«ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ»

Лимфома Ходжкина

Информационное издание для пациентов

WWW.RAKPOBEDIM.RU

ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА

МОД «Движение против рака»
при поддержке
НП «Равное право на жизнь»

Бесплатная информационная и юридическая помощь онкологическим пациентам

8 985 765 75 32

Телефон группы по работе с обращениями пациентов и их близких

---

www.ravnoepravo.ru

www.rakpobedim.ru

ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ

ЛИМФОМА ХОДЖКИНА

Информационное издание для пациентов

Москва

2018

Оформление серии И. Голыженкова
Рисунки Е. Крысинская

к.м.н. Лали Бабичева
Лимфома Ходжкина. – М., 2018.

Благодарим за помощь в подготовке буклета
юриста Ларису Звереву,
ведущего психолога-супервизора службы помощи
онкологическим пациентам «Ясное утро» Ольгу Плющеву.

© Движение против рака

В соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» информация о рецептурных лекарственных средствах, представленная в данном буклете, предназначена для специалистов в области здравоохранения и медицины и не является рекламой. Представленная информация о лекарственных средствах не может быть использована пациентами для принятия решения о приобретении или об использовании лекарств, изменении режима и способа их применения, не может рассматриваться как рекомендация пациентам по диагностике и лечению каких-либо заболеваний и не может служить заменой консультации с врачом. Точка зрения, изложенная в представленных материалах, может не отражать официальную точку зрения уполномоченных государственных органов и не совпадать с мнением компаний – производителей лекарственных средств и другой медицинской продукции (если прямо не указано обратное). Издатели и авторы не несут ответственности за возможные негативные последствия использования данной информации потребителями, не являющимися специалистами, и настоятельно советуют читателям тщательно проверять любую информацию и не применять на практике полученные сведения без предварительной консультации с врачом. Упоминание в буклете лекарственных средств, способов их применения и методов диагностики не означает, что издатели и авторы рекомендуют их или отдают им предпочтение.

Зачем мы написали эту книгу?

Онкологическим пациентам часто бывает сложно разобраться, что с ними происходит, почему они заболели, почему рак дает те или иные осложнения и почему их лечат так, а не иначе. А лечащему врачу часто некогда объяснять все эти тонкости пациенту: у него поток больных и нет времени разговаривать с каждым. Поэтому НП «Равное право на жизнь» и МОД «Движение против рака» при поддержке врачей, психологов, юристов и пациентов, победивших рак, запустили бесплатную серию книг «Школа пациентов», чтобы ответить на вопросы, которые возникают в ходе лечения.

Этот выпуск посвящен лимфоме Ходжкина. Мы расскажем, как и почему возникает это заболевание, как протекает, как его лечат. А также дадим советы, как настроиться на лечение и не опускать руки и что делать, если нужное лекарство не предоставляют бесплатно. Надеемся, что эта книга будет вам полезна!

СОДЕРЖАНИЕ

I глава **Стр. 6**

Диагноз

Почему со мной это произошло? Что это за болезнь?
Точная диагностика.

II глава **Стр. 17**

Моральная поддержка

Как принять диагноз и настроиться на лечение?
Как рассказать об этом семье?

III глава **Стр. 22**

Терапия

Выбор тактики лечения, химиотерапия, лучевая терапия.

IV глава **Стр. 28**

Лечение рецидивирующей лимфомы Ходжкина

**Что делать, если стандартное лечение не помогает?
Новые возможности терапии. Что такое трансплантация костного мозга? Как не опустить руки, когда болезнь вернулась?**

V глава **Стр. 33**

Лечение побочных эффектов терапии

Тошнота и рвота, алопеция, инфекции и показатели крови, как родить здорового ребенка после лечения, образ жизни.

VI глава **Стр. 40**

Реабилитация после лечения

Как не пропустить рецидив? Как начать жить после лечения?

VII глава **Стр. 44**

Как получить бесплатное лечение

Основные права пациентов, диспансерный учет, отказы в лечении, инвалидность, получение препаратов в другом городе, паллиативная помощь, куда жаловаться, покупать ли лекарства за свой счет, работа и инвалидность, паллиативная помощь.

Диагноз

Что это за болезнь? Почему со мной это произошло? Точная диагностика.

Лимфома – это наиболее часто встречающееся опухолевое заболевание кроветворной и лимфоидной тканей. Лимфатическая система представляет собой сеть сосудов и лимфатических узлов, пронизывающих все тело. В этих сосудах течет чистая жидкость – лимфа, в состав которой входят белые клетки крови – лимфоциты. Существует два основных вида лимфоцитов – В- и Т-клетки.

Есть два основных вида лимфом – лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз) и неходжкинские лимфомы.

При лимфоме Ходжкина определенный вид лимфоцитов (В-лимфоциты) начинает делиться неконтролируемо, а также теряет способность бороться с инфекцией. Избыток этих клеток собирается в лимфатических узлах, которые увеличиваются в размерах. Наиболее частый симптом заболевания – безболезненное увеличение лимфатического узла, чаще всего на шее, в подмышках, редко – в паху.

Впервые признаки этого заболевания описал английский врач Томас Ходжкин в 1832 году. Позднее, в конце XIX и начале XX века, исследователи Рид и Штернберг обнаружили и описали особые, характерные только для лимфомы Ходжкина, клетки большого размера. Раньше Штернберга в России эти клетки описал ученый Березовский. Поэтому мы называем их клетки Березовского-Рида-Штернберга.

Лимфома Ходжкина встречается реже, чем неходжкинские лимфомы, приблизительно 1 случай на 25 тысяч населения в год. В России в 2016 году было зарегистрировано около 3 тысяч новых случаев заболевания (меньше 1% от общего числа злокачественных заболеваний). Лимфомой Ходжкина

болеют и взрослые, и дети, но чаще всего молодые люди в возрасте между 20 и 30 годами. Также риск возникновения лимфомы Ходжкина повышен у лиц старше 55 лет. Заболевание несколько чаще встречается у мужчин. Лимфомой Ходжкина редко болеют дети до 5 лет. От 10 до 15% случаев диагностируется у детей старше 5 лет и подростков.

Почему со мной это произошло?

Лимфома Ходжкина возникает при изменении (мутации) ДНК в В-лимфоцитах. Нарушение в ДНК приводит к неконтролируемому делению и росту этих клеток. Но что именно приводит к этой мутации, точно неизвестно.

Выявлено несколько факторов риска.

- Заболевание, ослабляющее иммунитет.
- Прием лекарственных препаратов, ослабляющих иммунитет (например, иммунодепрессанты при трансплантации).
- Наличие вируса Эпштейна – Барр, вызывающего инфекционный мононуклеоз.
- Перенесенные ранее неходжкинские лимфомы (возможно, из-за проводившейся химио- или радиотерапии).
- Вероятность заболеть несколько выше у людей, чьи близкие родственники (родители, родные братья и сестры или дети) перенесли лимфому Ходжкина. Не совсем ясно, связано это с наследственностью или со сходным образом жизни.
- Лишний вес или ожирение (этот фактор риска чаще отмечается у женщин).
- По некоторым данным, работа на химических производствах может стать предрасполагающим фактором заболевания.

Наличие одного или нескольких факторов риска совершенно не означает, что человек заболеет лимфомой Ходжкина, так же как и полное отсутствие каких-либо предрасполагающих моментов не дает гарантий, что болезни Ходжкина никогда не будет.

С чего начинается болезнь – симптомы заболевания

Чаще всего пациенты замечают у себя увеличенный лимфоузел, и именно с этого начинается постановка диагноза. В отличие от инфекции, которая провоцирует резкое и болезненное увеличение лимфоузлов, при лимфоме лимфатические узлы увеличиваются постепенно, обычно в течение нескольких месяцев, прежде чем на них обращают внимание. Чаще лимфоузлы локализуются на шее или под мышкой. Хотя это увеличение не сопровождается никакими неприятными ощущениями, иногда болезненность возникает после потребления алкоголя.

Также среди общих симптомов могут быть выраженная ночная потливость, зуд кожи, лихорадка, неспровоцированная усталость, необъяснимая потеря веса, кашель, затрудненное дыхание, боль в грудной клетке.

Другие возможные, хотя и более редкие симптомы обусловлены местом, где в организме расположен увеличенный лимфоузел. Например, он может расти рядом с нервом, давить на него и вызывать боль. Если опухоль пережимает лимфатические сосуды и затрудняет отток лимфы от конечностей, это приводит к отекам.

Нередко опухоль локализуется в средостении, что приводит к затруднению дыхания, кашлю, одутловатости лица.

Все эти симптомы не являются специфичными именно для лимфомы Ходжкина. Но если они появились и не проходят в течение некоторого времени, это серьезный повод обратиться к врачу. Чем раньше будет поставлен правильный диагноз, тем выше шанс на полное излечение. Но и на более поздних стадиях заболевания современные методы позволяют добиться длительной ремиссии и даже полного излечения.

Какие нужны исследования для постановки точного диагноза?

Точно поставленный диагноз с уточнением гистологической формы и стадии заболевания – залог успешного лечения. Современные методы позволяют уточнить все необходимые детали самого заболевания и контролировать эффективность принятой тактики лечения.

При подозрении на лимфому Ходжкина необходимо сделать ***полный общий клинический анализ крови***. При этом определяют количество клеточных элементов крови: эритроцитов, белых клеток крови (лейкоцитов, лимфоцитов), тромбоцитов. Нормальные значения являются нестрогими, они отличаются для мужчин и женщин, есть и небольшие возрастные отличия.

На ранних стадиях лимфомы Ходжкина все показатели могут соответствовать норме. Снижение числа нормальных клеток крови, уменьшение гемоглобина и гематокрита (признаки анемии), увеличение СОЭ являются тревожными показателями и могут говорить о поражении костного мозга.

Проводят также ***биохимический анализ крови***, проверяя работу почек (содержание мочевины и электролитов), печени (активность печеночных ферментов – аланин-аминотрансферазы, аспартат-аминотрансферазы, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы, уровень билирубина, альбумина). Важным показателем при лимфомах является уровень лактатдегидрогеназы.

ВИЧ-инфекция повышает риск развития лимфомы Ходжкина, поэтому обязательно проводят тест на вирус иммунодефицита человека, а также на вирус гепатита В и С.

Для подтверждения диагноза лимфомы Ходжкина необходимо обнаружить клетки Березовского-Рида-Штернберга. Для этого проводят *биопсию увеличенного лимфоузла* – такое исследование является основным при диагностике этого заболевания.

При исследовании в лаборатории тканей удаленного лимфоузла также определяют гистологическую форму заболевания, от которой во многом зависит тактика лечения.

Проведение биопсии

Процедуру проводит врач-хирург в специализированном медицинском учреждении. Если увеличенный лимфоузел находится близко под кожей, то для обезболивания достаточно сделать один или несколько уколов вокруг. При этом можно есть и пить как обычно. Если же он расположен глубоко, то биопсию проводят под общим наркозом. Обычно это требует предварительной консультации с врачом-анестезиологом, который даст необходимые рекомендации.

Для более точной диагностики рекомендуется полное удаление пораженного узла. При этом выбирают или самый крупный узел, или тот, который увеличился раньше других.

Обязательно нужно сообщить врачам обо всех принимаемых лекарствах, о непереносимости каких-либо препаратов, а также о сопутствующих заболеваниях. Во время процедуры врач сделает небольшой надрез, через который удалит лимфоузел, а затем наложит несколько швов и маленькую повязку.

Результаты исследования могут быть готовы в течение 10–14 дней. Это довольно нервное время, которое легче пережить вместе с близким человеком. Иногда требуется повторная биопсия, если полученный материал был слишком скудным для достоверного исследования.

При постановке диагноза полученный биопсийный материал подвергают иммуногистохимическому исследованию – это современный метод выявления различных видов лимфоцитов.

Так как все клетки организма (в том числе и опухолевые) имеют на своей поверхности набор строго определенных для каждого вида клеток белков – антигенов (их еще называют маркерами), то если такой набор находят в исследуемом образце, это говорит о наличии в нем данных клеток. При иммунофенотипировании к исследуемому образцу добавляют специальные антитела,

взаимодействующие только с опухолевыми антигенами. Если есть опухолевые клетки с соответствующими антигенами, то образуется комплекс антиген–антитело.

Как определяется стадия заболевания?

Для определения распространенности заболевания проводят всестороннее исследование органов и тканей.

Обязательно делают ***рентгенографию грудной клетки***. Этот простой метод позволяет выявить увеличенные лимфоузлы в корне легкого и в средостении, установить наличие жидкости в грудной клетке (плеврит). Для уточнения распространенности процесса и степени вовлечения в опухолевый процесс лимфоузлов и внутренних органов используют современные методы визуализации.

Один из самых доступных методов – ***компьютерная рентгеновская томография***, при которой получают детальные послойные изображения исследуемой области, на которых можно определить величину лимфоузлов, а также изменения формы и размеров внутренних органов.

***УЗИ (ультразвуковое исследование)* брюшной полости позволяет обнаружить увеличенные лимфоузлы, а также оценить состояние печени, селезенки и почек. *МРТ (магнитно-резонансная томография)* при лимфоме Ходжкина выявляет состояние лимфоузлов и уточняет вовлечение в процесс внутренних органов или мягких тканей.**

К самым современным методам диагностики опухолевых заболеваний и оценки эффективности противоопухолевой терапии относят ***ПЭТ/КТ***. Это комбинация двух методов – позитронно-эмиссионной и компьютерной рентгеновской томографии. При исследовании вводят радиоактивные фармацевтические препараты, позволяющие определить наличие злокачественного процесса, а компьютерная томография точно определяет расположение и размеры опухоли. При лимфоме Ходжкина метод применяется как на этапе диагно-

стики, так и для контроля проводимого лечения, повторного определения стадии заболевания после курсов терапии и наблюдения за состоянием пациента в период ремиссии и реабилитации.

Для выявления поражения костного мозга необходима трепанобиопсия подвздошных костей с морфологическим исследованием. Эта процедура продолжительностью 10–15 минут выполняется обычно под местным обезболиванием, в положении лежа на животе, специальной иглой выполняется прокол кожи в области тазовой кости. На анализ берут жидкий костный мозг и кусочек кости. Возможно проведение процедуры под общим наркозом. Вопрос выбора обезболивания лучше обговорить с лечащим врачом, поскольку, несмотря на местную анестезию, чувствительность может сохраняться. Результаты анализа будут готовы через 7–10 дней.

В некоторых случаях используют ***эндоскопические методы исследования***: бронхоскопию и гастроскопию прежде всего, а также хирургические методы диагностики (например, лапароскопию или торакоскопию) при сложном доступе или расположении опухолевых узлов в грудной клетке или брюшной полости.

Все инструментальные методы имеют показания и противопоказания. Когда их назначают, обязательно следует выяснить у врача, какие результаты он надеется получить, есть ли более информативные или более безопасные варианты, уточнить, какие противопоказания или осложнения есть у данного исследования, как оно проводится и какая подготовка требуется.

Классификация и стадии лимфомы Ходжкина

Лимфома Ходжкина отличается значительным разнообразием гистологических вариантов. Для постановки диагноза в пораженном лимфатическом узле должны наблюдаться не только характерные клетки Березовского-Рида-Штернберга (Рид-Штернберга в зарубежной литературе), но и определенный фон из нормальных лимфоцитов, плазматических клеток и эозинофилов.

Согласно классификации ВОЗ от 2016 года, в которой учитываются данные иммуногистохимического исследования, выделяют следующие формы заболевания: классическая лимфома Ходжкина (наиболее частая, до 90–95% всех случаев), нодулярное лимфоидное преобладание (встречается намного реже, у 5–10% заболевших).

Классическая форма заболевания, в свою очередь, имеет четыре гистологических варианта:

– вариант, богатый лимфоцитами;
– нодулярный склероз;
– смешанно-клеточный вариант;
– лимфоидное истощение.

Нодулярное лимфоидное преобладание отличается от классической лимфомы по клиническим, гистологическим и иммунофенотипическим свойствам: чаще отмечаются локальные стадии и благоприятное течение.

Выделение гистологических вариантов лимфомы Ходжкина очень важно для выбора правильной тактики лечения. При этом современные методы лечения эффективны при всех формах заболевания.

Стадии заболевания

Лимфома Ходжкина имеет четыре стадии.

Стадия 1

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

Очень часто болезнь начинается с шейных лимфоузлов. Лечение 1-й стадии обычно включает четыре-шесть курсов химиотерапии, количество зависит от времени наступления ремиссии. При наличии большой остаточной опухоли может быть назначена лучевая терапия.

Стадия 2

В процесс вовлечены две или более группы лимфоузлов или один внутренний орган и одна и более группа лимфоузлов. В обоих случаях локализация поражения должна быть по одну сторону от диафрагмы. Диафрагма – это мышца, расположенная внутри грудной клетки. Ее используют для определения стадии лимфомы Ходжкина, потому что она делит тело человека на верхнюю и нижнюю половины. Лечение аналогично лечению 1-й стадии – четыре-шесть курсов химиотерапии, в некоторых случаях назначают лучевую терапию.

Стадия 3

Поражены лимфоузлы по обе стороны от диафрагмы. При лечении обычно проводят от шести до восьми курсов химиотерапии, применяют комбинации со стероидами, а также при наличии остаточной опухоли назначают лучевую терапию. Если в процесс вовлечена селезенка (большой по размеру непарный орган, расположенный в брюшной полости, часть лимфатической системы, собирающий поврежденные или состарившиеся клетки крови), то к стадии могут добавить букву S. Иногда делают уточнение CS – вовлечение селезенки установлено на основании клинической картины заболевания, PS – при лапаротомии. Распространение опухоли за пределы лимфатической системы обозначают буквой E.

Стадия 4

Поражены множественные группы лимфоузлов, в процесс вовлечены печень, кости, легкие. Ее еще называют распространенной или диссеминированной. Поражение печени и костного мозга всегда расценивается как 4-я стадия. При лечении может быть до восьми курсов химиотерапии (в том числе многокомпонентной) и по показаниям – лучевая терапия.

Наличие ***дополнительных общих симптомов*** заболевания обозначают буквой B, например стадия 2B.

К таким симптомам относятся:

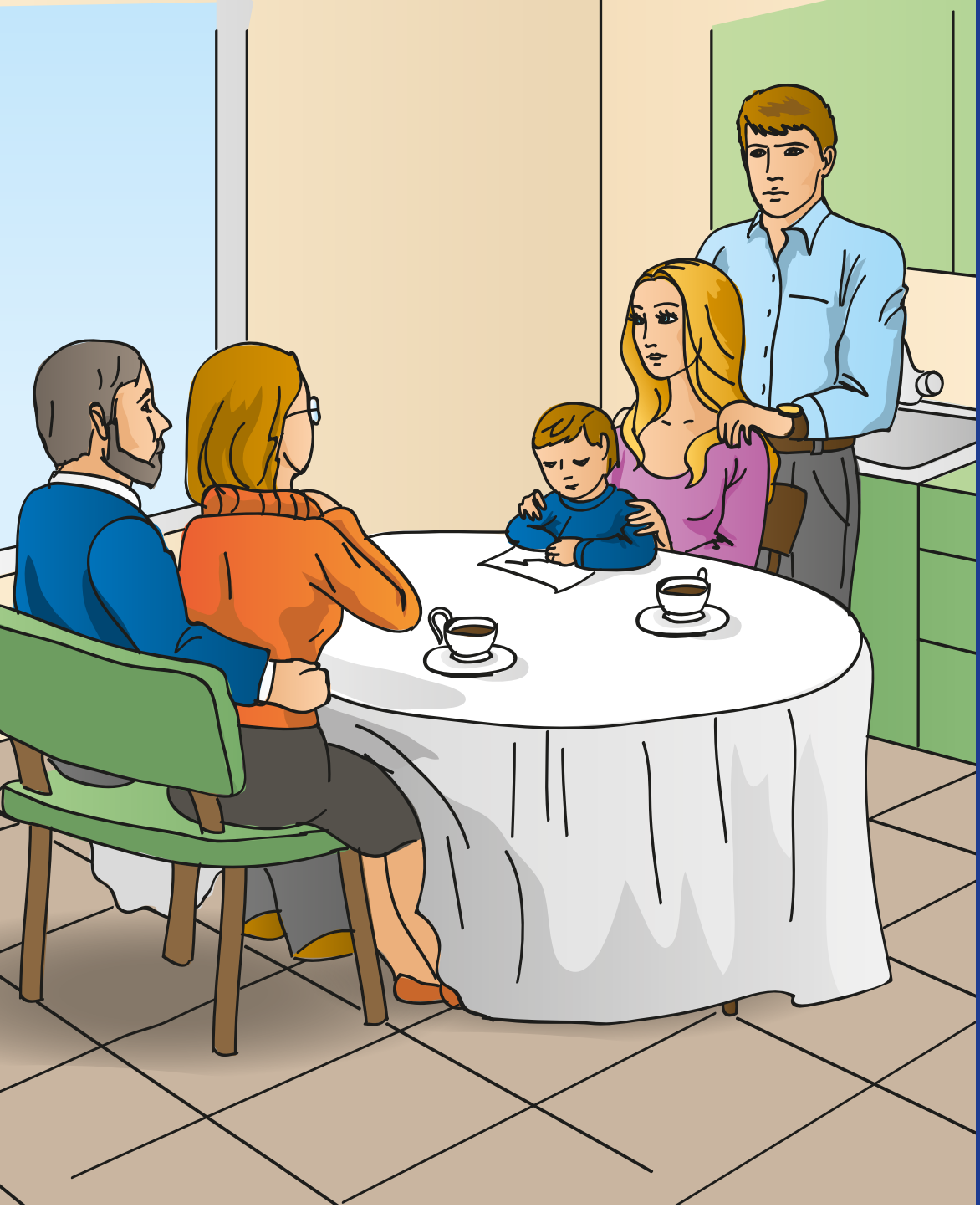
- выраженная потливость по ночам;
- частые подъемы температуры выше 38 градусов (в том числе ночные);
- неожиданная потеря веса (больше чем на 10%) за последние шесть месяцев.

При отсутствии симптомов к стадии добавляют букву А (например, 1А). К начальным стадиям лимфомы Ходжкина относят 1 или 2А.

Рецидивирующая лимфома Ходжкина

В некоторых случаях после лечения болезнь возвращается. В таких случаях говорят о рецидивирующей лимфоме Ходжкина. Лечение этой формы требует применения современных препаратов и часто включает пересадку костного мозга.

Определение гистологического вида и стадии процесса – чрезвычайно важная часть диагностики лимфомы Ходжкина, так как определяет тактику лечения, выбор препаратов и продолжительность терапии.



II ГЛАВА

Моральная поддержка

Как преодолеть шок от известия о диагнозе и настроиться на лечение? Как рассказать о болезни семье?

Известно, что как только человек узнает, что ему поставлен диагноз, который может изменить его жизнь, он постепенно проживает ряд стадий принятия новой для него информации и жизни. И первая стадия – это шок. Далее последовательно идут отрицание (попытка отменить, вытеснить неприятную информацию), гнев (поиск виновного, агрессия на себя, окружающих, обстоятельства), торг (попытка любыми способами изменить случившееся, договориться с Богом), подавленность или депрессия (когда ситуация кажется ужасной и неизбежен плохой конец).

Прожив эти чувства и мысли, человек переходит к пониманию, что болезнь на какое-то время стала частью его жизни, требуется учитывать это обстоятельство и требуется продолжать по-прежнему заботиться о себе, но уже в других условиях, используя новые действия. Для проживания и такого принятия каждому человеку требуются свое время и свои способы.

Шок, с которого начинается эта «работа», является естественным этапом. Когда мы узнаем то, чего нет в нашей картине жизни, мы реагируем испугом, либо цепенея на какое-то время, либо скрываясь от опасности. Так и после получения информации о болезни человеку требуется время для восстановления своей «картины мира», вопрос только в том, как долго оно продлится: несколько часов или несколько дней.

Часто принятие решения о лечении не ждет промедления, и у человека нет этих дней на избегание проблемы. Зная это, позвольте себе побыть какое-то время в тишине, но не позволяйте себе оставаться в этом надолго. Начинайте формировать ближайшее будущее: что будете делать сегодня вечером, завтра, когда пойдете к врачу, какие вопросы будете ему задавать, кого из близких позовете на выручку. Близким не стоит «трясти» человека и приводить в себя, если он замкнулся на несколько часов, но если это продол-

жается несколько дней или своими действиями человек причиняет себе вред – нужна ваша поддержка. Мягко обратитесь к нему, расспросите о самочувствии, предложите свою помощь (приготовить еду, отвести к врачу, помочь по хозяйству), сделайте что-то вместе с ним.

Что мы чувствуем, когда узнаем о своей болезни?

Эмоциональная реакция на болезнь – это естественно. Она зависит от нашего темперамента, характера, взглядов на жизнь и в меньшей степени от возраста, пола и социального статуса. Болезнь (ее протекание, условия лечения и возможные осложнения) меняют привычный образ жизни и планы. Онкологические диагнозы вызывают первые ассоциации со смертью и, таким образом, сильно влияют на все наши ценности, цели и смыслы, а то и отменяют их. То, что вчера было важным (новая машина, отдых на море, вкусная еда), кажется больше невозможным или теряет свое значение. Чем больше жестких и далеко идущих планов построил человек, тем тяжелее ему от них отказаться и принять необходимость внесения корректив.

Отчаяние и безнадежность – частые спутники онкологических заболеваний. И здесь важно не потерять своих прежних интересов и найти силы для восстановления и построения новых ценностей и задач. В этом могут помочь психологи и психотерапевты.

Но бывает и обратная реакция – человек пренебрегает необходимостью лечения, так как не может отказаться от задуманного или изменить свои планы. «Мне некогда сейчас заниматься лечением, на работе аврал/муж болен/ребенок поступает в институт/надо строить дачу…». Эта эмоциональная реакция скорее говорит о затянувшемся процессе «отрицания» и опасна промедлением в лечении. Позволить себе отдых, разделить ответственность со своими близкими и обратиться за помощью – важные навыки, но которые зачастую приобретаются только благодаря самой болезни.

Как рассказать о болезни детям, своим родителям? Отношения с друзьями, с любимыми

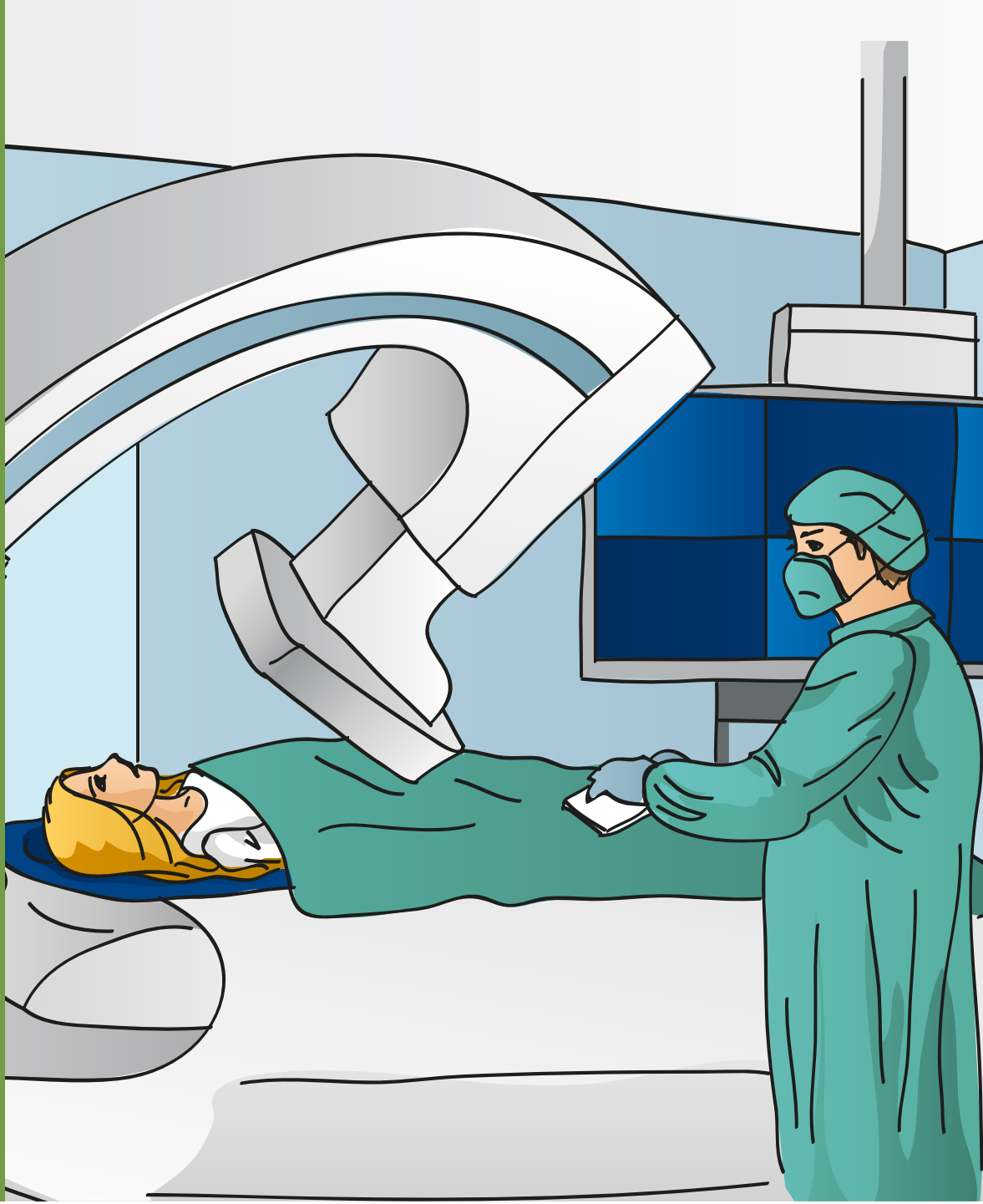
Зачастую болезнь, особенно та, которая требует длительного лечения, влияет на всех членов семьи пациента. Родственники практически идентично проживают все те же стадии принятия болезни, что и их близкие. Им также необходимо выстроить свои планы, распределить свои силы, учитывая новые условия, сопровождающие этап лечения. Зачастую дети или пожилые люди вызывают беспокойство тем, как они будут реагировать на известие о болезни близкого. Но замалчивание о диагнозе, как правило, становится еще большей проблемой. Даже маленькие дети замечают изменения в поведении и образе жизни близкого человека и начинают строить свои догадки об их причинах, а они могут быть еще опаснее действительности и приводить к конфликтам и нарушению поведения.

Важно найти место и время для разговора со своими близкими. Не пытайтесь скрыть страх и грусть, которые вы чувствуете, они все равно их заметят. Лучше обсудите их совместно, ведь и они, возможно, их испытывают, а переживать в одиночку значительно сложнее. Такие разговоры дают больше ясности в вопросах разделения ответственности, так как время и обязанности могут измениться. Обсудите дела по хозяйству, общению с детьми и сопровождению в лечебные учреждения.

Маленьким детям также важно знать, что к ним могут обратиться за помощью (принести чашку, укрыть пледом, почитать книгу). А то, что мама/папа/-бабушка стали меньше играть с ним, означает, что им требуется больше времени на отдых, а не то, что они стали меньше его любить.

Никто не виноват в болезни. Изменились условия жизни, но не изменились ваши чувства к близким и друзьям. И вы, и они имеют право на счастье,

отдых и удовольствия. Не забывайте и не давайте другим из-за вашей болезни забывать об этом. Поддерживайте свои интересы, позволяйте своей семье устраивать традиционные семейные праздники, не отказывайте родным и любимым в праве развлечься (сходить в театр с подругой, пригласить коллегу в ресторан и прочее). И им и вам нужны силы для заботы и победы над болезнью.



Терапия

Тактика и план лечения, химиотерапия, лучевая терапия, клинические испытания препаратов.

Лимфома Ходжкина хорошо поддается терапии современными методами. В большинстве случаев – до 90% – удается полностью вылечить пациента, и даже при далеко зашедшем заболевании можно добиться стойкой длительной ремиссии.

Однако само лечение достаточно сложное и сопровождается различными осложнениями и побочными эффектами. Поэтому так важно получить как можно больше информации о предстоящих процедурах, обсудить со специалистами все предполагаемые последствия, а также возможности их минимизации.

Тактика лечения и план терапии

Тактика лечения зависит от стадии заболевания, наличия общих симптомов болезни. План лечения для конкретного больного зависит также от его возраста и общего состояния здоровья. Лечение проводится в специализированной гематологической или онкологической клинике или отделении при участии нескольких врачей, в том числе онкогематолога, специалиста по лучевой терапии и терапевта, а в некоторых случаях – трансплантолога (врача, занимающегося пересадкой костного мозга). Рекомендуемый ими план нужно внимательно изучить и обсудить с врачами и со своими близкими.

Как правило, используют лекарственные противоопухолевые препараты, лучевую терапию и комбинацию этих методов. Кроме того, назначают сопутствующее лечение, цель которого свести к минимуму побочные эффекты и осложнения противоопухолевой терапии.

При рецидивирующей или резистентной к терапии стандартными противоопухолевыми программами лимфоме врачи могут перейти к назначению противоопухолевых препаратов в больших дозах (высокодозная терапия) с последующей трансплантацией костного мозга или применить лечение препаратами, относящимися к биологической группе моноклональных антител.

Оперативные вмешательства при лимфоме Ходжкина обычно не требуются. Исключение составляют биопсия лимфоузлов, а также вспомогательные операции по удалению больших лимфоузлов, сдавливающих окружающие ткани, или очень большой селезенки или при угрозе кровотечения и перфорации полого органа.

К сожалению, противоопухолевая терапия часто приводит к нарушению фертильности. Это обязательно нужно иметь в виду молодым людям, планирующим в будущем иметь детей.

Есть возможность решить эту проблему. Для мужчин – заморозка спермы. Что касается женщин, то заморозка яйцеклеток требует длительной гормональной подготовки, а в условиях развития болезни времени на это нет. Поэтому предлагается гормональная терапия, направленная на сохранение функции яичников. Следует обсудить с врачами эти способы до начала лечения.

Химиотерапия

Противоопухолевые препараты разрушают раковые клетки. Выбор лекарств, их дозы, продолжительность применения и способ введения зависят от вида лимфомы и стадии заболевания. Чаще всего препараты вводят внутривенно капельно, но возможен и прием каких-то лекарств внутрь.

Химиотерапию обычно назначают курсами продолжительностью 14 или 21 день, количество курсов может быть от двух до восьми. Пребывание во время лечения в больнице не обязательно (чаще всего инфузии делают в

дневных стационарах), но так как у противоопухолевых препаратов есть много побочных эффектов, иногда тяжелых, то может потребоваться госпитализация.

К самым тяжелым побочным реакциям относят повреждение костного мозга, что приводит к нарушению кроветворения и, как следствие, развитию симптомов анемии (снижение количества эритроцитов и/или гемоглобина) – утомляемость, одышка, нарушение иммунитета и большая вероятность инфекций (снижение количества нормальных лейкоцитов и лимфоцитов), склонность к кровотечениям (уменьшение количества тромбоцитов). При возникновении таких симптомов химиотерапия может быть приостановлена до тех пор, пока количество клеток крови не придет в норму. Однако это крайне нежелательно. Поэтому часто в таких случаях назначают дополнительное сопутствующее лечение.

К другим общим побочным эффектам противоопухолевых препаратов относят тошноту и рвоту, понос, потерю аппетита, язвы во рту (язвенный стоматит), выпадение волос, кожную сыпь, временное или постоянное бесплодие.

Большинство побочных эффектов временные и проходят с окончанием химиотерапии. Есть разные способы облегчения состояния больных, в том числе назначение дополнительных препаратов.

При рецидивах лимфомы Ходжкина после курсов химиотерапии с целью закрепления эффекта могут предложить высокодозную химиотерапию. Но при этом костный мозг повреждается значительно, и для восстановления кроветворения проводят трансплантацию костного мозга или стволовых клеток.

В состав большинства режимов химиотерапии входят кортикостероиды. Побочные эффекты кортикостероидов включают повышенный аппетит и увеличение веса, нарушения пищеварения, проблемы со сном, возбужденное состояние. Как правило, они довольно быстро проходят после окончания лечения.

Наиболее часто используют следующие схемы стандартной химиотерапии:

При ***лечении 1-й и 2-й стадий*** (и отсутствии общих симптомов заболевания) применяют от четырех до шести курсов химиотерапии, в состав которой входят следующие препараты: адриамицин, блеомицин, винбластин и дакарбазин. По первым буквам латинских названий этих веществ комбинация называется ABVD.

При ***3-й и 4-й стадиях*** могут проводить до восьми курсов химиотерапии, используя схему ABVD или другую комбинацию препаратов: блеомицин, этопозид, адриамицин, циклофосфамид, прокарбазин и преднизолон (сокращенно BEACOPP).

Частота и последовательность введения препаратов зависят от распространенности процесса. Противоопухолевые препараты могут применяться в комбинации с лучевой терапией.

Но в некоторых случаях могут быть назначены и другие комбинации. Кроме того, лечение дополняют разными препаратами и процедурами, способными скорректировать побочные эффекты химио- и радиотерапии. Такое лечение оказывается успешным у большинства пациентов.

Оценивают эффективность лечения следующим образом: уменьшение лимфатических узлов (подтвержденное на КТ), уменьшение и исчезновение дополнительных общих симптомов заболевания. Обследование для мониторинга заболевания должно проводиться после каждого второго курса химиотерапии (обычно УЗИ либо КТ, в зависимости от локализации), а анализы крови проверяются перед каждым курсом или даже чаще.

Использование такого современного метода, как ПЭТ/КТ, позволяет очень точно выяснить, насколько успешна проводимая терапия. В специализированных крупных центрах этот метод применяют до начала лечения и

после проведения первых двух курсов лечения. На основании полученных данных могут быть изменены схемы и дозы лекарственных средств, спрогнозирована необходимость проведения дополнительных лечебных мероприятий.

Лучевая терапия

Самостоятельно этот метод в настоящее время не используется. Иногда применяют комбинацию лучевой и медикаментозной терапии, но чаще используют только противоопухолевые лекарства.

При радиотерапии ионизирующая радиация воздействует непосредственно на пораженные лимфатические узлы, содержащие опухолевые клетки. Это приводит к мутациям в их ДНК, в результате которых они не могут делиться. Клетки Березовского-Рида-Штернберга очень чувствительны к радиации. Доза облучения зависит от объема облучаемых лимфоузлов (обычно общая доза составляет 30–36 Гр). Этому воздействию в современной терапии подвергают остаточные опухолевые массы после проведенной химиотерапии.

Процедуры чаще всего проводят амбулаторно.

Лечение рецидивирующей лимфомы Ходжкина

Что делать, если стандартное лечение не помогает? Новые возможности терапии. Трансплантация костного мозга. Как не опустить руки, когда болезнь вернулась?

Иногда (довольно редко) лимфома Ходжкина не поддается стандартной терапии. В таких случаях применяют другие комбинации второй линии, включающие различные препараты: производные платины, гемцитабин, винорельбин и др. В случае их эффективности используют высокодозную полихимиотерапию для закрепления эффекта. Избежать при этом значительного поражения костного мозга и серьезного нарушения кроветворения невозможно, поэтому по окончании такого лечения проводят пересадку собранных заранее стволовых кроветворных клеток самого пациента (аутологичная трансплантация) или донорского костного мозга (аллогенная трансплантация).

Трансплантация стволовых клеток периферической крови (ТСКПК)

Аутологичная трансплантация костного мозга (ауто-ТКМ)

Стволовые клетки – это клетки-предшественники всех клеток крови. В большом количестве их производит костный мозг, их избыток может попасть в периферическую кровь. Для того чтобы образовалось достаточное количество таких клеток, применяют специальные лекарственные средства (колониестимулирующие факторы роста). Эти препараты вводят подкожно. Затем стволовые клетки забирают. Эту процедуру проводят однократно в течение четырех

часов или повторяют в течение двух-трех дней. Забор крови происходит через катетер непосредственно в специальный аппарат для лейкофереза, который отделяет стволовые клетки, а остальную кровь возвращают обратно в сосуды. Полученные клетки замораживают. Такое использование собственных стволовых клеток называют аутологичной трансплантацией.

После окончания высокодозной химиотерапии стволовые клетки размораживают и возвращают – переливают в вену пациенту. Это позволяет в значительной степени восстановить костномозговое кроветворение уже через две недели. Полная нормализация может занять 6–12 месяцев.

Донорская трансплантация костного мозга

В редких случаях при неэффективности или невозможности аутологичной трансплантации после высокодозной химиотерапии могут провести аллогенную (донорскую) трансплантацию стволовых клеток / костного мозга. Донором может быть близкий кровный родственник (брат, сестра) или донора подбирают по реестру. Такая трансплантация очень сложна, требует и тщательного подбора донора, и проведения специальной терапии, чтобы костный мозг смог прижиться. После нее длительное время пациент получает иммуносупрессивную (подавляющую иммунитет) терапию.

Перед проведением любой из описанных процедур нужно подписать согласие. При этом важно задать специалистам все вопросы, чтобы хорошо представлять себе, что будут делать и зачем, какова вероятность успеха операции и какие осложнения возможны.

Новые возможности лечения лимфомы Ходжкина

Исследования, направленные на новые методы лечения лимфомы Ходжкина, приводят к появлению новых типов лекарств. Для лечения нодулярного лимфоидного преобладания (редкого варианта заболевания) иногда назначают химиотерапию, включающую ритуксимаб. Этот препарат относится

к группе моноклональных антител к антигену CD20. Действие основано на способности этого вещества прикрепляться к поверхности раковых клеток и стимулировать иммунную систему больного на обнаружение и уничтожение раковых клеток.

Побочные эффекты ритуксимаба включают гриппоподобное состояние, озноб, крапивницу, бронхоспазм, возможно падение артериального давления. Для предотвращения этих осложнений необходимо проводить премедикацию с включением парацетамола, дексаметазона и димедрола.

К моноклональным антителам относится и брентуксимаб ведотин (торговое название Адцетрис). Он представляет собой соединение моноклонального антитела к антигену CD30 и противоопухолевого вещества. У больных с лимфомой Ходжкина этот антиген расположен на поверхности опухолевых клеток (его наличие определяют при иммунофенотипировании и обозначают CD30+). Брентуксимаб ведотин связывается с антигеном CD30 опухолевых клеток, нарушает их деление и приводит к их гибели.

Препарат назначают пациентам с рефрактерной CD30+ лимфомой Ходжкина до и после аутологичной трансплантации стволовых клеток или в случаях, когда аутологичная трансплантация стволовых клеток или комбинированная химиотерапия не могут быть проведены.

Адцентрис вводят внутривенно капельно. Доза препарата зависит от массы тела больного. Введение проводят один раз в три недели, такие циклы повторяют 8–16 раз.

Как и другие противоопухолевые препараты, Адцетрис имеет серьезные побочные эффекты: снижение количества лейкоцитов, тошнота, рвота, запор, понос, повышение уровня сахара в крови, зуд кожи, выпадение или истончение волос, боли в мышцах, панкреатит, поражение периферических нервов, озноб, серьезные аллергические реакции. Лечение проводит врач, тщательно контролирующий состояние пациента, чтобы не пропустить развитие побочных эффектов.

Сейчас изучают возможности использования этих препаратов в других случаях лимфомы Ходжкина, а также вероятность применения новых противо-

опухолевых средств разных групп. Исследования ведутся постоянно, и появление новых препаратов и новых схем лечения возможно в любой момент.

Как и где найти силы, когда болезнь все время возвращается?

Лимфома Ходжкина – одно из заболеваний, которое может обостриться вновь. Это серьезное испытание, так как человеку вновь приходится проживать все те же физически и психологически сложные этапы борьбы. Возвращаются страхи, бессилие, депрессия, добавляются понимание побочных явлений лечения и потеря надежды. Это значит, что сил может потребоваться больше, но это также значит, что они будут сэкономлены за счет уже известных вещей: какие вопросы задавать врачам, куда обращаться в тех или иных случаях, какие процедуры и как проходить. Все, что раньше вызывало много тревог и напряжения, заранее понятно и дает возможность на перераспределение энергии и сил для дополнительной заботы о себе и своем здоровье.

К уже известным способам заботы о себе необходимо добавить новые. Внимательно относитесь к резким перепадам настроения, нарушениям сна в течение нескольких дней подряд, паническим атакам, суицидальным мыслям. Все эти симптомы говорят о необходимости обращения к специалистам. Обсудите их с лечащим врачом, узнайте о возможности обращения к психотерапевту и психологу в вашем городе. Поинтересуйтесь наличием групп поддержки для пациентов и держите под рукой необходимые телефоны, в том числе телефоны доверия, где вы всегда сможете получить профессиональную психологическую поддержку. Например, можно обратиться на горячую линию службы психологической помощи онкологическим пациентам **«Ясное утро» (8-800-100-01-91)**. Помните о важности планирования дня таким образом, чтобы оставалось время для отдыха, сохраняйте энергию для наиболее важных дел, не оставляйте любимых развлечений, пробуйте методики медитации и управляемого воображения, привлекайте в помощь себе близких и родственников.

V ГЛАВА

Побочные эффекты лечения

Анемия, тошнота и рвота, выпадение волос, язвы во рту, упадок сил. Как можно скорректировать побочные эффекты? Беременность после лечения. Образ жизни.

Химиотерапия может повреждать костный мозг, что нарушает кроветворение. Это называется миелотоксичностью или миелосупрессией. Контроль состояния крови с определением количества клеток крови (развернутый общий клинический анализ крови) делают во время лечения перед каждым курсом химиотерапии, а иногда и чаще. Наиболее опасное проявление – ***снижение количества лейкоцитов (нейтропения)***, так как оно может привести к развитию инфекции. При значительном падении этого показателя врачи могут приостановить химиотерапию до восстановления кроветворения. Обязательно надо связаться с врачом, если внезапно поднялась температура до 38 градусов и более, появились боли в горле, озноб.

Для коррекции миелотоксичности используют специальные препараты, которые стимулируют образование лейкоцитов – факторы роста гранулоцитов. Во многих схемах химиотерапии эти лекарства вводят наряду с противоопухолевыми препаратами. При резком снижении количества лейкоцитов могут назначить антибиотики, а в некоторых случаях и противогрибковые препараты профилактически. Пациентам следует соблюдать осторожность при контакте с людьми, избегать массовых мероприятий во время лечения.

При ***анемии (снижении количества эритроцитов)*** применяют переливание крови и эритроцитарной массы, а также назначают эритропоэтины. Такие препараты стимулируют образование эритроцитов.

При ***снижении числа тромбоцитов (тромбоцитопения)*** повышается вероятность кровотечений. Тромбоциты уменьшаются в результате применения некоторых лекарственных препаратов. Дополнительную опасность при низких тромбоцитах несут некоторые противовоспалительные и жаро-

понижающие средства, в частности аспирин. Нужно сообщать врачу обо всех лекарствах, которые принимает больной. Обязательно следует обратиться к своему специалисту, если появились какие-либо признаки даже небольших кровотечений: розовый или красный цвет мочи, темный кал, прожилки крови в слюне или кровоточивость десен, появление синяков или маленьких кровоизлияний в коже. Для лечения тромбоцитопении применяют переливание тромбоцитарной массы.

Меня будет тошнить?

Тошнота и рвота очень часто возникают на фоне проводимой химиотерапии как непосредственно во время или сразу после введения препаратов, так и повторяются через несколько дней. Современные препараты при правильном включении их в схему химио- и лучевой терапии позволяют существенно уменьшить или даже полностью исключить эти неприятные явления. Противорвотную терапию назначают сразу же, при первом введении противоопухолевых препаратов, при этом в первый же день лечения обязательно используют эффективные дозы антагонистов серотониновых рецепторов (наиболее часто применяемые противорвотные препараты, широко представленные на рынке России).

Профилактический прием следует продолжать в течение всего времени химиотерапии и трех суток после ее окончания. Препарат можно принимать один раз в день, непосредственно перед введением химиопрепаратов. Их можно вводить внутривенно или принимать внутрь в виде таблеток.

Используют следующие лекарства: гранисетрон, ондансетрон, доласетрон, апрепитант. В настоящее время тошнота и рвота уже не являются серьезной проблемой при химиотерапии.

У меня выпадут волосы?

Вероятность ***выпадения волос (алопеция)*** очень тревожит пациентов, которым предстоит химиотерапия, особенно женщин. Волосы начинают выпадать на второй-третьей неделе после начала химиотерапии, при этом у кого-то выпадение может быть незначительным, а у кого-то выпадают даже брови и ресницы. Но это временный эффект, и по окончании лечения волосы отрастут снова. При лучевой терапии волосы выпадают только в месте облучения.

Радикальных способов избежать выпадения волос нет. Есть ряд рекомендаций: использовать мягкие шампуни, мыть и особенно вытирать волосы аккуратно, не окрашивать волосы и не делать завивку (даже с помощью обычных бигуди). Расческа должна быть редкой и мягкой. Не надо использовать лаки и другие средства укладки. Не сушить волосы феном. Наволочки и постельное белье из сатина уменьшают трение волос во время сна.

В некоторых случаях холодные шлемы, надеваемые во время лечения, также могут уменьшить выпадение волос, так как они уменьшают приток крови к волосам. А во время введения лекарств концентрация препарата в крови максимальна, следовательно, и токсический эффект на волосяные луковицы тоже самый большой. Шлем надевают за 15 минут до начала введения препарата.

Если волосы начали выпадать, лучше постричься очень коротко или даже побриться наголо (а некоторые больные делают это заранее, до начала лечения). Некоторые предпочитают носить парики, использовать шарфы и платки. При выпадении ресниц и бровей можно подобрать макияж.

Почему возникают язвы во рту?

Язвы или воспаление во рту (стоматит) появляются как при химиотерапии, так и при облучении головы или шеи через пару недель после начала процедур. Ощущения могут быть как при ожоге в результате потребления очень горячей пищи. Вначале возможны сухость во рту и неприятные ощущения при

еде, питье или разговоре, снижение вкусовых ощущений, неприятный запах изо рта и язвы.

Избегайте слишком острой, пряной, соленой и горячей пищи. Для чистки зубов нужна только мягкая щетка. Полоскать рот надо три-четыре раза в день слабым раствором соды или соли, ополаскивателями для рта с антисептиками. При развитии инфекции врач может назначить дополнительные препараты. Обычно стоматит проходит через несколько недель после окончания лечения.

Смогу ли я иметь детей?

Более серьезным и важным для дальнейшей жизни пациентов с лимфомой Ходжкина (а это очень часто совсем молодые люди) является ***влияние на половую активность и на возможность в будущем иметь детей***. Эти проблемы обязательно нужно обсудить с лечащими врачами и получить необходимую консультацию у специалистов (гинеколога, андролога). Сейчас есть возможность заморозки спермы и яйцеклеток, тогда в будущем применение методик экстракорпорального оплодотворения позволит иметь здоровых детей. Однако эта технология больше подходит для пациентов-мужчин. Забор яйцеклеток у женщин проводят после определенных медикаментозных программ, которые занимают несколько недель. Есть ли возможность проведения такой процедуры, нужно уточнить у лечащего врача.

Наиболее распространенным способом сохранения фертильности является защитная гормональная терапия, позволяющая обезопасить яичники пациентки во время лечения. Чаще всего менструальный цикл возвращается в норму после окончания противоопухолевой терапии, и женщина сможет выносить и родить здорового малыша. Правда, беременность не рекомендуется раньше, чем через три года после выхода в ремиссию.

У меня будет слабость?

Слабость и повышенная утомляемость возникают практически сразу после начала процедур и сохраняются в течение нескольких недель после окончания терапии. Необходимо как можно больше отдыхать, избегать сверхусилий, делать несложные физические упражнения и совершать короткие прогулки – это добавит энергии и сохранит форму. Желательно переложить часть повседневных забот на родных и близких. Если есть возможность, стоит договориться на время лечения о сокращенном рабочем дне или об отпуске. О внезапном появлении сильной слабости необходимо сообщить врачу, возможно, развивается анемия, которая требует обязательного лечения.

Будут ли ожоги от радиотерапии?

При проведении радиотерапии часто возникают ***повреждения кожи*** в месте облучения, разные кожные реакции могут быть и побочными эффектами химиотерапии. Чаще всего это выражается в покраснении и воспалении (как при солнечном ожоге), потемнении кожи или в развитии зуда, сухости, сыпи. Изменения проявляются через одну-две недели от начала лечения. Для уменьшения неприятных проявлений рекомендуют использовать мягкие моющие средства с минимальным количеством парфюмерных добавок. Очень аккуратно промакивать кожу мягким полотенцем, а не тереть ее. По возможности не брить волосы в месте облучения, если это необходимо, пользоваться электробритвой. Носить свободную (неплотно прилегающую к коже) одежду из натуральных тканей. Обязательно использовать солнцезащитные средства со степенью защиты SPF 20 и выше. Не плавать в бассейнах с хлорированной водой.

Как правило, через две-четыре недели после окончания терапии состояние кожи нормализуется, но некоторое потемнение кожи в месте облучения может сохраниться надолго.

Экстренный звонок врачу

Если вы получаете химиотерапию амбулаторно, желательно иметь способ экстренной связи с врачом. Старайтесь не злоупотреблять звонками. Если вы будете так поступать, то в самый нужный момент вам могут не ответить. Связь нужна на период лечения; в другое время, а также с вопросами неэкстренного характера лучше прийти на прием. Наиболее тревожный период – 7–10 дней после очередного курса химиотерапии.

Ниже перечислены ситуации, в которых действительно нужно позвонить врачу. Наиболее опасным сигналом является лихорадка, особенно нарастающая.

Как правило, нужно быть готовым ответить на следующие вопросы: какой идет день курса, когда был последний анализ крови и каковы показатели. Вы также должны сообщить гематологу или онкологу о любых других медикаментах, которые вы принимаете или собираетесь принимать, в том числе любых медикаментах, прописанных другими врачами, так же как любых лекарствах, которые вы принимаете без рекомендации.

Итак, когда нужно звонить:

- лихорадка более 38 градусов;
- если температура ниже 38 градусов, но нарастает по часам и сопровождается ознобом;
- одышка, ощущение нехватки воздуха;
- боли любой локализации, особенно боли в животе, в грудной клетке;
- появившийся или нарастающий кашель;
- кровотечение, кровоточивость, появление синяков или красных точек на коже;
- любой местный очаг инфекции (например, во рту);
- отеки ног;
- запор или понос;
- головокружение, звон в ушах;
- тошнота/рвота, не зависящие от медикаментов;
- увеличение лимфатических узлов.

Реабилитация

Динамическое наблюдение. Вернуться к полноценной жизни после лечения.

Лечение закончено. Что дальше?

После окончания терапии необходимо продолжить наблюдение за состоянием здоровья. Первое время это будут не просто визиты к врачу, но и целый комплекс исследований (полный общий анализ крови, биохимические исследования, компьютерная томография или рентгенография, УЗИ, а в некоторых случаях и ПЭТ-КТ).

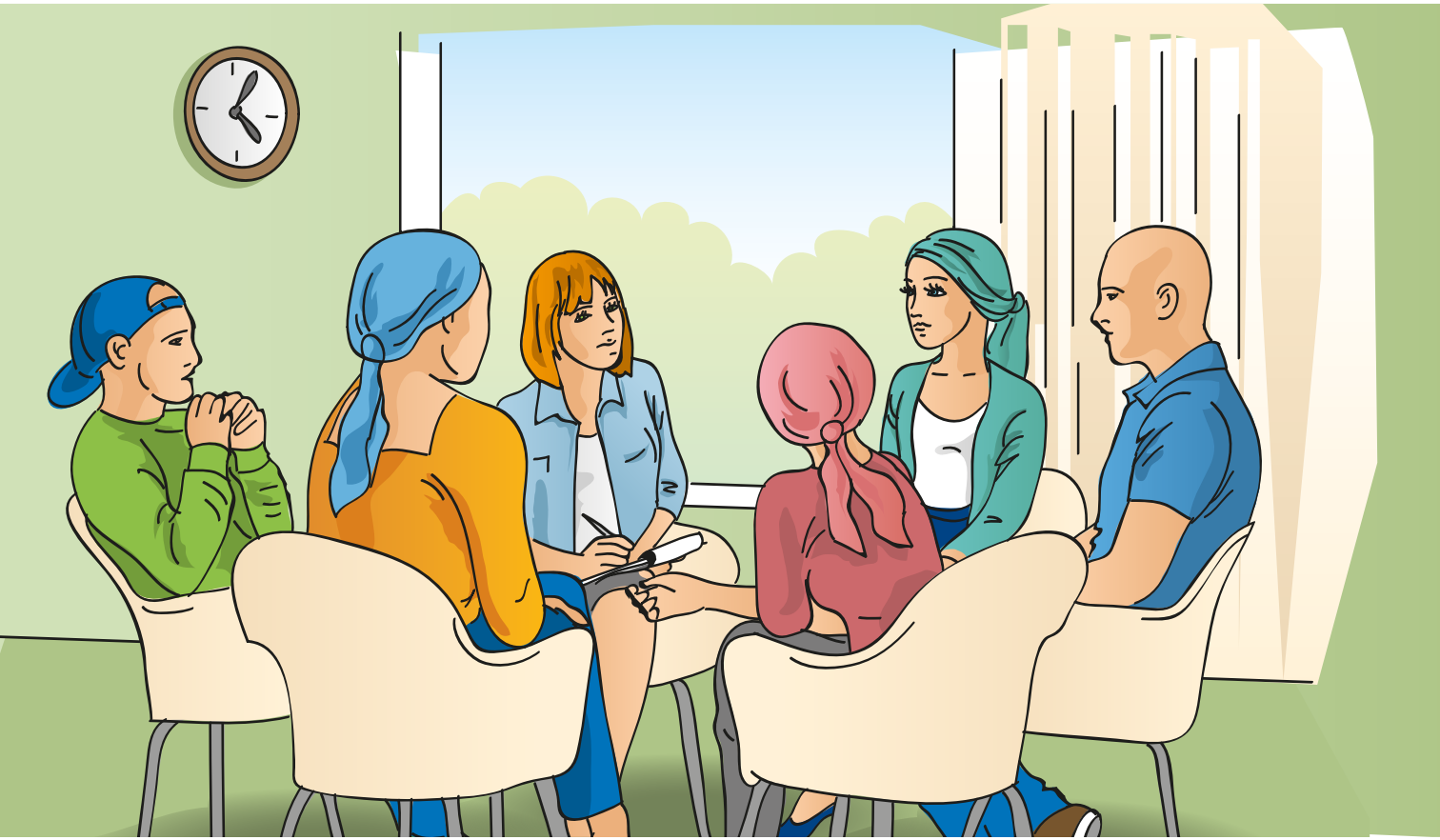
Такой контроль будут проводить в течение нескольких лет, постепенно уменьшая количество исследований или выполняя их все реже. Важность этого наблюдения трудно переоценить – именно так можно вовремя отследить угрозу рецидива заболевания или появления отсроченных побочных явлений проведенной терапии. Возникновение каких-либо неприятных симптомов – повод обратиться к врачу сразу же.

Лимфома Ходжкина хорошо поддается лечению. За последние годы современные методы подарили надежду на длительную ремиссию или полное излечение в тех случаях, которые еще 10 лет назад расценивались как неблагоприятные. Больше 80% пациентов с лимфомой Ходжкина достигают ремиссии в 10 лет и более, 5-летняя ремиссия достижима у 90%.

Следует иметь в виду, что процесс полного восстановления после проведенного лечения занимает длительное время (до года). Слабость, упадок сил, невозможность вести прежний активный образ жизни могут очень расстраивать. Но нужно просто подождать. Пройдет время, и энергичность вернется.

Как начать жить заново?

Решение психологических проблем – очень важная часть реабилитации. Все остальное, что рекомендуется онкологами для реабилитации, конечно, тоже нужно делать. И все же психотерапия, которая прежде лишь поддерживала основное лечение, теперь выходит на первый план. Потому что мы снова возвращаемся в здоровое состояние. В состояние, когда мы можем заболеть. А можем долго жить здоровыми. И это во многом зависит от того, как мы будем справляться со своими психологическими проблемами.



Уровень тревоги у реабилитирующихся, как правило, высок. Страх рецидива – тоже. Иногда он развивается в настоящую фобию – никаких причин и показаний бояться возвращения болезни нет, а жизнь человека определяет только этот страх. Это отнимает радость победы над болезнью. И получается, что выписавшихся из стационара, в сущности, уже здоровых людей угнетают депрессия и хроническая бессонница. Потеря смысла жизни, апатия. Неверие, что можно жить как до болезни. Отчаяние от быстрой утомляемости и чувства собственной неполноценности.

Со всеми этими состояниями вам поможет справиться психотерапевт. Есть специальные тренинги и групповые занятия. Можно подобрать лекарственную психотерапию из современных препаратов, сочетающихся с терапией недугов, которых немало остается после лечения опухоли – в печени, желудке, почках.

Чтобы выздороветь окончательно, надо почувствовать себя здоровым, воспринимать себя таким же, как все люди. Не нужно стараться забыть то, что с вами произошло (это, особенно на первых порах, просто невозможно). Надо постараться принять это как опыт, как пережитый несчастный случай. Так, словно вы выжили в автомобильной аварии. Такое может произойти вновь, а может не произойти никогда. Поэтому выжившие в аварии не перестают ездить в автомобилях.

И не стесняйтесь при необходимости обращаться к специалистам.

Как получить лечение бесплатно?

Права пациента, получение бесплатных лекарств, оформление инвалидности, отказ в лекарствах, трудовое законодательство.

Права пациента закреплены законом, но российская реальность такова, что нередко людям приходится отстаивать свое право на лечение. Для этого стоит ознакомиться с несколькими основными документами. Наиболее общий из них – Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи – ежегодно утверждается в каждом регионе. Ее текст должен быть вывешен в холле каждого государственного медучреждения. В частности, из программы можно узнать сроки ожидания плановых диагностических исследований, приема врачей, плановой госпитализации.

Кроме того, пациенты с лимфомой Ходжкина попадают в особую категорию – их лечение регулируется ст. 44 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Эта статья касается редких (орфанных) заболеваний, при которых государство предоставляет гарантии «в виде обеспечения лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания». Перечень этих заболеваний формируется Минздравом РФ и публикуется на официальном сайте ведомства.

www.rosminzdrav.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy

На конец 2017 года в список включены 223 заболевания. Лимфома Ходжкина числится под № 12 в категории «Новообразования». Такие больные относятся к категории так называемых региональных льготников – обеспечение их лекарствами осуществляется за счет бюджетов субъектов РФ.

Еще один документ – постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 года № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» – указывает, что право на бесплатные лекарства имеют инвалиды I и II группы и лица с онкозаболеваниями. Причем страдающий злокачественным новообразованием пациент имеет право на бесплатное получение лекарств не только по онкологии, но и по любому другому заболеванию.

Диспансерный учет

Больные с онкозаболеваниями регистрируются онкологическими учреждениями по месту жительства и подлежат пожизненному диспансерному наблюдению (приказ Минздрава РФ от 19 апреля 1999 года № 135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра»). Пациент с подтвержденным диагнозом ставится на учет в территориальный онкодиспансер. Именно там, как правило, ему проводятся хирургические вмешательства, химиотерапия и радиологическое лечение.

Лекарственное обеспечение

Главная проблема, с которой сталкиваются онкопациенты, – это перебои с обеспечением препаратами, которые чаще всего объясняют недостаточным финансированием. Самое безопасное в лекарственном отношении место – это стационар. Все лечение здесь бесплатно, если лекарство входит в стандарт лечения заболевания и в ежегодно утверждаемый Правительством РФ Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (ЖНВЛП), которые всегда должны быть в наличии.

При амбулаторном лечении на назначенные лекарства пациенту должны выдать льготный рецепт. Назначаются и предоставляются лекарства по международному непатентованному наименованию. Главное, что

должен помнить пациент: отказ в выписке рецепта или выдаче препарата в аптеке незаконен. И отсутствие финансирования ни при каких условиях не может быть уважительной причиной для этого.

Сколько бы ни стоил препарат, если он входит в стандарт, то согласно Федеральному закону № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» он должен быть вшит в тариф ОМС. И если препарат входит в льготные перечни, то он должен быть предоставлен за счет средств федерального бюджета инвалидам (льготный перечень в Приложениях № 2 и № 3 распоряжения Правительства РФ от 23 октября 2017 года № 2323-р) или за счет средств бюджета субъекта РФ (региональный перечень лекарств в приложении к Территориальной программе государственных гарантий).

Как получить инновационные лекарства, не входящие в стандарты лечения?

Такие препараты могут быть назначены пациенту по решению ВК при индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений (п. 5 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ). То же самое касается лекарств под торговыми наименованиями (приказ Минздрава от 20 декабря 2012 года № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»).

Основной документ, в соответствии с которым проводится лечение лимфомы Ходжкина, – «Клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний», разработанные ОСОО «Ассоциация онкологов России».

http://oncology-association.ru/docs/recomend/2016/59klin-rek.pdf

В частности, для лечения рецидивов после высокодозной химиотерапии с последующей трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток, а также у больных при рецидиве после как минимум двух линий стандартной химиотерапии второй линии рекомендован таргетный препарат брентуксимаб ведотин. Препарат зарегистрирован в РФ в 2016 году и с 2018 года вошел в перечень ЖНВЛП. Однако он еще не учтен в являющемся экономическим документом стандарте медпомощи (в целом стандарты не пересматривались уже шесть лет, и когда это произойдет – неизвестно). Тем не менее назначение такого препарата возможно по решению врачебной комиссии (ВК) лечебного учреждения.

Основными из перечисленных причин назначения инновационных препаратов являются жизненные показания.

Для получения необходимого лекарства пациенту следует обратиться к председателю ВК с заявлением о созыве врачебной комиссии, приложив письменные рекомендации врачей-специалистов. Если эти рекомендации получены в медучреждениях других регионов (в том числе федеральных центрах), то их желательно подтвердить на консилиуме врачей территориального специализированного медучреждения или самого федерального центра. Допускается дистанционный консилиум врачей (ч. 2 ст. 70 № 323-ФЗ). Окончательное решение о наличии медицинских показаний принимается на врачебной комиссии лечебного учреждения, где пациент стоит на учете с заболеванием по месту жительства, или регионального минздрава (в случае если при нем существует ВК по назначению дорогостоящих лекарств, однако такая практика противоречит ст. 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ, предусматривающей создание ВК только при лечебном учреждении).

Решение врачебной комиссии должно быть оформлено протоколом, подписанным всеми его членами (минимум тремя), а в его тексте необходимо указать, что препарат требуется пациенту по жизненным показаниям. Иначе вместо лекарства человек может получить очередную чиновничью

отписку. Решение, принятое ВК, обязательно должно быть зафиксировано в медицинских документах пациента и специальном журнале учета ВК (п. 17 приказа Минздравсоцразвития № 502н). Выписку из протокола заседания ВК пациент может получить на руки на основании письменного заявления.

К сожалению, нередко из-за дефицита средств в регионах стараются не назначать больным дорогостоящую современную терапию. Поэтому лучше обратиться за рекомендациями в федеральное медучреждение по профилю заболевания. Назначения специалистов федеральных центров прокуратура и суды воспринимают как экспертное мнение, и на местах об этом хорошо знают. Хотя их рекомендации и не являются обязательными, но могут учитываться, поэтому желательно оформить их за подписью трех членов комиссии и под названием «протокол ВК» или «протокол консилиума».

Второй путь – заручиться доказательствами того, что отказ от применения необходимого пациенту препарата наносит ему существенный вред. Или что уже применяемый стандартный препарат не действует. Например, в результате назначенной стандартной терапии человек сможет прожить только год, в то время как инновационный препарат значительно увеличивает продолжительность и качество жизни. В качестве такого доказательства суд и прокуратура принимают данные из специальной литературы, публикаций в научных журналах. Но вначале на цитату из научного труда стоит сослаться в заявлении на имя главного врача, часто этого бывает достаточно.

Как получить инновационные лекарства, не входящие в льготные перечни?

Лекарства, не входящие не только в стандарт, но и в льготный перечень, также могут быть назначены пациенту по решению врачебной комиссии лечебного учреждения (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 года № 502н).

Для получения необходимого лекарства пациенту следует обратиться к председателю ВК, приложив письменные рекомендации врачей-специалистов. Если эти рекомендации получены в медучреждениях других регионов (в том числе федеральных центрах), то их необходимо подтвердить на врачебной комиссии территориального специализированного медучреждения. При выписке лекарства по решению ВК на обороте рецептурного бланка формы № 148-1/у-04(л) и формы № 148-1/у-06(л) ставится специальная отметка, заверенная печатью медорганизации «Для рецептов». Без такой отметки в аптеке могут заменить лекарство по торговому наименованию на его аналог под МНН.

Если препарат, как не входящий в стандарты лечения, по региональной льготе не закуплен, минздрав должен провести индивидуальную закупку на основании протокола ВК о назначении препарата. Если препарат для конкретного пациента уже закуплен, заявка на него все равно формируется и утверждается ежемесячно.

Пациенту желательно самому следить за этой процедурой, уточняя, включен ли он в заявку, утверждена ли эта заявка и когда она придет в льготную аптеку.

Получение лекарства в аптеке

Назначенное и выписанное лекарство должно быть доставлено со склада уполномоченной фармацевтической компании в льготную аптеку или в стационар. Процедура обеспечения больного лекарством является очень длительной, так как заявки на следующий год защищаются в начале предыдущего. Новых инновационных лекарств на складах, как правило, нет, и их требуется закупать в объеме, необходимом пациенту в течение всего срока лечения. Узнать, включена ли потребность пациента в лекарстве в сводную заявку по поликлинике на определенный период, можно у лечащего врача и в отделе лекарственного обеспечения регионального минздрава.

Сроки закупки лекарств для пациента при наличии медицинских показаний указаны в ст. 83 Федерального закона от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». На первом этапе возможна закупка минимально необходимого количества лекарства путем заключения контракта с единственным поставщиком, а затем путем проведения запроса предложений. Контракт с поставщиком должен быть подписан не позднее 20-дневного срока со дня подписания итогового протокола.

Если лекарство закуплено, проблем с его получением быть не должно. Действия аптек и фармкомпаний в случае отсутствия лекарства в аптеке прописаны в письме Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 6 февраля 2006 года № 01И-60/06 «О порядке обеспечения временно отсутствующими лекарственными препаратами». Если лекарства нет в наличии, рецепт принимается аптекой на обеспечение и регистрируется в специальном журнале отсроченного спроса. На рецепте сотрудник аптеки должен поставить отметку о дате постановки рецепта на учет, указать номер аптеки, расписаться и возвратить рецепт пациенту. После принятия рецепта аптека должна сразу сделать заявку на препарат в фармацевтическую компанию, уполномоченную поставлять льготные лекарства в регион, и предоставить лекарство пациенту в течение 10–16 дней.

Если в аптеке утверждают, что лекарства нет и не будет, то через 15 дней можно приобрести его за свой счет, сохранив документы об оплате и рецепт с отметкой аптеки о постановке на отсроченное обслуживание.

После этого следует написать претензию в адрес уполномоченной фармкомпании о компенсации денежных средств. Вряд ли эта претензия будет удовлетворена, но ответ на нее пригодится в случае обращения в суд с иском о взыскании убытков с ответственных за лекарственное обеспечение уполномоченных органов. Например, фармкомпания напишет, что минздрав области не проводил плановые торги на закупку лекарств или лекарство не было указано в спецификации при госзакупках. Исходя из ответа на претензию, можно будет определить ответчика в суде.

Куда жаловаться на отказ в лекарствах:

– завполиклиникой, врачи которой отказываются выписать льготный рецепт;

– в отдел лекарственного обеспечения минздрава региона;

– с жалобой на действия минздрава можно обратиться письменно в территориальный орган Росздравнадзора;

– в прокуратуру с жалобой на несоблюдение нормативных актов о праве больного на получение льготных лекарств.

Нередко право на лекарство приходится отстаивать в суде. Такое происходит, например, когда региональный минздрав отказывает больному в обеспечении препаратом, рекомендованным консилиумом федерального центра. Как правило, в таких ситуациях суды становятся на сторону пациентов.

Высокотехнологичная медицинская помощь

Не все виды помощи могут оказать по месту жительства. При наличии показаний пациент имеет право на высокотехнологичную медпомощь (ВМП) в другом городе (если в нем есть профильная клиника) или в федеральном медицинском центре. Речь может идти о сложной операции, об уникальных комплексных методах лечения. Онкологическим больным направление на ВМП выдается только на хирургическое и лучевое лечение, но не на химиотерапию. Проведение химиотерапии (одного курса) в рамках ВМП разрешено лишь в случае, если она сочетается с другими методами лечения. Считается, что все лекарственное лечение должно осуществляться по месту жительства больного в территориальном онкодиспансере.

Перечень видов ВМП и порядок ее оказания определяются приказом Минздрава и постановлением Правительства РФ.

https://rg.ru/2015/01/21/medpomoch-dok.html
http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71189846/#2000

Болезнь Ходжкина в этом перечне числится под № 58. Речь идет об аутологичной, аллогенной родственной и неродственной трансплантации костного мозга (включая предтрансплантационный период, проведение трансплантации и посттрансплантационный период до момента приживления и иммунологической реконституции). Список федеральных центров, получающих финансирование из федерального бюджета, также утвержден приказом Минздрава. *https://www.rosminzdrav.ru/documents/8160*

Как получить квоту на ВМП?

Ресурс федеральных центров не бесконечен – каждый может принять определенное количество пациентов, называемое объемами ВМП или квотой. Направление на ВМП выдает минздрав региона на основании заключения ВК лечебного учреждения. Лечащий врач должен подготовить выписку из медицинской карты пациента с диагнозом, его кодом по МКБ и результатами диагностических процедур, а также сведениями о состоянии пациента. Направить в федеральные клиники может также департамент организации медпомощи Минздрава РФ. Для этого нужно письменное обращение с персональными данными пациента и копиями медицинских документов. При наличии инвалидности пациент имеет право также на получение бесплатного проезда к месту лечения и обратно.

При направлении в федеральную клинику у пациента должен быть документ, подтверждающий отсутствие эффекта проводимой терапии при оказании ему специализированной медпомощи по месту жительства.

Выбрать объем оказания ВМП нельзя, так как он утвержден приказом Минздрава РФ. Но выбрать учреждение из тех, что оказывают ВМП, можно. Решение о госпитализации комиссия федеральной клиники принимает в течение семи дней с момента оформления талона на пациента, а при очной консультации пациента – не более трех дней. Но дата госпитализации может быть назначена более поздняя – через недели и даже месяцы, в зависимости от срочности операции, состояния пациента и наличия бюджетных мест

(если их нет, получившего квоту поставят в очередь). Статус талона можно проверить на сайте Минздрава. *http://talon.rosminzdrav.ru/*

Кроме того, пациент может напрямую обратиться в федеральное учреждение за медпомощью, в том числе экстренной. Если комиссия федерального учреждения принимает положительное решение, то пациента госпитализируют, а уже потом оформляют все необходимые документы.

Но необходимость срочной госпитализации пациенту нужно подтвердить меддокументами. А вот для получения амбулаторно-поликлинической помощи пациент может сам обратиться в специализированное учреждение другого города – без всяких направлений, предъявив только паспорт и полис ОМС. Но во всех случаях самостоятельного обращения в клинику другого города имеет смысл предварительно туда позвонить или написать.

Надо ли платить за ВМП?

Теоретически при нахождении в стационаре по направлению на ВМП пациент не должен ничего оплачивать. Однако есть исключения. Например, при пересадке костного мозга сама операция проводится бесплатно, но за поиск неродственного донора платит пациент. При лучевой терапии дополнительно могут потребовать оплатить специальную разметку мест облучения. В большинстве случаев платным оказывается предоперационное обследование. Но прежде чем платить, стоит обратиться в страховую компанию, выдавшую полис ОМС, и в департамент здравоохранения, чтобы уточнить, какие услуги могут быть получены бесплатно, а какие нет.

Трудовые права

Временная нетрудоспособность

Больничный лист полагается онкопациенту, как только поставлен диагноз или еще до окончания диагностики (зависит от состояния), а также с момента начала лечения. Больничный выдается сначала на 10 дней, затем

его продлевают – каждый раз не более чем на 30 дней. Важный фактор, который врач должен учитывать при определении срока больничного, – клинический и трудовой прогноз. Если он благоприятный, то есть предполагается, что после окончания курса лечения пациент выйдет на работу, больничный продлевается на срок до 10 месяцев или даже до года. Если нет, то через 4 месяца больничного лечащий врач должен направить пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ), чтобы решить вопрос об установлении инвалидности (п. 27 приказа Минсоцздравразвития РФ от 29 июня 2011 года № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»).

Работающие инвалиды II и III группы имеют такое же право на больничный лист, как и остальные сотрудники, с сохранением рабочего места и выплатой пособия по временной нетрудоспособности. Однако больничный лист инвалиду выдается не более чем на 4 месяца подряд. В общей сложности за календарный год можно пробыть на больничном не более 5 месяцев.

Уволить заболевшего сотрудника работодатель не имеет права. Если назревает конфликт, можно обратиться за бесплатной консультацией в трудовую инспекцию своего региона.

Кроме того, если человек заболел после того, как уволился с работы, но с этого момента прошло не больше месяца, бывший работодатель должен будет оплатить больничный независимо от причин увольнения. Эта норма закреплена в законе «Об обязательном социальном страховании».

Получение и снятие инвалидности

При оформлении инвалидности список льготных препаратов автоматически расширяется, а доступ к ним облегчается. Поэтому онкологическим пациентам имеет смысл оформить инвалидность и ни в коем случае не отказываться от соцпакета. Инвалиды имеют право на получение по медпоказаниям любых лекарств из перечня ЖНВЛП, действующего на данный момент. Согласно Федеральному закону от 17 июля 1999 года № 178 «О государственной социальной помощи», эти затраты компенсируются из федерального

бюджета. Список лекарств, положенных региональным льготникам, содержится в другом перечне – в приложении к Территориальной программе госгарантий конкретного региона. И ограничивается финансовыми возможностями этого региона. Помимо льготных лекарств получивший инвалидность человек имеет право на льготный проезд к месту лечения, на льготы при оплате услуг ЖКХ, на путевки в санаторий, на бесплатные технические средства реабилитации, на трудовые льготы (увеличенный отпуск, сокращенный рабочий день и др.).

Само по себе онкологическое заболевание не является основанием для установления инвалидности. Показания для направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ) возникают при необходимости трудоустройства и дачи трудовых рекомендаций радикально леченным больным, а также у больных, получающих адекватную химио- и гормонотерапию, с сомнительным прогнозом после радикального лечения, с рецидивом и появлением отдаленных метастазов, с прогрессирующим течением заболевания после паллиативного лечения.

На практике инвалидность устанавливают, как правило, через три-четыре месяца после начала лечения, если понятно, что его нужно будет продолжать.

Устанавливается инвалидность исходя из критериев ограничения жизнедеятельности и трудовой деятельности, которые указаны в приказе Минтруда России от 29 сентября 2014 года № 664н. Группа инвалидности зависит от стадии заболевания, результатов гистологии, наличия или отсутствия метастазов, объема проводимого или планируемого лечения. Фактически же при онкозаболевании инвалидность устанавливают для дальнейшего лечения, при невозможности трудиться по профессии первые три года, в связи с плохим прогнозом заболевания. Оформление группы инвалидности не зависит от места прописки – ее можно оформить по месту фактического проживания в другом городе. Если решение бюро МСЭ не устраивает пациента, он может обжаловать его в вышестоящих инстанциях, а также в суде.

Бессрочно инвалидность присваивается в очень редких случаях,

обычно ее нужно подтверждать, проходя МСЭ раз в два года в случае I группы и раз в год в случае II и III группы. Снять инвалидность могут, подойдя к вопросу формально: если нет рецидивов и метастазов и противоопухолевое лечение закончено. Но на практике во время лечения могут возникнуть сопутствующие онкологии заболевания. Чтобы продлить инвалидность на основании этих заболеваний, необходимо подтвердить их наличие медицинскими документами. Пациенту нужно обратиться в поликлинику с этими жалобами, взять больничный, при необходимости пролечиться в стационаре. Общий срок документально подтвержденного лечения сопутствующих болезней должен быть не менее 6 месяцев.

И в любом случае речь о снятии инвалидности не может идти в период прохождения противоопухолевого лечения. Если это произойдет, то в течение месяца можно будет обжаловать решение районного бюро в главное бюро МСЭ по региону или пожаловаться в прокуратуру.

Инвалидность и работа

Если сотруднику присвоили III группу инвалидности, работодатель не имеет права его уволить. Но в реальности могут сократить занимаемую им должность. Известить о сокращении сотрудника-инвалида работодатель должен за два месяца до увольнения. При сокращении сотрудник получает выходное пособие за два месяца, а если в течение двух недель встанет на биржу труда и там его не трудоустроят, ему полагается еще один оклад, за третий месяц. Также инвалида III и II группы работодатель может попытаться уволить по ст. 83 Трудового кодекса – в связи с тем, что он не может больше выполнять свои трудовые обязанности по состоянию здоровья, а на предприятии нет подходящих для него должностей. При этом помимо невыплаченных на момент увольнения зарплаты и отпускных инвалиду полагается компенсация в размере двухнедельного заработка.

Алопеция – выпадение волос.

Анемия – снижение количества гемоглобина в крови.

Аспирационная пункция – способ получения материала для исследования под микроскопом, заключащийся в отсасывании различного содержимого из полостей тела при помощи различных игл и троакаров, соединенных с аппаратами, содержащими разреженный воздух.

Атипия – доброкачественные изменения клеток, которые могут привести к развитию злокачественной опухоли.

Биопсия – взятие кусочка опухоли для проведения гистологического исследования.

Гены BRCA – гены, мутации которых могут приводить к развитию онкологического заболевания.

Гиперплазия – увеличение числа структурных элементов тканей путем их избыточного роста.

Гистологическое заключение – исследование удаленной части опухоли или всей опухоли для определения ее распространенности, микроскопической структуры и других особенностей. Является одним из определяющих факторов в выборе тактики лечения.

Дженерик – лекарственный препарат с той же химической формулой действующего вещества, что и оригинальный.

Доброкачественный – термин, обозначающий изменения в организме, не относящиеся к злокачественным опухолям (раку).

Злокачественный – характеристика опухоли, обладающей способностью к инвазивному росту и развитию метастазов.

Киста – доброкачественное новообразование, заполненное жидкостью, газом или очень густым содержимым.

Клинические исследования – научные исследования с участием пациентов, которые проводятся с целью оценки эффективности и безопасности нового лекарственного препарата или расширения показаний к применению уже известного лекарственного препарата.

Лучевая терапия (облучение) – тип местного лечения опухолей с помощью ионизирующей радиации.

Метастазирование – процесс распространения злокачественной опухоли в лимфоузлы или другие органы.

Метастатический рак – опухоль, имеющая отдаленные метастазы в другие органы.

Онколог – специалист по изучению или лечению рака.

Онкология – раздел медицины, изучающий доброкачественные и злокачественные опухоли, механизмы и закономерности их возникновения и развития, методы их профилактики, диагностики и лечения.

Ремиссия – это состояние, когда опухоль ответила на лечение или находится под контролем. В случае полной ремиссии все признаки и симптомы болезни отсутствуют. Частичная ремиссия означает лишь сокращение опухоли в размерах, но не полное исчезновение.

Рецидив – возврат заболевания после проведенного лечения.

Таргетная (нацеленная) терапия – это лечение препаратами, которые блокируют рост и распространение раковых клеток посредством воздействия на специфические молекулы, участвующие в росте и развитии опухолевой клетки.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) – неинвазивное исследование организма человека с помощью ультразвуковых волн.

Химиотерапия – вид лекарственного лечения, направленного на остановку или замедление роста опухолевых клеток.

Информационный буклет

Л.Г. Бабичева
врач-онколог, к.м.н.

ЛИМФОМА ХОДЖКИНА

Редактор серии М. Цыбульская
Верстка С. Свиридов
Корректура Г. Мубаракшина

Подписано в печать с готовых диапозитивов
Формат 200x210. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА

ЦЕНТР ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

Takeda

ДВИЖЕНИЕ
ПРОТИВ
РАКА

WWW.RAKPOBEDIM.RU

МОСКВА 2018