

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ МЕЗОТЕЛИОМОЙ ПЛЕВРЫ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Мезотелиома плевры (МП) – злокачественная агрессивно растущая опухоль, которая возникает при трансформации мезотелиальных клеток. Заболеваемость МП значительно варьирует от 8 случаев на 100000 населения в Англии до 3,1 – в Австралии, 1 – в США, Испании, Польше. Частота МП увеличивается в последние годы в России, странах Западной Европы, Китае, Индии. Пик заболеваемости ожидается в 2020-2025 гг. Мужчины болеют значительно чаще, в соотношении 6:1.

ЭТИОЛОГИЯ

В этиологии МП основную роль играют канцерогенные факторы окружающей среды (асбест, минерал эрионит). Риск развития МП выше у лиц, занятых в горнорудной и обрабатывающей промышленности. Среди работников асбестового производства МП встречается в 300 раз чаще, чем у лиц, не контактирующих с асбестом. Латентный период между первым контактом с асбестом и возникновением опухоли обычно составляет 30-40 лет. Наиболее часто заболевание диагностируется в возрасте 60-70 лет.

В последние годы появляются указания на вирусную природу болезни (вирус SV-40) и генетическую предрасположенность.

ГИСТОЛОГИЯ

Гистологические подтипы мезотелиомы включают в себя 3 формы: эпителиоидную, бифазную, или смешанную, и саркоматоидную. Наиболее часто встречается эпителиоидная – у 50-70%, бифазная – у 20-25% и саркоматоидная – у 7-20%. У больных с эпителиоидной формой отмечаются лучшие отдаленные результаты лечения, чем у пациентов с бифазной и саркоматоидными гистологическими подтипами.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В ранней стадии МП представляет собой множество белых или серых гранул, узелков или хлопьев, расположенных на висцеральной и париетальной плевре. По мере их роста плевра утолщается и распространяется во всех направлениях в виде

сплошного образования, покрывающего легкое, что вызывает уменьшение объема пораженного гемиторакса. На поздних стадиях заболевания поражаются диафрагма, печень, перикард, сердце, плевра с другой стороны. В отличие от других злокачественных опухолей, гематогенные метастазы клинически не проявляются, и смерть таких больных обычно наступает в результате осложнений, вызванных первичной опухолью. В клинической картине характерно появление болей в грудной клетке, затрудненного поверхностного дыхания, кашля, плеврита.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика мезотелиомы плевры включает в себя сбор анамнеза, физикальное обследование, компьютерную томографию или МРТ (диагноз МП невозможно поставить на обычных рентгенограммах), затем желательна торакоскопия с биопсией. Дифференциальный диагноз проводится между метастазами по плевре различных первичных опухолей (лёгкого, толстой кишки, яичников, молочной железы и др., а также синовиальной саркомы). Диагноз МП может считаться на 100% доказанным только после иммуногистохимического исследования (ИГХ). Для МП характерно наличие таких маркеров, как: кальретинин, антиген WT-1, виментин, мезотелин.

Стадирование мезотелиомы плевры.

Рекомендации Международной группы по изучению мезотелиомы (IMIG-2012)

Стадии	T	N	M
I	T1	N0	M0
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
II	T2	N0	M0
	T1, T2	N1	M0
III	T1, T2	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
IV	T4	Любая N	M0
	Любая T	N3	M0
	Любая T	Любая N	M1

ЛЕЧЕНИЕ

При установлении операбельной стадии решается вопрос о хирургическом лечении (плеврэктомиа, плевропульмонэктомиа), однако по рекомендациям ESMO-2013 эти

операции могут проводиться только у отобранных больных опытным торакальным хирургом в крупных медицинских центрах. В этих случаях возможно использование предоперационной химиотерапии. При невозможности выполнения оперативного вмешательства применяется химиотерапия.

ХИМИОТЕРАПИЯ:

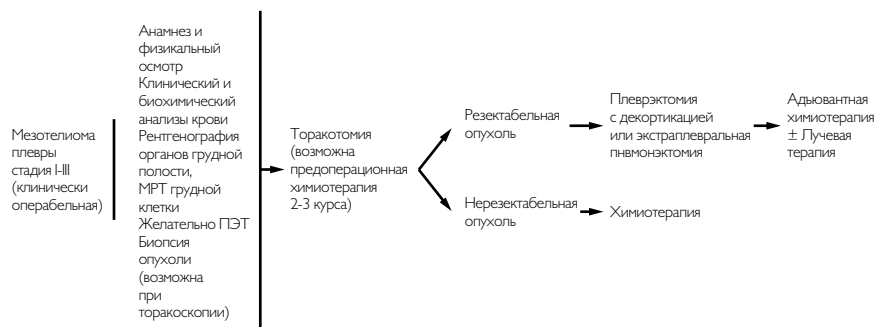
Оптимальный объем: пеметрексед + цисплатин (карбоплатин)

Минимальный объем: гемцитабин + цисплатин (карбоплатин)

Схемы лечения	Режим химиотерапии
PP	пеметрексед 500 мг/м ² в 1-й день + цисплатин 75 мг/м ² в 1-й день
PC	пеметрексед 500 мг/м ² в 1-й день + карбоплатин AUC5 в 1-й день
GP	гемцитабин 1000 мг/м ² в 1-й, 8-й, 15-й дни + цисплатин 75 мг/м ² в 1 день
GC	гемцитабин 1000 мг/м ² в 1-й, 8-й день + карбоплатин AUC5 в 1-й день
Винорельбин	винорельбин 25-30 мг/м ² 1 раз в неделю (II линия лечения)

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Лучевая терапия используется для уменьшения частоты локальных рецидивов после операции в СД – 50-70 Гр, а также в качестве паллиативного метода с обезболивающей целью в СД – 20-30 Гр. Лучевая терапия как метод самостоятельного лечения не улучшает эффективность и не увеличивает выживаемость больных МП.



Существуют данные о том, что адьювантная ХТ увеличивает выживаемость больных МП.