

Использование внутриартериальной полихимиотерапии в лечении метастатического рака грудной железы

На базе Донецкого областного противоопухолевого центра под руководством академика Национальной академии медицинских наук Украины Григория Васильевича Бондаря и лавного онколога МЗ Украины, профессора Игоря Евгеньевича Седакова применяется оригинальная методика внутриартериальной химиотерапии, накоплен большой опыт ее использования в паллиативном лечении метастатического рака грудной железы. Приводим наиболее показательные клинические примеры эффективности внутриартериальной паллиативной полихимиотерапии (ПХТ) в лечении множественных внутрикожных метастазов рака грудной железы.

Для справки

Метод внутриартериальной химиотерапии используется при раке печени, грудной железы, органов малого таза и заключается в катетеризации питающих опухоль артерий (печеночной, внутренней грудной, внутренней подвздошной) и введении больших доз химиопрепаратов однократно либо в течение 4-5 сут. Данный способ введения является малотравматичным, позволяет в 4-12 раз увеличить концентрацию препарата непосредственно в опухолевой ткани, хорошо переносится больными и обеспечивает значительное уменьшение размеров опухоли после лечения.



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

Клинический случай 1

Больная К. 38 лет обратилась в ДОПЦ; диагноз при поступлении: рак левой грудной железы pT4bN2M0, G2, ER+/PR-, состояние после консервативного комплексного лечения в 1999 г. При обращении выявлены рецидив заболевания непосредственно в грудной железе и множественные внутрикожные метастазы в подмышечной области слева, II клиническая группа (рис. 1).

После определения рецепторного статуса опухоли по материалу, полученному при выполнении трепан-биопсии (ER+/PR-), больной выполнены симультантная двусторонняя тубовариэктомия и катетеризация внутренней грудной артерии слева через верхнюю надчревную артерию. Больной проведено три курса паллиативной внутриартериальной ПХТ по схеме CMF с последующим облучением левой грудной железы и подмышечной области СОД 44 Гр на фоне антиэстрогенной терапии тамоксифеном в дозе 20 мг/сут.

Контрольное обследование спустя 3 нед после окончания лучевой терапии: грудная железа обычной формы и размеров, определяемые ранее внутрикожные метастазы отсутствуют, подвижность левой руки в плечевом суставе восстановлена в полном объеме, опухоль в левой молочной железе пальпаторно и маммографически не определяется (рис. 2).

Клинический случай 2

Больная П. 50 лет поступила в клинику ДОПЦ в марте 1999 г. с жалобами на наличие множественных опухолевидных образований на коже передней грудной стенки слева. Диагноз при поступлении: рак левой грудной железы, pT4aN1M0, G3, ER+/PR+, состояние после комплексного лечения в 1994 г., продолжение заболевания в виде множественных внутрикожных метастазов в зоне послеоперационного рубца, II клиническая группа.

Анамнез: в 1994 г. в клинике N больной было проведено комплексное лечение по поводу рака левой грудной железы pT4aN1M0, G3, ER+/PR+. Получила курс лучевой терапии на левую грудную железу (СОД 46 Гр) и левую над-/подключичную, парастернальную и подмышечную области (СОД 44 Гр); проведена радикальная мастэктомия по Пейти слева, далее – 6 курсов адъювантной системной ПХТ по схеме CMF на фоне антиэстрогенной терапии тамоксифеном в дозе 20 мг/сут.

В феврале 1997 г. на коже передней грудной стенки в зоне послеоперационного рубца появились три узловых образования до 1,5 см в диаметре. Там же, в клинике N, произведено иссечение образований с закрытием дефекта перемещенными кожными лоскутами и проведением 8 курсов системной полихимиотерапии CMF.

Состояние при поступлении в клинику ДОПЦ: левая грудная железа отсутствует после радикальной мастэктомии; на коже передней и переднебоковой поверхностей грудной стенки в области послеоперационного

рубца определялись 32 узловых образования овальной формы с экзофитным компонентом размерами от 0,5 до 3,5 см в диаметре (рис. 3).

При цитологическом исследовании выявлены элементы метастаза железистого рака. Дополнительное обследование, включавшее рентгенографию и скintiграфию переднебоковых отрезков ребер слева, не выявило наличия отдаленных метастазов, в том числе костно-деструктивных изменений. Оценка статуса пациентки по шкале Карновского составила 70%. Метастазы развились в условиях медикаментозной кастрации.

18.03.1999 г. пациентке по методике, предложенной специалистами ДОПЦ, выполнена катетеризация внутренней грудной артерии слева через верхнюю надчревную. В течение 9 дней больной был проведен курс внутриартериальной селективной паллиативной ПХТ по схеме CMF. Суммарно введено: циклофосфан 2000 мг, метотрексат 120 мг, 5-фторурацил 2500 мг на фоне антиэстрогенной терапии тамоксифеном 20 мг/сут. Суточные дозы химиопрепаратов вводили в режиме непрерывной длительной внутриартериальной инфузии в течение 4-6 ч с использованием дозатора лекарственных веществ.

При контрольном осмотре через 3 нед после окончания первого курса внутриартериальной паллиативной ПХТ была отмечена положительная динамика в виде значительного уменьшения размеров метастатических узлов с появлением очагов некроза в большинстве из них.

С 18.05 по 27.05.1999 г. больной проведен второй курс паллиативной внутриартериальной ПХТ по аналогичной схеме. Осмотр, проведенный через 3 нед по окончании второго курса химиотерапевтического лечения, показал, что на месте ранее определяемых внутрикожных метастазов имеются гранулирующие и эпителизирующиеся раны, заживающие вторичным натяжением. Эффект терапии был оценен как полная регрессия метастазов; внутриартериальный катетер извлечен. При контрольном осмотре через 3 мес после окончания второго курса внутриартериальной паллиативной ПХТ признаков наличия внутрикожных метастазов в зоне послеоперационного рубца не выявлено. В местах расположения последних определяются участки грубоволокнистой рубцовой ткани, местами с формированием келоидов (рис. 4).

Представленные клинические случаи наглядно демонстрируют, что метод внутриартериальной ПХТ может быть высокоэффективным в паллиативном лечении рака грудной железы.

Подготовила Катерина Котенко