ОНКОЛОГІЯ • ІНФОРМАЦІЯ

3 MICT

		ΑЦІІ

Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи	
Клинико-практическое руководство Общенациональной сети	
по борьбе против рака (NCCN) США, 2012 г	. 21-2
Практическое руководство по лечению острых и хронических заболеваний	i
желудочно-кишечного тракта, возникших на фоне терапии	
зпокачественных опухолей (2011)	32-3

Модифицированная инфузионная терапия после обширных

Психологическая реабилитация в онкологии

абдоминальных онкологических операций с использованием

аминокислотных смесей
Ю.Ю. Кобеляцкий, Е.В. Петрашенок, Е.В. Рябченко и др
Григорий Бондарь: ученый, учитель, личность
Онкодайджест
Системная биология как основа диагностики и терапии онкологических больных в контексте персонализированной медицины
В.Ф. Чехун
Эрлотиниб в исследовании TITAN: сопоставимая с химиотерапией
эффективность при лучшей переносимости
диагностика и лечение рака щитовидной железы
Диагностика и лечение рака щитовидной железы
Диагностика и лечение рака щитовидной железы10-11
Диагностика и лечение рака щитовидной железы

FDA в приоритетном порядке рассмотрит заявку компании Roche	
на регистрацию пертузумаба для применения при ранее не леч	ченном
HER2-положительном метастатическом раке грудной железы	
Реабілітація онкологічних хворих: проблеми та здобутки	
С.А. Місяк	18-19
Crantona Beovernauseveč mosau Koni Ki i anotun nava vovu	20

Т. Леман, М. Голубова, М. Макарова и др	. 25
Таргетная фотодинамическая терапия – новое направление в лечении	
больных со злокачественными новообразованиями	-27

Особенности течения заболевания после отмены бевацизумаба:

Современные информационные технологии – в помощь

практическому онкологу

тракта и основания черепа у детей

объединенный анализ рандомизированных исследований III фазы				
Д. Майлз, Н. Харбек, Б. Эскудье и др	!9			
V HALIMANOS VAO GEROVELLA ETRETORIA RONONIA ORVIVOROŬ SANDAGRELADIO				

О.А. Меркулов	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	30-31
Украинские ра	зработки в	онкофарма	кологии		
НИ Шарыкина					35

Раковые стволовые клетки как источни	к возникновения
злокачественных новообразований	

Использование внутриартерис	льной полихимиотерапии в лечении
метастатического рака груді	ной железы
Клинический случай	
Г.В. Бондарь, И.Е. Седаков	

	ОНКОГІНЕКОЛОГІЯ	
актические ошибки в лечении опухолей яичника		
THE Paradiana		40 41

ОНКОУРОЛОГІЯ

		цитологія

О востребованности цитологической диагностики в онкологической практике

ОНКОГЕМАТОЛОГІЯ

Принципы современной диагностики лим	фоидных новообразований
Д.Ф. Глузман, Л.М. Скляренко, С.В. Коваль и	д р 38-39

Здоров'я України

ACS/ASCCP/ASCP обновили руководство по скринингу рака шейки матки

Протоколы скрининга рака шейки матки (РШМ) продолжают совершенствоваться. В марте этого года Американское общество рака (ACS), Американское общество кольпоскопии и цервикальной патологии (ASCCP) и Американское общество клинической патологии (ASCP) представили обновленную редакцию своих рекомендаций по скринингу РШМ. По утверждению авторов, в отличие от предыдущих версий в новом документе, который разрабатывался с 2009 г., сделан акцент на соотношение пользы от применения скрининговых тестов и риска, связанного с гипердиагностикой, включая ненужные инвазивные процедуры и стресс для пациенток.

Ниже представлены основные рекомендации для общей популяции (не предназначенные для групп риска – женщин с РШМ в анамнезе; пациенток, подвергавшихся воздействию диэтилстильбестрола в период внутриутробного развития; больных со сниженным иммунитетом).

Возраст начала скрининга. В настоящее время рекомендуется начинать скрининг РШМ в возрасте 21 год независимо от половой активности и других факторов риска. Проводить скрининг в более раннем возрасте нецелесообразно в связи с тем, что у девушек и женщин до 21 года РШМ является очень редким заболеванием и не может быть предотвращен путем цитологического скрининга (распространенность заболевания в этой возрастной группе за последние 4 года не изменилась, несмотря на интенсификацию скрининга).

Женщинам в возрасте от 21 до 29 лет рекомендуется цитологический скрининг каждые 3 года. Этот интервал выбран после тщательного анализа соотношения пользы и риска. Тестирование на вирус папилломы человека (HPV) в качестве единственного исследования или в дополнение к цитологии в этой возрастной группе использовать не следует из-за высокой распространенности HPV-инфекции у молодых женщин.

Женщины в возрасте 30-65 лет должны подвергаться комплексному скринингу (цитология + тестирование на HPV) каждые 5 лет (предпочтительно) или только цитологическому скринингу каждые 3 года (допустимо). Доказательства в пользу интервала между скрининговыми исследованиями >3 лет при использовании только цитологии, даже у женщин с серией отрицательных результатов, на сегодня отсутствуют. Комплексный скрининг каждые 5 лет обеспечивает такой же или более низкий риск РШМ по сравнению с цитологическим скринингом каждые 3 года.

Скрининг только с помощью тестирования на HPV в большинстве клинических ситуаций не рекомендуется. Этот метод исследования является перспективным, однако пока не может быть внедрен в клиническую практику из-за отсутствия четкого алгоритма действий при положительном результате.

Скрининг у женщин старше 65 лет. При адекватном скрининге с отрицательными результатами и отсутствии цервикальной интраэпителиальной неоплазии 2 степени и выше (CIN2+) в предшествующие 20 лет у женщин в возрасте старше 65 лет скрининг РШМ можно прекратить. В случае прекращения скрининга он не должен возобновляться ни по каким причинам, даже если женщина имеет нового полового партнера. Эта рекомендация обоснована очень низкой распространенностью РШМ поздних стадий у женщин данной возрастной группы, подвергавшихся адекватному скринингу. Так как трансмиссия новой онкогенной HPV-инфекции в большинстве случаев разрешается спонтанно, польза от скрининга в этой популяции не перевешивает потенциальный вред.

Скрининг у женщин без CIN2+ в анамнезе, перенесших гистерэктомию. Женщины любого возраста, перенесшие гистерэктомию с удалением шейки матки, не должны подвергаться скринингу РШМ независимо от наличия в анамнезе адекватного скрининга с отрицательными результатами. Эта рекомендация обоснована низкой распространенностью рака влагалища и низкой клинической значимостью патологической вагинальной цитологии.

Скрининг у женщин, вакцинированных против HPV, должен проводиться точно так же, как и у невакцинированных пациенток. Доступные сегодня вакцины (Гардасил, Церварикс) не перекрывают все онкогенные штаммы HPV, и, так как эти вакцины рекомендуется применять у женщин до возраста 26 лет, многие пациентки первую дозу вакцины получают уже после контакта с HPV.

ACS/ASCCP/ASCP Updated Guidelines for Cervical Cancer Screening. CA Cancer Journal for Clinicians. Опубликовано онлайн 14 марта 2012 г.

Скрининг ПСА может снижать смертность от рака предстательной железы

В настоящее время продолжаются дискуссии относительно того, снижает рутинный скрининг простатического специфического антигена (ПСА) смертность от рака предстательной железы (РПЖ) или нет. Недавно это вопрос стал еще более острым, после того как Рабочая группа по профилактическим службам США (USPSTF) официально выступила против рутинного скрининга в общей популяции.

Однако обновленные результаты крупного рандомизированного европейского исследования ERSPC подтвердили предыдущие наблюдения о том, что скрининг, основанный на определении ПСА, статистически значимо снижает смертность от РПЖ

В исследовании ERSPC приняли участие 182 160 мужчин в возрасте от 50 до 74 лет (на момент включения) из 8 стран Европы. В целевую возрастную группу вошли 162 388 мужчин в возрасте от 55 до 69 лет. Участников рандомизировали для проведения или непроведения скрининга ПСА. Первичной конечной точкой была смертность от РПЖ. Медиана интервала между скрининговыми обследованиями составила 4 года. За 11 лет в группе скрининга было диагностировано 6963 случая РПЖ (кумулятивная заболеваемость 9.6%), в контрольной группе – 5396 (6.0%); ассоциированных с РПЖ смертельных исходов – 299 и 463 соответственно (смертность 0,39 vs 0,50 на 1000 пациентов в год). Снижение относительного риска составило 21% (p<0,001) в пользу проведения скрининга. В то же время скрининг не приводил к снижению общей смертности, которая была одинаковой в основной и контрольной группах (18,2 vs 18,5 на 1000 пациентов в год соот-

ветственно) Исследователи подсчитали, что для предотвращения 1 случая смерти от РПЖ за 11 лет необходимо обследовать с помощью скрининга 1055 мужчин, и это при условии, что

будет диагностировано не менее 37 случаев РПЖ. Несмотря на полученные результаты, авторы нового анализа ERSPC считают, что прежде чем давать общие рекомендации по скринингу ПСА, необходимо получить больше информации о соотношении пользы и побочных эффектов, а также оценить фармакоэкономическую целесообразность такого скрининга.

Подготовил Алексей Терещенко

Schroder F.H. et al. New Engl J Med 2012 366: 981-990