



Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению при распространенном колоректальном раке

Заболееваемость

- В среднем заболеваемость колоректальным раком в Европе составляет 53, а смертность – 30 случаев на 100 тыс. чел. в год.

Диагноз

- Диагноз распространенного колоректального рака при первичном выявлении или позднем рецидиве должен обязательно быть верифицирован гистологически. Ранний рецидив может быть подтвержден цитологически или клинически.

Стадирование и оценка прогноза

- Для выявления потенциально хирургически курабельных больных обследование должно в себя включать физикальное обследование, общий и биохимический анализы крови с оценкой функции почек и печени, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ печени и (или) КТ брюшной полости [D].
- Перед планируемой потенциально радикальной операцией на брюшной полости рекомендуется выполнение КТ органов грудной клетки [D].

Лечение

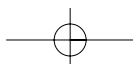
- При солитарных или локализованных рядом метастазах в печень или легкое необходимо рассмотреть вопрос о возможности их хирургического удаления.
- Паллиативная химиотерапия должна начинаться незамедлительно с включением 5-фторурацила в различных вариантах, в том числе в виде длительных инфузий. Часто используется режим клиники Мейо: 5-фторурацил (425 мг/м² в/в струйно) и лейковорин (20 мг/м² в/в струйно) в 1-5 дни, каждые 4 недели. Возможна комбинация 5-фторурацила с иринотеканом.
- При метастазах в печень как единственном проявлении заболевания возможно применение локорегионарной химиотерапии [III,C].
- Вторая линия химиотерапии (оксалиплатин или иринотекан) показана больным в удовлетворительном общем состоянии [I,A].

Оценка эффективности

- Жалобы, физикальный осмотр, УЗИ печени и (или) КТ пораженных областей выполняются через 2-3 месяца после начала паллиативной химиотерапии [V,D].

Наблюдение

- Нет данных, поддерживающих необходимость регулярных обследований после успешного паллиативного лечения метастатического колоректаль-





ного рака [V,D]. Рекомендуются визиты лишь при наличии соответствующих симптомов.

- Лабораторные и лучевые обследования также рекомендуются лишь при подозрении на прогрессирование, если имеется возможность дальнейшего паллиативного лечения [V,D].

Литература

1. Cunningham D, Findlay M. The chemotherapy of colon cancer can no longer be ignored. Eur J Cancer 1993; 29A: 2077-9
2. Cunningham D, Pyrhonen S, James RD et al. Randomised trial of irinotecan plus supportive care versus supportive care alone after fluorouracil failure for patients with metastatic colorectal cancer. Lancet 1998; 352: 1413-8.
3. Mayer RJ. Third international conference on biology prevention and treatment of gastrointestinal malignancies. Ann Oncol 1999-10:281-7.
4. Douillard JY, Cunningham D, Roth AD et al. Irinotecan combined with fluorouracil compared with fluorouracil alone as first-line treatment for metastatic colorectal cancer: A multicentre randomised trial. Lancet 2000; 355: 1041-7.

Координатор рекомендаций для группы
по подготовке рекомендаций ESMO:
Signe Plate, Medical Academy of Latvia, Riga, Latvia.

*Утверждено группой
по подготовке рекомендаций ESMO:
апрель 2002 г.*

*Перевод с английского
А.А. Трякин*

