

## ЗМІСТ

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендации NICE по радиочастотной абляции печеночных метастазов при колоректальном раке .....	3
Первичный рак молочной железы: клинические рекомендации ESMO1 по диагностике, лечению и наблюдению В. Катай, М. Кастиглиоре .....	16-17
Обновленное клиническое руководство ASCO по химиотерапии немелкоклеточного рака легких IV ст. ....	35-36

## ЮВІЛЕЙ

Институт, в котором рождается надежда Институту экспериментальной патологии, онкологии и радиологии им. Р.Е. Кавецкого НАН Украины – 50 лет В.Ф. Чехун .....	37
--	----

## СВІТОВИЙ КОНГРЕС

Бемипарин в онкологии: больше, чем послеоперационная профилактика тромбоза По итогам конференции, 18-19 сентября, г. Гранада, Испания А. Вигноли, П. Прандони, Р. Лакумберри-Вилламедиана .....	12-13
---	-------

## МЕДИЦИНА РЕГІОНІВ

Практическая онкология плюс конструктивное сотрудничество, или Слагаемые успешного развития онкологической службы в Запорожской области А.И. Горбенко, А.А. Ковалев, К.А. Ковалев .....	28-29
--	-------

## ОНКОЛОГІЯ

Украинская онкология в 2009 году: достижения и инновации И.Б. Щепотин, В.Ф. Чехун .....	4-5
Окончательные результаты рандомизированного исследования III фазы ABCSG-24 (Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group) G.G. Steger, R. Greil, R. Jakesz .....	7
Достижения и открытия клинической онкологии 2009 года 4 февраля – Всемирный день борьбы против рака .....	8-10
Онкодайджест Результаты международных клинических исследований .....	10, 38
Сутен показан для лечения пациентов с нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы, резистентных к основной терапии, в США, Европе и Канаде: данные по выживаемости без прогрессирования опухоли .....	11
Усилия, которые побеждают рак: «АстраЗенека» идет навстречу врачу и пациенту С. Вокстрём, И. Панарина, Д. Андросов .....	15
Индивидуализированное лечение рака А.А. Ковалев .....	30-32
Сравнение эффективности пероральной терапии капецитабином с внутривенным введением 5-фторурацила при колоректальном раке и раке желудка .....	32
Колоректальный рак. Некоторые вопросы диагностики и лечения В.Б. Александров, О.Ю. Рахимова .....	33

## МАМОЛОГІЯ

Лечение «трижды негативного» рака молочной железы В.Ф. Семиглазов, Г.А. Дашян, Р.М. Палтуев .....	14
Рак молочной железы: как помочь пациентке его пережить? .....	18

## ОНКОГІНЕКОЛОГІЯ

Первинно-множинні злоякісні пухлини органів жіночої репродуктивної системи І.Б. Щепотін, О.С. Зотов, О.Т. Енгел .....	20-21
--	-------

## ЦИТОЛОГІЯ

Запровадження цитологічної діагностики пухлин в Україні До 90-річчя Національного інституту раку Л.С. Болгова .....	19
---	----

## ОНКОГЕМАТОЛОГІЯ

Фармакоэкономический анализ применения препарата Велкейд (бортезомиб) в лечении множественной миеломы Н.В. Бездетко .....	22-23
Хронический лимфолейкоз: современные представления об этиологии, патогенезе, классификации и диагностике заболевания Д.Ф. Глузман, Л.М. Скляренко, В.А. Надгорная .....	24-25
Результаты лечения пациентов с хроническим миелолейкозом в рамках программы «Право Жить» И.С. Дягиль .....	26-27

## ПРЕСС-РЕЛИЗ



G.G. Steger, R. Greil, R. Jakesz, A. Lang, B. Mlineritsch, E. Melbinger-Zeinitzer, C. Marth, H. Samonigg, E. Kubista, M. Grant

**Окончательные результаты рандомизированного исследования III фазы ABCSG-24 (Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group), в котором изучали эффективность неoadьювантной терапии на ранних стадиях рака молочной железы по схеме эпирубицин + доцетаксел + капецитабин (EDC) по сравнению со схемой эпирубицин + доцетаксел (ED), а также эффективность дополнительного назначения к этим схемам трастузумаба (Т) у пациенток с HER2-положительными опухолями**

## Обоснование

Поскольку полный патологический ответ (ППО) может свидетельствовать об эффективной эрадикации микрометастазов, которая может увеличивать выживаемость при первичном раке молочной железы (РМЖ), целью неoadьювантной терапии на ранних стадиях РМЖ является достижение высоких показателей ППО.

## Методы

Главной целью исследования ABCSG-24 было сравнить эффективность 6 циклов терапии по схеме EDC ± Т (экспериментальная группа) с 6 циклами терапии по схеме ED ± Т (контрольная группа) в достижении ППО на момент хирургического вмешательства. Всего для участия в исследовании предполагали включить 536 пациенток (по 268 пациенток в каждой группе, с тем чтобы количество подходящих участниц для оценки риска и эффективности составило 510), у которых ожидали достичь ППО 16% (в группе ED ± Т) против 27% (в группе EDC ± Т). У 94 пациенток (с тем чтобы количество подходящих участниц для оценки риска и эффективности составило 90), у которых была HER2-положительная опухоль, ожидалось получить ППО 20% (по схемам ED/EDC) против 50% (после лечения по схемам ED/EDC + Т). С ноября 2004 по ноябрь 2008 года 536 пациенток с подтвержденным на биопсии операбельным РМЖ с показаниями к проведению неoadьювантной терапии (кроме стадии Т4d) с вовлечением лимфатических узлов либо без него, но отсутствием отдаленных метастазов, были стратифицированы в соответствии с факторами риска и рандомизированы в группы приема 6 циклов EDC каждый 21-й день (1-й день: 75 мг/м<sup>2</sup> эпирубицина в/в и 75 мг/м<sup>2</sup> доцетаксела в/в; 2-й день: пегфилграстин 6 мг п/к; капецитабин 2 р/сут по 1000 мг/м<sup>2</sup> внутрь с 1-го по 14-й день) либо 6 циклов ED (аналогичная схема терапии, но без капецитабина). Пациенток с HER2-положительными опухолями дополнительно рандомизировали в группы приема трастузумаба по 8 мг/кг в/в (в 1-й день) либо плацебо, после чего следовало лечение каждый 21-й день согласно схеме.

## Результаты

512 пациенток подходили для оценки токсичности и эффективности лечения. Различия в возникновении серьезных побочных эффектов между группами лечения согласно анализу после однократного получения лечения не было статистически достоверным (26 против 21% в группах EDC и ED соответственно;  $p=0,16$ ), однако значительно меньшее количество пациенток полностью завершили все 6 циклов назначенной терапии по схеме EDC по сравнению с ED (75 против 97% соответственно;  $p<0,0001$ ). После лечения по схеме EDC у достоверно большего количества женщин удалось достичь задокументированного ППО (23,8 против 15,2% в группах EDC и ED соответственно,  $p=0,036$ ). У пациенток с HER2-положительными опухолями ( $n=90$ ) отмечалось недостоверное ( $p=0,369$ ) различие в частоте достижения ППО после лечения по схеме ED/EDC + Т (40%) против ED/EDC (26,7%).

## Обсуждение

На ранних стадиях РМЖ эффективность неoadьювантной терапии по схеме EDC в достижении ППО достоверно превышает таковую по схеме ED. Схемы ED/EDC + Т продемонстрировали недостоверно лучшую эффективность в достижении ППО, чем таковые без применения трастузумаба, что может быть обусловлено более высоким уровнем достигнутого ППО на схемах ED/EDC, чем ожидали исследователи. Схемы ED/EDC ± Т могут применяться в амбулаторной практике, однако следует помнить, что прием капецитабина ассоциируется с повышенной токсичностью и требует мониторинга со стороны врача, а также тщательного соблюдения дозировки.

[http://www.posters2view.com/sabcs09/view.php?nu=SABCS09L\\_1581](http://www.posters2view.com/sabcs09/view.php?nu=SABCS09L_1581)

## О препарате Кселода (капецитабин)

Кселода (капецитабин) – это высокоэффективный химиотерапевтический препарат целенаправленного действия для приема внутрь, который улучшает выживаемость пациентов при его использовании как в комбинированном лечении, так и в виде монотерапии. Кселода обладает уникальным свойством активировать противоопухолевый агент 5-ФУ (5-фторурацил) непосредственно внутри опухолевых клеток. Пациенты могут самостоятельно принимать таблетки Кселоды в амбулаторных условиях, что значительно сокращает время, проведенное в условиях стационара.

Зарегистрированный и реализуемый компанией «Рош» в более чем 100 странах мира, препарат Кселода уже 11 лет успешно применяется в клинике, обеспечивая эффективное и удобное лечение для более чем 1,8 млн больных раком. Кселода в настоящее время применяется по таким показаниям, как:

- метастатический колоректальный рак:
  - монотерапия первой линии (в США, Европе и мире – с 2001 г.);
  - в комбинации с другими химиотерапевтическими препаратами, с Авастином либо без него (в Европе и мире – с 2008 г.);
  - в комбинации с оксалиплатином для лечения пациентов с прогрессирующим либо рецидивирующим колоректальным раком, которым не показано оперативное лечение (в Японии – с 2009 г.);
- рак ободочной кишки (в качестве адьювантной терапии):
  - монотерапия (в США и Европе – с 2005 г., в Японии – с 2007 г.);
- прогрессирующий рак желудка:
  - терапия первой линии (в Южной Корее – с 2002 г.);
  - в комбинации с химиотерапией препаратами платины в качестве терапии первой линии (в Европе и мире – с 2007 г.);
- метастазирующий рак молочной железы:
  - монотерапия первой линии у пациенток с резистентностью к таксанам и антрациклинам (в США с 1998 г., в Европе – с 2002 г.);
  - в комбинации с доцетакселом у больных с прогрессированием опухоли на фоне химиотерапии антрациклинами (в США – с 2001 г., в Европе – с 2002 г.);
  - у женщин с неоперабельным либо рецидивирующим раком молочной железы (в Японии – с 2003 г.).

## О компании «Рош»

Компания «Рош», штаб-квартира которой находится в г. Базеле (Швейцария), является одним из лидеров рынка здравоохранения, входя в десятку крупнейших компаний мира в области фармацевтики и диагностики заболеваний. В настоящее время компания – один из ведущих производителей биотехнологических лекарственных препаратов в области онкологии, вирусологии, ревматологии, метаболических нарушений, а также мировой лидер в области диагностики рака и лечения сахарного диабета.

Стратегия компании «Рош» заключается в разработке инновационных технологий, которые позволяют значительно улучшать качество и увеличивать продолжительность жизни пациентам.

Перевела с англ. Татьяна Сприньян