

**Состав комитета АОР по поддерживающей терапии в онкологии:** Снеговой А.В., Кононенко И.Б., Корниецкая А.Л., Кислов Н.В., Хамидов М.М, Саевец В.В., Фалалеева Н.А., Шевченко Н.П.

**Приглашенный эксперт:** Некрасова А.В.

**Комитет АОР по поддерживающей терапии в онкологии,** обращает внимание, что данные рекомендации составлены с целью помощи в принятии решения лечащему врачу, но не предназначены для изменения политики лечебного учреждения или клинических рекомендаций. Эти рекомендации следует рассматривать в контексте ресурсов каждого лечебного учреждения и распространенности пандемии COVID-19 в регионе. Распространенность пандемии COVID-19 может изменяться с течением времени, в связи с этим данные рекомендации могут также подвергаться корректировке.

#### **Фебрильная нейтропения и нейтропения:**

*Особенности оказания помощи пациентам с потенциальным риском развития фебрильной нейтропении или нейтропении 3-4 степени тяжести на фоне продолжающейся пандемии COVID-19.*

Есть два аспекта помощи пациентам с потенциальным риском развития фебрильной нейтропении и нейтропении 3-4 степени тяжести: профилактика и лечение.

**Профилактика** - пациентам с потенциальным риском развития фебрильной нейтропении (> 10%, см. рекомендации RASSC, RUSSCO, АОР) или нейтропении 3-4 степени тяжести, целесообразно рассмотреть назначение Г(М)-КСФ факторов роста, чтобы свести к минимуму риск возникновения фебрильной нейтропении, нейтропении 3-4 степени тяжести и потенциальной потребности в неотложной госпитализации, при этом, желательна обеспечить пациента информацией о необходимости мониторинга количества нейтрофилов по данным общего анализа крови и организовать дистанционный контакт пациента с врачом или медсестрой.

Длительность профилактики Г(М)-КСФ, должна определяться индивидуально. С целью уменьшения частоты визитов пациента в лечебное учреждение и повышения эффективности профилактики фебрильной нейтропении и нейтропении 3-4 степени тяжести, предпочтительно использование пэгилированных форм Г-КСФ.

Доступные к настоящему времени данные не позволяют с уверенностью утверждать, что больные с гемобластозами чаще инфицируются COVID-19, чем здоровые люди (обе группы населения являются «наивными» в отношении данного вируса). Вместе с тем, уже возникшая инфекция протекает значительно тяжелее у онкогематологических больных (летальность примерно ~20%).

Специфической профилактики COVID-19 нет. Кроме общепринятых санитарно-гигиенических мер и самоизоляции, пациентам с вторичным иммунодефицитом могут быть показаны внутривенные введения иммуноглобулинов (при рецидивирующей инфекции и/или снижения IgG <4 г/л).

**Лечение** - в случае развития фебрильной нейтропении, связанной с проводимым лекарственным противоопухолевым лечением, эмпирическую антибактериальную терапию целесообразно назначать с учетом тяжести состояния пациента, клинико-лабораторных и рентгенологических показателей согласно существующим рекомендациям RASSC, RUSSCO и временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Для оценки риска развития инфекционных осложнений, при развитии фебрильной нейтропении, необходимо использовать шкалу MASCC. Кроме того, необходимо учитывать другие потенциальные факторы риска развития инфекционных осложнений тяжелой степени, такие как: пожилой возраст, вторичный глубокий иммунодефицит, лимфопения (<0,2x10<sup>9</sup>/л), длительная нейтропения III-IV степени тяжести.

Там, где это возможно, дальнейшую оценку лучше проводить вне стационарного отделения и дистанционно.

#### **Профилактика и лечение анемии на фоне лекарственного противоопухолевого лечения:**

*Особенности оказания помощи пациентам с анемией или высоким риском ее развития на фоне проводимой лекарственной противоопухолевой терапии, в условиях пандемии COVID-19.*

**Профилактика.** Следует уделить внимание эритропоэстимулирующим агентам, согласно существующим рекомендациям RASSC, RUSSCO, АОР если ожидается развитие анемии тяжелой степени и / или анемического синдрома, связанных с лекарственным противоопухолевым лечением. Также следует учитывать необходимость коррекции уровней железа, фолиевой кислоты, витамина В12, преимущественно

в амбулаторных условиях. Следует избегать переливания эритроцитарной массы у пациентов только на основе лабораторных показателей.

**Лечение** - переливание эритроцитарной массы следует проводить в тех случаях, когда развивается тяжелая анемия и / или анемический синдром (см. рекомендации RASSC, RUSSCO, AOP), на фоне лекарственного противоопухолевого лечения. Рекомендуется переливать минимальное количество единиц эритроцитарной массы необходимое для облегчения симптомов анемии и/или анемического синдрома. При рассмотрении вопроса о гемотрансфузии, следует принимать во внимание конкретные обстоятельства пациента (например, пожилой возраст, застойная болезнь сердца), что может потребовать переливания большего количества единиц эритроцитарной массы. Целесообразно рассмотреть возможность одновременного введения эритропоэзстимулирующих агентов, с учетом конкретной клинической ситуации и риска ВТЭО. Предпочтение следует отдавать еженедельным или пролонгированным формам эритропоэзстимулирующих агентов, с целью уменьшения частоты визитов в лечебное учреждение.

#### **Центральные венозные порт-системы:**

*Можно ли отложить промывание венозной порт-системы, в условиях пандемии COVID-19?*

На основании рекомендаций опубликованных ASCO, существуют доказательства того, что промывания венозной порт-системы могут происходить с частотой каждые 12 недель без заметного (!) увеличения побочных эффектов или вреда.