

«Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя» ©

Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою внутрішньої медицини № 2 НМУ ім. А.А. Богомольця
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, директор Інститута терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН України і РАМН, директор Інститута генетическої і регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. А.А. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Д.Ф. Глузман**, д.м.н., професор, завідувач відомом імунітохімії і онкогематології Інститута експериментальної патології, онкології і радіології ім. Р.Е. Кавецкого НАН України
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інститута сексології і андрології, головний сексопатолог МЗ України
- Ю.І. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної і хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Інститута отоларингології ім. А.І. Коломійченко НАМН України, головний отоларинголог МЗ України
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відомом клініческої фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інститута ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- В.Г. Майданник**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. А.А. Богомольця
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.Ф. Москаленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, віце-президент НАМН України, ректор НМУ ім. А.А. Богомольця
- Ю.М. Мостовий**, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх захворювань Вінницького національного медического університету ім. Н.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відомом профілактики ендокринних захворювань Українського науко-практического центра ендокринної хірургії і трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України завідувач відомом реанімації і інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, директор Інститута очних захворювань і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- В.В. Поворожнюк**, д.м.н., професор, керівник відомом клініческої фізіології і патології опорно-двигателного апарату Інститута геронтології НАМН України, директор Українського науко-медического центра проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора Інститута отоларингології ім. А.І. Коломійченко НАМН України
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відомом токсикології Інститута медицини праці НАМН України
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, директор Інститута ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- Ю.І. Феценко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Національного інститута фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України, головний пульмонолог і фізіотерапевт МЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний гастроентеролог МЗ України
- В.І. Цымбалюк**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора Інститута нейрохірургії ім. А.П. Родоманова НАМН України
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтического університету
- В.Ф. Чехун**, д.м.н., професор, академик НАН України, директор Інститута експериментальної патології, онкології і радіології ім. Р.Е. Кавецкого НАН України

Учредитель – **Иванченко Игорь Дмитриевич**
ИЗДАТЕЛЬ – ООО «ЗДОРОВЬЕ УКРАИНЫ»

«Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя» ©

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Людмила Жданова
ШЕФ-РЕДАКТОР	Катерина Котенко
ВИПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР	Светлана Сай
МЕДИЦИНСКИЙ ДИРЕКТОР	Алексей Терещенко
МЕДИЦИНСКИЙ РЕДАКТОР	Ольга Радучич
ЛИТЕРАТУРНЫЕ РЕДАКТОРЫ / КОРРЕКТОРЫ	Оксана Петренко Галина Теркун Алина Паслен
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Андрей Почтаренко
ОТДЕЛ ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Тамара Музыка Сергей Чепур Елена Дудко
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА РЕКЛАМЫ	Наталья Семенова
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ	Ирина Головка Юлия Башкирова Владимир Жданов
АССИСТЕНТЫ ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА	Зоя Федирко Анна Покровская
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА	Иваилин Крайчев
ТЕХНИЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР	Николай Дятленко

Свідоцтво КВ №15650-4122ПР від 03.09.2009р.
Індекс издания: 35272
Редакция может публиковать материалы, не разделяя точки зрения авторов. За достоверность фактов, цитат, имен, географических названий и иных сведений отвечают авторы. Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель.

📄 – материалы, публикуемые на правах рекламы.
📄 – авторские материалы.

Перепечатка материалов допускается только с разрешения редакции. Рукописи не возвращаются и не рецензируются.

Адрес для писем:
03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 1.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактные телефоны:
Редакция **391-54-71, 391-54-77**
Отдел рекламы **391-54-72, 391-54-73(74)**
Отдел подписки и распространения **391-54-76**

Газета отпечатана в ООО «Рема-Принт» г. Киев, ул. Ремонтная, 13

Подписана в печать 30.06.2012 г.
Заказ ##### Тираж **15 000** экз.
Юридически подтвержденный тираж.

ОНКОДАЙДЖЕСТ

Схема химиотерапии EDP-M может стать новым стандартом лечения аденокарциномы поздних стадий

Аденокарцинома (АКК) – редкая гетерогенная опухоль с малоизученным патогенезом и неблагоприятным прогнозом. Заболеваемость АКК составляет от 0,7 до 2,0 случаев на 1 млн человек в год. При развитии метастазов 5-летняя выживаемость оценивается в <15%. Единственным химиопрепаратом, одобренным для применения при АКК, является митотан, который используется в адьювантном лечении и при АКК поздних стадий. В то же время эффективность данного лекарственного средства не была подтверждена в рандомизированных исследованиях.

Целью международного рандомизированного исследования III фазы FIRM-ACT было сравнить эффективность и безопасность традиционно применяемой комбинации митотан + стрептозотин и схемы EDP-M (этопозид, доксорубин и цисплатин + митотан) в качестве первой линии терапии пациентов с метастатическими и метастатическими АКК.

По данным предыдущих испытаний, частота объективного ответа на EDP-M и митотан + стрептозотин составляла 53 и 36% соответственно.

В исследовании FIRM-ACT пациентов (n=304) с АКК поздних стадий рандомизировали для получения лечения по одной из вышеуказанных схем; в случае прогрессирования заболевания больных переводили на альтернативную комбинацию в качестве 2-й линии терапии. Первичной конечной точкой была общая выживаемость пациентов; вторичные конечные точки включали выживаемость больных без прогрессирования заболевания, ответ опухоли на проводимую терапию и качество жизни пациентов.

Ответ был получен у 35 из 151 пациента группы EDP-M и у 14 из 53 больных группы митотан + стрептозотин. В когорте участников исследования, получивших EDP-M и ответивших на лечение, у 2 пациентов был достигнут полный ответ и у 4 – после достижения частичного ответа было успешно осуществлено радикальное хирургическое вмешательство (в группе сравнения таких больных было 1 и 2 соответственно).

Прогрессирование заболевания произошло у 280 участников (92,1%). Через 12 мес прогрессирование отсутствовало у 26,1% пациентов группы EDP-M и у 7,2% больных, получивших митотан + стрептозотин. При назначении в качестве 1-й линии терапии схемы EDP-M смертность снижалась на 21%.

Эффективность применения EDP-M и комбинации митотан + стрептозотин в рамках 2-й линии терапии была такой же, как и в 1-й линии. Медиана выживаемости без прогрессирования составила 5,6 мес в группе EDP-M и 2,2 мес в группе сравнения.

Общая выживаемость была выше у пациентов, получивших EDP-M (14,8 vs 12,0 мес в группе митотан + стрептозотин), однако различие показателей в группах было статистически незначимым (p=0,07). По мнению авторов, недостижение статистической значимости обусловлено тем, что больных, получивших в качестве 1-й линии терапии EDP-M, после прогрессирования заболевания переводили на менее эффективное лечение митотаном и стрептозотин.

Исследователи считают, что с учетом полученных результатов химиотерапия по схеме EDP-M может стать новым стандартом лечения АКК поздних стадий.

Fassnacht M. et al. *Combination Chemotherapy in Advanced Adrenocortical Carcinoma. New England Journal of Medicine. Опубликовано онлайн 2 мая 2012 г.*

Радиойод при раке щитовидной железы

В двух крупных рандомизированных исследованиях (одно проводилось во Франции, а другое в Великобритании) было доказано, что у больных раком щитовидной железы (РЩЖ) низкого риска, перенесших тиреоидэктомию, низкая доза радиойода (1,1 Гбк, или 30 МКи) так же эффективна, как и высокая (3,7 Гбк, или 100 МКи). По мнению экспертов, эти результаты должны изменить существующие стандарты послеоперационного ведения РЩЖ.

За последние десятилетия распространенность РЩЖ низкого риска значительно увеличилась, что обусловлено прежде всего усовершенствованием диагностики. В отличие от многих других опухолей РЩЖ чаще развивается у пациентов молодого возраста, и последствия лечения заболевания оказывают влияние на всю оставшуюся жизнь таких больных.

Стандартным лечением РЩЖ низкого риска является тотальная тиреоидэктомия, после чего через несколько недель назначают дозу радиойода в виде пероральной капсулы. Радиоактивный йод разрушает не только резидуальные раковые клетки, но и здоровую ткань щитовидной железы.

При использовании высоких доз радиойода пациенты должны находиться в больнице в изоляторе, по крайней мере, 2 дня, без физического контакта с семьей и друзьями, пока интенсивность радиации не уменьшится. Кроме того, высокие дозы радиойода могут вызывать побочные эффекты, в частности постоянную сухость во рту, и увеличивают риск развития вторичных злокачественных новообразований. В двух исследованиях было изучено, что низкую дозу радиойода можно назначать амбулаторно и она реже вызывает побочные эффекты. Тем не менее целесообразность применения даже низких доз радиойода при РЩЖ низкого риска в настоящее время ставится под сомнение, в частности, вследствие значительного усовершенствования хирургических методов.

В руководстве Американской тиреоидной ассоциации (ATA) указано, что на сегодня отсутствуют убедительные доказательства, на основании которых можно было бы рекомендовать или не рекомендовать рутинное послеоперационное назначение радиойода больным РЩЖ низкого риска, в то время как руководство Европейской рабочей группы по РЩЖ больше склоняется к целесообразности проведения такой терапии.

Несмотря на существующую неопределенность, практика рутинного назначения высоких доз радиойода пациентам, перенесшим тиреоидэктомию по поводу РЩЖ, широко распространена. В США применение радиойодной абляции за последние 35 лет значительно возросло, однако это никак не повлияло на клинические исходы пациентов.

Помимо сравнения эффективности низкой и высокой доз радиойода в обоих исследованиях изучался еще один важный вопрос ведения РЩЖ: как лучше всего подготовить пациента к тиреоидэктомии. После операции больной до конца жизни нуждается в заместительной терапии левотироксином. Лучшие результаты радиойодной абляции достигаются при отмене левотироксина за 2-4 нед до приема радиойода, что позволяет повысить уровень эндогенного тиротропина, необходимого для стимуляции захвата радиоактивного йода. В то же время отмена левотироксина даже на такое короткое время сопровождается симптомами гипотиреоза, такими как дневная сонливость, общая слабость и увеличение массы тела.

Альтернативным подходом является продолжение приема левотироксина, что позволяет избежать вышеуказанных побочных эффектов, и назначение экзогенного рекомбинантного тиротропного гормона (рТТГ) непосредственно перед радиойодотерапией. В обоих исследованиях было продемонстрировано эквивалентную эффективность традиционной подготовки и применения рТТГ, при этом в последнем случае лечение было гораздо удобнее для больных и не вызывало симптомов гипотиреоза. Недостатком более современного подхода является высокая стоимость рТТГ (2-8 тыс. долларов) и необходимость двух дополнительных посещений клиники для внутримышечной инъекции препарата.

1. Schlumberger M. *Strategies of Radioiodine Ablation in Patients with Low-Risk Thyroid Cancer. New England Journal of Medicine 2012; 366: 1663-1673.*
2. Mallick U. *Ablation with Low-Dose Radioiodine and Thyrotropin Alfa in Thyroid Cancer. New England Journal of Medicine 2012; 366: 1732-1733.*

Подготовил **Алексей Терещенко**