КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КСЕЛОДЫ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ РМЖ

Сокира И.А. ГБУ РО «Онкодиспансер», г. Ростов-на-Дону

Больная М. 1957 г.р. (На момент установления диагноза - 51 год.)

Диагноз: Рак левой молочной железы IV стадия, клиническая группа 2, T3N1M1.

Состояние после химиолучевого лечения в марте-октябре 2008 г. и МХТ Кселодой с 7.11.2008 по настоящее время.

Гистологическое заключение: Ц.А. № от 05.03.2008 – умеренно-дифференцированная аденокарцинома.

Г.А. №… инфильтрирующий протоковый рак

Краткий анамнез заболевания/лечения:
Под наблюдением ОД РО с 05.03.2008 по поводу рака левой молочной железы, IV стадия, клиническая группа 2, T3N1M1.

В октябре 2007 г. по поводу миомы матки в ГБ выполнена надвлагалищная ампутация матки без придатков. 04.03.2008 обнаружила опухоль в левой молочной железе и обратилась к маммологу в ГБУ РО «Онкодиспансер».

На основании данных осмотра, клинического и лабораторного обследования (УЗИ молочных желез, маммографии, цитологического исследования, а также результатов СКТ ОГК, УЗИ ОБП и малого таза, щитовидной железы) был установлен диагноз:

Рак левой молочной железы с поражением л/у шеи, надключичных и подкрыльцовых л/у слева, стадия IV, клиническая группа 2, T3N1M1.

Местно: молочные железы развиты, структурны. Слева в нижне-наружном квадранте на 5 часах пальпируется образование округлой формы, с нечеткими контурами, размером до 3,5 см в диаметре, частично фиксировано к грудной клетке. В надключичной области слева л/у до 1,0 см в диаметре, в подкрыльцовой области слева конгломерат из 3 л/у - 1, 0 и 1,5 и 0,8 см.

На маммограмме от 12.03.2008 - на границе наружных квадрантов, ретромаммарно, отмечается узловое образование неправильной формы, с нечеткими лучистыми контурами, неоднородной структуры, размером 17 х 15 мм, на фоне которого отмечаются множественные кальцинаты.

С 24.03.2008 по 01.08.2008 проведено 6 курсов АПХТ по схеме CAF. За каждый курс суммарно введено: циклофосфан – 1200 мг, доксарубицин – 80 мг, 5-фторурацил – 100 мг (Суммарная доза доксорубицина – 480 мг). Токсичности терапии не было, но т.к. была достигнута предельная доза и для предотвращения возможной кардиотоксичности назначена другая схема терапии.

На фоне проводимой ПХТ положительной динамики процесса не отмечалось.

На маммограмме от 24.07.2008 отрицательная динамика - на границе наружных квадрантов отмечается узловое образование высокой плотности, неоднородной структуры, с множественными фиброзными тяжами в окружающей ткани и дорожкой к соску, размером 2,5 х 1,5 см, с наличием множественных кальцинатов. По направлению к соску выявляется аналогичная зона меньших размеров, имеющая микрокальцинаты (очаг отсева). В выведенной подкрыльцовой области слева визуализируется гиперплазированный плотный л/у до 2,4 см.

С 08.09.2008 по 07.10.2008 проведена ДЛТ на левую молочную железу с 2х полей РОД по 2 Гр, РИП 65 см, СОД до 38 Гр, шейно-над-подключичное поле слева и парастернальное поле РОД по 2 Гр. РИП 65 см, СОД до 38 гр.

История конкретной ситуации
В результате проведенного лечения полной регрессии опухоли и лимфоузлов достичь не удалось. Учитывая отказ больной от хирургического лечения, исходную стадию процесса, суммарную дозу доксорубицина, а также необходимость продолжения лечения, с 07.11.2008 была начата монохимиотерапия Кселодой по 2000 мг 2 раза в день внутрь с 1 по 14 день, с интервалом 1 – 2 недели, длительно. Терапия проводится по настоящее время (всего 47 циклов).

Интервал 2 недели избран как вынужденная мера в связи с недостаточным финансированием по ОНЛС для ДЛО (пациентка является федеральным льготником).

На фоне проводимой терапии осложнений не отмечено.

Лечение сопровождалось побочными эффектами: явлениями интоксикации легкой и умеренно выраженной степени. Лейкопения до 2-2,5 х 10^9, ладонно-подошвенный синдром легкой и умеренно выраженной степени.

Купирование нежелательных побочных эффектов достигалось удлинением интервала между циклами до двух недель, а при ладонно-подошвенном синдроме – редукцией дозы на 25%, а в трех циклах на 50%.

На фоне проводимой терапии удалось достигнуть полной регрессии опухоли и лимфоузлов, подтвержденных ультразвуковыми исследованиями от 15.06.2010.

Во втором полугодии 2011 года поставки Кселоды для обеспечения заявки по ДЛО для Ростовской области прекратились. Капецитабин представлен дженериком – препаратом Тутабин. Больная продолжает МХТ по той же схеме, однако на фоне проводимой терапии при УЗИ молочных желез в нижнее-наружном квадранте отмечено появление гипоэхогенного образования с четким неровным контуром неоднородной эхоструктуры 12 х 12 х 14 мм, при ЦДК – единичные цветные локусы. В аксиллярной области слева - гипоэхогенный л/у неоднородной эхоструктуры, смешанной эхоплотности 11 х 9 х 11 мм.

При УЗИ от 03.02.2012 – образование в левой молочной железе 13 х 14 х 12 мм, аксиллярный л/у 24 х 13 х 22 мм.

При УЗИ от 20.09.2012 – образование в левой молочной железе 13 х 14 х 12 мм, аксиллярный л/у 24 х 13 х 22 мм, 12 х 9 х 14 и 6 х 5 х 7 мм.

На фоне проводимой терапии состояние больной остается удовлетворительным, по шкале Карновского – активность 100%, по ECOG-ВОЗ - 0 баллов. Трудоспособна.

Выводы:
В течение 5 лет удается контролировать заболевание при исходно запущенной стадии, достигнув полного регресса опухоли в период применения лекарственного средства Кселода.
Применение Кселоды в амбулаторных условиях не ухудшает качества жизни.