

Современные методы лучевой диагностики онкологических заболеваний у женщин

17-19 сентября в г. Киеве на базе Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика прошел IV Украинский конгресс радиологов, собравший ведущих отечественных и зарубежных ученых для обсуждения актуальных проблем радиологии. В рамках конгресса состоялся международный семинар «Современная лучевая диагностика в профилактике и мониторинге онкологических заболеваний у женщин», на котором были озвучены интересные данные, имеющие практическое значение.



Диагностические аспекты опухолей грудной железы категории 5 по шкале BIRADS были рассмотрены в докладе радиолога-маммолога, кандидата медицинских наук Евгения Николаевича Божка (Научный центр лучевой диагностики Национальной академии медицинских наук Украины, г. Киев). Выступающий напомнил, что шкала BIRADS представляет собой единую классификацию определенных радиологических признаков, выявляемых при маммографии/УЗИ/МРТ грудной железы исходя из степени риска наличия злокачественного новообразования. Оценочные категории имеют следующее значение: BIRADS1 — отсутствие изменений, BIRADS2 — доброкачественные изменения, BIRADS3 — вероятно доброкачественные изменения (степень риска более 2%), BIRADS4 — вероятно злокачественные изменения (степень риска 30%), BIRADS5 — явные признаки злокачественных изменений (степень риска более 90%), BIRADS6 — гистологически верифицированный рак. К категории BIRADS5 опухоли относят, руководствуясь выявлением основных эхо-признаков малигнизации, таких как:

- неправильная форма новообразования;
- контуры новообразования микродольчатые или фестончатые;
- края нечеткие, угловатые либо игольчатые;
- вертикальное расположение новообразования;
- сниженная эхогенность;
- гетерогенная эхоструктура;
- задняя акустическая тень.

! По данным зарубежных ученых, поражения с ≥ 2 основными эхо-признаками малигнизации следует относить к категории BIRADS5 (Е. Kim, К. Ko, К. Oh et al., 2007). Для всех опухолей данной категории показана гистологическая верификация. Специфичность BIRADS5 заключается в том, что данной оценкой может обозначаться и ряд доброкачественных новообразований, поэтому дифференциальная диагностика в рамках этой категории составляет отдельную проблему.

Докладчик рассмотрел ряд доброкачественных новообразований, относящихся к категории BIRADS5, а также возможности их дифференциальной диагностики современными радиологическими методами и продемонстрировал конкретные клинические случаи. Так, к BIRADS5 относится радиальный рубец (радиальный склероз, индуративная мастопатия) — доброкачественное эпителиальное новообразование до 1 см (при больших размерах говорят о сложном склеротическом поражении). Обычно выявляется при скрининговой маммографии, частота выявления — 0,1-2 случая на 1 тыс. обследований. Наличие данного новообразования удваивает риск рака, поэтому все пациенты с верифицированным биопсией диагнозом должны быть подвергнуты хирургическому лечению. МР-маммография обладает высокой отрицательной прогностической ценностью у пациентов с радиальным рубцом без малигнизации. Некоторые виды сложных склеротических поражений могут иметь МР-признаки интенсивного накопления контрастного препарата (КП) с кинетикой, как при раке.

У женщин доклимактерического возраста с длительным анамнезом заболевания сахарным диабетом 1 типа встречается диабетический фиброз — похожая на опухоль фиброзная пролиферация, рентгенологически и эхографически имитирующая рак (0,6% опухолей грудной железы). В данном случае МР-маммография в отличие от УЗИ может считаться надежным методом дифференциальной диагностики, поскольку четко демонстрирует отсутствие типичных признаков рака.

После беременности в период от 2 до 6 лет может развиваться гранулематозный мастит — доброкачественный воспалительный процесс с клиническими признаками рака, который сопровождается местными признаками воспаления, образованием абсцессов, ретракцией соска, увеличением лимфатических узлов. Более чем в 50% случаев МР-картина

имитирует рак, что нивелирует возможности данного метода в дифференциальной диагностике. К доброкачественным опухолям, которые при УЗИ и МРТ могут имитировать рак, также относятся гранулезоклеточная опухоль (шваннома), жировой некроз и агрессивный фиброматоз.

В заключение Е.Н. Божок подчеркнул, что, хотя категория BIRADS5 не исключает доброкачественных поражений, в подавляющем большинстве случаев (до 95%) все же имеет место рак. Доброкачественные новообразования, относящиеся к категории BIRADS5, при МР-маммографии могут накапливать контраст с кинетикой, характерной для злокачественных опухолей. При доброкачественном результате биопсии опухоли, относящейся к BIRADS5, целесообразно проведение повторной биопсии. Для доказательства или опровержения наличия злокачественного поражения может потребоваться хирургическая биопсия.



Профессор кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», доктор медицинских наук Абдураимов Бахтиерович Абдураимов (РФ) представил алгоритмы применения лучевой диагностики рака грудной железы (РГЖ). По его словам, выбор оптимальной тактики обследования обеспечивает своевременное распознавание и лечение РГЖ. Согласно действующим в РФ стандартам (приказ Минздрава РФ от 15.03.2006 г. № 154) первый этап клинического обследования (осуществляется на уровне женской консультации) включает анкетирование, которое позволяет распределить пациенток на соответствующие группы риска, осмотр, пальпацию грудных желез и регионарных лимфоузлов, взятие мазка-отпечатка при сецернции, а также предполагает направление на инструментально-диагностическое обследование. Чувствительность обследования на данном этапе составляет 40-55%, специфичность — 88-95%. При наличии факторов риска показано контрольное клиническое обследование (УЗИ ежегодно и маммография 1 раз в 2 года).

Второй этап обследования и скрининг у женщин старше 40 лет на первом этапе включает рентгеновскую маммографию. При наличии доброкачественных изменений категории BIRADS2 при высокой рентгенологической плотности тканей грудных желез либо образований категории BIRADS3 показано УЗИ. При подтверждении доброкачественного характера новообразований рекомендуется стандартное ежегодное клиническое обследование. При подозрении на рак у больных с образованиями категорий BIRADS3-BIRADS5 проводят третий этап обследования (в специализированном стационаре с применением уточняющих методов диагностики). При наличии узловых новообразований последовательно проводятся маммография, УЗИ, доплерография (по возможности дополняется данными МРТ, КТ, ПЭТ или ПЭТ/КТ) и осуществляется пункция под контролем рентгенографии или УЗИ. При выявлении фиброаденомы более 1 см с признаками интраканаликулярного строения, листовидной фиброаденомы показано хирургическое лечение, при фиброаденомах менее 1 см — динамическое наблюдение с регулярным клинико-рентгенологическим контролем (через 6 мес). При выявлении клеточек злокачественного новообразования определяется степень распространенности процесса, осуществляется надлежащее лечение и спустя 6 мес после его окончания проводится контрольное обследование с применением лучевой диагностики методов.

Профессор А.Б. Абдураимов отметил, что наличие синдрома патологической секреции из соска приобретает клиническое значение в случаях, когда затронут только один проток в одной железе, выделения имеют спонтанный характер, кровянистый, серозный, серозно-кровянистый или водянистый вид. В этих случаях показано проведение дуктографии, по возможности сопровождающееся цитологическим анализом выделений из соска. При выявлении деформации протока с ровными внутренними стенками показаны



консервативное лечение и клиничко-рентгенологический контроль через 6 мес; при наличии внутрипротоковых пристеночных разрастаний — хирургическое лечение и дальнейший клиничко-рентгенологический контроль.



Аспирант кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Нина Вахтанговна Меладзе посвятила выступление методам МР-маммографии и МР-спектроскопии в диагностике РГЖ. Выступающая напомнила, что показаниями к проведению МР-маммографии являются:

- предоперационное определение стадии патологического процесса;
- динамическое наблюдение после операции, выявление ранних рецидивов;
- наличие недостоверно выявляемых при маммографии изменений в грудной железе, в частности у молодых женщин с плотной структурой желез;
- дифференциальная диагностика РГЖ и рубцовых, пострадиационных изменений в грудной железе;
- определение реакции на химио- и лучевую терапию;
- поиск скрытых форм РГЖ у женщин с множественными метастазами из неизвестного очага;
- скрининговые исследования женщин из групп повышенного риска;
- обследование пациенток с грудными имплантатами.

Выделяют ряд факторов, которые снижают чувствительность и специфичность МР-маммографии. Так, эффективность метода снижается при малых объемах опухоли. Кроме того, 10-20% карцином in situ имеют характер накопления КП, сходный с доброкачественными пролиферативными процессами. Накопление КП отсутствует при гормональных нарушениях, приеме гормональных препаратов (необходимо отменять за 2-3 мес до исследования), а также при беременности и лактации. До 10% новообразований не имеют специфических морфологических и динамических признаков накопления КП, микрокальцинаты не визуализируются. МР-маммография проводится на 5-8-й день менструального цикла, исследование проводится в 2 взаимоперпендикулярных плоскостях, причем в поле обзора должны обязательно попадать как сами железы, так и подмышечная область.

МР-маммография является методом выбора предоперационной, послеоперационной и дифференциальной диагностики образований и рубцовых изменений грудной железы, методом выявления рецидивов РГЖ, а также методом выбора для оценки состояния грудных имплантатов. Для оценки степени накопления КП используют метод

Продолжение на стр. 4.

Современные методы лучевой диагностики онкологических заболеваний у женщин

Продолжение. Начало на стр. 3.

субтракции (вычитания изображений). Использование динамического контрастирования с последующим постпроцессингом позволяет достоверно выявлять патологические изменения грудных желез, давать наиболее полную характеристику опухолевых узлов (локализация, структура, характер накопления). Кроме того, исследование с динамическим контрастированием позволяет оценить особенности васкуляризации опухоли (определить наличие питающего сосуда), что позволяет дифференцировать доброкачественные и злокачественные новообразования.

Н.В. Меладзе напомнила, что при МРТ могут обнаруживаться следующие характеристики злокачественных новообразований:

- неровные прерывистые контуры;
- неправильная форма зоны накопления КП;
- неоднородная внутренняя структура накопления;
- раннее усиление сигнала при контрастировании по периферии опухоли, или синдром кольца, отставание контрастирования в центре опухоли (центральный некроз);
- наличие питающего сосуда;
- изменение сосудистой сети вокруг образования;
- наличие деформации кожи и большой грудной мышцы;
- наличие лимфаденопатии;
- увеличение интенсивности МР-сигнала более чем на 90% в течение 1-й минуты;
- максимальная интенсивность МР-сигнала между 1-й и 2-й минутами;
- III тип кривой зависимости интенсивности сигнала от времени.

Магнитно-резонансная спектроскопия (МРС) представляет собой уникальную методику, позволяющую неинвазивно определить биохимический состав ткани, исследуемой *in vivo*. Именно с этим методом сегодня связывают перспективы повышения специфичности МР-маммографии.

Клиническое применение данного метода направлено на обнаружение отличий в содержании метаболитов в тканях органов в норме и при различных патологических состояниях. Метод основан на явлении ядерного магнитного резонанса и наличии химического сдвига резонансной частоты. Каждый пик МР-спектра имеет набор характеристик, самые важные из которых — величина химического сдвига резонансной частоты и площадь под пиком. В норме ткань грудной железы состоит из железистой и жировой ткани, соответственно, при спектроскопии здоровой ткани железы без подавления сигнала от воды и жира определяются именно эти вещества. При подавлении сигналов от липидов и воды при условии высоких соотношений сигнал/шум становится возможным выделять сигналы от метаболитов: при неопластических процессах в грудной железе определяются холин (концентрация более 1 ммоль/кг), фосфохолин и глицерофосфохолин. Наличие пика холина является четким признаком злокачественности процесса. Для проведения МРС необходимо соблюдение следующих условий: высокое соотношение сигнал/шум, воксель не менее 1 см³, напряженность магнитного поля не менее 1,5 Т, подавление сигналов от липидов и воды. Минимальный размер образования, которое подлежит исследованию, составляет 1 см.

Существуют диагностические ограничения метода МРС (например, когда размер вокселя превышает размер опухоли), при этом наблюдается распределение очень слабого сигнала от холина или его отсутствие, что не позволяет диагностировать рак. МРС демонстрирует лучшие результаты после введения контрастного препарата, что связано с более точным позиционированием вокселя.



Президент Ассоциации радиологов Украины, доктор медицинских наук, профессор Владимир Алексеевич Рогожин (кафедра радиологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика) рассмотрел возможности МРТ в онкогинекологической практике. Докладчик отметил, что ультразвуковая диагностика сегодня является методом выбора в визуализации органов женского таза; достаточное разрешение трансвагинального УЗИ обеспечивает высокую точность диагностики патологии малого таза у женщин.

Однако данный метод имеет ряд недостатков, связанных

с ограничением поля обзора и весом пациентки, артефактами вследствие газов в кишечнике, квалификации и опыта врача. В связи с этим в последние годы МРТ все чаще используется для оценки патологии малого таза у женщин.

Основными показаниями к проведению МРТ малого таза в онкологической практике являются оценка новообразований в яичниках, стадирование онкологических процессов в тазе, выявление увеличенных лимфатических узлов, динамический контроль в процессе лечения, оценка состояния дна таза. Основными преимуществами МРТ являются отсутствие ионизирующего излучения, возможность мультипроекции томографии, высокая пространственная и контрастная разрешающая способность, быстрота проведения исследований (с кратковременной задержкой дыхания либо независимо от дыхательного цикла), а также возможность неинвазивной диагностики ряда онкологических и неонкологических заболеваний.

МРТ таза предполагает обязательное выполнение исследования в аксиальной, сагиттальной и коронарной проекциях. В некоторых случаях используются косые аксиальные или коронарные проекции. МРТ в аксиальной проекции дает оптимальную информацию при изучении анатомии матки и яичников, а также используется для визуализации лимфатических узлов таза и параметрии. МРТ в сагиттальной проекции позволяет изучить зональную анатомию матки, распространение опухолей в область мочевого пузыря, прямой кишки, шейки матки и влагалища. МРТ в коронарной проекции дает важную дополнительную информацию при исследовании матки, придатков, шейки матки и параметрии. Косые проекции уточняют сведения о состоянии параметрии при раке шейки матки.

По мнению докладчика, в мировой практике при исследовании таза применяется ряд дополнительных МРТ-опций. К ним относятся перфузионная МРТ, отображающая перфузию тканей после введения контраста; BOLD МРТ, применяющаяся для изучения васкуляризации опухолей и определения в них объема кровотока; создание диффузионно-взвешенных изображений, предоставляющее данные о подвижности воды и клеточности тканей и степени злокачественности опухолей; а также МР-лимфография, позволяющая с очень высокой достоверностью выявлять метастазы в неувеличенных лимфатических узлах.

В.А. Рогожин также рассмотрел нормальную анатомию матки, яичников и шейки матки в МР-изображениях.



Доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», кандидат медицинских наук Алина Евгеньевна Солопова остановилась на возможностях МРТ в мониторинге злокачественных новообразований яичника. Анатомическое и гистологическое строение яичников обуславливает морфологическое многообразие опухолей.

Встречаемость пограничных/злокачественных опухолей яичников в зависимости от гистологического типа (согласно классификации Всемирной организации здравоохранения) такова: эпителиальные опухоли — 65%, герминогенные опухоли — 20-25%, опухоли стромы полового тяжа — 6%; опухоли других типов встречаются редко. В структуре эпителиальных опухолей яичников серьезный тип злокачественных опухолей яичника составляет приблизительно 35-40%, муцинозный — 6-10%, эндометриозидный — 15-25%, светлоклеточный — 5%. До 30% от общего количества опухолей яичника составляют метастатические поражения (при этом в 75-86% случаев первичная опухоль локализована в шейке или теле матки). Для метастатического поражения независимо от локализации первичной опухоли (кроме контактного распространения) характерно билатеральное поражение яичников, смешанное кистозно-серозное строение.

Рассматривая вопрос дифференциальной МР-оценки опухолей яичника, докладчик отметила, что в отличие от доброкачественных новообразований при раке очень часто встречаются папиллярные разрастания на поверхности, по внутренней стенке, солидный компонент. Частыми признаками злокачественности опухолей яичников, выявляемых при МРТ, также служат наличие двустороннего поражения, спаек, асцита (≥100 мл), вовлечения брюшины в опухолевый



процесс. В то же время для доброкачественных опухолей в отличие от злокачественных характерны такие признаки, как интактная капсула и наличие только кистозного компонента. Диффузионно-взвешенные изображения используются в дифференциальной диагностике преимущественно солидных новообразований с целью выявления и оценки распространенности метастатических поражений яичников (преимущественно солидных), а также в мониторинге опухолей яичника.

Говоря об особенностях МР-стадирования, А.Е. Солопова отметила, что случаи, когда опухоль ограничена только яичником, соответствуют T1 по классификации TNM или I стадии по FIGO; при отсутствии асцита в данной ситуации

говорят о стадии T1a (IA). Если опухоль двусторонняя, капсула опухоли интактна, отсутствуют сосочковые разрастания на поверхности, а также отсутствует асцит, имеет место стадия T1b (IB). При наличии асцита у опухолей, ограниченных только яичником, говорят о стадии T1c (IC). Одностороннее или двустороннее поражение яичников, наличие перитонеальных имплантатов (тонкая кишка / большой сальник), поверхностных имплантатов и/или метастатического поражения печени, поражения ретроперитонеальных/паховых лимфоузлов требуют присвоения заболеванию стадии T3 (и/или N1) по TNM или III стадии по FIGO. При наличии выраженного асцита, наполнении полости таза опухолевой тканью говорят о T3a (IIIA). Наличие имплантатов размерами ≤ 2 см по перитонеальной брюшине на фоне выраженного асцита свидетельствует о стадии T3b (IIIB). В случае если размеры имплантатов по перитонеальной брюшине превышают 2 см, присутствует поражение ретроперитонеальных/паховых лимфоузлов при выраженном асците, диагностируют стадию T3c (и/или N1) по TNM или IIIC по FIGO. Наличие двустороннего поражения яичников, отдаленных метастазов, паренхимальных метастазов в печени, плеврита соответствует категории M1 и IV стадии рака соответственно.



О современных ультразвуковых технологиях в гинекологии рассказала кандидат медицинских наук **Нелла Кузьминична Волик** (кафедра лучевой диагностики НМАПО им. П.Л. Шупика). По ее словам, интенсивное внедрение в клиническую практику трансвагинального сканирования началось в середине 1980-х гг., и сегодня данный метод является основной модальностью визуализации женских тазовых органов. Использо-

вание режимов цветового доплеровского картирования позволяет определять особенности кровотока при трансвагинальном УЗИ. Объемная трехмерная трансвагинальная визуализация позволяет решить ряд важных диагностических проблем, в частности определить точные топографоанатомические взаимоотношения между интересующими структурами, визуализировать фронтальные виртуальные плоскости органа, провести точный количественный анализ объемных данных и их объективную интерпретацию, сопоставить ультразвуковые изображения со снимками, полученными с помощью КТ, МРТ,

рентгеновской ангиографии, метросальпингографии, а также обеспечить хранение объемных результатов исследования.

Трехмерная эхография превосходит двухмерную эхографию по информативности в диагностике аномалий развития матки, обладает положительной предсказательной ценностью 93%, специфичностью 97%, точностью 98%, а также чувствительностью и отрицательной предсказательной ценностью 100%. По-слойный анализ трехмерных эхограмм позволяет на качественно новом уровне изучить состояние эндометрия матки, в том числе в области трубных углов, где часто локализуются полипы эндометрия. Применение трехмерной эхографии в диагностике патологии эндометрия значительно повышает специфичность УЗИ (с 68 до 86%), точность в выявлении полипов эндометрия (с 94 до 98%), их количества (с 60 до 93%) и локализации (с 80 до 96%). При миоме матки трехмерная эхографическая реконструкция мышечного слоя матки и узлов миомы расширяет представления о пространственных соотношениях между неизмененным миометрием и опухолью матки. Кроме того, повышается точность УЗИ в определении типа субмукозного миоматозного узла (с 55 до 91%) и локализации миоматозного узла (с 79 до 98%), что непосредственно влияет на выбор тактики лечения пациентки.

Изучение трехмерных эхограмм позволяет в 96,1% наблюдений высказать предположение о гистотипе новообразований яичников и оценить их топографические взаимоотношения с окружающими органами и тканями, что при наличии условий способствует выбору метода малоинвазивного хирургического вмешательства.

Выступающая рассмотрела и другие современные методы УЗИ. Одним из них является инфузионная соногистероскопия — трансцервикальная инфузия физиологического раствора для оценки полости матки, позволяющая выявить анатомические мальформации и интракавитальную патологию. Ультразвуковая гистероскопия или технология Fly Thru позволяет получить изображения, сходные с виртуальной эндоскопией. Вручную или в автоматическом режиме выполняется навигация в полости матки после расширения ее физиологическим раствором, при этом любое внутриполостное образование и внутренний контур полости матки могут быть визуализированы с любой стороны.

Соноэластография представляет собой ультразвуковой метод, использующий принцип анализа и сопоставления жесткости или сжимаемости тканей и отображения этого феномена в виде цветовой «маски» поверх обычной УЗ-картинки.



С появлением эластографии, помимо структурного, функционального и гемодинамического уровней, ультразвуковой метод вышел на уровень так называемой ультразвуковой пальпации. Последующий анализ может использоваться для количественной оценки эластичности тканей, выраженной в коэффициенте эластичности (деформации) SR. Области применения соноэластографии в гинекологии являются дифференциальный диагноз содержимого кист яичников, характер свободной жидкости в полости таза (серозный или геморрагический), дифференциальный диагноз доброкачественных и злокачественных новообразований матки и придатков, оценка экстракапсулярного распространения при раке яичников, ранняя диагностика внематочной беременности (до появления типичного экосимптомокомплекса в В-режиме). Включение эластографии в комплексный алгоритм диагностики при исследовании злокачественных опухолей матки повышает чувствительность ультразвукового метода с 74 до 92%, специфичность с 94 до 98% и точность с 89 до 96%. При исследовании образований яичников эластография повышает чувствительность ультразвукового метода с 89 до 94,8%, специфичность с 83 до 93% и точность с 76 до 89% (С.О. Чуркина и соавт., 2011).

В рамках дискуссии по окончании выступлений участники семинара подчеркнули значимость тесного взаимодействия и обмена информацией между специалистами в области лучевой диагностики и практикующими онкологами разных специальностей, ведь понимание возможностей и особенностей разных современных методов визуализации определяет назначение соответствующих обследований, от результативности которых зависит дальнейшее лечение пациента.

Подготовила **Катерина Котенко**
Фото автора

АНОНС

Национальный институт рака

Научно-практическая конференция с международным участием

Современные подходы к диагностике и лечению лимфом

18-19 октября, г. Киев

Основные направления

- Современные подходы к диагностике и лечению лимфом, включая агрессивные формы, первичные лимфомы ЦНС, Т-клеточные лимфомы, медиастинальные лимфомы, фолликулярные лимфомы, лимфомы из клеток зоны мантии
- Современные подходы к лечению хронической лимфоцитарной лейкемии
- Диагностика и лечение лимфомы Ходжкина
- Молекулярные прогностические маркеры при лимфомах
- Актуальные вопросы сопроводительной терапии

Впервые в рамках конференции:

- интерактивное обсуждение клинических случаев в каждой секции
- круглый стол «Как я лечу лимфомы»
- семинар по диагностике лимфом для гистологов

Оргкомитет

Титоренко Ирина Борисовна, старший научный сотрудник Национального института рака

Тел.: +38 (044) 257-21-56, +38 (067) 910-34-73

Алексик Елена Михайловна, старший научный сотрудник Национального института рака

Тел.: +38 (044) 257-21-56, +38 (067) 777-36-35

E-mail: hematology@unci.org.ua

АНОНС

Новое средство терапии гемобластозов теперь доступно в Украине

Ежегодно Американское общество клинической онкологии (ASCO) готовит Независимый обзор достижений в области изучения онкологических заболеваний и выделяет те из них, которые имеют наибольшее значение для лечения данных заболеваний. Одним из наиболее значимых событий 2008 г., по версии ASCO, стало подтверждение эффективности бендамустина в терапии хронического лимфолейкоза (ХЛЛ). Об этом было заявлено в официальном информационном сообщении ASCO.

Целью сообщений ASCO является демонстрация наиболее успешных результатов, достигнутых в клинических исследованиях злокачественных новообразований, а также выделение наиболее значимых тенденций, которые намечаются в развитии различных областей онкологии. Обнаружение новых и улучшение имеющихся вариантов лечения играют ключевую роль для онкологических больных. В число 12 наиболее значимых событий для развития онкологии 2008 г. ASCO включает завершение масштабного международного исследования III фазы, подтвердившего эффективность бендамустина в терапии хронического лимфолейкоза (ХЛЛ). Испытание показало, что применение бендамустина приводило к полной элиминации опухолевых клеток у больных ХЛЛ в 30% случаев, в то время как прием хлорамбуцила, часто используемого в симптоматическом лечении данного заболевания, — только в 2% случаев. Бендамустин также увеличивал время до начала прогрессирования заболевания более чем на 1 год. На основании этих данных в марте 2008 г. данный препарат был одобрен FDA для применения в первой линии терапии ХЛЛ.

Следует отметить, что бендамустин используется в Европе на протяжении 30 лет. Ранее полагали, что данное лекарственное средство обладает такими же свойствами, как и сходная группа препаратов, называемых алкилирующими средствами. Относительно недавно были выявлены его потенциальные преимущества в лечении гемобластозов, которые и были успешно доказаны в упомянутом исследовании.

С осени этого года бендамустин будет доступен и в Украине в виде лекарственного препарата Рибомустин. Показаниями к его применению являются: терапия первой линии распространенных форм индолентных неходжкинских лимфом в составе комбинированной терапевтической схемы, лечение множественной миеломы II стадии с прогрессированием или III стадии (по классификации Дьюри-Сальмона) в комбинации с преднизолоном, а также ХЛЛ. Препарат предназначен для внутривенного введения в качестве монотерапии либо в составе комбинированных схем лечения. Доказательные данные, касающиеся применения бендамустина (Рибомустина) в терапии гемобластозов, будут представлены вниманию украинских специалистов в рамках научно-практической конференции с международным участием «Современные подходы к диагностике и лечению лимфом», которая состоится 18-19 октября в г. Киеве.

Подготовила **Катерина Котенко**