

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АСПЕКТ

Отличительными чертами онкологии являются сложность и междисциплинарный характер решаемых задач. Комплексная и длительная терапия онкологических заболеваний неизбежно сказывается на состоянии больного, порождая целый ряд проблем, выходящих за рамки сугубо онкологической практики. В новой рубрике мы рассматриваем ряд актуальных междисциплинарных вопросов в формате интервью с ведущими специалистами в различных областях медицины.

## Психологическая реабилитация в онкологии

Ваш взор станет ясным только тогда, когда вы сможете заглянуть в свою собственную душу...  
Карл Густав Юнг

**Необходимость профессиональной психологической помощи онкологическим больным сегодня не вызывает сомнений. Любое заболевание является страданием, и это высказывание приобретает особое значение в отношении патологии, занимающей одно из первых мест в перечне самых грозных недугов человечества...**

Об актуальных аспектах психологической реабилитации онкологических больных нашему корреспонденту рассказал заведующий отделом пограничных состояний и соматоформных расстройств Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Олег Созонтович Чабан.

**?** Какова специфика психологической реабилитации в онкологической практике? На каких этапах к лечению онкологического больного должен обязательно подключаться медицинский психолог?

— Психологическое сопровождение онкологического пациента чрезвычайно актуально на всех этапах лечения. Скажу больше: сегодня без профессиональной психологической помощи практически нереально представить эффективный терапевтический процесс в онкологии. Участие медицинского психолога, как и собственно реабилитация, начинаются с понимания того, что онкологическое заболевание воспринимается больным как катастрофа. Исторически сложилось так, что в общественном сознании присутствуют только два катастрофических диагноза — психиатрический и онкологический. По иронии, сердечно-сосудистые заболевания, являющиеся главной причиной смерти населения во всем мире, считаются более легкими и далеко не всегда расцениваются пациентами как реальная угроза для жизни. Другими словами: бояться рака, а умирают от инфаркта. В то же время, несмотря на выдающиеся успехи в лечении целого ряда онкологических заболеваний, диагноз рака все еще воспринимается обществом как смертный приговор.

В любом случае онкологическое заболевание предполагает длительное и непростое лечение, значительные материальные и моральные затраты со стороны пациента и его родных, изменение образа и стратегии жизни. В связи с этим грамотная психологическая реабилитация должна начинаться с момента постановки диагноза (либо даже при наличии подозрения на онкологическое заболевание). Именно от того, как больной воспримет диагноз, какую жизненную стратегию изначально для себя выберет, во многом зависит успех не только реабилитации как таковой, но и лечения в целом.

До сих пор нет однозначного ответа на вопросы, нужно ли озвучивать пациенту травмирующий диагноз, насколько полную информацию о заболевании и ожидаемой продолжительности жизни ему предоставить и т. д. Это непростая тема, в отношении которой мнения бывают диаметрально противоположными. Многие специалисты склоняются к тому, что каждый пациент имеет право на полную информацию о своем диагнозе; это позволяет ему занять активную позицию

в терапевтическом процессе, адекватно планировать свою жизнь. Другие врачи убеждены, что необходимо скрывать диагноз, оставляя больного в иллюзии относительной безопасности и всячески подерживая в нем бодрость духа. С точки зрения медицинского психолога, одинакового подхода ко всем пациентам быть не может, решение должно приниматься индивидуально исходя из личностных особенностей конкретного больного. Важно разобраться, как пациент воспользуется полученной информацией. Например, если больной пассивен и склонен к депрессивным реакциям, велика вероятность того, что правдивые сведения о заболевании будут ему во вред.

Роль медицинского психолога в определении оптимального подхода к каждому больному, безусловно, может быть очень значимой. Очевидно, что психологическое сопровождение онкологических больных необходимо на этапе стационарного лечения, послеоперационной реабилитации, выписки из стационара, а также является неотъемлемой составляющей паллиативной помощи.

**?** Какие основные задачи стоят перед психотерапевтом или медицинским психологом в работе с онкологическими больными?

— В данном случае медицинский психолог может сталкиваться с целым рядом задач. Развитие опухолей, особенно на поздних стадиях, часто сопровождается болевыми синдромами разной интенсивности. В современные стандарты лечения хронической боли входит использование психотропных лекарственных средств, из которых чаще всего применяются антидепрессанты. Сегодня боль рассматривается как многомерное психофизиологическое переживание, которое включает не только реальный сенсорный импульс, но и эмоциональные факторы (страдание, страх, ожидание, настроение, тревогу, напряжение, подавленность), когнитивные элементы (память, вторичные выгоды от болезни и мотивацию) и социальные компоненты (например, восприятие боли окружающими). Некоторые исследователи небезосновательно воспринимают хроническую боль как эквивалент депрессии; это отчасти подтверждается тем фактом, что ни один антидепрессант сам по себе не обладает анальгезирующим эффектом.

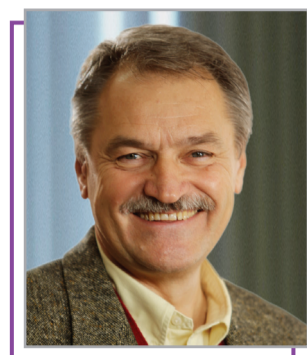
Отмечу, что подход к лечению боли, как и к реабилитации в целом, должен учитывать гендерные отличия. В частности, если говорить о болевом синдроме, у женщин в восприятии боли доминирует эмоциональный компонент, в то время как у мужчин — соматовегетативный. Согласно недавно опубликованному данным зарубежных авторов, в реабилитации хронической боли у женщин может быть быстрее достигнут положительный результат, но указанный эффект нестабилен

во времени. У мужчин восстановительный процесс более продолжителен, но его результаты более стабильны.

Важным аспектом реабилитации являются психологическая коррекция и психотерапия. Очевидно, что успешный терапевтический процесс требует со стороны пациента определенных волевых усилий, направленных на излечение. И хотя большинство онкологических больных заявляют о сильном желании излечиться, далеко не во всех случаях их слова отражают реальную действительность. При работе с психологом у таких пациентов может обнаружиться много аутоагрессивных мыслей и чувств вплоть до скрытого желания смерти. Связанные с патологией депрессия и боль, как и развитие самого заболевания, могут быть отражением серьезного экзистенциального кризиса, внутренней необходимости переосмыслить свою жизнь. Выявить у таких больных бессознательные мотивы бороться за жизнь и здоровье — важная функция медицинского психолога.

Еще в 1970-х гг. в США в условиях онкологической клиники было проведено исследование, которое показало, что эффект от традиционного лечения (хирургические методы, лучевая- и химиотерапия) значительно выше у тех больных, которые занимали активную позицию в процессе лечения и виртуально боролись с опухолью, по сравнению с таковыми у пассивно воспринимавших лечение. В данном исследовании использовались методы когнитивно-поведенческой терапии: пациенту регулярно демонстрировали изображение опухоли и стимулировали его активно бороться с ней. Медицине до сих пор неизвестны в полном объеме восстановительные ресурсы человеческого организма, активно изучается роль психики в процессах, связанных с развитием заболеваний и излечением от них. Случаи спонтанного выздоровления при наличии сильной веры, описанные у самых тяжелых онкологических больных, получавших паллиативное лечение, служат ярким подтверждением огромных скрытых возможностей человеческого организма.

Следующий важный аспект психологической реабилитации — помощь пациенту в проработке тактики и стратегии его дальнейшей жизни, причем даже в том случае, если ожидаемая ее продолжительность весьма ограничена. Создатель логотерапии, известный австрийский психиатр и психолог Виктор Франкл, переживший опыт пребывания в немецком концентрационном лагере, развил идею о жизни как даре. По его мнению, возможность переоценить свою жизнь, найти в ней новые смыслы является огромным подарком. И онкологическое заболевание может быть расценено как возможность сделать паузу в привычной жизненной гонке, переоценить былые ценности и по-новому отнестись



О.С. Чабан

к реальности ежедневной жизни во всех ее проявлениях, не выдвигая каких-либо условий, не предъявляя требований... Именно такое переосмысление позволяет оптимизировать и качество жизни онкологического больного, и ее продолжительность.

Сопровождение онкологического больного, конечно же, может включать работу с психологическими и психическими феноменами (фобиями, тревожными расстройствами, депрессией и т. д.), которые развиваются на фоне основного заболевания и существенно влияют на соматическое состояние человека.

**?** Как оптимизировать участие ближайшего окружения онкологического больного в его психологической реабилитации?

— Терапевтический процесс в онкологии предполагает вовлеченность многих участников, и роль семьи больного в данном контексте очень важна. Ведь именно семья остается ближайшим окружением пациента после его выписки из стационара, именно в семье могут быть скрыты главные проблемы и смысл жизни больного. Понятно, что заболевание предполагает изменение стиля жизни как самого пациента, так и его близких. Вопреки распространенному мнению больной обычно не ждет от семьи жалости — он ждет реальной жизни и реальных взаимоотношений. И если семья своим отношением будет ежедневно напоминать пациенту, что он серьезно болен, и начнет оплакивать его еще при жизни, это будет иметь деструктивные последствия. Таким образом, в идеале задача медицинского психолога состоит в том, чтобы помочь не только самому больному, но и его родственникам выработать грамотную стратегию жизни, оптимально перераспределить существующие жизненные ресурсы.

**?** По каким критериям можно оценивать эффективность психотерапевтической помощи онкологическому больному?

— Всем понятен главный критерий успеха терапии — достижение излечения, жизнь без заболевания. В случае онкологической патологии, когда полное излечение возможно далеко не в каждом случае, успех терапии в первую очередь отражает показатель выживаемости — продолжительность жизни пациента от момента выявления заболевания и начала лечения. Современные терапевтические методы позволяют ограничить рост ряда опухолей даже на поздних стадиях заболевания, фактически переводя рак в хронический процесс, с которым пациент может прожить годы, и это тоже большой успех лечения.

Для оценки эффективности психологической интервенции мы широко используем такой критерий, как качество жизни. Когда эффективное лечение позволяет продлить жизнь больного, например, на 5-10 лет, это прекрасно. Однако, с профессиональной точки зрения, намного более важно, чем наполнен этот период. Может быть, больной не сделал для себя никаких выводов, продолжая

привычный деструктивный образ жизни, или же все эти 5 лет провел в тревоге, депрессии, страхе и постоянном ожидании катастрофы? Но, возможно, все эти годы будут наполнены ощущением смысла, благодарностью за прожитый каждый день, ощущением этого дня и глубокими положительными переживаниями. Сегодня разработан и используется ряд отечественных и зарубежных шкал, позволяющих с высокой степенью достоверности оценить качество жизни больных. Качество жизни, ее наполненность в тех пределах, которые отведены заболеванием, — именно это главная задача психотерапии.

В данном контексте целесообразно коснуться еще одной крайне интересной темы. Современная медицинская психология рассматривает онкологический процесс сам по себе как маркер наличия у человека психологических проблем. Не случайно в последние годы увидели свет учебники по психоонкологии. И психотерапевтическая работа с заболеванием как с симптомом глубинных психологических проблем личности открывает реальные перспективы для их решения.

#### На чем бы Вы хотели акцентировать внимание врачей-онкологов?

— Считаю важным акцентировать внимание на моменте, о котором мы постоянно забываем. По моему глубокому убеждению, психологическая реабилитация должна быть двухвекторной, направленной на поддержку не только пациента, но и медицинского персонала. Онкологические заболевания, несмотря на явный прогресс медицинских технологий, до сих пор сопровождаются высоким уровнем смертности. Это означает, что врачи-онкологи (как и мои коллеги, психиатры) априори выбирают профессию, в которой им часто придется сталкиваться с неудачами, когда они не смогут противопоставить серьезной болезни действенный метод лечения. Профессиональный долг не позволяет врачам выразить свое неудовольствие пациенту; отрицательные эмоции накапливаются. В сложившейся ситуации многие специалисты работают в условиях хронического стресса и недовольства собой. Последствия такого состояния печальны: эмоциональное выгорание, алкогольная зависимость, развитие различных заболеваний и т. д. Я однажды задался вопросом: от чего чаще всего умирают мои коллеги — психотерапевты? Данные литературы показали: или от инфарктов, или от рака. С точки зрения психосоматической медицины, онкологическая патология провоцируется наличием сжатой, нереализованной аутоагрессии, сверхконтроля, постоянных сомнений... Увы, все эти моменты справедливы и для онкологов.

Считаю важным призвать врачей заботиться о пациентах, не забывая и о своих психологических потребностях. На базе онкологических учреждений или конкретных отделений целесообразно создание так называемых балинтовских групп — эффективного метода профилактики стресса и профессионального выгорания у медицинского персонала. Инициатива их создания, кстати, может исходить от самих врачей. При таком подходе все участники терапевтического процесса получают необходимую поддержку и смогут действовать максимально эффективно.

**Еще Сократ говорил о том, что нельзя лечить тело, не лечя душу. Врач может и должен действовать сообща с медицинским психологом с момента постановки диагноза. И тогда возрастая шансы на то, что даже очень серьезная онкологическая патология перестанет быть трагедией для пациента...**

Подготовила **Катерина Котенко**

## ПРЕСС-РЕЛИЗ

### FDA в приоритетном порядке рассмотрит заявку компании Roche на регистрацию пертузумаба для применения при ранее не леченом HER2-положительном метастатическом раке грудной железы

8 февраля 2012 г., Базель, Швейцария.

Компания Roche объявила, что заявка на регистрацию биопрепарата пертузумаба принята Управлением по контролю за продуктами и лекарственными средствами США (FDA) и будет рассмотрена в приоритетном порядке. Предполагаемое показание: пертузумаб в комбинации с Герцептином (трастузумабом) и химиотерапией на основе доцетаксела для применения у пациенток с HER2-положительным метастатическим или местнорецидивующим нерезектабельным раком грудной железы (РГЖ), ранее не леченных или с рецидивом после адьювантной терапии.

Рассмотрение заявки назначено на 8 июня 2012 г.

«Мы удовлетворены решением FDA о рассмотрении заявки на регистрацию пертузумаба в приоритетном порядке, так как для лечения HER2-положительного РГЖ требуются новые препараты, — отметил доктор Хал Баррон, медицинский директор и руководитель отдела глобальных разработок компании Roche. — Мы изучаем HER2-положительный РГЖ более 30 лет и надеемся, что срочное рассмотрение заявки позволит нам как можно скорее предоставить еще один персонализированный препарат пациенткам, борющимся с этим агрессивным заболеванием».

Применение пертузумаба основано на результатах исследования III фазы CLEOPATRA, в котором было продемонстрировано увеличение на 6,1 мес медианы выживаемости без прогрессирования (ВБП) у пациенток, получавших лечение с добавлением пертузумаба (пертузумаб в комбинации с Герцептином и химиотерапией на основе доцетаксела), по сравнению с этим показателем у больных, которые получали только Герцептин и химиотерапию (медиана ВБП 18,5 vs 12,4 мес). Кроме того, независимый анализ показал, что в группе комбинированной терапии с пертузумабом риск прогрессирования заболевания или смерти был ниже на 38% (относительный риск 0,62;  $p < 0,0001$ ) [1].

Профиль побочных эффектов в данном клиническом испытании был таким же, как и в предыдущих исследованиях пертузумаба и Герцептина, применяемых как в монотерапии, так и в комбинации [2].

#### О препарате пертузумаб

Пертузумаб — гуманизированное моноклональное антитело. В настоящее время препарат изучается при ранних стадиях и поздних стадиях HER2-положительного РГЖ и при поздних стадиях HER2-положительного рака желудка. Пертузумаб является ингибитором димеризации HER2 и уникален своей способностью специфически предотвращать образование пар (т. е. димеризацию) рецепторов HER2 с другими HER-рецепторами (EGFR/HER1, HER2, HER3, HER4) — процесс, играющий важную роль в росте и прогрессировании различных типов опухолей. Предотвращая димеризацию HER2, пертузумаб блокирует сигнальные пути, что приводит к подавлению роста злокачественных клеток или их гибели. Связывание пертузумаба с HER2 также стимулирует иммунную систему организма на уничтожение злокачественных клеток.

Механизмы действия пертузумаба и Герцептина дополняют друг друга,

так как оба препарата связываются с рецептором HER2, но в разных участках. Цель исследования пертузумаба в сочетании с Герцептином и химиотерапией — определить, может ли такая комбинация обеспечить полную блокаду сигнальных путей HER.

Компания Roche также подала заявку в Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) на регистрацию препарата пертузумаб для применения у ранее не леченных пациенток с HER2-положительным метастатическим РГЖ.

#### Об исследовании CLEOPATRA [1]

CLEOPATRA (CLinical Evaluation Of Pertuzumab And TRAstuzumab) — международное рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое клиническое исследование III фазы. В исследовании оценивались эффективность и профиль безопасности пертузумаба в сочетании с Герцептином и химиотерапией по сравнению с таковым Герцептин + химиотерапия + плацебо у 808 пациенток с HER2-положительным метастатическим РГЖ, ранее не получавших лечения. Первичной конечной точкой исследования была ВБП, которая оценивалась независимым наблюдательным комитетом. Вторичные конечные точки включали общую выживаемость, ВБП по оценке исследователей, профиль безопасности, общую частоту ответа и его длительность, время до прогрессирования симптомов заболевания и корреляцию биомаркеров с результатами лечения.

Различие  $>2\%$  между группами исследования по частоте нежелательных явлений со степенью тяжести  $\geq 3$  зафиксировано для нейтропении, фебрильной нейтропении и диареи (48,9; 13,8 и 7,9% в группе пертузумаб + Герцептин + химиотерапия vs 45,8; 7,6 и 5,0% в группе Герцептин + химиотерапия соответственно). Схема с включением пертузумаба не ассоциировалась с более высокой частотой побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы по сравнению с комбинацией Герцептин + химиотерапия. В частности, дисфункция левого желудочка зафиксирована у 8,3% больных группы Герцептин + химиотерапия и у 4,4% пациенток группы пертузумаб + Герцептин + химиотерапия.

#### О раке грудной железы

Во всем мире РГЖ является наиболее частой формой рака у женщин [1]. Ежегодно диагностируется около 1,4 млн новых случаев РГЖ и примерно 450 тыс. женщин погибают от данного заболевания [2]. При HER2-положительном РГЖ на поверхности опухолевых клеток присутствует избыточное количество рецепторов эпидермального фактора роста человека 2 типа (HER2). Этот феномен, описываемый как HER2-положительный статус, присутствует у 15-20% женщин с РГЖ [3]. HER2-положительный РГЖ является особенно агрессивной формой данного заболевания [4].

#### О препарате Герцептин

Герцептин (трастузумаб) — это гуманизированные моноклональные антитела, разработанные с целью связывания и блокирования функции HER2 — белка, продуцируемого специфическим геном и обладающего злокачественным

потенциалом. Уникальный механизм действия Герцептина заключается в активации иммунной системы и подавлении HER2 сигналов, что в совокупности обеспечивает выраженный противоопухолевый эффект. Герцептин продемонстрировал беспрецедентную эффективность при лечении HER2-положительного РГЖ как на ранних стадиях заболевания, так и при развитии метастазов. У пациенток с данными злокачественными новообразованиями Герцептин, назначаемый в монотерапии или в комбинации с химиотерапией (одновременно или по ее окончании), значительно увеличивает ВБП, общую выживаемость и частоту ответа на лечение при сохранении высокого качества жизни. Маркетинг Герцептина в США осуществляет компания Genentech, в Японии — компания Chugai, в остальных странах мира — компания Roche. С 1998 г. лечение Герцептином во всем мире получили почти 1 млн пациенток с HER2-положительным РГЖ.

#### О компании Roche

Roche (штаб-квартира — г. Базель, Швейцария) — мировой лидер в области фармацевтики и диагностики. Стратегия, направленная на развитие персонализированной медицины, позволяет компании Roche производить современные средства диагностики и инновационные препараты, которые спасают жизнь пациентам и улучшают ее качество. Являясь ведущим производителем биотехнологических лекарственных препаратов в области онкологии, вирусологии, ревматологии и неврологии, компания уделяет особое внимание вопросам сочетания эффективности своих препаратов с удобством и безопасностью их использования.

На сегодня Roche имеет представительства в 150 странах мира и штат сотрудников более 80 тыс. человек. Инвестиции в исследование и разработки в 2010 г. превысили 9 млрд швейцарских франков, а объем продаж группы компаний Roche составил 47,5 млрд швейцарских франков. Компания Roche полностью принадлежит компания Genentech (США) и контрольный пакет акций компании Chugai Pharmaceutical (Япония).

Подробные сведения о компании Roche можно получить на [www.roche.com](http://www.roche.com).

#### Дополнительная информация

Roche в онкологии:  
[http://www.roche.com/media/media\\_back\\_grounder/media\\_oncology.htm](http://www.roche.com/media/media_back_grounder/media_oncology.htm)

#### Литература

- Baselga J., Cortes J., Sung-Bae K., N Engl J. Med 2012, 366: 109-119.
- Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D., Mathers C. and Parkin D.M. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
- Wolff A.C. et al. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Guideline Recommendations for Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer. Arch Pathol Lab Med. — Vol. 131, January 2007.
- Slamon D. et al. Adjuvant Trastuzumab in HER2-Positive Breast Cancer. N Engl J Med 2011; 365:1273-83.

Подготовил **Алексей Терещенко**