Злокачественное новообразование бронхов и легкого

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C34 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак легкого — группа злокачественных эпителиальных опухолей бронхов, бронхиол и альвеол; у 85–90% пациентов заболевание связано с активным или пассивным курением. Рекомендация охватывает диагностику, стадирование, молекулярное тестирование, лечение НМРЛ и МРЛ, паллиативную помощь, реабилитацию и наблюдение.

Главное

- Диагноз считается доказанным при сочетании морфологической верификации и комплексной оценки распространенности; если биопсия невозможна, тактику можно определить консилиумом по клинико-рентгенологическим данным.
- При подозрении на РЛ базовая визуализация — рентгенография, затем КТ грудной полости с внутривенным контрастированием от верхней апертуры до реберных синусов с включением надпочечников; для стадирования используют ПЭТ-КТ всего тела и МРТ головного мозга с контрастированием. УУР С/УДД 5 для КТ при подозрении, УУР В/УДД 2 для МРТ мозга.
- При неплоскоклеточном НМРЛ молекулярно-генетическое и ИГХ-тестирование зависит от стадии: после радикальной операции I–III — EGFR 18–21 и ALK; II–III — дополнительно PD-L1; при неоперабельной III и IV — EGFR, ALK, ROS1, BRAF V600E, при отсутствии драйверов — PD-L1, возможны RET, c-MET, HER2 exon 20, KRAS, NTRK, EGFR exon 20. УУР С/УДД 5.
- НДКТ для скрининга показана группам риска: возраст 55–80 лет, активное курение с индексом 30 пачка-лет или отказ от курения не более 15 лет назад; частота — 1 раз в год. Рентгенография для популяционного скрининга не используется. УУР А/УДД 1.
- Для НМРЛ 0–IIIA и IIIB (T3N2) при возможности R0-резекции и функциональной операбельности основной метод — хирургия; стандарт операции — анатомическая резекция легкого с систематической ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекцией, минимум 6 лимфоузлов. УУР С/УДД 5.
- При IV стадии НМРЛ лечение паллиативное, но активное: выбор зависит от ECOG, гистологии, EGFR/ALK/ROS1/BRAF и PD-L1; при EGFR, ALK, ROS1 или BRAF V600E рекомендуется таргетная терапия. УУР С/УДД 5.
- При распространенной стадии МРЛ стандарт 1-й линии — этопозид + цисплатин или карбоплатин; добавление атезолизумаба или дурвалумаба к платиновому режиму повышает общую выживаемость. УУР С/УДД 2.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: кашель, одышка, боль в груди, кровохарканье, слабость, утомляемость, снижение аппетита; отдельно фиксировать стаж курения, число сигарет и профессиональные вредности. УУР С/УДД 5.
2. Провести полный осмотр: ЧДД, пульсоксиметрия, характер одышки, признаки синдрома верхней полой вены, пальпация шейно-надключичных и других лимфоузлов, перкуссия и аускультация грудной клетки, оценка общего и нутритивного статуса, поиск паранеопластических синдромов. УУР С/УДД 5.
3. Назначить ОАК, биохимию крови с глюкозой, креатинином, билирубином, альбумином, АЛТ, АСТ, ЩФ, коагулограмму с АЧТВ, фибриногеном, МНО, протромбиновым временем, общий анализ мочи; онкомаркеры подбирают по гистологии. УУР С/УДД 5 для базовых анализов, УУР С/УДД 3 для онкомаркеров.
4. Выполнить рентгенографию при клиническом подозрении, затем КТ грудной полости с болюсным контрастированием; для стадирования — КТ грудной полости с печенью и надпочечниками, ПЭТ-КТ всего тела для N/M и МРТ головного мозга с контрастированием.
5. Получить морфологический материал: бронхоскопия при центральной опухоли или периферической опухоли с «дренирующим» бронхом; трансторакальная биопсия под визуальным контролем при периферическом образовании, кроме очагов <1 см (T1a), если диагноз не верифицирован; при подозрении N2–3 — EBUS/EUS, медиастиноскопия или торакоскопия. УУР С/УДД 5.

6. Провести цитологическое и/или патолого-анатомическое исследование с ИЦХ/ИГХ; в биопсийном заключении обязательно указать гистологический тип по ВОЗ 2021 и долю опухолевой ткани в процентах. УУР С/УДД 5.
7. При прогрессировании и повторной биопсии сравнить гистологический тип с первичной опухолью и указать долю опухолевой ткани; приоритет повторной биопсии — поиск механизмов резистентности, ИЦХ/ИГХ выполняют при морфологической трансформации. УУР С/УДД 5.

Лечение

- НМРЛ 0–IIIA: при R0-резектабельности и функциональной операбельности — хирургическое лечение. Адъювантная ХТ и ЛТ не показаны при I стадии, кроме IB высокого риска; при IB высокого риска адъювантная ХТ показана пациентам моложе 75 лет при висцеральной плевре, сосудистой инвазии, низкой дифференцировке, атипичной резекции или Nx. УУР А/УДД 1 для IB высокого риска.
- При cT1–2N0, если операция невозможна или пациент отказался, проводят стереотаксическую гипофракционную ДЛТ по радикальной программе: РОД 10–18 Гр, СОД 50–54 Гр; варианты — 7,5 Гр × 8 для ультрацентральных, 12 Гр × 5 для центральных, 20 Гр × 3 для периферических опухолей. УУР С/УДД 5.
- Адъювантную ХТ начинают не позднее 8 недель после операции при ECOG 0–1, всего 4 цикла; используют платиносодержащие комбинации, включая винорелбин + цисплатин, гемцитабин + цисплатин, гемцитабин + карбоплатин, паклитаксел + карбоплатин. УУР В/УДД 2. При неплоскоклеточном НМРЛ рекомендован режим пеметрексед + цисплатин; при противопоказаниях к цисплатину с пеметрекседом используется карбоплатин. УУР С/УДД 5.
- После радикальной операции при Ib–IIIA и EGFR del19/L858R назначают осимертиниб 80 мг внутрь ежедневно до 3 лет: после адъювантной ПХТ — до 26 недель после операции, вместо ПХТ — до 10 недель. При ALK-транслокации возможен алектиниб 600 мг 2 раза в сутки 2 года.
- НМРЛ IIIB–IIIC: основной вариант — одновременная ХЛТ при ECOG 0–1; при ECOG 2 предпочтительна последовательная ХТ и ЛТ. Плановая СОД ЛТ — 60 Гр ±10% за 6 недель, минимальный технологический стандарт — 3D-ХЛТ. УУР А/УДД 1.
- После ХЛТ при отсутствии прогрессирования и противопоказаний, без EGFR/ALK и при PD-L1 >1% назначают дурвалумаб не позднее 60 дней: 10 мг/кг в/в 60 минут каждые 2 недели или 1500 мг в/в 60 минут каждые 4 недели не менее 12 месяцев, до прогрессирования или непереносимой токсичности. УУР А/УДД 2.
- IV стадия НМРЛ без драйверов и ECOG 0–2: комбинированная платиносодержащая ХТ, обычно 4 цикла при контроле опухоли, до 6 циклов при нарастающем эффекте и переносимости; оценка эффекта — до лечения, после каждых 2 циклов примерно через 2 недели от 1-го дня четного цикла, затем каждые 6–12 недель. УУР А/УДД 1.
- МРЛ: при T1–2N0M0 возможна операция с последующей ХТ этопозид + цисплатин или этопозид + карбоплатин 4 курса каждые 3–4 недели; при N+ добавляют ДЛТ на пораженные лимфоузлы. При локализованном МРЛ стандарт — ХЛТ, при распространенном — системная терапия этопозид + платина ± атезолизумаб или дурвалумаб.

Когда направить и как наблюдать

- Если морфологическая верификация невозможна, решение о тактике лечения принимается на консилиуме по клинико-рентгенологическим данным.
- При планировании пневмонэктомии варианты лечения обсуждают на мультидисциплинарном консилиуме с участием пациента.
- После радикального лечения при удовлетворительном состоянии наблюдение онколога: каждые 3 месяца первые 3 года, каждые 6 месяцев на 4–5-м годах, затем ежегодно; ПЭТ-КТ для наблюдения не применяется.
- Пациентам с МРЛ без профилактического облучения головного мозга проводят МРТ головного мозга каждые 3–4 месяца в течение первых 2 лет.
- При клинически значимом плевральном или перикардиальном выпоте показана пункция; при легочном кровотечении или массивном распаде опухоли со вторичной пневмонией обсуждают паллиативное хирургическое лечение.

Частые вопросы

Кому делать скрининг рака легкого НДКТ?

НДКТ 1 раз в год применяют у пациентов 55–80 лет, которые курят сейчас с индексом 30 пачка-лет или бросили не более 15 лет назад. Для людей без доказанных факторов риска и для популяционного скрининга рентгенография не показана.

Можно ли заменить тканевую биопсию жидкостной биопсией?

Нет, жидкостная биопсия не проводится вместо исследования ткани. Ее используют для EGFR, если при неоперабельном раке ткань недоступна или тканевого материала недостаточно/он низкого качества; вероятность ложноотрицательного результата может достигать 30%.

Какие маркеры обязательны при IV стадии неплоскоклеточного НМРЛ?

Обязательный объем: EGFR 18–21, ALK, ROS1 и BRAF V600E; если драйверных нарушений нет, определяют PD-L1. Возможное расширение включает RET, c-MET, HER2 exon 20, KRAS, NTRK и EGFR exon 20.

Когда после ХЛТ при III стадии НМРЛ назначают дурвалумаб?

После завершения ХЛТ, если нет прогрессирования и противопоказаний, без активирующих EGFR/ALK и при PD-L1 >1%; старт поддерживающего этапа — не позже 60 дней. Дозы: 10 мг/кг каждые 2 недели или 1500 мг каждые 4 недели, не менее 12 месяцев либо до прогрессирования/непереносимости.

Как лечить метастазы рака легкого в головной мозг?

При единичных метастазах используют стереотаксическую радиотерапию/радиохирургию; при 5 и более очагах — облучение всего головного мозга 37,5 Гр за 15 фракций или 30 Гр за 10 фракций. При симптомном отеке назначают дексаметазон 4–8 мг/сут с последующим постепенным снижением.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/30-zlokachestvennoe-novoobrazovanie-bronhov-i-legkogo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/30_5