

ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: 50 НА 50

Результаты масштабных исследований, представленных на конференции Американской ассоциации исследований рака (AACR), свидетельствуют, что около половины пациенток с начальными стадиями рака молочной железы (РМЖ) могут обойтись без химиотерапии после удаления первичной опухоли.

В клинических исследованиях эффективности диагностического теста MammaPrint в оценке риска развития рецидивов РМЖ приняли участие 6,7 тыс. женщин в 111 медицинских центрах девяти стран. Согласно полученным данным, пятилетняя выживаемость пациенток, отказавшихся от химиотерапии на основе результатов MammaPrint, составила 95%, что аналогично показателю выживаемости после химиотерапии. При этом частота назначения химиотерапии после удаления первичной опухоли, благодаря использованию MammaPrint, уменьшилась на 46%.

Диагностический тест MammaPrint прогнозирует вероятность метастазирования по анализу экспрессии 70 генов. Технология MammaPrint существует на рынке США с 2007 г., однако до настоящего времени тест не нашел широкого применения в клинической практике из-за отсутствия результатов масштабных клинических исследований.



ПИОГЛИТАЗОН ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Использование пиоглитазона при сахарном диабете (СД) ассоциировано с повышенным риском развития рака мочевого пузыря. Таковы результаты крупного исследования, опубликованного в British Medical Journal.

В рамках работы были изучены медицинские карты 146 806 пациентов, проходивших лечение СД 2-го типа с января 2000 г. по июль 2013 г. Согласно собранным данным, терапия пиоглитазоном повышала риск развития рака мочевого пузыря на 63% (121 на 100 тыс. человеко-лет по сравнению с 89 на 100 тыс. человеко-лет). Вероятность развития онкологического заболевания была связана также с продолжительностью терапии и дозировкой препарата. При этом исследователи подчеркивают, что подобной ассоциации не было выявлено при лечении СД росиглитазоном. Следовательно, риск развития рака связан именно с конкретным препаратом, а не со всем классом лекарственных средств. Авторы отмечают, что, хотя абсолютная вероятность развития рака на фоне пиоглитазона является низкой, врачам следует быть более осторожными при выборе терапии СД 2-го типа.

НОВЫЙ УСКОРИТЕЛЬ ПОРАЖАЕТ ДО 99% ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК

В Институте ядерной физики СО РАН прошел успешные испытания ускоритель источника нейтронов для бор-нейтронозахватной терапии (БНЗТ). Прибор был разработан новосибирскими учеными и уже признан наиболее перспективным среди подобных устройств, которые создаются в других странах. Всего в мире на данный момент существует четыре ускорителя, способных генерировать нейтроны нужных параметров. Действие ускорителя испытывали на культурах глиобластомы и глиомы – эти формы опухолей головного мозга труднее всего поддаются лечению, оптимальным способом терапии для них является облучение. В ходе эксперимента было уничтожено до 99% опухолевых клеток, при этом исследователям удалось подобрать такой режим излучения, при котором опухолевые клетки погибали, а здоровые не повреждались. Разработчики надеются, что уже в следующем году методика будет испытана на пациентах.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАСТЕТ

За последние три года выявляемость онкологических заболеваний на ранних стадиях в РФ выросла на 8%. Об этом на форуме «Здоровье людей – основа успешного развития России» сообщил министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова. Фактором, который повлиял на ситуацию с ранней диагностикой рака, стала диспансеризация населения, подчеркнула министр. В настоящее время до 70% злокачественных опухолей диагностируется на первой-второй стадии. Благодаря раннему выявлению на 14% снизилась летальность от онкозаболеваний, а пятилетняя выживаемость пациентов увеличилась на 3%.



ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ СНИЖАЕТ РИСК СМЕРТИ ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Результаты исследования, проведенного сотрудниками Университета Умео (Umeå University), Швеция, совместно с коллегами из Норвегии и Дании, показали, что местная лучевая терапия в сочетании с гормональным лечением антиандрогенами уменьшает вероятность смерти от рака простаты в течение 15 лет после установления диагноза по сравнению с терапией только гормонами. Исследование проводилось в рамках работы Скандинавской группы по борьбе с раком простаты (Scandinavian Prostate Cancer Group – SPCG) и Шведской ассоциации урологов-онкологов (Swedish Association for Urological Oncology – SFUO). В 2009 г. группа опубликовала первые результаты своих исследований в журнале Lancet, что способствовало изменению подходов к лечению рака простаты у пожилых пациентов.

Исследователи изучили данные 875 пациентов, получавших лечение по поводу местно-распространенного или агрессивного рака простаты в 1996–2002 гг. Впоследствии этих пациентов наблюдали в течение нескольких лет. В ходе работы сравнивались результаты традиционной для скандинавских стран схемы гормонального лечения антиандрогенами и комбинированного лечения с добавлением лучевой терапии. Оказалось, что через 15 лет после установления диагноза рака простаты риск смерти наполовину снижался у 17–34% пациентов, получавших комбинированную терапию.

«После публикации работы в журнале Lancet в 2009 г. отношение врачей к лучевой терапии пациентов пожилого возраста с распространенным раком предстательной железы изменилось. Наше последнее исследование подтверждает, что дополнительное применение лучевой терапии способно помогать пациентам, ранее считавшимся неизлечимыми», – отмечает руководитель исследования Андерс Видмарк (Anders Widmark).



ЭФФЕКТИВНОСТЬ –
снижение риска
инсульта/
системных
тромбоэмболий
по сравнению
с варфарином²

БЕЗОПАСНОСТЬ –
меньше
риск
больших
кровотечений
по сравнению
с варфарином²

ЭЛИКВИС® ОБЪЕДИНЯЕТ ОБА ПРЕИМУЩЕСТВА

ЭЛИКВИС® – достоверно снижает риск инсульта / системных тромбоэмболий в сочетании с меньшим риском развития больших кровотечений*

ЭЛИКВИС® – в клинических исследованиях доказал снижение общей смертности*

ЭЛИКВИС®
аликсабан

Торговое название: Эликвис®. **МНН:** аликсабан. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Показания к применению:** • Профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава; • Профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких, как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренно выраженным митральным стенозом или искусственными клапанами сердца. • Лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. **Противопоказания:** • Гиперчувствительность к любому компоненту препарата; • Клинические нарушения в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений; • Тяжелые нарушения функции печени, сопровождающиеся нарушением функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе; • Возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют); • Беременность (данные о применении препарата отсутствуют); • Период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют); • Одновременное применение с препаратами, действие которых может быть связано с развитием серьезных кровотечений; • Врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. **Побочное действие:** Наиболее часто встречаются следующие побочные действия: анемия, кровотечения (часто – носовые, желудочно-кишечные, ректальные, кровотечение из десен, гематурия, гиперменорея, кровоизлияния в ткани глазного яблока), гематомы, тошнота. **Способ применения и дозы:** Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. В случае пропуска приема препарат следует принять как можно скорее, а в дальнейшем продолжить прием 2 раза в сутки в соответствии с исходной схемой. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг два раза в сутки. При наличии сочетания двух или более из следующих характеристик – возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12–24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): По 10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Решение о длительности терапии должно основываться на оценке наличия и обратимости факторов, предрасполагающих к рецидивированию (т.е. предшествующее хирургическое вмешательство, травма, период иммобилизации и т.д.), а также проявлений ТГВ и/или ТЭЛА, составляя, как минимум, 3 месяца. **Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА):** По 2,5 мг два раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. **Регистрационное удостоверение:** ЛП-002007 от 19.02.2013 ЛП-001475 от 03.02.2012. **Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения ЭЛИКВИС®** ЛП-002007, ЛП-001475 от 22.12.2015. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата. Перед применением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.¹

Медицинских работников просят сообщать о любых нежелательных явлениях в службу фармаконадзора компании Пфайзер. 1. Эликвис® (аликсабан). Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения. МЗ РФ, 22.12.2015. 2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992.

* Статистически значимо по сравнению с варфарином.



ООО «Пфайзер». Россия 123317, Москва, Пресненская наб., д.10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С).
Тел.: +7 495 287 5000; факс: +7 495 287 5300

WUJELQMO15188



ХІІІ РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ

ХІІІ РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ

27–28 октября 2016 г.

Гостиница Холидей Инн Сокольники
Москва, Русаковская улица, д. 24

Глубокоуважаемые коллеги!

От имени Российского общества онкогематологов, Европейской гематологической ассоциации и лично проф. И.В. Поддубной мы рады пригласить Вас принять участие в **ХІІІ Российской конференции с международным участием «Злокачественные лимфомы»**, которая состоится **27–28 октября 2016 г. в Москве.**

В рамках конференции планируются выступления крупнейших отечественных и зарубежных специалистов в области диагностики и лечения злокачественных лимфопролиферативных заболеваний, посвященные наиболее актуальным вопросам этого раздела онкогематологии, а также самым значимым событиям в области лечения лимфом, хронического лимфолейкоза и множественной миеломы, произошедшим в 2015–2016 гг.

Тезисы для постеров вы можете присылать до 1 сентября 2016 г. Тезисы должны быть представлены в виде текстовой аннотации длиной до 2500 знаков с пробелами.

Постеры будут оцениваться экспертной комиссией, авторам лучших постеров будет предоставлена возможность выступить с сообщением в рамках соответствующей сессии конференции.

Обязательная бесплатная регистрация на конференцию и подача аннотаций постеров доступны на сайте www.conferenceml.com с 1 апреля по 1 сентября 2016 г.

Организация конференции возложена на компанию TS Oncology. С любыми вопросами, связанными с конференцией, вы можете обращаться по адресу lymphoma@tsoncology.com.

До встречи на конференции!

Новое в лечении рака щитовидной железы

В июне этого года японская фармацевтическая компания «Эйсай» объявила о выходе на российский рынок ленватиниба – инновационного таргетного препарата для лечения рака щитовидной железы. В преддверии II онкологического форума «Белые ночи», прошедшего в Санкт-Петербурге 22–24 июня 2016 г., состоялась пресс-конференция, посвященная этому событию.

Рак щитовидной железы (РЩЖ) – самое распространенное заболевание среди злокачественных новообразований эндокринной системы. За последние 20 лет заболеваемость РЩЖ в мире выросла почти в 2 раза. В России 2014 г. зарегистрировано 10 358 новых случаев РЩЖ, среди них – 8 490 больных с дифференцированными формами.

В большинстве случаев дифференцированный рак щитовидной железы (ДРЩЖ) хорошо поддается лечению. Оно включает в себя хирургическое вмешательство и терапию радиоактивным йодом (РЙТ). Однако почти 50% больных не излечиваются после радиойодтерапии, а у 5–15% опухоль становится резистентной к РЙТ, что резко ухудшает прогноз заболевания. Средняя продолжительность жизни таких пациентов составляет 2,5–3,5 года.



С.О. Подвязников

Сергей Олегович Подвязников, д.м.н., профессор кафедры онкологии Российской медицинской академии постдипломного образования Министерства здравоохранения РФ, вице-президент Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи, отмечает: «В отличие от большинства других опухолей прогноз при раке щитовидной железы в основном благоприятный. Но особую тревогу вызывают пациенты, у которых опухоль является нерезектабельной или рефрактерной к воздействию йода. До недавне-

го времени эффективных методов лечения таких больных не было, показатель их 10-летней выживаемости составлял всего 10%. Это очень тяжелая группа больных, которые страдают различными патологиями, и нам приходится думать, как им помочь. В настоящее время есть только один выход – системная терапия. Но это не химиотерапия цитостатиками, ибо, как показала практика, они малоэффективны и вызывают очень большое число побочных эффектов. Говоря о современной системной терапии, мы имеем в виду таргетную терапию ингибиторами тирозинкиназы».

Стандартная химиотерапия для больных, рефрактерных к РЙТ, не рекомендована из-за низкой эффективности и высокой токсичности. Единственным разрешенным для системного противоопухолевого лечения цитостатиком на сегодняшний день является доксорубин и схемы полихимиотерапии на его основе. Однако частота объективного ответа на терапию доксорубином не превышает 16%, при этом эффект непродолжителен, а лечение сопровождается очень высокой токсичностью. Поэтому чрезвычайно важным направлением в лечении ДРЩЖ является использование таргетных препаратов. Появление новых мультикиназных ингибиторов с различными механизмами действия, позволяющих индивидуализировать терапию, значительно повышает шансы пациентов на излечение или длительную ремиссию.

Ленватиниб – первый пероральный мультитаргетный препарат, который позволяет добиться полной регрессии опухоли. Он одновременно подавляет активность тирозинкиназ рецепторов фактора роста фибробластов (FGFR 1–4), фактора роста эндотелия сосудов (VEGFR 1–3), тромбоцитарного фактора роста (PDGFRα), RET, KIT. Препарат характеризуется выраженной селективностью и обладает новым механизмом связывания с данными мишенями (V типа), что отличает его от других ингибиторов тирозинкиназ. В России ленватиниб был зарегистрирован в конце 2015 г. на основании результатов крупного международного исследования SELECT, в котором было достигнуто значимое увеличение выживаемости без прогрессирования (ВБП) на фоне терапии ленватинибом у пациентов, рефрактерных к радиойодтерапии (медиана ВБП 18,3 мес. против 3,6 мес. в группе плацебо).

Павел Олегович Румянцев, д.м.н., заместитель директора ФГБУ ЭНЦ по инновационному развитию, заведующий отделом радионуклидной диагностики и терапии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения РФ, считает, что препарат обладает фантастическим спектром лечебной эффективности. «Появление в арсенале врачей ленватиниба, нового таргетного препарата, который одновременно подавляет активность тирозинкиназ рецепторов фактора роста фибробластов, фактора роста эндотелия сосудов, тромбоцитарного фактора роста, – это отличная новость для пациентов с тяжелыми, резистентными к лечению радиоактивным йодом формами рака щитовидной железы. Согласно данным исследований, проведенных в т. ч. в России, использование препарата позволит значительно повысить показатели выживаемости. Теперь самое главное – не упустить таких пациентов, вовремя выявить неэффективность классического подхода к лечению. Это возможно сделать, обеспечив слаженное ведение пациента со стороны специалистов разных направлений. Эндокринолог и онколог, хирург и радиолог, радиолог и химиотерапевт должны работать вместе, в одной связке».

В соответствии с международными клиническими рекомендациями NCCN (National Comprehensive Cancer Network) 2015 г., ленватиниб является препаратом выбора для лечения прогрессирующего радиойод-резистентного ДРЩЖ и в настоящее время доступен для пациентов в России.



П.О. Румянцев



КОНТРОЛИРОВАТЬ ИНСУЛИН У БЕРЕМЕННЫХ С ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА ПОМОЖЕТ ПЛАНШЕТ

В Великобритании впервые провели испытания «искусственной поджелудочной железы», которая автоматически регулирует уровень глюкозы в крови, на беременных женщинах. Все 16 участниц по итогам использования гаджета родили здоровых детей. Ученые из Кембриджского университета (Cambridge University) заявили, что необходимо будет провести испытания на большем количестве людей, но, возможно, устройства будут доступны уже через два года.

При беременности сахарный диабет 1-го типа может вызвать различные осложнения – от преждевременных родов до смерти плода. Плод погибает во время беременности менее чем в 2% случаев, но этот процент в 5 раз выше, чем у здоровых матерей. Женщинам приходится постоянно контролировать уровень сахара, вводя себе инсулин несколько раз в день. «Искусственная поджелудочная железа» решает эту проблему, упрощая им жизнь. Ученые нашли способ объединить два стандартных устройства – монитор глюкозы и инсулиновую помпу – в одно, которое управляется с планшетного компьютера или смартфона. Под кожу живота вживляется специальный датчик, который постоянно измеряет уровень сахара и отправляет их компьютеру. Тот рассчитывает необходимое количество инсулина и дает соответствующую команду небольшому аппарату, который нужно носить на поясе. Аппарат, в свою очередь, отправляет «заказ» в кровь. Исследователи подсчитали, что женщины, носившие устройство во время беременности, контролировали свой уровень глюкозы на 25% лучше.



НОВАЯ ЕДИНАЯ СИСТЕМА ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛИТ ВРАЧАМ ОПЕРАТИВНО ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Иммунная система постоянно выявляет и уничтожает раковые клетки. Однако порой злокачественные клетки вырабатывают белки – PD-L1, что позволяет им быть «невидимыми» для иммунитета, из-за чего стандартное лечение не помогает. Иммуноterapia внесла новую парадигму в терапию онкологических заболеваний – некоторые препараты, заставляющие иммунную систему снова «увидеть» опухоль и атаковать ее, уже появились в России вслед за регистрацией во всем мире.

Однако в этом случае необходимо точно определить категорию пациентов, которым подойдет эта терапия. Онкоиммунологические препараты эффективны только у определенной категории больных (20–30%), поэтому на первое место выходит проблема точной диагностики перед началом лечения. С этой целью Российское общество клинических онкологов, Российское общество патологоанатомов при поддержке фармкомпаний-разработчиков развивают программу молекулярно-генетического тестирования для создания общенациональных рекомендаций по диагностике онкологических заболеваний. «Чем раньше и точнее проведена диагностика, тем точнее мы можем подобрать терапию. Следовательно, лечение будет эффективнее: мы назначим пациенту только необходимые ему препараты – вот что означает принцип персонализированной терапии», – отмечает Сергей Тюлядин, председатель Российского общества клинической онкологии.



У ДЕПРЕССИИ И СУИЦИДАЛЬНОГО НАСТРОЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ

Люди, которые проходили стационарное лечение из-за тяжелых инфекционных заболеваний, могут иметь повышенную склонность к суициду, и ученые предполагают, что для этого могут быть биологические причины. В Дании провели исследование среди 7 млн человек и выяснили, что у пациентов, лечившихся в больницах, шанс умереть от суицида выше на 42%, чем у тех, у кого не было такого опыта. При этом больше всего рисковали больные с ВИЧ и инфекционными гепатитами – примерно в два раза больше, чем остальные пациенты. Исследовательская группа из Университета Пенсильвании (University of Pennsylvania) опросила 180 пациентов, страдавших серьезными заболеваниями. Им было предложен список из 10 различных состояний, среди которых необходимость пользоваться аппаратом ИВЛ или, например, передвижение на инвалидной коляске. Всем участникам опроса нужно было оценить, что страшнее: столкнуться с одним из таких состояний либо умереть. Каждое состояние предлагалось оценить по пятибалльной шкале. Все участники исследования были старше 60 лет и страдали тяжелыми заболеваниями, например распространенной формой рака.

Несмотря на то что прямой причинно-следственной связи научная группа не нашла, авторы исследования при поддержке некоторых экспертов предполагают, что такая разница обусловлена не только психологическим состоянием из-за тяжелой болезни. Возможно, инфекции могут влиять на суицидальные настроения напрямую – провоцируя воспаление в области головного мозга. Причиной депрессии может стать воспалительный процесс. Это подтверждают исследования и на животных, и на людях, например, при применении интерферона, действие которого связано с активацией воспалительного процесса для получения иммунного ответа организма, вероятность наступления депрессии составляет 45%. То, что риск суицида и развития депрессии может быть вызван воспалением, подтверждено на большой выборке. Данные по всем 7 млн участников исследования были записаны в Национальном регистре. Информация собиралась с 1980 по 2011 г., за этот период 800 тыс. человек (около 11%) были госпитализированы с инфекционными заболеваниями легких, крови, кожи, пищеварительной системы, а также гепатитом и ВИЧ. За 32 года умерло 32 700 человек, четверть из них входила в указанные выше 800 тыс. Анализируя данные дальше, исследователи обнаружили, что чем чаще человек попадал в больницу с инфекцией, тем больше была вероятность суицида, единственным исключением были инфекционные заболевания при беременности.

Если существование причинно-следственных связей будет доказано, то появится возможность работать с депрессией и суицидом намного раньше, т. е. будет выявлена одна из групп риска. Пока, по мнению ученых, около 10% всех самоубийств обусловлены именно инфекционными заболеваниями.



КЕТОРОЛ® – препарат выбора в терапии острой боли

Кеторолак (Кеторол®) – один из наиболее эффективных НПВП с выраженным анальгезирующим эффектом [1]. Доказано, что по силе анальгетической активности он не только превосходит большинство традиционных НПВП, таких как диклофенак, ибупрофен, кетопрофен и метамизол натрия, но и сравним с наркотическими анальгетиками [1]. Препарат не влияет на опиоидные рецепторы, не обладает седативными и анксиолитическими свойствами, не подавляет активность дыхательного центра, не вызывает эйфории, лекарственной зависимости и спазма гладкой мускулатуры внутренних органов [1]. Важное преимущество препарата Кеторол® – лучшие фармакокинетические параметры по сравнению со многими традиционными НПВП [3]. При приеме внутрь кеторолак быстро и практически полностью всасывается в ЖКТ, биодоступность при приеме *per os* достигает 80–100% [1]. Максимальная концентрация в плазме крови достигается через 30–50 мин после приема внутрь, после в/м введения – через 12 мин [1]. Результаты многочисленных зарубежных и отечественных исследований позволяют рассматривать кеторолак в качестве препарата выбора в группе ненаркотических анальгетиков [2].

Одна из наиболее широких сфер применения кеторолака – хирургическая практика: препарат отлично зарекомендовал себя при лечении выраженной острой боли различной этиологии (при монотерапии или комбинированной анальгетической терапии) в послеоперационном периоде или после серьезных травм [4–6]. Кеторол® хорошо сочетается с наркотическими анальгетиками, что позволяет существенно уменьшить дозу опиоидов и снизить риск их побочных эффектов [5]. Сравнительный анализ эффективности и безопасности кеторолака, диклофенака и кетопрофена показал, что при соблюдении режима дозирования и длительности курса терапии кеторолаком риск развития побочных реакций сопоставим с риском развития побочных реакций кетопрофена и диклофенака [1]. При этом исследование сравнительной эффективности различных анальгетиков показало, что применение кеторолака (30 мг внутривенно) у послеоперационных больных снижало потребность в дополнительном назначении наркотических анальгетиков больше, чем использование диклофенака или кетопрофена [7].

В течение длительного времени Кеторол® успешно используется в ортопедии, урологии, гинекологии, абдоминальной хирургии, и в литературе постоянно появляются новые подтверждения эффективности препарата в рамках этих дисциплин [6]. В многоцентровом исследовании была продемонстрирована значительная эффектив-

ность кеторолака по сравнению с плацебо и существенное снижение использования опиоидных анальгетиков для пациентов с острой умеренной и сильной болью после брюшной или тазовой хирургии [6]. Применение кеторолака в раннем послеоперационном периоде у пациентов с гонартрозом позволяет быстрее купировать болевой синдром, избежать развития послеоперационных синовитов, сократить сроки реабилитации [6]. При раннем назначении кеторолака у пациентов с переломами ребер снижается вероятность развития пневмонии [6]. В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, кеторолак в дозе 30 мг значительно снижает частоту развития боли в верхней половине грудной клетки и лопатке [6].

Таким образом, терапевтический потенциал препарата Кеторол® доказан для всех областей ургентной анальгезии, он имеет многолетний положительный опыт применения в стационарах хирургического, травматологического, онкологического, неврологического, терапевтического, стоматологического и других профилей, а также в амбулаторно-поликлинической практике и в практике скорой помощи [6]. Наличие в арсенале врача-хирурга препарата Кеторол® позволяет проводить эффективную терапию боли на всех этапах хирургического лечения [7]

Использование кеторолака как в многопрофильных стационарах, так и в амбулаторно-поликлинической, скоромощной неврологической практике оправданно с позиций доказательной медицины, а наличие различных лекарственных форм препарата Кеторол® (таблетки, раствор для парентерального введения, гель для наружного применения) определяет удобство его применения для пациента и лечащего врача [1, 2].



ЛИТЕРАТУРА

1. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Клиническая эффективность и безопасность кеторолака в терапии болевого синдрома в неврологической практике. *РМЖ*, 2014, 16: 1173–1177.
2. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Акимова М.А. Выбор анальгетика на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи: в фокусе внимания – кеторолак. *Consilium medicum*, 2014, 16(2): 84–89.
3. Верткин А.Л., Носова А.В., Алисов В.А., Заиченко Д.М. Выбор нестероидных противовоспалительных препаратов для купирования болевого синдрома в клинической практике. *Consilium medicum*, 2013, 15(8): 63–67.
4. Рябоконь И.В., Акарачкова Е.С., Вершинина С.В., Котова О.В. Кеторол® в лечении болевых синдромов (обзор). *РМЖ*, 2013, 30: 1600–1602.
5. Каратеев А.Е. Кеторолак в клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2011, 4: 81–89.
6. Трухан Д.И., Деговцов Е.Н. Выбор анальгетика в хирургической практике: внимание на кеторолак. *Consilium medicum. Хирургия*, 2014, 2: 51–54.
7. Зубеев П.С., Кудыкин М.Н. Обезболивание в послеоперационном периоде. *РМЖ*, 2013, 15: 808–809.