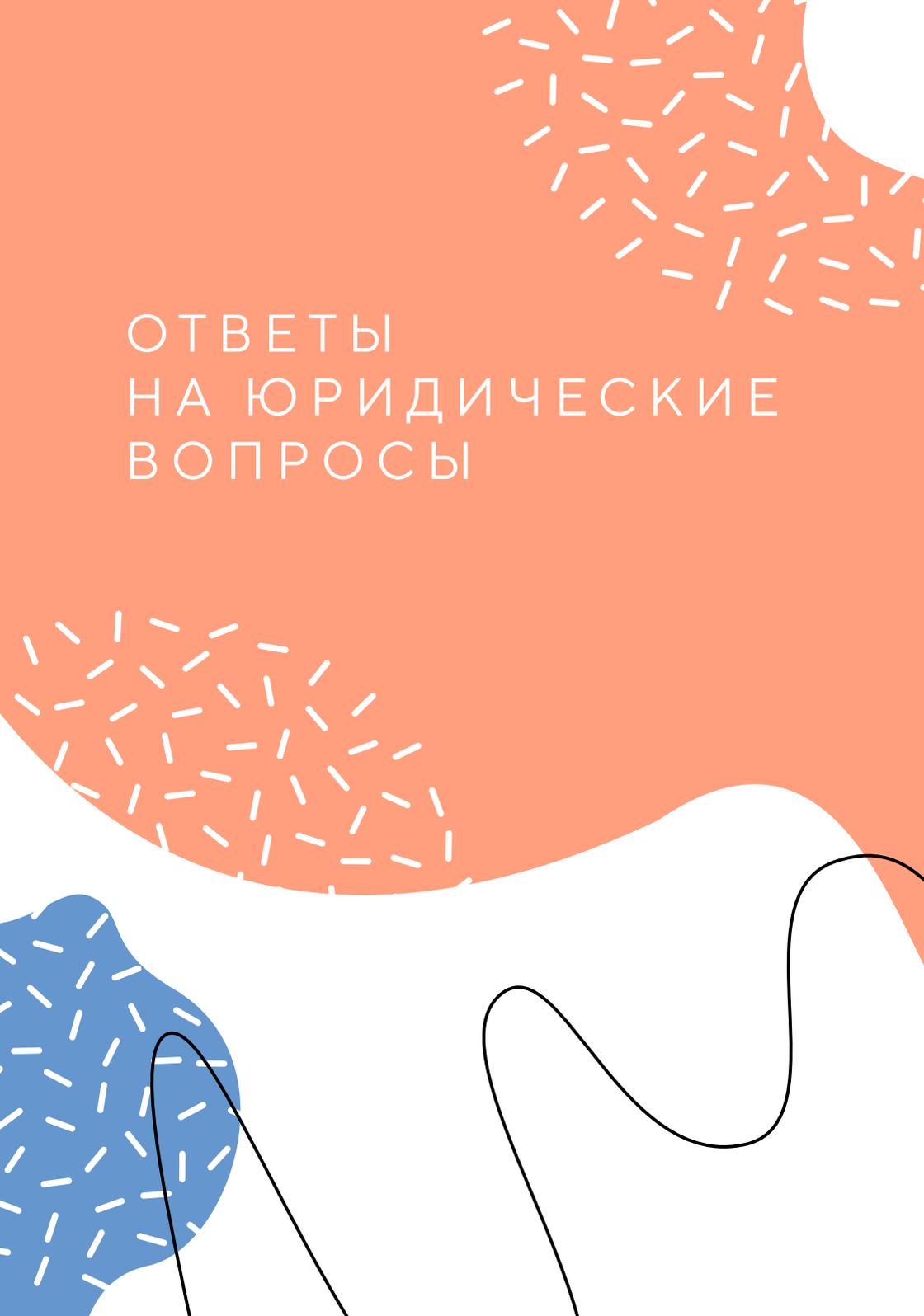
Чтобы получить больше нерастворимой клетчатки, можно употреблять в пищу:

- цельную пшеницу и пшеничные отруби;
- ржаной хлеб и сухарики;
- орехи и семена;
- сырые или слегка приготовленные на пару овощи;
- ягоды и яблоки с кожурой;

Фасоль и горох содержат значительное количество как растворимой, так и нерастворимой клетчатки.

В обычной ситуации рекомендуемое количество потребления пищевых волокон составляет 30 граммов в день. Чтобы представить, сколько волокон содержится в том или ином продукте, можно ориентироваться на то, что в половине стакана консервированной фасоли содержится 8,2 г клетчатки, гороха — 8,1 г, в средней груше — 4,3 г, в двух ломтиках хлеба из цельнозерновой пшеницы — 4,4 г, в половине стакана сырой малины — 4,0 г, овсяных отрубей — 3,6 г, в одном среднем яблоке — 3,3 г, в половине стакана макарон из цельнозерновой пшеницы — 3,1 г.



The background features a vibrant orange field. In the top right, a white circle is partially visible, surrounded by a pattern of white dashed lines. A large, white, wavy shape occupies the bottom right. In the bottom left, there is a blue shape with a white dashed line pattern. A black line starts from the bottom left, curves upwards, and then downwards, ending near the bottom center.

ОТВЕТЫ
НА ЮРИДИЧЕСКИЕ
ВОПРОСЫ

Права пациента

Любой гражданин РФ имеет право на бесплатную медицинскую помощь за счет средств государства, в том числе и на лекарственные препараты, назначенные лечащим врачом или по решению врачебной комиссии.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 (ред. от 28.08.2021) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», в программу входит:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь — терапевтическое лечение: комплексная терапия таргетными лекарственными препаратами и химиопрепаратами с поддержкой ростовыми факторами и использованием антибактериальной, противогрибковой и противовирусной терапии;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь, в том числе паллиативная первичная медицинская помощь, включая доврачебную и врачебную медицинскую помощь, а также паллиативная специализированная медицинская помощь.

Согласно ст. 11 ФЗ-323 отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

Что делать в случае неоказания медицинской помощи, куда обращаться

В случае неоказания медицинской помощи или отказа выдать направления на лечение, необходимо подавать письменное заявление о выдаче направления на лечение. Заявление должно быть адресовано на имя главного врача поликлиники по месту жительства, в двух экземплярах, чтобы на вашем экземпляре поставили печать и дату принятия. Также копию можно направить в Минздрав региона в форме электронного обращения граждан на сайте ведомства. Более того, заявление о неоказании медицинской помощи можно направить и в прокуратуру.

Заявление должно содержать сведения о заявителе, диагнозе, инвалидности (если установлена), назначениях, а также информацию, в чем отказывают, и просьбу защитить права. Рекомендуется приложить медицинскую выписку. Лучше всего обратиться к юристу для помощи в составлении заявления, так как все ситуации индивидуальны.

Согласно ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 324-ФЗ (ред. от 01.07.2021) «О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации», установлены категории граждан, имеющих право на получение бесплатной юридической помощи в рамках государственной системы бесплатной юридической помощи, и случаи оказания такой помощи.

Соответственно, в каждом регионе есть адвокаты, которые работают по данному закону, узнать о них вы можете в службе социальной защиты населения или в МФЦ. Если вы относитесь к категории, указанной в данном законе, вам должны выдать справку о праве на бесплатную юридическую помощь.

Всегда можно позвонить в страховую организацию для получения консультации и помощи от страхового представителя, номер телефона указан на вашем полисе ОМС.

Необходимость защиты прав граждан на медицинскую помощь по программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обозначена в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральном законе от 29 ноября 2010 г.

№ 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и подзаконных актах федерального уровня, в частности, в разделе VIII Программы госгарантий на 2021 г.

Страховые представители сопровождают пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, оказывают им правовую поддержку, инициируют и организуют экспертизы качества оказанной медицинской помощи.

Пациенты обращаются к страховым представителям в случаях, когда:

- отказали в бесплатной госпитализации при наличии направления или в экстренной ситуации;
- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) или принести лекарственные средства и/или расходные материалы, необходимые для лечения;
- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) какие-либо медицинские услуги;
- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) диагностические исследования и анализы, которые могут быть выполнены только вне стационара, где гражданин проходит лечение;
- предлагают подписать согласие на отказ от предоставления бесплатной медицинской помощи в пользу платной;
- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) транспортировку в другое медицинское учреждение для консультации или для перевода на лечение в иное медицинское учреждение;
- при ознакомлении с медицинской документацией у пациента возникли вопросы, которые не разъяснены лечащим врачом;
- гражданину отказывают в ознакомлении с медицинской документацией, в выдаче ее копий;
- перед медицинским вмешательством у гражданина не получено письменное добровольное информированное согласие;

- у гражданина возникли претензии к действиям медицинского и иного персонала;
- у гражданина возникли иные вопросы по порядку и условиям получения бесплатной медицинской помощи.

Кроме того, в защите прав пациентов помогают благотворительные фонды и пациентские организации, в которые также можно обратиться за юридической поддержкой.

Если пациент нуждается в лечении, которое можно получить по ОМС или за счет бюджета региона, следует обращаться за направлением к лечащему врачу. Обычно это бюджетная поликлиника, расположенная по месту регистрации, реже – частный медицинский центр.

Одним из самых важных документов является медицинская справка 057/у (иначе можно назвать «направление») для оказания врачебной помощи. Документ утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255. Перечень процедур, куда может быть направлен пациент согласно форме 057/у-04, включает:

- госпитализацию;
- курс восстановительной терапии;
- медицинское обследование;
- консультацию высококвалифицированного специалиста.

Дополнительный нюанс получения высокотехнологической медицинской помощи связан с «квотированием», и пациент может быть включен в лист ожидания данной клиники.

В случае отказа выдачи направления (справки) необходимо обращаться письменно на имя главного врача с требованием оказать медицинскую помощь, а также в территориальный отдел здравоохранения для выделения квоты. Важно, чтобы осталась копия заявления с отметкой о принятии (дата, печать).

Лекарственное обеспечение и что делать в случае отказа в предоставлении лекарственного препарата

В случае лечения в стационарных условиях все лекарственные препараты предоставляются бесплатно, согласно территориальной программе государственных гарантий.

Назначение лекарственных препаратов осуществляется лечащим врачом, фельдшером, акушеркой в случае возложения на них полномочий лечащего врача.

Рецепт должен быть оформлен на основании утвержденных форм приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

При амбулаторном лечении все зависит от того, входит ли препарат в перечень ЖНВЛП или нет.

Если препарат входит в данный перечень, то выдать рецепт должны сразу же в день назначения препарата.

Гражданам с установленной инвалидностью полагается набор социальных услуг, который дает право на лекарственное обеспечение за счет государственного бюджета. Но также у граждан, отнесенных к группам, указанным в Постановлении № 890, имеется право на обеспечение лекарствами за счет регионального бюджета.

Но бывают случаи, когда инвалиду отказывают в выписке льготного рецепта, ссылаясь на то, что он отказался от набора социальных услуг и получает компенсацию. Данный отказ незаконен.

В свою очередь, при отказе от набора социальных услуг, граждане, имеющие право на лекарства по двум основаниям, сохраняют право на получение лекарств, предоставляемых за счет средств субъекта (разъяснено письмом от 03.02.2006 № 489ВС).

В случае отказа в выписке льготного рецепта, нуждающемуся необходимо обратиться на имя главного врача с письменным

заявлением выдать льготный рецепт, аргументируя тем, что нуждающийся относится к двум категориям льготного обеспечения.

При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и оформление назначения лекарственных препаратов, не входящих в перечни и стандарты медицинской помощи, либо по торговым наименованиям. Решение врачебной комиссии медицинской организации фиксируется в медицинской документации пациента и в журнале врачебной комиссии.

Если при оказании пациенту медицинской помощи в медицинской организации в стационарных условиях по решению врачебной комиссии осуществляются назначение и применение лекарственного препарата с конкретным торговым наименованием, то при оказании данному пациенту медицинской помощи в иной медицинской организации в стационарных условиях, а также в амбулаторных условиях осуществляется назначение ему лекарственного препарата с тем же торговым наименованием.

Поэтому при выписке из стационара должно быть указано, какими препаратами оказывалась медицинская помощь, если была замена препаратов, то указать причину смены лекарственной терапии (например, индивидуальная непереносимость), если нет таких записей в мед. выписке и копии бланка извещения о нежелательной реакции / отсутствии эффекта, а также решения врачебного консилиума, то выдадут только тот препарат, который внесен в льготный перечень.

На основании такой выписки или врачебного консилиума из стационара пациент должен подать заявление в поликлинику по месту жительства о проведении комиссии в порядке ст. «48 ФЗ-323» для решения вопроса о назначении препаратов по жизненным показаниям согласно п. 15 ст. 37 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья», так как такие препараты выписываются только по решению комиссии, пп. 4.7 и 4.13 Приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н (ред. от 02.12.2013) «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». В заявлении необходимо указать просьбу выдать вам копию выписки из протокола врачебного консилиума и копию

ходатайства/заявки, которую должна отправить поликлиника в департамент здравоохранения региона.

- В случае неполучения ответа по истечении 30 дней, подать жалобу в прокуратуру по нарушению ст. 5.59 КоАП о нарушении сроков рассмотрения.
- В случае отказа в назначении гражданину нужно подать заявление о защите прав в прокуратуру для выхода в суд прокурором. Как правило, это помогает решить вопрос, как только прокурор запрашивает ответ от должностных лиц по данной ситуации. А в случае самостоятельного приобретения препарата расходы можно будет взыскать, если у вас будет подтверждение об обращении за рецептом.
- В случае невыдачи рецепта по результатам врачебного консилиума подавать заявление о выдаче рецепта, оформленное от руки.
- В случае необслуживания рецепта в аптеке требуется поставить рецепт на отсроченное обслуживание (рецепт остается у пациента до полного его обслуживания).

Если все документы уже есть, но департамент здравоохранения региона так и не провел закупку, стоит писать на сайт департамента здравоохранения обращение о срочном обеспечении.



Выбор лечебного учреждения

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача.

В настоящее время действует Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 915н (ред. от 05.02.2019) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», согласно которому пациент имеет право выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по соответствующему профилю. Лечащий врач обязан проинформировать пациента (законного представителя пациента) о возможности выбора медицинской организации в установленном порядке с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

С 1 января 2022 г. вступил в силу приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н. Порядок маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями на территории субъекта РФ в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи определяется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья с учетом права граждан на выбор медицинской организации и в том числе включает:

- перечень участвующих в реализации территориальной программы медицинских организаций;
- перечень заболеваний, при которых в обязательном порядке проводятся консультации с применением телемедицинских технологий, как между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации, так и с федеральными медицинскими организациями.

Региональные министерства здравоохранения организуют специальные комиссии, которые решают, в какую медицинскую организацию отправить пациента на лечение за счет средств федерального фонда ОМС, то есть бесплатно для больного.

Выбирать медицинскую организацию комиссия будет из медицинских организаций, «оказывающих онкологическую помощь и осуществляющих диспансерное наблюдение», которые вошли в перечень маршрутизации. Порядок маршрутизации пациентов станет главным «онкологическим распределителем» в регионе. Пациент без направления лечащего врача не сможет получить бесплатную онкологическую помощь, выбрав медицинскую организацию, поскольку врач, выдавая направление, должен будет руководствоваться именно порядком маршрутизации пациентов, утвержденным региональным Минздравом.

Согласно п. 16 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, утвержденному приказом Минздрава России от 19.02.2021 № 116н, тактика лечения устанавливается консилиумом врачей, включающим врачей-онкологов, врача-радиотерапевта, врача-нейрохирурга (при опухолях нервной системы) медицинской организации, в составе которой имеются отделения хирургических методов лечения злокачественных новообразований, противоопухолевой лекарственной терапии, радиотерапии, в том числе онкологическим консилиумом, проведенным с применением телемедицинских технологий, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

Выбор терапии, согласно ст. 70 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществляет лечащий врач, который организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей.

Согласно ст. 70 ФЗ-323, пациент имеет право обратиться с заявлением о направлении его медицинских документов в другое медицинское учреждение для получения «второго мнения», в том числе онкологическим консилиумом, проведенным с применением телемедицинских технологий, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

Также на основании полученных документов пациент самостоятельно имеет право обратиться за вторым мнением, но для этого необходимо получить направление на консультацию в вашей поликлинике.

Кроме того, в соответствии с п. 4 ст. 22 ФЗ-323, пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

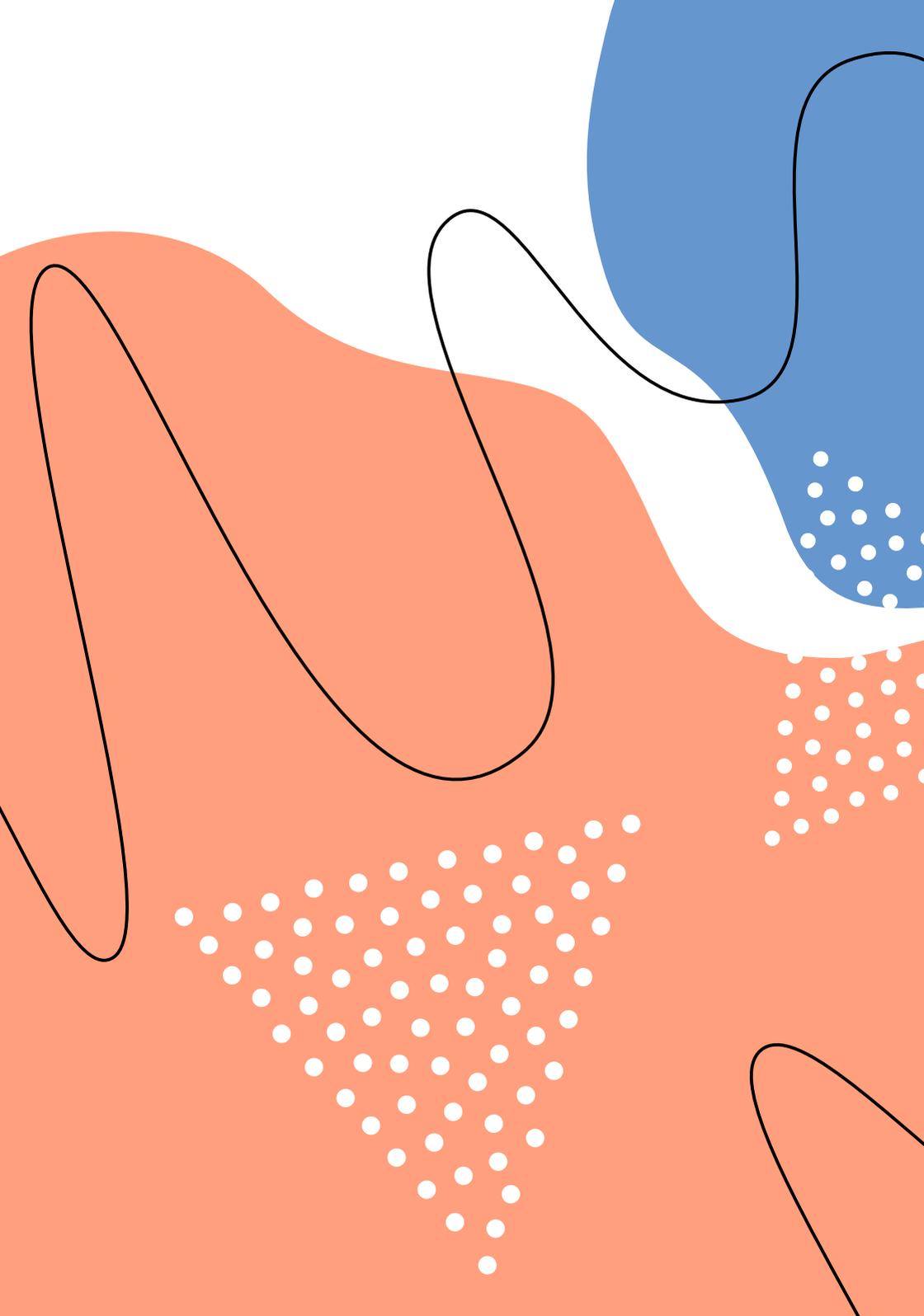
Соответственно, при получении другого второго мнения пациент имеет право выбора и может требовать проведения именно этого лечения при условии, что данные рекомендации даны специализированным федеральным центром.

На основании п. 5. ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пациент либо его законный представитель имеет право по письменному запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов. Супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право получать медицинские документы (их копии)

и выписки из них, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

В случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара, выписка из медицинских документов, копии медицинских документов предоставляются пациенту либо его законному представителю в суточный срок с момента обращения.



The image features a solid blue background. In the upper left, there is a thin black wavy line. The central text is white and reads 'КАК ПОДДЕРЖАТЬ СЕБЯ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ'. Below the text, there is a large, abstract shape composed of orange, white, and blue areas. The orange shape has a white dotted pattern on its upper left side. Several black wavy lines are scattered across the lower half of the image, overlapping the orange and white shapes.

КАК ПОДДЕРЖАТЬ
СЕБЯ ВО ВРЕМЯ
БОЛЕЗНИ

Общие правила для пациентов

Есть несколько общих правил для пациентов и родственников, к которым важно обращаться:

- То, что вы чувствуете, что переживаете и о чем думаете, — нормально.

Каждый, кто сталкивается с трудной жизненной ситуацией, своей болезнью или болезнью близкого, имеет право испытывать самые разные чувства, иногда противоречивые и пугающие. Не отказывайтесь от своих чувств, учитесь их понимать, называть и выражать.

- Другие также испытывают эмоции и не всегда показывают их.

Не всегда окружающие или пациенты показывают чувства, оберегая кого-то рядом, стараясь казаться сильнее или сохраняя свое чувство внутреннего благополучия. Отсутствие эмоций не говорит о благополучии и устойчивости.

- Всему требуется время.

Когда больно и страшно, когда происходит что-то, что вы не можете полностью контролировать или управлять этим, а так хочется быстрее завершить, быстрее забыть, не испытывать больше каких-то эмоций, скажите себе: «Стоп!». Всему требуется время — чтобы принять происходящие изменения, отпустить то, что уже не может присутствовать в вашей жизни, привыкнуть и найти нужное решение.

- Просьба о помощи — это не признак слабости.

Признаться самому себе, что тебе требуется поддержка и помощь, действительно требует смелости, поэтому вы — смелый человек. Не обязательно все знать, не обязательно все уметь и со всем справляться. Просьба о помощи может помочь не только вам решить какой-то вопрос, но и другому почувствовать себя нужным и поддержать вас.

- Каждый день замечайте свои усилия.

Все, что вы делаете, — важно, даже если это только маленькое усилие или маленькое дело. День складывается из усилий и дел, не забывайте увидеть то, что вы сделали, даже если вы считаете это малозначимым. Усилие помогает не поддаваться унынию, усилие помогает следовать плану.

- Правило маленьких шагов.

Болезнь, лечение и любой кризис меняют восприятие жизни, меняют отношение к будущему и прошлому. Учитесь намеренно ставить себе краткосрочные цели, разбивать большие дела на маленькие, чтобы экономить силы и эмоции, чтобы проходить все поэтапно и не думать о том, что еще не произошло.

- Каждый день ищите новое в повседневности.

Длительное нахождение в отделении, в изоляции, в неопределенности утомляет, и вы можете потерять ощущение времени и не заметить, что что-то меняется. Приучайте себя подмечать новое, необычное, делать что-либо по-другому. Новизна снижает тревогу и дает силы, помогает думать о будущем и легче проживать настоящее.

- Каждый день учитесь радоваться.

Сделайте это обязательным упражнением дня. Ответьте на вопросы: «Над чем я могу сегодня посмеяться? Что мне принесло сегодня радость? Кого я порадовал сегодня?». Умение увидеть в ситуации плюсы, положительное заставляет ваш мозг работать, снижает тревогу и депрессию, снимает напряжение.

Таких правил можно назвать еще множество, однако, даже если получится соблюдать несколько из вышеописанных, это поможет вам изменить психологическое самочувствие в лучшую сторону.

Как принять диагноз?

Вам или вашему близкому поставили диагноз. Скоро вы прочтете или узнаете много нового, что в первый момент может испугать вас. Дайте себе время, чтобы принять произошедшие изменения. В первую очередь вам предстоит пройти несколько этапов, меняющих ваше отношение к болезни.

ШОК — буквально испуг или замирание, когда диагноз поставлен. В этот момент ваша психика пытается не допустить эмоциональной боли, с одной стороны, а с другой — большое количество эмоций и чувств наступают сразу: страх, неверие, растерянность, ужас. Дайте себе или своему близкому время, предлагайте и просите конкретную помощь. В этот момент важно, что вы оказались в правильном месте — у доктора, который может назначить вам лечение или направить к компетентному специалисту. В этот момент важны четкие, лаконичные инструкции, понятные слова и меньше разговоров про эмоции. Иногда помогает физический контакт и поддержка — объятия и присутствие рядом.

ОТРИЦАНИЕ — мы привыкли бороться с трудностями за все время эволюции, так же поступает наш мозг и в этот момент. Отрицание — попытка оспорить случившееся, но оно выражается у всех по-разному — кто-то отказывается от посещения врача или больницы, кто-то начинает судорожно искать ошибку в поставленном диагнозе, кто-то останавливается и уходит в себя. Отрицание нужно, чтобы принять факт болезни, так вы или ваш близкий находит больше информации о случившемся, чтобы в итоге подтвердить диагноз врачей. Настойчиво, но не негативно предлагайте вашему близкому проходить все проверки, при этом старайтесь контролировать или предлагать источники информации.

ТОРГ — помогает исследовать пути, как справиться с болезнью. Кто-то ищет источники в нетрадиционной медицине, кто-то в новых начинаниях. Прежде всего, не ругайте себя или своего близкого за эти поиски, но предлагайте золотую середину — обязательное информирование врача о поисках и сочетание с традиционной медициной. Торг — шаг к принятию!

АГРЕССИЯ — все случилось, отрицать болезнь невозможно, поэтому психика предлагает вам новый путь — испытывать сильные эмоции, чаще всего злость на себя или окружающих. Учитесь выражать свою злость безопасно для себя и окружающих: кричите в безопасном месте, бейте подушку, рвите бумагу, пишите письма. Незамечание или постоянное сдерживание своей злости может привести к неприятным последствиям, психика перегружается, и в нужный момент вам будет труднее сдержаться или собраться. Злость показывает, что вы чувствуете себя не в безопасности, поэтому защищайте и поддерживайте себя: идите к психологу, говорите со священнослужителем, безопасно выражайте, описывайте и рисуйте ее, говорите с близкими и родными, берите паузу, ищите ресурсы и точки опоры, которые помогут вам чувствовать себя более защищенными. Направляйте свою злость в конструктивное русло — поиск врача, подготовку к лечению.

ДЕПРЕССИЯ — очень важный момент, когда болезнь уже принята, но эмоциональных сил остается мало. Вы многое прошли и испытали, а сейчас разрешите себе эту усталость, разрешите себе паузу. Депрессия ставит перед вами и вашим близким другой вопрос: «Что я могу делать с тем, что у меня есть?» То есть появляется время, чтобы встроить болезнь и ее лечение в дальнейшую жизнь и понять, что можно изменить. Депрессия — это время отдыха, в том числе чтобы набраться сил и найти цели и смыслы.

ПРИНЯТИЕ — это такое состояние, когда вы понимаете, что болезнь становится лишь частью жизни, жизнь продолжается, изменились обстоятельства.

Каждый этап длится от нескольких дней до нескольких месяцев, в общей сложности занимая от 1,5 года до 3 лет. С каждым новым этапом вы можете проходить все стадии гораздо быстрее или возвращаться на разные этапы. Проходя этот путь, вы учитесь жить в новых обстоятельствах.

Часто бывает, что болезнь трудно принять, потому что она вносит изменения, делает вас или вашего близкого другим, подчиняет определенному распорядку или делает вас менее свободным. Однако новые обстоятельства могут не только лишать чего-то, но и многое давать — вы можете найти новых людей, научиться

чувствовать себя и свои переживания, начать делать что-то, что давно откладывали, стать ближе или прояснить отношения. Перед вами есть выбор — застыть или двигаться, почувствовать, что у вас что-то забрали или что вы можете что-то найти. Конечно, многое придется поменять, однако вы не одни.

Как жить с диагнозом, не впадая в глубокую депрессию?

Депрессия — клинический диагноз, который устанавливается по нескольким признакам. Для депрессии характерны усталость, отсутствие веры в себя, в свои силы, в окружающих, в то, что все будет благополучно. Вы хуже спите, вам трудно сосредоточиться и поддерживать привычные отношения и работоспособность. В вашей жизни и жизни вашего близкого произошло много изменений, и это может способствовать появлению многого из перечисленного выше. Однако вы можете помочь себе, соблюдая некоторые правила безопасности и заботы.

- Все, что вы читаете в Интернете, должно быть из проверенных источников.
- Даже самая точная информация может не иметь отношения к вашей ситуации, потому что не учтены силы вашего организма, особенности реагирования на лечение и многие другие факторы.
- Обязательно налаживать отношения с лечащим доктором — вы партнеры, которые могут помочь друг другу.
- Учиться слушать себя, свой организм, свои эмоции и учиться взаимодействовать с ними.
- Учиться критичности — более рациональному отношению к самым невероятным предложениям, советам, информации.
- Учиться заботиться о себе — отдыхать, говорить «нет», просить о помощи, принимать помощь, находить радость, выходить из негатива.
- Найдите группу поддержки из своих друзей или коллег, профессиональной помощи, пациентов с близким

диагнозом, родных и близких, которым вы можете рассказать о своих переживаниях.

- Не отрицайте, что вам может быть плохо.
- Не занимайтесь только болезнью.
- По возможности давайте себе посильную разрешенную докторами физическую нагрузку и не забывайте о своем здоровье.
- Помните, что вам требуется время, чтобы привыкнуть и выработать новый план, не торопите себя.
- Обратитесь к психологу или психотерапевту.
- Расскажите о своих изменениях доктору или обратитесь за медикаментозной поддержкой к психиатру.

Депрессия может говорить о том, что вы устали бояться, сопротивляться, делать что-то, поэтому подумайте о том, что стоит изменить, чтобы меньше уставать.

Когда стоит обратиться к психологу?

Обращение к помогающему специалисту — психологу, психотерапевту или психиатру — может пугать, но в определенный момент может стать необходимым, чтобы дать разгрузку нервной системе и психике и восстановить чувство психического благополучия.

Онкогематологическое заболевание повышает меру неопределенности в вашей жизни, меняет насыщенность эмоциональных переживаний. Поэтому на определенном этапе ценно попросить поддержки, чтобы выговориться, услышать мнение о вашем эмоциональном самочувствии со стороны, разработать план поддержки себя в трудные моменты.

Работа со специалистами помогает налаживать отношения с самими собой, ведь в вас происходят изменения в связи с теми переживаниями, которые вы испытываете. Помогает использовать ваши же эмоции как помощников, которые могут давать

силы, предупреждать о трудных для вас ситуациях, настраивать на лечение и лучшее эмоциональное самочувствие.

По сути, только вы сами можете понять, когда нужно обратиться за помощью, однако иногда вы настолько перегружены мыслями и заботами, лечением и помощью, что не замечаете, что силы совсем на исходе. Поэтому, если кто-то рекомендует вам пройти консультацию с психологом, не отказывайтесь сразу, расспросите о том, почему вам необходимо это сделать, согласен ли ваш близкий пойти с вами вместе.

Психолог — временная поддержка, с помощью которой вы сможете найти свою внутреннюю опору и справиться с заболеванием.

Можно ли справиться со своим состоянием самостоятельно, без психологической помощи?

Однозначного ответа о том, всем ли нужно обращаться к психологу, нет. Ведь есть много близких к психологической помощи практик, инструментов и возможностей — духовная поддержка, поддержка близких, родных, коллег, творчество, группы общения, внутренние ресурсы. Но все ресурсы могут истощиться, особенно если их не возобновлять. Вы можете сами для себя определить признаки-предвестники, которые предупреждают вас. Например, вы постоянно чувствуете усталость или все видится в темном свете. Однако есть общие показатели, которые могут вас побудить заняться самопомощью или обратиться за помощью — резкое или постепенное радикальное изменение объема общения с окружающими, витальные нарушения — нарушение сна и характера питания, ощущение потери смысла.

Какие виды поддержки существуют?

Сегодня существует много разновидностей психологической помощи. Главное — не бояться искать своего специалиста и направление, которые вам помогают.

Вы можете обратиться за индивидуальной, семейной или групповой поддержкой.

Сосредоточиться больше на проработке эмоций или своих убеждений, научиться какому-либо важному виду поведения,

найти смыслы или сосредоточиться на семейных историях, которые вызывают большой стресс.

Своего специалиста вы можете найти по рекомендации, обратиться в благотворительный фонд, социально-психологические центры вашего города, также вы можете обратиться на федеральную горячую линию поддержки онкологических пациентов **«Ясное утро» 8 800 1000191**, в которой работают психологи в том числе.

Как справиться со страхом рецидива?

Страх — это живая и правильная эмоция, он предупреждает нас об опасности, о ситуации, к которой не хочется больше возвращаться.

Прежде всего научитесь замечать страх, чтобы не чувствовать себя усталым и измотанным, не понимая точно от чего. После того как заметили, что страх есть и как он мешает вам, назовите его прежде всего для себя, а после этого начните помогать себе бороться со страхом.

Не отказывайтесь и не запрещайте себе думать о рецидиве, скорее, отказ и блокирование эмоций приведут к ухудшению эмоционального состояния. С близкими вам по духу людьми, с психологом или самостоятельно продумайте и проговорите, что именно вас пугает больше всего. Выговаривание помогает снижать уровень напряжения.

Помните, что у вас есть контакты врачей, фонда, программы равных консультантов, то есть информационная поддержка всегда рядом с вами.

Иногда тревоги и страхи могут быть также причинами усталости и истощенности. Расскажите своему доктору о том, есть ли у вас в настоящий момент нарушение сна, режима питания, о вашем психологическом состоянии. Возможно, корректирование этих состояний медикаментозно поможет вам чувствовать себя более уверенно и стабильно.

Страх парализует вашу активность, страх меняет приоритеты жизни — вы ждете проверок с ужасом и нетерпением. Поэтому сейчас важно освоить некоторые психологические навыки:

- Сознательное расслабление и техники дыхания.
- Планирование маленьких целей и их достижение.
- Установление и следование режиму.
- Техники представления позитивных возможностей развития событий.
- Своевременное выражение эмоций.
- Перевод страха в действие.
- Переключение на другие эмоции, другую деятельность.

Есть возможность того, что может наступить рецидив, однако, если эти мысли отгораживают вас от жизни, мешают радоваться, учиться, жить, важно помочь себе увидеть это состояние и своевременно попросить о помощи.

Что делать в случае рецидива?

В случае рецидива помните, что вы уже многое знаете и умеете, у вас есть контакты врачей и фонда, вы не одни.

От вас сейчас потребуются много усилий, чтобы на некоторое время отложить эмоции и заняться своим здоровьем.

Составьте список вопросов, которые вам важно было бы задать врачу.

Составьте список вопросов, которые вы можете задать равным консультантам.

Возможно, вам важно уделить время и поговорить с близкими, это поможет перераспределить обязанности и составить план действий на ближайшее время.

Вам могут приходить мысли о бесполезности усилий, о том, что вы устали и не хотите проходить через лечение повторно. Дайте себе время обдумать эти мысли и то, с кем их можно обсудить. Возможно, именно сейчас вам требуется больше поддержки со стороны близких и врачей, чтобы принять взвешенные решения, верные именно для вашей ситуации.

Очень помогает напомнить себе, ради чего вы или ваш близкий проходит лечение — вырастить детей, попутешествовать, заняться своим делом, вместе сделать что-то, что долго откладывали.

Как адаптироваться к жизни в ремиссии?

Вы прошли непростое лечение. Не торопитесь сразу возвращаться в повседневную жизнь, делайте это постепенно, рассчитывая и сохраняя силы.

В первую очередь возьмите у врача график рубежных проверок, которые вам предстоят ближайшее время.

Уточните, как наблюдать и ухаживать за собой после лечения, что требует пристального внимания, а также узнайте о возможностях реабилитации и поддержки себя.

Если вы длительное время провели в стационаре, возвращение домой потребует новой организации пространства и времени. Попросите ваших родных и близких о помощи и распределении обязанностей. В том числе возьмите что-то на себя.

Если вы планируете выйти на работу, постарайтесь организовать постепенное погружение — возможность выйти удаленно или с ограниченным по времени графиком.

Вы можете заранее предупредить коллег и знакомых о своей готовности или неготовности отвечать на вопросы. Но важно заранее продумать, хотите ли вы отвечать на вопросы и что вы хотите сказать.

В первое время вы можете чувствовать растерянность, что многое изменилось, что вы, возможно, не знаете, как и куда двигаться дальше. Если получится, дайте себе время принять произошедшие изменения и отпустить то, что уже не сможет вернуться.

В том числе вы можете попробовать что-то новое — обучение, группы поддержки, написание книги, творчество — все то, что поможет вам чувствовать себя лучше.

Поддержка близких и как не замкнуться в себе?

Потребность отгородиться, побыть одному, прекратить все контакты может быть как признаком психологического благополучия, так и важной потребностью восстановить силы и уверенность, составить план.

Если вы замечаете, что ваш близкий отстраняется, молчит, избегает говорить на темы заболевания, дайте ему или ей время, но находитесь рядом.

Старайтесь включать его или ее в повседневные дела.

Предлагайте конкретную помощь, которая вам посильна в настоящий момент, или спрашивайте, чем помочь.

Фильмы, книги, творческие поделки — все это может переключать вашего близкого с тяжелых мыслей.

Вы можете делать что-либо вместе, но помните, что важно, чтобы ваш близкий стремился прилагать усилия тоже.

Слушайте. Иногда ваш близкий говорит, что ему плохо, но в суете, в заботах можно забыть услышать его.

Верьте, ваше присутствие очень важно для уверенности вашего близкого.

Как побороть страх смерти?

Онкогематологическое заболевание в связи с высокими рисками и высокой мерой неясности, неопределенности сопряжено со страхом смерти и паническими состояниями.

Не бойтесь обсуждать между собой вопросы смерти, это может помочь в выражении своих переживаний, в снятии напряжения с темы и в налаживании большей близости друг с другом.

За страхом смерти могут стоять страх физической боли, страх причинить неудобство и доставить переживания родным, страх оставить семью в материальном неблагополучии и многое другое. Вы можете проговорить вопросы обезболивания и паллиативного сопровождения, найти варианты помощи на дому, заняться подготовкой документов или отпраздновать значимые для вас моменты.

Иногда разговоры о смерти запрещены в семье, но это вызывает еще большее напряжение, потому что каждый думает об этом, но боится обсуждать тему смерти, дабы не потревожить близких. В смерти есть физиологическая, юридическая, организационная, материальная и духовная стороны. Разговоры обо всех ее сторонах могут помочь почувствовать себя живым и живущим, желающим жить.

Панические атаки и что с ними делать?

Панические состояния могут возникать от длительных напряженных переживаний, которые не находят выхода, не выражаются. Для панической атаки характерны внезапное сердцебиение, потеря контроля управлять дыханием и движениями, потливость и дезориентация. Эти признаки могут быть вызваны конкретной ситуацией, но произойти в любое время.

Самой лучшей профилактикой считается психогигиена — снятие физического напряжения через разрешенную спортивную нагрузку, работа со своими эмоциями и страхами.

В непосредственной ситуации нужно обязательно выполнить несколько дыхательных циклов, опустив голову между коленей. Также можно сделать от 5 до 7 вдохов-выдохов в бумажный или пластиковый пакет. Вы можете положить пальцы на свой пульс и сознательным усилием и дыханием стараться замедлять его.

Если вам трудно контролировать эти состояния, важно обратиться к психиатру за медикаментозной поддержкой и проработать эти состояния с психологом.

Чем дольше вы откладываете помощь себе, тем труднее может получиться справиться с ними. Позаботьтесь о себе.

Рассказывать ли родным о своих процедурах и побочках?

В случае, если процедуры и побочные эффекты меняют качество жизни, могут угрожать вашему физическому благополучию, лучше рассказать об этом вашим близким или друзьям, оказывающим вам поддержку. Иногда эти состояния внезапны и трудно контролируемы, поэтому для оценки рисков вам важно обсудить эти вопросы с лечащим доктором.

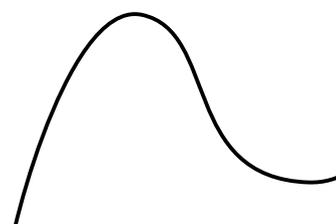
Смогу ли я вернуться к своему привычному внешнему виду после лечения?

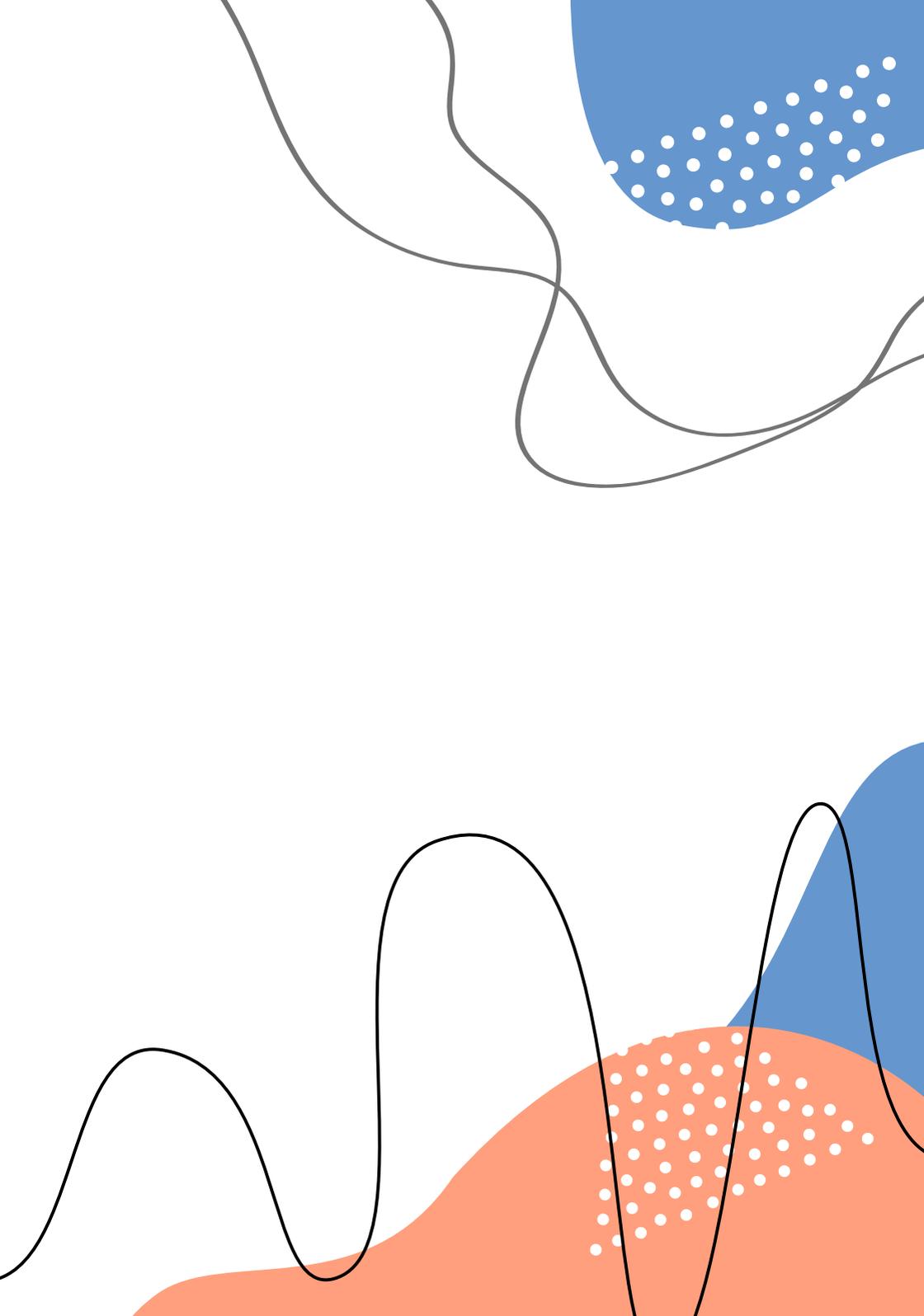
Не всегда лечение изменяет внешность пациентов. Однако некоторые процедуры меняют как внешне, так и внутренне ваши физические особенности и качество жизни. Перед началом лечения или в его процессе вы можете обсудить вопросы внешних изменений с лечащим доктором.

Если болезнь сильно сказалась на вашей внешности, и вас это пугает, в первую очередь договоритесь с собой, что какой-то отрезок времени вы даете себе на восстановление. В это время вы можете носить шапки, платки, объемную одежду. Привыкнув к этим изменениям, вам легче начать с ними работать.

Если вы считаете, что от изменения внешности изменится отношение к вам окружающих, то не игнорируйте эти мысли. Каждый день вы можете вставать перед зеркалом и сознательным усилием обращать внимание на отдельные свои части и на себя целиком. Подумайте о том, что произошедшие изменения помогли вам выздороветь. Попросите близких и родных поддерживать вас.

Если кто-то из окружения изменил свое отношение к вам, потому что ваша внешность изменилась, возможно, это поможет вам увидеть тех людей, которые остались верны вам, помогают и поддерживают вас, верят и видят в вас больше, чем внешность.





ВОЗМОЖНЫЙ СПИСОК ВОПРОСОВ К ВРАЧУ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ДВКЛ

Вопросы, связанные с самим заболеванием:

- 1 Что обозначает данная формулировка диагноза?
- 2 Какие возможные причины развития заболевания?
- 3 Как часто В - клеточная лимфома встречается среди пациентов с лимфомами?
- 4 Может ли заболевание передаваться по наследству?
- 5 В каком возрасте чаще диагностируется В - крупно клеточная лимфома?
- 6 Какие существуют варианты течения заболевания?
- 7 В каком проценте случаев удается достигнуть полной ремиссии?
- 8 Какие необходимы дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза?

Вопросы по лечению:

- 1 Какие методы лечения существуют в настоящее время?
- 2 По каким критериям врач выбирает схему терапии?
- 3 Сколько по времени длится курс химиотерапии?
- 4 Сколько всего необходимо пройти курсов?
- 5 Лечение осуществляется амбулаторно или в стационаре?
- 6 В каком случае назначается лучевая терапия?

- 7 Через какое время оценивается эффективность проводимой терапии?
- 8 Какие побочные эффекты могут возникнуть во время химиотерапии?
- 9 Какие в настоящее время существуют методы профилактики побочных эффектов?
- 10 Какая стратегия при неэффективности лечения?
- 11 Лечение проводится только по ОМС?
- 12 Как часто необходимо проводить контрольное обследование у врача?
- 13 Как лечение может повлиять на репродуктивное здоровье?

Вопросы по образу жизни:

- 1 Как может измениться мое самочувствие на фоне лечения?
- 2 Смогу ли я работать между курсами химиотерапии?
- 3 На какие симптомы важно обращать внимание?
- 4 Какие рекомендации по образу жизни необходимо выполнять?
- 5 Что мне категорически противопоказано?
- 6 Какие существуют рекомендации по питанию?
- 7 Могу ли я заниматься спортом?
- 8 Мне можно встречаться с друзьями, ходить в общественные места и путешествовать между курсами химиотерапии?
- 9 Как может измениться моя внешность?
- 10 С моим заболеванием присваивается группа инвалидности?

ПОЛЕЗНЫЕ РЕСУРСЫ

Пациентские организации

Благотворительный фонд «Фонд борьбы с лейкемией»

Оказывает помощь взрослым пациентам старше 18 лет с онкологическими заболеваниями системы крови.

 www.leikozu.net

 +7 (916) 838-81-34

ВООГ «Содействие»

Юридическая поддержка пациентов с онкогематологическими и онкологическими заболеваниями в случае нарушения права на необходимую медицинскую помощь в целом и обеспечение жизненно-важными лекарственными препаратами в частности.

 www.sodeystvie-cml.ru

 info@sodeystvie-cml.ru

Ясное Утро

Круглосуточная горячая линия помощи онкобольным и их близким.

 www.yasnoeutro.ru

 8 (800) 100-01-91

Интернет-портал для пациентов

Portal.leikozu.net

Информационный портал Фонда борьбы с лейкемией для пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

Государственные организации

Фонд Социального Страхования РФ (ФСС РФ)

 107078, Москва, Орликов переулок, За

 www.fss.ru

 +7 (495) 668-03-33

Страховые организации

Для получения консультации и помощи от страхового представителя, номер телефона указан на вашем полисе ОМС.

С. С. Семочкин, О. С. Грицай, К. Э. Шамансурова

ВСЕ, ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ДИФFUЗНОЙ
В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЕ

Руководство для пациентов

Дизайн, верстка, корректура – АО ФИД «Деловой экспресс»

Подписано в печать 25.03.2022. Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 5,25.
Тираж: 3000 экз.

АО ФИД «Деловой экспресс»,
125167, г. Москва, ул. Восьмого Марта 4-я, д. 6А.
Тел. (495) 787-52-26, order@dex.ru
www.dex.ru

Отпечатано в ООО «ТДДС-СТОЛИЦА-8»,
111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1

