

Після попередньої хіміотерапії саркому
м'яких тканин пізньої стадії

ВОТРИЄНТ СТАНЕ
НАСТУПНИМ КРОКОМ



Вотрієнт™

пазопаніб

Затверджений для лікування пацієнтів з розповсюдженою саркомою м'яких тканин, які попередньо отримували хіміотерапію, за винятком пацієнтів зі стромальною пухлиною ШКТ або ліпосаркомою.

Важливо: перед призначення лікарського засобу слід ознайомитись із Інструкцією для медичного застосування лікарського засобу.

Склад: діюча речовина: пазопаніб; 1 таблетка містить 200 мг або 400 мг пазопанібу (у формі пазопанібу гідрохлориду).

Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

Фармакотерапевтична група. Антинеопластичні засоби. Інгібітори протеїнкінази.

Код АТС L01X E11.

Показання. Лікування пацієнтів з розповсюдженою саркомою м'яких тканин, які попередньо отримували хіміотерапію, за винятком пацієнтів зі стромальною пухлиною ШКТ або ліпосаркомою.

Дозування. Рекомендована доза Вотрієнту для лікування нирковоклітинної карциноми та саркоми м'яких тканин становить 800 мг перорально 1 раз на день. Лікування триває до прогресування захворювання або до розвитку неприйнятної токсичності.

Модифікації дози. З метою контролю за побічними реакціями та у випадку підвищеної індивідуальної чутливості до препарату можлива модифікація дози. Зміни дозування — як при збільшенні, так і при зменшенні дози — виконуються поетапно, з «кроком» у 200 мг, враховуючи індивідуальну переносимість препарату, щоб забезпечити належний нагляд за побічними реакціями. Доза Вотрієнту не повинна перевищувати 800 мг.

Протипоказання. Гіперчутливість до будь-якого з компонентів препарату.

Побічні реакції. Дуже часто: зниження апетиту, включаючи анорексію; дизгезвія (включаючи агевзію та гіпогезвію); головний біль; артеріальна гіпертензія; діарея; нудота; блювання; біль у животі зміна кольору волосся; висипання; алопеція; синдром долонно-підшовної еритродизестезії протеїнури; підвищена втомлюваність; підвищення рівня аланінамінотрансферази; підвищення рівня аспартатамінотрансферази. Часто: нейтропенія; запалення шкіри, хибні результати огляду вуха, горла, носа; тромбоцитопенія; лейкопенія; гіпотиреоїдизм; дегідратація; гіпофосфатемія; безсоння; запаморочення; летаргія; парестезія; периферична сенсорна нейропатія; погіршення зору; венозні тромбоемболічні ускладнення (включаючи тромбоз глибоких вен, легеневої тромбоз); приливи, прилив крові до обличчя; (почервоніння обличчя); дисфонія; носові кровотечі; кровохаркання; диспное; диспепсія; стоматит; метеоризм; здуття живота; сухість у роті; виразки ротової порожнини; порушення печінкової функції; гіпербілірубінемія; гепатотоксичність; гіполігментация шкіри; еритема; свербіж; депігментация шкіри; сухість шкіри; гіпергідроз; міальгія; м'язові спазми; артралгія; астенія; запалення слизової оболонки; набряк (периферичний набряк, набряк очей, локалізований набряк та набряк обличчя); біль у грудях; зменшення маси тіла; підвищення рівня креатиніну крові; підвищення рівня білірубину крові; зменшення кількості білих кров'яних клітин, включаючи зменшення рівня нейтрофілів та лейкоцитів; збільшення рівня ліпази крові; підвищення артеріального тиску крові; збільшення рівня тиреоїдних гормонів; збільшення рівня гамаглутамілтрансферази; зменшення рівня магнію крові. Нечасто: інфекції (з нейтропенією або без неї); інфекції ясен; інфекційний перитоніт; пухлина біль; гіпомагнеземія гіпоестезія; ішемічний інсульт; транзиторні ішемічні атаки; церебральний інфаркт сонливості; відшарування/розрив сітківки; знебарвлення вій; дисфункція серця (дисфункція лівого шлуночка, серцева недостатність, облітеруюча кардіоміопатія); брадикардія; інфаркт міокарда; ішемія міокарда; поліморфна шлунокова тахікардія типу «пірует» (Torsade de pointes); кровотечі; гіпертонічний криз; легенева емболія; легенева кровотеча; пневмоторакс; ринорея; часті випорожнення; шлуноково-кишкова кровотеча; ректальна кровотеча; анальна кровотеча; перфорація товстої кишки; кровотеча ротової порожнини; фістула шлуноково-кишкового тракту; блювання кров'ю; випорожнення з домішками крові; гемороїдальна кровотеча; перфорація клубової кишки; мелена; кровотеча стравоходу; панкреатит; ретроперитонеальна кровотеча; кровотеча з верхніх ділянок шлуноково-кишкового тракту; шлунокова кровотеча, підвищення білірубину крові, зміна рівня аланінамінотрансферази, зміна рівня аспартатамінотрансферази; жовтяниця; медикаментозно індуковане ураження печінки; печінкова недостатність; реакції фоточутливості; ексfolіативний висип; порушення з боку нігтів; висипання везикулярні; висипання папульозні; висипання еритематозні; висипання генералізовані; висипання макулярні; висипання сверблячі; свербіж генералізований; еритема долонь; біль у скелетно-м'язовій системі; кровотеча сечовивідного тракту; менорагія; метрорагія; вагінальна кровотеча; озноб; порушення слизової оболонки; зменшення рівня тромбоцитів; збільшення рівня сечовини крові; подовження інтервалу QT на електрокардіограмі; підвищення рівня амілази крові; зменшення рівня глюкози крові; підвищення діастолічного тиску крові; аномальні тести щитовидної залози; підвищення систолічного тиску крові; аномальні печінкові проби. Рідко: тромботична мікроангіопатія (включаючи тромботичну тромбоцитопенічну пурпуру та гемолітичний уремічний синдром); синдром задньої обертеної енцефалопатії/ задньої обертеної лейкоенцефалопатії; інтерстиційне захворювання легень /пневмоніт. **Перед призначенням лікарського засобу слід ознайомитись із повною Інструкцією для медичного застосування препарату Вотрієнт™.**

Упаковка. По 30 таблеток у непрозорому флаконі з поліетилену високої щільності білого кольору з поліпропіленовою кришкою, що має захист від дітей. По 1 флакону в картонній коробці.

Категорія відпуску. За рецептом.

Інформація для фахівців сфери охорони здоров'я. Ця інформація призначена для ознайомлення зареєстрованих/ідентифікованих фахівців сфери охорони здоров'я в межах спеціалізованих семінарів, конгресів та/або симпозиумів з медичною тематикою. Реєстраційне посвідчення № UA/12035/01/01; UA/12035/01/02. Поширення цієї інформації будь-якими способами, які дають доступ до неї невизначеному колу людей, заборонено. Затверджено Наказ МОЗ №295 від 20/03/2017, Зміни внесено Наказ МОЗ № 907 від 11/05/2018

1. Escudier B, Porta C, Bono P, et al. J Clin Oncol. 2014 ;32 (14):1412-1418. 2. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, et al; Ann Oncol. 2014; 25 (suppl 3): iii49-iii56. 3. Ljungberg B, Bensalah K, Bex A, et al. EAU guidelines. Updated March 2016. <http://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma/>. 4. NCCN NCCN Guidelines®; Kidney Cancer. V 2.2016. <http://www.nccn.org>. 5. Інструкція по медичному застосуванню препарату Вотрієнт. 6. Sternberg CN, Davis ID, Mardiyak J, et al. J Clin Oncol. 2010; 28(6): 1061-1068. 7. Sternberg CN, Hawkins RE, Wagstaff J, et al. Eur J Cancer. 2013; 49(6): 1287-1296. 8. Motzer RJ, Hutson TE, McCann L, Deen K, N Engl J Med. 2014;370(18):1769-1770. 9. Motzer RJ, Hutson TE, Cella D, et al. N Engl J Med. 2013;369(8):722-731.

Представництво компанії «Новартіс Фарма Сервісез АГ» в Україні. Адреса: 04073, м. Київ, пр-т. Степана Бандери 28-А (літера Г)

тел.: +38 (044) 389 39 30, факс: +38 (044) 389 39 33

1040753/VOR/10.18/A3/12 000



Пазопаниб в лечении распространенной саркомы мягких тканей

Терапия саркомы мягких тканей (СМТ) представляет собой область значительного научного и клинического интереса. Пазопаниб является мультитаргетным ингибитором тирозинкиназ с доказанным антиангиогенным эффектом. В исследовании II фазы этот препарат продемонстрировал свою активность при лейомиосаркоме, синовиальной саркоме и других типах опухолей мягких тканей, за исключением липосаркомы. В исследовании III фазы PALETTE применение пазопаниба увеличивало выживаемость без прогрессирования (ВБП) по сравнению с плацебо у пациентов с распространенной СМТ. Эффективность пазопаниба может быть увеличена за счет дальнейших исследований механизма его воздействия, изучения и внедрения рациональных комбинаций с другими препаратами, а также с учетом анализа активности у определенных групп пациентов.

Ангиогенез является ключевым фактором в развитии опухоли. Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) и тромбоцитарный фактор роста (PDGF) представляют собой центральные звенья в процессе ангиогенеза, кроме того, фактор стволовых клеток (SCF) тесно связан с PDGF и участвует в некоторых других процессах, имеющих решающее значение для развития опухоли. Детальное изучение этих мишеней привело к ряду важных открытий в онкологии.

В семейство VEGF-лигандов входят плацентарный фактор роста, VEGF-B, VEGF-C и VEGF-D. Эти белки связываются с рецепторами – VEGFR (типы 1, 2, 3), причем VEGFR2 является наиболее важным рецептором VEGF-зависимого ангиогенеза. Активация сигнального пути PDGF происходит за счет связывания PDGF-лигандов (гомодимеры AA, BB, CC, DD и гетеродимер AB) с соответствующими рецепторами PDGFR (которые состоят из субъединиц α и β). Передача сигнала по этому пути инициирует пролиферацию клеток, их миграцию и дифференциацию.

SCF существует в растворимой и мембранно-связанной формах, рецептор SCF (c-Kit или CD117) при взаимодействии с SCF образует димеры и активируется с помощью механизма, сходного с таковым для PDGFR. В норме SCF регулирует кроветворение, пролиферацию и миграцию клеток. Чрезмерная активация этого пути связана с целым рядом заболеваний, таких как острый миелоидный лейкоз, системный мастоцитоз и желудочно-кишечные стромальные опухоли (GIST). Изучение роли SCF в патогенезе GIST, а также одобрение иматиниба в качестве терапии обусловили прорыв в разработке таргетной терапии.

Пазопаниб был выделен путем скрининга из группы соединений-ингибиторов VEGFR2; при помощи прямого ферментативного анализа подтвердилась его способность ингибировать VEGFR1-3. В дальнейших исследованиях установлено, что этот препарат воздействует не только на VEGFR2, но и на VEGFR1-3, PDGFR- α и - β , рецепторы фактора роста фибробластов 1-3, c-Kit, интерлейкин-2 рецептор, индуцируемый T-клеточной киназой, лейкоцитспецифическую протеинтирозинкиназу и трансмембранный гликопротеиновый рецептор тирозинкиназы (C-FMS).

В исследовании I фазы с эскалацией доз на первом этапе были включены 43 пациента и еще 20 – в фазу увеличения дозы (табл. 1). Плато стационарной концентрации было достигнуто при введении препарата в дозе 800 мг 1 р/день, которая была выбрана для дальнейших исследований. Как и в случае с другими антиангиогенными препаратами, самым частым побочным эффектом 3-й степени для пазопаниба была артериальная гипертензия. Помимо этого, наблюдались диарея, депигментация волос и тошнота, как правило, легкой и умеренной выраженности. Протеинурия, не связанная с азотемией, наблюдалась у 52% пациентов. По данным МРТ было выявлено значительное изменение кровотока в опухоли под воздействием пазопаниба, также прослеживалась взаимосвязь между его активностью и развитием артериальной гипертензии, что может являться потенциальным фармакодинамическим маркером. Вторичной целью данного исследования была оценка предварительной клинической активности; частичный ответ (ЧО), согласно критериям RECIST, наблюдался у 2 пациентов с почечноклеточной карциномой (ПКК), у 1 больного с опухолью клеток островков поджелудочной железы, а длительная стабилизация заболевания – у 2 пациентов с хондросаркомой и у 1 – с GIST. Впоследствии на основе результатов рандомизированного двойного слепого исследования III фазы пазопаниб был одобрен при неоперабельной распространенной или метастатической ПКК.

Изучение безопасности и эффективности пазопаниба при распространенной СМТ средней и высокой степени злокачественности проводилось в исследовании II фазы EORTC62043 с участием больных, которые не могли получать химиотерапию (ХТ) или получали не более двух цитостатиков на поздних стадиях заболевания. Пациенты были разделены на подгруппы в зависимости от типа СМТ. Первичной конечной точкой был показатель 12-недельной ВБП, вторичные конечные точки включали в себя ответ на лечение, ВБП, общую выживаемость (ОВ) и безопасность. Критерием включения больных с определенным гистологическим типом опухоли в дальнейшее исследование была 12-недельная ВБП у >40% представителей подгруппы. Изначально в этом исследовании приняло участие 142 больных (19 с липосаркомой, 42 с лейомиосаркомой, 38 с синовиальной саркомой и 43 с другими опухолями), из них 138 были включены в дальнейшее исследование. Только 5 из 19 пациентов с липосаркомой достигли первичной конечной точки – 12-недельная ВБП была достигнута у <20%, что означало прекращение дальнейших исследований для этой подгруппы. Набор пациентов в остальные подгруппы был завершен, как и планировалось; из 138 пациентов 12-недельная ВБП достигнута у 8/41 (44%) при лейомиосаркоме, 18/37 (49%) при синовиальной саркоме и 16/41 (39%) при других СМТ. Медиана ВБП составила 91 день при лейомиосаркоме, 161 при синовиальной саркоме и 91 в группе других СМТ, медиана ОВ для этих подгрупп составила 354, 310 и 299 дней соответственно.

Наиболее частыми побочными эффектами были лейкопения (42%), анемия (75%), повышение уровня аспаратаминотрансферазы – АСТ (46%) и аланинаминотрансферазы – АЛТ (50%), протеинурия (51%), также наблюдались артериальная гипертензия (АГ), усталость, гипопигментация и тошнота. Наиболее частыми побочными эффектами 3-4 степени были

гипербилирубинемия (6,3%), АГ (7,7%) и усталость (7,7%), АГ у большинства пациентов развивалась в течение 4 недель после начала терапии пазопанибом. Перерыв в приеме препарата был необходим 60% пациентов. В связи с токсичностью 23% пациентов снизили дозу и еще 6% (9 человек) прекратили лечение (в том числе отмечено 4 случая токсичного воздействия 3-й степени на печень).

В мультицентровом международном исследовании III фазы PALETTE проводилась оценка безопасности и эффективности пазопаниба у пациентов с метастатической СМТ, ранее получавших стандартную ХТ. В исследование не были включены пациенты с эмбриональной рабдомиосаркомой, хондросаркомой, остеосаркомой, саркомой Юинга, нейроэктодермальной опухолью, GIST, злокачественной мезотелиомой и смешанной мезодермальной опухолью матки. Основной целью исследования была оценка ВБП. Вторичными конечными точками были ОВ, ВБП, частота общего ответа, время ответа и безопасность.

В исследовании PALETTE приняли участие 369 пациентов, которые рандомизированы в соотношении 2:1 в группы пазопаниба и плацебо соответственно. Средний возраст пациентов составил 55 лет, 94 участника (25%) прошли курс адьювантной или неoadьювантной ХТ. Кроме того, 342 (93%) пациента ранее получали системную терапию, а 301 (82%) – антрациклинсодержащую терапию. На момент завершения сбора клинических данных (22 ноября 2010 г.) прогрессирование заболевания наблюдалось у 106 пациентов в группе плацебо и у 168 получавших пазопаниб. На основе независимого обзора частота ответа на лечение и стабилизация заболевания отмечались у 14 (6%) и 164 (67%) больных, получавших пазопаниб, и 0 (0%) и 33 (27%) в группе плацебо соответственно (табл. 2). Средняя продолжительность ответа составила 8,4 недели, а медиана длительности ответа – 38,9 недели. Медиана ОВ достигла 12,5 мес в группе пазопаниба и 10,7 мес (8,7-12,8) в группе плацебо. Из 246 пациентов, отобранных в группу пазопаниба, только 7 не получили терапию. В общей сложности 221 пациент прекратил прием пазопаниба, в том числе 167 (70%) из-за прогрессирования заболевания, по сравнению со 118 (96%) пациентами в группе плацебо. В группе пазопаниба 34 участника прервали терапию из-за побочных эффектов (в группе плацебо – 1).

Продолжение на стр. 4.

Таблица 1. Исследования по применению пазопаниба у пациентов с СМТ

Схема терапии	Фаза	Дизайн	n	Стратификация	Уровень ответа	Медиана ВБП (мес)	Медиана ОВ (мес)	Комментарии
Пазопаниб	I	Исследование с эскалацией доз	43	-	-	-	-	Продолжительная стабилизация заболевания наблюдалась у пациентов с лейомиосаркомой, GIST и хондросаркомой
Пазопаниб	I	Rolling six	51	-	-	-	-	Частичный ответ у пациентов с гепатобластомой и десмопластической мелкокруглоклеточной опухолью. Длительная стабилизация при синовиальной саркоме, альвеолярной мягкотканной саркоме, остеосаркоме, альвеолярной рабдомиосаркоме, мезенхимальной хондросаркоме, GIST, миксоаппиллярной эпидимоме
Пазопаниб + гемцитабин + доцетаксел	Ib/I	Исследование по подбору дозы	5	-	-	-	-	Исследование неoadьювантной терапии; остановлено из-за недостаточной выборки пациентов и значительной токсичности
Пазопаниб	II	Параллельное, двухэтапное	Всего 142, приняли участие 138	Из 138 больных: • липосаркома – 19; • лейомиосаркома – 41; • синовиальная саркома – 37; • другие – 41	12/138=9% 3/19=16% 1/41=2% 5/37=14% 3/41=7%	2,9 3,2 5,7 3,2	7 12,6 11,1 10,7	Все пациенты ранее получали химиотерапию; ВБП и ОВ сообщались в днях, конвертация 1 мес=28 дней; во всех группах, кроме липосаркомы, терапия успешна
Пазопаниб в сравнении с плацебо	III	Рандомизированное, 2:1	369	Пазопаниб – 246; плацебо – 123	14/246=6% 0/123=0%	4,6 1,6 OP 0,3; p=0,0001	12,5 10,7 OP 0,86; p=0,25	Исследование PALETTE

Пазопаниб в лечении распространенной саркомы мягких тканей

Продолжение. Начало на стр. 3.

Таблица 2. Медиана ВБП у пациентов с СМТ, которые ранее получали химиотерапию (результаты независимого обзора)

Все пациенты	Плацебо (n=123)	Пазопаниб (n=246)	Коэффициент риска (95% ДИ)	p
Медиана ВБП, недели (95% ДИ)	7 (4,4-8,1)	20 (17,9-21,3)	0,35 (0,26-0,48)	<0,001
Лейомиосаркома	n=49	n=109		
Медиана ВБП, недели (95% ДИ)	8,1 (7,6-9,3)	20,1 (13,3-23,1)	0,37 (0,23-0,6)	<0,001
Синовиальная саркома	n=13	n=25		
Медиана ВБП, недели (95% ДИ)	4,1 (3,7-8,9)	17,9 (8,9-27,1)	0,43 (0,19-0,98)	0,005
Другие варианты СМТ	n=61	n=112		
Медиана ВБП, недели (95% ДИ)	4,3 (4,0-7,9)	20,1 (13-27,1)	0,39 (0,25-0,6)	<0,001
Количество курсов системной терапии перед включением в исследование				
0-1 курс	n=52	n=110	-	-
Медиана ВБП, недели (95% ДИ)	7,6 (4,3-9,1)	24,7 (19,6-27,4)	0,31 (0,19-0,5)	<0,001
≥2 курсов	n=71	n=136		
Медиана ВБП, недели (95% ДИ)	6,1 (4,3-8,1)	18,9 (11,9-20,1)	0,39 (0,26-0,57)	<0,001

Анализ исследования PALETTE показал, что лучший функциональный статус, меньшая длительность системной терапии, более низкая степень злокачественности опухоли, а также нормальный исходный уровень гемоглобина являются предикторами достижения более длительной ВБП. Пол, возраст, гистологический тип саркомы, наличие метастазов в печени не влияло на результаты лечения. Во всех исследуемых группах (при лейомиосаркоме, синовиальной саркоме или других СМТ) пазопаниб показал преимущество в ВБП по сравнению с плацебо.

Наиболее частыми побочными эффектами в группе пазопаниба были: усталость (65%), диарея (58%), тошнота (54%), потеря массы тела (48%), АГ (41%), снижение аппетита. Самыми распространенными побочными эффектами 3-4 степени (≥5%) в группе пазопаниба были усталость, АГ, снижение аппетита, одышка и диарея. Наиболее частым изменением, выявляемым лабораторно, было увеличение концентрации ферментов печени: повышение уровня АЛТ и АСТ в 10 и 8% случаев соответственно.

Также отмечены побочные эффекты, ранее не наблюдавшиеся в клинических испытаниях у пациентов с распространенной ПКК: пневмоторакс, венозная тромбоэмболия, снижение фракции выброса левого желудочка. Венозная тромбоэмболия отмечалась у 3 (2%) пациентов в группе плацебо и 13 (5%) в группе пазопаниба. Пневмоторакс – у 8 пациентов (3%), принимавших пазопаниб, и у 1 (1%) в группе плацебо. Снижение фракции выброса левого желудочка наблюдалось у 3 (2%) пациентов, принимавших плацебо, и у 16 (7%) в группе пазопаниба. Снижение дозы потребовалось 5 (4%) пациентам в группе плацебо в сравнении с 92 (39%) пациентами в группе пазопаниба. В связи с побочными эффектами лечение прекратил 1 пациент (1%), принимавший плацебо, и 34 (14%) из группы пазопаниба.

Необходимо совершенствовать подход к отбору пациентов с СМТ, у которых пазопаниб может быть наиболее эффективен. Разнообразие СМТ препятствует систематической оценке эффективности новых препаратов. Часто предварительные данные по применению препарата поступают из медицинских отчетов и небольшой серии случаев: так, активность пазопаниба была отмечена при саркоме Юинга, эпителиоидной гемангиоэндотелиоме, синовиальной саркоме, солитарной фиброзной опухоли, рабдомиосаркоме, эпителиоидной саркоме, забрюшинной липосаркоме и гемангиоэпителиоме. Этот список не является исчерпывающим и, несомненно, будет расширяться, так как большое количество исследований находятся на стадии разработки.

В исследовании PALETTE не показаны различия в чувствительности к пазопанибу в зависимости от гистологического типа опухоли: пациенты с лейомиосаркомой, синовиальной саркомой и другими видами

СМТ продемонстрировали эквивалентный ответ на терапию. Пациенты с некоторыми гистологическими подтипами (например, липосаркомой) были специально исключены из анализа, в том числе на основании результатов исследований II фазы.

Одним из перспективных направлений является комбинирование пазопаниба с другими препаратами. Результаты исследования I фазы по изучению неoadъювантной терапии пазопанибом в комбинации с гемцитабином и доцетакселом сообщают о значительной токсичности, но на данный момент проводится ряд исследований по изучению комбинаций пазопаниба с ХТ; вполне вероятно, что некоторые из них окажутся эффективными.

Проведено исследование I фазы с эскалацией доз по изучению комбинации пазопаниба и вориностата (схема «3+3») с генетическим анализом на предмет выявления пациентов со специфическими мутациями TP53 и дальнейшего изучения восприимчивости таких пациентов к терапии. Рекомендуемые ежедневные дозы пазопаниба и вориностата, по результатам исследования, составили соответственно 600 и 300 мг. Клинический успех наблюдался у 19% пациентов. Медиана ВБП и ОВ среди всех 78 больных составила 2,2 и 8,9 мес соответственно. Предварительная анти-VEGF терапия не влияла на эффективность лечения. Гипоальбуминемия и отсутствие «горячей точки» мутации TP53 были связаны с более низким клиническим успехом. Из 23 пациентов с СМТ у 2 наблюдался ЧО, у 4 – стабилизация заболевания на протяжении 6 мес (то есть 26% клинической эффективности). Медиана ВБП и ОВ составила 2 и 8,3 мес соответственно. При объединенном анализе 23 больных с СМТ и 14 с колоректальным раком увеличение ВБП и ОВ наблюдалось у пациентов с «горячей точкой» мутации TP53, но необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

В настоящее время пазопаниб одобрен для применения у пациентов с распространенной СМТ, ранее получавших ХТ. Приоритет отдается поиску новых комбинаций пазопаниба с другими препаратами, что, предположительно, позволит повысить эффективность терапии. К примеру, интересным является изучение комбинации с трабектедином, который показал свою активность в отношении лейомиосаркомы. Установление клинико-патологических и биологических маркеров поможет определить пациентов, у которых применение пазопаниба будет наиболее успешным. В целом использование антиангиогенного эффекта – верное направление в лечении пациентов с СМТ, а выявление роли пазопаниба в таргетной терапии данной категории пациентов представляет собой важный шаг вперед.

L.D. Cranmer, E.T. Loggers, S.M. Pollack. Pazopanib in the management of advanced soft tissue sarcomas. Journal of Therapeutics and Clinical Risk Management, 2016.

Перевела с англ. и адаптировала Екатерина Марушко



От редакции

В любые времена, что бы ни происходило, в жизни должно быть место празднику. Настоящие праздники не похожи на повседневность. Они позволяют вырваться из рутины, сделать что-то необычное, запоминающееся. Отметить значимые вехи, осознать изменения, дать место новому, со смирением отпустить старое. Каждый праздник объединяет людей, открывает сердца – и одновременно помогает справиться с потерями, неизбежностями, дает силы жить дальше, верить в мудрость изменяющейся жизни. Праздник – это своего рода наследство, передающееся из поколения в поколение, от души к душе, связывающее человека с настоящим, прошлым и будущим. Магия зимних праздников – Нового года и Рождества – еще и в том, что все вокруг меняется, загорается огнями и яркими красками, создает особую атмосферу. Но все же наш собственный внутренний праздник зависит только от нас, от решения каждого по-своему наслаждаться жизнью, ощущать ее течение.

И вот этой готовности радоваться, по-новому взглянуть на привычные вещи очень хочется вам пожелать, уважаемые читатели!

От имени всего коллектива редакции примите пожелания здоровья, изобилия, больших творческих успехов и новых свершений в профессии.

И конечно, любви – к своим близким, своему делу, своей стране!

Онкология – путь, который вы однажды выбрали, и он же – путь избранных. Мы благодарны вам за признание, сотрудничество и высокий профессионализм, за самоотверженность и ежедневный благородный труд.

Вдохновения вам каждый день – такого же, как вы неизменно дарите нам!

Мы стараемся соответствовать потребностям момента, приносить новое на страницы каждого издания, быть максимально вам полезными. Отмечая очередной рубеж, подводя итоги года, насыщенного событиями и переменами, мы сегодня смотрим в будущее, стремимся к познанию новых горизонтов – ради того, чтобы вместе с вами сделать реальность светлее и лучше.

Так пусть же все ваши планы реализуются, а мы будем тому свидетелями...

С Новым годом и Рождеством!

Катерина Котенко

