

# ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ

**Коллектив авторов:** Бычков М. Б., Багрова С. Г., Карпенко Т. Д., Кузьминов А. Е.

**DOI:** 10.18027/2224-5057-2016-4s2-42-44

**Ключевые слова:** мезотелиома, канцерогенные факторы, химиотерапия.

Мезотелиома плевры (МП) – злокачественная агрессивно растущая опухоль, которая возникает при трансформации мезотелиальных клеток. Заболеваемость МП значительно варьирует от 8 случаев на 100 000 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 чаще в соотношении 6:1.

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.

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 саркоматоидной гистологическими подтипами.

## ДИАГНОСТИКА

Диагностика МП 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 (легкого, толстой кишки, яичников, молочной железы и др., а также синовиальной

саркомы). Диагноз МП может быть на 100% доказанным только после иммуногистохимического исследования. Для мезотелиомы плевры характерно наличие таких маркеров, как: кальретинин, антиген WT-1, виментин, мезотелин.

**Стадирование мезотелиомы плевры.** Рекомендации Международной группы по изучению мезотелиомы (IMIG-2012).

Выпот в плевральной полости встречается у 40–60% больных, но постепенно рост опухоли может привести к полной облитерации плевральной полости. При стадировании наличие плеврита не учитывается.

Стадия	T	N	M
I	T1	N0	M0
Ia	T1a	N0	M0
Ib	T1b	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1, T2	N1	M0
	T1, T2	N2	M0
IV	T3	N0–2	M0
	T4	N любая	M0
	T любая	N3	M0
	T любая	N любая	M1

## ЛЕЧЕНИЕ

При установлении операбельной I–III стадии решается вопрос о хирургическом лечении (плеврэктомия, плевропульмонэктомия). Однако, по рекомендациям ESMO, эти операции могут проводиться только у тщательно отобранных больных опытным торакальным хирургом в крупных медицинский 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).

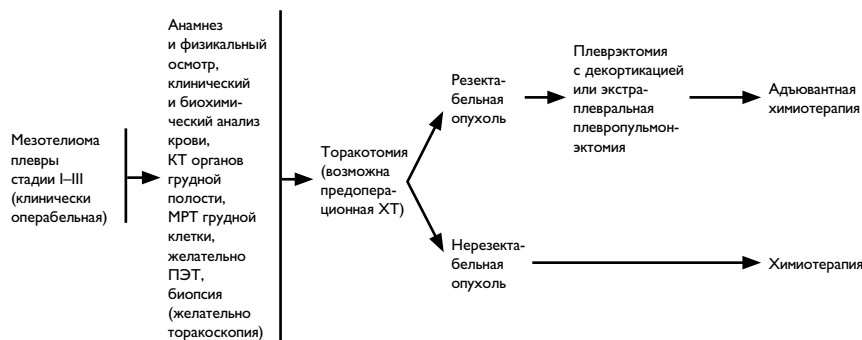
Схемы лечения	Режимы химиотерапии
PP	Пеметрексед 500 мг/м <sup>2</sup> в 1-й день + цисплатин 75 мг/м <sup>2</sup> в 1-й день. Каждые 21 день.
PC	Пеметрексед 500 мг/м <sup>2</sup> в 1-й день + карбоплатин АУС-5 в 1-й день. Каждые 21 день.
GP	Гемцитабин 1000 мг/м <sup>2</sup> в 1-й и 8-й дни + цисплатин 75 мг/м <sup>2</sup> в 1-й день. Каждые 21 день.

Схемы лечения	Режимы химиотерапии
GC	Гемцитабин 1000 мг/м <sup>2</sup> в 1-й и 8-й дни + карбоплатин AUC-5 в 1-й день. Каждые 21 день.
Винорельбин	Винорельбин 20–30 мг/м <sup>2</sup> в 1-й, 8-й, 15-й дни. Каждые 28 дней (II линия лечения).

## ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

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

В последние годы активно изучаются комплексные подходы к лечению больных МП: индукционная химиотерапия + оперативное лечение + лучевая терапия.



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

В качестве I линии лечения МП желательна схема пеметрексед + цисплатин или карбоплатин, но может использоваться также гемцитабин + цисплатин или карбоплатин.

