

ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНОГО АСОРТИМЕНТУ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ХОДЖКІНА

Панфілова Г. Л. *, Матушак М. Р. **

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна*

Буковинський державний медичний університет**

matushakmarta@gmail.com

Вступ В сучасній онкогематології злоякісні лімфоми вважають захворюванням, які у більшості випадків достатньо ефективно виліковуються з використанням сучасних хімотерапевтичних засобів. При цьому, фахівці відмічають наявність групи пацієнтів, які характеризуються низькими показниками загальної або безрецидивної виживаності після проведеного опромінювання та курсів поліхімотерапії (ПХТ). Тому ефективне фармацевтичне забезпечення цієї групи хворих є проблемою, що має не лише медичне, а й важливе соціально-економічне значення.

Мета – дослідження сучасного асортименту протипухлинних препаратів, що використовуються у лікуванні хвороби Ходжкіна (ХХ).

Основний матеріал дослідження За результатами аналізу даних спеціальної літератури, в якій представлені результати аналізу сучасних підходів до лікування ХХ можна стверджувати про наступне. У лікуванні зазначеної групи онкогематологічних хворих використовуються різні групи протипухлинних препаратів (АТС-класифікаційна система), а саме це: L01D – Протипухлинні антибіотики та споріднені сполуки; L01A – Алкілюючі засоби; L01C – Рослинні алкалоїди та інші природні сполуки. Крім цього, не втрачає свої актуальності й похідні глюкокортикостероїдів, а саме препарати преднізолону.

ХХ можна віднести до захворювань, що мають високий рівень чутливості до хіміопроменевої терапії. Стратегія лікування ХХ полягає у застосуванні комплексного підходу з використанням комбінованої хімотерапії, тобто ПХТ і променевої терапії. Відповідно до стандартів Європейського товариства медичної онкології (ESMO) при початкових стадіях ХХ зі сприятливим прогнозом у хворого достатнім є проведення 2 курсів ПХТ за схемою «ABVD» (доксирубіцин, блеоміцин, вінбластин, дакарбазин) з наступною променевою терапією. У разі лікування хворих на II стадії розвитку пухлинного процесу, а також при наявності факторів несприятливого розвитку патології, важкого стану хворого можливе проведення ПХТ за інтенсивнішою схемою (ескалірованою) «BEACOPP» (блеоміцин, етопозид, доксирубіцин, циклофосфамід, вінкристин, прокарбазин, преднізолон) чи «Stanford V» (доксирубіцин, вінбластин, мустин, вінкристин, блеоміцин, етопозид, преднізолон).

З розвитком онкогематології науковцями були розроблені та ефективно впроваджені 2 варіанти схеми «BEACOPP» – базовий та ескалірований варіант ПХТ. Так, до складу базового варіанту схеми «BEACOPP» входять наступні препарати протипухлинної дії: циклофосфан та доксорубіцин – в 1-й день проведення ПХТ; етопозид – на 1-3-й день; прокарбазин – на 1-7-й день проведення ПХТ; преднізолон – протягом 1-14-ти днів лікування; блеоміцин та вікрістин – на 8-й день. Ескалірований варіант схеми «BEACOPP» сформований такими найменуваннями протипухлинних препаратів, як циклофосфамід та доксорубіцин в 1-й день, етопозид – протягом 1-3-го дня, прокарбазин – протягом 1-7 днів та блеоміцин та вікрістин на 8-й день). Зазначені схеми ПХТ відрізняються за дозами протипухлинних препаратів, що прописані хворому.

Наприкінці минулого століття у онкогематологічну практику були впроваджені 4-х компонентні схем ПХТ. Так, наприклад, схема «MOPP» містить такі найменування препаратів: мустарген (ембіхін) та онковін (вінкристин) у 1-й і 8-й дні проведення ПХТ, прокарбазин (натулан) та преднізолон – з 1-го по 14-ий дні лікування. Наступна схема ПХТ «СOPP» складається із таких найменувань ліків, як циклофосфамід, вінкристін, прокарбазин, преднізолон. За оцінкою фахівців, застосування у практичній онкогематології схем ПХТ «ABVD», «MOPP», «СOPP» призвело до корінного перелому в лікуванні хворих на ХХ, які протягом тривалого часу вважалися майже інкурабельними. Необхідно також зазначити, що у разі застосування «ABVD» знижується токсичність, не спостерігається розвитку безплідності, спостерігається низький рівень випадків виникнення гострого мієлобластного лейкозу або мієлодиспластичного синдрому після проведення курсів ПХТ.

У більшості країн світу, представлена схема ПХТ рекомендована як стандартна в організації лікувального процесу хворих на ХХ з I та II стадіями розвитку патологічного процесу. У разі застосування стандартної схеми ПХТ повна клінічна ремісія у хворих на ХХ досягається в середньому лише в 60,0%-65,0%. Застосування більш інтенсивних схем ПХТ, якою є схема «BEACOPP-14» дає змогу стверджувати про наявність повної клінічної відповіді на лікування у більш ніж у 90,0 % пацієнтів.

Висновки. За результатами проведених можна стверджувати, що організація ефективного фармацевтичного обслуговування хворих на ХХ є складним питанням, яке повинно розглядатися у множинній площині координат. Важливим напрямком вирішення цієї проблеми є впровадження прозорих механізмів закупівель та розподілу ліків, вартість яких сплачує держава за цільовими програмами у рамках виконання соціальних гарантій з організації надання онкогематологічним хворим доступної медичної та фармацевтичної допомоги.