

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Г.А. Хакимов, Н.Р. Шаюсупов, Г.Ф. Мирюсупова

Ташкентский городской онкологический диспансер, Республика Узбекистан

EXPERIENCE IN TREATING DISSEMINATED BREAST CANCER AFTER MULTIMODALITY THERAPY

G.A. Khakimov, N.R. Shayusupov, G.F. Miryusupova

Tashkent City Cancer Dispensary, Republic of Uzbekistan

Median survival in patients with disseminated breast cancer (BC) is less than 3 years; moreover, 25-30 and 10% survive > 5 and > 10 years, respectively. Current systemic therapy increases median survival rates by only 3-4 months as compared with patients who do not receive this therapy. The data given in the paper are based on the analysis of a follow-up of 36 women aged 30 to 57 years who had BC dissemination 2 years after multimodality treatment in the Tashkent City Cancer Dispensary in the period 2006 to 2008. Despite the fact that the current multidrug therapy regimens were used, there were no dramatic changes in survival rates. However, the attainment of stabilization and regression of metastatic foci in this category of patients allows clinicians, oncologists, and their patients to hope to control this disease.

Key words: disseminated breast cancer, systemic therapy, multimodality therapy, multidrug therapy, survival

Лечение больных диссеминированным раком молочной железы (ДРМЖ) было и остается проблемой клинической онкологии, несмотря на расширение арсенала терапевтических подходов, наблюдаемое в течение последних 20 лет. Современная системная терапия, применяемая для данной категории больных, не позволяет вылечить их, однако достоверно улучшает продолжительность и качество жизни, являясь для них необходимой психоэмоциональной поддержкой [1].

Средняя продолжительность жизни больных ДРМЖ не достигает 3 лет, при этом > 5 лет живут 25—30%, > 10 лет — 10% пациенток. Проведение современной системной терапии только на 3—4 мес увеличивает медиану выживаемости по сравнению с больными ДРМЖ, не получавшими такого лечения. Таким образом, концепция неизлечимости ДРМЖ в настоящее время определяет выбор тактики лечения этого заболевания, основной целью которого является максимальное продление жизни больной и облегчение симптомов болезни [2]. Суть проблемы лечения ДРМЖ лежит не только в необратимости процесса, но и в неоднородности данной категории больных. Это определено не только биологическими особенностями организма пациентки, но и объемом полученной комплексной терапии, несмотря на которую наступает метастатическая болезнь.

Представленные в нашей работе данные основаны на анализе наблюдений за 36 женщинами, имеющими диссеминацию РМЖ через 2 года после проведенного комплексного лечения в условиях Ташкентского городского онкологического диспансера в период с 2006 по 2008 г.

Возраст больных составил от 30 до 57 лет (табл. 1).

Все пациентки имели pT2N2M0 стадию заболевания и получили комплексную терапию в следующем объеме:

- 1) радикальная мастэктомия по J. Madden;
- 2) адъювантная полихимиотерапия (ПХТ) с включением антрациклинов (CAF — циклофосфан, доксорубин, 5-фторурацил, ACMF — доксорубин, циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил, FAC — 5-фторурацил, доксорубин, циклофосфан) — 6 курсов;
- 3) адъювантная лучевая терапия (на область послеоперационного рубца и зоны регионарного лимфооттока в суммарной очаговой дозе 40—44 Гр);
- 4) при необходимости (n=12) проводилась антиэстрогенотерапия тамоксифеном в дозе 20 мг/сут.

Распределение больных по результатам проведенного иммуногистохимического (ИГХ) анализа опухоли представлено в табл. 2.

Одна пациентка, имевшая гиперэкспрессию Her-2/neu, получала герцептин в дозе 450 мг каждые 3 нед в течение 1 года.

Таблица 1. Распределение больных ДРМЖ в зависимости от возраста (n=36)

Возраст, годы	Число больных	
	абс.	%
30—39	6	17
40—49	9	25
50—59	21	58

Таблица 2. Распределение больных ДРМЖ в зависимости от ИГХ-статуса опухоли (n=36)

ИГХ-статус опухоли	Число больных абс.	%
РЭ* (+), РП** (+), Her-2/neu (-)	12	33
РЭ(-), РП(-), Her-2/neu (-)	23	64
РЭ(-), РП(-), Her-2/neu (+)	1	3

*РЭ — рецепторы эстрогена, **РП — рецепторы прогестерона.

Таблица 3. Распределение больных ДРМЖ в зависимости от выживаемости (n=36)

Группа	абс.	Выживаемость		абс.	%
		общая	безрецидивная		
1-я (n=17)	11	64,7	5	29,4	
2-я (n=19)	12	63,2	5	26,3	
Всего (n=36) ...	23	63,9	10	27,8	

У всех больных имело место прогрессирование РМЖ в виде множественных поражений костей скелета и печени, обнаруженных в ходе плановой диспансеризации или при самостоятельном внеплановом обращении в случае возникновения симптомов прогрессии заболевания в виде болей в костях скелета. Выбор схем системной терапии проводился с учетом рекомендаций Европейского общества медицинской онкологии (ESMO, 2004), предложенных для данной клинической ситуации по РМЖ [3]. Все пациентки, находившиеся под наблюдением, были разделены на 2 группы. В 1-й группе 17 женщин получили

в виде системной ПХТ таксотер — 75 мг/м² в 1-й день, кселоду — 1250 мг/м² с 1-го по 14-й день — 6 курсов, интервал между курсами составил 3 нед; во 2-й группе — навельбин — 25 мг/м² в 1-й и 8-й день, кселоду — 1250 мг/м² с 1-го по 14-й день — 6 курсов, интервал между курсами — 1 нед. В обеих группах после первого курса ПХТ лечение проводилось на фоне введения препарата зомета в дозе 4 мг каждые 28 дней в течение всего периода наблюдения до появления новых очагов поражения.

При анализе результатов, осуществлявшемся в течение 24 мес после проведенной терапии, у 36 больных ДРМЖ были получены следующие показатели выживаемости (табл. 3).

У пациенток обеих групп прогрессия заболевания наблюдалась в виде появления новых очагов метастазирования РМЖ (легкие, головной мозг, кости скелета, печень) с явлениями полиорганной недостаточности. При прогрессировании заболевания проводилась лишь симптоматическая терапия, направленная на улучшение качества жизни больных. В обеих группах, несмотря на проведенную ПХТ, в течение 24 мес дальнейшее метастазирование РМЖ привело к летальному исходу: в 1-й группе — 6 (35,3%) случаев, во 2-й — 7 (36,8%).

По данным литературы, на современном этапе медиана выживаемости больных ДРМЖ колеблется от 18 до 24 мес [4]. В нашем исследовании, несмотря на проведение современных схем ПХТ, также не наблюдалось яркой динамики по данному показателю. Однако достижение стабилизации и регресса метастатических очагов у данной категории больных позволяет клиницистам, онкологам и их пациентам надеяться на получение контроля над заболеванием, несмотря на неопределенность временного интервала в каждом конкретном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кампова-Полевая Е.Б., Чистяков С.С. Клиническая маммология. М.: Гэотар-Медиа, 2006. с. 330—99.
2. Моисеенко В.М., Урманчеев А.Ф., Хансон К.П. Лекции по

- фундаментальной и клинической онкологии. СПб.: изд-во Н—Л, 2004. с. 247—52.
3. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии

(ESMO). М., 2004. с. 101—6.

4. Dal Lago L., Demonty G., Cardoso F., Piccart M. Treatment of advanced breast cancer: New standards of care in 2004. Proc ICACCT 15.2004: 91—4.