

*К. Лэнгер*

## РОЛЬ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО В СЕВЕРНОЙ АМЕРИКЕ

*Онкологический центр Фокс Чейз, Филадельфия, США*

*C. Langer*

## EMERGING ROLE OF SYSTEMIC THERAPY IN LUNG CANCER: A NORTH AMERICAN PERSPECTIVE

*Fox Chase Cancer Center, Philadelphia, USA*

Системная терапия — основа лечения мелкоклеточного рака легкого. В США стандартом лечения распространенного мелкоклеточного рака легкого является проведение 4—6 циклов химиотерапии с включением препаратов платины. Поддерживающая или консолидирующая терапия не улучшает результаты лечения. Несмотря на многообещающие данные, полученные японскими исследователями, клиническое исследование III фазы, большая часть которого проведена в США, не выявило улучшения выживаемости больных мелкоклеточным раком легкого при применении комбинации иринотекана и цисплатина по сравнению со стандартной комбинацией этопозида и цисплатина. Стандартом лечения мелкоклеточного рака легкого ранних стадий является одновременное проведение химио- и лучевой терапии. В Северной Америке обычно используют комбинацию этопозида и цисплатина в сочетании с ежедневным облучением (хотя исследования III фазы доказали преимущества облучения в режиме 2 раза в сутки).

С 2004 г. в разных странах мира проведены 4 самостоятельных исследования, которые доказали статистически достоверное повышение выживаемости больных немелкоклеточным раком легкого, которым после радикального хирургического лечения проведено 4 цикла химиотерапии с включением препаратов платины, по сравнению с больными, которым проведено только хирургическое лечение.

С 1990 г. 6 исследований продемонстрировали улучшение выживаемости больных местнораспространенным немелкоклеточным раком легкого при проведении индукционной или одновременной химиотерапии по сравнению с лучевой терапией как самостоятельным методом лечения. Одновременное проведение химиотерапии и лучевой терапии эффективнее последовательного. Это доказано в 3 рандомизированных исследованиях, проведенных с 1990 г. Индукционная химиотерапия (перед химиолучевым лечением) дополнительно улучшает результаты лечения. Значение консолидирующей терапии, которое выглядело крайне многообещающим по результатам исследований II фазы, в исследованиях III фазы пока не подтверждено.

Systemic therapy is the mainstay of treatment for small cell lung cancer (SCLC). Four to six cycles of platinum-based chemotherapy is the standard in the US in the setting of extensive SCLC; maintenance and consolidative therapy have not enhanced outcome. Despite promising results from Japan, a phase III trial in extensive disease, largely conducted in the US, failed to show a survival advantage for irinotecan and cisplatin vs. standard etoposide and cisplatin (EP). Concurrent chemoradiation is the standard approach for limited SCLC. North Americans prefer EP in combination with daily fractionated radiotherapy (although phase III data show a therapeutic advantage for BID radiotherapy compared to single daily radiotherapy).

In the setting of resected non-small cell lung cancer (NSCLC), since 2004, four separate trials from throughout the world have established the role of adjuvant platinum-based chemotherapy (4 cycles) after resection with statistically significant survival advantages compared to standard observation.

For locally advanced NSCLC, 6 trials since 1990 have shown a survival advantage for induction or concurrent chemotherapy compared to radiotherapy alone. Concurrent chemoradiotherapy appears superior to sequential therapy based on three randomized trials performed since 1990. In the setting of concurrent chemoradiation, induction appears to confer little added benefit. Role of consolidative therapy, which has shown tremendous promise in phase II trials, has not yet been verified by phase III trials.

In advanced NSCLC, platinum-based therapy is the standard of comparison in fit patients. There is no role for consolidation or maintenance therapy after an initial 4—6 cycles of treatment. Angiogenesis inhibition can be integrated into the standard paradigm in selected therapy-naïve patients (those without squamous histology, ongoing therapeutic anticoagulation, brain metastases or history of hemoptysis). In the salvage setting, docetaxel and erlotinib have shown a clear survival advantage compared to best supportive care, and pemetrexed appears equivalent to docetaxel.

Стандартом лечения немелкоклеточного рака легкого поздних стадий при хорошем общем состоянии больных является химиотерапия с включением препаратов платины. Консолидирующее или поддерживающее лечение после 4—6 циклов химиотерапии по этой схеме неэффективно. В стандартное лечение некоторых больных можно включать ингибиторы ангиогенеза. Плоскоклеточный рак, метастазы в головном мозге, кровохарканье и противоопухолевое лечение в анамнезе, а также антикоагулянтная терапия исключают назначение этих препаратов. При прогрессировании применяют доцетаксел и эрлотиниб. Эта комбинация отчетливо улучшает выжи-

Ongoing research focuses on targeted therapy, particularly in the setting of locally advanced and early stage NSCLC.

---

ваемость по сравнению с оптимальным симптоматическим лечением. Эффективность пеметрекседа и доцетаксела одинакова.

Исследования, проводимые в настоящее время, посвящены таргетной терапии местнораспространенного немелкоклеточного рака легкого и немелкоклеточного рака легкого ранних стадий.

---