

**ЗАСТОСУВАННЯ ТАРГЕТНОЇ ТЕРАПІЇ ТРАСТУЗУМАБОМ РАКУ
МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

Старовер Анжеліка Вікторівна,

к.мед.н., доцент

Музиченко Анна Володимирівна,

Лапуцький Владислав Іванович

студенти

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Анотація: Рак молочної залози (РМЗ) є найбільш поширеною злоякісною пухлиною у популяції і є особливо загрозливим станом для жінок репродуктивного віку. Згідно зі статистикою американського товариства онкологів, частка РМЗ серед онкологічної патології у жінок сягає 30 %. За прогнозом, у 2025 році у США буде діагностовано близько 310 720 нових випадків інвазивного РМЗ, близько 56 500 нових випадків протокової карциноми *in situ* (DCIS). Близько 42 250 жінок помруть від РМЗ. Велика статистична значущість дає підстави для широкого впровадження та застосування скринінгу і розробку нових підходів та схем лікування, враховуючи не лише ефективність, а і вплив лікування на довготривалу виживаність (більше 10 років від маніфестації хвороби) та якість життя.

Ключові слова: Рак молочної залози, трастузумаб, полі хіміотерапія, таргетна терапія, моноклональні антитіла.

У лікуванні застосовується мультидисциплінарний підхід: хірургічне втручання, поліхіміотерапія (ПХТ), гормональна, променева та таргетна терапія. Це приводить до покращення результатів лікування: виживаність протягом 5 років становить 97 %, протягом 10 років – 93 %, проте супроводжується сильним негативним впливом на організм [1]. При ПХТ втрата працездатності становить у середньому 6 діб на місяць через побічні

ефекти, тому наразі рекомендований курс становить 1 рік, що не завжди є достатнім для повного одужання.

Велику поширеність здобула таргетна терапія, яка спрямована на цільові (таргетні) клітини із атипізмом. Ці препарати сповільнюють ріст або повністю знищують ракові клітини. Серед препаратів таргетної терапії РМЗ активно застосовуються моноклональні антитіла до рецептора 2 епідермального фактору росту людини (HER2) – білка-кінази, який виявляється у 20–30% хворих на РМЗ [2]. Антитіла зв'язуються із білком і сповільнюють чи повністю зупиняють атипівий ріст клітин.

Найпоширенішим препаратом є Трастузумаб (Herceptin) – рекомбінантне гуманізоване моноклональне антитіло, яке належить до класу IgG до HER 2. Механізм дії полягає в пригніченні проліферації пухлинних клітин із гіперекспресією HER 2. Препарат має високу афінність до рецепторів і є високоактивним медіатором антитілозалежної цитотоксичності для пухлинних клітин. Застосовується внутрішньовенно разом із ад'ювантною поліхіміотерапією протягом 52 тижнів з інтервалом кожні 3 тижні. Класично комбінують разом із антрацикліном, доксорубіцином, циклофосамідом і паклітакселом або доцетакселом. Використовуються також схеми із застосуванням трастузумабу у складі неоад'ювантної ПХТ, що підвищує ефективність лікування РМЗ навіть 3 стадії.

Основними побічними ефектами цього препарату є кардіотоксичність, артралгії та клінічна нейтропенія, що збільшує вірогідність опортуністичних вірусних та бактеріальних інфекцій [3]. Збільшення ризику захворювань серцево-судинної системи (ССС) протягом наступних 5 років на 20,4 % у жінок, що отримували лікування трастузумабом у комплексі із антрациклінами, змушує виконувати додаткові обстеження системи кровообігу перед призначенням лікування. Найчастіше виникають застійна серцева недостатність та кардіоміопатія. Золотим стандартом обстеження ССС перед призначенням Трастузумабу є ехокардіографія. Артралгії є частим побічним ефектом при застосуванні, проте не впливають на тривалість та якість життя. Цей ефект

успішно купірується застосуванням нестероїдних протизапальних засобів.

Висновки: Частота виявлення РМЗ щороку збільшується, що потребує не лише вдосконалення лікування захворювання, враховуючи довгострокову виживаність, а й акценту на якість життя пацієнок протягом курсу лікування. Таргетна терапія Трастузумабом має меншу кількість побічних ефектів, порівняно із «класичними» схемами ПХТ, що робить його препаратом вибору для довгострокового (52 тижні) застосування. Висока кардіотоксичність вимагає обережного призначення у пацієнок високого серцево-судинного ризику.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Polychronis, A., Sinnett, H. D., Hadjiminas, D., Singhal, H., Mansi, J. L., Shivapatham, D., ...Coombes, R. C. (2005). Preoperative gefitinib versus gefitinib and anastrozole in postmenopausal patients with oestrogen-receptor positive and epidermal-growthfactor-receptor-positive primary breast cancer: a double-blind placebo-controlled phase II randomised trial. *Lancet Oncol*, 6(6), 383–391. doi: 10.1016/S1470-2045(05)70176-5.
2. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/targeted-therapy-for-breast-cancer.html>
3. Cite this: Risk for Heart Failure After Trastuzumab Higher Than Believed - Medscape - Aug 31, 2012.