ФОКУС НА РАК ЛЕГКОГО С. 3

МЕРОПРИЯТИЯ RUSSCO МАРТ 2017 С. 5

ASCO GI 2017 С.7

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С. 10

МАСТЕР-КЛАСС ДЛЯ РАДИОТЕРАПЕВТОВ С.13

RUSSCO
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ
Официальная газета общества | Выпуск 1 • 2017

RUSSCO И РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПАТОЛОГОАНАТОМОВ НАЧАЛИ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ PD-L1 У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

15 июня 2016 года Российское общество клинической онкологии, Российское общество патологоанатомов и компания "РОШ" подписали меморандум о сотрудничестве в области иммуноонкологии, который включает изучение предикторов эффективности ингибиторов контрольных точек у больных раком мочевого пузыря.

Задачей сравнительного исследования является оценка экспрессии PD-L1 на клетках рака мочевого пузыря, а также на иммунных клетках, инфильтрирующих опухоль, тремя различными методами с использованием клонов Ventana SP142, Ventana SP263 и DAKO 22C3. Каждый клон изучался в отдельном исследовании эффективности ингибиторов контрольных точек и до настоящего времени точно неизвестно, можно ли использовать любой клон перед назначением препаратов.

Материал опухоли 100 пациентов оценивается иммуногистохимически с использованием указанных клонов. Следовательно, в исследовании планируется выполнение 300 тестов и затем сравнение результатов. Подобные исследования, направленные на гармонизацию методов PD-L1 тестирования, проводились для рака легкого, однако, для рака мочевого пузыря таких исследований нет. Оценка PD-L1 статуса может выполняться некоторым больным раком мочевого пузыря как предиктор эффективности последующей терапии.

В исследовании участвуют лаборатории из Москвы, Ростова-на-Дону, Санкт-Петербурга. Первые результаты будут получены в мае этого года.

В РОССИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАН ИММУНООНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ НИВОЛУМАБ

Компания Бристол-Майерс Сквибб зарегистрировала в России иммуноонкологический препарат Опдиво® (ниволумаб), ингибитор PD-1, для лечения трех видов злокачественных опухолей:

- В качестве монотерапии неоперабельной или метастатической меланомы у взрослых пациентов
- В качестве монотерапии местнораспространенного или метастатического немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) у взрослых после предшествующей химиотерапии
- В качестве монотерапии распространенного почечно-клеточного рака (ПКР) у взрослых после предшествующей системной терапии

Ниволумаб является человеческим моноклональным антителом, которое блокирует взаимодействие между рецептором программируемой смерти (PD-1) и его лигандами (PD-L1 и PD-L2). PD-1 рецептор является негативным регулятором активности Т-клеток. Связывание PD-1 с лигандами PD-L1 и PD-L2, которые способны экспрессироваться клетками опухолей или иными клетками микроокружения опухолей, приводит к ингибированию пролиферации Т-клеток и секреции цитокинов. Ниволумаб потенцирует иммунный ответ посредством блокады связывания PD-1 с лигандами PD-L1 и PD-L21.

В исследованиях по всем зарегистрированным показаниям ниволумаб продемонстрировал более высокую эффективность по сравнению со стандартной терапией в отношении общей выживаемости, выживаемости без прогрессирования и длительности ответа на терапию при благоприятном профиле безопасности.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ, ПРОФЕССОР ТЮЛЯНДИН СЕРГЕЙ АЛЕКСЕЕВИЧ ПОЛУЧИЛ ПРЕМИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ НАУКИ И ТЕХНИКИ

12 февраля прошла церемония вручения премий Правительства Российской Федерации в области науки и техники. Работы, удостоенные премий, предварительно прошли общественное обсуждение, рекомендованы секциями Межведомственного совета по присуждению премий правительства Российской Федерации в области науки и техники и выбраны из числа представленных на соискание премий в результате тайного голосования на заседании Межведомственного совета.

Тюляндин Сергей Алексеевич, председатель Российского общества клинической онкологии, получил премию Правительства Российской Федерации в области науки и техники. Премия и Медаль были вручены Министром образования и науки РФ О.Ю. Васильевой.

Как отметил Председатель Правительства Российской Федерации Д.А. Медведев, за всеми результатами стоят годы кропотливой работы.

«Я хочу вас сердечно поблагодарить за ваш труд, за вашу целеустремленность, за всё, что было сделано для достижения этих результатов в нашей стране», – рассказал Председатель Правительства Российской Федерации.

«Все работы, это очень важно подчеркнуть, выполнены на высоком научно-техническом уровне и обеспечили значительный экономический и социальный эффект», – добавила О.Ю. Васильева.

ОСИМЕРТИНИБ ДОСТОВЕРНО УЛУЧШАЕТ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО С МУТАЦИЕЙ ГЕНА EFGR

Тюляндин Сергей Алексеевич
Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Москва

Примерно 10-12% больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) европейской популяции имеют активирующую мутацию гена EGFR. Для таких больных рекомендуется лечение ингибиторами тирозинкиназы рецептора EGFR первого-второго поколений, к которым относятся гефитиниб, эрлотиниб и афатиниб. Несмотря на впечатляющую частоту объективных эффектов и симптоматическое улучшение, у подавляющего большинства больных отмечается прогрессирование болезни в сроки от 10 до 18 мес. Существует несколько механизмов резистентности к ингибиторам тирозинкиназы EGFR первого-второго поколений. Это может быть амплификация MET или HER2, которые компенсируют потерю пролиферативного сигнала от рецептора EGFR, трансформация в мелкоклеточный рак легкого и приобретение клетками опухоли фенотипа эпителиально-мезенхимального перехода. Но наиболее частой причиной резистентности является повторная мутация в гене EGFR T790M (замена треонина на метионин в позиции 790 экзона 20), следствием которой является изменение пространственной структуры активных центров тирозинкиназы рецептора и потеря блокирующего контакта ингибиторами первого-второго поколения. Мутация T790M наблюдается у 50-60% больных с резистентностью к ингибиторам тирозинкиназы первого-второго поколения.

До недавнего времени при возникновении резистентности к ингибиторам тирозинкиназы рецептора EGFR больным назначали цисплатин-содержащую химиотерапию, которая способна индуцировать клинический эффект у 30-40% больных на срок 4-5 месяцев. Осимертиниб является пероральным необратимым ингибитором тирозинкиназы EGFR при одновременном наличии как активирующих мутаций, так и мутации T790M. Его клиническая эффективность при резистентности, обусловленной мутацией T790M, была отмечена на этапе проведения I фазы клинических исследований (исследование AURA1) и послужила основанием для проведения II фазы у больных НМРЛ с активирующей мутацией гена EGFR и развившейся резистентностью к ингибиторам тирозинкиназы первого-второго поколений (исследование AURA2).

В это исследование включались больные с морфологически подтвержденным НМРЛ IIIB-IV стадий, с измеряемыми проявлениями болезни, наличием активирующих мутаций гена EGFR и прогрессированием заболевания вследствие обязательного наличия мутации T790M по данным повторной биопсии после терапии ингибиторами тирозинкиназы первых поколений или после ингибиторов тирозинкиназы и химиотерапии. Разрешалось включение больных с метастазами в ЦНС в случае отсутствия симптомов и показаний к назначению глюкокортикоидов. Всем больным назначали осемертиниб внутрь в дозе 80 мг один раз в день ежедневно постоянно до признаков прогрессирования или переносимой токсичности. Основным критерием эффективности была частота объективного эффекта, дополнительными критериями были время без прогрессирования, продолжительность объективного эффекта, общая выживаемость и токсичность.

В исследование было скринировано 472 больных, из которых у 258 (55%) при прогрессировании болезни обнаружена мутация T790M. Из них в исследование было включено 210 больных. Медиана возраста составила 64 года, женщины составляли 69%, аденокарцинома выявлена у 95% больных, висцеральные метастазы – у 80%, включая 41% больных с метастазами в ЦНС. Ранее лечение гефитинибом было проведено 58% больным, эрлотинибом – 57%, афатинибом – 18%. 65% пациентов ранее получали цисплатин-содержащую химиотерапию.

Медиана времени наблюдения составила 13 мес. Частота объективного эффекта составила 70% (3% полных и 67% частичных регрессий), а медиана продолжительности эффекта была 11,4 мес. Медина времени без прогрессирования составила 9,9 мес. На момент анализа умерло 44 (21%) больных, одногодичная выживаемость составила 81%.

Побочные эффекты проводимой терапии зарегистрированы у 85% больных, из них 3-4 степени – у 34%. Лечение досрочно прекращено вследствие токсичности у 11 (5%) больных. Наиболее частыми осложнениями 3-4 степени были тромбоэмболии (3%), увеличение интервала QT (2%) и анемия, одышка, гипонатриемия, тромбоцитопения (все по 1%). Смерть вследствие осложнений зафиксирована у 7 больных, однако только смерть от интерстициальной болезни легких у одного больного была следствием токсического эффекта самого препарата.

Авторы сделали вывод о высокой активности и хорошей переносимости осимертиниба у больных НМРЛ с резистентностью к ингибиторам тирозинкиназы EGFR вследствие мутации T790M. Все это сделало актуальным проведение рандомизированного исследования по сравнению эффективности осимертиниба и цисплатин-содержащей химиотерапии в этой популяции больных.

Для этого в рандомизированное исследование AURA3 было включено 419 больных метастатическим НМРЛ с активирующими мутациями гена EGFR, у которых отмечалось прогрессирование на фоне лечения ингибиторами тирозинкиназы первого-второго поколений. У всех пациентов при биопсии было определено, что резистентность к ингибиторам тирозинкиназы возникла вследствие мутации T790M. Одновременно с исследованием опухолевой ткани на наличие мутации производили забор крови для определения мутации T790M в плазме. Больные в соотношении 2:1 рандомизировались в группу осимертиниба 80 мг внутрь ежедневно постоянно или химиотерапии пеметрекседом 500 мг/м2 и карбоплатином AUCx5 или цисплатином 75 мг/м2 каждые 3 недели 6 курсов с последующей поддержкой пеметрекседом. В группе химиотерапии разрешался перевод больного на осимертиниб в случае прогрессирования заболевания. Основным критерием эффективности была медиана времени без прогрессирования.

При медиане наблюдения 8,3 мес. медиана времени без прогрессирования была достоверно больше в группе осимертиниба в сравнении с химиотерапией: 10,1 мес. и 4,4 мес. (HR=0,30; p<0,001). Частота объективного эффекта составила 71% в группе осимертиниба и 31% в группе химиотерапии, а их продолжительность – 9,7 мес. и 4,1 мес. соответственно. Увеличение времени без прогрессирования отмечено у 144 больных с наличием метастазов в ЦНС при назначении осимертиниба: 8,5 мес. и 4,2 мес. Данные по общей выживаемости больных будут анализироваться позднее. Осимертиниб обладал лучшей переносимостью, о чем свидетельствует частота побочных эффектов 3-4 степени: 23% в сравнении с 47% в группе химиотерапии.

Таким образом, проведенные исследования показали, что осимертиниб обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью у больных с резистентностью к ингибиторам тирозинкиназы первого-второго поколений вследствие мутации T790M. У таких больных назначение осимертиниба достоверно увеличивает время без прогрессирования по сравнению со стандартной химиотерапией комбинациями с включением пеметрекседа и производных платины.

Литература

1. Goss G, Tsai C-M, Shepherd F, et al. Osimertinib for pretreated EGFR Thr790Met-positive advanced non-small-cell lung cancer (AURA2): a multicenter, open-label, single arm, phase 2 study. Lancet Oncol., published online October 14, 2016.

2. Mok TS, Wu YL, Ahn M, et al. Osimertinib or platinum-pemetrexed in EGFR T790M-positive lung cancer. N. Engl. J. Med., published online December 6, 2016.

ЦЕРИТИНИБ СПОСОБСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЮ ВЫЖИВАЕМОСТИ БЕЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ALK-ПОЗИТИВНЫМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ КРИЗОТИНИБОМ (РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ III ФАЗЫ ASCEND-5)

В отличие от химиопрепаратов, терапия церитинибом способствует увеличению выживаемости без прогрессирования (ВБП) больных ALK-позитивным немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) с прогрессированием заболевания после терапии кризотинибом. Такие результаты были представлены Scagliotti и соавторами на конгрессе ESMO 2016 в Копенгагене (Abstract LBA42_PR).

В проведенном ими клиническом исследовании III фазы ASCEND-5 принял участие 231 больной НМРЛ. Все пациенты ранее находились на терапии кризотинибом. Участники исследования были рандомизированы в соотношении 1:1 на 2 группы, одна из которых получала церитиниб, а вторая – химиопрепарат (пеметрексед или доцетаксел). При прогрессировании заболевания на фоне химиотерапии допускался переход больных на лечение кризотинибом. Основным критерием эффективности был показатель ВБП.

По результатам данного исследования медиана ВБП в группе пациентов, получавших церитиниб, была значительно выше, чем в группе, находившейся на химиотерапии (5,4 vs 1,6 мес. соответственно; HR=0,49, p<0,001). Показатель частоты объективного ответа (ЧОО) был также выше в группе больных, получавших церитиниб (39,1% vs 6,9% соответственно). Разницы в общей выживаемости (ОВ) выявлено не было. Терапию церитинибом продолжили 75 больных с прогрессированием заболевания на фоне химиотерапии.

Профиль безопасности церитиниба был сопоставим с ранее известными данными клинических исследований I и II фазы. Среди нежелательных явлений 3-4 степени чаще всего были зарегистрированы тошнота (7,8%), рвота (7,8%) и диарея (4,3%). Среди нежелательных явлений, обусловленных назначением химиопрепаратов, чаще всего наблюдались нейтропения (15,5%), утомляемость (4,4%) и тошнота (1,8%).

Источник: *веб-сайт ASCO.*

ПЛАЗМА КРОВИ КАК ИСТОЧНИК ОПУХОЛЕВОЙ ДНК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МУТАЦИЙ ГЕНА EGFR ПРИ НМРЛ

Развитие подходов к терапии злокачественных новообразований идет по пути направленного воздействия на молекулярные механизмы, обеспечивающие опухолевый рост[1]. Применение современных таргетных препаратов практически невозможно без проведения лабораторных тестов, направленных на определение молекулярных особенностей опухоли конкретного пациента. В частности, для решения вопроса о назначении ингибиторов рецептора эпидермального фактора роста (EGFR) в первой линии терапии распространенного и метастатического НМРЛ требуется исследование на наличие активирующих мутаций гена EGFR в опухоли [2]. Благодаря программе «Совершенствование молекулярно-генетической диагностики в Российской Федерации», проведение этого анализапостепенно входит в рутинную практику российских врачей-онкологов и химиотерапевтов.

Традиционно в качестве источника опухолевой ДНК для анализа на мутации EGFRиспользуются гистологические блоки с опухолевой тканью. Этот материал позволяет с высокой точностью выявлять практически всех пациентов с мутацией EGFR, благодаря отработанным методикам и высокому содержанию опухолевой ДНК. С развитием молекулярных методов появилась возможность использовать для анализа и цитологические образцы: стёкла, цитоспины, цитологические блоки [3]. Это позволило пациентам, чей гистологический материал недоступен или по каким-то причинам не пригоден для молекулярно-генетического анализа, использовать для исследования цитологические образцы. Тем не менее, пациенты, у которых материал опухоли не мог быть получен в силу её труднодоступности или тяжелого соматического состояния, теряли возможность пройти тестирование на мутации гена EGFRи получить шанс на доступ к таргетной терапии.

К счастью, развитие технологий не стоит на месте. В последние годы опубликованы результаты исследований, свидетельствующих о пригодности циркулирующей опухолевой ДНК (цоДНК), выделяемой из плазмы крови больных, для определения мутаций гена EGFR [4].Соблюдение простых правил получения и транспортировки плазмы в лабораторию позволяет сохранить быстро разрушающуюся цоДНК и выполнить анализ с удовлетворительными результатами. В частности, важно отделить плазму в течение часа после взятия крови, перенести плазму в чистую пробирку и немедленно заморозить её при температуре не выше -20°С.

Сравнительные исследования показывают, что чувствительность теста по плазме, будучи довольно высокой, всё же ниже, чем при использовании гистологического материала(около65%) [5]. Поэтому практикующему врачу, направляющему образец пациента на выявление мутаций гена EGFR, следует обращаться к плазме только тогда, когда варианты использования гистологического и цитологического материала исчерпаны.

Литература

1. Adamson RT.Biomarkers and molecular profiling in non-small cell lung cancer: an expanding role and its managed care implications. Am J Manag Care. 2013 Dec;19(19 Suppl):s398-404.

2. Paz-Ares L, Soulières D, Moecks J, Bara I, Mok T, Klughammer B. Pooled analysis of clinical outcome for EGFR TKI-treated patients with EGFR mutation-positive NSCLC.J Cell Mol Med. 2014 Aug;18(8):1519-39. doi: 10.1111/jcmm.12278. Epub 2014 Aug 6.

3. Smouse JH, Cibas ES, Jänne PA, Joshi VA, Zou KH, Lindeman NI. EGFR mutations are detected comparably in cytologic and surgical pathology specimens of nonsmall cell lung cancer.Cancer. 2009 Feb 25;117(1):67-72. doi: 10.1002/cncy.20011.

4. Normanno N, Denis MG, Thress KS, Ratcliffe M, Reck M. Guide to detecting epidermal growth factor receptor (EGFR) mutations in ctDNA of patients with advanced non-small-cell lung cancer. Oncotarget. 2016 Dec 12. doi: 10.18632/oncotarget.13915. [Epub ahead of print]

5. Douillard JY, Ostoros G, Cobo M, Ciuleanu T, McCormack R, Webster A, Milenkova T. First-line gefitinib in Caucasian EGFR mutation-positive NSCLC patients: a phase-IV, open-label, single-arm study. Br J Cancer. 2014 Jan 7;110(1):55-62. doi: 10.1038/bjc.2013.721. Epub 2013 Nov 21.

ЕСТЬ ЛИ ПРЕИМУЩЕСТВО В ПРОВЕДЕНИИ ОТСРОЧЕННОЙ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО?

В соответствии с результатами исследования, проведенного в Йельском университете, у больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) есть преимущество от проведения отсроченной адъювантной химиотерапии. Под последней подразумевалась химиотерапия, начатая в течение 4 месяцев после выполнения оперативного вмешательства. Работа была опубликована Salazar и соавторами в журнале JAMA Oncology.

По данным статистики ежегодно от рака легкого умирают больше человек, чем от колоректального рака, рака молочной железы и рака предстательной железы вместе взятых. Эффективность проведения адъювантной химиотерапии у больных НМРЛ доказана при наличии злокачественных новообразований крупных размеров или при вовлечении в процесс лимфатических узлов.

Оптимальное время проведения химиотерапии после выполнения хирургического вмешательства до сих пор остается спорным вопросом. Многие клиницисты придерживаются мнения, что ее необходимо начинать в течение 6-9 недель после операции. Тем не менее, наличие у больного послеоперационных осложнений может существенным образом осложнить у пациента проведение химиотерапии.

Целью авторов настоящего исследования было изучить, каким образом время проведения химиотерапии в послеоперационном периоде оказывает влияние на общую выживаемость (ОВ) больных. Для этого они проанализировали пациентов, зарегистрированных в государственном раковом регистре США.

В общей сложности в исследование вошло 12473 больных НМРЛ I, II, III стадиями, получавших адъювантную химиотерапию в различные сроки от момента выполнения операции. В соответствии с результатами анализа продолжительность жизни больных, начавших получать химиотерапию в течение 57-127 дней после операции, была сопоставима с ОВ тех пациентов, кто начинал лечение в рекомендуемые 6-9 недель после операции. Более того, при сравнении с пациентами, которым было выполнено только хирургическое вмешательство, отсроченное проведение химиотерапии коррелировало с более низким риском летального исхода.

Авторы работы сделали вывод о том, что клиницисты должны подходить более серьезно к проведению химиотерапии у больных НМРЛ и рассматривать возможность ее инициации вплоть до 4 месяцев после выполнения хирургического вмешательства.

Планируется проведение дополнительных исследований с целью подтверждения полученных результатов.

Источники: *веб-сайт ASCO; Salazar M, Rosen J, Wang Z., et al. Association of delayed adjuvant chemotherapy with survival after lung cancer surgery. JAMA Oncol. Published online January 5, 2017. doi:10.1001/jamaoncol.2016.5829.*

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ МАРТ 2017 г.

Международная междисциплинарная конференция **«Рак легкого»**	**2-3 марта** Москва, гостиница Интерконтиненталь Москва Тверская (ул. Тверская, 22)
Семинар **«Рак молочной железы. Роль адьювантной терапии, современные тенденции лечения метастатического рака»**	**10 марта** Волгоград
Круглый стол **«Лекарственная терапия в онкоурологии»**	**10 марта** Саратов
Образовательный семинар **«Рак яичников»**	**15 марта** Тверь
Круглый стол **«Лекарственная терапия в онкоурологии»**	**16 марта** Н.Новгород
Мастер-класс **«Рак пищевода и рак желудка – рекомендации RUSSCO и NCCN»**	**17 марта** Екатеринбург
Курсы ПЦР-диагностики соматических мутаций	**20-31 марта** Москва
Мастер-класс **«Саркомы мягких тканей»** *в рамках межрегиональной конференции «День онколога»*	**24 марта** Тюмень
Конференция **«Онкогинекология – рак тела матки»**	**24-25 марта** Москва, Марриотт Москва Гранд Отель (Тверская ул., 26/1)

ASCO GI 2017

Владимирова Любовь Юрьевна
Ростовский научно-исследовательский институт онкологии, Ростов-на-Дону

Ежегодный симпозиум по лечению опухолей ЖКТ ASCO GI (Сан-Франциско, США, 19-21 января 2017 г.) в этом году посетило около 3500 участников, что было отмечено председателем симпозиума Вильямом М. Грэди (Fred Hutchinson Cancer Research Center) «как выдающее количество присутствующих, отражающее качество этого мероприятия». Симпозиум проходил под девизом «Multidisciplinary Precision Care: Progress and Innovation» («Мультидисциплинарный подход к точной медицине: прогресс и инновации»).

Итак, если говорить об инновациях в лечении, позволяющих усовершенствовать точную медицину, то здесь следовало бы отметить несколько представленных сообщений.

Во-первых, это исследования по новому применению известных ранее диагностических и терапевтических подходов:

- Применение ПЭТ при индукционной химиотерапии при резектабельной аденокарциноме пищевода (исследование II фазы CALGB80803). Использование этого метода для оценки эффективности на ранних сроках лечения может максимально увеличить частоту патологического ответа, позволяя перейти с неэффективного лечения на другой вариант химиотерапии (abstract 1).
- Стереотаксическое облучение, которое у больных с местнораспространенной гепатоцеллюлярной карциномой, ожидающих трансплантации печени, может быть альтернативой трансартериальной хемиэмболизации. В небольшом рандомизированном исследовании II фазы была показана сопоставимая эффективность и безопасность этих методов, дополнением к которым явилось отсутствие необходимости госпитализации (abstract 223).

Во-вторых, были показаны потенциальные возможности иммунотерапии, в частности PD-1-ингибитора – ниволумаба – при раке желудка, печени, ободочной и прямой кишки (abstract 2, 226, 519).

В третьих, таргетная терапия продемонстрировала некоторые оптимистичные результаты у больных с ограниченными возможностями в лечении: кабозантиниб при прогрессирующих высокодифференцированных нейроэндокринных опухолях (abstract 228) и вемурафениб в комбинации с цетуксимабом и иринотеканом при метастатическом колоректальном раке с BRAFV600E мутациями (abstract 520).

Кроме успешных результатов исследований, были доложены и неудачи. Они также имеют определенную ценность, позволяя влиять на стандарты оказания помощи и планировать новые исследования. У пациентов с локальным раком билиарного тракта гемцитабин с оксалиплатином в адъюванте после резекции не показал улучшения показателей безрецидивной выживаемости и качества жизни (abstract 225). У больных раком желудка после прогрессирования на химиотерапии (производные платины+5-фторурацил) комбинация ингибитора mTOR эверолимуса и паклитаксела по сравнению с монотерапией паклитакселом не позволила достичь статистически значимых отличий в показателях общей выживаемости, выживаемости без прогрессирования и частоты ответов (исследование III фазы RADPAC) (abstract 4). Возможно, при изучении биомаркеров будут определены подгруппы больных, в которых выигрыш от такой комбинации будет получен.

Обзор 148 исследований II фазы по изучению результатов лечения 7500 больных с местнораспространенным и метастатическим раком поджелудочной железы в первой линии, которые были опубликованы с 1978 по 2015 годы, показал, что в 55,4% результаты были успешными, но только 14,9% исследований были продолжены в III фазе. Отчасти это можно объяснить отсутствием адекватного дизайна в исследованиях, соответствующего рекомендациям Национального института рака (abstract 227).

А теперь остановимся на новых подходах в точной медицине. Прежде всего, ключевым моментом является поиск больных со специфическими характеристиками, которым предложенное лечение гарантирует наилучший результат. Объединенный анализ исследований III фазы REGARD и RAINBOW по изучению рамуцирумаба во 2-й линии лечения больных распространенным раком желудка и желудочно-пищеводного перехода показал преимущества этого антиангиогенного препарата в общей выживаемости, выживаемости без прогрессирования и по общему состоянию здоровья с сопоставимой безопасностью во всех проанализированных возрастных группах, тем самым подтверждая возможность его использования в любом возрасте, в т.ч. у молодых (≤45 лет) и пожилых (≥70 лет) (abstract 3).

Были представлены исследования, показывающие гетерогенность колоректального рака, связанную со стороной поражения заболеванием, как при метастатическом процессе, так и при ранних стадиях заболевания.

Профилирующая мультиплатформа большого банка первичных опухолей правой и левой половины толстого кишечника показала множество молекулярных отличий правой половины (слепая кишка и восходящая) по сравнению с левой половиной (селезеночный изгиб, нисходящая и сигмовидная кишка) и с прямой кишкой, что позволяет предполагать, что клинические исследования должны стратифицировать больных как на основе локализации первичной опухоли, так и их молекулярных характеристиках (abstract 522).

Ретроспективный анализ когорт пациентов с опухолями правой стороны показал худшие результаты лечения в отношении рецидивов заболевания по сравнению с левой стороной у больных со II стадией заболевания на основании двух прогностических маркеров – подсчет 12 генов OncotypeDx и экспрессии опухолей CDX2 (abstract 523).

Полное понимание заболевания играет большую роль для правильного выбора терапии. Это было наглядно продемонстрировано на конгрессе в свете современных представлений прецизионной (точной) медицины.

НОВОСТИ С ASCO GI: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ НИВОЛУМАБОМ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 3 ФАЗЫ ONO-4538-12)

Согласно результатам исследования ONO-4538-12, терапия ниволумабом (Опдиво) способствует значительному (на 37%) снижению риска летального исхода у больных метастатическим раком желудка и пищеводно-желудочного перехода (HR=0,63; p<0,0001). Речь идет о пациентах, ранее получавших лечение и рефрактерных к стандартным режимам химиотерапии. Такие данные были представлены Kang и соавторами на прошедшем на прошлой неделе в Сан-Франциско симпозиуме, посвященном опухолям желудочно-кишечного тракта (Gastrointestinal Cancers Symposium).

Клиническое исследование ONO-4538-12 представляет собой рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование 3 фазы, целью которого была оценка эффективности и безопасности ниволумаба у больных метастатическим раком желудка с прогрессированием заболевания после проведения стандартных режимов химиотерапии. В общей сложности в работе приняли участие 493 больных, которые были рандомизированы в соотношении 2:1 на 2 группы. Одна из них (n=330) получала ниволумаб (3 мг/кг), а вторая (n=163) – плацебо. Лечение продолжалось каждые 2 недели до прогрессирования заболевания или развития признаков непереносимой токсичности. Основным критерием эффективности был показатель общей выживаемости (ОВ). Помимо этого оценивались частота объективного ответа (ЧОО), продолжительность ответа, выживаемость без прогрессирования (ВБП), а также безопасность проводимого лечения.

На момент среза данных (август 2016 г.) медиана ОВ составила 5,32 мес. в группе ниволумаба и 4,14 мес. в группе плацебо (HR=0,63; 95% CI 0,50-0,78; p<0,0001). Показатели 6-месячной ОВ были 46,4% и 34,7% соответственно; однолетней ОВ – 26,6% и 10,9% соответственно. Показатели ЧОО составили 11,2% в группе ниволумаба (95% CI 7,7-15,6) и 0% в группе плацебо (95% CI 0,0-2,8; p<0,0001). Медиана ВБП была 1,61 мес. и 1,45 мес. соответственно (HR 0,60; 95% CI 0,49-0,75; p<0,0001).

Профиль безопасности ниволумаба соответствовал ранее известным данным. Нежелательные явления ≥3 степени развились у 11,5% больных, получавших исследуемый препарат, и 5,5% пациентов, находившихся в группе плацебо. Среди них чаще всего встречались диарея, утомляемость, снижение аппетита, лихорадка, а также повышение уровней АЛТ и АСТ. Прекращение лечения в связи с развитием тех или иных нежелательных явлений было зарегистрировано у 2,7% и 2,5% участников соответственно.

На основании полученных результатов исследователи сделали вывод о том, что терапия ниволумабом оказалась не только эффективной у больных метастатическим раком желудка, ранее получавших лечение, но и обладала приемлемым профилем безопасности.

Источник: *Kang Y-K, Satoh T, Ryu M-H, et al. 2017 Gastrointestinal Cancers Symposium. Abstract number 2.*

НОВОСТИ С ASCO GI: ТАКТИКА АКТИВНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

По данным крупного наблюдательного исследования, проведенного van der Valk и соавторами, отказ от операции и избрание тактики с активным динамическим наблюдением («watch-and-wait») не способствует ухудшению показателей выживаемости больных раком прямой кишки. Речь идет о пациентах, у которых был достигнут полный клинический ответ на проводимое лечение. Именно у них показатель 3-летней выживаемости при выборе подобной тактики составил 91%, что соответствует таковому у больных, которым выполнялась операция. В связи с тем, что нередко оперативные вмешательства на прямой кишке сопровождаются развитием осложнений, полученные результаты как нельзя более радуют. Данные были представлены на прошедшем недавно в Сан-Франциско симпозиуме, посвященном опухолям желудочно-кишечного тракта (Gastrointestinal Cancers Symposium; Abstract 521).

Несмотря на то, что подходы к терапии больных раком прямой кишки широко варьируют между странами, хирургическое вмешательство продолжает оставаться основным методом лечения. Как правило, до операции во многих клиниках больным со II-IV стадиями рака прямой кишки проводится химиотерапия и/или лучевая терапия. Отсутствие признаков злокачественного процесса после предоперационной терапии наблюдается у 20% пациентов, что ставит под сомнение необходимость выполнения им хирургического вмешательства. По мнению авторов

Продолжение на стр. 9

Начало на стр. 7

проведенного исследования, в ряде случаев тактика активного динамического наблюдения может оказаться эффективной. Несмотря на это, они считают, что еще слишком рано делать окончательные выводы и вводить данный подход в повседневную клиническую деятельность.

Исследование было проведено на основании информации, представленной в международном консорциуме баз данных тактики с активным динамическим наблюдением (International Watch and Wait Database Consortium – IWWD), куда вошли 35 клиник из 11 стран мира. В общей сложности было проанализировано 802 больных раком прямой кишки. Ни у одного из пациентов не было признаков заболевания после проведения химиотерапии и лучевой терапии. В качестве методов, подтверждающих отсутствие болезни, использовались данные осмотра, эндоскопии или томографии (магнитно-резонансная томография [МРТ] и компьютерная томография [КТ]). Всем пациентам проводилось активное динамическое наблюдение, которое заключалось в регулярном (каждые 3 месяца в течение первых 2 лет) осмотре, выполнении эндоскопии и МРТ.

Тактика активного динамического наблюдения не является общепринятым подходом в лечении больных раком прямой кишки. По данным статистики, ее применяют не более чем у 5% от общего числа больных. Более того, подходы к предоперационной терапии, а также методам оценки ее эффективности могут значительным образом отличаться между странами.

В соответствии с результатами проведенного исследования при медиане наблюдения 2,6 лет у 25% пациентов возник рецидив заболевания, который явился поводом выполнения оперативного вмешательства. Отдаленные метастазы развились у 7% больных. Показатель 3-летней общей выживаемости (ОВ) составил 91% среди всех больных и 87% – среди пациентов, у кого возник местный рецидив. Полученные данные были сопоставимы с ОВ больных, у которых выполнялась операция.

Несмотря на достигнутые результаты, авторы работы считают, что решение об оперативном вмешательстве должно приниматься строго индивидуально. В то время как одни пациенты предпочитают от него отказаться, опасаясь осложнений, другие, напротив, соглашаются с необходимостью его выполнения, боясь возможного рецидива заболевания.

Источник: *веб-сайт ASCO.*

НОВОСТИ С ASCO GI: РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

В соответствии с результатами нового анализа клинического исследования CALGB 80405 (Alliance) продолжительность жизни больных метастатическим колоректальным раком, регулярно занимающихся умеренной физической активностью, была выше, чем у менее подвижных пациентов. Риск летального исхода и прогрессирования заболевания у больных, ежедневно занимающихся умеренной физической нагрузкой (≥30 минут в день) от момента начала химиотерапии, был ниже на 19% и 16% соответственно. Такие результаты были представлены Guercio и соавторами на прошедшем недавно в Сан-Франциско симпозиуме, посвященном опухолям желудочно-кишечного тракта (Gastrointestinal Cancers Symposium; Abstract 659).

По данным авторов проведенный ими анализ является первым свидетельством наличия подобной корреляции у больных метастатическим колоректальным раком. В ранее проведенных исследованиях было доказано наличие прямой взаимосвязи между регулярной физической активностью и продолжительностью жизни больных колоректальным раком, не имеющих отдаленных метастазов.

В общей сложности была проанализирована информация о 1231 больном метастатическим колоректальным раком, принявшем участие в клиническом исследовании 3 фазы CALGB 80405. С момента начала химиотерапии все пациенты заполняли опросники. На основании полученных ответов определялся уровень физической активности каждого пациента. Физическая нагрузка считалась высокой, если больные занимались умеренной физической активностью (прогулка, уборка или работа в саду) в течение 30 и более минут ежедневно. В том случае, когда пациенты уделяли физическим упражнениям всего 30 минут в неделю, их уровень физической активности считался низким. Среди факторов, влияющих на желание пациента заниматься физической нагрузкой, были возраст, сопутствующая патология, изменение веса, вид проводимой химиотерапии.

В общей сложности у больных, активно занимающихся физической деятельностью, был более низким риск прогрессирования заболевания и развития летального исхода. Интересно, что занятие такой физической активностью, как прогулка или стрижка газона, уже способствовало увеличению продолжительности жизни больных. У пациентов, вовлеченных в такую деятельность в течение 5 часов еженедельно, риск летального исхода снижался на 25%. Как бы то ни было, взаимосвязи между интенсивной физической нагрузкой (бег, спортивные игры) и продолжительностью жизни больных выявлено не было.

Несмотря на полученные результаты, авторы работы считают, что необходимо проведение дополнительных исследований с целью их подтверждения.

Источник: *веб-сайт ASCO.*

ЗАПОЗДАЛАЯ БИТВА ГИГАНТОВ: СРАВНЕНИЕ ЛЕТРОЗОЛА И АНАСТРОЗОЛА В ИССЛЕДОВАНИИ FACE

Тюляндин Сергей Алексеевич
Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Москва

Напоминанием о давно прошедших битвах являются результаты опубликованного в Journal of Clinical Oncology исследования FACE по сравнению эффективности и токсичности летрозола и анастрозола при проведении адъювантной терапии больным раком молочной железы. Сколько копий было сломано за 15 лет в попытках показать преимущество одного препарата над другим. К тому времени в рандомизированных исследованиях было показано преимущество как анастрозола, так и летрозола над тамоксифеном при проведении первой линии гормонотерапии больных метастатическим раком молочной железы [1,2]. Основанием для предположения о потенциально большей эффективности послужили небольшие исследования, продемонстрировавшие большую способность летрозола в сравнении с анастрозолом ингибировать фермент ароматазу и снижать уровень эстрадиола в плазме больных раком молочной железы [3]. Оставалось неясным, приводит ли большая ингибирующая способность летрозола к увеличению клинической противоопухолевой эффективности. Для этого потребовалось прямое сравнение двух препаратов в рандомизированном исследовании и 10 лет работы. Правда, к сегодняшнему дню каждый из нас давно решил этот вопрос для себя, назначая всем больным любимый препарат или, уверовав в их равную эффективность, рекомендуя просто ингибиторы ароматазы. Тем интереснее узнать, правильно ли мы поступали все это время, познакомившись с результатами исследования FACE.

В исследование включались больные раком молочной железы IIA-IIIC стадий с наличием рецепторов стероидных гормонов в опухоли и менопаузы [4]. Больным должно быть проведено оперативное лечение и по показаниям адъювантная химиотерапия и лучевая терапия. Всем больным назначали летрозол 2,5 мг или анастрозол 1 мг внутрь ежедневно постоянно 5 лет. Стратификация проводилась в зависимости от числа метастазов в подмышечные лимфоузлы (1-3 и больше 3) и наличия/отсутствия гиперэкспресии HER2. Основным критерием эффективности была безрецидивная выживаемость, дополнительными критериями – общая продолжительность жизни, время до развития отдаленных метастазов и токсичность.

За период 2005-2008 гг. в исследование было включено 4136 больных с медианой возраста 63 года, отсутствием гиперэкспресии HER2 у 11%, наличием более 3 метастазов в подмышечных лимфоузлах у 29%, ранее проведенной адъювантной химиотерапией у 62% и радиотерапией у 30% пациенток. Медиана наблюдения составила 65 мес., медиана продолжительности приема обоих препаратов – 60 мес. В группе летрозола и анастрозола 36% и 38% больных соответственно прекратили лечение досрочно по причине токсичности (15% и 13% соответственно) или прогрессирования заболевания (9,5% и 10,4%). При анализе результатов не отмечено разницы в 5-летней безрецидивной выживаемости, которая составила 84,9% для летрозола и 82,9% для анастрозола (HR=0,93; p=0,31). Ни в одной из изученных подгрупп не было получено достоверных свидетельств о лучшей безрецидивной выживаемости при использовании одного из препаратов. Не отмечено разницы при сравнении показателей 5-летней общей выживаемости, которая составила 89,9% для летрозола и 89,2% для анастрозола. Отдаленные метастазы зарегистрированы у 10,8% в каждой группе, время появления которых и зоны метастазирования были одинаковыми.

Не отмечено существенной разницы в токсичности терапии обоими препаратами. Наиболее частыми побочными эффектами были артралгия у 48,2% больных при приеме летрозола и 47,9% на анастрозоле; приливы – у 32,5% и 32,3% соответственно; слабость – у 16,8% и 16,6%; остеопороз – у 10,9% и 10,9%; миалгия – у 11,4% и 10,3%. Наиболее частыми проявления токсичности 3-4 степени были артралгии – у 3,9% и 3,3% соответственно; повышение АД – у 1,2% и 1,0%; приливы – у 0,8% и 0,4%; миалгии – у 0,8% и 0,7%; депрессия – 0,8% и 0,4%.

Авторы делают вывод о равной клинической эффективности и токсичности летрозола и анастрозола при проведении адъювантной терапии в течение 5 лет у постменопаузальных больных операбельным гормонозависимым раком молочной железы. Результаты исследования FACE совпадают с результатами других исследований, ставшими доступными в последние годы. Так, в рандомизированном исследовании III фазы MA.27 продемонстрирована равная эффективность другого ингибитора ароматазы эксеместана и анастрозола при проведении адъювантной терапии больных операбельным раком молочной железы, при этом эксеместан, как и летрозол, в большей степени ингибирует ароматазу и снижает уровень эстрадиола по сравнению с анастрозолом [5]. В другом рандомизированном исследовании II фазы Z1031 показана равная противоопухолевая эффективность летрозола, анастрозола и эксеместана в качестве предоперационной гормонотерапии рака молочной железы [6]. Также в рандомизированном исследовании III фазы продемонстрирована равная медиана времени без прогрессирования и общей продолжительности жизни при назначении летрозола и анастразола в качестве второй линии гормонотерапии у больных метастатическим раком молочной железы [7]. Следует отметить, что в последнем исследовании частота объективного эффекта была выше в группе летрозола в сравнении с анастрозолом (19% vs 12%). Таким образом, правы те, кто уже давно на основании собственного опыта пришел к выводу о равной эффективности и токсичности летрозола и анастрозола (сюда можно добавить и эксеместан) как при проведении адъювантной терапии у операбельных больных, так и при лечении метастатической болезни. Оба препарата к настоящему времени потеряли патентную защиту, и на рынке обращается огромное количество генериков как анастразола, так и летрозола. Поэтому сейчас более актуальным является не сравнение двух оригинальных лекарств, а сведения, насколько тот или иной генерик по своим лечебным свойствам отличается от Фемары или Аримидекса.

Литература

1. Bonneterre J, Buzdar A, Nabholtz JM, et al. Anastrozoleis superior to tamoxifen as first-line therapy inhormone receptor positive advanced breast carcinoma. Cancer 2001; 92: 2247-58.

2. Mouridsen H, Gershanovich M, Sun Y, et al. Superior efficacy of letrozole versus tamoxifen as first-line therapy for postmenopausal women with advanced breast cancer: results of a phase III study of the International Letrozole Breast Cancer Group. J. Clin. Oncol. 2001; 19: 2596-606.

3.Geisler J, Helle H, Ekse D, et al. Letrozole is superior to anastrozole in suppressing breast cancer tissue and plasma estrogen levels. Clin. Cancer Res. 2008; 14: 6330-6335.

4. Smith I, Yardley D, Burris H, et al. Comparative efficacy and safety of adjuvant letrozole versus anastrozole in postmenopausal patients with hormone receptor-positive, node positive early breast cancer: final results of the randomized phase III Femara versus anastrozole clinical evaluation (FACE) trial. J. Clin. Oncol., published online January 23, 2017.

5. Goss PE, Ingle JN, Pritchard KI, et al. Exemestane versus anastrozole in postmenopausal women with early breast cancer: NCIC CTG MA.27 – a randomized controlled phase III trial. J. Clin. Oncol. 2013; 31: 1398-1404.

6. Ellis MJ, Suman VJ, Hoog J, et al. Randomized phase II neoadjuvant comparison between letrozole, anastrozole, and exemestane for postmenopausal women with estrogen receptor-rich stage 2 to 3 breast cancer: Clinical and biomarker outcomes and predictive value of the baseline PAM50-based intrinsic subtype. ACOSOG Z1031. J. Clin. Oncol. 2011; 29: 2342-2349.

7. Rose C, Vtoraya O, Pluzanska A, et al. An open randomised trial of second-line endocrine therapy in advanced breast cancer: Comparison of the aromatase inhibitors letrozole and anastrozole. Eur. J. Cancer 2003, 39: 2318-2327.

НОВОСТИ ИЗ САН-АНТОНИО: ЭФФЕКТИВНО ЛИ ДОБАВЛЕНИЕ ИНГИБИТОРА АРОМАТАЗЫ К ПРЕДОПЕРАЦИОННОМУ РЕЖИМУ ТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОМУ У БОЛЬНЫХ ГОРМОНОЗАВИСИМЫМ HER2-ПОЗИТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Дополнение ингибитором ароматазы предоперационной терапии с включением доцетаксела, карбоплатина, трастузумаба (Герцептин) и пертузумаба (Перьета) не способствует значительному увеличению частоты полного патоморфологического ответа у больных гормонозависимым HER2-позитивным раком молочной железы (РМЖ). Такой вывод был сделан авторами клинического исследования III фазы NSABP B-52, представленного на прошедшем в Сан-Антонио симпозиуме по РМЖ.

В данном исследовании приняли участие 315 больных местно-распространенным гормонозависимым HER2-позитивным РМЖ. Все пациентки были рандомизированы в соотношении 1:1 на 2 группы, одна из которых получала в неоадъювантном режиме доцетаксел, карбоплатин, трастузумаб и пертузумаб, а вторая – комбинацию этого режима с ингибитором ароматазы. Больные, находившиеся в пременопаузе и рандомизированные в группу ингибитора ароматазы, дополнительно получали гозерелин или эквивалентный ему препарат.

По результатам данного исследования полный патоморфологический ответ был зарегистрирован у 71/308 (46,1%) больных, дополнительно получавших ингибитор ароматазы, и у 63/154 (40,9%) пациенток, проходивших лечение без него. Результат оказался статистически не значимым.

Несмотря на то, что исследуемая комбинация удовлетворительно переносилась, исследователи сделали вывод о том, что на сегодняшний день она не должна стать заменой существующему режиму неоадъювантной химиотерапии данной группы больных. Тем не менее, планируется проведение подгруппового анализа с целью выделения категории пациенток, кому она может оказаться полезной.

Источник: *веб-сайт ASCO; San Antonio Breast Cancer Symposium 2016 (Abstract S3-06).*

НОВОСТИ ИЗ САН-АНТОНИО: ПРОВЕДЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ СПОСОБСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РЕКОНСТРУКЦИЯ КОТОРОЙ ВЫПОЛНЕНА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТОВ

Проведение лучевой терапии в послеоперационном периоде способствует увеличению числа осложнений и оказывает влияние на качество жизни больных раком молочной железы (РМЖ). Речь идет о пациентках, у которых после мастэктомии выполнена реконструкция молочной железы за счет установки импланта. Подобной зависимости у больных, пластика молочных желез которых проведена с использованием аутологичных тканей, выявлено не было. Такие результаты были представлены авторами исследования MROC (Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium) на прошедшем недавно в Сан-Антонио симпозиуме по РМЖ.

В проведенном ими крупном проспективном многоцентровом исследовании приняли участие больные РМЖ, которым после операции проводилась/не проводилась лучевая терапия (553 и 1461 человек соответственно). Аутологичная трансплантация ткани после мастэктомии была выполнена у 38% больных, получивших лучевую терапию, и 25% больных, которым она не назначалась. Оставшимся участницам исследования была выполнена реконструкция молочной железы с применением имплантов.

Основной целью работы была оценка взаимосвязи между лучевой терапией и риском развития осложнений после реконструкции молочной железы (гематома, инфекционный процесс и т.д.). Помимо этого изучалось качество жизни больных с помощью опросника BREAST-Q, который пациентки заполняли через 1 год и 2 года после пластики.

Как минимум 1 вид осложнений спустя 1 год после реконструкции развился у 28,8% участниц, получивших лучевую терапию, и 22,3% пациенток, кому она не была проведена. Аналогичный показатель спустя 2 года после пластики составил 34,1% и 22,5% больных соответственно.

У пациенток, реконструкция молочных желез которых была выполнена за счет установки импланта, риск развития осложнений после проведения лучевой терапии был более чем в 2 раза выше. В то же время, у больных, реконструкция молочных желез которых была выполнена с использованием аутологичных тканей, взаимосвязи между ней и осложнениями после лучевой терапии выявлено не было.

Среди участниц исследования, кому были установлены импланты, качество жизни было значительно ниже в группе пациенток, получивших лучевую терапию. Напротив, у больных с аутологичной трансплантацией разницы в качестве жизни среди групп, получавших/не получавших лучевую терапию, выявлено не было.

Источник: *веб-сайт ASCO; San Antonio Breast Cancer Symposium 2016 (Abstract S3-07).*

НОВОСТИ ИЗ САН-АНТОНИО: ВОЗМОЖНО ЛИ ИЗБЕЖАТЬ ВЫПОЛНЕНИЕ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧИВШИХ НЕОАДЪЮВАНТНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ?

Отсутствие злокачественных клеток в интраоперационном биоптате сигнального лимфатического узла ассоциировано с низким риском рецидива рака молочной железы (РМЖ) в аксиллярные лимфатические узлы. Подобная закономерность была выявлена у больных, имеющих операбельные опухоли больших размеров, а также отсутствие клинических признаков поражения подмышечных лимфатических узлов до проведения неоадъювантной химиотерапии. Такие результаты были получены в одном из исследований, представленных на симпозиуме по РМЖ в Сан-Антонио.

В общей сложности в клиническое исследование GANEA 2 было включено 590 больных, имеющих операбельную опухоль молочной железы больших размеров. Ни у одной участницы исследования не было выявлено признаков поражения аксиллярных лимфатических узлов по результатам тонкоигольной биопсии, выполненной под контролем УЗИ. Всем пациенткам проводилась неоадъювантная химиотерапия с последующим выполнением оперативного вмешательства и интраоперационной биопсией сторожевого лимфатического узла.

Злокачественные клетки были выявлены в биоптатах сторожевых лимфатических узлов 139 пациенток. Впоследствии всем им была выполнена подмышечная лимфаденэктомия. В биоптатах сторожевых лимфатических узлов 432 пациенток злокачественные клетки не были обнаружены. Из них данные по выживаемости были доступны у 416 участниц. Медиана наблюдения в последней группе больных составила 35,8 мес.

Показатель 3-летней безрецидивной выживаемости в группе больных, у которых не было признаков поражения сторожевого лимфатического узла и которым не проводилась подмышечная лимфаденэктомия, составил 94,8%. У 1 пациентки был рецидив заболевания в подмышечные лифатические узлы на стороне поражения. У 9 других пациенток были выявлены отдаленные метастазы (n=3) или рецидивы заболевания в молочные железы (n=6). Показатель общей выживаемости составил 98,7%.

На основании полученных результатов авторы исследования делают вывод о том, что выполнение подмышечной лимфаденэктомии можно избежать у тех больных, у кого до проведения неоадъювантной химиотерапии нет признаков поражения аксиллярных лимфатических узлов, а также отсутствует поражение сторожевого лимфатического узла по данным интраоперационной биопсии.

Источник: *веб-сайт ASCO; San Antonio Breast Cancer Symposium 2016 (Abstract S2-07).*

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, КОТОРЫМ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ ВЫПОЛНЕНА РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Риск развития осложнений и качество жизни у больных раком молочной железы (РМЖ) старших возрастных групп существенным образом не отличаются от больных более молодого возраста. Такие результаты были представлены Santosa и соавторами и опубликованы в журнале the Journal of the American College of Surgeons. Речь шла о пациентках, у которых после мастэктомии выполнялась реконструкция молочной железы. В общей сложности в исследовании MROC (Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium) приняли участие 1531 женщина, получавшие лечение в 11 клиниках США и Канады. Оценка эффективности терапии и качества жизни больных проводились спустя 2 года после выполнения мастэктомии и реконструкции молочной железы.

По данным статистики, в 2016 г. РМЖ был впервые диагностирован у 250 000 женщин. Из них около 40% больных были представительницами старших (≥62 лет) возрастных групп. Несмотря на то, что частота выполнения мастэктомии за последние 10 лет увеличилась, назначение ее данной категории пациенток находит ряд противопоказаний.

Исследования по оценке эффективности и безопасности реконструкции молочной железы у больных разных возрастных групп ранее проводились. Зачастую их недостатками являлись дизайн и размер выборки. Более того, в ряде исследований не выполнялась оценка качества жизни больных. В связи с этим проведение качественного крупного исследования являлось как нельзя более актуальным. Им стало проспективное исследование MROC, набор в которое проходил с февраля 2012 г. по июль 2016 г.

В зависимости от возраста всех участниц исследования разделили на 3 группы: <45 лет (494 больных), 45-60 лет (803 больных) и >60 лет (234 больных). Оценка качества жизни пациенток проводилась с помощью опросника BREAST-Q. При анализе частоты развития осложнений учитывали то, каким образом была выполнена реконструкция (за счет установки импланта или с использованием аутологичных тканей). Частота развития осложнений у больных, реконструкция молочной железы которых была выполнена с применением имплантов, составила 22% в младшей возрастной группе, 27% – у больных среднего возраста и 29% – у пациенток в старшей возрастной группе. В аналогичных возрастных группах больных после аутологичной трансплантации ткани частота развития осложнений составила 33%, 29% и 31% соответственно.

Только в одной возрастной группе больных качество жизни незначительно снизилось после выполнения реконструкции молочной железы. Ими оказались пациентки старшего возраста, у которых после мастэктомии была выполнена реконструкция молочной железы за счет установки импланта.

Таким образом, на основании полученных результатов авторы исследования сделали вывод о том, что возраст пациенток не оказывает значительного влияния на развитие осложнений и качество больных РМЖ, которым после мастэктомии выполнена ее реконструкция.

Источник: *веб-сайт ASCO; Santosa K, Qi J, Kim H, et al. Effect of patient age on outcomes in breast reconstruction: results from a multicenter prospective study. Journal of the American College of Surgeons. December 2016. Volume 223, Issue 6, p.745-754.*

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОВАРИЭКТОМИИ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НОСИТЕЛЬНИЦ МУТАЦИИ В ГЕНАХ BRCA

Вопрос о том, насколько выполнение профилактической овариэктомии у носительниц мутации в генах BRCA снижает риск развития рака молочной железы (РМЖ), до сих пор является предметом оживленных дискуссий. Авторы исследования, опубликованного недавно в the Journal of the National Cancer Institute, провели ретроспективный анализ, целью которого явилась оценка риска развития РМЖ у носительниц мутации в генах BRCA после выполнения им двусторонней овариэктомии.

В общей сложности в исследование вошли 3722 женщины, наблюдение за которыми выполнялось до диагностики РМЖ, выполнения профилактической билатеральной мастэктомии или регистрации летального исхода. Овариэктомия была выполнена 1552 пациенткам. У 2170 больных ее не выполнили. Мутация в гене BRCA1 была выявлена у 77% и 83% участниц исследования соответственно. Мутация в гене BRCA2 обнаружена у 23% и 17% участниц исследования соответственно.

По результатам данного исследования при медиане наблюдения 5,6 лет РМЖ был выявлен у 350 женщин. Выполнение овариэктомии не было связано с риском развития РМЖ. Данный вывод был получен при проведении сравнения между носительницами мутаций в гене BRCA1 или BRCA2, перенесшими эту операцию, и теми, кому она не выполнялась. Соотношение рисков, стандартизованное по возрасту, составило 0,96 (95% ДИ 0,73-1,26; p=0,76) для носительниц мутации в гене BRCA1 и 0,65 (95% ДИ 0,37-1,16; p=0,14) для носительниц мутации в гене BRCA2.

При проведении стратификационного анализа оказалось, что выполнение овариэктомии является статистически значимым в отношении риска развития РМЖ у носительниц мутации в гене BRCA2, выявленной у женщин младше 50 лет (ОР 0,18, 95% ДИ 0,05-0,63, p=0,007). Выполнение аналогичной операции у женщин моложе 50 лет, являющихся носительницами мутации в гене BRCA1, не было связано с риском развития РМЖ (ОР 0,79, 95% ДИ 0,55-1,13; p=0,51).

На основании полученных результатов авторы исследования пришли к выводу о том, что выполнение профилактической овариэктомии способствует предотвращению риска развития РМЖ у пременопаузальных больных, являющихся носительницами мутации в гене BRCA2, но не имеет значения для аналогичной группы больных, являющихся носительницами мутации в гене BRCA1. Необходимо проведение дополнительных исследований с целью подтверждения полученных результатов.

Источник: Kotsopoulos J, Huzarski T, Gronwald J, et al. Bilateral oophorectomy and breast cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. JNCI. J Natl Cancer Inst, 2017. 109 (1): djw177 doi:10.1093/jnci/djw177.

МАСТЕР-КЛАСС ДЛЯ РАДИОТЕРАПЕВТОВ ПО РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 2017: АНАЛИЗ

Н.В. Деньгина, М.В. Черных

3 февраля 2017 года, в начале второго дня Большой конференции RUSSCO «Рак молочной железы», состоялся очередной мастер-класс для радиотерапевтов, в котором приняли участие 49 наших коллег из различных регионов России, преимущественно из Москвы и Московской области, а также из Тулы, Нижнего Новгорода, Самары, Екатеринбурга, Казани, Челябинска, Тамбова, Калмыкии. Возрастной диапазон вновь был велик: от 25 до 65 лет, но, в отличие от предыдущих ноябрьских мастер-классов, в этот раз наибольшее количество участников представляли крупные онкологические центры (их было более половины). При этом также почти половина оказались новичками мастер-классов, присутствуя впервые, но были и те, кто участвовал во второй и третий раз (по 6 человек), и пятеро респондентов были с нами практически на всех мероприятиях.

Этот мастер-класс несколько отличался по формату от предыдущих и имел особую предысторию, о которой стоит сказать особо. На наших мероприятиях в дни ноябрьского конгресса лекторы впервые использовали для демонстрации контуров органов риска, мишеней и анатомических структур очень удобный сайт www.eContour.org, доступный онлайн в любом уголке мира. Открыв его на рабочем компьютере параллельно с полученными в ходе предлучевой подготовки срезами в программе по оконтуриванию, можно без особого труда определиться с контурами всех основных структур, которые должны присутствовать в лечебном плане, сравнить свои данные с теми, что представлены экспертами, и проверить себя. Сайт относительно молодой, и до недавних пор информации по оконтуриванию при раке молочной железы в нем не содержалось («Coming soon!») – однако она оказалась на сайте как раз к началу нашего мастер-класса благодаря оперативности авторов и помощи наших коллег Тимура Митина и профессора Reshma Jagsi, которые, ревизировав представленные случаи и внеся свои поправки, способствовали своевременному появлению их на eCountour.org.

Профессор Reshma Jagsi стала нашим ментором на данном мероприятии. Не просто молодая, красивая и артистичная дама, наша коллега. Не просто радиотерапевт, не просто приглашенный лектор из Штатов. Британка индийского происхождения, окончившая медицинскую школу Гарвардского университета и защитившая диссертацию в Оксфорде, ныне профессор университета штата Мичиган. Сертифицированный по радиационной онкологии член Американского общества радиологии, возглавляющий немалое количество научных и этических комитетов от ASTRO, автор более сотни публикаций в крупнейших научных журналах и основной исследователь наиболее интригующих работ по раку молочной железы, редактор всемирно известных International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, Journal of Clinical Oncology, JAMA Oncology. Эксперт мирового уровня, которого нам посчастливилось видеть и слушать в качестве лектора конференции RUSSCO по раку молочной железы и ведущей нашего очередного мастер-класса. Формат его изначально предполагался быть отличным от предыдущих: профессор Jagsi предложила остановиться на вопросах, традиционно интересующих радиационных онкологов во всем мире – отбор больных для послеоперационного облучения, в том числе в наиболее спорных случаях (T2N1 или T3N0 после мастэктомии и т.д.), показания к облучению регионарных зон и др. По этой причине ее лекция была начата с детального обзора вроде бы уже известных исследований – датских 82b и 82c, British Columbia и других, более поздних – но какого обзора! Глубочайшего анализа, явившегося примером для всех нас: как «копать», сопоставлять, сравнивать, сомневаться, выяснять!.. Не опираться лишь на скупые выжимки абстрактов, а вглядываться в малейшие детали и в итоге делать практические выводы для себя, коллег и учеников. Выводы о том, ЧТО, В КАКИХ СИТУАЦИЯХ и КАК облучать, когда безопасно отказаться от адъювантной лучевой терапии, даже если ранее склонялись к ее проведению, а когда предоставить выбор пациентке, разъяснив все возможные исходы предполагаемого лечения. К сожалению, подобный формат был недопонят рядом участников, расценивших его лишь как «возврат к слишком старому и слишком хорошо известному», поскольку непосредственно контурингу времени было уделено при этом недостаточно. Но мы надеемся, что интерес большей части аудитории был действительно неподдельным, поскольку переоценить актуальность обсужденных вопросов невозможно.

Пре- и пост-тесты состояли из 2 частей: графической и теоретической (точнее, тактической). К сожалению, вновь не все участники затруднили себя заполнением обеих сторон тестовых листов, в связи с чем организаторами принято решение на следующих мастер-классах выдавать печатные версии методических рекомендаций только при условии заполнения всех тестовых заданий. В отношении результатов графических тестов сложно делать какие-либо выводы: из 49 присутствующих респондентов их сдали только 19 человек и лишь 8 из них заполнили и пре – и пост-тесты полностью. Только трое выполнили задание практически без ошибок.

С оконтуриванием грудной стенки (с экспандером или имплантатом) в целом все справились хорошо, а также правильно выбрали медиальную границу грудной стенки. Наибольшие проблемы возникли с латеральной границей: чаще всего не была включена аксиллярная зона 1 уровня, некоторые не включили в объем пекторальную мышцу, что является обязательным в случае местно-распространенного рака.

Наибольшее количество ошибок было допущено при оконтуривании над- и подключичной зоны, самыми типичными были следующие:

- чрезмерно большие объемы;
- выбранные объемы не соответствовали анатомическому расположение над- и подключичных лимфатических узлов;
- 5 респондентов вообще не оконтуривали данную область при лечении местно-распространенного рака.

В связи с тем, что графические тесты выполнила лишь небольшая часть участников, причем многие из них впервые принимали участие в мероприятии, нам остается отметить, что эти ошибки типичны, и более тщательное дальнейшее изучение контуров облучаемых зон, анатомических структур и критических органов, представленные в атласах RTOG, на общедоступном сайте eContour.org, а также в презентации доктора Тимура Митина с первого мастер-класса по раку молочной железы позволят устранить большинство недостатков. Есть надежда, что последующие мастер-классы будут проводиться с технической поддержкой, и мы получим возможность использовать более удобные программы для оконтуривания в реальном времени, нежели раньше.

Теоретические вопросы пре- и пост-тестов были составлены профессором Jagsi и касались чисто тактических подходов к адъювантному лечению больных раком молочной железы. Вновь только 28 из 49 заполнили тесты, причем трое – только предзадания. Надо сказать, что часть из них были «с подвохом» для российских радиотерапевтов. Во-первых, биопсия сторожевого лимфоузла в России применяется крайне редко и не входит в рутинную практику, вызвав ряд затруднений у участников при рассмотрении различных вариантов; во-вторых, очень сложно порой было выбрать однозначный ответ, многие их предложенных вариантов могли быть вполне использованы при существовании дополнительных условий, поэтому участники зачастую выбирали по два ответа, подписывая рядом «ИЛИ». Но в этом и прелесть подобных тактических головоломок, обогащающих каждого из нас. Рассмотрим подробнее все вопросы.

1. У 48-летней больной после лампэктомии с биопсией сторожевого лимфоузла обнаружена инвазивная протоковая карцинома 1,3 см в диаметре, ER+ (99%), PR+ (80%), Her2-, с негативным краем резекции, а также единичные опухолевые клетки, определяемые методом ИГХ, размером <0,1 мм в единичном лимфоузле (N0i+). Каков оптимальный выбор последующего локорегионального лечения?

То, что адъювантное локальное лечение у подобной пациентки все-таки должно быть проведено (органосохраняющая операция, возраст моложе 50 лет), не вызывало сомнения ни у кого, хотя респонденты разделились на приверженцев более радикального и решительного подхода (подмышечная лимфодиссекция с последующей лучевой терапией или облучение молочной железы и всех зон лимфоузлов; в пре-тестах таких ответов было 9) и согласных с проведением только лучевой терапии минимальными объемами (только молочная железа или облучение железы высокими тангенциальными полями с захватом подмышки). «Минималистов» оказалось большинство в пре-тестах – 19, причем их число чуть увеличилось в пост-тестах до 20, с небольшим перевесом в пользу высоких полей, с чем мы вполне согласны. Правда, один участник высказался в пользу отказа от какого-либо варианта лучевого лечения.

2. Больная 58 лет после лампэктомии и биопсии сторожевого лимфоузла, выявлена инвазивная протоковая карцинома 1,1 см в диаметре, ER-, PR-, Her2-, с негативным краем, а также метастаз 4 мм в одном из 3 сторожевых лимфоузлов. Каков следующий шаг в лечении?

Ситуация, однозначно подразумевающая дальнейшее локальное лечение по причине: а) проведенного органосохраняющего лечения; б) N1 при отсутствии полноценной лимфодиссекции; в) обнаружения трижды негативного рака, являющегося мощным фактором риска рецидива не только в области молочной железы, но и зон регионарного лимфооттока. Модераторы курса, посовещавшись меж собой, склонились к стандартному варианту: переходу к подмышечной лимфодиссекции с последующей лучевой терапией, объемы которой могли бы варьировать в зависимости от полученного окончательного патоморфологического результата. Вариант «полномасштабного» облучения с захватом всех зон также может быть рассмотрен, и результаты исследования AMAROS демонстрируют равноэффективность лучевой терапии по сравнению с подмышечной лимфодиссекцией при меньшей частоте лимфостаза. Однако насколько безопасна подобная тактика при коварном трижды негативном подтипе – вопрос пока не ясный. Ответы в пре- и пост-тестах несколько обескуражили: если в

Продолжение на стр. 15

Начало на стр. 13

пре-тестах число «радикалистов» превалировало (10 за аксиллярную лимфодиссекцию с лучевой терапией и 9 только за облучение, но в полном объеме) по сравнению с «минималистами» (10 за облучение только молочной железы, из них 6 – высокими полями), то в пост-тестах все поменялось с точностью до наоборот, и число приверженцев только лучевой терапии в минимальных объемах возобладало, хотя большинство предпочло «высокие тангенты». Полагаем, что радиотерапевтам при решении вопроса о назначении лучевой терапии стоит уделять больше внимания информации о молекулярном подтипе опухоли.

3. Больная 38 лет после лампэктомии с БСЛУ, выявлена инвазивная протоковая карцинома 2,1 см, ER-, PR-, Her2-, с негативным краем резекции, а также макрометастазы в 3 из 3 сторожевых л/узлах. Каков следующий этап лечения?

Более понятная и однозначная ситуация: лечить локально надо, и подходить к этому стоит серьезно. При обнаружении 3 позитивных из 3 удаленных сторожевых лимфоузлов у молодой пациентки с трижды негативным раком поражение регионарных зон может быть более массивным, поэтому показана подмышечная лимфодиссекция, а после адъювантной химиотерапии обязательно послеоперационное облучение. Радует единодушие респондентов: в пре-тестах за радикальный подход высказались все 28 ответивших (хотя и поровну за лимфодиссекцию с облучением и только лучевую терапию в полном объеме), правда, в пост-тестах появилось двое «минималистов», видимо, впечатленных вариантом облучения «высокими» тангенциальными полями с захватом подмышечной зоны.

Последние два вопроса особых разногласий не выявили. Оба они касались показаний к облучению после радикальной мастэктомии и подмышечной лимфодиссекции.

4. Больной 38 лет, произведена модифицированная радикальная мастэктомия; обнаружена инвазивная протоковая карцинома 2,1 см в дм, ER-, PR-, Her2-, с негативным краем, и макрометастазы в 4 из 17 удаленных в результате подмышечной лимфодиссекции лимфоузлов. Ваш выбор в отношении послеоперационного облучения: однозначно показано, возможно, не показано?

В данной ситуации (T2N2, молодой возраст, трижды негативный рак) после проведения адъювантной химиотерапии больной действительно показана лучевая терапия в полном объеме, и с этим согласилось подавляющее большинство респондентов как в пре-тестах (25), так и в конце мастер-класса (26).

5. Больная 48 лет после РМЭ, выявлена инвазивная протоковая карцинома 2,1 см в дм, ER+, PR-, Her2-, с негативным краем, и макрометастазы в 2 из 17 удаленных л/узлов. Ваш выбор в отношении послеоперационного облучения?

А вот в данной весьма спорной ситуации (T2N1 после РМЭ, возраст до 50 лет и, видимо, люминальный В подтип опухоли) подход может быть неоднозначным, обозначенным специалистами NCCN как «необходимо всерьез рассматривать проведение адъювантной лучевой терапии», объемы которой могут варьировать, начиная от облучения только грудной стенки и заканчивая включением зон регионарного метастазирования при наличии нескольких весомых факторов риска (кроме вышеперечисленных – степень дифференцировки, наличие лимфоваскулярной инвазии). В ряде ситуаций от адъювантного облучения такой пациентки можно было бы и отказаться, например, при левосторонней локализации опухоли и наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии при отсутствии других факторов риска. Радует тот факт, что «всерьез рассматривать» адъювантное облучение готово подавляющее большинство участников: в пре-тесте «возможно» ответили 14 респондентов (в пост-тесте их число сохранилось), а однозначно готовы облучать были сразу 12 участников (в пост-тесте – 7). Впрочем, для единиц ситуация T2N1 после мастэктомии без вопросов рассматривается как «лучевая терапия однозначно не показана». Возможно, этот анализ позволит им пересмотреть свои взгляды.

В заключение хочется поблагодарить участников, серьезно отнесшихся к тестированию. Мы приглашаем всех коллег принять участие в следующем мастер-классе по оконтуриванию при раке шейки матки и эндометрия, который состоится 25 марта 2017 года в рамках конференции RUSSCO по онкогинекологии; вести его будет уже знакомая нам д-р Анна Лихачева из MD Anderson Cancer Center, являющаяся специалистом в области радиотерапевтической онкогинекологии.

Газета
Российского общества
клинической онкологии

Адрес редакции:
127051, Москва,
Трубная ул.,
д.25, стр.1, 7 этаж
email: subscribe@rosoncoweb.ru

Издается 1 раз в месяц.
Выпуск 1. 2017 – тираж
2500 экз. Заказ 500.

Распространяется
бесплатно.

При перепечатке материалов
необходимо получить
разрешение редакции.

КОНФЕРЕНЦИЯ RUSSCO «МЕЛАНОМА»

8 апреля 2017, Москва | Кортъярд Марриотт Москва Центр

Регистрация открыта на сайте RosOncoWeb до 31 марта 2017

ПРОГРАММА

09:00-10:00 – Завтрак с компанией

10:00-10:10 – Открытие. Приветствие участников
проф. Сергей Алексеевич Тюляндин (Москва)

СЕССИЯ 1
Председатели:
проф. Михаил Юрьевич Бяхов (Москва)
проф. Владимир Михайлович Моисеенко (Санкт-Петербург)

10:10-10:45 – Заглянем в микроскоп: совместная сессия UNIM и Российского общества патологоанатомов (с использованием цифровой технологии Digital Pathology)
10:10-10:20 – «Типичная» меланома
проф. Юлия Юрьевна Андреева (Москва)
10:20-10:40 – Необычные и сложные морфологические случаи меланомы
д.м.н. Григорий Александрович Раскин (Санкт-Петербург)
10:40-10:45 – Вопросы и обсуждение

10:45-11:00 – Беспигментная (амеланотическая) меланома: диагностика и принципы хирургического лечения
Лектор уточняется
11:00-11:05 – Вопросы

11:05-11:25 – Роль дерматоскопии в ранней диагностике меланомы? Влияют ли на результаты лечения?
– Да – *к.м.н. Анна Валентиновна Миченко (Москва)*
– Нет – *Лектор уточняется*
11:25-11:30 – Вопросы

11:30-11:45 – Техники биопсии меланомы
к.м.н. Виталий Викторович Егоренков (Санкт-Петербург)
11:45-11:50 – Вопросы
11:50-12:10 – Кофе-брейк

СЕССИЯ 2
Председатели:
к.м.н. Даниил Львович Строяковский (Москва)
д.м.н. Дина Дамировна Сакаева (Уфа)

12:10-12:40 – Тактика в случае транзитных/сателлитных метастазов должна быть:
– Фотодинамическая терапия – *к.м.н. Сергей Викторович Гамаюнов (Чебоксары)*
– Системная лекарственная терапия – *проф. Олег Александрович Гладков (Челябинск)*
– Изолированная перфузия – *к.м.н. Николай Сергеевич Петроченко (Москва)*

12:40-13:10 – Адъювантная терапия меланомы. Интерферон или Ипилимумаб или Наблюдение?
– Интерферон? – *Лектор уточняется*
– Ипилимумаб – *проф. Любовь Юрьевна Владимирова (Ростов-на-Дону)*
– Наблюдение – *д.м.н. Ирина Альбертовна Королева (Самара)*
13:10-13:15 – Вопросы

13:15-13:35 – При молекулярном тестировании в случае метастатической меланомы:
– Может быть использован материал первичной опухоли – *проф. Евгений Наумович Имянитов (Санкт-Петербург)*
– Предпочтительным является использование материала, полученного из метастатического очага – *д-р Илья Валерьевич Тимофеев (Москва)*
13:35-13:40 – Вопросы

13:50-14:50 – Сателлитные симпозиумы

14:50-15:30 – Обед

СЕССИЯ 3
Председатели:
проф. Дмитрий Александрович Носов (Москва)
проф. Лали Михайловна Когония (Москва)

15:30-16:00 – Идеальный «портрет» пациента с диссеминированной меланомой для первой линии терапии:
– Ингибитором BRAF и ингибитором MEK – *к.м.н. Даниил Львович Строяковский (Москва)*
– Ингибиторами контрольных точек – *д.м.н. Светлана Анатольевна Проценко (Санкт-Петербург)*
16:00-16:05 – Вопросы

16:05-16:20 – Оценка ответа на лекарственную терапию в практике.
Есть ли «подводные камни»?
д.м.н. Федор Владимирович Моисеенко (Санкт-Петербург)
16:20-16:25 – Вопросы

16:25-16:55 – Что назначить во второй линии терапии диссеминированной меланомы?
проф. Каролин Роберт, руководитель отделения опухолей кожи и комитета по дерматологии онкологического Института Густава Русси (Франция)
16:55-17:00 – Вопросы

17:00-17:20 – Сходства и отличия нежелательных явлений таргетной терапии и терапии ингибиторами контрольных точек
к.м.н. Вячеслав Андреевич Чубенко (Санкт-Петербург)
17:20-17:25 – Вопросы

17:25-17:40 – Как сделать так, чтобы стандарт соответствовал рекомендациям? Фармакоэкономические проблемы и пути решения
проф. Михаил Юрьевич Бяхов (Москва)
17:40-17:45 – Вопросы

17:45-18:10 – Специальная лекция: «Меланома: взгляд в будущее»
Председатель: уточняется
проф. Каролин Роберт, руководитель отделения опухолей кожи и комитета по дерматологии онкологического Института Густава Русси (Франция)

18:10-19:00 – Фуршет