

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ЖЕЛУДКА

Цитирование: Бяхов М. Ю., Бесова Н. С., Владимирова Л. Ю., Волков Н. М., Левченко Е. В., Сакаева Д. Д. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака желудка // Злокачественные опухоли. – 2015. – № 4, спецвыпуск. – С. 210–213.

DOI: 10.18027/2224-5057-2015-4s-210-213

Ключевые слова: рак желудка, плоскоклеточный рак, аденокарцинома, химиотерапия.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз устанавливается на основании гистологического исследования, материал для которого получен при гастроскопии или операционной биопсии.

СТАДИРОВАНИЕ

Стадирование включает: сбор анамнеза, осмотр, клинический анализ крови, биохимический анализ крови с показателями функции печени, почек, эндоскопическое исследование, КТ, МРТ или УЗИ органов брюшной полости и малого таза, КТ или рентгенография органов грудной клетки. Стадирование производится на основании TNM-классификации (7-е издание, 2010 г.).

ЛЕЧЕНИЕ

Лекарственное лечение локализованных стадий

Не проводится.

Возможно проведение химиолучевого лечения при местнораспространенных формах (лучевая терапия + 5-фторурацил ± лейковорин).

Лечение нерадикально оперированных больных остается паллиативным.

Лекарственное лечение больных с отдаленными метастазами (m1)

- Больные с IV стадией заболевания являются кандидатами для проведения паллиативной химиотерапии. Обычно используются режимы, включающие цисплатин, фторурацил и антрациклины.
- Режимы CF и ECF на сегодняшний день являются наиболее распространенными. Доцетаксел повышает активность цисплатина/фторурацила у больных с ECOG 0-1, однако сопровождается значительным ростом токсичности.

- В классических режимах цисплатин (С) может быть заменен на оксалиплатин (О), а 5-фторурацил (F) – на капецитабин (X).
- При наличии в опухоли гиперэкспрессии HER2/neu (ИГХ 3+ или ИГХ2+FISH+) предпочтительно назначение трастузумаба в комбинации с дублетами препаратов платины и фторпиримидинов.
- Нет стандарта второй линии химиотерапии. В небольших рандомизированных исследованиях показано, что проведение химиотерапии второй линии больным в удовлетворительном общем состоянии достоверно увеличивает продолжительность жизни. После лечения препаратами платины в комбинации с фторпиримидинами в первой линии лечения в качестве второй линии лечения равноэффективны таксаны и иринотекан в монотерапии. Возможно включение пациентов в клинические исследования. При ECOG = 2 рекомендуется симптоматическая терапия

Схемы химиотерапии

Обязательные рекомендации:

Монохимиотерапия

- 5-фторурацил: 800 мг/м²/сут в виде постоянной инфузии в течение 5 суток.
- Капецитабин: 2500 мг/м²/сут, р.о. (в 2 приема) с 1-го по 14-й день каждые 3 недели.

Полихимиотерапия

- CF: цисплатин 100 мг/м² в 1-й день + 5-фторурацил, длительные инфузии, 1000 мг/м²/сут в 1-й – 5-й дни каждые 4 недели.
- ECF: эпирубицин 50 мг/м² либо доксорубицин 40 мг/м² в 1-й день + цисплатин 60 мг/м² в 1-й день + 5-фторурацил 200 мг/м²/сутки, постоянная внутривенная инфузия, цикл повторяется каждые 3 недели.

Расширенные рекомендации:

- FOLFOX: оксалиплатин 100 мг/м² в 1-й день + LV 200 мг/м², 2-час. инфузия + 5Fu 400 мг/м² болюсно + 5Fu 600 мг/м² 22-час. инфузия в 1-й – 2-й дни каждые 2 недели.
- XP: цисплатин 80 мг/м² в 1-й день + капецитабин 1000 мг/м² 2 раза в день с 1-го по 14-й дни цикла каждые 3 недели.
- EOX: эпирубицин 50 мг/м² либо доксорубицин 40 мг/м² в 1-й день + оксалиплатин 130 мг/м² в 1-й день + капецитабин 625 мг/м² 2 раза в день постоянно каждые 3 недели.
- CapOX (XELOX): оксалиплатин 130 мг/м² в/в в 1-й день + капецитабин по 1000 мг/м² 2 раза в день р.о. в 1-й – 14-й дни каждые 3 нед.
- DCF: доцетаксел 75 мг/м² в 1-й день + цисплатин 75 мг/м² в 1-й день + 5-фторурацил, длительные инфузии, 750 мг/м²/сут в 1-й – 5-й дни каждые

3 недели (только у молодых больных в хорошем общем состоянии, в специализированных центрах).

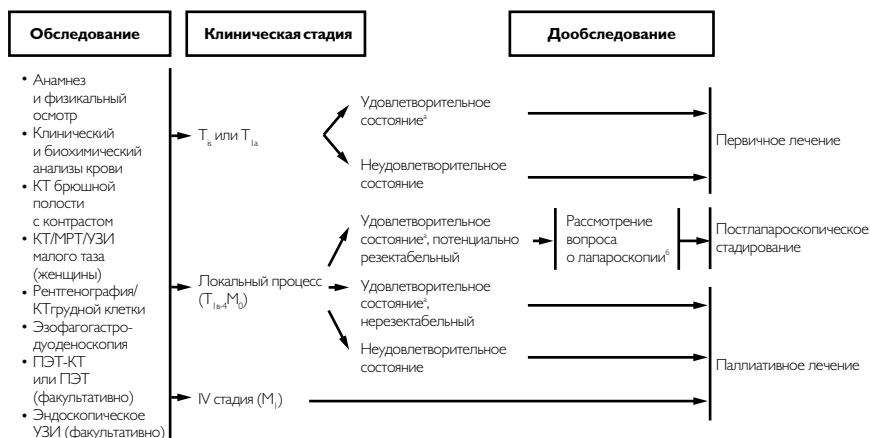
- XR + Trastuzumab: цисплатин 80 мг/м² в 1-й день + капецитабин 1000 мг/м² 2 раза в день с 1-го по 14-й дни цикла + трастузумаб 8 мг/кг (нагрузочная доза) в 1-й день, далее – в поддерживающей дозе 6 мг/кг в 1-й день каждые 3 недели (только у больных с гиперэкспрессией HER2/неу в опухоли).

Химиотерапия второй линии

- Иринотекан по 180 мг/м² каждые 2 недели или по 250-300 мг/м² 1 раз в 3 недели.
- Доцетаксел по 60 – 75 мг/м² 1 раз в 3 недели.
- Паклитаксел по 80 мг/м² в 1-й, 8-й, 15-й дни каждых 28 дней.

Химиолучевая терапия:

- 5-фторурацил 425 мг/м² и лейковорин 20 мг/м² с 1-го по 5-й дни, далее с 28-го дня – лучевая терапия 45 Гр (5 дней в неделю, 5 недель, фракциями по 1,8 Гр) + 5-фторурацил 400 мг/м² и лейковорин 20 мг/м² в первые 4 и последние 3 дня лучевой терапии. Далее через месяц после окончания лучевой терапии – 2 цикла: 5-фторурацил 425 мг/м² и лейковорин 20 мг/м² с 1-го по 5-й дни через 28 дней.



^a Пациент способен перенести оперативное вмешательство.

^б Лапароскопия производится для выявления перитонеального распространения процесса при планировании радикального хирургического лечения; не проводится, если планируется паллиативная операция.

