

факторами (повышением внутрикостного давления, сдавливанием мягких тканей, механической компрессионной кости), так и химическими (простагландин Е, ацидоз, сопровождающий остеолит, факторы, продуцируемые опухолью). Боль, вызванная раздражением периостальных и внутрикостных нервных окончаний, не связана с нагрузкой на кость и может даже усиливаться в положении покоя. Функциональная боль, усиливающаяся при нагрузке на кость, свидетельствует о серьезной деструкции костных структур и риске патологического перелома. У 15% больных с метастатическим поражением скелета развивается синдром компрессии спинного мозга, который относится к неотложным состояниям. Лечение болевого синдрома, обусловленного метастазами в кости, включает специфическую противоопухольевую терапию, опиоидные и неопиоидные анальгетики, лучевую терапию, системную радионуклидную терапию и ингибиторы остеокластов.

Специфика онкогематологической патологии состоит в выраженном отрицательном влиянии на костную ткань. Так, при множественной миеломе метастазы в кости развиваются в 95-100% случаев. Многие другие заболевания онкогематологического профиля сопровождаются снижением минеральной плотности костной ткани, развитием остеопороза. Особая значимость профилактики скелетных событий у таких больных связана с тем, что скорость реконструкции костной ткани при большинстве онкогематологических заболеваний существенно снижена и развитие патологических переломов любой локализации является инвалидизирующим.

Докладчик отметил, что существует обоснованная точка зрения, согласно которой бисфосфонаты следует отнести к противоопухольевым препаратам, поскольку они обладают такой активностью. Так, в исследовании J.A. Kanis лечение бисфосфонатом больных с РГЖ привело к снижению на 47% частоты развития костных метастазов (без влияния на общую выживаемость).

В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании с участием пациентов с множественной миеломой II-III стадий терапия ибандронатом значительно снижала риск скелетных повреждений (подтверждено радиологически) и интенсивность болевого синдрома. Немаловажно, что ибандронат не взаимодействует с тамоксифеном или препаратами заместительной гормональной терапии, мелфаланом/преднизолоном, а также с широко применяемыми противоопухольевыми

препаратами, диуретиками, антибиотиками, анальгетиками. Препарат следует применять с осторожностью с аминогликозидами (риск гипокальциемии и гипомagneмии). Продукты, содержащие алюминий, магний, железо, следует принимать не ранее чем через 30 мин после приема препарата.

Согласно рекомендациям ASCO 2011 г. терапия бисфосфонатами показана для больных с доказанными метастазами в костях.

Данные о превосходстве в отношении эффективности какого-либо препарата в настоящий момент недостаточны. Креатинин сыворотки крови должен проверяться перед каждым введением; при клиренсе креатинина более чем 60 мг/мин коррекции дозы не требуется. Все пациенты должны наблюдаться у стоматолога и избегать хирургических вмешательств на ротовой полости. Использование биохимических маркеров с целью прогнозирования эффективности бисфосфонатов не рекомендуется. Лечение препаратами этой группы предлагается продолжать до значительного ухудшения состояния больного.



Междисциплинарный характер обсуждаемой проблемы и значимость психологических аспектов лечения подчеркнул **заведующий отделом психосоматической медицины и психотерапии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, профессор кафедры психологии Национального медицинского университета им. А. А. Богомольца, доктор медицинских наук Олег Созонтович Чабан**. По его словам, значимость психолога и психотерапевта в оказании помощи онкологическим больным недооценивается. Для больных всеми формами злокачественных новообразований характерны специфические психологические особенности, связанные с развитием заболевания и получением терапии. К ним относятся следующие проявления: высокая частота когнитивных и тревожных расстройств, склонность к зависимости и «избеганию борьбы», низкий уровень возбудимости, экзальтированности и демонстративности, высокий уровень алекситимии. Именно алекситимия (неспособность выразить свои переживания)

представляет собой наиболее распространенную проблему среди онкологических больных, затрудняющую их общение с медицинским персоналом, родственниками и влияющую на процесс лечения.

Известны и специфические особенности психологических состояний пациентов при конкретных локализациях рака. Так, для пациентов с РЛ характерной особенностью является отсутствие депрессивных расстройств, низкая тревожность, но высокая частота и выраженность зависимости от алкоголя и курения, в то время как при раке желудка особенно повышена частота депрессивных расстройств, а при меланоме — навязчивых состояний.

По данным зарубежных авторов, опухоль-ассоциированная боль развивается у 33% больных после радикального лечения и у 64% пациентов с распространенным и метастатическим раком. В среднем среди всех онкологических больных на разных стадиях заболевания такой болевой синдром возникает в 53% случаев. Психотерапевтическое вмешательство признано одним из эффективных подходов в профилактике и комплексной терапии опухоль-ассоциированной боли. Исследования в области нейрофизиологии показывают, что физическая и душевная боль имеют единую зону проекции в головном мозге, в связи с этим психологическое состояние пациента существенно влияет на развитие болевого синдрома и субъективное восприятие боли.

Особая же значимость организации помощи онкологическим больным со стороны медицинского психолога и психотерапевта состоит в том, что именно эти специалисты обладают инструментарием, позволяющим направленно формировать у пациента приверженность к лечению и желание сотрудничать с врачом.

Участники конференции были единодушны в том, что **проблема костных метастазов и роли костной ткани в прогрессировании рака не может быть недооцененной. Костные метастазы при отсутствии надлежащего лечения и развитии осложнений, сопряженных с метастатическим процессом, могут повлиять на качество и продолжительность жизни больного едва ли не в большей степени, чем основная опухоль. Поэтому так важен комплексный подход к лечению онкологического заболевания с учетом процессов, происходящих в костной ткани, и назначение соответствующего лечения.**

Подготовила **Катерина Котенко**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Препарат сорафениб разрешен к применению в Украине при дифференцированном раке щитовидной железы, устойчивом к радиоактивному йоду

Рак щитовидной железы (РЩЖ) — самое распространенное онкологическое заболевание эндокринной системы. Ежегодно в мире регистрируется более 298 тыс. новых случаев этого заболевания и около 40 тыс. людей умирают в результате данной патологии. На дифференцированный РЩЖ приходится около 94% всех случаев заболевания. До 25% случаев этого заболевания проявляют рефрактерность к радиоидотерапии, что сопряжено с плохим прогнозом и низкой средней продолжительностью жизни больных (3-5 лет).

Сегодня сорафениб (Нексавар® DTC) — единственный препарат, одобренный в Европе и США для лечения пациентов с дифференцированным РЩЖ, рефрактерным к терапии радиоактивным йодом.

Основанием для утверждения нового показания стали результаты многоцентрового рандомизированного клинического исследования III фазы DECISION. В исследовании показано, что сорафениб обладает способностью замедлять прогрессирование заболевания у наиболее сложной категории пациентов, у которых развились метастазы, нечувствительные к радиоактивному йоду.

В данном исследовании сорафениб в сравнении с плацебо существенно повысил у больных выживаемость без прогрессирования (ВБП), что являлось основной конечной точкой исследования (ОР 0,59; 95% ДИ 0,46-0,76, p<0,001). У пациентов, которым назначали сорафениб, отмечено снижение риска прогрессирования заболевания или смерти на 41% в сравнении с участниками, получавшими плацебо. Медиана ВБП составила 10,8 мес при условии использования сорафениба в сравнении с 5,8 мес у больных, получавших плацебо.

Профиль безопасности и переносимости сорафениба у пациентов, принимавших участие в исследовании, был в целом сопоставим с известным профилем безопасности сорафениба при других существующих показаниях.

О препарате сорафениб (Нексавар®)

В настоящее время пероральный таргетный препарат сорафениб одобрен к применению более чем в 100 странах мира. В Европе он применяется для лечения случаев гепатоцеллюлярной карциномы, в частности тех пациентов с распространенной почечно-клеточной карциномой, у которых предыдущая терапия интерфероном-альфа или интерлейкином-2 оказалась неэффективной или же не могла быть назначена. Сегодня сорафениб также одобрен в Европе для лечения пациентов с местно распространенным или метастатическим, прогрессирующим дифференцированным (папиллярным / фолликулярным / Фортле-клеточным) РЩЖ, рефрактерным к радиоактивному йоду.

В рамках доклинических исследований было доказано, что сорафениб ингибирует многие киназы, способствующие клеточной пролиферации и ангиогенезу (кровоснабжению) — двум важнейшим процессам роста и развития опухоли. К этим киназам относятся Raf-киназа, VEGFR-1, VEGFR-2, VEGFR-3, PDGFR-B, KIT, FLT-3 и RET.

Сегодня компании «Байер» и «Оникс», международные исследовательские группы, государственные структуры и отдельные исследователи занимаются изучением применения сорафениба при ряде других видов рака.

Подготовила **Катерина Котенко**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

NICE отклонил препарат Иресса для лечения пациентов с мелкоклеточным раком легкого в связи с неудачным предшествующим лечением и рекомендует препарат Тарцева

Национальный институт здоровья и клинического совершенства (The National Institute for Health and Clinical Excellence — NICE) Великобритании не рекомендует препарат Иресса (гефитиниб) компании AstraZeneca для лечения пациентов с мелкоклеточным раком легкого (НМРЛ), у которых предшествующее лечение оказалось неэффективным.

NICE обновляет свои рекомендации на основании сообщений врачей в независимый консультативный комитет о том, что после лечения ингибиторами тирозинкиназы EGFR у больных развивается резистентность ко всему классу этих препаратов. Следовательно, в случае рецидива пациенты вряд ли получат пользу от назначения ингибиторов тирозинкиназы EGFR.

В то же время NICE рекомендует использовать таргетный препарат Тарцева (эрлотиниб) компании Roche как предпочтительный вариант для лечения данного заболевания. Препарат Тарцева рекомендуют при прогрессии НМРЛ у пациентов, ранее не получавших терапию таргетными препаратами.

Для справки

Препараты Иресса (гефитиниб) и Тарцева (эрлотиниб) являются ингибиторами тирозинкиназы рецептора эпидермального фактора роста (EGFR) и применяются в современной таргетной терапии НМРЛ.

О препарате Тарцева

Тарцева (эрлотиниб) является мощным ингибитором тирозинкиназной активности рецептора EGFR. Подтверждена его высокая эффективность в отношении блокирования EGFR-зависимых сигнальных путей. Блокирование внутриклеточного каскада сигнальных реакций приводит к угнетению пролиферации клеток и инициации процесса апоптоза. В результате терапии эрлотинибом угнетается рост опухоли, ее инвазия в ткани, метастазирование, повышается чувствительность к цитостатикам. Тарцева обладает доказанной эффективностью в первой линии терапии (с EGFR-положительной мутацией), поддерживающей терапии и терапии поздних стадий у больных НМРЛ. Профили эффективности и безопасности эрлотиниба хорошо изучены в рамках многочисленных клинических исследований. Увеличение показателей выживаемости отмечаются среди пациентов, получавших эрлотиниб, независимо от возраста, пола, стадии заболевания, результатов гистологического исследования или статуса в отношении курения.

Источник: www.epgonline.org

Перевод с англ. **Катерины Котенко**