

# РЕКОМЕНДАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

## 1. ДИАГНОСТИКА

Диагноз устанавливается на основании гистологического исследования, материал для которого получен при гастроскопии или операционной биопсии.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОЦЕССА

Стадирование включает:

- сбор анамнеза,
- осмотр,
- клинический анализ крови,
- биохимический анализ крови с показателями функции печени, почек,
- эндоскопическое исследование,
- КТ, МРТ или УЗИ органов брюшной полости и малого таза,
- КТ или рентгенографию органов грудной клетки.

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

При спорном результате иммуногистохимического анализа рекомендуется определение амплификации гена HER2/neu методом *in situ* гибридизации (FISH или CISH).

## 2. ЛЕЧЕНИЕ

### 2.1. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ СТАДИЙ

Подходы к лекарственной и лучевой терапии локализованных форм различаются в разных регионах. Кроме наблюдения после операции возможны следующие опции:

- В Западной Европе: при cT2-4 или N+ рекомендуется проведение периоперационной химиотерапии: 3 цикла ECF или EOX – хирургическое лечение – 3 цикла аналогичной химиотерапии послеоперационно.
- В Японии, Южной Корее: при pT3-4 или N+ рекомендуется проведение послеоперационной химиотерапии – 8 циклов по программе XELOX.
- В США: при pT3-4 или N+ рекомендуется проведение послеоперационного химиолучевого лечения при местнораспространенных формах (лучевая терапия + 5-фторурацил ± лейковорин).

Лечение не радикально оперированных больных остается паллиативным.

## 2.2 ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ (M1)

Больные с IV стадией заболевания являются кандидатами для проведения паллиативной химиотерапии. Обычно используются режимы, включающие цисплатин, фторурацил и антрациклины.

Режимы CF и ECF на сегодняшний день являются наиболее распространенными. Доцетаксел повышает активность цисплатина/фторурацила у больных с ECOG 0-1, однако лечение сопровождается значительным ростом токсичности.

В классических режимах цисплатин (C) может быть заменен на оксалиплатин (O), а 5-фторурацил (F) – на капецитабин (X).

При наличии в опухоли гиперэкспрессии HER2/neu (ИГХ 3+ или ИГХ2+FISH+) предпочтительно назначение трастузумаба в комбинации с дублетами препаратов платины и фторпиримидинов.

Не существует стандартов второй линии химиотерапии. Необходимо включение пациентов в клинические исследования. Известны эффекты от комбинаций с включением таксанов и иринотекана.

### СХЕМЫ ХИМИОТЕРАПИИ

#### ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ:

##### Монохимиотерапия

- 5-фторурацил: 800 мг/м<sup>2</sup>/сут в виде постоянной инфузии в течение 5 суток.
- Капецитабин: 2500 мг/м<sup>2</sup>/сут, р.о. (в 2 приема) с 1 по 14 день, каждые 3 недели.

##### Полихимиотерапия

- CF: цисплатин 100мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + 5-фторурацил длительные инфузии 1000мг/м<sup>2</sup>/сут в 1-5 дни, каждые 4 недели
- ECF: эпирубицин 50 мг/м<sup>2</sup> либо доксорубицин 40мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + цисплатин 60 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + 5-фторурацил 200 мг/м<sup>2</sup>/сутки постоянная внутривенная инфузия, цикл повторяется каждые 3 недели.

#### ОПТИМАЛЬНЫЕ:

- FOLFOX: оксалиплатин 100мг/м<sup>2</sup> в 1-й день +LV 200мг/м<sup>2</sup> 2-час. инфузия + 5Fu 400мг/м<sup>2</sup> болюсно +5Fu 600мг/м<sup>2</sup> 22-час. инфузия в 1-2день каждые 2 недели;
- XP: цисплатин 80мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + капецитабин 1000мг/м<sup>2</sup> 2 раза в день с 1-ого по 14-й дни цикла, каждые 3 недели;
- EOX: эпирубицин 50 мг/м<sup>2</sup> либо доксорубицин 40мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + оксалиплатин 130мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + капецитабин 625мг/м<sup>2</sup> 2 раза в день постоянно, каждые 3 недели;
- CapOX (XELOX): оксалиплатин 130мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + капецитабин по 1000мг/м<sup>2</sup> 2 раза в день р.о. 1-14 дни, каждые 3 недели;

- DCF: доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + 5-фторурацил длительные инфузии 750мг/м<sup>2</sup>/сут в 1-5 дни, каждые 3 недели (только у молодых больных в хорошем общем состоянии, в специализированных центрах);
- XP + Trastuzumab: цисплатин 80мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + капецитабин 1000мг/м<sup>2</sup> 2 раза в день с 1-ого по 14-й дни цикла + трастузумаб 8 мг/кг (нагрузочная доза) в 1-й день, далее – в поддерживающей дозе 6 мг/кг в 1-й день, каждые 3 недели (только у больных с гиперэкспрессией HER2/neu в опухоли).

**ХИМИЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ:**

- 5-фторурацил 425 мг/м<sup>2</sup> и лейковорин 20 мг/м<sup>2</sup> с 1-ого по 5-й дни, далее с 28-ого дня лучевая терапия 45 Гр (5 дней в неделю 5 недель фракциями по 1,8 Гр) + 5-фторурацил 400 мг/м<sup>2</sup> и лейковорин 20 мг/м<sup>2</sup> в первые 4 и последние 3 дня лучевой терапии. Далее через месяц после окончания лучевой терапии – 2 цикла: 5-фторурацил 425 мг/м<sup>2</sup> и лейковорин 20 мг/м<sup>2</sup> с 1-ого по 5-й дни через 28 дней.

Алгоритмы обследования, диагностики и лечения представлены на рис. 1

**Рисунок 1.**

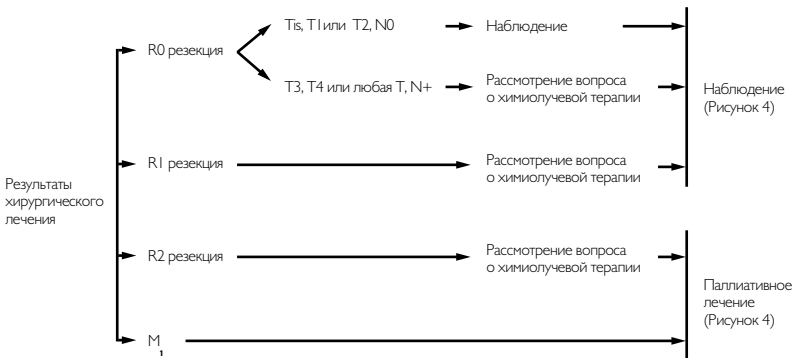


a пациент способен перенести оперативное вмешательство,  
 б лапароскопия производится для выявления перитонеального распространения процесса при планировании радикального хирургического лечения. Не проводится, если планируется паллиативная операция.

**Рисунок 2.**



**Рисунок 3.**



**Рисунок 4.**

