

Рекомендуются для пациентов с мутациями гена EGFR в 19 или 21 экзонах в качестве терапии первой линии ингибиторы тирозинкиназы EGFR: гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб, осимертиниб. Осимертиниб по сравнению с ТКИ первого поколения улучшает общую выживаемость.

Назначение афатиниба при делеции в 19 экзоне гена EGFR в первой линии лечения позволяет увеличить общую выживаемость в сравнении с ХТ. Афатиниб и осимертиниб являются препаратами выбора при редких мутациях в гене EGFR в том числе в 18 и некоторых вариантах мутаций 20 экзона. Если мутация EGFR выявлена после начала ХТ первой линии, ХТ рекомендуется завершить и перейти на ингибиторы тирозинкиназы EGFR.

При выявлении транслокации ALK в качестве первой линии лечения НМРЛ рекомендуется один из трех препаратов: алектиниб или церитиниб или кризотиниб.

Лечение проводится до клинического прогрессирования или непереносимой токсичности:

- ✓ Кризотиниб по 250 мг внутрь 2 раза /сут. ;
- ✓ Алектиниб 600 мг внутрь 2 раза /сут. ;
- ✓ Церитиниб 450 мг /сут. Внутрь.

Рекомендована таргетная терапия кризотинибом при выявлении транслокации в гене ROS1. При прогрессировании на фоне таргетной терапии кризотинибом может быть рекомендована платиносодержащая ХТ или таргетная терапия ROS1-ингибиторами последующих поколений.

При мутации BRAF V600E возможным режимом первой линии является комбинация BRAF/МЕК ингибиторов дабрафениба 150 мг внутрь 2 раза /сут. ежедневно и траметиниба 2 мг /сут. внутрь ежедневно до клинического прогрессирования или непереносимой токсичности. При выявлении мутации BRAF V600E после начала первой линии ХТ целесообразно ее продолжение до 4 циклов, при прогрессировании возможно назначить таргетную терапию.

Кто-то сказал новое направление в лекарственном лечении?

- Да! Иммунотерапия, в частности — ингибиторы контрольных точек иммунного надзора.