



**ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ  
ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ  
АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ  
РОССИИ**

**Клинические рекомендации по диагностике и лечению  
мезотелиомы плевры**

**Утверждено  
на Заседании правления Ассоциации онкологов России**

**Москва 2014**

**Коллектив авторов (в алфавитном порядке):  
Багрова С.Г., Бычков М.Б., Карпенко Т.Д., Кузьминов А.Е.**

## **Эпидемиология**

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 значительно чаще, соотношении полов 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% пациентов. У больных с эпителиоидной формой МП 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 (легкого, толстой кишки, яичников, молочной железы и др, а также синовиальной саркомы). Диагноз МП может считаться на 100 % доказанным только после ИГХ. Для МП характерно наличие ряда маркеров: кальретинин, антиген WT-1, виментин, мезотелин

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

Стадии	T	N	M
I	T <sub>1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>

IA	T <sub>1a</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
IB	T <sub>1b</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
II	T <sub>2</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
III	T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub>	N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3</sub>	N <sub>0</sub> , N <sub>1</sub> , N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
IV	T <sub>4</sub>	Любая N	M <sub>0</sub>
	Любая T	N <sub>3</sub>	M <sub>0</sub>
	Любая T	Любая N	M <sub>1</sub>

### **Лечение**

При установлении операбельной стадии решается вопрос о хирургическом лечении (плеврэктомия, плевропульмонэктомия), 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

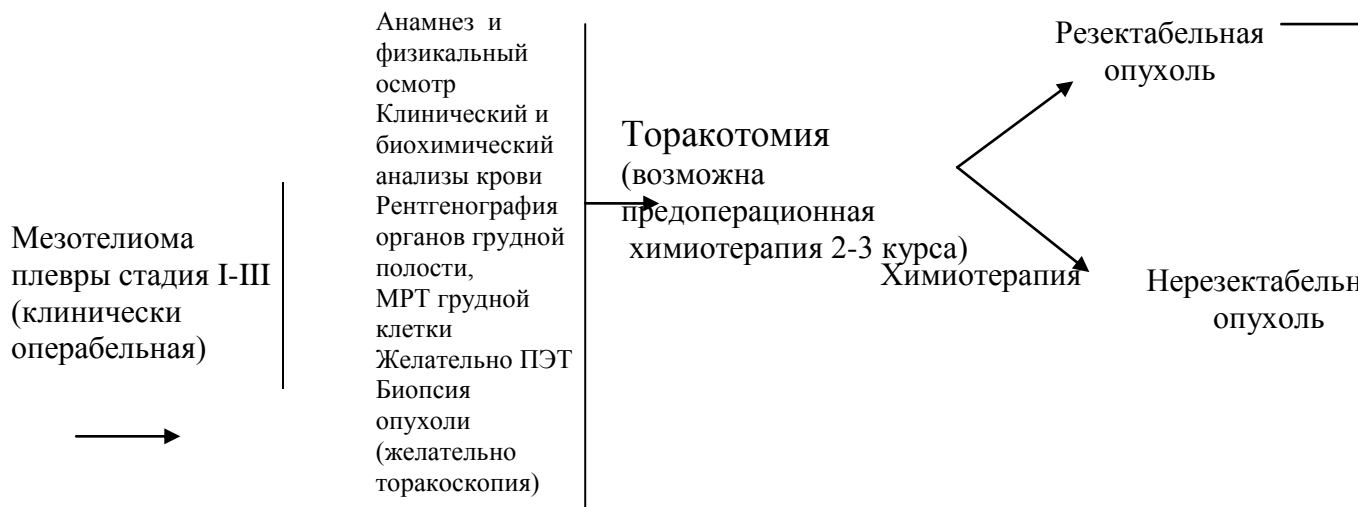
*Оптимальный объем:* Алимта + Цисплатин (Карбоплатин)

*Минимальный объем:* Гемзар + Цисплатин (Карбоплатин)

Схемы лечения	Режим химиотерапии
PP	Алимта (пеметрексед) 500 мг/м <sup>2</sup> в 1 день + Цисплатин 75мг/м <sup>2</sup> в 1 день
PC	Алимта (пеметрексед) 500 мг/м <sup>2</sup> в 1 день + Карбоплатин AUC5 в 1 день
GP	Гемзар (гемцитабин) 1000 мг/м <sup>2</sup> в 1; 8; 15 дни + Цисплатин 75мг/м <sup>2</sup> в 1 день
GC	Гемзар (гемцитабин) 1000 мг/м <sup>2</sup> в 1; 8 дни + Карбоплатин AUC5 в 1 день
Навельбин	Навельбин (винорельбин) 25-30 мг/м <sup>2</sup> 1 раз в неделю (II линия лечения)

#### 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 адъювантная ХТ увеличивает выживаемость больных МП.

I линия	II линия
Алимта + Цисплатин Мезотелиома плевры стадия IV Алимта + Карбоплатин (неоперабельная)	Алимта (в комбинации с цис. или карбоплатином) если не применялась в I линии Химиотерапия
Гемзар + Цисплатин	Гемзар (в комбинации с цис. или карбоплатином) если не применялся в I линии)
Гемзар + Карбоплатин	Навельбин может быть также использован в III линии

Схемы химиотерапии	
1. Алимта (пеметрексед) – 500 мг/м <sup>2</sup> внутривенно в 1 день Цисплатин – 75 мг/м <sup>2</sup> в 1 день или карбоплатин – АUC-5	1 раз в 3 недели
2. Гемзар (гемцитабин) 1000 мг/м <sup>2</sup> d 1 b 8 lyb Цисплатин – 75 мг/м <sup>2</sup> в 1 день или	1 раз в 3 недели

карбоплатин – AUC-5	
3. Навельбин – 20 мг/м <sup>2</sup> в 1, 8, 15	1 раз в 3-4 недели