

ОПУБЛИКОВАНЫ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ АГРЕССИВНОГО РМЖ

Американское общество клинической онкологии (ASCO) опубликовало руководящие принципы для лечения пациентов с агрессивной формой РМЖ, сообщает Journal of Clinical Oncology.

В первом сете рекомендаций эксперты перечисляют назначения для пациенток с первичным HER2-положительным РМЖ и больных с РМЖ на ранних стадиях, но с активно прогрессирующей формой заболевания. По итогам анализа 19 исследований в данной области рекомендуется сочетание стандартной химиотерапии с еще двумя препаратами: трастузумабом и пертузумабом в качестве терапии первой линии. При наличии противопоказаний и/или в случае медленно развивающейся гормонально-позитивной опухоли химиотерапия с гормональной терапией может быть заменена на гормональную терапию с трастузумабом или с лапатинибом.

В случае если препараты первой линии не срабатывают, рекомендуется применять трастузумаб эмтанзин (Т-DM1) в качестве терапии второй линии. Выбор препаратов для терапии третьей линии зависит от результатов предыдущих попыток лечения.

Второй сет рекомендаций включает в себя принципы лечения HER2-положительного РМЖ при распространении метастаз в головной мозг. При этом для пациенток с хорошими шансами на выживаемость предлагается использовать хирургическую и/или лучевую терапию – в зависимости от размера и количества опухолей головного мозга и симптомов заболевания.

Для пациенток с низкими шансами на выживание рекомендовано применять хирургическое лечение с лучевой терапией и химиотерапией в виде лапатиниба и капецитабина. В противном случае для таких пациентов остается участие в клинических испытаниях препаратов поддерживающей терапии или паллиативное лечение.

По данным ASCO, от 15 до 20% случаев РМЖ являются HER2-положительными, т. е. при заболевании наблюдается высокий уровень белка HER2, что приводит к быстрому росту и развитию опухолевых клеток. HER2-положительный РМЖ отличается агрессивностью и устойчивостью к медикаментозной терапии. У 30–40% женщин при этом метастазы проникают в головной мозг. Средний срок выживаемости таких пациенток 2 года.



ЕЩЕ ОДИН ШАНС

Каждый год более 59 500 российских женщин заболевают раком молочной железы (РМЖ) и более 22 500 погибают от него. В 2012 г. в России заболеваемость и смертность от РМЖ составила 46,17 и 15,94 случая на 100 тыс. женщин соответственно. РМЖ – самое распространенное злокачественное новообразование у женщин в России (более 20% в структуре онкологических заболеваний среди женщин). При этом только 26% пациенток получают лечение согласно международным стандартам.

В течение 4 лет компания «Санофи» реализует программу помощи пациенткам с диагнозом РМЖ «Шанс на жизнь», задачей которой является улучшение доступности лечения в соответствии с мировыми стандартами. Второй год подряд «Шанс на жизнь» входит в топ-20 проектов национальной программы «Лучшие социальные проекты России».

Подведение 4-летних итогов программы «Шанс на жизнь» состоялось в апреле этого года с участием ведущих российских онкологов. Как отметили эксперты, одногодичная летальность от РМЖ снизилась с 9,7% в 2008 г. до 8,3% в 2012 г. «Эта положительная тенденция – важный показатель того, что общими усилиями государства, медицинского сообщества и фармацевтической отрасли проблема высокой смертности может быть решена», – сообщил вице-президент, руководитель Евразийского региона «Санофи» Патрик Аганян.

Тем не менее ситуация с лечением этой категории больных остается очень сложной, считает завкафедрой онкологии

Санкт-Петербургского государственного университета, главный научный консультант по вопросам клинической онкологии ГУЗ СПб ГКОД д.м.н., профессор Рашида Вахидовна Орлова. «Мы пока сильно отстаем от развитых стран по показателям выживаемости. Так, доля пациенток с диагнозом *рак молочной железы*, состоящих на учете 5 и более лет, в нашей стране более чем в 1,5 раза меньше, чем в развитых странах, и составляет 57,9%, в то время как в Европе 5-летняя относительная выживаемость достигает 81,8%, а в США – 89,2%».

Во всем мире РМЖ считается онкологическим заболеванием, хорошо поддающимся лечению. «Доказано, что применение высокоэффективных химиотерапевтических препаратов позволяет излечиться на ранних стадиях заболевания и значительно улучшить прогноз на поздних. Однако в России доступность современных препаратов крайне низка: сегодня только около 26% женщин, нуждающихся в лечении, получают высокоэффективные препараты по международным стандартам. А наилучший результат гарантирует именно терапия по международным стандартам», – подчеркнула член-корр. РАН, завкафедрой онкологии Российской медицинской академии постдипломного образования д.м.н., профессор Ирина Владимировна Поддубная.

По данным на конец 2013 г., современное лечение согласно международным стандартам, благодаря программе «Шанс на жизнь», получили 8 878 женщин с диагнозом РМЖ.



ПРЕДЛОЖЕНА НОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Команда американских ученых из группы The Cancer Genome Atlas (TCGA) объявила о существовании четырех разных молекулярных подтипов рака желудка, сообщает журнал Nature. С момента существования TCGA (2000 г.) учеными были описаны геномы более 30 разновидностей злокачественных опухолей и предложены новые принципы классификации злокачественных опухолей желудка.

В настоящее время широко распространена прогностическая классификация рака желудка (P. Lauren, 1965), которая выделяет два типа рака – кишечный (эпидемический) и диффузный (эндемический), различающихся по морфогенезу, гистоструктуре, фенотипу, биологии опухоли.

Ученые из TCGA предложили разделять рак желудка по молекулярным особенностям клеток. Они выделили четыре подгруппы злокачественных опухолей желудка:

- Тип 1 (9% от общего числа). Дают положительный результат при анализе на вирус Эпштейна – Барр.
- Тип 2 (22% от общего числа). Характеризуются повышенной нестабильностью микросателлитов (microsatellite instability, MSI), т. е. для них характерна повышенная частота мутаций, что приводит к накоплению повторяющихся последовательностей ДНК.
- Тип 3 (20% от общего числа). Геномно стабильные раки. Им свойственно низкое содержание копий соматических мутаций (somatic copy number alterations, SCNAs).
- Тип 4 (50% от общего числа). Хромосомно нестабильные раки, т. к. характеризуются высоким уровнем SCNAs. Особый интерес у исследователей вызывает 1-й тип рака желудка, т. к. это самая частая в США причина инфекционного мононуклеоза. Предполагается также, что вирус Эпштейна – Барр вовлечен в развитие рака носоглотки, некоторых разновидностей рака головы и шеи и некоторых видов лимфом.



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СНИЗИЛАСЬ

По данным Минздрава, заболеваемость туберкулезом в прошлом году по сравнению с 2012-м снизилась на 7,5% и составила 63,1 на 100 тыс. населения. Для сравнения: в 2008 г. был зарегистрирован пик заболеваемости туберкулезом – тогда было отмечено 85,1 случая на 100 тыс. населения. Также впервые снизилась заболеваемость детей до 14 лет – на 11,6%.

Чаще всего туберкулезом заболевают россияне в возрасте от 18 до 44 лет. Мужчины составляют 68,9% от общего числа заболевших. Продолжается рост числа лиц, инфицированных одновременно и туберкулезом, и ВИЧ. В 2013 г. 12,1% россиян страдали от туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией, что составило 6,5 случая на 100 тыс. населения. В 2009 г. этот показатель был на треть меньше и составлял только 4,4 случая на 100 тыс. населения.

В докладе Минздрава отмечается, что врачи первичного звена не уделяют должного внимания группам повышенного риска заболеваемости туберкулезом. В основном регулярные осмотры проводятся среди работающих граждан и учащихся. Еще одна проблема – лечение без предварительной оценки лекарственной устойчивости микобактерий. В 2013 г. только в 24,5% случаев при анализе бактериовыделения использовался культуральный метод. Амбулаторное лечение проводится практически без контроля со стороны медиков. Все эти факторы повышают вероятность образования штаммов туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-туберкулез). У 39,6% пациентов не было выявлено разрушения легочной ткани и бактериовыделения, однако они лечились не дома, а в стационарных условиях. Эксперты считают, что замещающие стационар технологии в России развиваются медленно и неэффективно. Основная причина – избыток коек в круглосуточных туберкулезных стационарах.



Спектрацеф

Цефдиторен

Спектрацеф (цефдиторен) – широкий спектр возможностей при терапии респираторных инфекций

Спектрацеф – пероральный респираторный цефалоспорин с универсальной активностью в отношении грам(+) и грам(-) возбудителей¹

Спектрацеф обладает наиболее высокой *in vitro* активностью против *S.pneumoniae* (включая пенициллин-резистентные штаммы) среди β-лактамов²

Литература: 1. Clark C et al, Activity of cefditoren against respiratory pathogens, Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2002) 50, 33–41
2. Козлов Р.С. и др. Перспективы применения новых цефалоспоринов в терапии пневмококковых инфекций, «Пульмонология», 2011, №3, стр. 53-58

В случае развития нежелательных явлений, пожалуйста, сообщите о них по электронной почте safety@rpharm.ru, либо по телефону +7(495)956-79-37, добавочный 1140, либо по факсу +7(495)956-79-38.

За дополнительной информацией обращайтесь в ЗАО «Р-Фарм»
Россия, 123154, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, тел.: +7 (495) 956-79-37, факс: +7 (495) 956-79-38, www.rpharm.ru

РЕКЛАМА



meiji

Р-ФАРМ
Иновационные
технологии
здоровья