

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Рак молочной железы занимает ведущее место в заболеваемости злокачественными новообразованиями женщин в экономически развитых странах. К факторам риска возникновения данной патологии относятся отягощенный семейный анамнез, фиброзно-кистозная мастопатия, менопауза, отсутствие родов или первые роды в возрасте >30 лет и др. Своевременное установление диагноза обеспечивает успешное лечение большинства пациенток. Так, 5-летняя выживаемость при адекватном лечении локализованной формы заболевания в I и II стадии достигает 90%, местно-распространенных опухолей — 60%. Высокий уровень заболеваемости в Украине (66,0 на 100 тыс. женского населения, по данным Национального канцер-регистра Украины 2012 г.) выводит данную патологию в число наиболее актуальных медико-социальных проблем, требуя мобилизации всех доступных ресурсов. Немаловажную роль в этом играет обмен научным опытом, результатами современных исследований специалистов-онкологов и определение перспективных направлений работы. В Ужгороде состоялась научно-практическая конференция и школа-семинар с международным участием «Современные аспекты лечения рака грудной железы у женщин», в рамках которых ведущие специалисты-онкологи из Украины, России и Грузии обменивались научным опытом, результатами собственной практики, определяли перспективные направления работы, активно дискутировали о наиболее острых проблемах.



Николай Аникушко, заведующий отделением хирургии Киевского городского клинического онкологического центра, рассказал о современных подходах к хирургическому лечению рака молочной железы (РМЖ) у женщин, отметив также значение системной терапии (как

адьювантной, так и неоадьювантной) и всевозрастающий интерес к разработке таргетных препаратов на основе выявления молекулярных особенностей опухолевых клеток. Говоря об опыте проведения органосохраняющих операций (ОСО) у больных РМЖ, докладчик отметил, что оценка чистоты краев резекции является чрезвычайно важным аспектом хирургического лечения. По данным литературы, вероятность развития рецидива при близком крае составляет 7%, при среднем — 18%, при широком — 27%. В то же время в других работах приводятся результаты, согласно которым вероятность развития рецидива одинакова как при широком, так и при узком крае; с точки зрения выживаемости пациенток значимым является только «отрицательный край», поэтому очень важно достичь чистоты краев резекции. При подготовке к проведению ОСО необходимо изучать соотношение размеров опухоли и молочной железы, на основании чего определять размер края. Во время оперативного вмешательства следует проводить цитологическое исследование отпечатков удаленной ткани, ее замороженных срезов, инструментальное исследование полости до зашивания раны. Н. Аникушко отме-

тил, что патоморфолог должен быть обязательным членом хирургической бригады.

Помимо этого, докладчик рассказал о преимуществе проведения хирургического вмешательства совместно с лучевой терапией (ЛТ). Так, показатель 15-летней выживаемости в группе пациенток, которым была проведена ОСО в комплексе с ЛТ, достиг 80%, в то время как в группе контроля — 72%. Также была затронута такая тема, как проведение в Украине реконструктивных операций. В частности, докладчик отметил, что во многих странах онкологические и реконструктивные операции проводят разные специалисты. По его мнению, для имплементации в Украине наиболее приемлемым является опыт Великобритании, в которой хирург-онколог выполняет все вмешательства, за исключением редких случаев, когда техника операции настолько сложна, что требует участия пластического хирурга.



О достижениях в области гормональной терапии (ГТ) рассказал **Даниил Строяковский**, доктор медицинских наук, руководитель химиотерапевтического отделения Городской онкологической больницы № 62 (Москва, Россия). Он подчеркнул, что РМЖ — гетерогенная группа опухолей,

объединенных локализацией, но существенно отличающихся по своим биологическим характеристикам. Сегодня о лечении следует говорить, исходя из индивидуальных молекулярно-генетических характеристик опухолевых клеток конкретной пациентки. Важнейшими критериями при выборе лечеб-

ной тактики являются экспрессия рецепторов к гормонам, HER2 статус, а также уровень экспрессии маркеров пролиферативной активности. Д. Строяковский подробно рассказал о современных методах исследования, которые позволяют уточнить прогноз. Так, в настоящее время существуют такие подходы к исследованию профиля генов опухоли, как определение онкотипа DX21 и PAM50, что позволяет выделить группу пациенток, которые не нуждаются в химиотерапии (ХТ) и у которых целесообразно проводить только адъювантную ГТ.

Докладчик отметил, что из всех форм РМЖ наиболее благоприятными, с точки зрения общей выживаемости, являются опухоли люминального подтипа А, для которых характерно довольно медленное течение, относительно низкая вероятность развития раннего рецидива и положительный прогноз в целом. При данной патологии эффективным является применение тамоксифена, а также ингибиторов ароматазы. Неблагоприятный прогноз при РМЖ люминального подтипа В связан с гиперэкспрессией генов (в частности HER2 в 17-й хромосоме), продукты которых участвуют в активации митогенных путей, альтернативных гормонально-индуцированным. Вследствие этого формируются механизмы резистентности клеток к ГТ. При люминальном В HER2+ РМЖ применение тамоксифена не является достаточно эффективным, целесообразно проведение ХТ в комбинации с таргетными препаратами (в частности, блокирующими активность HER2). Продemonстрирована низкая эффективность в монорежиме также и других препаратов ГТ и повышение результативности лечения при их комбинации с трастузумабом. В исследовании TanDEM показано, что при сочетании анастрозола и трастузумаба существенно повышается выживаемость пациенток, удваивается время до прогрессирования заболевания, а также в 3 раза увеличивается частота полного ответа.

Далее Д. Строяковский отметил, что преимущества длительного применения тамоксифена в адъювантном режиме при лечении пациенток с соответствующими формами РМЖ сегодня не вызывают сомнений: риск прогрессирования заболевания в течение 15 лет снижается на 14%, а общая выживаемость возрастает почти на 10%. Докладчик указал, что применение ингибиторов ароматазы также снижает риск развития отдаленных метастазов и местного рецидива; однако в связи с тем, что для дальнейшего лечения пациенток при прогрессировании заболевания применяют ХТ и ГТ, конечная разница в общей выживаемости незначительна. Помимо этого, докладчик остановился на вопросах целесообразности применения в адъювантной терапии золедроновой кислоты. Он отметил, что использование схем лечения, включающих золедроновую кислоту в сочетании с тамоксифеном или ингибиторами ароматазы, снижает риск развития отдаленных метастазов и местных рецидивов.

При метастатическом РМЖ основой первой линии ГТ являются ингибиторы ароматазы, которые должны назначаться пациенткам, не получавшим их в неoadъювантном режиме или через год после его прекращения. Среди других препаратов, применяемых при данной патологии, докладчик отметил тамоксифен, анастрозол, летрозол, фулвестрант; у больных пременопаузального возраста необходимо блокировать функцию яичников. Помимо этого, Д. Строяковский затронул проблему преодоления резистентности к ГТ. Значимая роль в этом отводится блокированию белка mTOR с помощью таргетного препарата эверолимуса. В исследовании BOLERO-2 проведено сравнение эффективности экземестана в монорежиме и комбинации экземестан + эверолимус и продемонстрировано, что у пациенток с экспрессирующими гормональные рецепторы HER2 опухолями, которые ранее получали нестероидные ингибиторы ароматазы, положительный эффект терапии был существенно выше при применении исследованной комбинации.



Игорь Седаков, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Онкология», главный врач Донецкого областного противоопухолевого центра (ДОПЦ), выступил с докладом, посвященным хирургическому лечению местного-распространенного РМЖ. По словам докладчика, переводение первично неоперабельных форм РМЖ в операбельные можно осуществить с помощью применения метода селективной внутриартериальной полихимиотерапии (СВАПХТ). Данный метод позволяет обеспечить высокую концентрацию химиопрепаратов в опухолевом очаге и регионарных метастазах. И. Седаков подробно рассказал о проведении СВАПХТ на основании практического опыта ДОПЦ. Так, он представил результаты лечения более 3 тыс. пациенток с первично неоперабельной формой РМЖ и отметил, что объективного ответа удается добиться у 90% больных. И. Седаков отметил преимущество проведения катетеризации при стволовом типе ветвления внутренней грудной артерии (arteria thoracica interna) при проведении СВАПХТ. Полученные на практике данные демонстрируют, что при такой схеме лечения 5-летняя выживаемость выше, чем при выполнении процедуры через другие артерии, и составляет 57%. При использовании данного метода катетер продолжительное время остается в сосудистом русле (до 9 мес без развития осложнений), благодаря чему удается осуществлять лечение в режиме непрерывной длительной инфузии химиопрепаратов (суточную дозу вводили в течение 4–6 ч) и проводить до 12 циклов ХТ. 7-летняя выживаемость при ис-

пользовании этого метода у пациенток с первично неоперабельным РМЖ составила 41%, а 10-летняя — 37%. По словам докладчика, в ДОПЦ предпочтительным является проведение ОСО, в частности мастэктомии по Маддену. У больных с локорегионарными рецидивами средняя продолжительность жизни при проведении СВАПХТ составила 28 мес. Также докладчик рассказал о воспалительной форме РМЖ, которая тяжело поддается хирургическому лечению. Помимо этого, И. Седаков остановился на проблеме лечения пациенток при наличии метастатических плевритов, поражения лимфатических узлов средостения. При метастатическом плеврите объективный ответ был достигнут в 70% случаев. Как правило, СВАПХТ проводят таким пациенткам после неуспешного системного лечения.

В ДОПЦ используют также метод внутривенного введения химиопрепаратов. К недостаткам метода относится невозможность вводить таким путем таксаны и антрациклины, поэтому в подавляющем большинстве случаев применяют комбинированное введение препаратов. Данным методом также вводят лекарственные средства других групп, в частности антибиотики, антимикотики. Использование альтернативных способов доставки химиотерапевтических препаратов позволяет достичь удовлетворительных результатов по широкому спектру критериев оценки лечения, среди которых низкая частота развития осложнений, сравнительно низкая стоимость лечения, а также простота и доступность.

И. Седаков также рассказал о новых технологиях, используемых в хирургическом лечении больных РМЖ в ДОПЦ, а именно о методе высоковольтной сварки биологических тканей, разработанном в Институте электросварки им. Е.О. Патона НАН Украины. Метод позволяет проводить хирургические вмешательства, не используя такой классический инструментарий, как лигатуры и зажимы, что способствует сокращению времени операции. Также докладчик рассказал о проведении криодеструкции опухоли в паллиативном режиме, что целесообразно в случаях, когда биологические особенности опухоли не позволяют получить объективного ответа на ХТ и ГТ. Он сообщил о проведении локальной гипертермии при местно-распространенном РМЖ, что способствует усилению действия химиопрепаратов. В настоящее время в ДОПЦ возобновлено применение методов артериальной оксигенации.



В мероприятии также приняла участие делегация онкологов из Грузии, которую возглавил **Георгий Дзагидзе**, доктор медицинских наук, президент Грузинской группы по изучению рака (Georgian Cancer Study Group), руководитель отдела опухолей молочной железы Уни-

верситетского госпиталя Хечинашвили (Тбилиси). Он подробно рассказал об истории изучения этой онкологической патологии; привел данные относительно изменения заболеваемости и смертности на протяжении последних 70 лет, подчеркнув тот факт, что в последние годы результаты лечения стали более удовлетворительными. Это связано с развитием подходов к фенотипированию опухолей (в частности, проведением молекулярно-генетических исследований) и применением схем лечения, включающих таргетные препараты. Г. Дзагидзе поделился опытом лечения в Грузии пациенток с РМЖ. В частности, он сообщил о противопоказаниях к проведению ОСО, среди которых диффузная инфильтративная форма РМЖ, возраст пациенток и др. В контексте определения чистоты краев резекции докладчик отметил, что в возглавляемой им клинике отношение к этому вопросу базируется на рекомендациях NCCN (National Comprehensive Cancer Network), что подразумевает отступление от патологических краев на 1 см. Помимо этого, Г. Дзагидзе остановился на такой проблеме, как проведение ЛТ. Так, открытым остается вопрос об оптимальном времени проведения ЛТ, а именно: перед хирургическим вмешательством, после или во время него («сэндвич-режим»). По данным исследований, последний подход может продемонстрировать преимущества по показателю безрецидивной выживаемости, но консенсуса по этому вопросу пока нет. Кроме того, целесообразность использования ЛТ при лечении пациенток старших возрастных групп или в случаях коморбидности также остается невыясненной.

Г. Дзагидзе рассказал о проведении неоадьювантной и адьювантной терапии, а также о развитии в Грузии направления маммопластики. Докладчик отметил необходимость индивидуализации терапии, что подразумевает учет прогностических факторов, локализации, биологических особенностей опухоли, возраста пациентки и менструального статуса, которая в совокупности должна осуществляться междисциплинарной командой. В заключение докладчик подчеркнул, что новые подходы к лечению пациенток с онкологическими заболеваниями должны создаваться по принципу минимизации вероятности развития побочных реакций.

В рамках знакомства с опытом Georgian Cancer Study Group представлено проводимое в настоящее время на базе клиники рандомизированное исследование, в котором осуществляется сравнительное изучение применения у пациенток с постменопаузальным статусом с местно-распространенным РМЖ 4 курсов ХТ по схеме FAC и ингибиторов ароматазы, относительно влияния на частоту проведения ОСО, а также получения частичного и полного ответа. Помимо этого, были приведены примеры некоторых интересных клинических случаев и описаны подходы к лечению этих пациенток.



О месте ЛТ в лечении при онкологической патологии и нынешнем состоянии этого направления в Украине рассказала **Наталья Семикоз**, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Радиология», заведующая радиологическим отделением ДОПЦ. Она остановилась на работе украинской радиационной службы и затронула существующие в настоящее время проблемы, связанные с обеспечением специализированных учреждений необходимым оборудованием. Н. Семикоз отметила, что в недавнем времени была утверждена государственная концепция развития радиационной медицины в Украине, которая включает 3 направления: диагностика, ЛТ и производство лекарственных средств, применяемых в радиационной медицине. Также сегодня в нашей стране проводится модернизация материально-технической базы, в частности, в скором времени в Украине проведение внутритканевой ЛТ должно стать рутинной практикой.

Докладчик отметила, что некоторые формы РМЖ можно излечить, применяя только ЛТ. Однако требуемые для этого дозы облучения высоки (80–90 Гр), поэтому такие подходы не могут быть использованы в рутинной практике. Оптимальным является проведение ЛТ, ХТ и хирургического лечения. Н. Семикоз подчеркнула, что оптимальных результатов лечения можно достичь при согласовании схемы лечения хирургами, химиотерапевтами, радиологами и, по возможности, морфологами. Она также привела данные рандомизированных исследований, согласно которым предпочтительно проведение ЛТ в адъювантном режиме перед ХТ, поскольку задержка облучения может приводить к повышению частоты развития локорегионарных рецидивов.



О современных подходах к неоадъювантной терапии РМЖ рассказал **Алексей Ковалев**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии Запорожской академии последипломного образования. Он остановился на знаковых этапах развития подходов к лечению больных РМЖ. Так, улучшение прогноза и результатов лечения в середине 1990-х годов связано с применением паклитаксела, доцетаксела и ингибиторов ароматазы, в 2001 г. — трастузумаба и капецитабина. В 2012 г. завершены несколько крупных исследований, показавших вы-

сокую значимость применения МкАТ: BOLERO и CLEOPATRA (трастузумаб и пертузумаб), EMILIA (конъюгаты МкАТ с цитотоксическими веществами). А. Ковалев отметил, что неоадъювантное лечение проводится с целью повышения частоты ОСО, снижения стадии заболевания, однако, по его мнению, главной задачей является получение информации об эффективности терапии, чувствительности опухоли к ГТ и ХТ. На основании этой информации представляется возможным выбрать оптимальную схему адъювантного лечения. В противном случае может сложиться ситуация, когда у пациентки с заболеванием в ранней стадии в течение нескольких месяцев опухоль начнет прогрессировать. Таким образом, проведение неоадъювантной терапии позволяет увеличить длительность безрецидивной выживаемости. Докладчик отметил, что кандидатами на проведение неоадъювантной терапии при операбельном РМЖ являются все пациентки с показаниями к проведению адъювантной терапии. Для составления схемы последней важно обладать информацией о биологических характеристиках опухоли, о метастазах в регионарных лимфоузлах и их ответе на неоадъювантное лечение. Отмечена важность маркирования границ опухоли перед началом неоадъювантной терапии, поскольку в противном случае бывает сложно определить края резекции. В настоящее время с этой целью используют ультразвуковые методы или специальные метки. В настоящее время не достигнут консенсус в вопросе оптимальной продолжительности неоадъювантной терапии, в различных исследованиях приводятся данные от 8 до 36 нед.

Как и другие докладчики, А. Ковалев остановился на проблеме гетерогенности злокачественных опухолей молочной железы. В частности, в люминальном А подтипе РМЖ описано большое количество молекулярных субподтипов, которые отличаются уровнем экспрессии митоген-активируемых протеинкиназ, модификацией рецепторов, активацией альтернативных митогенных путей, низкой активностью определенных белков, нарушениями регуляции клеточного цикла и метаболизма. Докладчик также отметил роль цитохрома р450 в возникновении резистентности к медикаментозному лечению. Так, при вариациях цитохрома р450 широко применяемый препарат тамоксифен не будет эффективным. И хотя в настоящее время нет консенсуса относительно этого вопроса, по мнению А. Ковалева, есть все основания полагать, что в течение ближайших нескольких лет изучение цитохрома р450 станет рутинной практикой при выборе схемы лечения.

Особенностью трижды негативного РМЖ является нестабильность генома, вследствие чего при лечении часто развивается рефрактерность опухоли к терапии. Важным для назначения терапии при РМЖ является определение мутаций

BRCA1 и *CHEK2* — генов, ассоциированных с наследственной формой РМЖ. Показано, в частности, что пациентки с мутацией *BRCA1* чувствительны к препаратам платины. В ряде клинических ситуаций режимы неоадьювантной ХТ должны включать таксаны.

А. Ковалев остановился и на вопросах неоадьювантной таргетной терапии. В настоящее время для применения в неоадьювантном режиме зарегистрирован трастузумаб. В 2012 г. проводили клинические испытания эффективности неоадьювантного применения пертузумаба, бевацизумаба и эверолимуса. Наиболее интересным было исследование нео-АЛТТО — применение в неоадьювантном режиме схем лапатиниб + паклитаксел, трастузумаб + паклитаксел, лапатиниб + трастузумаб + паклитаксел. Последняя схема, осуществляющая двойную блокаду HER2, продемонстрировала самые высокие результаты, с точки зрения получения полного гистологического ответа. По данным других исследований, в которых также изучали результативность двойной блокады HER2 (CLEOPATRA, NeoSphere), предпочтительной является схема трастузумаб + доцетаксел + пертузумаб. Большие надежды возлагали на применение PARP-ингибиторов, однако недавнее исследование III фазы показало, что вопреки ранее полученным результатам они не являются эффективными. В настоящее время ведется разработка ингибиторов эпидермального фактора роста (Epidermal Growth Factor — EGF) и фактора роста эндотелия сосудов (Vascular Endothelial Growth Factor — VEGF).

Также докладчик отметил, что в большинстве европейских стран и США на протяжении многих лет является рутинной практикой применение Герцептина* (трастузумаб) компании «Рош» не только в неоадьювантном, но и в адьювантном режиме, и выразил надежду, что в ближайшем будущем этот подход будет распространен и в нашей стране.

Была затронута и такая тема, как изменение биологических характеристик опухоли в процессе терапии и влияние этого на дальнейшее лечение. Так, иммуногистохимическое исследование должно проводиться перед началом неоадьювантной терапии, а также после проведения хирургического вмешательства. А. Ковалев уделил внимание вопросу экспрессии белка Ki-67 — маркера пролиферативной активности клеток. Несмотря на то что в настоящее время онкологи США не рекомендуют определять эффект неоадьювантной ХТ по экспрессии Ki-67, его роль переоценить крайне трудно. Полученные в клинической практике данные свидетельствуют, что высокий уровень экспрессии этого белка после проведения неоадьювантной терапии коррелирует с неблагоприятным долгосрочным прогнозом; 5-летняя выживаемость выше у пациенток с Ki-67–, чем с Ki-67+.



С докладом, посвященным ХТ в адьювантном режиме, выступил **Ярослав Шпарик**, кандидат медицинских наук, заведующий отделением химиотерапии Львовского государственного онкологического регионального лечебно-диагностического центра. Докладчик

подробно остановился на истории развития адьювантной ХТ пациенток с РМЖ. Также привел результаты исследований режимов CMF, AC (I поколение) и различных комбинаций, включающих доцетаксел или паклитаксел. В настоящее время известно, что схемы адьювантной терапии, включающей таксаны, более предпочтительны, чем комбинации, в которые входят антрациклины, или CMF. Паклитаксел применяют еженедельно на протяжении 12 нед, доцетаксел — 1 раз в 3 нед; сегодня с целью повышения эффективности лечения изучается сокращение интервалов между введением доцетаксела с 3 до 2 нед (ASCO 2012). Докладчик отметил, что с точки зрения достижения длительной выживаемости, значение имеет только достижение полной морфологической регрессии. В то же время неполная регрессия не имеет особого значения ни для общей, ни для безрецидивной выживаемости. 4 цикла AC дают полную регрессию примерно у каждой десятой женщины. Добавление в схемы лечения таксанов существенно увеличивает количество полных клинических ответов, при последовательном применении антрациклинов и таксанов максимальный результат проявляется примерно у каждой пятой больной.

В докладе был рассмотрен также такой практически важный вопрос, как проведение молекулярно-генетического изучения опухоли перед началом терапии, в частности, с помощью иммуногистохимического анализа. Такое исследование позволяет не только составить прогноз эффективности терапии, но также определить оптимальное лечение и избежать нецелесообразного применения лекарственных средств, так называемого перелечивания. Докладчик выразил надежду, что в скором времени в Украине изучение молекулярно-генетического профиля опухоли станет если не рутинной, то хотя бы доступной практикой.

В заключение Я. Шпарик остановился на адьювантном применении трастузумаба и отметил, что этот препарат выравнивает прогнозы между HER2+ и HER2– формами РМЖ, то есть существенно улучшает прогноз для пациенток с HER2+ опухолью. Так, частота полных регрессий при проведении комплексной терапии, включающей трастузумаб, лапатиниб и ХТ, достигает 50%; среди случаев с люминальным подтипом (А и В) — 60%.

*Краткая информация о препарате Герцептин содержится на с. 210.



Интерес аудитории привлек также доклад **Александра Литвиненко**, доктора медицинских наук, профессора, руководителя отдела радиоиндуцированных онкологических заболеваний Национального научного центра радиационной медицины НАМН Украины, который осветил тему ле-

чения при РМЖ с учетом наличия в костном мозгу (КМ) изолированных опухолевых клеток. Докладчик представил результаты собственных исследований, которые были начаты более 10 лет назад. У 52% пациенток с РМЖ выявляли в КМ опухолевые клетки. Такое состояние указывает, как отметил докладчик, на необходимость индивидуальной коррекции проводимого лечения, в частности ХТ. Неoadъювантное лечение проводили по схемам FAC, CMF или AC, после чего осуществляли повторную стерильную пункцию. За этим следовало хирургическое вмешательство и адъювантная ХТ. В случаях, когда повторно выявляли высокую концентрацию опухолевых клеток в КМ, свидетельствующую о резистентности к проведенной ХТ, корректировали схему лечения, что включало применение таксанов, препаратов платины, а также полусинтетических антрациклинов. Коррекцию доз химиотерапевтических препаратов проводили в зависимости от кроветворной функции КМ. В контрольную группу вошли пациентки, у которых не исследовали наличие атипических опухолевых клеток в КМ; эта категория больных получала лечение согласно стандартным протоколам (FAC, CMF, AC). В основной группе (больные, у которых проводили исследование КМ и, при необходимости, корректировали режим адъювантной ХТ) 8-летняя выживаемость составила 61,1%, в подгруппе пациенток без поражения регионарных лимфатических узлов — 68,0%. 8-летняя выживаемость в контрольной группе — 36,2%. Таким образом, для достижения большей эффективности лечения целесообразным является изучение КМ на предмет наличия в нем атипических опухолевых клеток с целью оптимизации терапии.



Актуальную проблему терапии сопровождения у пациенток с РМЖ проанализировал **Вадим Птушкин**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гематологии и онкологии подростков и взрослых ФГУ «Федерального научно-клинического центра детской гематологии,

онкологии и иммунологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации». Он подробно рассказал об истории раз-

вития этого направления в онкологии. Докладчик остановился на вопросах побочных реакций и осложнений при применении схем, включающих различные химиотерапевтические препараты; рассказал о профилактике и лечении фебрильной нейтропении, современных подходах к лечению анемии. В. Птушкин также привел результаты анализа случаев госпитализации в связи с осложнениями основного лечения пациенток и подчеркнул, что одними из наиболее частых проявлений побочных реакций при использовании цитостатических препаратов являются фебрильная нейтропения и инфекционные заболевания. Таргетные препараты характеризуются иным спектром побочных реакций. Так, часто отмечают развитие кожной токсичности и кардиотоксичности. Многие таргетные препараты не обладают самостоятельной миелотоксичностью, однако при комплексном применении с цитостатиками способны ее усилить.

Проявления токсичности часто обуславливают необходимость снижения интенсивности лечения, что отрицательно влияет на его эффективность, в частности на отдаленные результаты. В. Птушкин привел данные исследований, согласно которым, снижение интенсивности ХТ становится причиной смерти в течение 10 лет дополнительно 20% пациенток (Bonadonna G., 2005). Таким образом, терапия сопровождения, направленная на облегчение проводимого лечения, играет важную роль не только с точки зрения его переносимости, но также влияет на эффективность, вследствие чего является неотъемлемой частью комплексного лечения. Докладчик отметил, что последнее учитывается не всеми специалистами, и часто роль терапии сопровождения занижена. Также отмечено, что сегодня острой остается проблема инфекционных осложнений, в частности госпитальных инфекций, возникающих на фоне применения химиотерапевтических препаратов.



Евгений Голько, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой радиологии и онкологии Института последипломного образования и доуниверситетской подготовки Ужгородского национального университета, поделился опытом лечения беременных пациенток. Он отметил,

что до недавнего времени выявление онкологической патологии при беременности считалось прямым показанием к прерыванию беременности. Наиболее часто диагностируют лимфому Ходжкина и злокачественные опухоли молочной железы. Последние представлены в основном внутривнутрипротоковой карциномой с высокой степенью инфильтрации; около 70% опухолей не экспрессируют рецепторы к эстрогенам и прогестерону, в 25–50% выявляют HER2+ статус. В мировой практике в настоящее время лече-

ние больных РМЖ проводят без прерывания беременности, что связано с отсутствием преимуществ такого вмешательства относительно эффективности противоопухолевого лечения. При ранних стадиях РМЖ проводят хирургическое лечение (на любых сроках беременности), а адъювантная терапия, в том числе включающая таргетные препараты, переносится на послеродовой период. Е. Готько отметил, что при согласии пациентки после 14 нед беременности можно проводить адъювантную терапию, что зачастую может сопровождаться незначительными функциональными нарушениями, внутриутробной задержкой роста плода и наступлением преждевременных родов. В заключение докладчик сообщил об опыте лечения в Ужгородском городском онкологическом центре пациентки, у которой во II триместр беременности выявлен HER2+ РМЖ. Пациентке была проведена радикальная мастэктомия с сохра-

нением грудных мышц, а также 4 курса ХТ по схеме АС. После этого выполнено кесарево сечение с рождением здорового ребенка. В последующем проведено еще 2 курса ХТ и назначена антиэстрогенная ГТ, которая продолжается до настоящего времени.

Отдельной секцией школы-семинара было обсуждение в интерактивном режиме практических случаев. Озвученные вопросы послужили поводом для активных дискуссий: к представленным клиническим ситуациям и проблемам равнодушным не остался никто.

Один из главных выводов, который можно сделать, резюмируя материалы мероприятия, заключается в том, что при грамотном и своевременном подходе к диагностике и лечению пациенток с РМЖ прогноз может быть достаточно хорошим.

*Галина Галковская,
фото автора*