

Рекомендуется в качестве иммунотерапии I линии при отсутствии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROS1 при распространенном НМРЛ с экспрессией PD-L1 $\geq 50\%$ опухолевых клеток, оцененный AT 22C3, анти-PD-1 МКА пембролизумаб 200 мг в / в 30 мин. каждые 3 нед.

При переносимости ХТ качестве иммунотерапии I линии при распространенном НМРЛ с экспрессией PD-L1 $\geq 1\%$ опухолевых клеток при отсутствии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROS1 рекомендуется анти-PD-1 МКА пембролизумаб 200 мг в / в 30 мин. каждые 3 нед.

Рекомендуется комбинированная иммунотерапия + ХТ у больных распространенным немелкоклеточным НМРЛ с любым статусом PD-L1 с использованием одного из двух режимов:

✓ Пембролизумаб 200 мг в / в + пеметрексед 500 мг / м² в / в + цисплатин 75 мг / м² в / в 1 раз в 3 нед. 4 курса, в дальнейшем — поддерживающая терапия пембролизумабом и пеметрекседом до прогрессирования или непереносимой токсичности только при немелкоклеточном НМРЛ без активирующих мутаций;

✓ Атезолизумаб 1200 мг в / в + паклитаксел 200 мг / м² в / в + карбоплатин АУС6 в / в + бевацизумаб 15 мг / кг в / в в 1-й день каждые 3 нед. 4 курса, в дальнейшем — поддерживающая терапия атезолизумабом и бевацизумабом в прежних дозах до прогрессирования или непереносимой токсичности. Перед началом данной комбинации пациенты с EGFR или ALK геномной опухолевой мутацией должны получить таргетную терапию.

Выводы

Первый шаг к успешному лечению — удачная верификация диагноза, так что же нам в этом поможет?

Тщательный физикальный осмотр у всех пациентов, включающий пальпацию шейно-надключичных зон, оценка нутритивного статуса и конечно скрупулезный сбор анамнеза и жалоб!

✓ Кашель

✓ Одышка

✓ Боль в грудной клетке