

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЁГКОГО

ДИАГНОСТИКА

Диагноз устанавливается на основании гистологического исследования, материал для которого получен при биопсии из первичной опухоли или метастатического очага, возможна и цитологическая верификация диагноза.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОЦЕССА

Стандартом обследования являются сбор анамнеза и физикальный осмотр, клинический и биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, надключичных, подмышечных л/узлов и забрюшинного пространства, КТ органов грудной клетки и головного мозга (желательно с в/в контрастированием), сцинтиграфия костей.

По показаниям: цитологическое исследование костного мозга, МРТ головного мозга, ПЭТ.

Стадирование должно проводиться на основании TNM классификации (7-ое издание, 2009). Однако до настоящего времени широко используется стадирование МРЛ на две группы: «локализованный процесс» (не выходящий за пределы одной половины грудной клетки); «распространенный процесс» (с отдаленными метастазами).

Стадия	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2a	N1	M0
IIB	T2b	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T1-2	N2	M0
	T3	N1-2	M0
	T4	N0-1	M0
IIIB	T1-2	N3	M0
	T3	N3	M0
	T4	N2-3	M0
IV	Любое	Любое	M1a M1b

Лечение локализованного МРЛ (I ст. – оперативное лечение, II ст. – избирательный подход к выбору оперативного лечения, II-III ст., опухолевый процесс ограничен гемитораксом)

Больным в удовлетворительном состоянии (ECOG 0-1) показана одновременная химиолучевая терапия.

При наличии массивных опухолей оправдано проведение 1-2 курсов индукционной ХТ с последующим присоединением лучевой терапии.

У тяжелых больных (ECOG 2-3) лечение следует начать с ХТ (возможно применение монотерапии), в дальнейшем может быть проведена ЛТ.

Лечение диссеминированного МРЛ (IV ст., опухоль, выходящая за пределы гемиторакса) – химиотерапия

В зависимости от наличия симптомов локального поражения (симптомные МТС в головной мозг, синдром сдавления ВПВ, ателектаз лёгкого, поражение костей с болевым синдромом, признаки компрессии спинного мозга) – возможно присоединение паллиативной лучевой терапии.

Принципы химиотерапии:

МРЛ высоко чувствителен к цитостатикам и лучевой терапии.

МРЛ чувствителен к этопозиду, цисплатину, карбоплатину, паклитакселу, доцетакселу, топотекану, иринотекану, гемцитабину, циклофосфану, доксорубину, винкристину.

Стандартом ХТ является сочетание этопозида с цисплатином или карбоплатином (схемы EP/EC). Карбоплатин используется у ослабленных больных и при нарушении функции почек.

Обычно проводится 4-6 циклов химиотерапии I линии.

Каждые 2-3 курса проводится контрольное обследование для оценки эффекта.

В случаях необходимости оказания «срочной» помощи больному с выраженными симптомами сдавления ВПВ, возможно применение схемы CAV в Iй линии.

Таблица. I Рекомендуемые режимы химиотерапии при МРЛ.

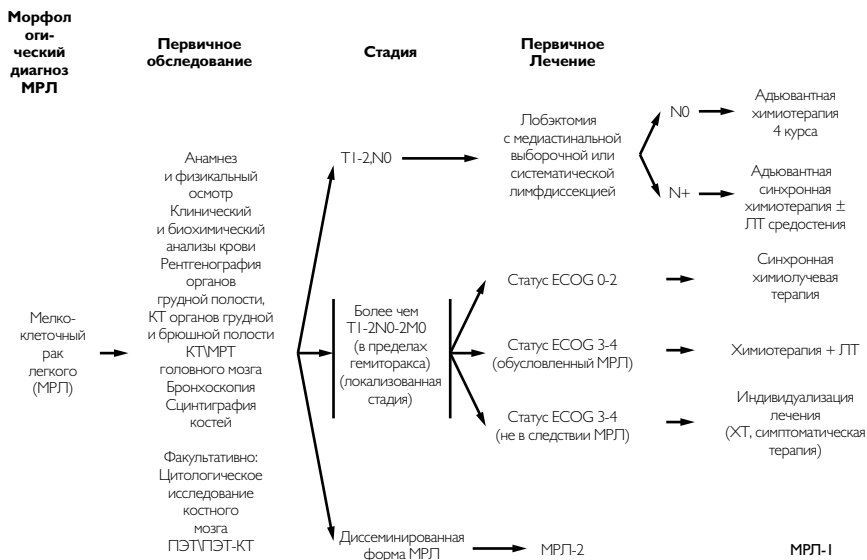
Режим	Схема
I-я линия	
EP	Этопозид 120 мг/м ² в 1-3 дни Цисплатин 75 мг/м ² в 1 день. Интервал 21 день.
EC	Этопозид 100 мг/м ² в 1-3 дни Карбоплатин AUC=5 в 1 день Интервал 21 день.

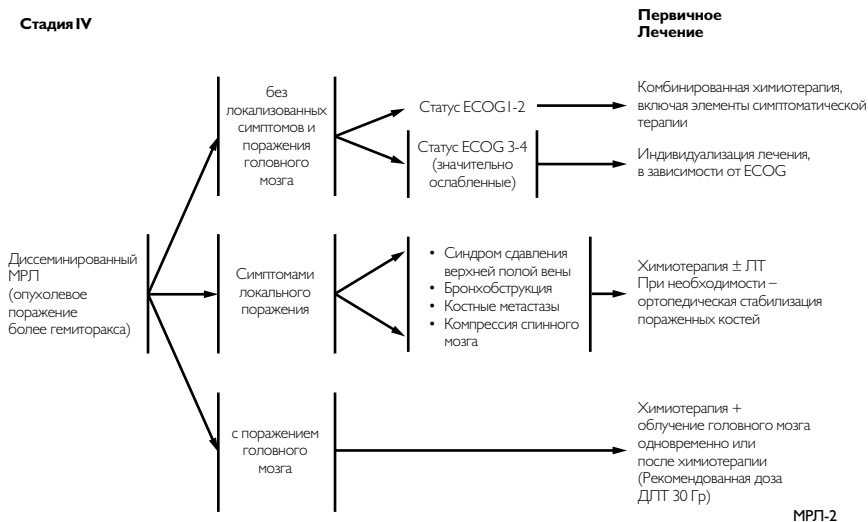
2-я линия	
CAV	Циклофосфан 1000 мг/м ² в 1 день Доксорубин 50 мг/м ² в 1 день Винкристин 1 мг/м ² в 1 день Интервал 21 день.
IP	Иринотекан 65 мг/м ² в 1,8 дни Цисплатин 75 мг/м ² в 1 день. Интервал 21 день.
Схемы резерва (для 2-3 линий)	
Этопозид	50 мг/м ² с 1-21 дни внутрь Интервал 28 дней.
Топотекан	1,5 мг/м ² в 1-5 дни. Интервал 21 день
Паклитаксел	80 мг/м ² в 1, 8 и 15 дни. Интервал 28 дней.

При прогрессировании процесса используются схемы 2й линии (см. табл.). Обычно проводится не более 4х курсов.

В случаях необходимости оказания «срочной» помощи больному с выраженными симптомами сдавления ВПВ, возможно применение схемы CAV в 1й линии.

При метастатическом поражении костей рекомендовано применение бисфосфонатов.

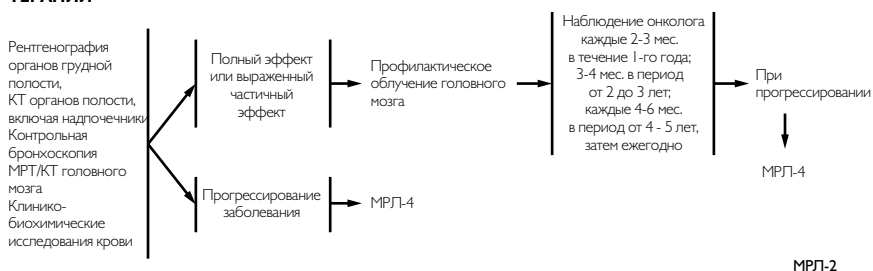




ОЦЕНКА ЭФФЕКТА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ТЕРАПИИ

АДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ

НАБЛЮДЕНИЕ



При дальнейшем прогрессировании или плохой переносимости используются схемы резерва, а также паллиативная ЛТ.

Наблюдение

В случае достижения полного или частичного эффекта с наличием остаточной опухоли менее 10% от исходной – больного направляют на профилактическое облучение мозга с дальнейшим наблюдением онколога каждые 2-3 мес. в течение 1 года, 3-4 мес. в течение второго- третьего года, и 5-6 мес. в период 4-5 годов, далее – ежегодно.

**ПРОГРЕССИРОВАНИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**ПОСЛЕДУЮЩАЯ
ТЕРАПИЯ**

**«Чувствительные
формы»**
после 3 мес.
от начала ХТ



Повторение
2-3 курсов
ХТ I линии



Продолжение
до максимального эффекта
или до развития
непереносимой токсичности



Паллиативная
локальная ЛТ
в зависимости
от симптомов

**«Резистентные
формы»**
до 3 мес.



II линия ХТ
2-3 курса

**«Рефрактерная
форма»** –
прогрессирование
болезни во время
лечения



Симптоматическая
паллиативная терапия



Изучение новых
препаратов

МРЛ-4