КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КСЕЛОДЫ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ РМЖ

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

Пациентка З. 1960 г.р.

Под наблюдением ОД РО с 21.02.07.

На момент начала лечения 47 лет.

Диагноз: Рак левой молочной железы с метастазами в подкрыльцовые л/у слева, множественные метастазы в кости грудного, поясничнo-крестцового отдела позвоночника и кости таза. Стадия IV, клиническая группа 2, T3N1M1. Состояние после химиолучевого лечения

При первичном осмотре: левая молочная железа деформирована, фиксирована к подлежащим тканям грудной клетки, уменьшена в объеме за счет бугристой опухоли, занимающей всю молочную железу общим размером до 10,0 х 12,0 х 8,0 см. В подкрыльцовой области вколоченный конгломерат л/у до 3,5 см.

Гистологическое заключение: инфильтрирующая карцинома с выраженным лечебным патоморфозом.

Краткий анамнез заболевания и лечения:

С марта 2007 г. по февраль 2008 г. получила 6 курсов АПХТ с антрациклинами и таксанами с хорошим терапевтическим эффектом. Учитывая выявленные при остеосцинтиграфии метастазы в кости, в схему включены бисфосфонаты.

С мая 2008 г. по ноябрь 2009 г. получала Золодекс п/к каждые 28 дней.

С 22.05.08, в связи с достижением предельной дозы доксорубицина изменена схема ПХТ. С 22.05.2008 по 19.01.2011 получала МХТ Кселодой в стандартном режиме + бисфосфонаты. В процессе проводимой терапии отмечалась регрессия опухоли левой молочной железы, однако при МРТ 08-13.09.2010 - выявлены новые участки остеодеструкции, в связи с чем в схему был включен винорелбин: получила 2 курса ПХТ + бисфосфонаты.

На фоне проводимой терапии и погрешностей в питании с августа 2010 г. отмечались явления токсического гепато-панкреатита, из-за чего отмечались внеплановые перерывы в лечении до 1 месяца, а с 31.12.2010 - 3 месяца.

В марте 2011 г. отмечено прогрессирование процесса. При МРТ от 05.03.2011 – метастазы в кости таза с мягкотканым компонентом. С 01.04.2011 по август 2011 г. получила 6 курсов ПХТ: доцетаксел 80 мг + винорелбин 100 мг + золендроновая кислота 4 мг. Лечение сопровождалось выраженной интоксикицией, иммунодефицитными состояниями, лейкопенией, стоматитом.

15.07.2011 в связи с угрозой остеолизиса нижней челюсти, Зомета была отменена.

В сентябре 2011 г. появились жалобы на шаткость походки, неустойчивость при ходьбе. При МРТ головного мозга от 26.09.2011 выявлены признаки мультифокального поражения головного мозга МТС-характера.

В Киевском центре онкологии и радиохирургии «Кибер-нож» получила стационарное радиохирургическое лечение с 21.10.2011 по 28.10.2011. С 08.11.2011 появились нарушения чувствительности правой нижней конечности. 15.11.2011 осмотрена неврологом: монопарез правой нижней конечности. Общее состояние резко ухудшилось после неоднократных падений 15-18.11.2011. Самостоятельно не передвигается. Резко выражен болевой синдром в тазобедренном суставе, корешковый синдром, в связи с чем получала симптоматическую терапию.

История конкретной ситуации:

Учитывая исходную стадию процесса, генерализацию рака молочной железы с множественными метастазами в кости, суммарную дозу доксорубицина, а также необходимость продолжения лечения, в качестве терапии 2-й линии назначена МХТ Кселодой по 2000 мг (2500 мг/м^2) в сутки внутрь в 2 приема с 1 по 14 день. Интервал между курсами 1-2 недели. Площадь поверхности тела 1,6 м^2.

За время лечения с 22.05.2008 по 19.01.2011 получила 29 циклов.

Интервал 2 недели избран как вынужденная мера в связи с недостаточным финансированием по ОНЛС для ДЛО. Пациентка являлась федеральным льготником.

На фоне проводимой терапии осложнений не отмечалось. Лечение сопровождалось побочными эффектами: явлениями интоксикации легкой и умеренно выраженной степени, ладонно-подошвенным синдромом легкой и умеренно выраженной степени. Купирование нежелательных побочных эффектов достигалось удлинением интервала между циклами до 2-х недель, а при ладонно-подошвенном синдроме - редукцией дозы на 25%, а в 5 циклах на 50%.

На фоне проводимой терапии Кселодой в стандартном режиме состояние больной оставалось удовлетворительным, сохранялась трудоспособность. Активность по шкале Карновского – 100%, по ECOG-ВОЗ - 0 баллов.

При соблюдении режима приема лекарственного препарата Кселода в течение 26 месяцев удавалось добиться стойкого клинического эффекта в виде регрессии опухоли в молочной железе (до 90 %) и подкрыльцовых лимфоузлах слева, а так же отсутствия клинических проявлений, связанных с множественными метастазами в кости.

С августа 2010 года после перенесенной пищевой токсикоинфекции и погрешностей в диете, на фоне продолжающегося лечения, у пациентки отмечались явления токсического гепато-панкреатита, в связи с чем возникла необходимость в двух внеплановых перерывах в лечении до 1 месяца, а с 31.12.2010 – 3 месяца.

За время вынужденных перерывов в сентябре 2011 г. при МРТ у больной выявлены новые очаги остеодеструкции, а к марту 2011 г. отмечено дальнейшее прогрессирование процесса.

Последующая терапия оказалась неэффективной. Больная умерла в апреле 2012 г.

Выводы:

1. Проведение монохимиотерапии Кселодой в стандартном режиме в амбулаторных условиях не ухудшает качества жизни.
2. Применения лекарственного средства Кселода в стандартном режиме во 2-й линии терапии позволило сохранить качество жизни и контролировать заболевание в исходно запущенной стадии, при наличии множественных отдаленных метастазов в кости, в течение 26 месяцев и достигнуть частичного регресса опухоли в молочной железе (до 90%).
3. Перерывы в лечении более 2-х недель приводят к утрате достигнутого эффекта и прогрессированию процесса.