

# ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

## I. ДИАГНОСТИКА

Диагноз устанавливается на основании результатов патоморфологического исследования (биопсии, тонкоигольной биопсии или щеточной биопсии). Распространенность процесса оценивается по результатам магнито-резонансной томографии и/или компьютерной томографии.

Морфологическое подтверждение диагноза билиарного рака должно быть получено до химиотерапии, лучевого лечения и других нехирургических вмешательств.

**Стадирование** основывается на обязательном обследовании (врачебном осмотре, развернутых клиническом и биохимическом анализах крови, Ro- органов грудной клетки, УЗвТ органов брюшной полости, компьютерной томографии, магнито-резонансной томографии, эндоскопической УЗвТ, ретроградной холангиографии, лапароскопии – по показаниям) и проводится на основании классификации TNM 2010 отдельно для различных отделов билиарной системы.

## 2. ЛЕЧЕНИЕ

### 2.1. АДЬЮВАНТНАЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Дополнительная химиотерапия на основе фторпиримидинов после нерадикальной операции несколько улучшает отдаленные результаты лечения при раке желчного пузыря. Неочевидна польза дополнительной химиотерапии после нерадикальной операции при раке желчных протоков. Наличие остаточной опухоли – показание к паллиативной химиотерапии, лучевой терапии или химиолучевому лечению.

Рак желчного пузыря и другие варианты билиарного рака характеризуются высокой частотой местного рецидивирования (>50%); в ряде случаев может быть проведена послеоперационная химиолучевая терапия (на основе фторурацила или гемцитабина).

## 2.2 ЛЕЧЕНИЕ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

При механической желтухе проводится эндоскопическое или чрескожное стентирование желчных протоков, выполняются операции по наложению билиодигестивного анастомоза. Механическая желтуха, стенты в желчных протоках часто осложняются холангитом – рекомендуется терапия антибиотиками широкого спектра действия. Постоянное адекватное желчеотведение важно для больных билиарным раком.

При выявлении метастатического опухолевого процесса рекомендуется в первую очередь рассмотреть возможность лечения в рамках клинических исследований. Паллиативная химиотерапия увеличивает продолжительность и качество жизни больных. Оптимальный режим химиотерапии включает гемцитабин и цисплатин. Цисплатин может быть заменен на оксалиплатин. Менее эффективна монотерапия фторпиримидинами или гемцитабином. В случаях локального прогрессирования может быть проведена химиолучевая терапия (фторурацил, капецитабин).

Симптоматическая терапия может включать препараты урсодезоксихолевой кислоты, адеметионин и в ряде случаев улучшает переносимость химиотерапии и качество жизни больных.

### **Режимы химиотерапии:**

- 1) Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup>, 1 и 8 дни  
Цисплатин 25 мг/м<sup>2</sup>, 1 и 8 дни. Интервал 3 недели
- 2) Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/в 1, 8 и 15 дни. Интервал 4 недели.
- 3) Фторурацил 425 мг/м<sup>2</sup> в/в струйно 1-5 дни  
Лейковорин 25 мг/м<sup>2</sup> в/в струйно 1-5 дни. Интервал 3 недели
- 4) Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> 1 день  
Оксалиплатин 100 мг/м<sup>2</sup> 2 день, интервал 3 недели
- 5) Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> 1, 8, 15 дни  
Капецитабин 650 мг/м<sup>2</sup> 2 раза в сутки, 1-14 дни, интервал 3 недели.