

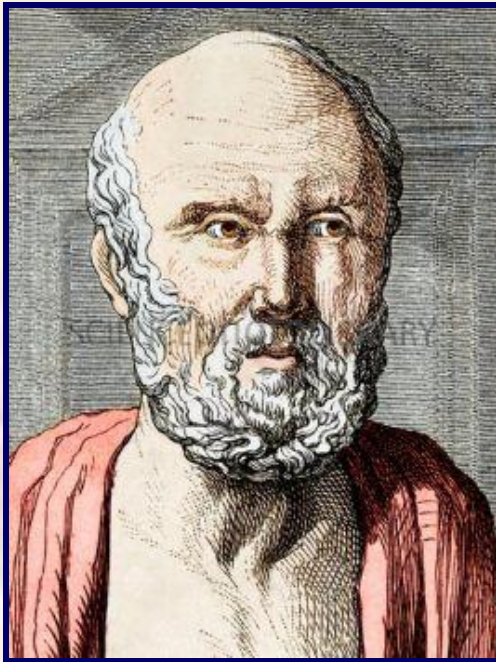
Современные стандарты лечения больных с операбельным и местно- распространенным раком молочной железы

профессор Е.М. Слонимская

**Томский национальный исследовательский
медицинский центр РАН**

Кызыл 2016

Что лечить или кого лечить? Болезнь или больного?



Гиппократ
460 - 377 до н.э



Мудров М.Я.
1776 - 1831

Лечить больного, а не болезнь!!!



Противоречие 21 века...

**Расшифровка генома человека
Все люди разные!!!**

**Стандартизация лечения
Все люди одинаковые???**

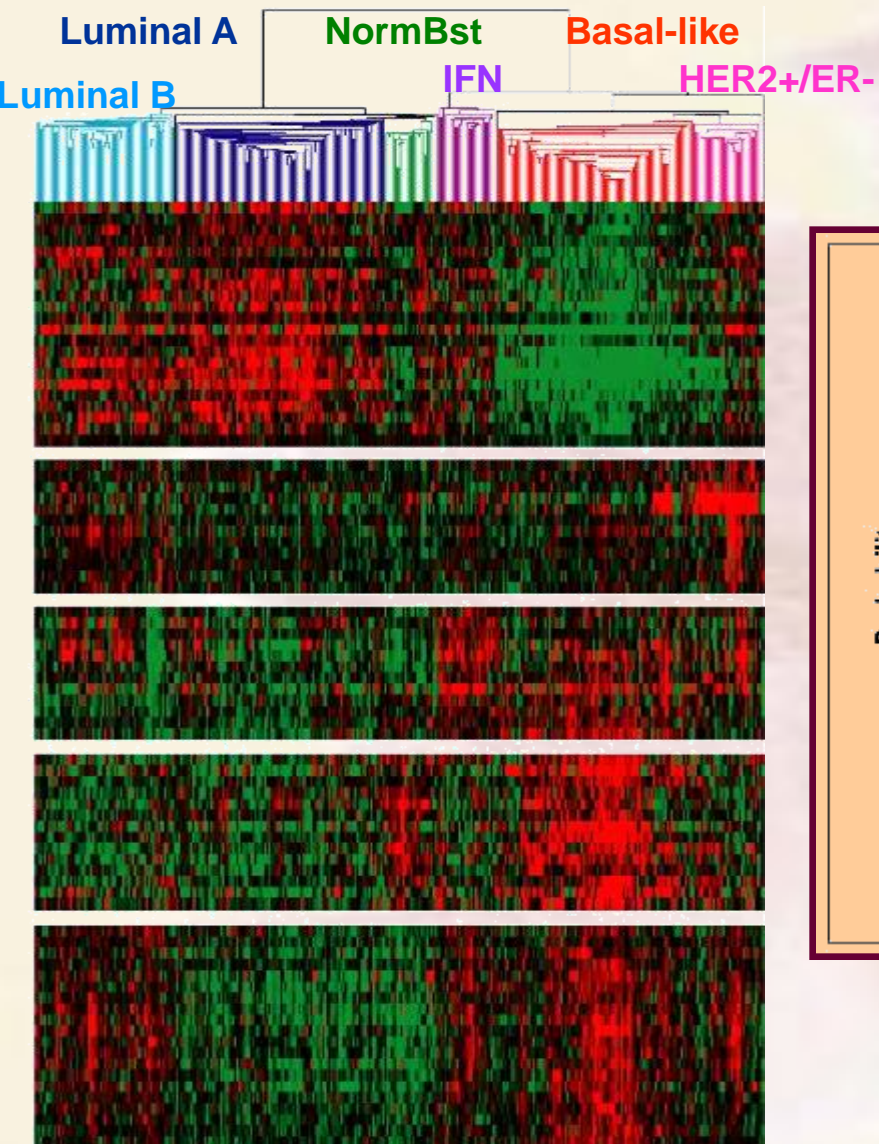
По данным ВОЗ...

в начале XXI века стандартная фармакотерапия не давала эффективного результата при лечении депрессий (20–40% больных), язвы (20–70%), бронхиальной астмы (40–75%), сахарного диабета (5–75%), **онкологии (70–100%)**, мигрени (30–60%), артериальной гипертензии (10–75%), шизофрении (25–75%)

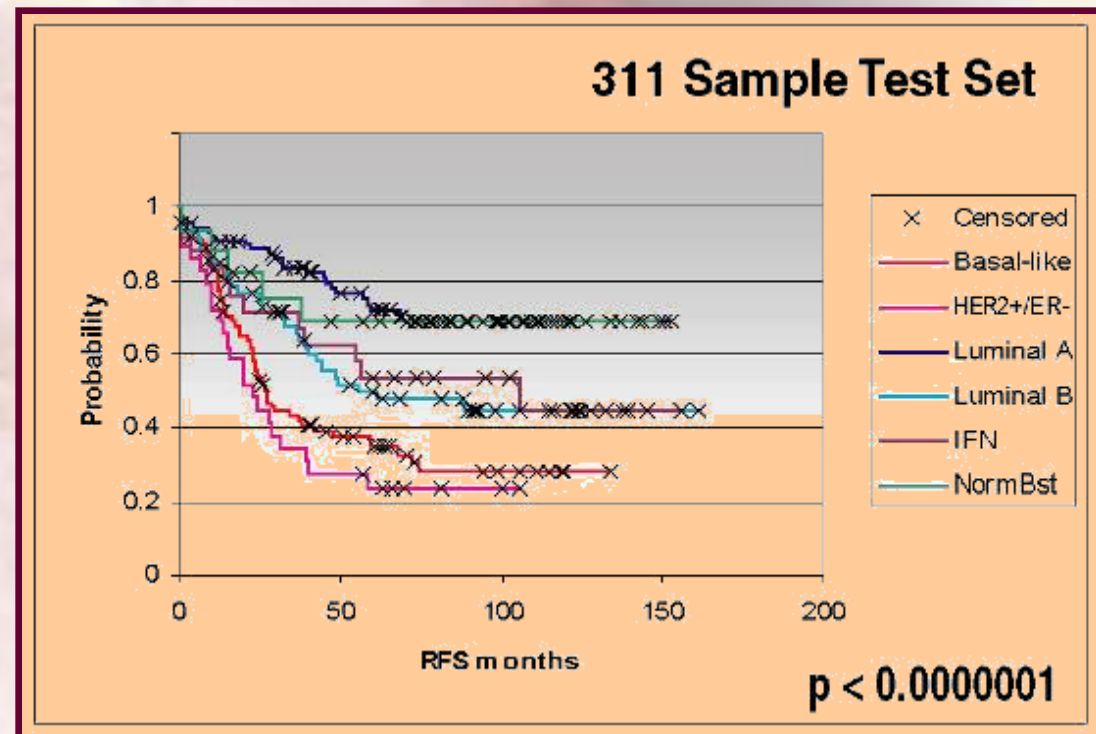
Персонализированный подход в системном лечении РМЖ предполагает ...

- Правильная доза
- Правильного препарата
- по Правильным показаниям
- Правильному пациенту
- в Правильное время

Молекулярно-генетическая классификация РМЖ

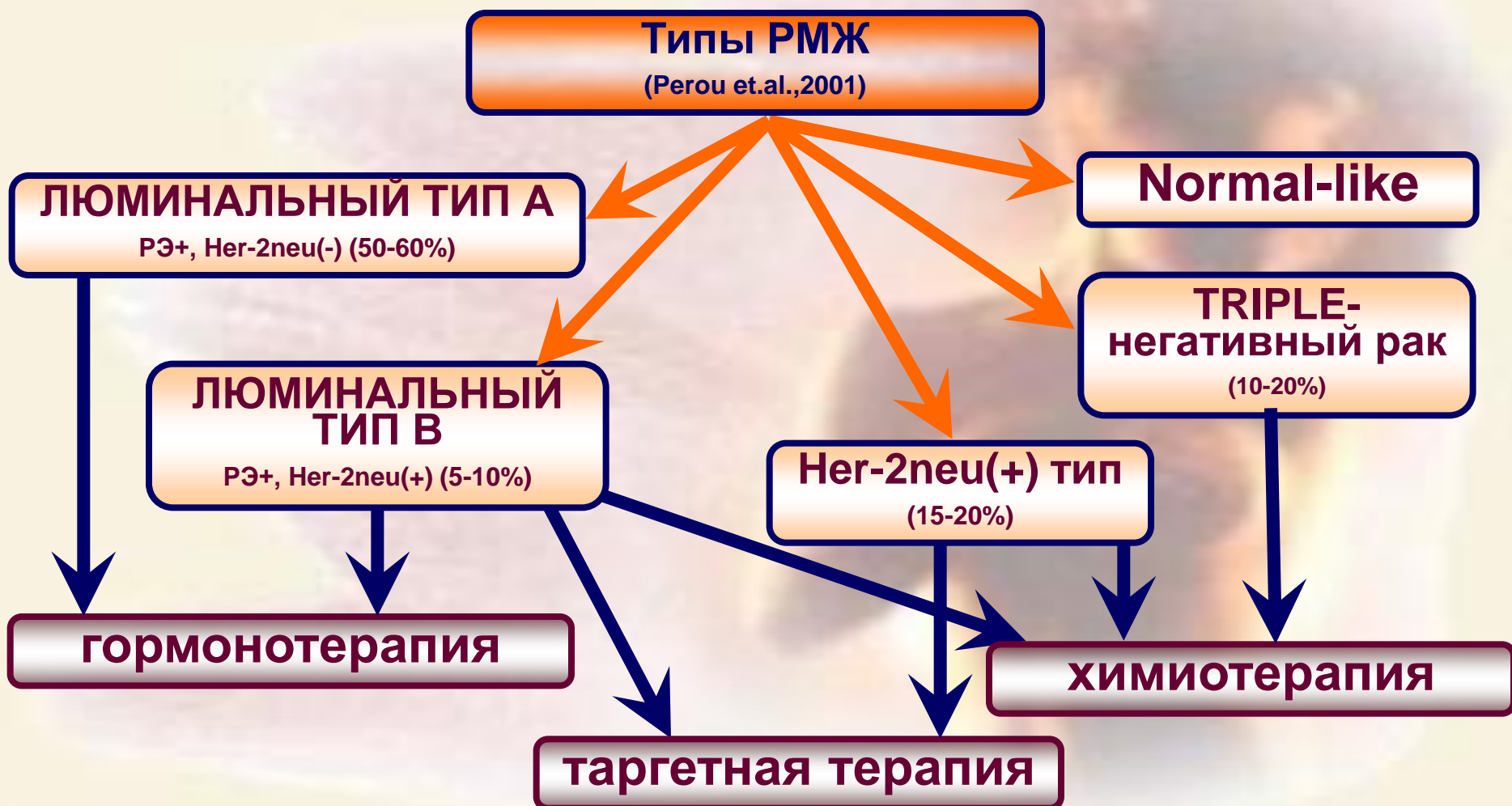


Типы РМЖ (Perou et.al.,2001)



Сегодня...

выбор объема лечения базируется не на категориях риска, а на способности опухоли ответить на лечение



Рекомендации по лечению РМЖ St. Galen

special article

Annals of Oncology 22: 1736–1747, 2011
doi:10.1093/annonc/mdt804
Published online 27 June 2011

Strategies for subtypes—dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011

A. Goldhirsch^{1*}, W. C. Wood², A. S. Coates³, R. D. Gelber⁴, B. Thürlimann⁵, H.-J. Senn⁶ & Panel members[†]

¹International Breast Cancer Study Group, Department of Medicine, European Institute of Oncology, Milan, Italy; ²Department of Surgery, Emory University School of Medicine, Atlanta, USA; ³International Breast Cancer Study Group and University of Sydney, Sydney, Australia; ⁴International Breast Cancer Study Group Statistical Center, Department of Biostatistics and Computational Biology, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard Medical School, Boston, USA; ⁵Breast Center, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ⁶Tumor and Breast Center ZeTUP, St. Gallen, Switzerland

Received 21 April 2011; accepted 23 May 2011

special article

Annals of Oncology 24: 2206–2223, 2013
doi:10.1093/annonc/mdt303

Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013

A. Goldhirsch^{1*}, E. P. Winer², A. S. Coates³, R. D. Gelber⁴, M. Piccart-Gebhart⁵, B. Thürlimann⁶ & H.-J. Senn⁷ Panel members[†]

¹International Breast Cancer Study Group, Division of Medical Oncology, European Institute of Oncology, Milan, Italy; ²Department of Medical Oncology, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, USA; ³International Breast Cancer Study Group, Program of Breast Health (Senology), European Institute of Oncology, Milan, Italy; ⁴International Breast Cancer Study Group Statistical Center, Department of Biostatistics and Computational Biology, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard Medical School, Boston, USA; ⁵International Breast Cancer Study Group, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard Medical School, Boston, USA; ⁶Tumor and Breast Center ZeTUP, St. Gallen, Switzerland

special articles

Annals of Oncology 26: 1533–1546, 2015
doi:10.1093/annonc/mdv221
Published online 4 May 2015

Tailoring therapies—improving the management of early breast cancer: St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2015

A. S. Coates¹, E. P. Winer², A. Goldhirsch^{3*}, R. D. Gelber⁴, M. Gnant⁵, M. Piccart-Gebhart⁶, B. Thürlimann⁷, H.-J. Senn⁸ & Panel Members[†]

¹International Breast Cancer Study Group, University of Sydney, Sydney, Australia; ²Department of Medical Oncology, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard Medical School, Boston, USA; ³International Breast Cancer Study Group, Program of Breast Health (Senology), European Institute of Oncology, Milan, Italy; ⁴International Breast Cancer Study Group Statistical Center, Department of Biostatistics and Computational Biology, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard Medical School, Boston, USA; ⁵Department of Surgery and Comprehensive Cancer Center, Medical University of Vienna, Vienna, Austria; ⁶Internal Medicine/Oncology, Institut Jules Bordet, Brussels, Belgium; ⁷Breast Center, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ⁸Tumor and Breast Center ZeTUP, St. Gallen, Switzerland

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РМЖ, МРРМЖ

Приоритетное направление

– органосохраняющие оперативные вмешательства

2011

2015

Расширение показаний для ОСО

– проведение НАХТ

Необходимые условия выполнения ОСО

Послеоперационная Л/Т на оставшуюся часть молочной железы

Противопоказания

Абсолютные

Невозможность контроля
краев раны

«+» край резекции после
выполнения ререзекции

«-» край резекции
(не менее 1 мм)

Относительные

- Возраст до 35 лет
- Множественные или диффузные микрокальцинаты
- Мультицентричный рост
- Центральное расположение
- BRCA-1/2 мутации (+)

КОЛЛЕГИАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ВРАЧ - ПАЦИЕНТ

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

2011

2015

ДЛТ

на оставшуюся часть молочной железы при

обширной сосудистой инвазии в сочетании с лимфо-mts

•DCIS

парциальное облучение молочной железы

у пациенток > 70 лет, при наличии выраженной сопутствующей патологии

на зоны регионарного лимфооттока при

•N2

•N1 у больных < 45 лет

Гипофракционирование

ДЛТ 40 Гр в 15фракциях

ДЛТ 42,5 Гр в 16 фракциях

На сегодняшний день определяющими показаниями к назначению НАХТ являются:

- **распространенность опухолевого процесса**
- **молекулярно-биологический подтип опухоли**

Относительные показания для назначения химиотерапии:

- **G 3**
- **N 2-3**
- **↑ Ki 67**
- **Обширная лимфо-васкулярная инвазия**
- **↓ ER, PR**

История вопроса...

- Первоначально концепция использования предоперационной (неoadъювантной) химиотерапии касалась исходно неоперабельных пациентов, имеющих обширные местно-распространенные процессы (III ст.) или воспалительные формы опухоли

Liu SV et al. *J Surg Oncol* 2010, 101(4):283-291

- Такая тактика позволила у многих пациентов значительно уменьшить распространенность процесса (down-staged), перевести опухоль в операбельное состояние (преимущественно выполнялись РМЭ) и увеличить выживаемость на 25%

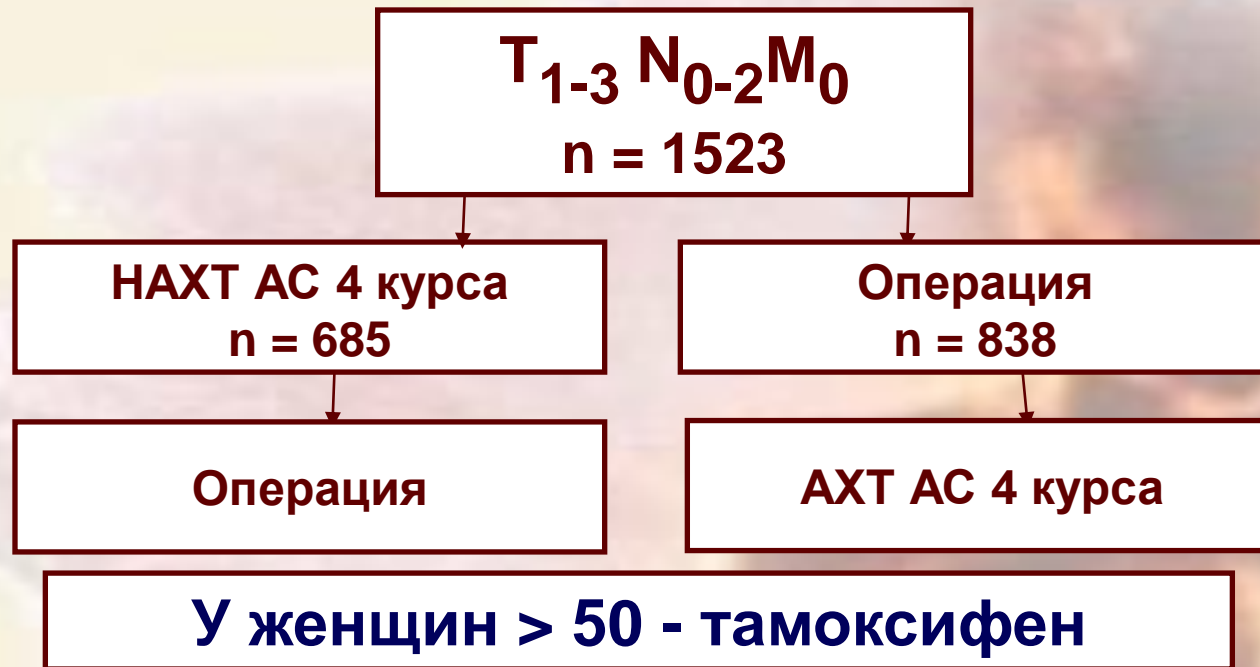
Bear HD *Surg Oncol Clin N Am* 2010, 19(3):607-626.

Gralow JR et al. *J Clin Oncol* 2008, 26(5):814-819.



Изучение эффективности НАХТ у пациентов с операбельным РМЖ

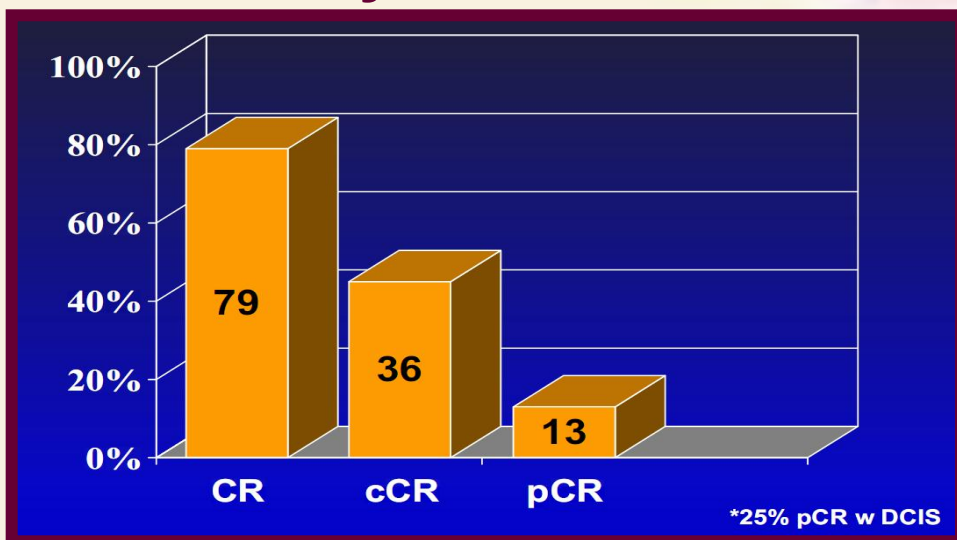
Исследование NSABP B- 18 (1988-1993гг.)



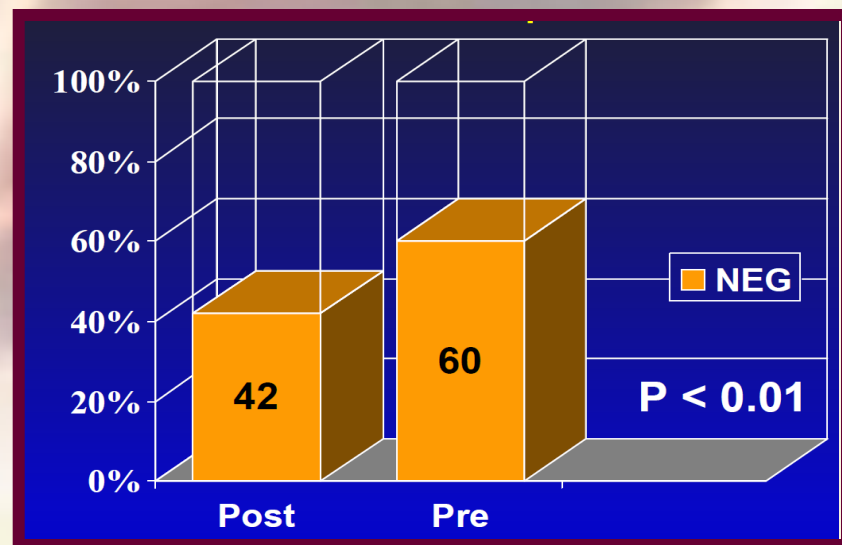
Т см	%
< 2.0	28
2.1 - 4.0	59
> 4.1	13
N 0	74

Основные полученные результаты по исследованию **NSABP B-18**

Ответ опухоли

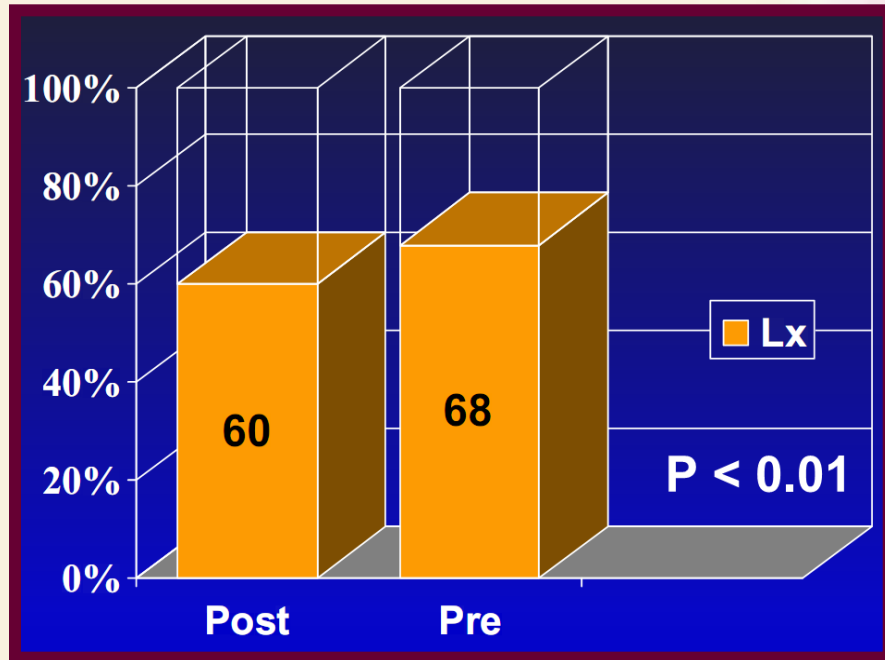


Ответ лимфоузлов



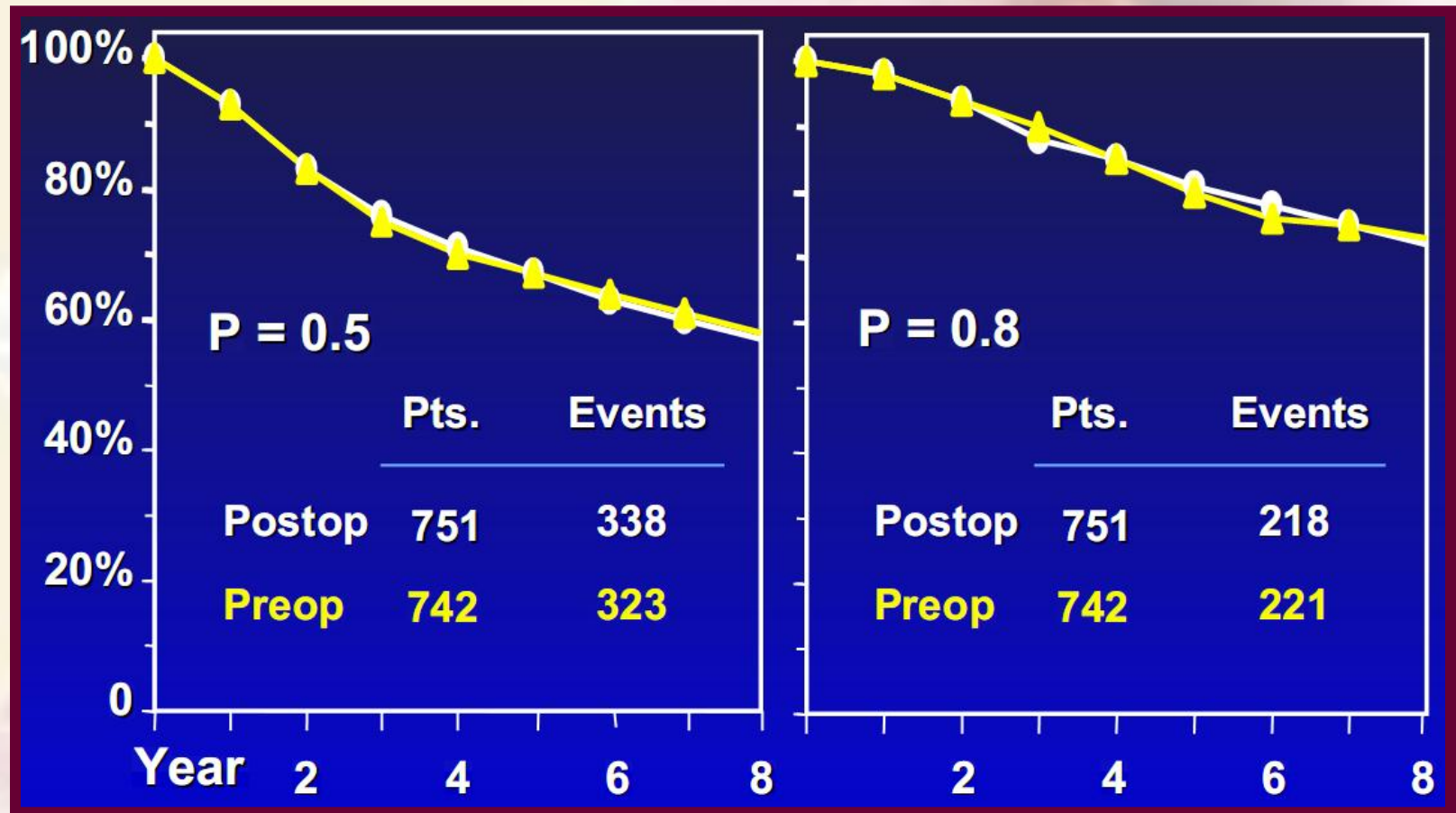
Основные полученные результаты по исследованию NSABP B-18

Выполнение органосохраняющих операций



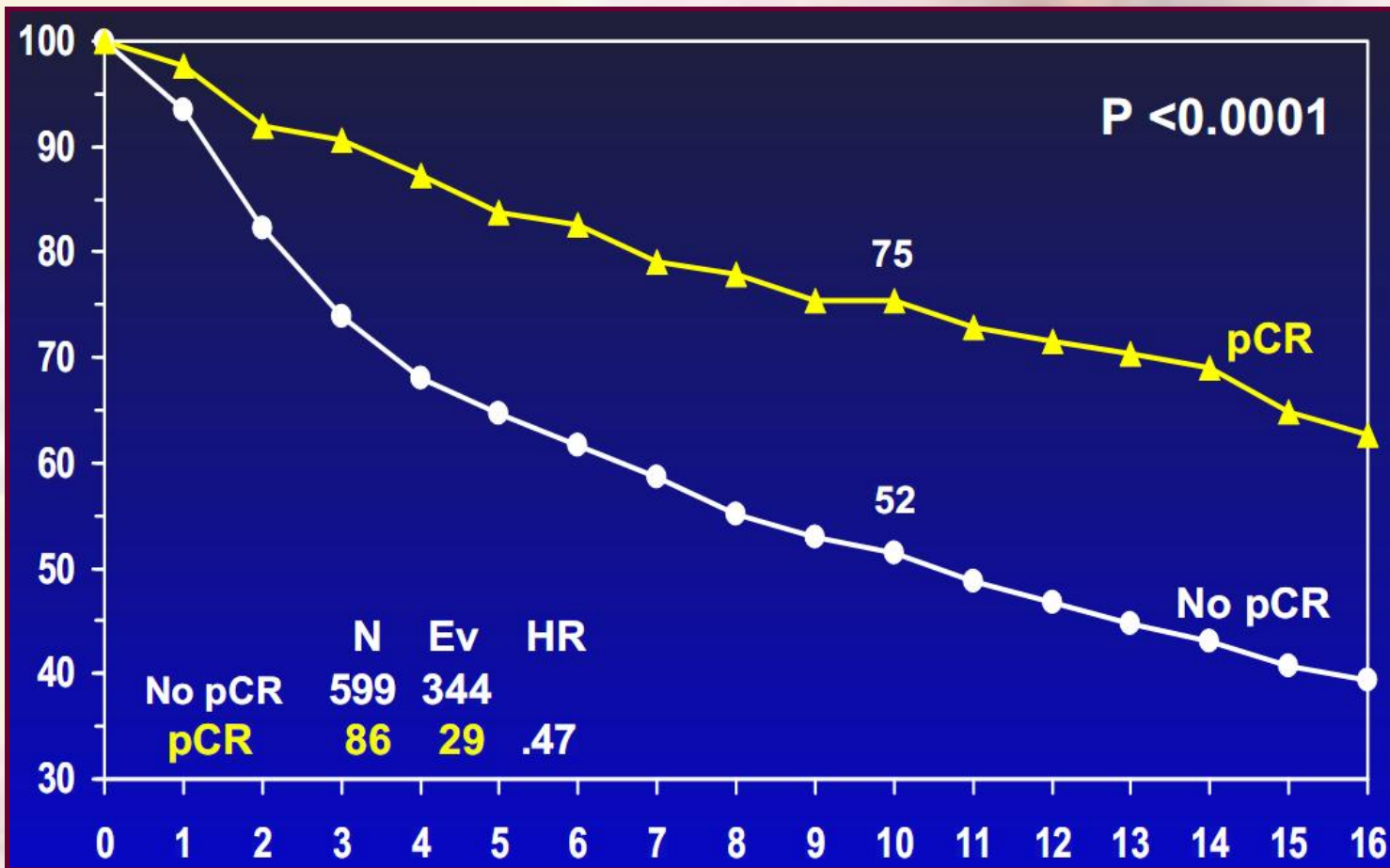
Основные полученные результаты по исследованию NSABP B-18

Показатели общей и безрецидивной выживаемости



Основные полученные результаты по исследованию NSABP B-18

Выживаемость в зависимости от эффективности НАХТ



Результаты сравнения НАХТ и АХТ

Метаанализ 9 исследований

n=3946

- Нет различий по выживаемости
- Увеличение частоты органосохраняющих операций
- Повышение риска возникновения местных рецидивов на 22%
С учетом пациенток, которым не проводилась операция,
а только лучевая терапия

Mauri D, et al. 2005

Метаанализ 14 исследований

n=5500

- Нет различий по выживаемости
- Нет увеличения частоты местных рецидивов при проведении хирургического лечения

Mieog JS, et al. 2007

Проведенные исследования позволили ответить на ряд вопросов

Неoadъювантная химиотерапия...

- Понижает стадию первичной опухоли и поражение подмышечных лимфатических узлов?
 - ДА
- Повышает частоту выполнения органосохраняющих операций?
 - ДА
- Влияет ли на местный контроль?
 - ДА, при условии оптимального местного контроля
- Влияет ли оно на выживаемость?
 - ДА при достижении ПМР

Следует считать, что....

- Если пациентке с установленным диагнозом рак молочной железы в плане комбинированного лечения показано проведение системной химиотерапии
- Если у хирурга и пациентки есть желание сохранить молочную железу

То... **ЦЕЛЕСООБРАЗНО** проведение химиотерапии в **НЕОАДЪЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ**

Адекватность принятого решения должна быть аргументирована...

➤Клиническое обследование:

- Изначальный размер железы
- Объем, форма железы
- Предыдущие операции / рубцы
- оценка состояния контрлатеральной железы

➤Визуализация опухолевого процесса:

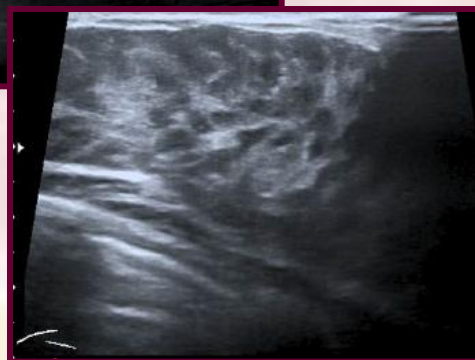
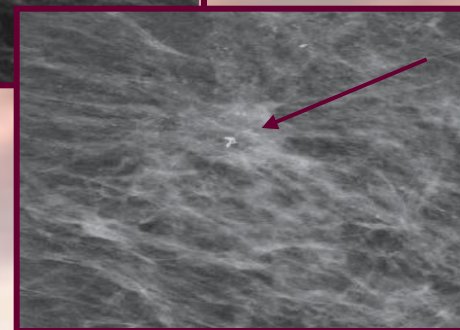
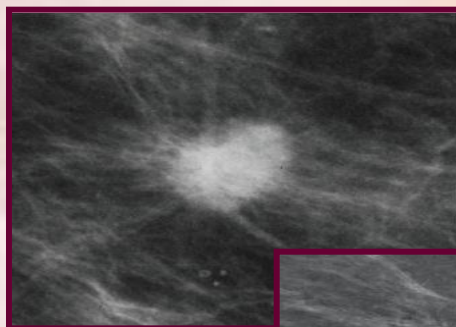
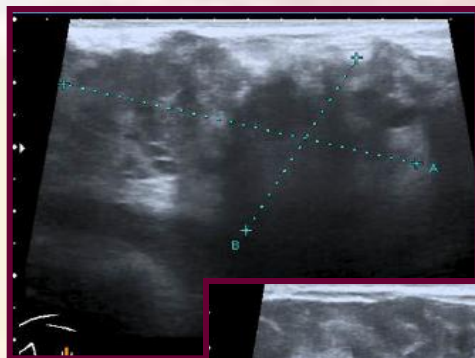
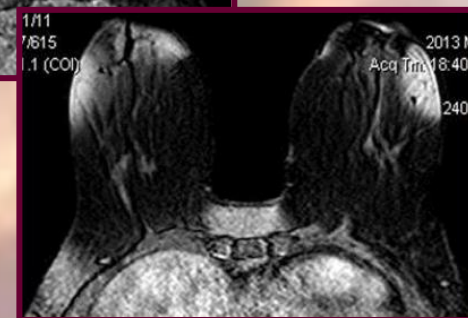
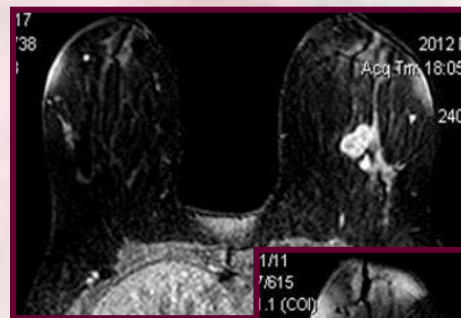
- Маммография
- УЗИ
- МРТ
- Оценка аксиллярных л/у: УЗИ и ТИП измененных л/у

➤Биопсия опухоли:

- Гистологический тип, биологические подтипы
- Индекс пролиферативной активности (Ki 67)
- ER/PR
- Her2

Необходимо использование всех диагностических методов обследования

- Клинический осмотр
- УЗИ
- Маммография
- МРТ



Факторы, которые следует учитывать при принятии решения в пользу проведения НАХТ и ОСО

- Детальная локо-региональная оценка заболевания при диагностике (локализация, характер роста, наличие микрокальцинатов, распространение на л/у, кожу, грудную стенку)
- Мультидисциплинарное обсуждение. Оценка ожидаемого эффекта. Тщательное рассмотрение преимуществ.
 - Полная морфологическая регрессия - конечная точка
 - Остаточная опухоль в железе / л/у ассоциируется с ухудшением прогноза
- Выбор пациента

Полная морфологическая регрессия опухоли - значимый прогностический маркер

Прогнозируемые изменения
общей выживаемости в
зависимости от pCR

pCR, %	Ожидаемая 5- летняя выживаемость
15	77,25
30	79,5
50	82,5
60	84
80	87



Результаты общей 5- летней
выживаемости в зависимости
от pCR

	pCR~10-15%	pCR~20-25%
CALGB 9344	ACx4 77%	AC+T 80%
NSABP B28	ACx4 80%	AC+T 85%
PACS01	FECx6 87%	FEC+T 91%

Каждые 10 % прироста pCR перейдут в абсолютные 2,6%
прироста 3 летней общей выживаемости

Прогноз после НАХТ

- Традиционно определялся распространенностью процесса (TNM)
- Сейчас: достижением pCR – как наиболее значимым прогностическим фактором
- Оценка по системе RCB (residual cancer burden):
 - Размеры остаточной опухоли
 - Клеточность инвазивного компонента
 - Размер максимального МТС лимфоузла
 - Количество МТС лимфоузлов
- Увеличение RCB ассоциируется с повышенным риском развития отдаленных МТС
 - При RCB I – 2.4%
 - При RCB III– 53,6%
- Пациентки с RCB 0 и RCB I имели сопоставимые 5- летние результаты

Частота полных морфологических регрессий опухоли зависит от биологического подтипа РМЖ

- Люминальный А (ER/ PR +, Her2 neg) - 6.7 %
- Люминальный В (ER/PR + , Her2 +) - 11- 22%
- Трипл-негативный - 28-32%
- Her2 позитивный рак - 30-45%

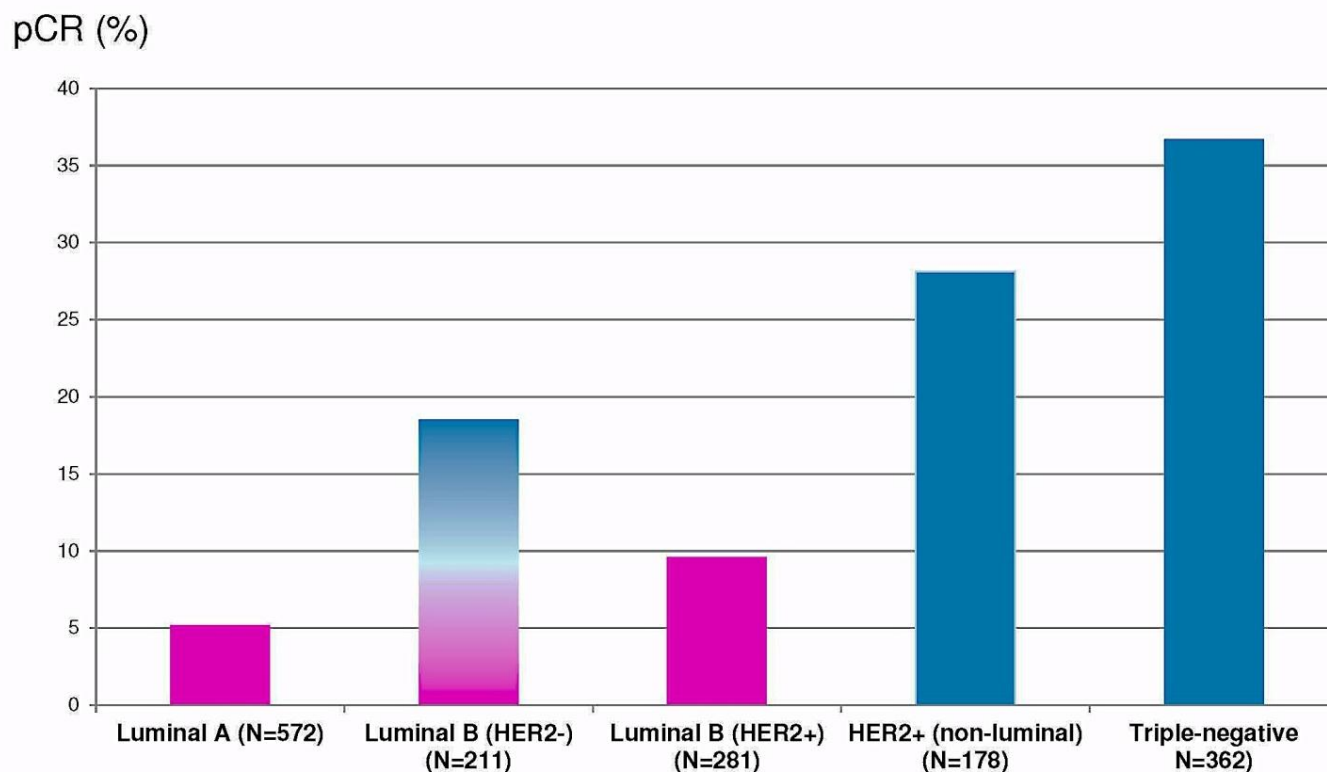
У пациенток с более агрессивными опухолями:

Her2(+), TNP значительно чаще достигается pCR по сравнению с благоприятными подтипами (люминальный тип)

Достижение pCR при различных молекулярных подтипах РМЖ, n=2072 (ТАС, 6-8 циклов)

San Antonio Breast Cancer Symposium - Cancer Therapy and Research Center at UT Health Science Center – December 6-10, 2011

pCR Rates by Subtype



This presentation is the intellectual property of the author/presenter. Contact them at publication@germanbreastgroup.de for permission to reprint and/or distribute.

G B G

GERMAN
BREAST
GROUP



Обновленные данные по исследованию GEPAR TRIO

- Операбельный РМЖ, n=1777
- Местнораспространенный РМЖ, n=193
- Инфильтративно-отечный РМЖ, n=94

Частота достижения pCR

10,5% vs 17,7%

(p=0.002)

Независимые предикторные факторы для всей
группы (оРМЖ, мрРМЖ, ВОИФ)

- Молодой возраст
- Не лобулярный гистологический тип опухоли
- G3
- RE/RP (-)

А не распространенность процесса

Мета-анализ 30 исследований

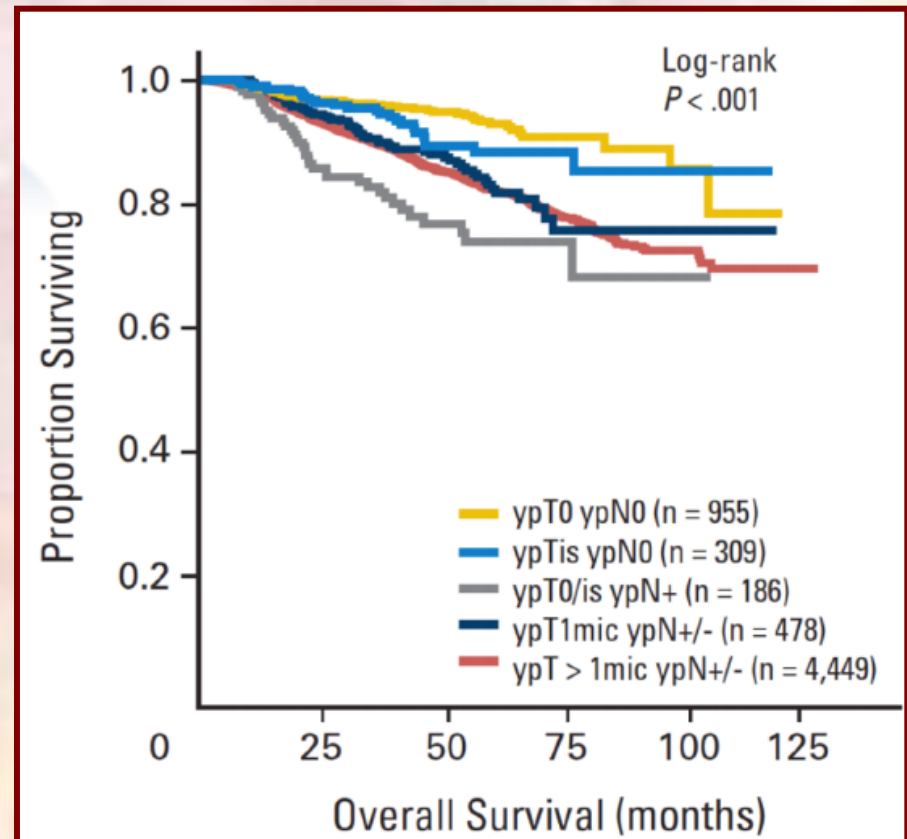
n=11695

- **Частота pCR после НАХТ:**
 - **Без учета подтипа – 19,2%**
 - **ER(+)/ HER2(-) – 8,3%**
 - **ER(+)/ HER2(+) – 18,7%**
 - **ER(-)/ HER2(-) – 38,9%**
 - **THP – 31%**
 - **p=0,002**

Houssami N, Macaskill P, von Minckwitz G, et al., 2012

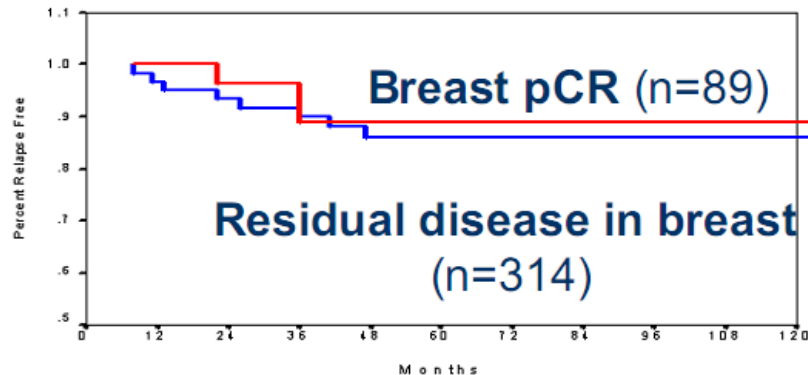
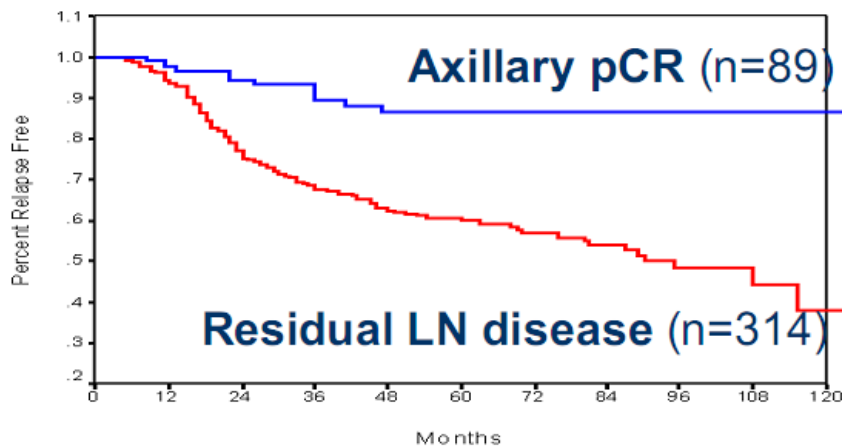
Уровень морфологического ответа: определения

- ypT0 ypN0 (German Breast Group [GBG], Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie — Breast Group [AGO-B])
- ypT0/is ypN0 (MD Anderson Cancer Center, Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group, National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project [NSABP] and Neo-Breast International Group)
- ypT0/is ypN0/+ (NSABP)
- ypT \leq 1mic ypN0/+ (French groups using the Sataloff index)

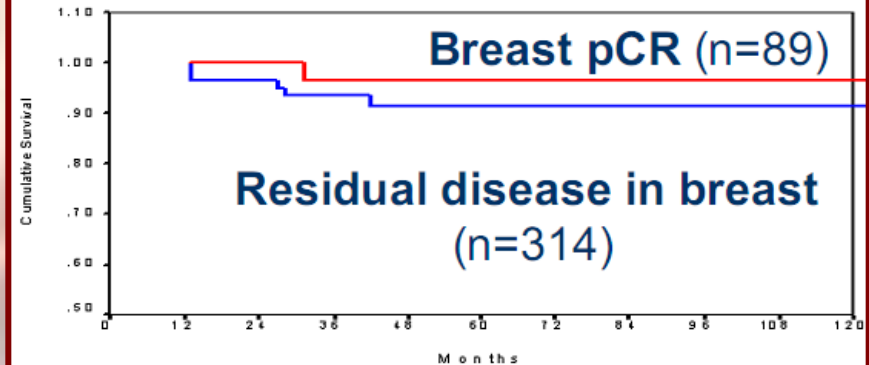
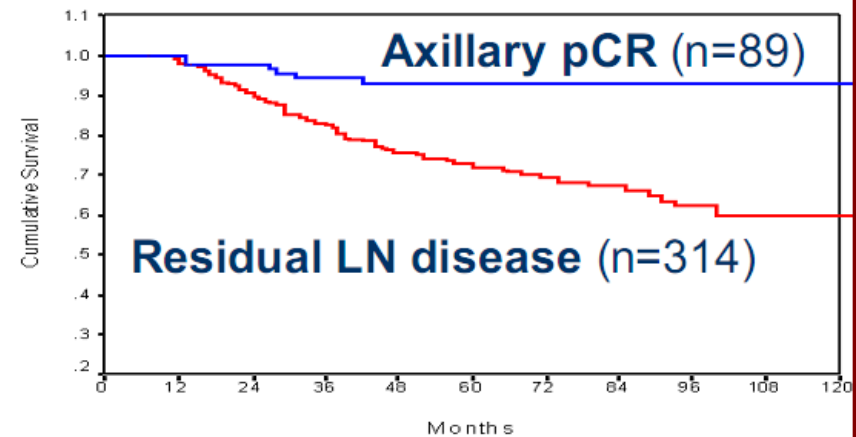


Показатели выживаемости в зависимости от морфологических результатов оценки эффективности НАХТ

Безрецидивная выживаемость



Общая выживаемость



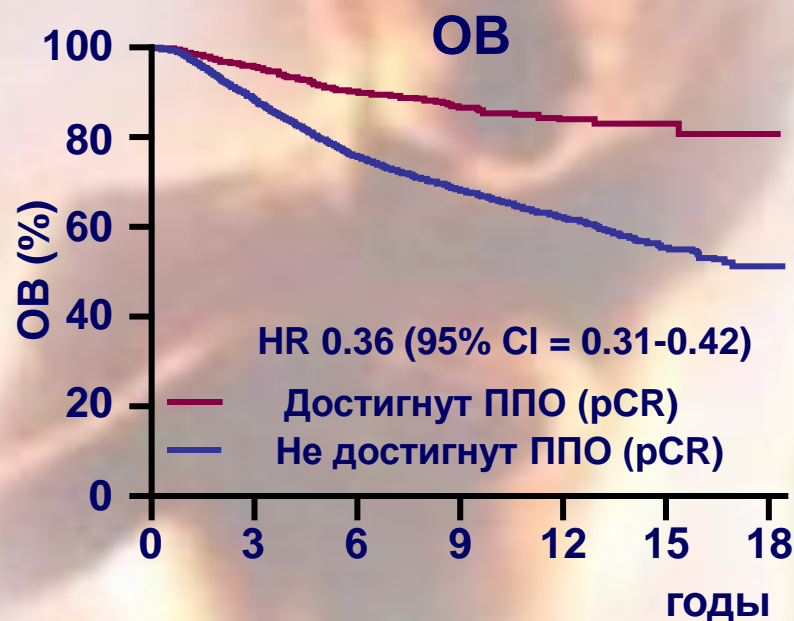
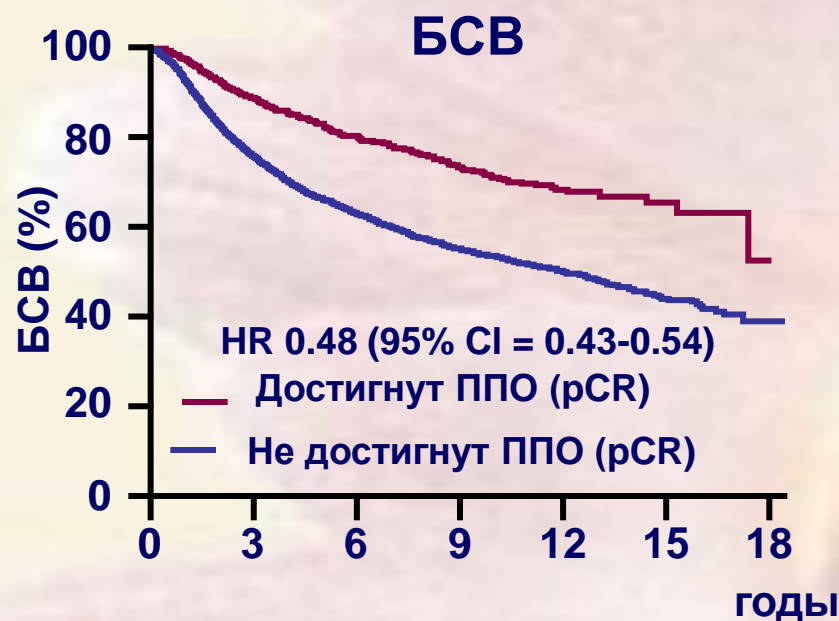
При определении ПМР необходимо учитывать не только урT0/is,но и урN0

Высокий риск прогрессирования РМЖ сопряжен...

- **Отказ от операции после проведения
неoadъювантной химиотерапии**
- **Использование лучевой терапии без
хирургического лечения**

Метаанализ FDA: 12 международных исследований неоадъювантной терапии

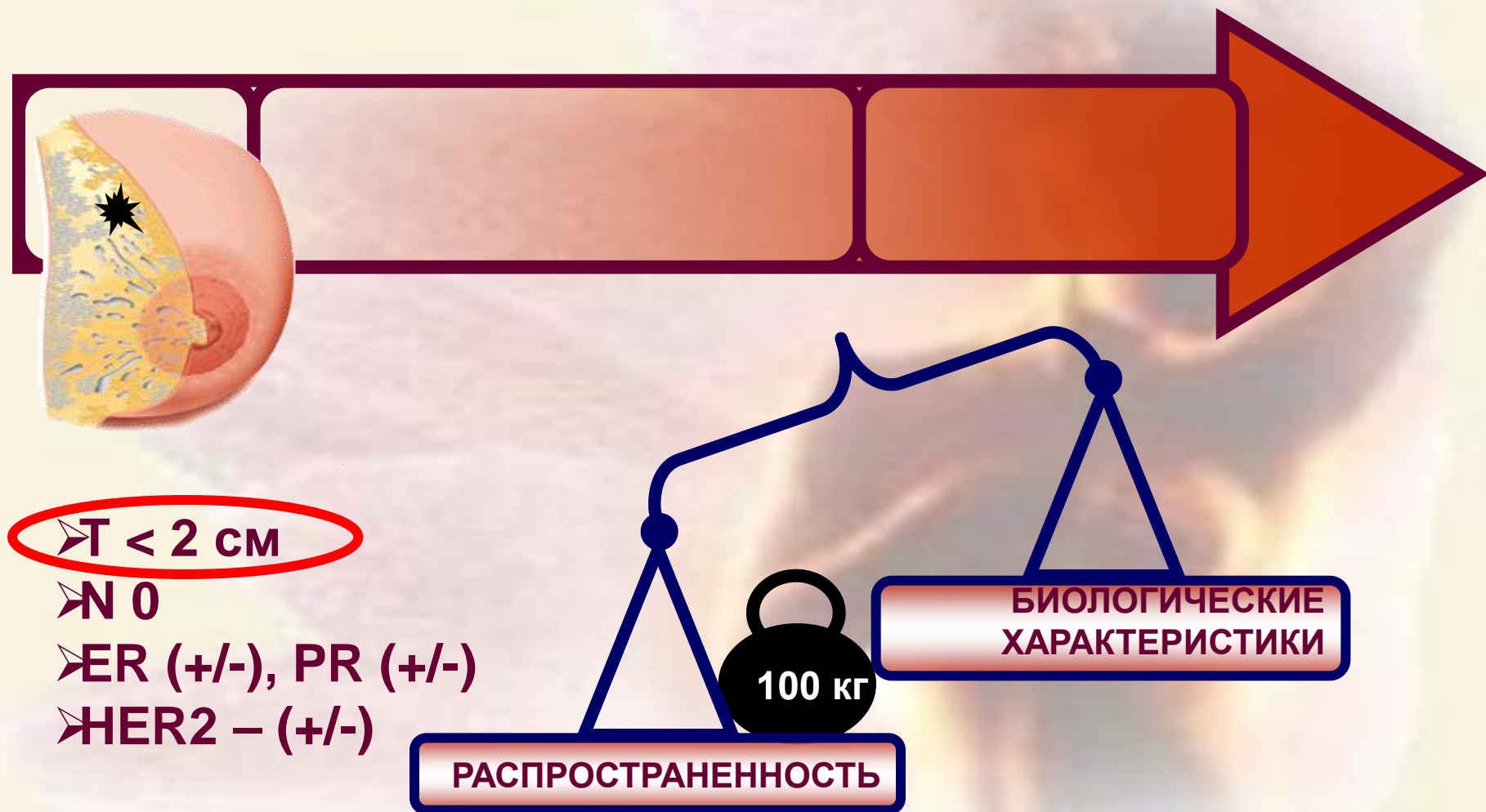
У пациентов, достигших пПО=pCR (ypT0/is ypN0) было отмечено значимое
увеличение бессобытийной и общей выживаемости



Принятие клинического решения ...



1 группа - больные с операбельным РМЖ «благоприятная»



Выбор лечебной тактики



- Оперативное лечение
- Лучевая терапия (на молочную железу)
- Химиотерапия (-)
- Таргетная терапия (-)
- Гормонотерапия – при ER (+), PR (+)

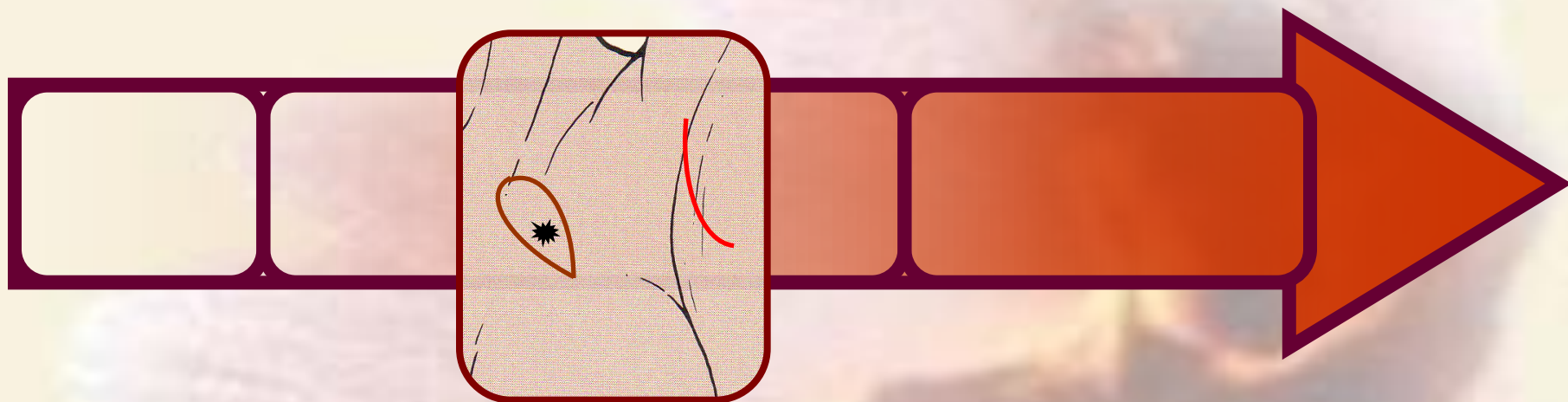
Приоритет – методы местного воздействия

2 группа - больные с операбельным РМЖ «условно благоприятная»



1 этап лечения – хирургический
2 этап – адъювантное лечение

Выбор лечебной тактики



- **Оперативное лечение**
- **Лучевая терапия (на молочную железу, при N2 – на зоны регионарного лимфоотока)**
- **Химиотерапия по показаниям**
- **Таргетная терапия при HER2(+)**
- **Гормонотерапия – при ER (+), PR (+)**

Паритет между местными и системными методами воздействия

3 группа - больные с местно-распространенным РМЖ



➤Размеры

опухоль
железа

➤N (+/-)

➤ER (+/-), PR (+/-)

➤HER2 – (+/-)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

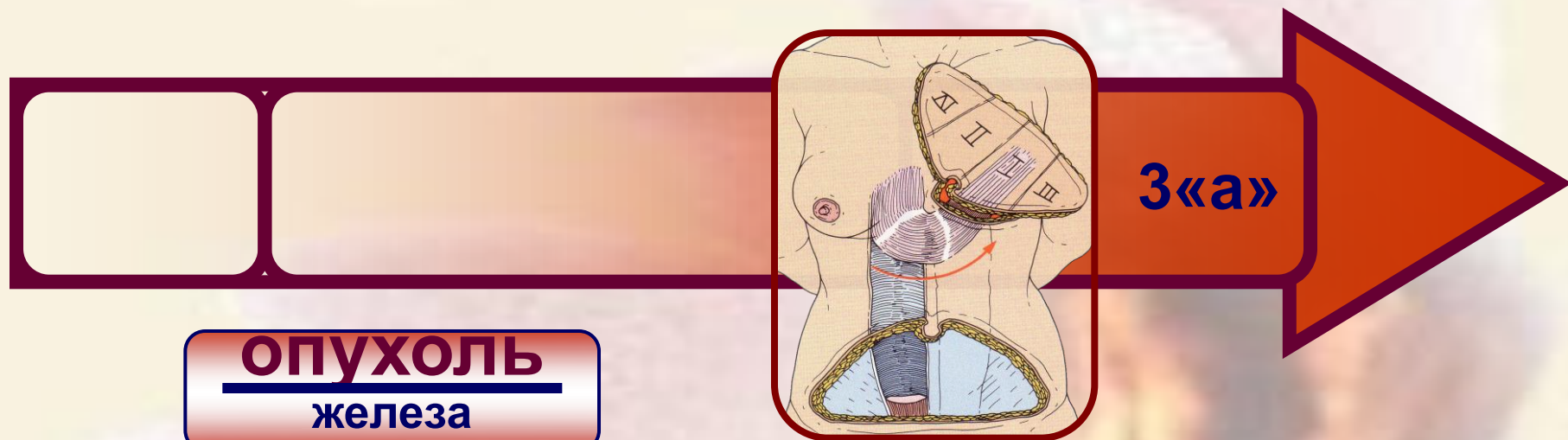
100 кг

БИОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ

Операция без привнесения
дополнительных тканей на первом
этапе лечения не представляется
ВОЗМОЖНОЙ

Группа неоднородна !

Выбор лечебной тактики



опухоль
железа

- N – (+/-)
- ER (+), PR (+)
- HER2 – (-)

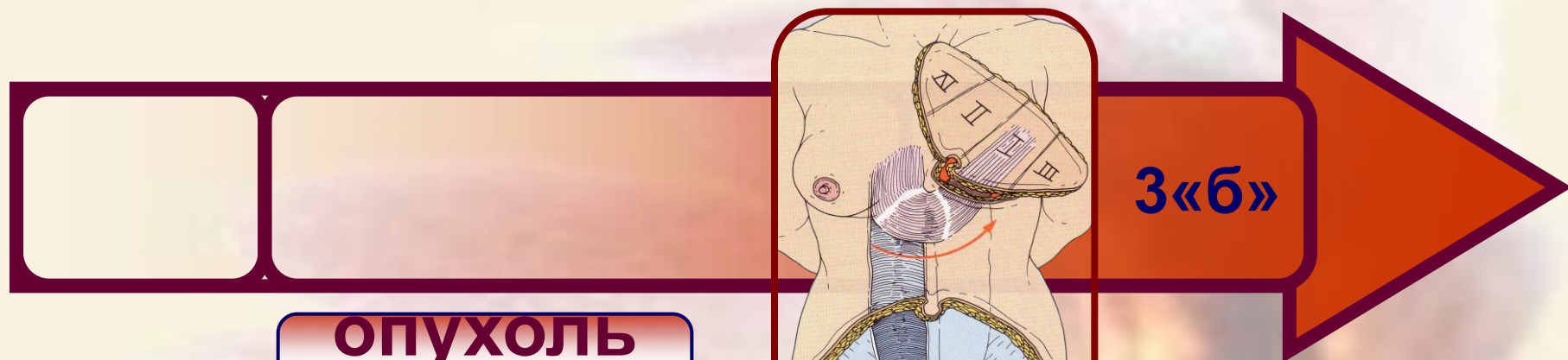
Прогнозируемая эффективность НАХТ низкая !!!

**1 этап лечения – выполнение операции с
привнесением дополнительных тканей**

2 этап лечения – адъювантная химиотерапия

- Лучевая терапия на область молочной железы
- Гормонотерапия при ER (+), PR (+)
по показаниям

Выбор лечебной тактики



ОПУХОЛЬ
железа

➤N(+/-)

➤ER (-), PR (-), HER2 (-) (THP)

➤HER2(+)

Прогнозируемая эффективность НАХТ высокая !!!

НАХТ

➤Хирургическое лечение

➤АХТ

➤Лучевая терапия на молочную железу (зоны – по показаниям)

➤Гормонотерапия при ER (+), PR(+)

➤Таргетная терапия при HER2(+)

Рекомендации NCCN 2016 для операбельного РМЖ

PREOPERATIVE SYSTEMIC THERAPY: SURGICAL TREATMENT

RESPONSEⁱⁱ

SURGICAL TREATMENT

Stage IIA
T2, N0, M0

Stage IIB
T2, N1, M0
T3, N0, M0

Stage IIIA
T3, N1, M0

Preoperative systemic therapyⁱⁱ

Confirmed progressive disease at any time

Partial response, lumpectomy not possible

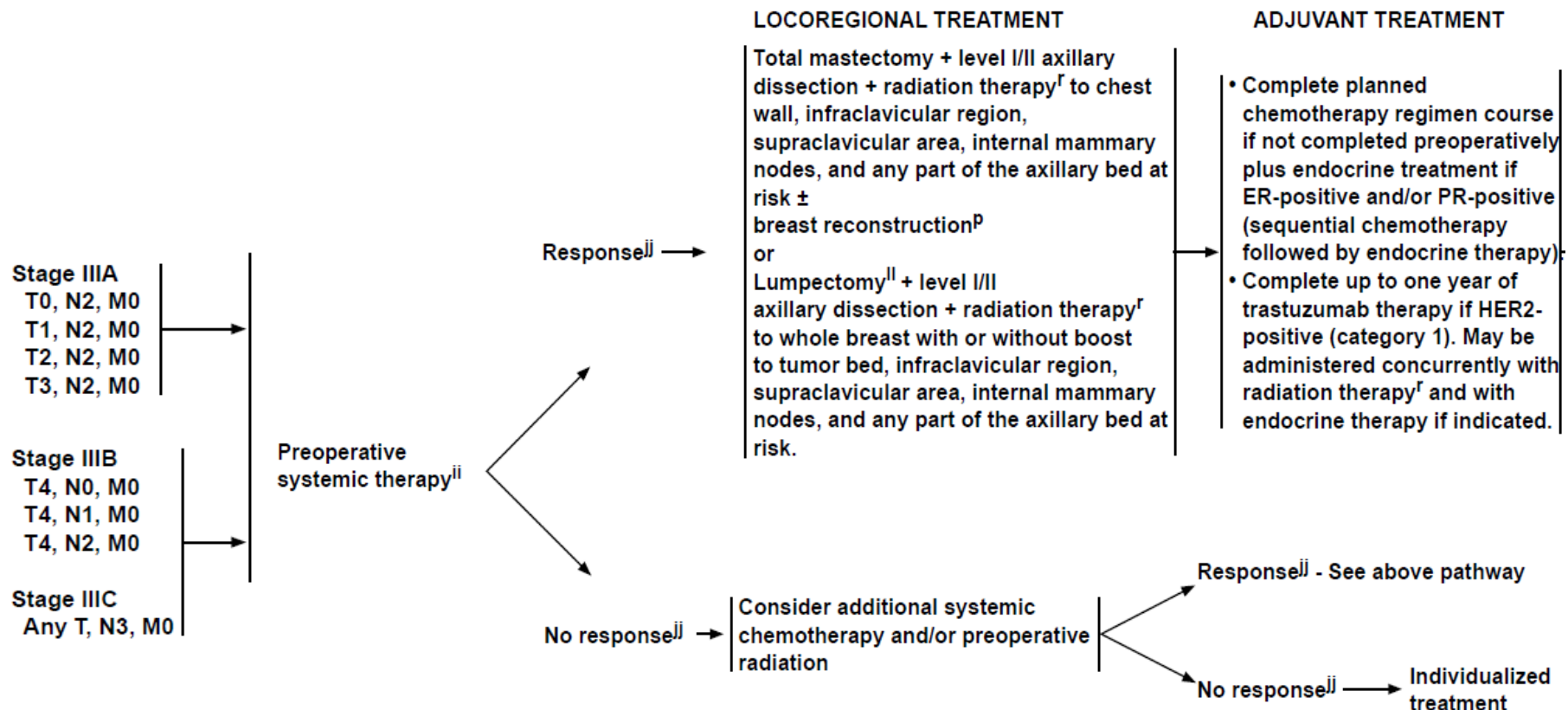
Partial response, lumpectomy possible
or
Complete response

[See Mastectomy \(BINV-13\)](#)

[See Lumpectomy \(BINV-13\)](#)

Рекомендации NCCN 2016 для МРРМЖ

PREOPERATIVE SYSTEMIC THERAPY FOR INOPERABLE OR LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER (NON-INFLAMMATORY)



Лечебная тактика при первично операбельном РМЖ



Клинические рекомендации RUSSCO
Клинические рекомендации AOP

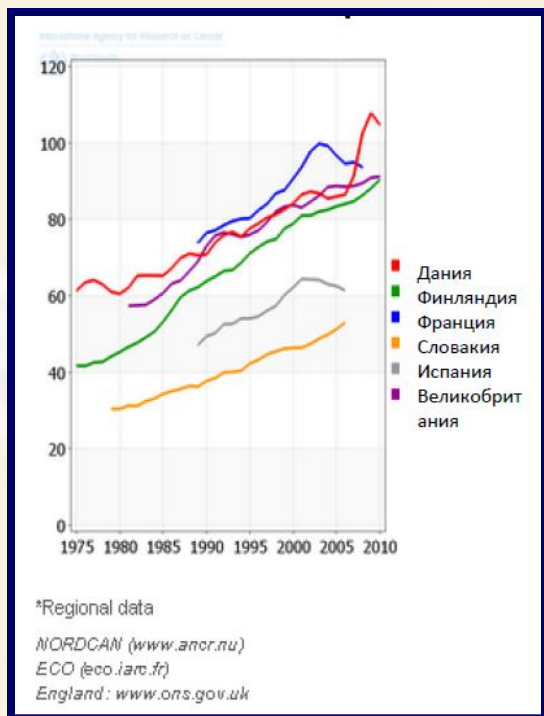
Лечебная тактика при местно-распространенном РМЖ



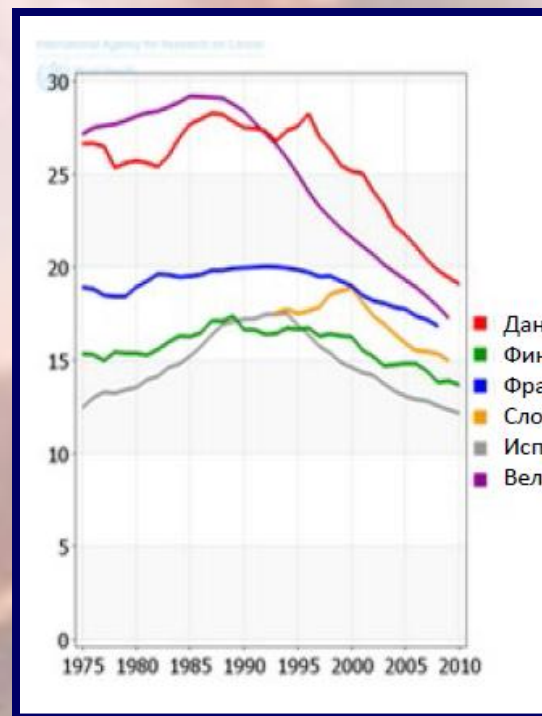
Клинические рекомендации RUSSCO
Клинические рекомендации АОР

Globocan, 2012


Заболеваемость РМЖ



Смертность от РМЖ



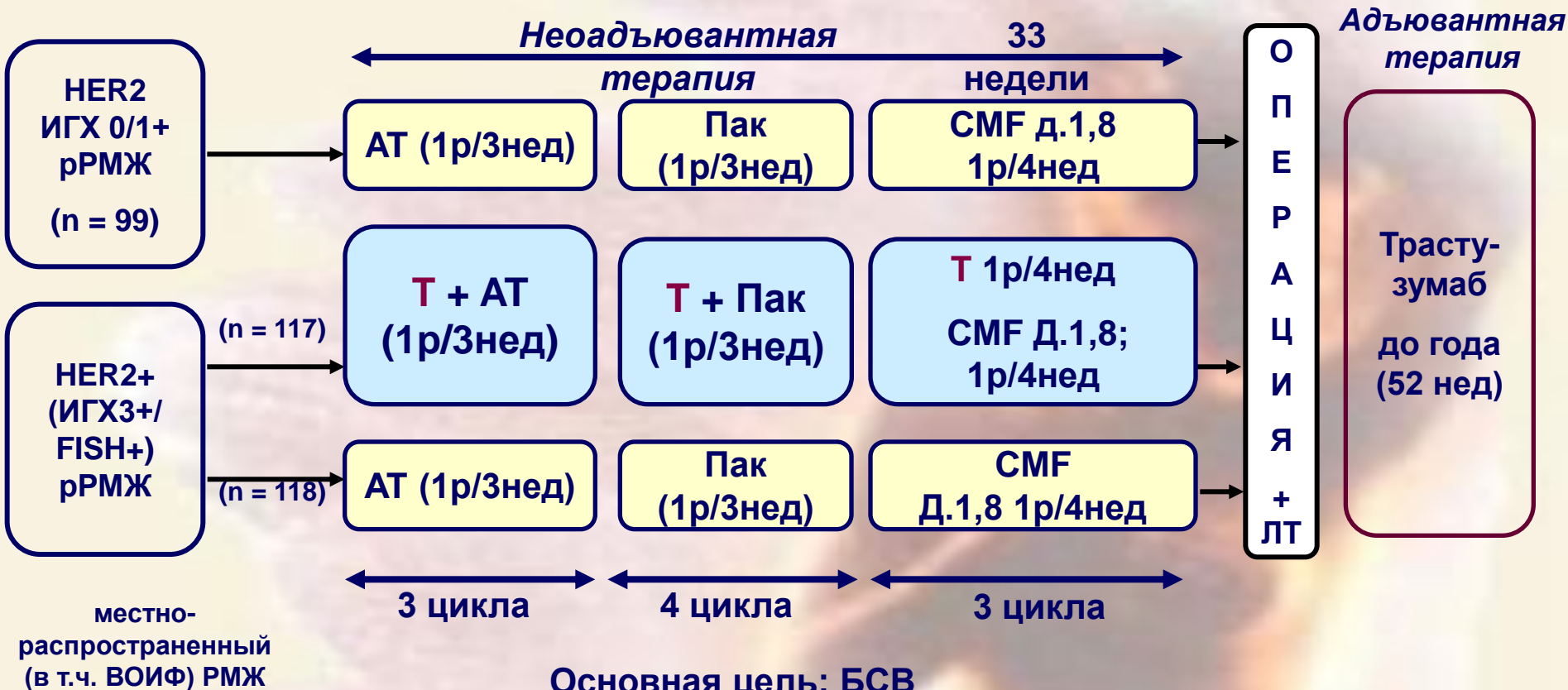
В значительной степени за счет повышения
эффективности терапии (SABCS 2013)



HER 2 (+) РМЖ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

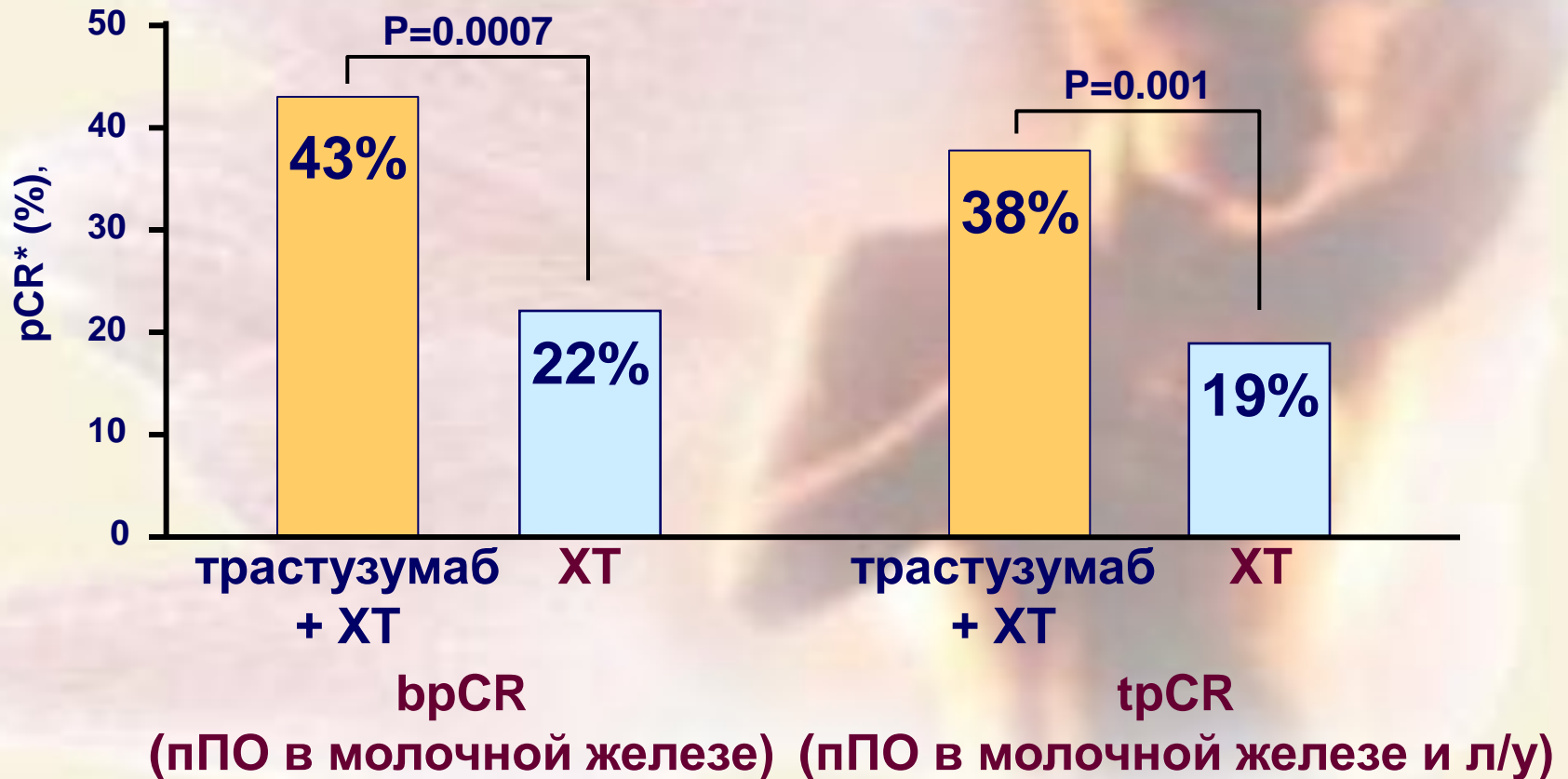
НОАН - открытое исследование III фазы: эффективность неоадъювантной ХТ при HER2+ РМЖ с/без трастузумаба



НОАН:

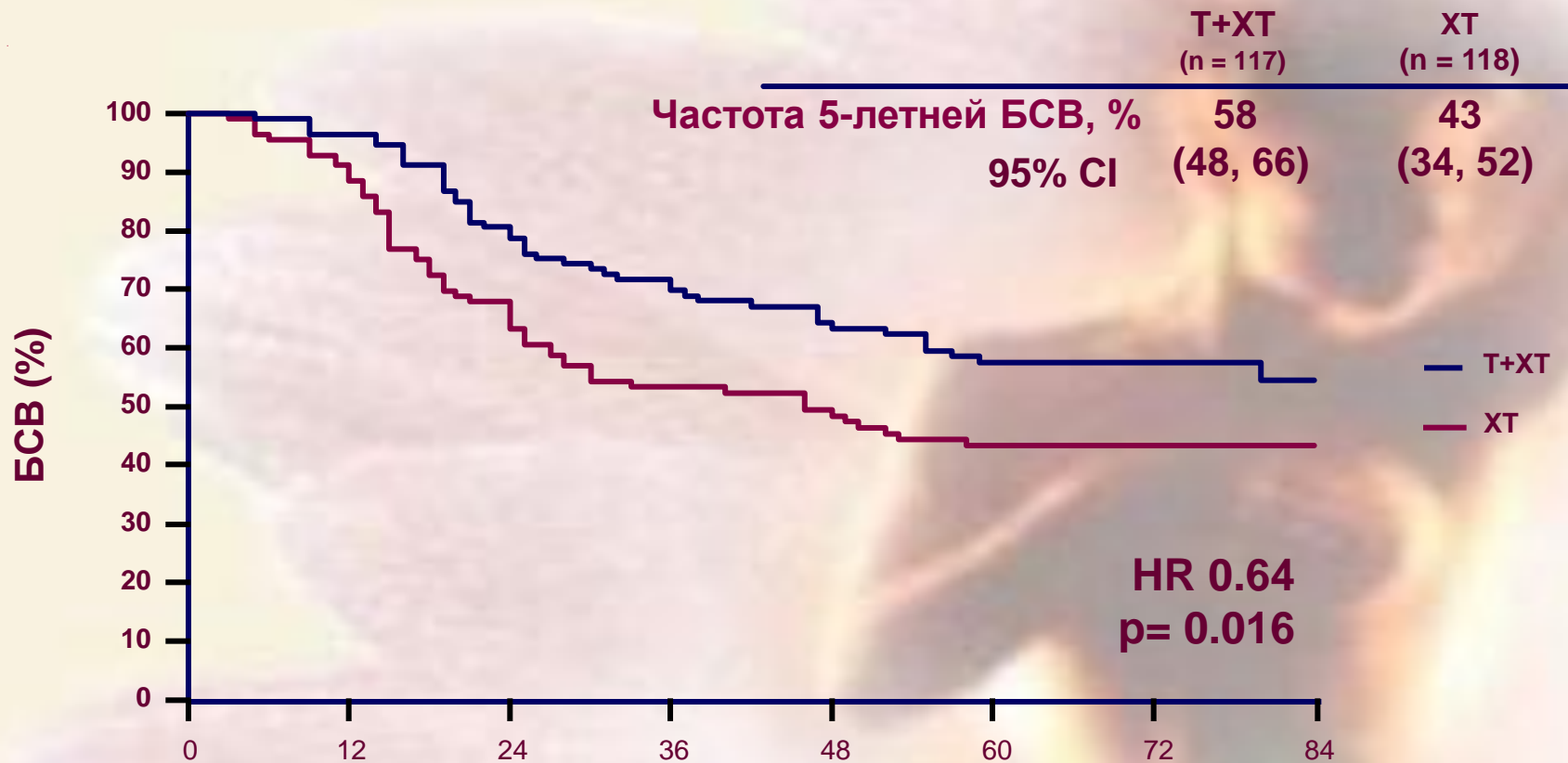
частота полных патоморфологических ответов

Добавление трастузумаба при HER2+ РМЖ достоверно увеличивает частоту полных патоморфологических ответов по сравнению с применением химиотерапии без анти-HER2 агента



НОАН:

значимое увеличение показателей 5-летней
БСВ при добавлении трастузумаба



Двойная блокада рецептора HER2

- **Соединение** HER2 с HER1, HER2, HER3 и HER4 или **димеризация** приводит к активации HER2-опосредованного сигнального пути



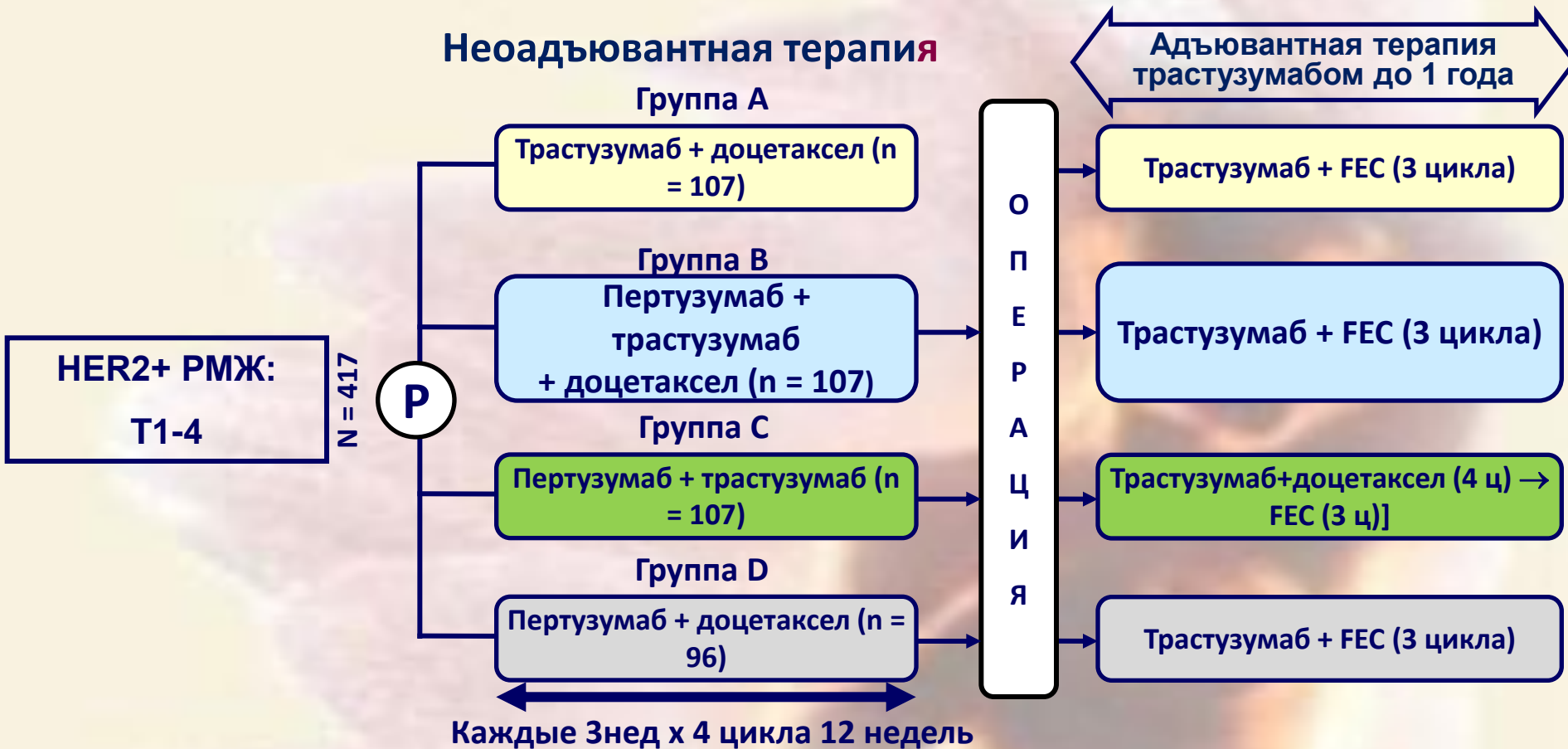
- **Пертузумаб** – первый препарат из класса ингибиторов димеризации
- **Сочетанный механизм действия двух анти-HER2 агентов** способствует более полной блокаде HER2-опосредованного сигнального пути

Двойная блокада рецептора HER2

ПЕРТУЗУМАБ	ТРАСТУЗУМАБ
связывается с субдоменом II ¹	связывается с субдоменом IV ²
Ингибирует процесс димеризации HER2 с HER 1,3,4 Блокирует лиганд-индуцированные сигнальные пути, активированные через рецепторы HER 1,3,4	Блокирует HER2-опосредованные сигнальные пути Активирует АЗКЦТ и предотвращает протеолитическое отщепление внеклеточного домена HER2 рецептора

**Пертузумаб и Трастузумаб имеют
взаимодополняющие механизмы действия**

NeoSphere (II фаза): исследование эффективности комбинации пертузумаба и трастузумаба в НА



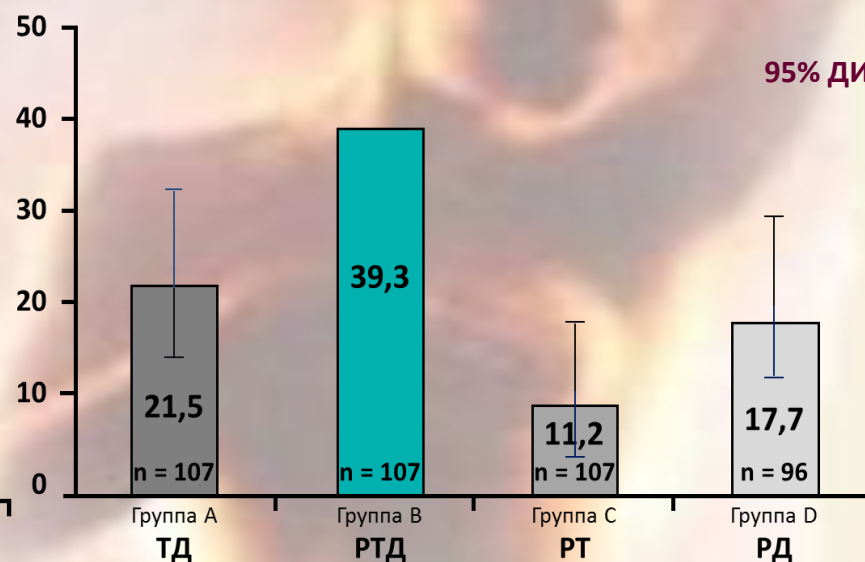
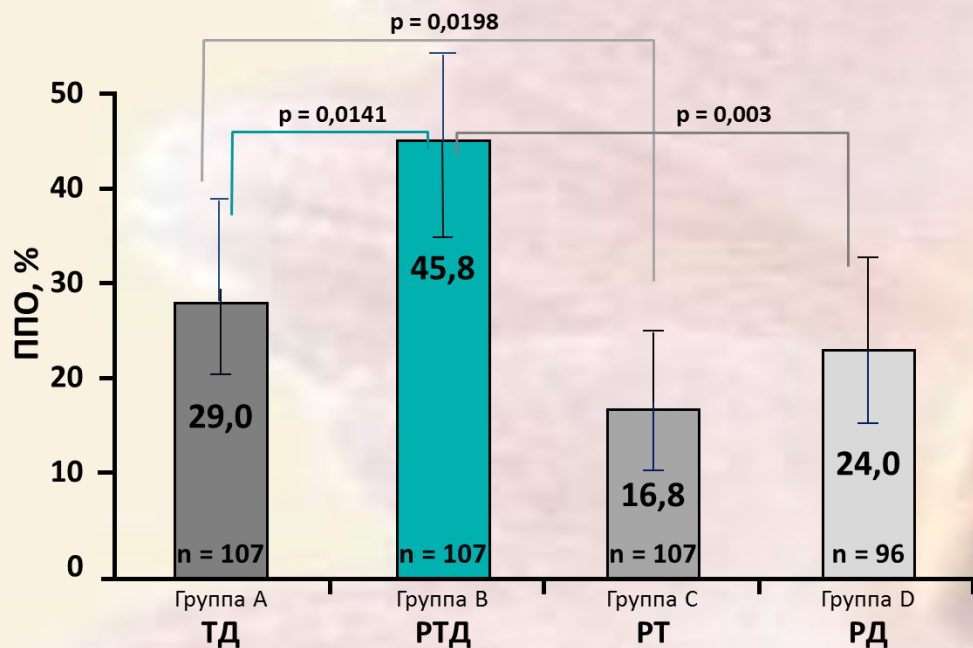
Цели: первичная: pCR

дополнительные: pCR, частота объективного ответа, время до ОО, БРВ, ОВ, частота органосохранных операций

NeoSphere: увеличение частоты полного патоморфологического ответа (pCR) в подгруппе пертузумаб+трастузумаб+ХТ

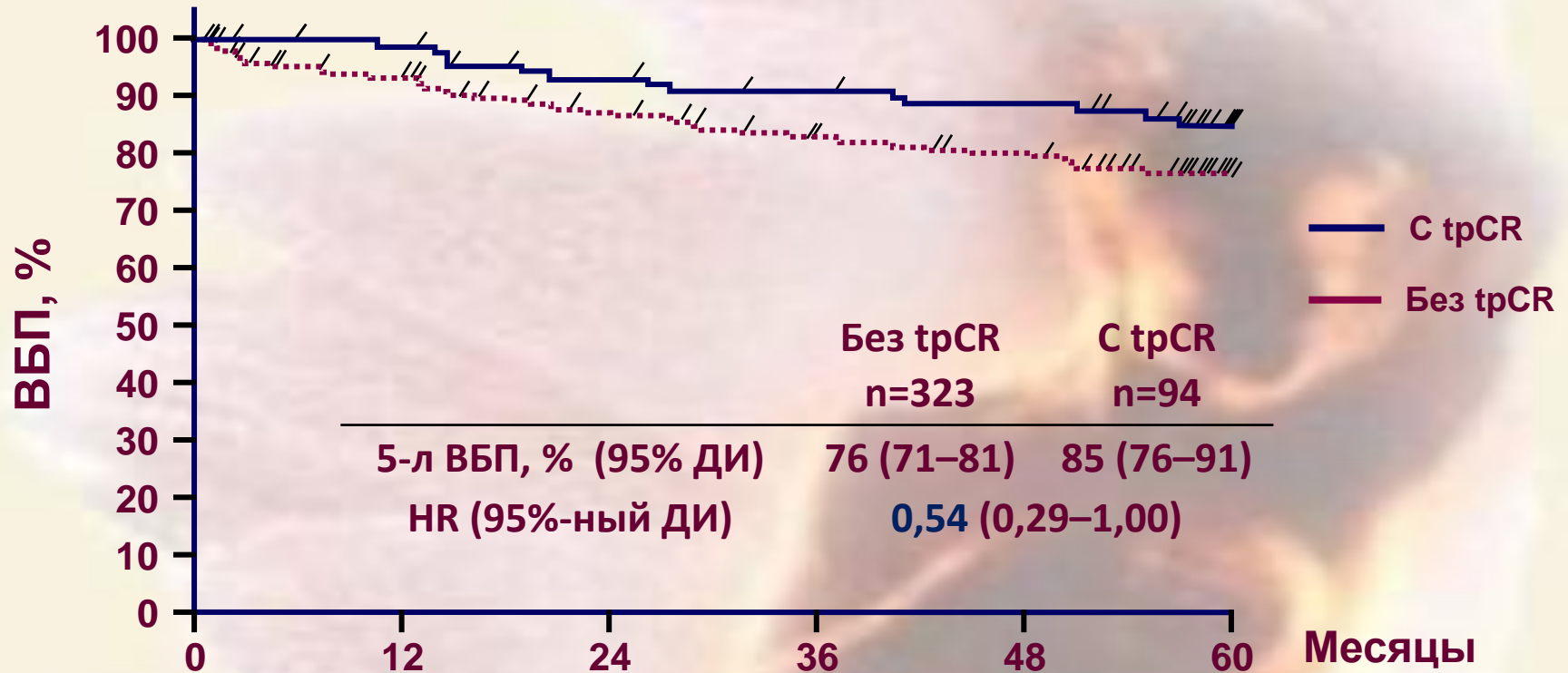
в ткани молочной железы (brCR)

в ткани молочной железы и л/у (trCR)



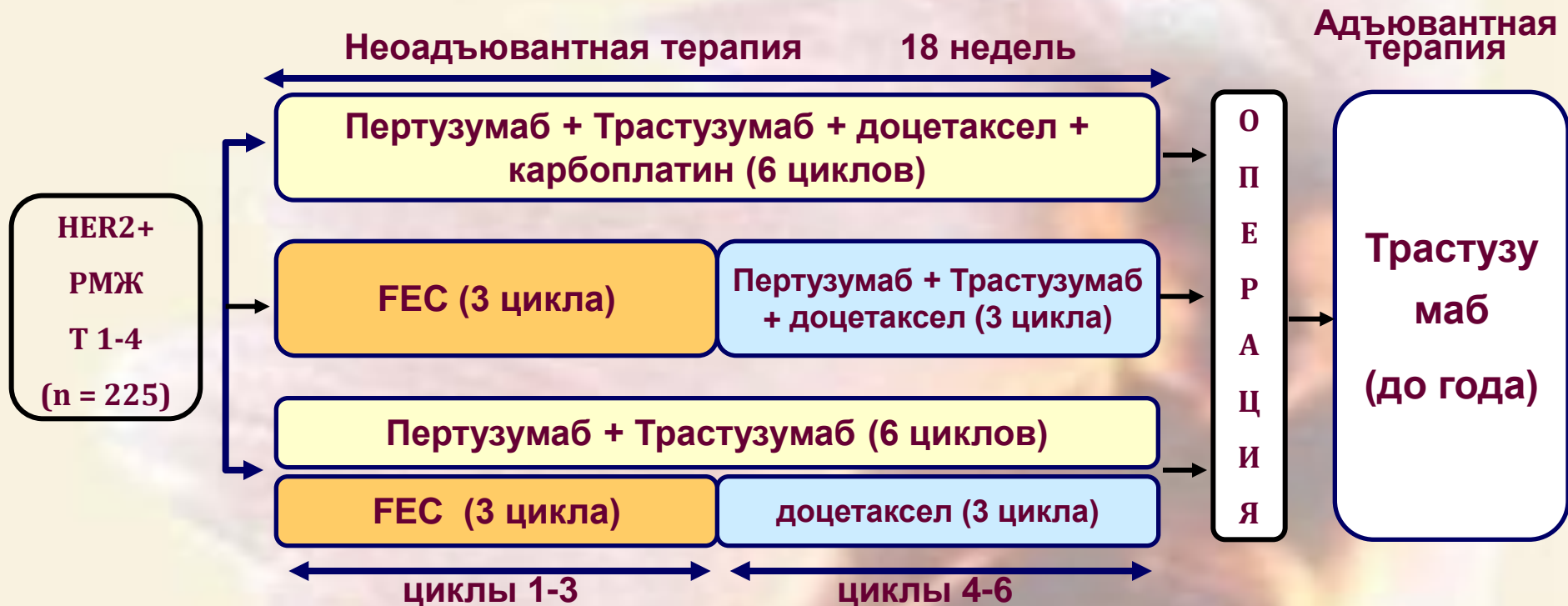
У 46% пациенток, получавших пертузумаб и трастузумаб и доцетаксел достигнут brCR, а trCR отмечался практически в 2 раза чаще по сравнению со стандартной терапией трастузумабом и доцетакселом

Увеличение показателей 5-летней БСВ при достижении пПО (tpCR) во всех подгруппах



**Снижение риска прогрессирования на 46 %
при достижении полного патоморфологического ответа в ткани
молочной железы и лимфоузлах (tpCR)**

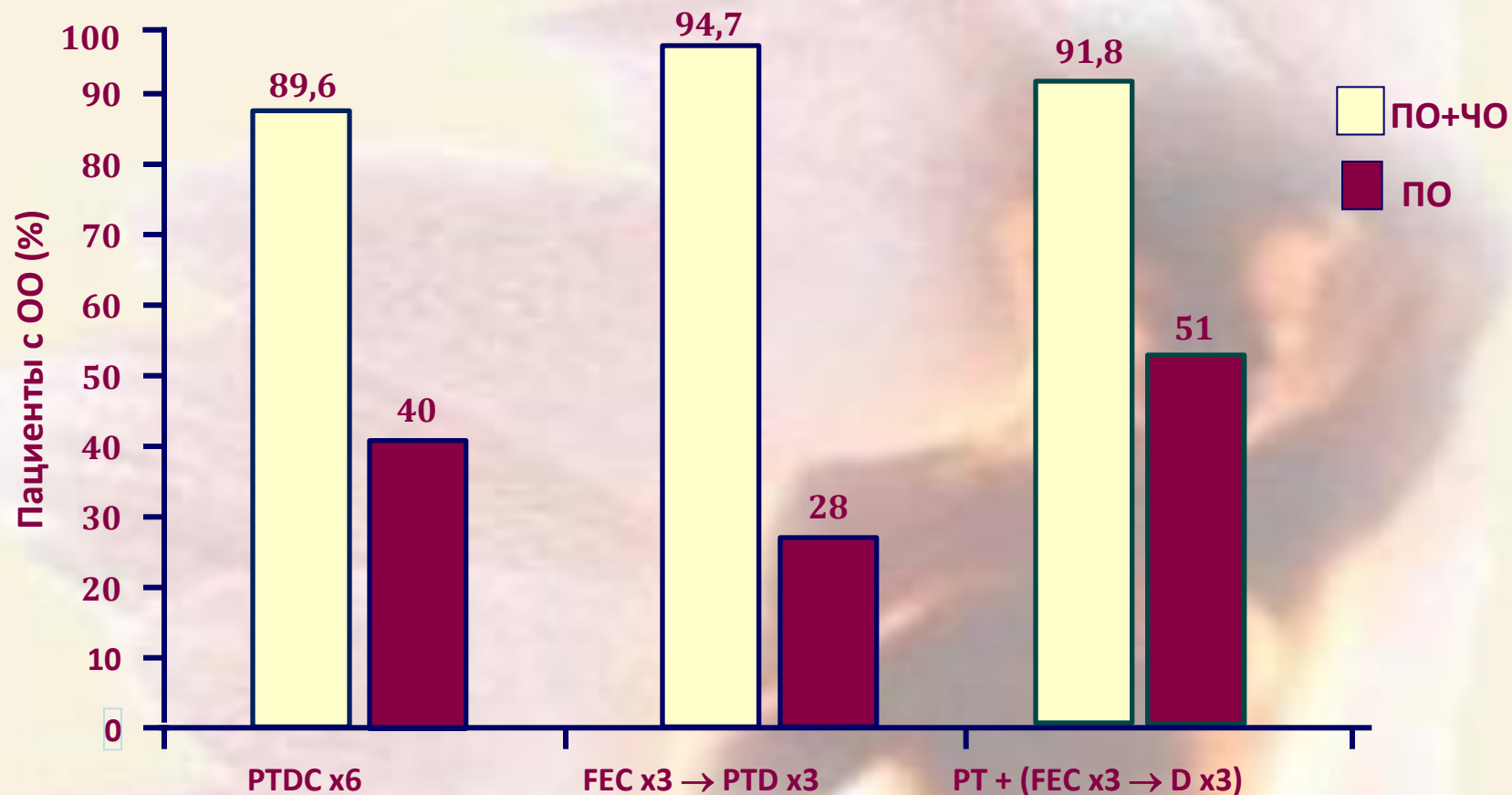
TRYPHAENA (II фаза): рандомизированное исследование безопасности терапии комбинацией пертузумаба и трастузумаба с химиотерапией в НА режиме



Цели: первичная: кардиобезопасность

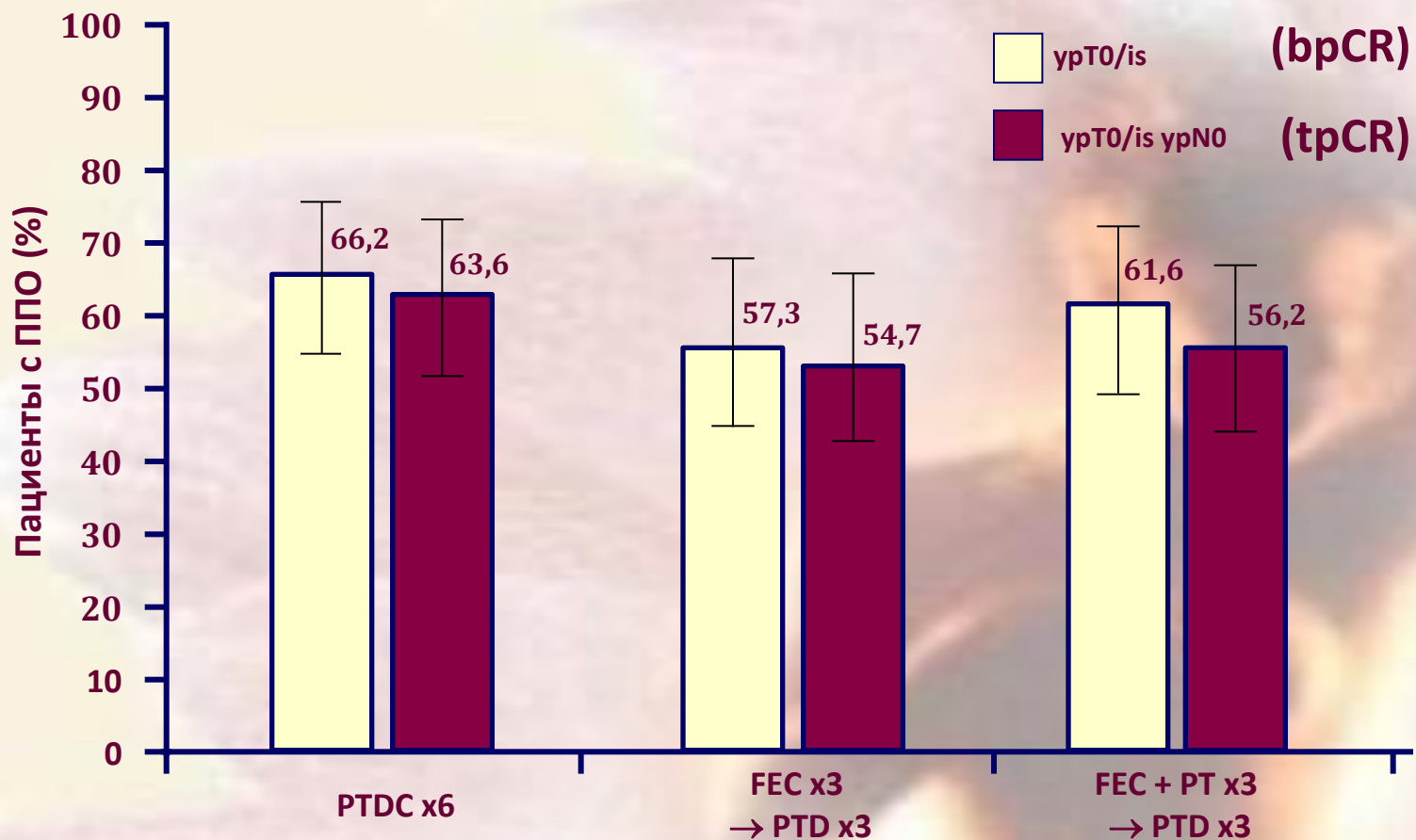
дополнительные: pCR, частота объективного ответа, время до ОО, БРВ, ОВ, частота органосохранных операций

ТРУРНАЕНА: частота објективного ответа



**У 90-95% пациенток
отмечался объективный ответ на терапию комбинацией пертузумаба
и трастузумаба с различными схемами химиотерапии**

Частота патоморфологических ответов в ткани молочной железы и лимфоузлах



Комбинация пертузумаба и трастузумаба показывает **высокую** эффективность со всеми схемами ХТ **по** всем критериям оценки pCR

Основные результаты анти-HER2 терапии

	Длительность НА терапии	b pCR	t pCR	ЧОО	3-летн. БСВ	5-летн. БСВ
NeoSphere^{1,2} <i>Трастузумаб+ пертузумаб+ доцетаксел</i>	4 цикла	45,8	39,3	88,1	90	86
TRYPHAENA³ <i>Трастузумаб+ пертузумаб+ доцетаксел + FEC или карбоплатин</i>	6 циклов	66,2	63,6	94,7	_*	_*
NOAH^{4,5} <i>Трастузумаб+ доксорубицин&паклитаксел → паклитаксел→CMF</i>	10 циклов	43,0	39,0	89,0	71	58

* результаты пока не опубликованы

Современные опции для неoadъювантной терапии HER2+ РМЖ (международные рекомендации)



- **NCCN** рекомендует использовать схемы терапии с включением **пертузумаба** в качестве предпочтительных для неoadъювантного лечения HER2+ РМЖ¹
- **AGO** (Рабочая группа по онкогинекологии) поддерживает использование комбинации **пертузумаба** и **трастузумаба** с химиотерапией в качестве неoadъювантного режима при HER2+ РМЖ²
- **ESMO** считает приемлемым использование двойной анти-HER2 блокады **пертузумабом** и **трастузумабом** с химиотерапией в неoadъювантном режиме у пациентов HER2+ РМЖ с высоким риском³
- **St.Gallen** голосование показало, что большинство экспертов поддерживают назначение **пертузумаба**, **трастузумаба** и **таксана** при II стадии HER2+ РМЖ⁴

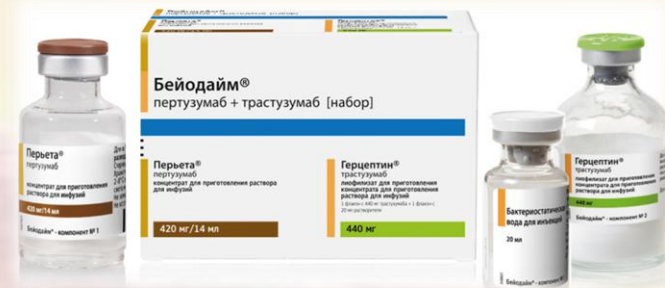
1. NCCN clinical practice guidelines in oncology: Breast cancer. V1. 2016,

2. AGO Guidelines Diagnosis and Treatment of Patients with Primary and Metastatic Breast Cancer, ver. 2015.1,

3. Senkus E, et al. Ann Oncol 2015; 26 (suppl.5): v8–v30

4. Coates A.S. et al. Ann Oncol 2015; 26:1533–46

На территории РФ – набор БЕЙОДАЙМ®




- Компонент №1 - Пертузумаб (Перьета™) по 420 мг/14 мл
- Компонент №2 - Трастузумаб (Герцептин®) по 440мг
- Компонент №3 - Бактериостатическая вода для инъекций (растворитель для препарата Герцептин®) по 20 мл

Регистрационное показание:

Неoadъювантная терапия РМЖ в комбинации с доцетакселом при местно-распространенном, отечно-инфильтративном или раннем раке молочной железы (диаметр опухоли более 2 см) с гиперэкспрессией HER2 в составе схемы лечения, содержащей фторурацил, эпирубицин и циклофосфамид (FEC) или карбоплатин

Набор БЕЙОДАЙМ включен в список ЖВНЛС 2016 года



**Выбор адекватной тактики
лечения у больных раком
молочной железы должен
определяться с учетом
распространенности процесса и
биологических свойств опухоли**

Успех лечения !

Спасибо за внимание

