

БОЛЬ
И ОПИОИДНЫЕ
АНАЛЬГЕТИКИ

С.3

ГРАНТ RUSSCO
И КОМПАНИИ
БИОКАД

С.7

СОЦ.СЕТИ
В ОНКОЛОГИИ

С.9

Мобильное приложение
**НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ
ИНГИБИТОРОВ CDK4/6**

доступно в Play Market и Apple Store



RUSSCO

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО
КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Официальная газета общества | Выпуск 6 • 2018

26 АПРЕЛЯ В МОСКВЕ ПРОШЛА СТАРТОВАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ (RUSSCO) И ФОНДА ПОДДЕРЖКИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОНКОЛОГИИ (РАКФОНД)

В России ежегодно у более полу-миллиона человек впервые в жизни выявляют злокачественное новообразование. Достиженные успехи в диагностике и лечении привели к тому, что уже более половины из 3,5 миллионов онкологических пациентов в России живут с этим диагнозом пять и более лет. Но результаты лечения ряда злокачественных опухолей до сих пор остаются неудовлетворительными. Только благодаря дальнейшим научным исследованиям станет возможным узнать о раке все, чтобы его победить.



Илья Тимофеев

Илья Тимофеев, исполнительный директор Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) и член Совета Фонда, представил данные, демонстрирующие увеличение продолжительности жизни онкологических пациентов благодаря проводимым научным исследованиям и внедрению их результатов в клиническую практику. Так, крупный анализ 23 исследований (более 12 тыс. пациентов) за период в 50 лет в США выявил 3,34 млн. добавленных лет жизни. Каждый год жизни обеспечил возврат инвестиций в исследование в размере \$125.

Стартовая конференция RUSSCO и РакФонда на примере нескольких исследований рака почки в России продемонстрировано увеличение продолжительности жизни пациентов в 2 раза. К сожалению, российские ученые отстают по количеству публикаций и проводимых исследований. По мнению Ильи Тимофеева, финансирование научных исследований – ключ к скорейшей победе над раком.

Проф. Евгений Имянитов, член Экспертного совета РакФонда, выделил несколько основных государственных источников финансирования для биомедицинской науки. Размеры грантов для ученых варьируются от ~700 тыс. руб. на ранние фундаментальные исследования до 75 млн. и выше на разработку конкретного проекта.

При этом конкурс проектов может достигать 10:1. Основными критериями успешности заявителя, по его мнению, должны быть новизна идеи, опыт научной группы и наличие зарубежных публикаций в индексируемых изданиях. Особое внимание при подготовке заявки необходимо уделять своевременному аккуратному заполнению и полному соответствию условиям конкурса.



Михаил Самсонов

Михаил Самсонов, член Попечительского совета РакФонда, отметил рост благотворительной активности в России и важность участия общественности в поддержке научных исследований, проведя параллели с французской противораковой лигой. Это дополнительно поможет убрать существующую стигму неизлечимости онкологических заболеваний и перевести счет в пользу побед над раком.



Проф. Евгений Имянитов

Проф. Сергей Тюлядин, председатель RUSSCO и член Экспертного совета РакФонда, отметил недостаточность финансирования онкологической науки в России, в частности, клинических исследований, поэтому одобрил очень быстрый старт работы РакФонда и проведение первого конкурса, который был полностью поддержан RUSSCO.

На совместный конкурс RUSSCO и РакФонда поступили 22 заявки от молодых онкологов, из них 15 были направлены на научную экспертизу, в рамках которой было получено 54 оценочных листа от 14 международных экспертов. Каждая из 15 заявок получила не менее 3 заключений экспертов. От начала сбора заявок до объявления результатов прошло всего 2,5 мес. В завершении конференции **Алексей Марченков**, соучредитель и член Совета Фонда, познакомил присутствующих с программами финансирования, существующим грантовым процессом и планами развития РакФонда. Помимо финансовой поддержки научных исследований в онкологии, это и проведение школ по подготовке протоколов исследований, заявок на финансирование и статей для публикации в высокоцитируемых журналах, а также усовершенствование процесса сбора и экспертной оценки заявок.

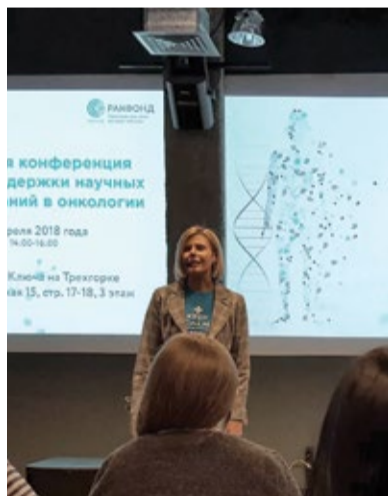
Алексей Марченков также отметил, что основным принципом работы РакФонда является максимальная прозрачность деятельности и публикация отчетов и принимаемых решений в открытом доступе.

Первыми победителями конкурса RUSSCO и РакФонда стали **Мария Степанова** из Санкт-Петербургского клинического научно-практического центра специализированных видов медицинской помощи (онкологического) с проектом по разработке диагностической платформы для мониторинга мутаций, связанных с устойчивостью к таргетной терапии рака легкого – одной из самых распространенных злокачественных опухолей, а также **Алексей Румянцев** (НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России), планирующий проведение клинического исследования для оценки эффективности нового режима профилактики побочных эффектов в виде тошноты и рвоты у больных, получающих химиотерапию.

Под аплодисменты участников конференции **проф. Сергей Тюлядин** вручил победителям именные дипломы.



Награждение. Мария Степанова, Алексей Румянцев, Кристина Закурдаева, проф. Сергей Тюлядин



Кристина Закурдаева

Именно об этом сказала **Кристина Закурдаева**, учредитель и председатель Совета Фонда, открывая конференцию. Далее она сообщила, что по прогнозам к 2030 г. число вновь диагностированных случаев онкологических заболеваний в мире превысит 20 миллионов в год только за счет увеличения численности населения и его старения. Нерешенные проблемы в этой области современного здравоохранения требуют немедленной реакции не только со стороны научного и медицинского сообществ, но и со стороны широкой общественности, ведь по оценкам каждый третий человек в течение жизни сталкивается с онкологическим заболеванием, а научные исследования являются самым мощным оружием современной противораковой борьбы.

БОЛЬ И ПРИМЕНЕНИЕ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПРЕИМУЩЕСТВА, РИСКИ И ВОЗМОЖНЫЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ

Статья подготовлена по материалам доклада *Mike Bennett, Judith A. Paice и Mark Wallace на конгрессе ASCO 2017*

К сожалению, боль по-прежнему остается очень частым следствием онкологического заболевания и его лечения. В крупном исследовании, в котором участвовало более 5000 взрослых пациентов с диагнозом рака, 56% страдали от боли средней и высокой интенсивности как минимум раз в месяц [1]. Большой системный анализ 52 исследований подтвердил такую высокую распространенность болевого синдрома, выявив, что 53% пациентов на всех стадиях онкологических заболеваний испытывают боль [2]. Несмотря на то, что по последним данным лечение болевого синдрома улучшилось, проблема недостаточного лечения сохраняется, а новые трудности грозят нарушить тот нестойкий прогресс, которого удалось достичь некоторое время назад [3]. Имеющиеся трудности довольно многочисленны, среди них такие, как недостаточное образование, ограниченность времени и ограниченный доступ ко всем существующим видам лечения [4]. Комплексное лечение болевого синдрома при онкологических заболеваниях включает тщательное обследование, а также фармакологические и нефармакологические методы лечения, применение интегративного подхода и инвазивных методов [5]. При этом оплата или возмещение по страховке многих перечисленных выше методов терапии весьма ограничено, в частности это касается таких видов лечения, как психологическое консультирование, физио- или реабилитационная терапия, массаж, методы интегративной медицины. В результате из всех имеющихся методов лечения болевого синдрома при онкологических заболеваниях доступной остается лишь фармакотерапия. Опиоидные анальгетики оказываются в данном случае основным видом фармакологического лечения и являются крайне важным средством для пациентов с болевым синдромом на поздней стадии онкологических заболеваний. На-

ряду с этим растет наше понимание рисков отдаленных побочных эффектов, в том числе возможное злоупотребление и зависимость, что вызывает беспокойство при длительном применении опиоидных анальгетиков у пациентов, перенесших рак [6]. Эти проблемы, касающиеся использования опиоидных анальгетиков, а также необходимость альтернативных анальгетиков, которые были бы безопасными и эффективными, объясняют растущий интерес к потенциальной пользе каннабиса для лечения болевого синдрома при онкологических заболеваниях.

ОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ДОСТУПНОСТЬ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, РЕЗУЛЬТАТЫ Доступность

Местно-прогрессирующий рак или рак с метастазами часто сопровождается болевым синдромом. Проведенный van den Beuken-van Everdingen системный анализ показал, что частота возникновения болевого синдрома растет по мере прогрессирования заболевания, и на поздних стадиях от боли страдают около 64% пациентов [2]. Около 45% пациентов на поздней стадии онкологических заболеваний испытывают боль средней или высокой интенсивности (минимум 5 баллов по десятибалльной шкале оценки боли) [1,2]. Морфин и другие сильнодействующие опиоидные анальгетики являются ключевыми препаратами для купирования болевого синдрома у пациентов на поздних стадиях онкологических заболеваний. С 1986 г. сильнодействующие опиоидные анальгетики являются основным классом препаратов при лечении болевого синдрома у онкологических пациентов согласно «Схеме ступенчатого обезболивания» Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [7]. Каждый год во всем мире 8,2 млн. пациентов

умирает на поздней стадии рака, и по оценке ВОЗ 6 млн. из них не получают адекватного лечения или вовсе не имеют возможности получать обезболивающую терапию сильнодействующими опиоидными анальгетиками, главным образом потому, что за последние десятилетия доступность опиоидных анальгетиков в беднейших странах, которые при этом являются самыми населенными, не увеличилась [8,9]. В основном это происходит по причине жесткого ограничения обеспечения и доступа к данным препаратам законодательствами государств [10]. Даже в развитых странах, где пациенты имеют доступ к опиоидным анальгетикам, по крайней мере, 32% онкологических пациентов получают недостаточное лечение болевого синдрома [3]. Существуют обоснованные опасения, что рецептурные опиоидные анальгетики помимо использования для лечения симптомов поздней стадии рака могут употребляться не по назначению. В связи с этим в частности в Соединенных Штатах ужесточаются правила рецептурного назначения опиоидных анальгетиков [11]. Недопустимо, чтобы такое ужесточение требований к назначению опиоидных анальгетиков приводило к ухудшению имеющейся ситуации недостаточного лечения болевого синдрома у пациентов на поздних стадиях онкологических заболеваний [12]. Ретроспективный когортный анализ показал, что только 43%–48% онкологических пациентов Великобритании получали сильнодействующие опиоидные анальгетики перед смертью [13,14], в Норвегии доля таких пациентов составила 60% [15]. Ziegler с соавт. в своем исследовании [14] показали, что для 6080 пациентов медиана между началом лечения сильнодействующими опиоидными анальгетиками и смертью составила 9 недель, при этом чем больше был возраст пациента, тем, как правило, значительно позже начиналось лечение, что согласуется с данными других исследований [13,15]. Пациентам,

которые скончались в больнице, реже выписывали опиоидные анальгетики в то время, пока они находились дома, и они с большей вероятностью поздно начинали принимать сильнодействующие опиоидные анальгетики, по сравнению с пациентами, которые умирали в хосписе. Эти различия не зависели от вида рака, длительности заболевания или от тяжести социально-экономических условий. Это заставляет думать, что неадекватное лечение болевого синдрома в домашних условиях приводит к госпитализации и к последующей смерти в больнице. В связи с этим ранняя диагностика болевого синдрома может помочь улучшить доступ к опиоидным анальгетикам и улучшить результат лечения пациентов. Даже в развитых странах онкологические пациенты, по-видимому, получают доступ к лечению сильнодействующими опиоидами на довольно позднем этапе заболевания. Одной из методологических проблем этих эпидемиологических данных является невозможность сопоставления с индивидуальными данными болевого синдрома конкретного пациента. Это значит, что по-прежнему непонятно, начинают ли назначать опиоидные анальгетики тогда же, когда пациент начинает страдать от боли перед наступлением смерти, или же речь идет о недостаточном лечении болевого синдрома. Второй вариант кажется более вероятным, если принять в расчет данные эпидемиологических исследований на больших когортах о продолжительности болевого синдрома у онкологических пациентов [1].

Эффективность

Насколько эффективны сильнодействующие опиоидные анальгетики при лечении болевого синдрома у онкологических пациентов? Первые наблюдательные исследования, которые изучали эффективность ступенчатой схемы ВОЗ, позволяют предположить, что данный подход помогает купировать болевой синдром примерно у 73% онкологических пациентов [16,17]. В абсолютных величинах результаты одного рандомизированного исследования, которое сравнивало применение морфина и оксикодона у онкологических пациентов с болевым синдромом, показали, что оба сильнодействующих опиоидных анальгетика обеспечивали эффективное купирование болевого синдрома у 75% пациентов [18]. Оба сильнодействующих опиоидных анальгетика в каждой из групп в среднем уменьшали выраженность боли на 3 балла по 10-балльной шкале оценки боли, однако эти результаты не сравнивались с плацебо. Разницы в выявленных нежелательных явлениях также не наблюдалось.

Более детальные и сопоставимые данные были получены посредством мета-анализа клинических исследований сильнодействующих опиоидных анальгетиков. Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE) Великобритании опубликовал подробный мета-анализ, подтверждающий отсутствие значимых отличий в эффективности морфина, оксикодона, трансдермального фентанила и трансдермального бупренорфина [19]. В частности не было обнаружено различий в проявлении нежелательных явлений при применении морфина и оксикодона, которые, вероятно, являются наиболее часто назначаемыми сильнодействующими опиоидными анальгетиками при болевом синдроме у онкологических пациентов по всему миру [20]. В целом не было обнаружено различий в частоте нежелательных явлений между всеми исследуемыми сильнодействующими опиоидными анальгетиками, однако вероятность запора при применении трансдермальных опиоидных анальгетиков оказалась намного ниже (соотношение рисков 0,43; $p < 0,002$).

В другом недавно опубликованном рандомизированном исследовании непосредственно сравнивались между собой те же самые четыре сильнодействующих опиоидных анальгетика (морфин, оксикодон, трансдермальный фентанил и трансдермальный бупренорфин). Исследование Corli с соавт. [21] не выявило различий в эффективности всех четырех опиоидных анальгетиков (каждый на уровне группы обеспечивал уменьшение выраженности боли в среднем примерно на 3 балла по 10-балльной шкале оценки боли). Что интересно, различия между препаратами в частоте запоров также не отмечалось. Единственное значимое отличие наблюдалось между морфином и фентанилом в частоте галлюцинаций (13,2% против 2,4%; $p = 0,001$) и выраженной спутанности сознания (15,5% против 6,3%; $p = 0,018$), что говорит в пользу применения трансдермального фентанила.

Подводя итог, можно сказать, что сильнодействующие опиоидные анальгетики весьма эффективны при купировании болевого синдрома у онкологических пациентов: ответ на лечение составляет 75%, а уменьшение интенсивности боли в среднем составляет от 6 до 3 баллов по 10-балльной шкале боли [20,21]. При проведении сравнения с ранними оценками схемы ступенчатого обезболивания ВОЗ более поздние данные позволяют предположить, что эффективность подхода, предложенного ВОЗ,

Продолжение на стр. 5



1 июня 2018
Чикаго

TRUMP CHICAGO
Bridgeview Room

Адрес:
401 N Wabash Ave,
Chicago

**Симпозиум RUSSCO
на конгрессе ASCO 2018**

Прорыв в лекарственном лечении
некоторых злокачественных
новообразований

Начало на стр. 3

полностью полагается на сильнодействующие опиоидные анальгетики, другие схемы при этом подходе не играют значительной роли. Эти исследования лежат в основе международных рекомендаций по применению сильнодействующих опиоидных анальгетиков при болевом синдроме у онкологических больных, которые предписывают в качестве лечения первой линии морфин, оксикодон, трансдермальный фентанил или трансдермальный бупренорфин, исходя из эффективности [5,22]. В Великобритании рекомендации NICE предлагают морфин в качестве опиоидного анальгетика первой линии по причине того, что он стоит значительно дешевле [19].

Результаты

Что может являться значимым результатом для онкологического пациента, страдающего болевым синдромом? Понятно, что сами пациенты говорят о том, что они хотели бы избавиться от боли, хотя, как правило, они на самом деле не ожидают того, что боль полностью уйдет [23]. Bender с соавт. в своем исследовании [24] выявили, что больные раком хотят понимать причину возникновения боли, знать, чего ожидать, какими способами можно облегчить боль (в том числе они хотели бы рассеять свои опасения относительно сильнодействующих опиоидных анальгетиков), и как можно справиться с болью, включая возможность общения на эту тему с другими людьми и получение поддержки. Результаты нескольких значимых исследований показали, что пациенты, по-видимому, могут определять зависимость боли от возможности сохранять физиологическую активность, работу, поддерживать отношения с родственниками и друзьями [24,25].

Чтобы быть в состоянии выполнять эти действия, часто пациенты стараются уменьшить как воздействие боли, так и влияние анальгетиков на когнитивную сферу, чтобы по возможности сохранить активность [26]. Это, как правило, приводит к тому, что пациенты пытаются найти компромисс между болью и обезболиванием, что в свою очередь влияет на соблюдение режима приема препарата. Концепция компромисса в медицинской литературе недостаточно освещена, но уже сейчас понятно, что пациентам важно достичь тех результатов, которые они считают для себя значимыми. По этой причине врач должен попытаться понять предпочтения пациента при назначении и проведении лечения сильнодействующими опиоидными анальгетиками онкологическим больным.

Основным приоритетом для врачей при выборе стратегии лечения болевого синдрома у онкологических пациентов на поздних стадиях должна быть помощь достижения баланса между купированием боли и побочными эффектами от обезболивающей терапии для того, чтобы обеспечить оптимальное физическое состояние и обучить их самопомощи [27,28]. Если слишком упростить эти важнейшие желае-

мые результаты, сводя их к оценке по шкале интенсивности боли, то такой метод оценки не будет точным (пациент может быть доволен достигнутым балансом при применении обезболивания, но при этом характеризовать свою боль как более интенсивную), либо не будет достаточно информативным (пациент может находить уровень обезболивания неудовлетворительным несмотря на более низкий балл по шкале боли, поскольку он страдает от побочных эффектов опиоидных анальгетиков, которые значительно ограничивают его в повседневной жизни). Ориентированность на оценку влияния боли и обезболивающей терапии на повседневную активность и на степень самоэффективности (способности справляться с трудностями) крайне важна для успешной терапии болевого синдрома.

ПРИМЕНЕНИЕ ОPIOИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ У ВЫЗДОРОВЕВШИХ ОТ РАКА: ПОЛЬЗА, РИСК, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

В настоящее время в Соединенных Штатах насчитывается примерно 15,5 млн. человек, выздоровевших от рака, а к 2040 году ожидается, что их число вырастет до 26,1 млн. [29]. Более чем две трети из числа этих пациентов прожили 5 лет и более после постановки диагноза, а 44% прожили 10 лет и больше [29]. В основном такие впечатляющие данные о выживаемости – результат выдающихся достижений в разработке все более эффективных методов лечения рака. К сожалению, многие из этих крайне эффективных методов лечения также приводят к персистирующему болевому синдрому. В результате, как показывают исследования, частота развития болевого синдрома у пациентов, выздоровевших от рака, может составлять 40% и выше [2,30,31].

Риск и польза

При том, что опиоидные анальгетики играют понятную и важную роль в лечении болевого синдрома у пациентов на поздних стадиях, их роль в купировании боли у людей, выздоровевших от рака, менее очевидна. Недавно выпущенные ASCO «Клинические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у взрослых пациентов с онкологическим заболеванием в анамнезе» демонстрируют результаты системного анализа исследований, изучающих лечение хронической боли у пациентов, перенесших онкологическое заболевание [6]. Один из таких системных анализов рандомизированных контролируемых исследований применения опиоидных анальгетиков при лечении боли у онкологических пациентов выявил всего несколько достоверных долгосрочных исследований [32]. В большом исследовании, где приняло участие более 500 человек, пациенты случайным образом распределялись в одну из четырех групп лечения опиоидными анальгетиками, длительность лечения составляла 28 дней. За период более чем 4 недели показатели самого высокого значения и среднего значения интенсивности боли снизились, при

СХЕМА 1

Побочные эффекты, связанные с длительным применением опиоидных анальгетиков [6, 33-35]

- Запоры
- Помрачение сознания
- Симптомы нарушений в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (изжога, тошнота, вздутие)
- Эндокринопатия (гипогонадизм/гиперпролактинемия)
- Слабость
- Бесплодие
- Остеопороз/остеопения
- Снижение либидо
- Снижение частоты/длительности или прекращение менструаций
- Нейротоксические эффекты
- Миоклония
- Другие нарушения психического состояния (в том числе изменения настроения, ухудшение памяти, у пожилых пациентов – повышенный риск падения)
- Риск возникновения индуцированной опиоидами гипералгезии (частота и механизм возникновения мало изучены, но вызывает опасения корреляция между увеличением дозы и усилением боли)
- Нарушения дыхания во сне
- Повышение риска при параллельном приеме бензодиазепинов у пациентов, предрасположенных к ночному апноэ
- Впервые выявленное ночное апноэ
- Ухудшение течения синдрома ночного апноэ

этом не было обнаружено разницы в результатах между препаратами [21]. Во многих случаях наблюдались изменения схемы лечения, в том числе повышение дозы, переключение на другие опиоидные анальгетики и добавление адъювантных анальгетиков, а примерно у 15% пациентов лечение оказалось неэффективным [21]. Хотя клинический опыт показывает, что для определенных пациентов опиоидные анальгетики являются безопасным и эффективным средством купирования боли, до настоящего времени не было проведено исследований, результатами которых врачи могли бы руководствоваться при решении о назначении опиоидных анальгетиков людям, выздоровевшим от рака.

Наряду с тем, что на данный момент нет четкого представления о долгосрочной эффективности опиоидных анальгетиков, появляется все большее понимание опасности побочных эффектов, связанных с их длительным применением (схема 1). Помрачение сознания, воздействие на либидо и репродуктивную функцию, гипералгезия и нарушения сна – все эти явления могут оказывать влияние на профессиональную деятельность, личные отношения и в целом на качество жизни [33-35]. Неоднозначные, вызывающие беспокойство данные, полученные на ранних этапах исследований с использованием лабораторных моделей, позволяют предположить, что опиоидные анальгетики могут влиять на иммунитет [36,37] и на прогрессирование опухоли [38,39], но пока слишком рано судить, являются ли эти результаты клинически значимыми. Особое опасение в свете наблюдаемой в данный момент эпидемии злоупотребления наркотическими веществами вызывает возможность развития зависимости от опиоидных или от других препаратов, что наблюдалось в случае неонкологических пациентов с хроническим болевым синдромом [11,40,41].

Способы снижения риска

Методы снижения риска возникновения нежелательных эффектов включают тщательное обследование и осознание важности контроля соблюдения режима лечения. Существуют способы быстрого первоначального выявления риска злоупотребления, хотя на данный момент ни один из них не был утвержден непосредственно для популяции онкологических пациентов. Ключевыми факторами, которые ассоциируются с риском злоупотребления/зависимости у пациентов с неонкологическим диагнозом, являются мужской пол, возраст моложе 65 лет, анамнез злоупотребления опиоидами, депрессия, семейный анамнез злоупотребления психоактивными веществами, курение, пребывание в местах лишения свободы в прошлом или в настоящее время, пост-травматическое стрессовое расстройство [42-45].

Контроль соблюдения режима приема препаратов может включать в себя подписание формы договора об использовании учетного психоактивного препарата, проверка данных по программе лекарственного мониторинга рецептурных препаратов, периодическое тестирование на содержание наркотиков, учет выданного и использованного препарата и разъяснительная работа с пациентами [46-51]. После просмотра результатов обследования, скринингового анализа мочи на наркотики и данных программы лекарственного мониторинга рецептурных препаратов врач должен принять решение о назначении схемы лечения, учитывая принадлежность пациента к той или иной группе риска. Если уровень риска невысокий, а интенсивность боли требует назначения опиоидного анальгетика, врач-онколог может назначить препарат данной группы. При умеренном или высоком риске злоупотребления онколог должен решить,

насколько серьезно интенсивность боли влияет на физическое или психическое благополучие пациента и есть ли приемлемая альтернатива опиоидным препаратам. Если боль серьезно влияет на благополучие пациента, при этом нет разумной альтернативы опиоидным анальгетикам, а риск злоупотребления или незаконного использования/продажи препарата является предотвратимым, то врач может назначить эту группу препаратов. Независимо от уровня риска нужно всегда рассматривать возможность оптимальной схемы лечения неопиоидными анальгетиками, а также нелекарственными методами терапии.

Если назначаются опиоидные анальгетики, необходим постоянный контроль соблюдения режима лечения. Частота такого контроля определяется уровнем риска (таблица 1) [6]. Если опиоидные анальгетики оказываются неэффективны или в случае возникновения серьезных побочных эффектов, нужно тщательно взвесить возможность смены схемы лечения.

Учитывая серьезность эпидемии злоупотребления/зависимости от опиоидных средств, врачи-онкологи должны быть насторожены в отношении возможности злоупотребления, тем более что онкологические пациенты могут рассматриваться как потенциальный источник учетных препаратов. Было доказано, что обучение правилам безопасного хранения и утилизации препарата повышает шансы более осознанного и безопасного использования препаратов пациентами.52

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАННАБИНОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

За последние 20 лет отношение широкой общественности и медицинского сообщества к каннабиноидам сильно поменялось. Более половины штатов США легализовали их для медицинского, а многие и для личного использования, хотя они по-прежнему остаются вне закона на федеральном уровне. При таком меняющемся подходе у медицинских специалистов в области онкологии и у пациентов возникает много непростых вопросов:

- *Насколько каннабиноиды помогают облегчить боль?*
- *Должен ли врач рекомендовать каннабиноиды для лечения болевого синдрома, в частности болевого синдрома на фоне онкологического заболевания?*
- *Какие существуют риски и побочные эффекты?*
- *Как может пациент получить и как должен применять препарат на основе каннабиноидов?*
- *Как должен врач, который назначает каннабиноиды, выбирать пациентов, которым подойдут эти препараты и как он должен осуществлять контроль?*
- *С какими юридическими проблемами могут столкнуться медицинские работники и исследователи при использовании каннабиноидов?*

Состав каннабиса

Растение каннабис содержит более 400 химических веществ, из

них более 80 принадлежат к группе каннабиноидов [53]. Дельта-9-тетрагидраканнабинол (Δ^9 -THC – delta-9-tetrahydrocannabinol) – самый известный из них, он является основным психоактивным веществом каннабиса [54-56]. Это вещество имитирует действие анандамида – эндогенного каннабиноида, который вырабатывается у человека – и имеет примерно одинаковую тропность к рецепторам CB1 и CB2.

Каннабидиол (cannabidiol – CBD) является вторым по содержанию компонентом каннабиса после THC [55]. Считается, что он имеет более широкое медицинское применение, чем THC, в результате чего выросла потребность в медицинской разновидности марихуаны и в фармацевтических препаратах с более высоким содержанием CBD, чем в обычной марихуане, используемой для развлечения [57]. В основном считается, что CBD не обладает психоактивным действием, зато клиническая практика показала, что он может облегчать судорожные припадки, мышечные спазмы и уменьшать воспаление [54,56]. Он очень слабо связывается рецепторами CB1 и CB2 и может выступать как обратный агонист/антагонист [54,55]. Подобное взаимодействие с рецепторами CB может снижать некоторые психотропные эффекты THC [54]. Помимо цельнолистного каннабиса есть и другой класс фитоканнабиноидов, совместно именуемых как медицинские экстракты на основе каннабиса. Их извлекают путем экстракции непосредственно из растения каннабиса. Есть два подвида медицинских экстрактов на основе каннабиса: (1) полученные фармацевтическими компаниями в строго регулируемых и контролируемых условиях и прошедшие тщательные клинические исследования и (2) те, которые производятся и продаются непосредственно в пунктах выдачи медицинской марихуаны без контроля со стороны надзорных органов и без проведения клинических исследований.

Фармакологические свойства каннабиноидов

Фармакологические характеристики большинства каннабиноидов остаются по-прежнему неизученными. Тем не менее, исследователи выявили основные механизмы, лежащие в основе действия активных веществ в составе каннабиса, в том числе THC, CBD и каннабинола. Задачу изучения осложняет наличие крайне разнообразных путей абсорбции, поскольку существует огромное число форм препаратов и путей введения, в том числе ингаляционный путь, прием внутрь, а также абсорбция путем оральной, сублингвальной, наружной или ректальной аппликации [58]. В течение многих веков основным путем употребления каннабиноидов было вдыхание дыма каннабиса или гашиша. Невозможность установить точную концентрацию THC и других каннабиноидов в каннабисе, отсутствие контроля производства и отсутствие испытаний большинства производных медицинской марихуаны, а также

ТАБЛИЦА 1. Предотвращение рисков и контроль соблюдения режима лечения

Тактика	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
Оценка группы риска	Отсутствие злоупотребления алкоголем или наркотиками в анамнезе, отсутствие семейного анамнеза злоупотребления алкоголем или наркотиками	Злоупотребление алкоголем или наркотиками в давнем прошлом	Злоупотребление алкоголем или наркотиками в недавнем прошлом либо множественные эпизоды злоупотребления алкоголем или наркотиками
	Отсутствие серьезных психических расстройств в анамнезе	Наличие зависимости в анамнезе с устойчивым выздоровлением и наличие условий, способствующих устойчивому выздоровлению	Наличие зависимости в анамнезе и отсутствие условий, способствующих устойчивому выздоровлению
	Более пожилой возраст	Признаки злоупотребления алкоголем или наркотиками в семейном анамнезе	Установленные данные о злоупотреблении алкоголем или наркотиками в семейном анамнезе
	Пациент не курит	Анамнез серьезного психического расстройства с успешным исходом лечения	Серьезные психические расстройства в анамнезе
	Наличие надежной социальной поддержки	Более молодой возраст	
Курение			
Физическое или сексуальное насилие в анамнезе			
Отсутствие стабильной социальной поддержки			
Контроль соблюдения режима лечения и предотвращение рисков	Контроль соблюдения режима лечения как минимум раз в год	Контроль соблюдения режима лечения как минимум 2 раза в год (при более высоком риске контроль проводится чаще)	Контроль соблюдения режима лечения как минимум каждые 2 – 3 месяца и более частые посещения
	Контроль обычно включает:	Контроль обычно включает:	Контроль обычно включает:
	Подробный опрос касательно поведения в отношении получаемого препарата	Подробный опрос касательно поведения в отношении получаемого препарата	Подробный опрос касательно поведения в отношении получаемого препарата
	Опрос членов семьи, изучение записей, сделанных другими врачами	Опрос членов семьи, изучение записей, сделанных другими врачами	Опрос членов семьи, изучение записей, сделанных другими врачами
	Проверка данных по программе лекарственного мониторинга учетных препаратов	Проверка данных по программе лекарственного мониторинга учетных препаратов	Проверка данных по программе лекарственного мониторинга учетных препаратов
Действия в случае aberrантного поведения	Переоценить тактику лечения, рассмотреть возможность преимущественного использования неопиоидных анальгетиков	Переоценить тактику лечения, рассмотреть возможность преимущественного использования неопиоидных анальгетиков	Переоценить тактику лечения, рассмотреть возможность преимущественного использования неопиоидных анальгетиков
			Повторная выдача препарата прекращается или строго контролируется
			Препарат выписывается в небольшом количестве более часто
			Недопустимо одновременное использование более чем одного опиоидного анальгетика (например, недопустимо назначение второго опиоидного анальгетика короткого действия для купирования «прорывной» боли пациентам, которые ежедневно получают опиоидный анальгетик длительного действия)
			Обязательная консультация с наркологом/психиатром

*Уровень риска определяется наличием одного или нескольких факторов, перечисленных в соответствующих категориях риска

разнообразие путей употребления делает задачу предсказать фармакологические эффекты препаратов затруднительной [56].

В целом при вдыхании каннабиса происходит предсказуемо быстрое увеличение концентрации каннабиноидов в плазме с коротким периодом полувыведения, что позволяет довольно легко подобрать дозу для достижения нужного эффекта. При употреблении внутрь эффект отсроченный, пик концентрации в плазме более длительный, а наступление пика концентрации более непредсказуемо. При чрезслизистом введении наступление пика концентрации происходит примерно также, как при употреблении внутрь, но он достигается быстрее и длится меньше. Такое разнообразие способов введения позволяет в клинической практике выбирать оптимальный метод в зависимости от ситуации. Например, для пролонгированного эффекта большинство пациентов предпочитает употребление внутрь перед сном, а в течение дня предпочтителен ингаляционный путь (Wallace M, на личном опыте).

Взаимодействие опиоидной и каннабиноидной систем

В свете эпидемии случаев передозировки рецептурных опиоидных препаратов в Соединенных Штатах вызывает опасения все более широкое использование медицинского каннабиса и возникают вопросы о его влиянии на этот феномен. Исследования показывают, что в тех штатах, где медицинский каннабис был легализован, наблюдалось снижение частоты случаев передозировки опиоидных анальгетиков [59]. Недавно проведенное методом поперечного среза ретроспективное исследование показало, что использование медицинского каннабиса сокращает использование опиоидных препаратов на 64%, снижает лекарственные побочные эффекты и улучшает качество жизни [60]. В другом исследовании, которое изучало взаимодействие опиоидов и каннабиноидов, принял участие 21 пациент с хроническим болевым синдромом. Пациенты дважды в сутки принимали препараты оксикодона или морфина замедленного высвобождения. Эти пациенты в течение 5 дней дыха-

ли пары каннабиса 3 раза в день. В результате отмечалось уменьшение болевого синдрома на 27%, при этом концентрация опиоидов в плазме не менялась. Проведенная пульс-оксиметрия не выявила снижения насыщения кислородом, что позволяет предположить, что каннабиноиды не усиливают подавление дыхательной функции, вызванное опиоидами [61].

Применение каннабиноидов в качестве анальгетиков

Количество проведенных рандомизированных контролируемых исследований, изучавших роль каннабиноидов в лечении болевого синдрома, весьма ограничено. Однако их число растет, что обусловлено актуальностью проблемы хронического болевого синдрома и необходимостью найти более безопасные способы лечения без обязательного использования опиоидных препаратов. Проблема исследований, однако, осложняется текущим федеральным законодательством, которое классифицирует каннабиноиды как препараты категории I, а так-

же отсутствие в различных исследованиях каннабиноидов единого стандарта формы препарата и пути введения. В исследованиях используются как различные формы каннабиноидов (т.е. целое растение, экстракт или синтезированные вещества), так и различные пути введения (т.е. ингаляционный, внутрь, чрезслизистый) и дозировка, что очень затрудняет интерпретацию результатов. Все проведенные в настоящее время исследования в основном изучали THC. Исследований, изучавших CBD, не проводилось, хотя интерес к этому веществу растет по причине того, что он практически не оказывает психоактивного воздействия. К настоящему моменту все виды каннабиса, предоставляемые национальными институтами здравоохранения для использования в исследованиях, имели содержание CBD менее 1%. В таблице 2 приведен обзор данных отдельных рандомизированных контролируемых исследований применения каннабиса при болевом синдроме различного генеза [61-76].

Продолжение на стр. 6

Начало на стр. 5

Риски и побочные эффекты применения каннабиноидов

Как и при любом другом виде лечения, в применении каннабиноидов есть риски и побочные эффекты. Наиболее известными побочными эффектами каннабиноидов являются седация, головокружение, сухость во рту и дисфорические расстройства. Другими значимыми побочными эффектами являются когнитивные расстройства, тревожность и психозы. Важно заметить, что большинство из заявленных побочных эффектов каннабиса и каннабиноидов были описаны в исследованиях, изучающих использование этих веществ с немедицинской целью. В недавнем исследовании применения каннабиса для лечения хронического болевого синдрома нежелательных явлений было выявлено не больше, чем у пациентов в контрольной группе [77].

Факты в отношении аддитивного потенциала каннабиса противоречивы. Несмотря на то, что злоупотребление каннабисом встречается часто, исследования на животных показывают - зависимость от него по своей силе меньше, чем при применении других веществ (например, героина, кокаина, никотина) [78]. По всей вероятности, высокая и низкая доза ТНС оказывают противоположные эффекты: употребление высокой дозы вызывает отвращение, а низких доз – удовольствие [79]. Такой терапевтический диапазон был продемонстрирован в исследованиях на людях [80]. По-видимому, уровень ТНС в плазме от 5 до 15 нг/мл дает терапевтический анальгезирующий эффект, однако при повышении концентрации в плазме более 15 нг/мл этот эффект исчезает (Wallace M с соавт., неопубликованные данные). При постоянном употреблении каннабиса развивается толерантность к физиологическому (т.е. кардиоваскулярному) и субъективному (т.е. подъем настроения) воздействию, а резкое прекращение при регулярном использовании вызывает симптомы отмены, похожие на те, что возникают при отмене опиоидных препаратов. Однако синдром отмены менее вероятен или протекает более мягко, если использовались низкие дозы ТНС [81,82].

Нормативно-правовые и профессиональные соображения

Хранение и употребление каннабиса на уровне федерального закона США является по-прежнему нелегальным. С 1970 г. Управление по борьбе с наркотиками США классифицирует каннабис как препарат категории I со следующими характеристиками: «высокий риск злоупотребления», «медицинское использование в настоящий момент не разрешено» и «отсутствие надлежащих мер безопасности для использования под медицинским контролем» [83]. Это напрямую противоречит законодательствам многих штатов США, разрешивших использование каннабиса для медицинских и личных целей. Такое положение вещей создает путаницу в созна-

нии многих медицинских специалистов и пациентов.

Ни FDA, ни другие федеральные надзорные органы в настоящий момент не контролируют и не регулируют производство и распространение каннабиса и огромного числа веществ на его основе, которые продаются в пунктах выдачи медицинской марихуаны. Более того, надзор на государственном уровне также отсутствует, а государственное регулирование и контроль маркировки, содержания, дозировки или чистоты каннабиса и его производных весьма ограничены. Таким образом, контроль этих процедур в тех штатах, где было отменено их централизованное регулирование, зачастую остается на усмотрение тех, кто выращивает, перерабатывает и распространяет медицинский каннабис. И, наконец, к настоящему моменту не было проведено больших долгосрочных клинических исследований ни каннабиса, ни его производных, которые необходимы для доказательства их эффективности для конкретных медицинских показаний. Все больше усилий прилагается к обеспечению лучшего контроля при производстве и распространении продуктов марихуаны.

Законы в отношении марихуаны в легализовавших её штатах сильно отличаются от штата к штату, поэтому каждый врач должен хорошо знать законодательство того штата, где он практикует. Поскольку марихуана не была одобрена FDA, ни в одном из штатов врач не обязан выписывать на нее рецепт. Американская лекарственная ассоциация выступает с инициативой о принятии федерального закона, защищающего врачей, которые прописывают пациентам каннабис.

Некоторые штаты разработали рекомендации для врачей по назначению медицинского каннабиса. В отсутствие рекомендаций врачи, которые хотят назначить пациентам каннабис, должны проводить лечение в соответствии с принципами надлежащей клинической практики. Это включает себя в том числе изучение данных о безопасности и эффективности медицинского каннабиса и подробное разъяснение пациентам их обязательств и рассказ о возможных побочных эффектах.

При этом пациенты должны наблюдаться для оценки клинического эффекта препарата, побочных явлений и влияния приема препарата на общую активность пациента и качество жизни. Все это должно быть описано в медицинской карте пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болевой синдром у онкологических больных остается весьма распространенным расстройством, но проблема недостаточно интенсивной терапии по-прежнему сохраняется. Отчасти это обусловлено обеспокоенностью в отношении использования опиоидных препаратов. Эффективность опиоидных анальгетиков на поздних стадиях заболевания достоверно установлена, но остаются вопросы о безопасности и эффективности опиоидных пре-

ТАБЛИЦА 1. Обзор опубликованных данных исследований применения каннабиноидов при лечении болевого синдрома

Вид боли	Исследуемый каннабиноид	Результат	Выраженность побочных эффектов	Ссылки
Хроническая боль	ТНС/Каннабидиол (п/я спрей)	Уменьшение боли	Легкая	Blake, 2005
		Уменьшение боли	Легкая	Notcutt, 2004
	ТНС (п/я спрей)	Уменьшение боли	Легкая	Notcutt, 2004
Нейропатическая боль	Каннабидиол (п/я спрей)	Уменьшение боли	Легкая	Notcutt, 2004
		Уменьшение боли (дозозависимый эффект)	Легкая	Wallace, 2015
		Уменьшение боли (при высоких дозах)	Легкая	Ware, 2010
		Уменьшение боли (при высоких дозах)	2 случая токсического психоза	Ellis, 2008
		Уменьшение боли (при высоких дозах)	Легкая	Wilsey, 2008
	Набиксимолс (п/я спрей)	Уменьшение боли	Легкая	Abrams, 2007
		Уменьшение боли	Легкая	Serpell, 2014
		Уменьшение боли	Легкая	Nurmikko, 2007
		Уменьшение боли	Легкая	Rog, 2005
	Каннадор (перорально)	Уменьшение боли	Легкая	Berman, 2004
Уменьшение боли		Легкая	Zajcek, 2003, 2005	
Болевой синдром при онкологических заболеваниях	Набиксимолс (п/я спрей)	Уменьшение боли при малых и средних дозах, отсутствие эффекта при высоких дозах	Легкая	Portenoy, 2012
		Набиксимолс уменьшал боль, ТНС усиливал боль	Легкая	Jonhson, 2010

паратов при лечении пациентов с длительной выживаемостью после рака. Учитывая имеющиеся опасения в отношении опиоидных препаратов, сейчас активно изучаются альтернативные анальгетики,

включая каннабис. При назначении этих вариантов лечения необходимо тщательно взвешивать потенциальный риск и пользу, а также нормативно-правовые аспекты.

Литература

Со списком литературы можно ознакомиться на сайте RosOncoWeb

НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРА АРОМАТАЗЫ В КОМБИНАЦИИ С ДВОЙНОЙ HER2-БЛОКАДОЙ БОЛЬНЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Комбинация лапатиниба с трастузумабом и ингибитором ароматазы способствует увеличению выживаемости без прогрессирования (ВВП) больных гормонозависимым HER2-положительным метастатическим раком молочной железы (РМЖ), находящихся в постменопаузе. Такие результаты были получены в клиническом исследовании III фазы ALTERNATIVE и опубликованы Johnston и соавторами в журнале the Journal of Clinical Oncology.

В проведенном ими исследовании приняли участие 355 больных, которые находились на лечении в 112 клиниках 29 стран мира. Все участницы ранее получали гормонотерапию и неoadъювантную или первую линию терапии трастузумабом в комбинации с химиотерапией. Больные были рандомизированы в соотношении 1:1:1 на 3 группы, одна из которых (n=120) находилась на терапии лапатинибом и трастузумабом, вторая (n=120) получала трастузумаб и третья (n=118) – лапатиниб. Помимо этого всем участницам был назначен ингибитор ароматазы, выбранный на усмотрение исследователя (летрозол 2,5 мг/день, анастрозол 1 мг/день или экзестеман 25 мг/день). При рандомизации учитывались выбранный ингибитор ароматазы (стероидный или нестероидный) и предшествующая терапия трастузумабом.

Лапатиниб назначался в дозе 1000 мг/день в группе лапатиниба-трастузумаба и 1500 мг/день в группе лапатиниба. Трастузумаб назначался в обычном режиме (нагрузочная доза 8 мг/кг с последующей поддерживающей дозой 6 мг/кг каждые 3 недели). Основным критерием эффективности был показатель ВВП.

Медиана ВВП составила 11,0 мес. в группе сочетанной терапии, 5,7 мес. в группе трастузумаба (OR=0,62; p=0,0064). Медиана ВВП в группе лапатиниба составила 8,3 мес. (OR=0,71; p=0,0361). Частота объективного ответа в группе сочетанной терапии, монотерапии трастузумабом и лапатинибом составила 31,7%, 13,7% и 18,6% соответственно. Медиана длительности ответа составила 13,9, 8,3 и 11,1 мес. соответственно. Медиана общей выживаемости на момент предоставления результатов составила 46,0, 40,0 и 45,1 мес. соответственно.

Независимо от степени тяжести из нежелательных явлений чаще всего встречались диарея (69% в группе сочетанной терапии, 9% в группе трастузумаба и 51% в группе лапатиниба), кожная сыпь (36%, 2% и 28% соответственно), тошнота (22%, 9% и 22% соответственно) и паронихия (30%, 0% и 15% соответственно). Нежелательные явления 3-4 степени были зарегистрированы у 34%, 22% и 32% больных соответственно. Из них чаще всего (>5%) встречалась диарея 3 степени (13% в группе сочетанной терапии и 6% в группе лапатиниба). Серьезные нежелательные явления были зарегистрированы у 14%, 10% и 17% больных соответственно. Прекращение лечения в связи с развитием тех или иных нежелательных явлений было у 3%, 6% и 9% пациенток соответственно.

На основании полученных результатов исследователи сделали вывод о том, что в сравнении с комбинацией трастузума и ингибитора ароматазы комбинация лапатиниба, трастузумаба и ингибитора ароматазы способствует значительному увеличению ВВП у больных HER2-положительным гормонозависимым метастатическим РМЖ. Изученный режим может являться альтернативным и безопасным подходом в лечении данной популяции больных.

Источник: веб-сайт ASCO.

ESMO 2018: RUSSCO И КОМПАНИЯ BIOCAD ВЫДЕЛЯТ ГРАНТ НА ПОЕЗДКУ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ, ТЕЗИСЫ КОТОРЫХ БУДУТ ОТОБРАЖЕНЫ К ДОКЛАДАМ

Уважаемые коллеги!

Российское общество клинической онкологии (RUSSCO) совместно с компанией BIOCAD при поддержке Министерства здравоохранения России и Министерства культуры России реализует проект «Живи без страха. Живи искусством».

Одними из ключевых целей проекта являются способствование расширению знаний практикующих врачей-онкологов и содействие обмену опытом между специалистами, в том числе на международном уровне.

Конгресс ESMO – ключевое научно-практическое мероприятие в области онкологии в Европейском союзе, объединяющее специалистов из различных стран мира.

RUSSCO и компания BIOCAD предоставляют возможность российским онкологам получить грант на поездку на ESMO 2018.

КОНГРЕСС ESMO 2018 ГРАНТ НА ПОЕЗДКУ

СРОК ПОДАЧИ ДОКУМЕНТОВ ДО 9 МАЯ

BIOCAD
Biotechnology Company



живи|без|страха
Живи искусством

RUSSCO и компания BIOCAD предоставляют возможность российским онкологам получить грант на поездку на ESMO 2018.

Для участия в конкурсе необходимо:

- Быть членом RUSSCO или вступить в Общество.
- Подать тезисы доклада (abstract) на конгресс ESMO до 9 мая.
- Прислать подтверждение о принятии ваших тезисов к устному докладу (Proffered Paper)
- или к постерной дискуссии (Poster Discussion) по адресу plykina@russco.org.
- Грант включает оплату регистрационного взноса, проживания в гостинице, авиабилетов.

Желаем удачи всем соискателям!

О проекте «Живи без страха. Живи искусством»

Биотехнологическая компания BIOCAD при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства культуры Российской Федерации реализует программу по выявлению онкологических заболеваний женской репродуктивной системы на ранних стадиях – проект «Живи без страха. Живи искусством».

Помимо информирования населения одной из целей данной инициативы является углубление знаний практикующих врачей-онкологов в подходах к лечению и ведению онкологических пациентов. Российское общество клинической онкологии (RUSSCO) выступает научным партнером и формирует научную составляющую дискуссионных клубов по терапии опухолей женской репродуктивной системы и хирургических мастер-классов, которые проводятся у пациенток с раком яичника, раком шейки и тела матки и проходят в рамках проекта.

Подробности на живибезстраха.рф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ ТЕМОЗОЛОМИДОМ У БОЛЬНЫХ АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ ГЛИОМОЙ С КОДЕЛЕЦИЕЙ 1p/19q

В соответствии с результатами промежуточного анализа, полученными в клиническом исследовании III фазы CATNON (EORTC 26053-22054), проведение адьювантной терапии темозоломидом способствует увеличению выживаемости больных анапластической глиомой с коделецией 1p/19q. Данные были представлены Bent и соавторами в журнале The Lancet.

В проведенном ими открытом исследовании приняли участие 745 больных с впервые выявленным заболеванием. С декабря 2007 г. по сентябрь 2015 г. все участники были рандомизированы в соотношении 1:1:1:1 на группы. Первая из них (n=187) получала только лучевую терапию (33 фракции по 1,8 Гр; СОД 59,4 Гр), вторая (n=185) – комбинацию лучевой терапии и адьювантной химиотерапии темозоломидом (12 4-недельных курсов в дозе 150-200 мг/м², с 1 по 5 дни), третья (n=188) – лучевую терапию с одновременным назначением адьювантно темозоломида (75 мг/м²/день) или без адьювантного темозоломида – четвертая группа (n=185). Основным критерием эффективности был показатель общей выживаемости (ОВ).

Промежуточный анализ был выполнен, когда летальный исход был зарегистрирован у 219 участников. По результатам промежуточного анализа в исследование были включены 745 (99%) из запланированных 748 пациентов. Медиана наблюдения составила 27 мес. Медиана ОВ не была достигнута в группе больных, получавших темозоломид в адьювантном режиме, и составила 41,1 мес. в группе его не получивших (ОР=0,65; 99% ДИ 0,45-0,93). При включении в анализ статуса метилирования промотора MGMT ОР составило 0,65 (95% ДИ 0,45-0,93). Показатель 5-летней ОВ составил 55,9% и 44,1% соответственно. Медиана выживаемости без прогрессирования (ВБП) составила 42,8 и 19,0 мес. (ОР=0,62; 95% ДИ 0,50-0,76 по данным однофакторного анализа). Показатель 5-летней ВБП составил 43,1% и 24,3% соответственно.

В общей сложности нежелательные явления 3-4 степени были зарегистрированы у 8-12% больных, получавших темозоломид. Преимущественно они касались гематологической токсичности и были обратимы. Среди них чаще всего встречалась тромбоцитопения (7%-9%). Из негематологических проявлений токсичности 3-4 степени у больных, получавших темозоломид, чаще всего наблюдалось повышение уровня аминотрансфераз.

На основании имеющихся результатов исследователи сделали вывод о том, что проведение адьювантной химиотерапии темозоломидом способствует значительному увеличению выживаемости больных с впервые выявленной анапластической глиомой с коделецией 1p/19q. Необходимо проведение дополнительных исследований с целью оценки сочетанной терапии темозоломидом, а также значения молекулярных факторов. По их мнению, стандартом современной терапии больных анапластической глиомой с коделецией 1p/19q должно быть хирургическое вмешательство с последующим проведением лучевой терапии и 12 4-недельных курсов темозоломидом с 1 по 5 дни. Последующее изучение роли мутационного статуса IDH1 и IDH2, а также статуса метилирования промотора MGMT позволит определить возможность их использования в выявлении тех больных, кто может получить наибольшее преимущество от терапии темозоломидом.

Источник: веб-сайт ASCO.

АДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕМБРОЛИЗУМАБОМ СПОСОБСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЮ БЕЗРЕЦИДИВНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОЙ МЕЛАНОМОЙ, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ (результаты исследования EORTC1325/KEYNOTE-054)

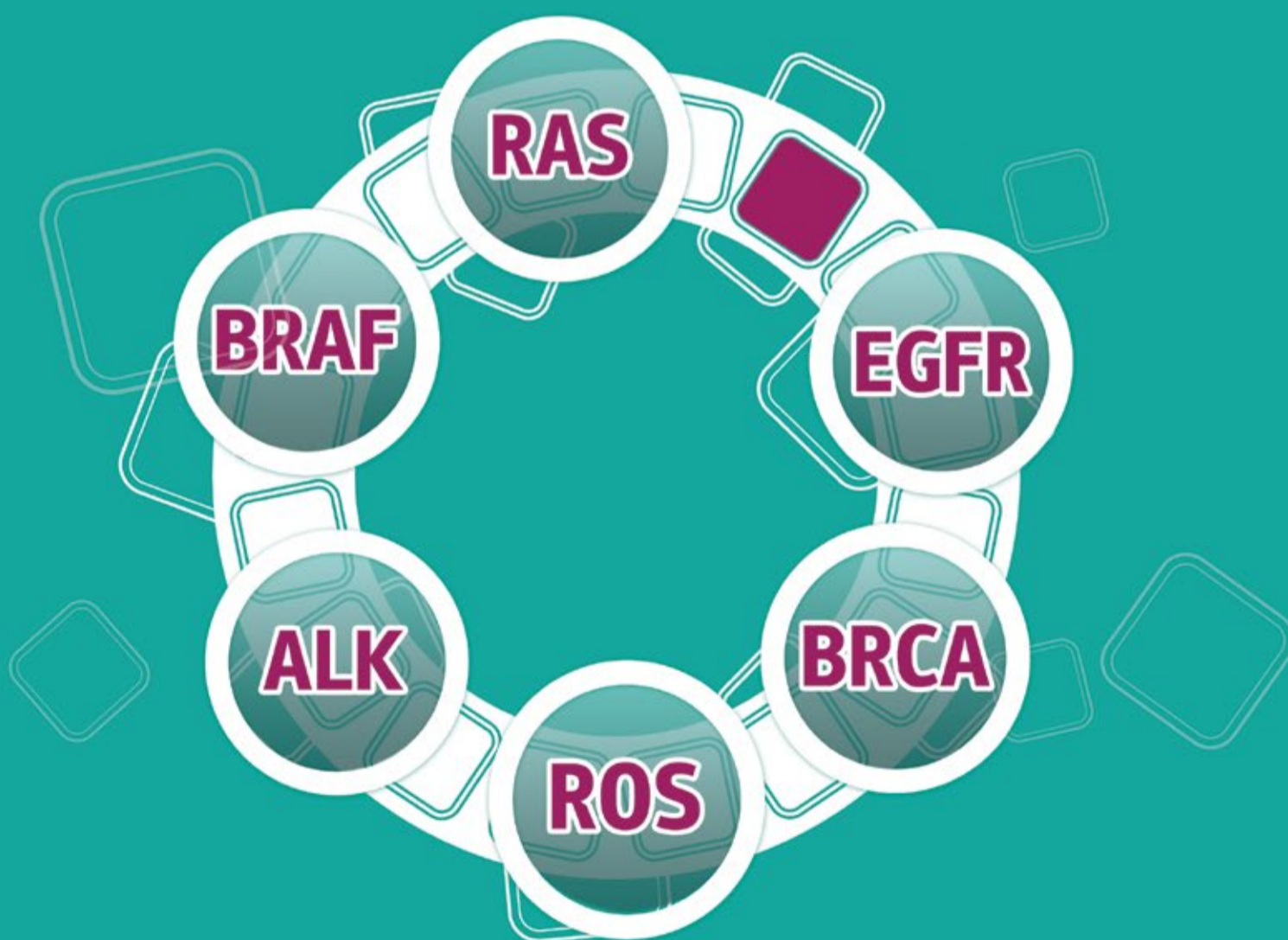
8 января 2018 г. фармацевтическая компания Merck и Европейская организация по изучению и лечению рака (EORTC) объявили о том, что клиническое исследование III фазы EORTC1325/KEYNOTE-054 достигло своей первичной конечной точки. Его целью было изучение пембролизумаба (Кейтруда) у больных резектабельной меланомой, имеющих высокий риск рецидива заболевания. По данным промежуточного анализа, в сравнении с плацебо адьювантная терапия пембролизумабом способствовала значительному увеличению безрецидивной выживаемости (БРВ) пациентов (ОР=0,57; 98,4% ДИ 0,43-0,74; p<0,0001). Профиль безопасности пембролизумаба соответствовал ранее известным данным. Исследование планируется продолжить с целью оценки остальных показателей эффективности, включая общую выживаемость. Результаты исследования EORTC1325/KEYNOTE-054 будут представлены на предстоящих конференциях.

Исследование KEYNOTE-054 представляет собой рандомизированное двойное слепое исследование III фазы, в котором было проведено сравнение пембролизумаба с плацебо в адьювантной терапии больных резектабельной меланомой, имеющих высокий риск рецидива заболевания (IIA, IIIB, and IIIC стадии). В общей сложности в исследование было включено 1019 больных, которые были рандомизированы на 2 группы. Одна из них получала пембролизумаб (200 мг в/в 1 день каждые 3 недели в течение 1 года), а вторая – плацебо (в аналогичном пембролизумабу режиме). Суммарное количество введений было 18. Основными критериями эффективности были показатели БРВ во всей группе больных, а также БРВ у больных с экспрессией PD-L1. Помимо этого дополнительно оценивали выживаемость без отдаленных метастазов и общую выживаемость у всех участников и в подгруппе пациентов, имеющих экспрессию PD-L1.

Источник: веб-сайт ASCO.



Национальная программа
Российского общества клинической онкологии
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



WWW.CANCERGENOME.RU



СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК СРЕДСТВО ОБЩЕНИЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ВОВЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ

Статья подготовлена редакцией газеты по материалам доклада Merry Jennifer Markham, Danielle Gentile и David L. Graham на ежегодном конгрессе ASCO 2017.

За последние годы в нашем современном обществе социальные сети превратились в общепринятое средство коммуникации. 86% американцев являются интернет-пользователями, из них почти 80% пользуются сетью Facebook, 32% используют Instagram, а 24% – Twitter [1]. 62% американцев узнают новости через социальные сети, в основном через Facebook, но все чаще и чаще и через Twitter [2]. Популярность социальных сетей и их значимость в обществе продолжает расти. Этому, безусловно, способствует тот факт, что новый президент США регулярно общается со своей аудиторией с помощью Twitter.

Социальные сети – это инструменты для общения и платформы, где можно неформально и в режиме реального времени делиться информацией и распространять материалы пользователей. В социальных сетях есть огромное множество платформ, на которых можно распространять информацию в виде текстов (например, Twitter, блоги), изображений (например, «Пинтерест», Instagram) и видео (например, YouTube, Snapchat, Periscope). Такие сайты, как LinkedIn, скорее используются для профессионального общения, а другие, как, например, Doximity, разработаны конкретно для общения врачей и других специалистов в области здравоохранения. По мере технологического развития социальных сетей увеличивается и потенциал для применения этих платформ в личных и профессиональных целях.

Twitter стал излюбленной площадкой врачей, защитников прав пациентов и учреждений здравоохранения для общения на медицинские темы. В Twitter пользователь может публиковать сообщения («твиты») объемом до 140 знаков. Если аккаунт пользователя является публичным, а не закрытым, то другие пользователи Twitter могут перепечатывать («ретвитить») эти сообщения, делая их доступными для своих подписчиков. Чтобы привязать сообщение к конкретному обсуждению или к виртуальному сообществу, используются хештеги (слова или фразы, перед которыми ставится значок #, как, например, #рак или #миелома). Хештеги также удобны при поиске информации в Twitter на конкретную тему. Более детально анатомию сообщений в Twitter и основные правила пользования, включая очень полезные ресурсы для тех врачей, которые только начали или хотят начать использовать эту платформу, описывает Thompson с соавторами [3].

Сложно оценить, какое количество онкологов являются активными пользователями социальных сетей. Исследование, в котором участвовали канадские врачи-онкологи и онкологи-интерны, показало, что 72% респондентов использовали социальные сети [4]. Авторы исследования

выявили, что пользователи соцсетей различаются по возрасту – типичное наблюдение в исследованиях, изучающих использование соцсетей, при этом социальными сетями пользовались 93% опытных врачей-онкологов и 72% врачей-практикантов и только 39% врачей со средним уровнем опыта. Когда эти онкологи и начинающие специалисты использовали соцсети для своего профессионального развития, то для 55% респондентов целью было общение с коллегами, для 17% – публикация результатов исследований, а для 13% – развитие лидерских качеств.

Одно из наиболее очевидных применений соцсетей – это быстрое распространение и получение информации. Главные новости обычно появляются в Twitter прежде, чем о них узнают из газет или из теленовостей. Распространение в соцсетях результатов медицинских исследований также дает хорошую возможность оповещать большее количество заинтересованных людей в более короткие сроки, практически в режиме реального времени. По причине таких широких возможностей многие медицинские журналы сейчас представлены в Twitter. Так, например, журналы Американского общества клинической онкологии (ASCO): Журнал «Клиническая онкология» (@JCO_ASCO), Журнал «Практическая онкология» (@JOP_ASCO) и Журнал «Общая онкология» (@JGO_ASCO) – все они присутствуют в Twitter.

Существует большое количество блогов и статей, написанных врачами, в том числе онкологами, которые объясняют, почему социальные сети востребованы как в личной, так и в профессиональной сфере [5-9]. В этой статье обсуждаются некоторые об-

ласти использования соцсетей, в том числе для профессионального развития, общения с коллегами и вовлечения пациентов в процесс лечения. Но прежде всего необходимо оценить потенциальные риски использования соцсетей.

Ограничения и риски при использовании социальных сетей

Исследование, проведенное Adilman с соавторами, обнаружило, что самым частым ограничивающим фактором использования соцсетей было недостаточное количество времени: об этом заявили 59% респондентов [4]. Campbell и коллеги также выявили, что нехватка времени является потенциальным препятствием, однако при этом они обнаружили, что разные врачи – участники их исследования – смотрят на это по-разному. В то время как одни врачи считали, что время, потраченное на социальные сети, отнимало у них время на лечение пациентов, другие не отмечали такого негативного влияния [10]. Кроме этого, врачи отмечали следующие проблемы при использовании социальных сетей: снижение работоспособности, что было, возможно, обусловлено тем, сколько времени врач проводил в соцсетях; нехватка времени, чтобы научиться более эффективно пользоваться соцсетями; избыток технологических возможностей и избыток информации в соцсетях.

Беспокойство о безопасности личных данных также является частой причиной ограниченного пользования соцсетями [4,10,11]. Хотя большинство тех врачей, которые пользуются соцсетями, в особенности Twitter, рады возможности контакта с широким кругом людей, с пациентами и защитниками прав пациентов, некоторые врачи опасаются общения с пациентами через социальные сети

и по этой причине избегают пользоваться ими. Другой фактор, вызывающий опасения, – это то, что все когда-либо опубликованное в социальных сетях навсегда остается там. Например, сообщение, удаленное из Twitter, на самом деле полностью не исчезает. Уже принято говорить, что сообщения в социальных сетях написаны пером, а не карандашом.

Учреждения здравоохранения, в которых работают врачи или которые сотрудничают с врачами, также обеспокоены потенциальным ущербом, который может нанести непрофессиональное или неэтичное поведение в соцсетях. Сами врачи обеспокоены тем, что пользователи по неосторожности могут распространять неправильную или некорректную с профессиональной точки зрения информацию [10]. Распространение неэтичной или некорректной информации в социальных сетях может ставить под угрозу репутацию врача или лечебного учреждения. В проведенном ранее исследовании Chretien и коллеги изучали сообщения в Twitter пользователей, которые представлялись врачами, чтобы выяснить, насколько профессионально они себя ведут [12]. Были собраны данные 260 пользователей и всего проанализировано 5156 сообщений в Twitter. 140 сообщений (3% от общего числа сообщений) были расценены как непрофессиональные. 38 сообщений (0,7%) потенциально нарушали право пациентов на конфиденциальность, 33 (0,6%) – содержали ненормативную лексику, 14 (0,3%) – содержали информацию откровенно сексуального характера, а в четырех сообщениях (0,1%) были высказывания дискриминационного характера. В 12 сообщениях был обнаружен потенциальный конфликт интересов, как, например, реклама медицинских продуктов, которые продавались через их сайт; в 10 сообщениях рассказывалось о методах

лечения, которые противоречили существующим медицинским данным и текущим рекомендациям.

Многие учреждения здравоохранения выработали рекомендации по использованию социальными сетями, предвосхищая создание правил и руководств профессионального поведения в сети. Dizon и коллеги составили список наиболее общих подходов при выработке правил поведения в соцсетях и дали практические рекомендации по использованию социальных сетей в онкологической практике [13]. ASCO опубликовало в сети разработанные ей «Десять советов по использованию социальных сетей». Этот источник может применяться в качестве краткого руководства для врачей по ответственному использованию Twitter и другими публичными онлайн-платформами. Дополнительные материалы ASCO по использованию соцсетей приведены в таблице 1.

Социальные сети для общения с коллегами и профессионального развития

Профессиональное развитие и неформальное общение – неотъемлемая часть социальных сетей. Возможность контакта и обмена опытом с другими врачами – основное преимущество соцсетей. До недавнего времени врачи общались с коллегами в рамках своих сообществ и медицинских учреждений, контакты были ограничены их физическим местонахождением. Теперь, с приходом Twitter, врач может общаться и взаимодействовать с другими врачами по всему миру, с теми, у кого похожие профессиональные или исследовательские интересы. Таким образом, создаются возможности для обмена идеями, сотрудничества и общения. Используя в Twitter специфические хештеги, относящиеся к онкологии, врачи-онкологи могут участвовать в обсуждениях и общаться с коллегами из этих виртуальных сообществ со схожими интересами в сфере онкологии [14]. В таблице 2 приведено несколько примеров наиболее популярных хештегов по теме онкологии.

Продолжение на стр. 10

Таблица 1. Материалы ASCO по использованию социальных сетей.

Источник	Записи в Твиттере или веб-сайт
ASCO	@ASCO
Публикации ASCO	
Журнал «Клиническая онкология»	@JCO_ASCO
Журнал «Практическая онкология»	@JOP_ASCO
Журнал «Общая онкология»	@JGO_ASCO
Сообщения ASCO	@ASCOPost
Cancer.Net	@CancerDotNet
Фонд борьбы с раком (Conquer Cancer Foundation)	@ConquerCancerFd
Университетский курс ASCO: «Использование социальных сетей»	https://goo.gl/cYqH6J
«10 советов по использованию социальных сетей»	https://goo.gl/m11SDL
«Социальные сети для профессионалов в области онкологии 101»	https://goo.gl/JsE8C6
Практическое руководство: «Использование социальных сетей в онкологической практике» [13]	https://goo.gl/sKG2KG
Круглый стол: «Использование социальных сетей в онкологической практике» (подкаст)	

Таблица 2. Примеры популярных хештегов по теме онкологии.

Хештег	Тема
#AYACSM	Злокачественные опухоли у подростков и людей молодого возраста
#BCSM	Рак молочной железы
#CRCSM	Колоректальный рак
#GynCSM	Злокачественные опухоли женской репродуктивной системы
#HNCSM	Опухоли головы и шеи
#KCSM	Рак почки
#LCSM	Рак легкого
#LeuSM	Лейкоз
#LymSM	Лимфома
#MMSM	Множественная миелома
#PallOnc	Паллиативная онкология
#PancSM	Рак поджелудочной железы
#PCSM	Рак предстательной железы
#PedCSM	Злокачественные опухоли у детей
#SCSM	Саркома
#SurvOnc	Выживаемость при злокачественных опухолях

Начало на стр. 9

Общение в блогах или на сетевых форумах предоставляет дополнительные возможности для взаимодействия с коллегами. ASCO Connection (<https://connection.asco.org/>) – это платформа, где собрано большое количество информации и где члены ASCO могут общаться между собой различными способами: от оставления комментариев к блогам на ASCO Connection (общаясь таким образом с автором и с другими читателями и комментаторами блога) до участия в дискуссионных форумах в рамках этой платформы. Другими сайтами, которые часто используются для профессионального общения, являются Doximity и LinkedIn. Twitter раздвинул границы традиционных специализированных научных семинаров. Теперь обсуждение научных статей выносятся за пределы отдельного помещения и происходит в публичном международном пространстве [15]. Thangasamy с коллегами описывают свой опыт участия в международном научном семинаре по урологии (#urojc) в Twitter [16]. Каждый месяц модераторы #urojc проводят 48-часовое обсуждение, уделяя основное внимание последним публикациям в научных журналах. Такой длительный временной промежуток позволяет принять участие в дискуссии пользователям Twitter из всех часовых поясов. За 12 месяцев в таких ежемесячных обсуждениях на платформе Twitter #urojc приняли участие 189 уникальных пользователей из 19 разных стран. На платформе Twitter есть 2 онлайн-семинара, специализирующихся в области онкологии: семинар по лучевой онкологии (#radonc), где модератором выступает @Rad_Nation, и семинар по теме трансплантации костного мозга (#bmtjc), который организован Американской ассоциацией по трансплантации клеток крови и костного мозга (@ASBMT). В Twitter регулярно ведутся обсуждения в различных группах, которые привязаны к определенному хештегу и которые организуют и ведут один

или несколько модераторов. Например, чат группы по раку молочной железы (#BCSM) начался в 2011 году с дискуссии в Twitter и вскоре вырос в глобальное виртуальное сообщество (@BCSMChat; <http://bcm.org/>). Ежемесячная дискуссия в Twitter в группе #GYNCISM, где обсуждаются проблемы злокачественных опухолей женской половой сферы (@gyncism; <http://gyncism.blogspot.com/>), началась в 2013 году. В этих и других онкологических чатах участвуют онкологи-химиотерапевты, хирурги, лучевые терапевты, врачи неонкологических специальностей, медсестры, психологи и другие медицинские специалисты, пациенты, защитники прав пациентов и медицинские организации. Участие в дискуссиях в Twitter позволяет врачу общаться и обмениваться опытом с коллегами, которые трудятся в аналогичной сфере, находить потенциальных партнеров для исследовательской работы, выступать в защиту пациентов и взаимодействовать с пациентами и защитниками прав пациентов. Участие в онлайн-обсуждениях случаев из практики – это еще одна возможность для профессионального развития. С января 2015 года на платформе ASCO Connection Discussion (<https://connection.asco.org/discussion/>) активно функционирует специализированная онкологическая группа «Комитет молекулярной онкологии». Ее образовательные сессии представлены в виде блогов, в каждом из которых приводится случай из практики и далее ставятся вопросы для обсуждения. Модераторами обсуждений выступают врачи-специалисты. Пользователи платформы ASCO Connection могут давать ответы на поставленные вопросы и вести дальнейшую дискуссию в комментариях к блогу. Похожая образовательная инициатива на основе разбора клинических случаев была организована на платформе блога TeamHaem (<https://teamhaem.com/>). Здесь обсуждаются случаи из гематологической практики. Модераторы (@TeamHaem) представляют клинический случай в своем

блоге и просят обсудить и прокомментировать его в Twitter. Для участия в форуме используется хештег #TeamHaem. В продолжение дискуссии публикуются блоги с новой информацией по данному клиническому случаю на основе обсуждения, проведенного в Twitter. Неформальное общение с коллегами и другими медицинскими специалистами посредством Twitter превратилось в рутинную практику. За последние несколько лет значительно возросло использование Twitter на ежегодных конференциях ASCO [17,18]. Участники конференций делятся тезисами представляемых докладов, информацией о важных научных открытиях и соображениями по поводу конференции. Все это делает информацию о научных исследованиях доступной для все более широких кругов. Те, кто не смог приехать, равно как и участники конференции, которые посещают различные сессии, каждая из которых проводится в отдельном помещении, тем не менее, могут быть в курсе всего происходящего. Те участники, которые пишут заметки в Twitter, отмечают, что составление таких заметок во время конференции (что требует навыка конспектирования, т.к. заметка должна содержать максимум 140 знаков) позволяет им лучше переработать и осмыслить информацию [19]. Виртуальное общение с коллегами на конференции позволяет вести более широкое обсуждение научных исследований, дает возможность для сотрудничества и для новых знакомств. И, что еще более важно, есть возможность организовывать встречи через Twitter и знакомиться лично со своими виртуальными друзьями на мероприятиях, организованных специально с этой целью. Также нельзя недооценивать возможностей онлайн-помощи и наставничества. Можно, например, оставить в Twitter сообщение, выражающее отчаяние или радость, получить огромное количество откликов с выражением поддержки и осознать, что мы не одни. Так, например, когда д-р Markham опу-

бликовал свое сообщение после эмоционально напряженной недели, в течение которой он лечил онкологических пациентов, он получил множество ободряющих комментариев и смог почувствовать поддержку и участие [20]. Помимо Twitter большой потенциал для общения есть также в частных или закрытых группах в Facebook. Европейское общество медицинской онкологии (European Society for Medical Oncology – ESMO) организовало закрытую группу в Facebook для начинающих врачей-онкологов «Группа ESMO для молодых онкологов». Примеры двух активно функционирующих интерактивных групп для женщин-врачей – группа врачей-мам (Physicians Mom Group – PMG) и женская группа гематологов и онкологов. В феврале 2017 года группа PMG в Facebook насчитывала 60 тыс. членов, а женская группа гематологов и онкологов – 646 участников. Поскольку группы закрыты для общего доступа, их участники могут вести более профессиональные врачебные дискуссии, а также более тесно общаться между собой. В этих группах можно заводить новых друзей и получать как профессиональную, так и личную поддержку. Лучевой терапевт Miriam Knoll (@MKnoll_MD) так описывает свой опыт участия в группе PMG в Facebook: «Как врачу и как человеку каждому из нас необходимо оказывать и получать поддержку коллег. Только подумайте: где еще может врач поделиться чувством отчаяния или радости от успеха с 50 тыс. коллег и получить немедленный ответ, в том числе 2000 откликов «Нравится» и сотни ободряющих комментариев? В этом уникальность группы PMG» [21].

Роль социальных сетей в вовлечении пациентов в процесс лечения

Понятие «вовлечение пациента в процесс лечения» все чаще и чаще используется в дискуссиях на темы здравоохранения. Осмысливая этот термин в первом приближении, сложно спорить с тем, что пациенты должны принимать более активное участие в собственном лечении. Трудность состоит в том, что нет четкого общепринятого определения того, что такое «вовлечение пациента». Это еще более осложняется тем фактом, что часто смешиваются понятия «более активное участие пациента» и «лечение, направленное на оказание помощи пациенту и его семье». Широко принятое определение понятия «вовлечение пациента в процесс лечения» было подробно разработано Angela Coulter. В рамках этого определения пациенты и медицинские работники должны в том числе «способствовать и поддерживать активную позицию пациентов и общественности в процессе сохранения здоровья и в процессе лечения, способствовать усилению их влияния на принятие решений в сфере здравоохранения» [22]. При все более широком использовании социальных сетей учреждениями здравоохранения возникает вопрос того, какое влияние они оказывают на вовлеченность пациентов, и приводит ли это влияние к улучшению результатов лечения.

Без сомнения, некоторые платформы на базе социальных сетей лучше служат цели вовлечения пациентов в процесс лечения, чем другие. Только факта существования специализированного веб-сайта недостаточно. В исследовании, изучавшем восприятие пациентами существования сообществ на специализированных интернет-сайтах в Австралии, Европе и Соединенных Штатах, средняя оценка пациентов составила 3,2 из 10, причем большинство пациентов прокомментировали, что на этих сайтах они не получили информацию в «адекватной» форме [23]. Все больше учреждений здравоохранения идут в направлении увеличения интерактивной работы. Весьма удобной платформой является Facebook, который насчитывает более 1,5 млрд. активных пользователей в месяц и обладает огромным интерактивным потенциалом. Twitter, у которого более 300 млн. зарегистрированных пользователей, имеет хороший потенциал для интерактивного общения, т.к. пользователи могут цитировать опубликованные сообщения. Однако на деле цитируются всего лишь 2% оригинальных сообщений. Напротив, у соцсети «Пинтерест» намного меньше пользователей, ежедневно ее посещают менее 70 млн. человек, но при этом уровень цитирования сообщений может достигать 80%, что говорит о большей вовлеченности [24]. Сайт YouTube насчитывает более миллиарда активных пользователей, которые, однако, проявляют меньшую интерактивность. Этот сайт может играть роль образовательной платформы и активно распространять информацию. Например, обзор канала YouTube, сделанный в 2014 году, обнаружил более 280 видео, объясняющих, как правильно подготовиться к колоноскопии; каждое такое видео набрало более 5000 просмотров [25]. Блоги и интернет-трансляции/подкасты являются наименее интерактивными инструментами, но, тем не менее, они могут служить удобными образовательными платформами. Поиск в интернете уже давно стал признанным способом получения пациентами медицинской информации. В 2013 году Thackery с соавторами сообщили данные исследования, согласно которому 75% пациентов искали информацию о лечении с помощью поисковых систем, но только 33% к моменту завершения исследования использовали социальные сети [26]. Несмотря на то, что пациенты обращаются к социальным сетям при поиске медицинской информации, они в меньшей степени склонны общаться с другими пользователями соцсетей для того, чтобы поделиться этой информацией. Исследование, в котором участвовали 3300 пациентов, показало, что менее 4% имели желание общаться со своим врачом через социальные сети для обсуждения целей лечения или результатов анализов. Только 11,7% желали делиться полученной информацией в сети Facebook с другими пациентами [27]. Эти результаты позволяют сделать вывод, что вышеупомянутым виртуальным сообществам для полного успеха своей миссии необходимы пациенты, являющиеся «информа-

Конференция
ЛУЧШЕЕ ПО МАТЕРИАЛАМ
МЕЖДУНАРОДНЫХ КОНФЕРЕНЦИЙ
И СИМПОЗИУМОВ 2018:

ЗАПАД

29-30 июня 2018
СВЕТЛОГОРСК
гостиница «Русь»

www.rosoncweb.ru

дионными альтруистами». Это пациенты, которые готовы через социальные сети вступать в контакт с другими пациентами, сиделками, исследователями и другими участниками процесса лечения [28]. Пока недостаточно объективных данных о том, как социальные сети влияют на большую вовлеченность пациентов в процесс лечения и на результаты лечения конкретно в онкологии, необходимо более глобальное исследование. Одним из способов измерения вовлеченности пациента является «Тест активности пациента» – опросник, состоящий из 13 вопросов. Ответы на них позволяют оценить степень вовлеченности пациента. Было установлено, что пациенты, которые по результатам этого теста характеризовались как «менее активные», с большей вероятностью недополучали медицинскую помощь или получали ее позже, чем следовало [29]. Пациенты с хроническими заболеваниями, которые по результатам теста характеризовались как «более активные», с большей вероятностью следовали режиму лечения и получали регулярную медицинскую помощь [30]. Однако описанные исследования не изучали то, какое влияние оказывают на активность пациента, определенную тестами, различные источники информации. Grosberg с соавторами выявил позитивное влияние социальных сетей на активность пациентов [31]. В 2008 году была создана социальная платформа «Камони» на иврите. С 2012 по 2013 год члены четырех самых больших сообществ этой платформы, а именно: диабет, болевой синдром, депрессия и артериальная гипертензия, участвовали в исследовании. Результаты исследования показали, что чем чаще участники посещали сайт и чем больше времени там проводили, тем выше были их баллы в «Тесте активности пациента». Что интересно, не было выявлено значимой разницы в результатах у активных посетителей сайта и у «молчаливых наблюдателей» (т.е. тех, кто посещал сайт, но не вступал в контакт с другими участниками). Однако самое большое количество исследований влияния информации, полученной из социальных сетей, на исход лечения имеется для неонкологических заболеваний. В 2015 году Lelutiu-Weinberger и коллеги сообщили о результатах программы, проводимой в интернете, по сокращению риска инфицирования ВИЧ у молодых мужчин, имеющих однополые сексуальные отношения [32]. Их проект был разработан на основе программы, проводимой в медицинских учреждениях, которая была признана эффективной в снижении поведенческих факторов риска, таких как неиспользование презервативов. Несмотря на то, что изучаемая выборка была невелика (всего 41 мужчина), можно было наблюдать видимые различия между данными исходного периода и данными после окончания программы. Также отмечалось, что в результате программы участники стали более отчетливо видеть связь между употреблением наркотиков и рискованным сексуальным поведением. Saberi и Johnson выявили связь между использова-

нием интернета с целью получения информации по теме медицины и здравоохранения и улучшением клинических результатов у ВИЧ-позитивных пациентов [33]. В их исследовании участвовало около 1500 респондентов через различные социальные сети. Использование интернета с целью получения медицинской информации ассоциировалось с гораздо лучшим соблюдением режима антиретровирусной терапии и с высокой вероятностью снижения вирусной нагрузки до неопределяемого уровня. Значимость этого влияния была подтверждена многомерным анализом данных.

Attai с соавторами исследовали в 2015 году связь исхода лечения с участием в Twitter в чатах для пациенток с раком молочной железы [34]. Чат «Социальная платформа по раку молочной железы» (The Breast Cancer Social Media – #BCSM) был создан на базе Twitter в 2011 году. Число пользователей Twitter, которые заходили по хештегу #BCSM, к 2014 году выросло до более чем 14000 человек. В исследовании этой популяции приняли участие 206 респондентов. Участие в группе ассоциировалось с гораздо более низкой частотой тревожности высокой и крайне высокой степени. Интересно отметить, что 28,4% участников впоследствии выступали в роли волонтеров, что является косвенным признаком повышения вовлеченности пациентов.

Также представляет интерес возможность использования социальных сетей для оптимизации проведения клинических исследований. Описаны методы привлечения внимания к исследованию, но пока что мало изучено то, насколько они эффективны. Khatri с коллегами изучали эффективность размещения бесплатных объявлений в социальных сетях для привлечения внимания к проводимому в Соединенном Королевстве исследованию применения нестероидных противовоспалительных препаратов после хирургического вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта [35]. Они установили, что за короткий период прирост потенциальных участников исследования составил 18,2%. Коэффициент откликов составил 33,7%. Для сравнения приводились данные предшествующего исследования по раку молочной железы, информация о котором размещалась в платном объявлении в сети Facebook: коэффициент откликов был 3,2% [36].

Есть также данные о том, что сетевые сообщества способствуют повышению финансовой эффективности. В 2007 году в Соединенном Королевстве было создано сообщество по охране психического здоровья – «Большая белая стена» (Big White Wall). Это сообщество дает возможность пациентам проводить самодиагностику, участвовать в программах профессиональной помощи и даже получать медицинскую помощь по Скайпу. В 2011 году провели оценку экономической эффективности программы. Оценка показала, что члены сообщества посещали лечащего врача, нуждались в госпитализации или в неотложной помощи в среднем на один раз меньше. В пересчете на

стоимость лечения одного пациента чистая экономия составила \$615 на пациента в год [37].

Sawesi с соавторами систематически изучали публикации о влиянии медицинской информации, размещенной в виртуальных сетях, на вовлеченность пациентов и на то, как это сказывается на их поведении и ответственности за собственное здоровье [38]. Они представили анализ 160 публикаций, 82,9% из которых отмечали более высокую вовлеченность пациентов после того, как они начали использовать технологические платформы. Однако статистически значимый эффект наблюдался только в том случае, если это были интернет-платформы. Было показано, что 75% интернет-платформ, охарактеризованных как «удобные», оказали позитивное влияние на состояние здоровья. В 11% исследований воздействия на поведение пациентов и здоровый образ жизни обнаружено не было. Нежелательные эффекты, в том числе повышенная тревожность, отмечались в 18% случаев.

Имеющиеся в настоящее время данные довольно любопытны и позволяют предположить значительное влияние на вовлеченность пациентов и последующее улучшение исхода лечения. Однако чтобы определить влияние социальных сетей в сфере онкологии, нужно проводить дальнейшие исследования. Сейчас мы находимся в самом начале пути, когда возникающие вопросы и метод, позволяющий найти ответы на эти вопросы, еще до конца не определены. Для этой цели была создана инициативная группа из медицинских специалистов в области онкологии, которые являются приверженцами использования социальных сетей для борьбы с раком. Их задача – поиск ответов на поставленные выше вопросы [39]. Группа по изучению влияния социальных сетей в области онкологии (COSMO – Collaboration for Outcomes of Social Media on Oncology) ставит своей задачей определить метод, с помощью которого можно будет наилучшим образом оценить влияние попыток, которые предпринимаются для того, чтобы социальные сети могли бы использоваться во благо онкологических пациентов. С помощью этих методов и при последующих исследованиях мы сможем лучше понять, являются ли наши усилия продуктивными и должны ли мы их продолжать.

Литература:

- Greenwood S, Perrin A, Duggan M. *Social Media Update 2016*. Pew Research Center, November 11, 2016.
- Gottfried A, Shearer E. *News Use Across Social Media Platforms 2016*. Pew Research Center, May 26, 2016.
- Thompson MA, Majhail NS, Wood WA, et al. *Social media and the practicing hematologist: Twitter 101 for the busy healthcare provider*. *Curr Hematol Malig Rep*. 2015; 10: 405-412.
- Adilman R, Rajmohan Y, Brooks E, et al. *Social media use among physicians and trainees: results of a national medical oncology physician survey*. *J Oncol Practice*. 2016; 12: 79-80, e52-60.
- Pennell NA. *The draw of social media for oncology professionals*. *ASCO Connection*, April 19, 2016.

- Snipelisky D. *Social media in medicine: a podium without boundaries*. *J Am Coll Cardiol*. 2015; 65: 2459-2461.
- Choo EK, Ranney ML, Chan TM, et al. *Twitter as a tool for communication and knowledge exchange in academic medicine: a guide for skeptics and novices*. *Med Teach*. 2014; 37: 411-416.
- Thompson MA. *Using social media to learn and communicate: it is not about the tweet*. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2015; 35: 206-211.
- Fisch MJ, Chung AE, Accardino MK. *Using technology to improve cancer care: social media, wearables, and electronic health records*. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2016; 36: 200-208.
- Campbell L, Evans Y, Pumper M, et al. *Social media use by physicians: a qualitative study of the new frontier of medicine*. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016; 16: 91.
- Alpert JM, Womble FE. *Just what the doctor tweeted: physicians' challenges and rewards of using Twitter*. *Health Commun*. 2015; 31: 824-832.
- Chretien KC, Azar J, Kind T. *Physicians on Twitter*. *JAMA*. 2011; 305: 566-568.
- Dizon DS, Graham D, Thompson MA, et al. *Practical guidance: the use of social media in oncology practice*. *J Oncol Pract*. 2012; 8: e114-e124.
- Katz MS. *Hashtags in Cancer Care: Embedding Meaning in Digital Health*. *Cancer Tag Ontology*, November 4, 2013.
- Roberts MJ, Perera M, Lawrentschuk N, et al. *Globalization of continuing professional development by journal clubs via microblogging: a systematic review*. *J Med Internet Res*. 2015; 17: e103.
- Thangasamy IA, Leveridge M, Davies BJ, et al. *International Urology Journal Club via Twitter: 12-month experience*. *Eur Urol*. 2014; 66: 112-117.
- Chaudhry A, Glodé LM, Gillman M, et al. *Trends in twitter use by physicians at the American Society of Clinical Oncology annual meeting, 2010 and 2011*. *J Oncol Pract*. 2012; 8: 173-178.
- Katz M. *Twitter Use at Three Annual Professional Meetings (2012-2014)*. November 24, 2014.
- McGuckin DG. *Live tweeting: a tool for learning and reflection*. *BMJ*. 2016; 354: i3975.
- Dizon DS. *Help from an Online Community*. *ASCO Connection*, September 13, 2012.
- Knoll M. *The Case for Connectivity*. *ASCO Connection*, February 29, 2016.
- Carman KL, Dardess P, Maurer M, et al. *Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies*. *Health Aff (Millwood)*. 2014; 33: 1627-1634.
- Ow D, Wetherell D, Papa N, et al. *Patients' perspectives of accessibility and digital delivery of factual content provided by official medical and surgical specialty society websites: a qualitative assessment*. *Interact J Med Res*. 2015; 4: e7.
- Timimi FK. *The shape of digital engagement: health care and social media*. *J Ambul Care Manage*. 2013; 36: 187-192.
- Basch CH, Hillyer GC, Reeves R, et al. *Analysis of YouTube videos related to*

- bowel preparation for colonoscopy*. *World J Gastrointest Endosc*. 2014; 6: 432-435.
- Thackeray R, Crookston BT, West JH. *Correlates of health-related social media use among adults*. *J Med Internet Res*. 2013; 15: e21.
- Jenssen BP, Mitra N, Shah A, et al. *Using digital technology to engage and communicate with patients: a survey of patient attitudes*. *J Gen Intern Med*. 2015; 31: 85-92.
- Kohane IS, Altman RB. *Health-information altruists – a potentially critical resource*. *N Engl J Med*. 2005; 353: 2074-2077.
- Hibbard JH, Cunningham PJ. *How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter?* *Res Brief*. 2008; 8: 1-9.
- Hibbard JH, Greene J. *What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs*. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32: 207-214.
- Grosberg D, Grinvald H, Reuveni H, et al. *Frequent surfing on social health networks is associated with increased knowledge and patient health activation*. *J Med Internet Res*. 2016; 18: e212.
- Lelutiu-Weinberger C, Pachankis JE, Gamarel KE, et al. *Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a live-chat social media intervention to reduce HIV risk among young men who have sex with men*. *AIDS Behav*. 2014; 19: 1214-1227.
- Saberi P, Johnson MO. *Correlation of internet use for health care engagement purposes and HIV clinical outcomes among HIV-positive individuals using online social media*. *J Health Commun*. 2015; 20: 1026-1032.
- Attai DJ, Cowher MS, Al-Hamadani M, et al. *Twitter social media is an effective tool for breast cancer patient education and support: patient-reported outcomes by survey*. *J Med Internet Res*. 2015; 17: e188.
- Khatri C, Chapman SJ, Glasbey J, et al; STARSurg Committee. *Social media and internet driven study recruitment: evaluating a new model for promoting collaborator engagement and participation*. *PLoS One*. 2015; 10: e0118899.
- Fenner Y, Garland SM, Moore EE, et al. *Web-based recruiting for health research using a social networking site: an exploratory study*. *J Med Internet Res*. 2012; 14: e20.
- Laurance J, Henderson S, Howitt PJ, et al. *Patient engagement: four case studies that highlight the potential for improved health outcomes and reduced costs*. *Health Aff (Millwood)*. 2014; 33: 1627-1634.
- Sawesi S, Rashrash M, Phalakornkule K, et al. *The impact of information technology on patient engagement and health behavior change: a systematic review of the literature*. *JMIR Med Inform*. 2016; 4: e1.
- Attai DJ, Sedrak MS, Katz MS, et al; Collaboration for Outcomes on Social Media in Oncology (COSMO). *Social media in cancer care: highlights, challenges & opportunities*. *Future Oncol*. 2016; 12: 1549-1552.

Газета
Российского общества
клинической онкологии

Адрес редакции:
127051, Москва, Трубная ул.,
д.25, стр.1, 7 этаж
email: subscribe@rosoncweb.ru

Издается 1 раз в месяц.
Выпуск 6, 2018 – тираж
3000 экз. Заказ 1000.

Распространяется бесплатно.

При перепечатке материалов
необходимо получить
разрешение редакции.

13-15
НОЯБРЯ

МОСКВА
КРОКУС ЭКСПО

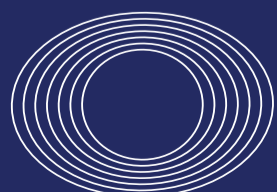
2018

XXIII

РОССИЙСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ
КОНГРЕСС



1 ИЮНЯ 2018 – ЗАВЕРШАЕТСЯ ПРИЕМ ЗАЯВОК НА ДОКЛАДЫ И ЛЕКЦИИ 1 ИЮЛЯ 2018 – ЗАВЕРШАЕТСЯ ПРИЕМ ТЕЗИСОВ 14 СЕНТЯБРЯ 2018 – ЗАКРЫВАЕТСЯ БЕСПЛАТНАЯ РЕГИСТРАЦИЯ



ФГБУ НМИЦ онкологии
им. Н.Н. БЛОХИНА
МИНЗДРАВА РОССИИ



АОР
Ассоциация
Онкологов
России

WWW.ROSONCOWEB.RU