

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цитирование: Бяхов М. Ю., Бесова Н. С., Владимирова Л. Ю., Волков Н. М., Левченко Е. В., Покатаев И. А., Сакаева Д. Д. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака поджелудочной железы // Злокачественные опухоли. – 2015. – № 4, спецвыпуск. – С. 264–267.

DOI: 10.18027/2224-5057-2015-4s-264-267

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, аденокарцинома, химиотерапия.

ДИАГНОСТИКА И СТАДИРОВАНИЕ

Патоморфологический диагноз устанавливается в соответствии с классификацией ВОЗ после биопсии. Протоковая аденокарцинома составляет 95% эпителиальных опухолей.

Распространенность процесса

Стадирование осуществляется на основании данных:

- анамнеза;
- объективного осмотра;
- анализа клинических, биохимических показателей, печеночных ферментов;
- рентгенографии органов грудной клетки;
- КТ/УЗИ органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости.

Стадирование производится на основании TNM-классификации (7-е издание, 2010 г.).

При выявлении резектабельной опухоли – лечение хирургическое. Менее 20% всех больных имеют резектабельную опухоль на момент диагностики.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение локализованной или местнораспространенной резектабельной опухоли

Полная хирургическая резекция является основным методом лечения резектабельной формы. Однако 5-летняя выживаемость составляет только 10-20%. При вовлечении в опухолевый процесс лимфатических узлов выживаемость меньше.

Наблюдение после полной резекции осуществляется до прогрессирования заболевания путем контроля СА19-9 и КТ органов брюшной полости.

Лекарственное лечение местнораспространенной нерезектабельной опухоли или метастатической стадии

Симптоматическая терапия играет решающую роль в лечении метастатической формы заболевания.

К ней относится стентирование, наложение обходного анастомоза при обструктивной желтухе или механическом сдавлении выходного отдела желудка.

Химиотерапия не оказывает существенного влияния на показатели выживаемости.

При удовлетворительном состоянии больного рекомендуется монотерапия гемцитабином или FOLFIRINOX – комбинация четырех препаратов (оксалиплатина, иринотекана, лейковорина и 5-фторурацила). При ослабленном состоянии больного используется монотерапия гемцитабином или симптоматическое лечение.

Химиотерапевтическое лечение

Монотерапия

Минимальный режим:

- гемцитабин 1000 мг/м² в/в в 1-й, 8-й, 15-й дни; длительность цикла – 28 дней.

Оптимальный режим (при условии общего удовлетворительного состояния):

- FOLFIRINOX
 - Оксалиплатин 80 мг/м² в/в капельно в 1-й день.
 - Иринотекан 180 мг/м² в/в капельно в 1-й день.
 - Лейковорин 400 мг/м² в/в капельно в 1-й день.
 - 5-фторурацил 400 мг/м² в/в капельно в 1-й день.
 - 5-фторурацил 2400 мг/м² в/в капельно в течении 46 час.

Интервал между курсами – 2 недели.

Алгоритм обследования, диагностирования и лечения представлен на рис. 1.

Рисунок 1.



Рисунок 2.



Рисунок 3.

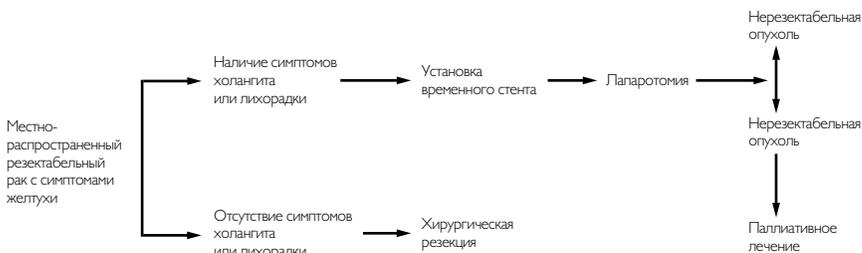


Рисунок 4. Местнораспространенный нерезектабельный рак без симптомов желтухи.

