

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Коллектив авторов: Бычков М. Б., Багрова С.Г., Борисова Т.Н., Кузьминов А.Е., Насхлеташвили Д.Р., Чубенко В.А.

DOI: 10.18027/2224-5057-2016-4s2-34-41

Ключевые слова: МРЛ, курение, химиолучевая терапия.

Мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) – особая форма рака легкого, который в начале 70-х годов прошлого столетия был выделен в отдельную группу благодаря необычному клиническому течению, быстрому росту первичной опухоли, раннему метастазированию, высокой чувствительности к химиотерапии и лучевой терапии. МРЛ встречается почти исключительно у пациентов с воздействием табака в анамнезе, а также с активным курением по 2–3 пачки сигарет в день.

ДИАГНОСТИКА

Стандартом обследования являются: сбор анамнеза и физикальный осмотр, клинический и биохимический анализ крови, КТ или УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, КТ органов грудной клетки и МРТ головного мозга (с в/в контрастированием), сцинтиграфия костей.

По показаниям: цитологическое исследование костного мозга, ПЭТ.

Точный диагноз устанавливается на основании гистологического исследования, материал для которого может быть получен при биопсии из первичной опухоли или метастатического очага, возможна и цитологическая верификация диагноза.

СТАДИРОВАНИЕ

Стадирование должно проводиться на основании классификации TNM (7-е издание, 2009 г., см. таблицу).

Стадия	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0

Цитирование: Бычков М. Б., Багрова С.Г., Борисова Т.Н., Кузьминов А.Е., Насхлеташвили Д.Р., Чубенко В.А. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4. Спецвыпуск 2. – С. 34–41

IB	T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2a	N1	M0
IIB	T2b	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T1–2	N2	M0
	T3	N1–2	M0
	T4	N0–1	M0
IIIB	T1–2	N3	M0
	T3	N3	M0
	T4	N2–3	M0
IV	Любое	Любое	M1a
			M1b

Однако до настоящего времени используется стадирование МРЛ на две группы: «локализованный процесс» (не выходящий за пределы одной половины грудной клетки) и «распространенный процесс» (с отдаленными метастазами).

ЛЕЧЕНИЕ

1.1. Оперативное лечение

Оперативное лечение МРЛ (лобэктомия) показано лишь при I стадии (IA и IB) и в отдельных случаях при II стадии с обязательной адьювантной химиотерапией по схеме EP (или EC), 4 курса с интервалом в 3–4 недели. Также показано профилактическое облучение мозга в СД – 25 Гр (по 2,5 Гр x 10 фракций).

При локализованной стадии МРЛ стандартом лечения является химиолучевая терапия. Существуют два равноценных варианта химиолучевой терапии: первый вариант – одновременное применение ХТ и ЛТ, когда лечение начинается с ХТ по схеме EP, а ЛТ на область опухоли и средостения присоединяется не позднее второго курса ХТ («ранняя» ЛТ) или после третьего цикла («поздняя» ЛТ). Возможный вариант – последовательное применение ХТ и ЛТ, когда проводятся 2–4 курса ХТ, а после их окончания начинается ЛТ. Отмечено преимущество «ранней» ЛТ над «поздней».

1.2. Лучевая терапия

Лучевая терапия проводится в дозе 2,0 Гр ежедневно, пять раз в неделю. В объем облучения включается опухоль, пораженные лимфатические узлы средостения, а также весь объем средостения до контрлатерального корня. Надключичные области включаются в объем облучения только при наличии метастазов. Суммарная очаговая доза – 60 Гр на опухоль и 46 Гр на средостение. Возможно гиперфракционирование ЛТ – облучение 2 раза в день по 1,5 Гр до СОД 45 Гр, которое незначительно увеличивает цифры выживаемости ценою значительного увеличения числа эзофагитов III–IV степени.

1.3. Химиотерапия

При распространенной стадии МРЛ стандартом лечения является ХТ по схеме EP или EC (этопозид + цисплатин или этопозид + карбоплатин), а также может быть использована схема IP (иринотекан + цисплатин или карбоплатин). Обычно проводится 4–6 циклов ХТ первой линии с интервалами в 3 недели между циклами. В случае необходимости оказания «срочной» помощи больному с выраженным синдромом сдавления ВПВ возможно применение схемы CAV в первой линии лечения. При достижении ОЭ показано проведение консолидирующего курса ЛТ на область первичной опухоли и л/у средостения (РОД 2 Гр, СОД 50 Гр) после завершения ХТ любой схемы.

Профилактическое облучение мозга (ПОМ), ввиду высокого риска появления метастазов в мозге (до 70%), показано больным после оперативного лечения, после достижения полной или частичной ремиссии при любой стадии МРЛ после завершения основного лечения. Суммарная доза ПОМ – 25 Гр (10 сеансов по 2,5 Гр в день). ПОМ увеличивает продолжительность жизни больных МРЛ.

Таб. 1. Рекомендуемые режимы химиотерапии при МРЛ.

Режим	Схема
I линия	
EP	Этопозид 120 мг/м ² в 1-й – 3-й дни Цисплатин 80 мг/м ² в 1-й день Интервал 21 день
EC	Этопозид 100 мг/м ² в 1-й – 3-й дни Карбоплатин АUC = 5 в 1-й день Интервал 21 день
IP	Иринотекан 65 мг/м ² в 1-й, 8-й дни Цисплатин 75 мг/м ² в 1-й день Интервал 21 день
II линия	
CAV	Циклофосфан 1000 мг/м ² в 1-й день Доксорубин 50 мг/м ² в 1-й день Винкристин 1 мг/м ² в 1-й день Интервал 21 день
Топотекан	1,5 мг/м ² в 1-й – 5-й дни Интервал 21 день
Схемы резерва (для II и III линий)	
Этопозид (капсулы)	50 мг/м ² в 1-й – 7-й дни внутрь Интервал 28 дней
Иринотекан	100 мг/м ² ежедневно
Паклитаксел	80 мг/м ² ежедневно №3 Перерыв 2 недели

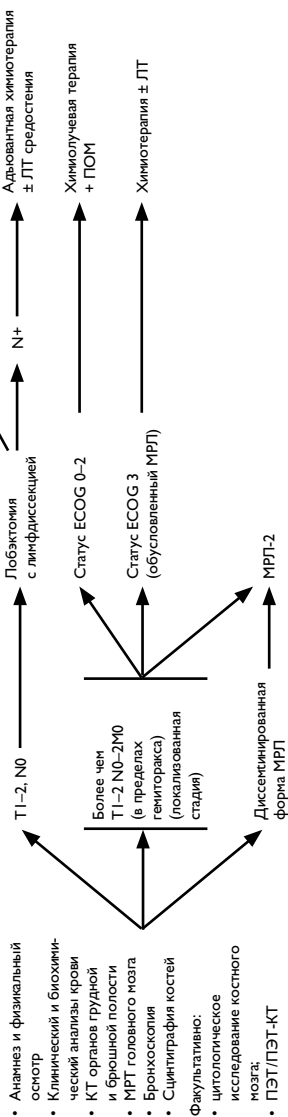
При метастатическом поражении костей рекомендовано дополнительно применение бисфосфонатов.

При дальнейшем прогрессировании или плохой переносимости используются схемы II–III линии, а также паллиативная ЛТ.

При наличии метастазов в головном мозге проводится ЛТ на весь мозг в СД – 30–40 Гр.

Таргетная терапия оказалась неэффективной при МРЛ: многие таргетные препараты были изучены при этом заболевании, однако все они не изменили возможности лечения МРЛ.

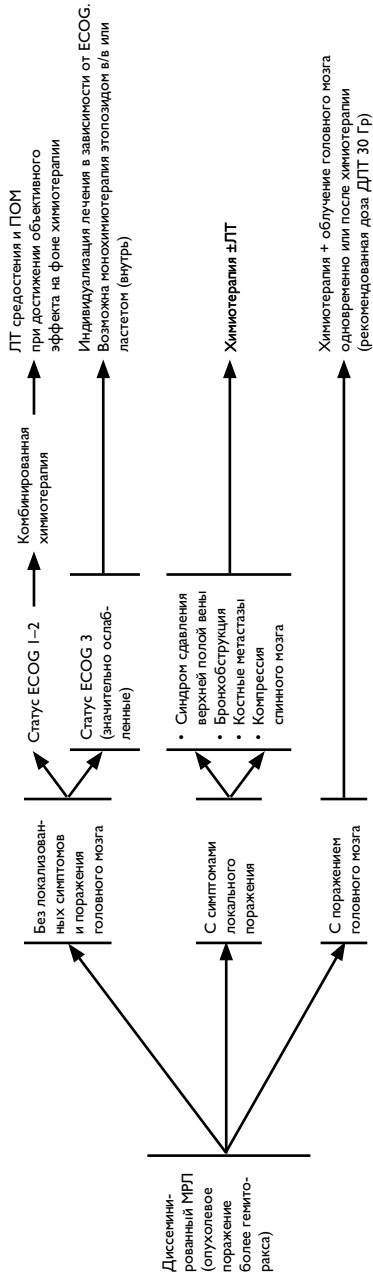
МРЛ-1

 ИСТОРИЧЕСКИЙ
 ДИАГНОЗ
 ЧРЛ


МРЛ-2

СТАДИЯ IIIВ-IV
Т ЛЮБАЯ N ЛЮБАЯ M+

ПЕРВИЧНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ



МРЛ-3

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТА
ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ
ТЕРАПИИ**

- Рентгенография органов грудной полости,
- КТ органов полости, включая надпочечники
- Контрольная бронхоскопия при ГР
- МРТ/КТ головного мозга
- Клинико-биохимические исследования крови

Полный эффект
или выраженный
частичный эффект

Профилактическое
облучение
головного мозга

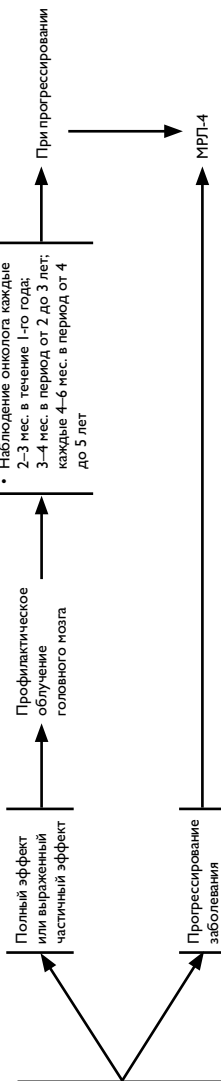
**АДЪЮВАНТНАЯ
ТЕРАПИЯ**
НАБЛЮДЕНИЕ

- Наблюдение онколога каждые 2–3 мес. в течение 1-го года; 3–4 мес. в период от 2 до 3 лет; каждые 4–6 мес. в период от 4 до 5 лет

При прогрессировании

МРЛ-4

Прогрессирование
заболевания



МРЛ-4

