



Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению при немелкоклеточном раке легкого (НМРЛ)

Заболеваемость

- В странах Европейского Союза средние показатели заболеваемости раком легкого и смертности составляют соответственно 52,5 и 48,7 случаев на 100 тыс. чел. в год. Эти же показатели для мужчин составляют 79,3 и 78,3, для женщин - 21,6 и 20,5 соответственно. На долю НМРЛ приходится до 80% всех случаев рака легкого. Приблизительно в 90% случаев смертность от рака легкого у мужчин (и 80% случаев - у женщин) ассоциируется с курением.

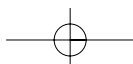
Диагноз

- Морфологический диагноз определяется на основании данных бронхоскопической, хирургической или аспирационной пункционной биопсии и должен соответствовать классификации ВОЗ.

Стадирование и оценка распространенности процесса

- История настоящего заболевания и физикальный осмотр больного, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки и брюшной полости.
- Неврологический статус и осмотр невропатолога (КТ и/или МРТ головного мозга при неврологических нарушениях).
- Биопсия л/узлов средостения при операбельных формах НМРЛ, если по данным КТ исследования размеры л/узлов > 1 см. по кратчайшей поперечной оси.
- Скенирование костей скелета при наличии боли в костях, повышения уровня кальция в сыворотке крови или повышения уровня щелочной фосфатазы.
- Биопсия (или МРТ или ПЭТ) с целью исключения метастатического процесса у потенциально операбельных больных при наличии изолированного опухолевого образования в надпочечнике или печени.
- Стадирование осуществляется в соответствии с классификацией TNM 1997 года:

Окультная карцинома	Tx	N0	M0
Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T2	N0	M0
Стадия IIA	T1	N1	M0
Стадия IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Стадия IIIA	T1, T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Стадия IIIB	любая T	N3	M0
	T4	любая N	M0
Стадия IV	любая T	любая N	M1





Лечение больных I–II стадий

- Хирургическое лечение остается стандартным подходом при ранних стадиях НМРЛ. Адьювантная и/или неoadьювантная химиотерапия по-прежнему должна рассматриваться в качестве изучаемого подхода. Точная роль послеоперационной лучевой терапии (ЛТ) является предметом дискуссии.
- ЛТ с лечебной целью в качестве единственного лечебного подхода может приводить к 40% 5-летней выживаемости у отдельных больных I клинической стадией, и данный метод должен быть рассмотрен при наличии противопоказаний к хирургическому лечению больных I и II стадией.

Лечение больных III стадией

- Предоперационная химиотерапия является стандартным подходом при операбельной IIIA стадией. В рандомизированных исследованиях выживаемость больных IIIA стадией была значительно выше при проведении индукционной химиотерапии и хирургического лечения, чем только хирургического лечения [I,A].
- Комбинированная химиотерапия с включением цисплатина и ЛТ органов грудной клетки является стандартным подходом при лечении больных НМРЛ с местнораспространенной, неоперабельной IIIB стадией или при наличии противопоказаний к хирургическому лечению больных НМРЛ с IIIA стадией [I,A].

Лечение больных IV стадией

- Химиотерапевтические комбинации на основе цисплатина увеличивают продолжительность жизни, улучшают качество жизни и контролируют симптомы болезни у пациентов IV стадией [I,A].

Химиотерапия второй линии

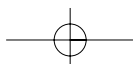
- Химиотерапия второй линии улучшает симптоматику, обусловленную основным заболеванием, и может улучшить выживаемость отдельных больных [III,C].

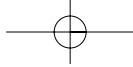
Оценка эффективности

- После 2-3 циклов химиотерапии в обязательном порядке проводится оценка эффекта путем повторного выполнения первоначальных радиографических исследований.

Наблюдение

- Сохраняются противоречия в отношении оптимального подхода, в том числе роли радиографического исследования, при наблюдении за больными злокачественными новообразованиями органов грудной клетки после завершения терапии. У пациентов, получавших терапию с целью излечения, общий осмотр должен проводиться каждые 3 месяца в течение первых двух лет и далее каждые 6 месяцев.





Литература

1. Mountain CF Revision in the International System for Staging Lung Cancer. Chest 1997; 111: 1710-1717.
2. Stewart LA, Pignon JP. Chemotherapy in non-small-cell lung cancer: a meta-analysis using updated data on individual patients from 52 randomized clinical trials. Br Med J 1995; 311: 899-909.
3. Rossel R, Gomez-Codina J, Camps C et al. A randomized trial comparing preoperative chemotherapy plus surgery with surgery alone in patients with non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 1994; 330: 153-158.
4. Sause WT, Scott C, Taylor S et al. Preliminary results of a phase III trial in regionally advanced unresectable non-small-cell lung cancer. J Natl Cancer Inst 1995; 87: 198-205.

Координатор рекомендаций для группы
по подготовке рекомендаций ESMO:

Enriqueta Felip, Hospital Universtario Vall D Hebron, Barcelona, Spain.

*Утверждено группой
по подготовке рекомендаций ESMO:
апрель 2002 г.*

*Перевод с английского
к.м.н. Д.А. Носов*

