

Революция в лечении меланомы

Он в последний день восставит из праха
распадающуюся кожу мою...

Книга Иова

12 апреля в г. Киеве состоялся научно-практический семинар с международным участием «Меланома кожи – достижения и перспективы». Пристальный интерес к данному мероприятию со стороны украинского медицинского сообщества продиктован прорывом в лечении меланомы – появлением нового таргетного препарата, показавшего беспрецедентную эффективность в лечении распространенных форм заболевания. Сегодня это лекарственное средство доступно и в Украине. В рамках семинара ведущие отечественные и зарубежные ученые имели возможность обобщить весь опыт лечения меланомы, накопленный медицинской наукой, обсудили новые научные данные, а также ряд практических вопросов, касающихся профилактики и диагностики меланомы, организации медицинской помощи в области дерматоонкологии.

По данным ASCO, меланома является одним из наиболее агрессивных онкологических заболеваний человека, для которого характерно быстрое метастазирование лимфогенным и гематогенным путем. Меланома развивается из эпидермальных меланоцитов как нормальной кожи, так и пигментных невусов. Быстрое развитие патологии приводит к тому, что ее нередко выявляют уже на этапе развития метастазов, которые до недавнего времени практически не поддавались лечению – стандартная химиотерапия оказывается эффективной только в 5-15% случаев. Средняя продолжительность жизни больных метастатической меланомой не превышала 8 мес.

Новый таргетный препарат вемурафениб (Зелбораф), разработанный для лечения пациентов с неоперабельной или метастатической меланомой при наличии мутации BRAF V600, не получавших лечение ранее, продемонстрировал ответ в 48,4% случаев. Медиана выживаемости при применении вемурафениба достигала 13,2 мес. Принцип действия лекарственного средства основан на уничтожении опухолевых клеток посредством блокирования мутировавшего гена BRAF, который обнаруживается у 40-60% больных меланомой. Не случайно обсуждение новых перспектив, связанных с применением таргетной терапии, стало ключевой темой конференции.



Открывая научную программу форума, заведующий отделом опухолей кожи и мягких тканей Национального института рака, доктор медицинских наук Сергей Игоревич Коровин всесторонне рассмотрел проблему заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи в нашей стране.

По его словам, меланома занимает 16-е место в структуре распространенности всех злокачественных новообразований в Украине. В 2010 г. зарегистрирован 3047 новый случай заболевания, это составляет 6,7 случая на 100 тыс. населения. В 2011 г. диагностировано 3050 первичных меланом, общее количество погибших от прогрессии патологии достигло 1142 человека. Средняя 5-летняя кумулятивная выживаемость больных меланомой в нашей стране составляет 48,5% (у мужчин 40,0%, у женщин – 54,2%), тогда как в США – до 90%.

Частота немеланомных новообразований кожи еще более высока: в 2010 г. зарегистрировано 19 362 случая, что составляет 42,3 случая на 100 тыс. населения. Для немеланомных новообразований кожи не всегда характерен локальный рост. Так, базалиома метастазирует у 0,55% пациентов, в этих случаях медиана выживаемости составляет 8-14 мес. В 2010 г. от прогрессирования рака кожи в Украине погибло 600 больных. При изучении распределения опухолей кожи в зависимости от локализации установлено, что большую часть составляет рак кожи головы и шеи (78,9% случаев), на втором месте – опухоли кожи туловища (11,5%), далее – опухоли кожи верхних и нижних конечностей (4,1 и 3,4% случаев соответственно).

Ежегодный прирост заболеваемости раком кожи в Украине за период с 1982 по 2007 год составил в среднем 5,4%. Наибольший прирост (7,3%) отмечен в 1997-2002 гг., что является самым высоким показателем

увеличения заболеваемости среди всех злокачественных новообразований в Украине.

Профессор С.И. Коровин напомнил, что в зависимости от показателя летальности больных меланомой (case fatality ratio, CFR) все страны мира относят к одной из 4 категорий (S.K. Hui, T.W. Wong). Так, к I категории (CFR <20%) относятся страны Северной Америки, Австралия и Новая Зеландия; ко II (CFR 20-30%) – государства Западной Европы; к III категории (CFR 30-50%) – страны Южной и Центральной Америки, Восточной Европы, Западной Азии, к IV (CFR >50%) – государства Восточной Африки и Азии. В Украине за 2008 г. выявлено 2731 новый случай меланомы, умерли вследствие этого заболевания 1075 человек, показатель CFR составил 39,3%. По уровню заболеваемости данной патологией среди регионов нашей страны лидируют АР Крым и Запорожская область, где частота развития меланомы составляет 5,7-9,9 случая на 100 тыс. населения; сопоставимый уровень заболеваемости отмечен также в г. Киеве. В локализованных стадиях (I-II) меланома диагностируется лишь у 67,2% пациентов.

Индивидуальный риск развития данной патологии у белокожих людей достигает 2%. В Украине около 26% больных впервые обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях развития меланомы (при наличии регионарных или отдаленных метастазов), что обуславливает высокие показатели летальности вследствие данного заболевания.

В завершение доклада профессор С.И. Коровин предложил конкретные шаги по улучшению ситуации с лечением меланомы в нашей стране. В частности, необходимо осуществить повышение онкологической настороженности как общества с активным привлечением к информированию населения средств массовой информации, так и врачей первичного звена, а также грамотную организацию сотрудничества между дерматологической и онкологической службами.



О значении метода дерматоскопии в ранней диагностике меланомы рассказал член Международного союза дерматоскопии, директор университетской дерматологической клиники Богдан Викторович Литвиненко.

Докладчик отметил, что, по данным литературы, диагностика меланомы с использованием обычного визуального осмотра и клинического правила ABCD оказывается неверной в каждом 3-м случае меланомы. Целями ранней диагностики является своевременное выявление заболевания, предотвращение ненужных биопсий, определение границ опухоли и ранних рецидивов, а также оптимизация использования финансовых средств. Дерматоскопия как неинвазивный метод диагностики позволяет визуализировать структуры эпидермиса и сосочкового слоя кожи, которые не видны невооруженным взглядом. Дерматоскопия является более точным и информативным методом, чем клиническое обследование, при этом относительно несложным в использовании, упрощает диагностику, хранение и поиск данных, наблюдение за новообразованиями в динамике.

Алгоритм дерматоскопического исследования включает следующие этапы:

– осмотр пациента, выбор образования для исследования;

– получение и анализ дерматоскопического изображения;

– стандартизированное заключение;

– принятие решения о дальнейших действиях (динамическое наблюдение, биопсия, удаление новообразования).

Докладчик напомнил, что к основным критериям меланомы относятся:

- асимметричность;
- многообразие цветов в одном новообразовании (коричневый, черный, синий), что отражает залегание меланина в разных слоях кожи;
- многокомпонентный паттерн строения новообразования (3 и более структур) либо неспецифический, либо звездчатый во взрослом возрасте;
- наличие атипичных пигментной сети, прожилок, глобул или сосудов, структур регрессии;
- наличие бело-голубой пелены на поверхности новообразования.

Докладчик рассказал о критериях дерматоскопической диагностики lentigo maligna, акральной меланомы, а также о проблемах диагностики синдрома диспластических невусов (СДН), являющегося одним из наиболее значимых факторов риска развития меланомы. В отношении СДН сегодня нет единого мнения в отношении характерных дерматоскопических признаков, гистопатологических, генетических и молекулярных паттернов и оптимальных стратегий ведения. Так, профилактическая эксцизия не снижает риск развития меланомы и дает пациенту ощущение ложной безопасности, поскольку более 50% меланом у таких больных развиваются de novo. Цифровая (экспертная) дерматоскопия позволяет создать «карту родинок» для динамического наблюдения таких больных, позволяя диагностировать меланому на самых ранних стадиях. Картирование тела позволяет получить контроль не только над пигментными новообразованиями, но и над чистой кожей, что крайне важно для пациентов из группы риска. В то же время ни один из методов дерматоскопического исследования не является стандартом диагностики меланомы, диагноз ставят только по результатам цитоморфологического исследования.



Младший научный сотрудник научно-исследовательского отделения опухолей кожи и мягких тканей Национального института рака Мария Николаевна Кукушкина рассказала о методе биопсии сторожевого лимфатического узла при меланоме. Исследования показывают, что частота метастазирования меланомы в регионарные лимфатические узлы составляет 67-87,7% для опухолей, расположенных на туловище и 39-46% для опухолей других локализаций. В то же время исследования показали отсутствие влияния профилактической лимфодиссекции на выживаемость больных меланомой. Был предложен метод исследования сторожевого лимфатического узла (СЛУ), через который осуществляется лимфоотток из зоны опухоли. Частота идентификации СЛУ при меланоме составляет 82% при использовании красителя, 87-89% при использовании радиоизотопного метода и 99% при сочетанном применении красителя и радиофармпрепарата.

Выполнение биопсии сторожевых лимфатических узлов при сочетанном использовании красителя и радиофармпрепарата включает следующие этапы: интрадермальное введение радиофармпрепарата вокруг опухоли или послеоперационного рубца за 20-24 ч до операции, предоперационную лимфосцинтиграфию, маркирование нахождения сторожевых лимфоузлов на коже пациента, за 15 мин перед операцией введение 1,0 мл красителя; во время операции – широкое иссечение опухоли, удаление СЛУ, повторное исследование раны гамма-датчиком. Вопрос о дальнейшей тактике лечения при обнаружении микрометастазов в СЛУ остается дискуссионным. В большинстве стран мира в таком случае немедленно проводится лимфаденэктомия. Однако тот факт, что метастазы вне СЛУ находят только в 15% случаев, а также эффективность иммунотерапии в лечении метастазов обусловили необходимость осуществления дальнейших исследований, призванных в перспективе ответить на вопрос об оптимальной тактике лечения таких больных.

Выступающая обратила внимание на ряд факторов, имеющих прогностическое значение для появления микрометастазов в лимфатических узлах. К ним относятся: толщина опухоли по Бреслоу >1,0 мм, наличие изъязвления опухоли, уровень инвазии по Кларку IV-V, принадлежность к мужскому полу, молодой возраст больного, митотический индекс >0, регрессия первичной опухоли, отсутствие опухолеинфильтрирующих лимфоцитов.

На сегодняшний день биопсия СЛУ при меланоме является рутинной диагностической процедурой. Вопрос о целесообразности выполнения регионарной лимфодиссекции при наличии микрометастазов в СЛУ остается открытым. При исследовании СЛУ на базе отделения опухолей кожи и мягких тканей Национального института рака МЗ Украины используется радиофармпрепарат. По мнению М.Н. Кукушкиной, удаление СЛУ при меланоме имеет лечебное значение и требует дальнейшего изучения.



Врач-дерматовенеролог университетской дерматологической клиники Кузьма Николаевич Хобзей представил доклад, посвященный рациональному использованию солнцезащитных средств. Докладчик напомнил, что защита от УФ-облучения является важным аспектом профилактики ожогов кожи, аутоиммунных заболеваний,

пигментации, а также злокачественных новообразований кожи. В частности, именно УФ-облучение является наиболее значимым фактором риска развития меланомы и немеланомных карцином кожи. Надежным и контролируемым методом защиты и профилактики отрицательного воздействия УФ-облучения на организм являются солнцезащитные средства. Важным аспектом является правильное дозирование солнцезащитных средств, обеспечивающее достаточную степень защиты: 2 мл/см², соответственно, расход на всю поверхность кожи взрослого человека составит 30-40 мл. Солнцезащитные средства наносятся на кожу за 15-30 мин до экспозиции, важно соблюдение периодичности нанесения (каждые 2 ч). Докладчик также отметил, что фактор SPF обозначает защиту только от УФ-лучей В-спектра и не гарантирует защиту от лучей А-спектра. Средства с фактором SPF >50 имеют чрезмерно плотную консистенцию, их применение сопряжено с риском развития аллергии. В связи с этим в 2012 г. FDA утвердило новый унифицированный стандарт, по которому будут классифицироваться солнцезащитные средства.



Руководитель отдела биологии опухолевого роста НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (г. Санкт-Петербург, РФ), заведующий кафедрой медицинской генетики Санкт-Петербургской педиатрической академии, доктор медицинских наук, профессор Евгений Наумович Имянитов представил доклад «Лабораторные исследования при

новообразованиях кожи». Благодаря генетическим исследованиям удалось выделить целый ряд мутаций, приводящих к развитию меланомы, что позволяет говорить об этом заболевании как о группе патологий и открывает принципиально новое видение проблемы их лечения. Прямым методом определения мутаций является секвенирование ДНК (определение нуклеотидной последовательности ДНК), позволяющее определить все возможные виды мутаций. Среди основных



недостатков метода – высокая стоимость оборудования, искажение результатов при наличии примеси здоровых клеток. Непрямым методом определения мутаций является аллель-специфическая полимеразная цепная реакция (ПЦР). К недостаткам данного метода относятся возможность определения неограниченного количества мутаций, возможность контаминации и ложноположительных результатов. Преимущества состоят в высокой чувствительности метода (достаточно 5% опухолевых клеток в образце), экономической доступности (прибор значительно дешевле секвенатора), относительной простоте выполнения и наличии стандартизированных наборов для проведения диагностики.

По словам докладчика, мы наблюдаем революцию в лечении меланомы, и важно максимально использовать открывающиеся возможности. Проведение BRAF-диагностики показано только у больных нерезектабельными формами метастатической меланомы, которым предполагается назначение таргетной терапии. Докладчик подчеркнул, что без определения BRAF-статуса у пациентов с метастатической меланомой назначать вемурафениб нельзя. Проводить данный тест при планировании других методов лечения не представляется целесообразным. Приобретенная резистентность к антагонистам BRAF может объясняться альтернативным сплайсингом либо амплификацией BRAF, активацией других участников сигнального каскада (NRAS, MEK), активацией параллельных сигнальных каскадов.



Заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и терапии и радиационной медицины Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я. Горбачевского, доктор медицинских наук, профессор Игорь Иосифович Галайчук посвятил выступление проблемам интерферон- и лучевой терапии меланомы. Эффективность интер-

феронотерапии изучалась в ряде масштабных исследований, причем только одно из них (J.M. Kirkwood 1996) показало большую эффективность, чем все последующие. По результатам метаанализа этих исследований, в 2007 г. ASCO сделало заключение о том, что интерферонотерапия снижает риск рецидива меланомы, улучшает общую выживаемость, однако преимущество данного метода лечения является незначительным (3-5%). Исследования также показывают, что увеличение срока терапии интерферонами не оправдано; кроме того, интерферонотерапия не дает преимуществ при меланоме промежуточного и высокого риска. В то же время существуют данные, что при язвенной форме меланомы и стадии IIb интерферонотерапия оказывалась более эффективной. Согласно пос-

ледним научным данным, возможен отбор пациентов, чувствительных к иммунотерапии, с помощью иммуногистохимического исследования. В частности, показано, что наличие на поверхности клеток меланомы и метастазов в лимфатических узлах большого количества рецепторов, чувствительных к интерферону, является прогностически благоприятным признаком. Одно из последних исследований также демонстрирует, что интерферон может существенно подавлять рост меланомы, для которой характерна гиперактивация протеина STAT3, в результате его определение рекомендуется перед назначением интерферона. Таким образом, выявление иммуногистохимических маркеров открывает путь к целенаправленному применению интерферонов.

Докладчик также рассказал о возможностях проведения лучевой терапии, которая применяется как паллиативный метод лечения меланомы, а также перед хирургическим вмешательством и после него; используется в терапии метастазов. В лучевой терапии нуждаются примерно 23% больных меланомой. Показано, что клетки меланомы быстрее восстанавливаются после облучения, в связи с этим необходимо применение более высоких доз. Последние исследования демонстрируют преимущества облучения пораженных участков кожи и регионарных лимфатических узлов. Перспективна и предоперационная близкофокусная рентгенотерапия с последующим удалением облученных участков кожи и замещением нормальными тканями.



Заведующий отделением химиотерапии Львовского государственного онкологического регионального лечебно-диагностического центра, доцент Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, кандидат медицинских наук Ярослав Васильевич Шпарик посвятил выступление химиотерапии меланомы. Док-

кладчик напомнил, что цитостатические средства для лечения метастатической меланомы начали использовать с середины 1970-х гг. Монархотерапия дакарбазином была разрешена FDA в 1976 г. по результатам исследования 2 фазы. Эффективность терапии составляла 10-20% – именно такое количество пациентов отвечали на лечение. Было показано, что чувствительные к терапии дакарбазином пациенты (к ним чаще всего относятся больные с новообразованиями кожи, подкожной жировой клетчатки, легких, лимфатических узлов) имеют преимущества в отношении продолжительности жизни по сравнению с нечувствительными больными. В то же время для дакарбазина так и не получено убедительных доказательств эффективности по сравнению с плацебо – прямое сопоставление дакарбазина и плацебо не проводилось. Показано, что более чувствительными к терапии дакарбазином являются подкожные новообразования, лимфатические узлы, иногда легкие. Также не известно, вызвано ли прогрессирование заболевания, наблюдавшееся у 50% пациентов после второго курса лечения дакарбазином, естественным путем развития патологии или же обусловлено влиянием терапии.

С момента регистрации дакарбазина было проведено множество исследований, посвященных поиску возможностей химиотерапии меланомы: изучалось действие темозоломида, производных нитрозомочевин, новой формы паклитаксела и др. Эффективность указанных препаратов не превышала таковую дакарбазина. Проведение иммунотерапии также не повлияло на выживаемость больных. Результаты метаанализов проведенных исследований показали, что меланомы фактически резистентны к химиотерапии; стандартом химиотерапевтического лечения метастатической меланомы остается дакарбазин. Кроме того, исследования, проведенные в последние 30 лет, так и не позволили выяснить, какое лечение приемлемо после 1-й линии химиотерапии.

По мнению специалистов ASCO, 2011 г. можно назвать годом меланомы в связи с появлением ряда

Продолжение на стр. 6.

Революція в ліченні меланоми

Продолжение. Начало на стр. 4.

серьезных публикаций об успехах в лечении этого заболевания. Сегодня пристальный интерес ученых привлекают возможности сочетанного применения иммунотерапии и BRAF-ингибитора. Кроме того, можно с уверенностью говорить о том, что меланома представляет собой не одно, а группу заболеваний, которые существенно различаются по спектру мутаций, причем некоторые из них еще не изучены. По мнению докладчика, будущее за персонализированным подходом к лечению меланомы, разработкой новых высокоспецифических методов терапии и четким отбором больных, у которых тот или иной существующий метод будет максимально эффективным.



Эксперт Международной группы по изучению меланомы (GMTF), директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, доктор медицинских наук, профессор Лев Владимирович Демидов рассмотрел основные направления терапии последних лет в лечении меланомы. Примерно у половины пациен-

тов с метастатической меланомой нет мутации BRAF, т. е. таргетная терапия для них не показана. В данном контексте докладчик рассмотрел, какие возможности существуют сегодня для того, чтобы помочь этим пациентам. Варианты лечения заболевания ограничены, многие методы находятся на этапе активного изучения. Определенные надежды исследователи связывают с использованием вакцин. Показано, что вакцина, содержащая антигены меланомы, при применении в адъювантной терапии не улучшает результаты хирургического лечения в общей группе больных, однако проявляет очень хороший результат при наличии определенных HLA-гаплотипов, приводя к увеличению 5-летней выживаемости у таких больных почти на 25%. Подобные же особенности в отношении HLA-гаплотипов были выявлены в исследовании DeCOG, где изучалась эффективность дендритной вакцины из собственных клеток опухоли. Активно исследовались аутологические вакцины на основе белков теплового шока HSPPC-96: было показано, что белки-шапероны, принимающие участие в формировании структуры белков-антигенов, обладают большей иммуногенностью, чем сами антигены опухоли. В исследовании отмечено увеличение общей выживаемости пациентов при наличии подкожных метастазов, но не на статистически достоверном уровне; изучение данного метода продолжается.

Еще одним методом является антигенспецифическая противоопухолевая иммунотерапия, в основе которой лежит использование рекомбинантных белков, являющихся по своей сути опухолевыми антигенами. Создание этого метода основано на том, что на большинстве опухолевых клеток были выявлены универсальные антигены. Предполагается, что создание и терапевтическое применение их синтетических аналогов способствуют обучению клеток иммунной системы, направляя их на борьбу с опухолью.

Определенный прогресс в лечении меланомы связан с появлением препарата ипилимумаб, который представляет собой человеческие моноклональные антитела к молекулам CTLA-4, расположенным на поверхности цитотоксических Т-лимфоцитов и ограничивающим иммунный ответ. Исследования показали, что ипилимумаб — фактически первый неопухолевый препарат, воздействующий на иммунную систему и проявляющий более выраженный эффект в лечении меланомы, чем дакарбазин. В 2011 г. ипилимумаб был одобрен FDA для лечения меланомы поздней стадии.

Выступающий также упомянул о перспективах использования анти-PD-1 терапии. В ее основе лежит воздействие на белок-ингибитор программируемой смерти клетки посредством моноклональных антител. Предварительные результаты исследования II фазы BMS-936558 с участием 96 больных метастатической меланомой демонстрируют наличие объективного ответа на лечение у 20 больных, из них у 12 пациентов он длился более 1 года. У некоторых пациентов под воздействием анти-PD-1 терапии наблюдалась длительная стабилизация заболевания (S. Hodi, 2012).

Объективный ответ на лечение отмечался у больных с висцеральными и костными метастазами.



Результаты клинических исследований и собственный клинический опыт применения вемурафениба представил глава европейских исследований, посвященных изучению данного препарата, **руководитель отдела дерматологии UKSH Campus Kiel (Германия), профессор Аксель Хаусильд**. Докладчик отметил, что прогресс так

называемой молекулярной онкологии привел к появлению таргетной терапии и прорыву в лечении целого ряда заболеваний, включая метастатическую меланому. Стартом молекулярной диагностики меланомы стало определение ряда мутаций, ответственных за развитие этого заболевания. Показано, что в участках кожи, подвергающихся повышенному облучению, BRAF-мутации играют ведущую роль в развитии меланомы, тогда как при акральных меланомах, меланомах на слизистых эти мутации не столь выражены. Успех вемурафениба состоит в том, что данный высокоселективный препарат эффективно блокирует BRAF. Уже на первом этапе клинических исследований стала очевидной его беспрецедентная эффективность в лечении меланомы (Flaherty et al. 2010). Количество полных ответов меньше, чем частичных, однако практически все больные существенно выигрывают от применения вемурафениба. Прием вемурафениба приводит к быстрому уменьшению опухолевой массы: у пациентов уже в течение первых 2 нед терапии отмечается резкое уменьшение кожных проявлений заболевания и метастазов в других органах. Увеличение общей выживаемости, выживаемости без прогрессирования и уменьшение опухоли при применении вемурафениба наблюдались у больных независимо от возраста, пола или наличия факторов риска. Клинический опыт докладчика, который убедительно демонстрирует, что у пациентов с сильной опухолевой нагрузкой наблюдается резкое улучшение состояния за счет быстрого регресса опухоли, включает более 100 случаев лечения вемурафенибом. Профессор подчеркнул и тот факт, что вемурафениб проникает в центральную нервную систему и демонстрирует такой же эффект в отношении метастазов в головном мозге, как и в отношении метастазов в других органах (исследование, посвященное изучению данной проблемы, завершится через 3 мес).

Промежуточный анализ исследований первой фазы показал, что двухлетняя выживаемость больных метастатической меланомой достигает 45%, что существенно превышает успех в результате всех других методов (Flaherty et al. 2010). Далее ученые столкнулись с серьезной проблемой. Регистрация препарата возможна только после завершения исследований III фазы, которая показала бы преимущества в отношении выживаемости; но так как сравнительное исследование дакарбазина и вемурафениба не было слепым из-за разницы в лекарственных формах препарата (внутривенное введение у дакарбазина и пероральная у вемурафениба), возникла этическая дилемма. На последнем конгрессе ESMO были представлены обновленные результаты исследования III фазы BRIM-3. В группе Зелборафа частичный ответ достигал 51%, при терапии дакарбазин — 7,4%. Кроме того, показано, что вемурафениб может вызывать полный ответ у больных метастатической меланомой, который достигался в 5,5% случаев (P.V. Chapman et al., 2011). Вемурафениб демонстрирует хороший профиль переносимости. Большинство побочных эффектов связаны с кожными проявлениями (кератоакантомами, кожными высыпаниями, зудом, болями в суставах, фоточувствительностью и развитием фотодерматита). О повышении чувствительности к УФ-облучению спектра А и необходимости защиты от солнца важно предупредить пациентов, получающих BRAF-ингибиторы.

Основные вопросы, которыми задаются исследователи сегодня, — насколько длителен положительный результат применения вемурафениба и как предотвратить развитие резистентности к нему? Показано, что у некоторых пациентов отмечается прогрессирование заболевания после выраженного ответа на лечение

Комментарии специалистов

Профессор С.И. Коровин:

«Сегодняшнее мероприятие значимо тем, что это первая конференция в нашей стране, полностью посвященная проблемам онкодерматологии, и ее проведение продиктовано существенным прорывом в лечении меланомы, связанным с появлением вемурафениба. В рамках конференции мы имели возможность рассмотреть всю историю развития подходов к ее лечению, эволюцию химиотерапии, обсудить новые современные возможности лечения и перспективные направления дальнейших исследований. Однако, несмотря на прогресс в лечении распространенных форм заболевания, считаю важным подчеркнуть, что наиболее действенным путем снижения смертности от меланомы является ранняя диагностика. В этом отношении считаю перспективным объединение усилий украинских онкологов с дерматологической службой, о чем сегодня много говорилось, а также привлечение внимания широкой общественности к проблеме злокачественных новообразований кожи».

Профессор Л. В. Демидов:

«Появление нового таргетного препарата, показавшего высокую эффективность в лечении меланомы, является, безусловно, значимым шагом в развитии терапевтических подходов к этому заболеванию. К сожалению, пока это достаточно острой является проблема доступности лечения данным препаратом: в отличие от Украины в Российской Федерации он еще не зарегистрирован и может применяться только в рамках клинических исследований».

данным препаратом. Механизмы развития и предотвращения резистентности к вемурафенибу в настоящее время активно изучаются. Так, проводится исследование эффективности сочетанного применения ингибиторов BRAF и MEK, предварительные результаты которого свидетельствуют о достижении 100% частичных ответов при использовании данной комбинации препаратов.



Главный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Украины, профессор кафедры дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук Александр Иванович Литус рассказал о путях оптимизации оказания дерматоонкологической помощи в нашей стране,

которая сегодня находится на этапе реформирования. Предполагается, что скрининг и профилактика заболеваний кожи, а также ранняя диагностика рака кожи и верификация диагноза будут осуществляться дерматологической службой. При подтверждении диагноза больной будет направляться в онкологическое учреждение для специального лечения. Большое внимание будет уделено вопросам онкологической настороженности дерматологов, которые будут проводить осмотр пигментных новообразований кожи пациентов, обратившихся по разным причинам. С подробностями, касающимися данной реформы, и соответствующими нормативными документами специалисты могут ознакомиться на сайте www.moz-derm.org.ua.

Докладчик подчеркнул, что украинская дерматоонкология сегодня нуждается в более тесном междисциплинарном взаимодействии, более активном вовлечении дерматологов в профилактику и раннюю диагностику опухолей кожи, быстром внедрении мировых стандартов и протоколов лечения, продуктивной активности общественных организаций, внедрении образовательных программ для широкой общественности.

Подготовила **Катерина Котенко**
Фото автора

UA.PrM.ZEL.2013.04.02