

Таргетная терапия рака яичников: трудности и успехи

16 декабря 2011 г. в Москве состоялось заседание Экспертного совета, посвященное таргетной терапии рака яичников. В состав Экспертного совета вошли проф., д.м.н. В.А. Горбунова, проф., д.м.н. К.И. Жорданиа, проф., д.м.н. Л.И. Крикунова, проф., д.м.н. Е.Г.Новикова, проф., д.м.н. С.А.Тюляндин, проф., д.м.н. А.Ф. Урманчеева, д.м.н. И.С. Давиденко, к.м.н. И.А. Кореева.



Встреча проходила при поддержке Общества онкологов-химиотерапевтов, Общества специалистов-онкологов по опухолям органов репродуктивной системы и Агентства по стратегическим коммуникациям в области онкологии и гематологии TRM Oncology.

Официальное название мероприятия — «Таргетная терапия рака яичников: трудности и успехи» отражало актуальность обсуждаемой проблемы.

Открыл заседание Экспертного совета профессор С.А. Тюляндин. Затем с кратким обзором эпидемиологии рака яичников выступила профессор А.Ф. Урманчеева. В своем докладе Адель Федоровна отметила, что рак яичников в 75 % случаев выявляется уже на поздних стадиях, требующих не только хирургического вмешательства, но и химиотерапии. В то же время 5-летняя безрецидивная выживаемость таких больных не превышает 15 %, и этот показатель значительно не изменился за последние годы.

Продолжил заседание профессор С.А. Тюляндин, подняв тему таргетной терапии как нового этапа в лечении рака яичников. Сергей Алексеевич отдельно остановился на роли фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) в развитии рака яичников: экспрессия VEGF является как независимым негативным прогностическим фактором, так и напрямую определяет развитие асцита при данном заболевании. В связи с этим в продолжение доклада были освещены результаты последних исследований бевацизумаба, моноклонального

антитела к VEGF: у больных на поздних стадиях рака яичников бевацизумаб в сочетании с химиотерапией продемонстрировал значительное увеличение выживаемости без прогрессирования.

Доклады вызвали оживленную дискуссию, в ходе которой особо была отмечена высокая смертность при данной нозологии, несмотря на успехи циторедуктивной хирургии и химиотерапии; участники обсуждения подчеркнули ограниченные возможности стандартных схем терапии, особенно в случае ранних рецидивов рака яичников.

Финальным этапом заседания Экспертного совета стало принятие резолюции, содержащей рекомендации по созданию регистра больных раком яичников и включению антиангиогенного препарата бевацизумаб в стандарты терапии рака яичников.



Уважаемые коллеги!

При оформлении статей, направляемых в журнал «Опухоли женской репродуктивной системы», следует руководствоваться следующими правилами.

1. Статья должна быть представлена в электронном виде (компакт-диск или дискета) с распечаткой на бумаге формата А4 в двух экземплярах (таблицы, графики, рисунки, подписи к рисункам, список литературы, резюме — на отдельных листах).

Шрифт — Times New Roman, 14 пунктов, через 1,5 интервала. Все страницы должны быть пронумерованы.

2. На первой странице должно быть указано: название статьи, инициалы и фамилии всех авторов, полное название учреждения (учреждений), в котором (которых) выполнена работа, город.

Обязательно указывается, в каком учреждении работает каждый из авторов.

Статья должна быть подписана всеми авторами. В конце статьи должны быть обязательно указаны **контактные телефоны, рабочий адрес с указанием индекса, факс, адрес электронной почты и фамилия, имя, отчество полностью, занимаемая должность, ученая степень, ученое звание автора (авторов)**, с которым редакция будет вести переписку.

3. Объем статей: оригинальная статья — не более 12 страниц; описание отдельных наблюдений, заметки из практики — не более 5 страниц; обзор литературы — не более 20 страниц; краткие сообщения и письма в редакцию — 3 страницы.

Структура оригинальной статьи: введение, материалы и методы, результаты исследования и их обсуждение, заключение (выводы).

К статьям должно быть приложено **резюме** на русском языке, отражающее содержание работы, с названием статьи, фамилиями и инициалами авторов, названием учреждений. Объем резюме — не более 1/3 машинописной страницы с указанием **ключевых слов**.

4. Иллюстративный материал.

- Фотографии должны быть контрастными; рисунки, графики и диаграммы — четкими.
- Фотографии представляются в оригинале или в электронном виде в формате TIFF, JPG, CMYK с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм).
- Графики, схемы и рисунки должны быть представлены в формате EPS Adobe Illustrator 7.0—10.0. При невозможности представления файлов в данном формате необходимо связаться с редакцией.
- Все рисунки должны быть пронумерованы и снабжены подписочными подписями. Подписи к рисункам даются на отдельном листе. На рисунке указываются «верх» и «низ»; фрагменты рисунка обозначаются строчными буквами русского алфавита — «а», «б» и т. д. Все сокращения и обозначения, использованные на рисунке, должны быть расшифрованы в подписочной подписи.

• Все таблицы должны быть пронумерованы, иметь название. Все сокращения расшифровываются в примечании к таблице.

• Ссылки на таблицы, рисунки и другие иллюстративные материалы приводятся в надлежащих местах по тексту статьи в круглых скобках, а их расположение указывается автором в виде квадрата на полях статьи слева.

5. Единицы измерений даются в СИ.

Все сокращения (аббревиатуры) в тексте статьи должны быть полностью расшифрованы при первом упоминании. Использование необщепринятых сокращений не допускается.

Название генов пишется курсивом, название белков — обычным шрифтом.

6. К статье должен быть приложен список цитируемой литературы, оформленный следующим образом.

- Список ссылок приводится **в порядке цитирования**. Все источники должны быть пронумерованы, а их нумерация — строго соответствовать нумерации в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.
- Для каждого источника необходимо указать: фамилии и инициалы авторов (если авторов более 4, указываются первые 3 автора, затем ставится «и др.» в русском или «et al.» — в английском тексте).
- При ссылке на **статьи из журналов** указывают также название статьи; название журнала, год, том, номер выпуска, страницы.
- При ссылке на **монографии** указывают также полное название книги, место издания, название издательства, год издания.
- При ссылке на **авторефераты** диссертаций указывают также полное название работы, докторская или кандидатская, год и место издания.
- При ссылке на **данные, полученные из Интернета**, указывают электронный адрес цитируемого источника.
- Все ссылки на литературные источники печатаются арабскими цифрами в квадратных скобках (например, [5]).
- Количество цитируемых работ: в оригинальных статьях желательно не более 20—25 источников, в обзорах литературы — не более 60.

7. Представление в редакцию ранее опубликованных статей не допускается.

8. Все статьи, в том числе подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно.

Статьи, не соответствующие данным требованиям, к рассмотрению не принимаются.

Все поступающие статьи рецензируются.

Присланные материалы обратно не возвращаются.

Редакция оставляет за собой право на редактирование статей, представленных к публикации.

Авторы могут присылать свои материалы по электронной почте на адрес редакции: redactor@abvpress.ru с обязательным указанием названия журнала.



Oncology Injectables

Алексан® (Цитарабин)
Доксорубин-Эбеве
Кальциумфолинат-Эбеве
Карбоплатин-Эбеве
Метотрексат-Эбеве
Оксалиплатин-Эбеве
Паклитаксел-Эбеве
Тамоксифен-Эбеве
Цисплатин-Эбеве
Эпирубицин-Эбеве
Этопозид-Эбеве
5-Фторурацил-Эбеве
Трамадол

Европейское
производство

Удобные
и экономичные
флаконы

Широкий ассортимент
готовых к применению
цитостатиков для
химиотерапии

 The comprehensive approach

123317 Москва
Пресненская набережная,
д. 8, строение 1
комплекс «Город столиц»
8-9 этаж, ЗАО «Сандоз»
тел.: (495) 660-75-09

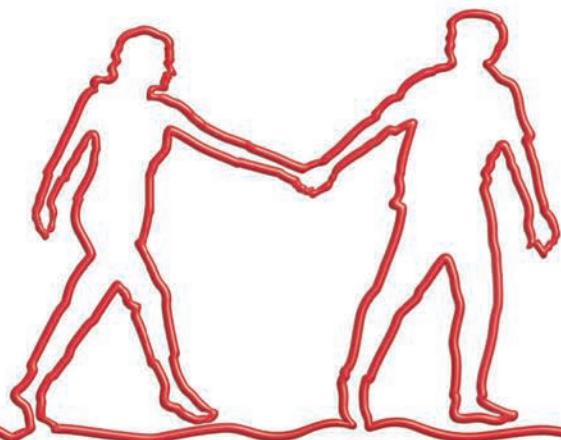
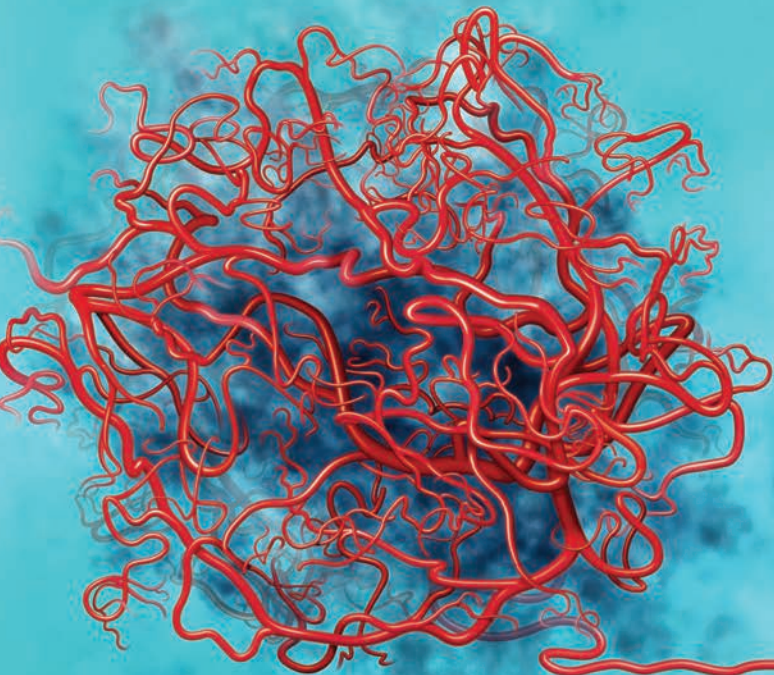
a Novartis company

реклама

Рег. номера: П N 015197/01, ЛСР-009900/08, П N 016185/01, П N 015232/01,
П N 014892/01-2003, П N 014892/02-2003, П N 014892/03-2003, П N 015198/01-2003,
П N 015106/01-2003, П N 015188/01-2003, П N 015975/01, П N 015174/01-2003,
П N 015225/02, П N 015225/03, П N 015225/01, П N 015178/01-2003, П N 015731/04

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ, ПОЖАЛУЙСТА, С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ.

Останови ангиогенез



Продли жизнь

Прицельная блокада VEGF¹

Длительный контроль
роста опухоли¹

Доказанная эффективность
при различных типах опухолей¹

Показания к применению

Метастатический колоректальный рак: в комбинации с химиотерапией на основе производных фторпиримидина. Местно рецидивирующий или метастатический рак молочной железы: в качестве первой линии терапии в комбинации с химиотерапией на основе таксанов. Распространенный неоперабельный, метастатический или рецидивирующий неплоскоклеточный немелкоклеточный рак легкого: в качестве первой линии терапии дополнительно к химиотерапии на основе препаратов платины. Распространенный и/или метастатический почечно-клеточный рак: в качестве первой линии терапии в комбинации с интерфероном альфа-2а. Глиобластома (глиома IV степени злокачественности по классификации ВОЗ): в монотерапии или в комбинации с иринотеканом у больных при рецидиве глиобластомы.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к бевацизумабу или к любому другому компоненту препарата, препаратам на основе клеток яичников китайского хомячка или к другим рекомбинантным человеческим или приближенным к человеческим антителам. Беременность и период кормления грудью. Детский возраст, почечная и печеночная недостаточность (эффективность и безопасность применения не установлены).

С осторожностью

При артериальной гипертензии; артериальной тромбоэмболии в анамнезе; возрасте старше 65 лет; венозной тромбоэмболии; при заживлении ран; кровотечениях; кровохарканье; врожденном геморрагическом диатезе и приобретенной коагулопатии; при приеме высоких доз антикоагулянтов; желудочно-кишечной перфорации в анамнезе; клинически значимом сердечно-сосудистом заболевании или застойной сердечной недостаточности в анамнезе; синдроме обратимой поздней лейкоэнцефалопатии; нейтропении; протеинурии.

Побочное действие

Наиболее серьезные побочные действия: перфорации желудочно-кишечного тракта, кровоизлияния, включая легочные кровотечения/кровохарканье (чаще встречаются у пациентов с немелкоклеточным раком легкого), артериальная тромбоэмболия. У пациентов, получавших Авастин®, наиболее часто наблюдаются: повышение артериального давления, слабость или астения, диарея и боль в животе.

Следующие нежелательные реакции возникали у ≥10% пациентов:

Со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение артериального давления. Со стороны системы кроветворения: лейкопения, нейтропения, фебрильная нейтропения, тромбоцитопения. Со стороны желудочно-кишечного тракта: диарея, тошнота, рвота, запор, ректальное кровотечение, стоматит, анорексия. Со стороны органов дыхания: ринит, одышка, носовое кровотечение. Со стороны кожи и подкожно-жировой клетчатки: сухость кожи, эксфолиативный дерматит, изменение цвета кожи. Со стороны нервной системы: периферическая сенсорная нейропатия, извращение вкуса, головная боль. Со стороны системы зрения: нарушение зрительной функции, повышенное слезотечение. Со стороны костно-мышечной системы: артралгия. Со стороны мочевыделительной системы: протеинурия. Местные реакции: боль в месте введения препарата. Прочие: астения, повышенная усталость, повышение температуры тела. Нарушения со стороны лабораторных показателей 3 и 4 степени тяжести, наблюдавшиеся у пациентов, получавших Авастин® с или без химиотерапии: гипергликемия, снижение уровня гемоглобина, гипокалиемия, гипонатриемия, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, протеинурия, увеличение протромбинового времени, увеличение международного нормализованного отношения (МНО).

¹Полная информация о препарате представлена в инструкции по медицинскому применению. РУ АС-000533

ЗАО "Рош-Москва"
Официальный дистрибьютор
"Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд." (Швейцария)
Россия, 107031, Москва,
Трубная площадь, д.2
Бизнес-центр "Неглинная Плаза"
Тел.: +7 (495) 229-29-99
Факс: +7 (495) 229-79-99
www.roche.ru

