

ОРЛОВА ВАСИЛИСА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА № МК 13768-2021-А
21.02.2023 12:55 КОНСУЛЬТАЦИЯ ОНКОЛОГА

КОНСУЛЬТАЦИЯ ХИМИОТЕРАПЕВТА:

Анамнез заболевания

В декабре 2016 года: жалобы на наличие образования в левой молочной железе.

На тот момент: со слов больной образование в левой молочной железе впервые заметила около 6 месяцев назад, к врачам не обращалась, в связи с ростом образования больная обратилась по месту жительства, выполнена биопсия молочной железы, по данным которой установлен диагноз рака молочной железы.

При осмотре железы симметричны, в правой молочной железе и регионарных зонах без явных узловых образований, в левой молочной железе в верхне-наружном квадранте пальпируется плотное образование около 7 см в диаметре, подвижное с тканью молочной железы, в левой подмышечной области пальпируются плотные увеличенные лимфоузлы до 2 см в диаметре.

Больной проведено обследование, включая ПЭТ-КТ исследование 30.11.16 по данным которого выявлена выраженная распространенность процесса: имеется опухоль в левой молочной железе, в подмышечных л/у слева, мтс в паратрахеальные л/у, легкие (множественные мелкие очаги) и множественные мтс в печени.

Диагноз: Рак левой молочной железы T3N2M1.

Больной выполнена биопсия молочной железы:

Морфологическое заключение от 18.11.16 № 16/1-4842, 1.1-1.2: 2 стекла ГЭ № 43588-95/16 + бл.

Микроскопическое исследование:

1.1-1.2: Фрагменты ткани молочной железы с инвазивным ростом опухоли, представленной преимущественно солидными структурами из атипичных эпителиальных клеток с выраженным ядерным полиморфизмом и умеренной митотической активностью, что соответствует инвазивному неспецифицированному раку молочной железы 3 степени злокачественности по Ноттингемской системе (3+3+2=8). Лимфоидная инфильтрация стромы опухоли составляет 5%. Обнаружены структуры протокового рака in situ Grade 2. Опухолевые эмболы в пределах исследованного материала достоверно не определяются.

Заключение: Инвазивный неспецифицированный рак левой молочной железы 3 степени злокачественности. Иммуногистохимическое заключение от 21.11.16 № 16/4-5957 В контрольном срезе окрашенном гематоксилином и эозином фрагменты ткани молочной железы с инвазивным ростом опухоли, представленной преимущественно солидными структурами из атипичных эпителиальных клеток с выраженным ядерным полиморфизмом и умеренной митотической активностью, что соответствует инвазивному неспецифицированному раку молочной железы 3 степени злокачественности по Ноттингемской системе (3+3+2=8).

С целью определения суррогатного молекулярного типа опухоли выполнено иммуногистохимическое исследование. Результаты исследования рецепторного статуса по Allred: Рецепторы эстрогенов (клон SP1):5(PS)+2(IS)=7(TS). Рецепторы прогестерона (клон 1E2):4(PS)+2(IS)=6(TS). Оценка Her2-статуса по ASCO/CAP'13: HER2-статус: 3+. Ki67: 44% Иммуногистохимическое заключение: Инвазивный неспецифицированный рак левой молочной железы 3 степени злокачественности. Суррогатный молекулярный тип опухоли: люминальный тип В, Her2-позитивный.

С учетом молодого возраста пациентки, распространенности процесса, Her2 позитивности опухоли 01.12.16 рекомендовано проведение следующей терапии: Доцетаксел 140 мг в/в 1 день + Трастузумаб 440 мг в/в 1 день (1-й курс 580 мг) + Пертузумаб 420 мг в/в 1 день (1-й курс 840 мг), курсы химиотерапии в 3 недели. Обследование после 3-х циклов, т.е. через 2 месяца (лучше ПЭТ-КТ исследование) и решение вопроса о тактике лечения. Просьба предоставить ПЭТ-КТ диск от 30.11.16 и повторный диск обследования, который будет через 2 месяца терапии.

В марте 2017 года, пациентке проведено 4 курса химиотерапии по рекомендованной схеме (Доцетаксел + Трастузумаб + Пертузумаб).

На фоне лечения отмечена выраженная положительная динамика - частичный (почти полный) ответ на лечение, по данным ПЭТ-КТ исследования от 06.03.17, в виде резорбции мтс в печени, легких, л/у, значительное уменьшение первичной опухоли.

21.03.17 Рекомендовано проведение еще 2-х циклов химиотерапии по этой же схеме, затем повторное ПЭТ-КТ исследование.

В случае, если по данным ПЭТ-КТ после 6-ти циклов химиотерапии не будет прогрессирования, то рекомендовано следующее:

1. Продолжить терапию Трастузумаб + Пертузумаб до прогрессирования (т.е. длительно)
2. Проведение гормонотерапии по схеме: Золадекс (1 раз в 28 дней) + Анастрозол длительно
3. Обследования: или ПЭТ-КТ исследование, или КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза

с в/в контрастированием каждые 3 месяца.

К маю 2017 года:

1. проведено 6 курсов химиотерапии Доцетаксел + Трастузумаб + Пертузумаб
2. 4 курса Трастузумаб + Пертузумаб
3. С мая 2017 года начата гормонотерапия Золадекс + Анастрозол.

В июле 2017, клинически - пациентка передвигается на сидячей каталке, отмечают сильные боли в коленях и голенях. Отмечается нарушение координации при вертикальном положении тела, сильные головные боли. Подобное состояние началось с апреля 2017 года, которое постепенно ухудшается. По данным ПЭТ-КТ от 05.05.17 отмечена дальнейшая положительная динамика по молочной железе и метастазам. По данным ПЭТ-КТ от 13.07.17 признаков прогрессирования в сравнении с исследованием от мая 2017 года не отмечается.

В июле 2017 года, имеется клиническая картина метастатического поражения головного мозга и, возможно, лептоменингеальное поражение.

17.07.17 Рекомендовано, в максимально короткие сроки выполнить МРТ головного мозга, с в/в контрастированием, затем повторная консультация для решения вопроса о тактике лечения.

Пациентке выполнено МРТ головного мозга с в/в контрастированием 17.07.17. метастатического поражения головного мозга не выявлено.

Причина неврологической симптоматики остается не ясной.

18.07.17 Рекомендовано:

1. Продолжить проводимое противоопухолевое лечение без изменений. Следующее обследование по раку молочной железы через 3 месяца.
2. Консультация ревматолога и невропатолога для обследования.

Пациентке проводилась терапия Золадекс + Летрозол + Трастузумаб + Пертузумаб до декабря 2017 года. По данным ПЭТ-КТ от декабря 2017 года, имеется только опухоль в левой молочной железе, других проявлений болезни не имеется. Существенной отрицательной динамики не отмечено.

06.02.18 Рекомендовано продолжить терапию по схеме Золадекс + Летрозол + Трастузумаб + Пертузумаб. Рекомендовано повторить ПЭТ-КТ исследование в феврале-марте 2018 года и повторная консультация для решения вопроса о возможном локальном лечении опухолевого образования левой молочной железы.

По данным ПЭТ-КТ исследования от 22.02.18 имеется ТОЛЬКО патологический очаг в левой молочной железе. Другие проявления болезни, в феврале 2018 года, отсутствуют.

На 28.02.18 по результатам проведенного в течение больше чем года лечения, имеется фактически полный ответ по мтс печени, не имеется мелких очагов в легких, подмышечные л/у не увеличены (и не активны по данным ПЭТ-КТ). Сохраняется активность только первичной опухоли. Рекомендовано выполнить радикальную секторальную резекцию левой молочной железы. Настоятельно рекомендовано!!!! продолжить терапию по схеме Золадекс + Летрозол + Трастузумаб + Пертузумаб без перерывов!!!!. Следующее обследование через 3-4 месяца и решение вопроса о тактике лечения.

С марта по июнь 2018 года лечение не проводилось и операции не было.

В июне 2018 года по данным ПЭТ-КТ прогрессирование: продолженный рост в левой молочной железе, в подмышечной области слева, в правом легком, в левой бедренной кости.

С июля 2018 года начата терапия препаратом Кадсила. Последнее введение Кадсила в феврале 2019 года. В ноябре 2018 года по данным ПЭТ-КТ признаков прогрессирования не отмечалось.

В августе 2018 года - овариоэктомия с 2-х сторон.

В марте 2019 года, по данным ПЭТ-КТ от 20.03.19 отмечена отрицательная динамика в виде продолженного роста опухоли в левой молочной железе, в правом легком, новый очаг в левой бедренной кости.

27.03.19 Рекомендовано проведение химиотерапии следующей линии по схеме: Капецитабин по 2 г х 2 раза в день 1-14 дни + Трастузумаб 6 мг/кг веса 1 день (1-ое введение 8 мг/кг веса) + Бевацизумаб 700 мг в/в 1 день, курсы химиотерапии в 3 недели, считая от 1-го дня курса. Обследование после 3-х циклов и решение вопроса о тактике лечения. В плане обследования рекомендовано проводить КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием. Рекомендовано введение Деносумаба 1 раз в 28 дней.

Со слов пациентки, с апреля 2019 года по август 2019 года проведено только 4 курса химиотаргетной терапии по рекомендованной схеме, хотя по срокам (прошло практически 5 месяцев), должно быть проведено 6 циклов химиотерапии. Вероятно, между циклами химиотерапии существенно растягивался интервал. Последний цикл завершен в начале августа 2019 года).

По данным ПЭТ-КТ от 23.08.19 в динамике в сравнении с исследованием от 20.03.19 отмечается прогрессирование. Пациентке было рекомендовано КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием, после 3-х циклов химиотерапии для оценки эффекта (т.е. ориентировочно в конце мая 2019 года).

По данным ПЭТ-КТ от 23.08.19 отмечается рост и усиление агрессивности специфической ткани по

всех ранее определяемых областях с появлением новых очагов в левой молочной железе, а также в претрахеальном л/у.

С учетом прогрессирования заболевания, молодого возраста пациентки и неадекватности проведения предыдущей линии терапии, в августе 2019 года рекомендовано проведение химиотерапии по схеме: Цисплатин 60 мг/кв.м. 1 день + Гемцитабин 1000 мг/кв.м. 1 и 8 дни + Трастузумаб 6 мг/кг веса 1 день, курсы химиотерапии в 3 недели, считая от 1-го дня курса.

Химиотерапия должна проводиться в положенные интервалы и с полноценной дозоинтенсивностью, в противном случае эффективность химиотерапии резко снижается.

Обследование после 3-х циклов (т.е. через 2 месяца, т.е. в конце октября 2019 года) КТ (не ПЭТ-КТ, а КТ) грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием и решение вопроса о тактике лечения. Рекомендовано полностью отказаться от выполнения ПЭТ-КТ исследования в данном случае, т.к. данное исследование не имеет дополнительной диагностической ценности в сравнении с КТ исследованием с в/в контрастированием. Рекомендовано введение Деносумаба (Эксджива) 1 раз в 4 недели.

В начале декабря 2019 года, пациентке проводится химиотерапия по рекомендованной программе: Цисплатин + Гемцитабин + Трастузумаб + Деносумаб. Проведено 4 курса химиотерапии.

Клинических признаков прогрессирования не отмечается. По данным КТ от 22.11.19 в сравнении с КТ (из ПЭТ-КТ) от 23.08.19 признаков прогрессирования не отмечается. Имеется стабилизация по левой молочной железе, по мелким очагам в легочной ткани, по костям (единичные очаги).

03.12.2019 Рекомендовано проведение еще 2-х циклов по проводимой схеме, только вместо Цисплатин вводить Карбоплатин АUC 2,5 1 и 8 дни (все остальное без изменений). Цисплатин заменен в связи с выраженной эметогенной токсичностью.

После 6-го курса обследование (КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием) и при отсутствии прогрессирования заболевания проведение поддерживающей терапии Трастузумаб (каждые 3 недели) + Деносумаб (можно 1 раз в 3 месяца). И решение вопроса о возобновлении поддерживающей гормонотерапии.

К декабрю 2019 года проведено 5 курсов химиотерапии по рекомендованной схеме. Клинических признаков, явных не отмечается.

11.12.2019 выполнено МРТ головного мозга (со слов пациентки ответ получен через неделю). По данным МРТ выявлен очаг в левой гемисфере менее 1 см, без перифокального отека. Дексаметазон не проводится.

30.12.2019 Рекомендовано:

1. Продолжить проводимую терапию без изменений.
2. Консультация в ин-те им. Склифасовского 30.12.2019 Плановое обследование после 6-го курса химиотерапии.

К марту 2020 года, пациентке проведено суммарно 6 курсов химиотаргетной терапии по рекомендованной схеме (завершено в январе 2020 года) и начата поддерживающая гормонотерапия Фулвестрант + Трастузумаб. Пациентке 10 января 2020 проведено радиохирургическое лечение на 1 очаг головного мозга (мозжечок) - гамма-нож.

В марте 2020 года, клинических признаков прогрессирования не отмечено. По данным МРТ головного мозга от 20.02.2020 признаков прогрессирования не отмечается. По данным КТ 26.02.2020 отмечено минимальное, клинически незначимое, увеличение мтс в легочной ткани (на 1-2мм) в сравнении с исследованием от ноября 2019 года. При этом сами очаги остаются малых размеров. Других признаков прогрессирования не отмечается.

Учитывая, что рост очагов в легких минимальный и клинически незначимый, и объема ранее проведенного лечения, в марте 2020 года рекомендовано продолжить терапию по схеме Фулвестрант + Трастузумаб, без изменений. Следующее обследование через 3 месяца и решение вопроса о тактике лечения. В плане обследования: МРТ головного мозга и КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием. Деносумаб 1 раз в 3 месяца.

К октябрю 2020 года, пациентке проводится терапия по схеме Фулвестрант + Трастузумаб, в течение 10 месяцев. Через 3 месяца обследование не проводилось. На консультацию пациентка не приезжала. Обследование проведено в августе 2020 года, т.е. 2 месяца назад. Выполнено КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием и МРТ головного мозга. По данным КТ от 15.08.2020 отмечается увеличение опухоли левой молочной железы, рост в легких, увеличение размеров очагов в л/у средостения и корнях легких. По данным МРТ головного мозга от 21.08.2020 отмечается минимальное увеличение очага в мозжечке с 11x6 мм до 12x7 мм, т.е. без существенной динамики.

В октябре 2020 года, клинически, отмечается явный выраженный продолженный рост опухоли левой молочной железы, которая занимает практически всю железу, инфильтративного характера, вовлечение кожи и гиперемия.

20.10.2020 Рекомендовано:

1. Проведение химиотаргетной терапии по схеме: Эрибулин 2,8 мг в/в 1 и 8 дни + Трастузумаб 580 мг в/в 1 день + Бевацизумаб (т.к. имеется минимальный рост очага в головном мозге и зона перифокального отека) 800 мг в/в 1 день, курсы в 3 недели, считая от 1-го дня курса. Обследование после 3-х циклов и решение вопроса о тактике лечения.

2. Рекомендовано перед началом химиотерапии повторить КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием и МРТ головного мозга с в/в контрастированием, т.к. предыдущее обследование было более 2-х месяцев назад и оценка динамики процесса, в дальнейшем не будет достоверной (если не сделать обследование). Также рекомендовано сделать фотографии молочной железы, для клинической оценки динамики процесса.

3. Повторное обследование после 3-х циклов, также должно быть таким же, как и перед началом химиотерапии.

Пациентке в ноябре 2020 года выполнено КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием 07.11.2020 и МРТ головного мозга 13.11.2020.

Далее проведено 4 курса химиотерапии по схеме Эрибулин + Трастузумаб + Бевацизумаб.

К февралю, клинически отмечается положительная динамика. По данным КТ от 27.01.2021 по сравнению с данными КТ от 07.11.2020 КТ-динамика положительная в сторону уменьшения размеров образований в левой молочной железе, регресса очагов в легких и в медиастинальных и аксиллярных лимфоузлах. По данным МРТ головного мозга от 26.01.2021 отмечается положительная динамика в сравнении с МРТ от 12.11.2020, особенно отмечается значительное уменьшение зоны перифокального отека.

08.02.2021 Рекомендовано продолжить проводимое лечение без изменений.

К апрелю 2021 года отмечено прогрессирование, в виде увеличения опухоли в молочной железе слева, отек кожи молочной железы. По данным КТ от 03.04.2021 отмечается рост опухоли в левой молочной железе и незначительное увеличение очагов в легочной ткани. По данным МРТ головного мозга от 31.03.2021 незначительное увеличение накопления контрастного вещества в очаге в мозжечке.

19.04.2021 Рекомендовано:

1. Консультация нейрорадиолога в ин-те Склифасовского.

2. Смена линии терапии. Вариант лечения: Трастузумаб 6 мг/кг веса 1 раз в 3 недели + Лапатиниб 1000 мг 1 раз в день ежедневно, без перерывов. Рекомендовано оставить Бевацизумаб в прежней дозе и кратности, с целью профилактики радионекроза и отека вещества головного мозга.

В июне 2021 года, пациентке проводится терапия Трастузумаб + Бевацизумаб + Лапатиниб. В настоящее время, клинически отмечается ухудшение неврологической симптоматики (двоение в глазах, бессонница). Пациентка отмечает боли в левой молочной железе. Клинически отмечается рост опухоли в левой молочной железе.

По данным МРТ головного мозга от 14.06.2021 отмечается рост мтс в головном мозге. По данным КТ от 16.06.2021 невыраженное прогрессирование в легочной ткани, в остальном без динамики.

23.06.2021 Рекомендовано:

1. Консультация нейрорадиолога в ин-те им. Склифасовского

2. Проведение следующей линии химиотерапии (суммарно уже проведено 7 линий терапии с конца 2016 года). С учетом объема ранее проведенного лечения, использованных препаратов, рекомендовано проведение терапии по схеме: Эпирубицин 40 мг в/в 1,8,15 дни + Трастузумаб 6 мг/кг веса 1 день + Бевацизумаб 7,5 мг/кг веса 1 день, курсы химиотерапии в 3 недели, считая от 1-го дня курса. Контрольное обследование в августе 2021 года (после 3-х циклов химиотерапии - 9 введенный Эпирубицина): КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием и МРТ головного мозга с в/в контрастированием.

Далее, из-за COVIDа химиотерапия не проводилась. Пациентка находилась на стационарном лечении в ГКБ №15 с 09 по 26.07.2021. В августе - выздоровление от COVID.

В начале августа 2021 года, клинически, отмечается прогрессирование за счет выраженной неврологической симптоматики.

Пациентке выполнено МРТ головного мозга 27.07.2021 - отмечается прогрессирование. Пациентка консультирована нейрорадиологом - рекомендовано выполнение радиохирургического лечения - гамма-нож. Гамма-нож запланирован на 4-5 августа 2021 года. Проводится противоотечная терапия препаратом Дексаметазон.

По данным КТ от 29.07.2021 отмечается прогрессирование в области первичной опухоли и легочной ткани, л/у средостения.

02.08.2021 рекомендовано, после выполнения радиохирургического лечения - начать химиотерапию по вышеуказанной схеме, т.к. иные варианты химиотерапии уже проводились. Обследование через 2 месяца и решение вопроса о тактике лечения.

04.08.2021 и 17.08.2021 проведено 2 сеанса радиохирургического лечения - гамма-нож. Проводится

рекомендованная терапия Эпирубицин + Трастузумаб + Бевацизумаб, в течение 2-х месяцев. В сентябре 2021 года, клинически, существенной динамики не отмечается. Удалось отменить Дексаметазон. Клинически имеется инфильтрация левой молочной железы, с очагами распада. Проведение санационной операции из-за распространенности процесса и выраженной инфильтрации, представляется не оправданным - заживление раны будет крайне сложным. По данным МРТ головного мозга от 22.09.2021 - положительная динамика. По данным КТ от 27.09.2021 картина стабилизации процесса, с уменьшением размеров мтс в л/у средостения и очага в нижней доле правого легкого. Лечение было продолжено без изменений.

В декабре 2021 года проводится терапия Эпирубицин + Трастузумаб + Бевацизумаб. Суммарно проведено 18 введений Эпирубина и Трастузумаб + Бевацизумаб каждые 3 недели. Клинически отмечается выраженная положительная динамика по левой молочной железе, в виде уменьшения инфильтрации кожи и распада. По данным КТ от 20.11.2021 отмечается выраженная положительная динамика - частичный ответ. По данным МРТ головного мозга от 29.11.2021 отмечается положительная динамика.

Терапия продолжена без изменений до 21.02.2022. Суммарно было сделано 25 введений Эпирубина. Трастузумаб и Бевацизумаб 1 раз в 3 недели.

В марте 2022 года, по данным КТ от 14 марта 2022 года и МРТ головного мозга от 11.03.2022 сохраняется выраженный частичный ответ, в том числе и по мтс в головном мозге. Клинически без признаков прогрессирования по левой молочной железе.

21.02.2022 пациентка была госпитализирована в стационар общего профиля с Острым гнойным ишиоректальным парапроктитом. 3 раза проводилось хирургическое лечение. Отмечена положительная динамика, но сохраняется больших размеров раневая поверхность. Проводятся перевязки.

В марте 2022 года рекомендовано:

1. Завершить Эпирубицин и Бевацизумаб, т.к. необходимо, чтобы зажил парапроктит.
2. Продолжить Трастузумаб 1 раз в 3 недели.
3. Проведение гормонотерапии Эксеместан 25 мг 1 раз день.
4. Обследование через 2 месяца (такое же: КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием м МРТ головного мозга с в/в контрастированием) и решение вопроса о тактике лечения.

В марте 2022 года:

1. Парапроктит еще не полностью зажил, но отмечается выраженная положительная динамика.
2. Проводится терапия Эксместан + Трастузумаб.
3. Клинически отмечается отрицательная динамика в виде роста первичной опухоли левой молочной железы, отмечается неврологическая симптоматика (опускаются веки, выраженная сонливость). Похудание на 10 кг. Сейчас вес 86 кг.

По данным МРТ головного мозга от 18.05.2022 отмечается отрицательная динамика в виде множественных мтс в головном мозге и рост очагов по оболочкам головного мозга.

По данным КТ грудной клетки от 20.05.2022 отмечается прогрессирование в виде роста мтс в легочной ткани и нарастание лимфангоита.

По данным КТ брюшной полости и малого таза от 20.05.2022 без отрицательная динамики.

Таким образом, у больной отмечается выраженное прогрессирование заболевания, клинически и по данным обследования.

В конце мая 2022 года рекомендовано: с учетом объема ранее проведенного лечения и распространенности опухолевого процесса проведение химиотаргетной терапии по схеме: Капецитабин по 500 мг 3 раза в день ежедневно без перерывов + Винорелбин 40 мг в/в еженедельно + Трастузумаб 500 мг 1 раз в 3 недели + Бевацизумаб 600 мг 1 раз в 3 недели.

Пациентке с мая 2022 года проводится химиотерапия по рекомендованной схеме.

В августе 2022 года, клинически отмечается некоторое улучшение. По данным МРТ головного мозга от (диск не открылся) от 02.08.2022 отмечается положительная динамика в сравнении с исследованием от мая 2022 года. По данным КТ (3-х зон) от 09.08.2022 также отмечается положительная динамика в сравнении с предыдущим исследованием.

В августе 2022 рекомендовано продолжение химиотаргетной терапии по схеме: Капецитабин по 500 мг 3 раза в день ежедневно без перерывов + Винорелбин 40 мг в/в еженедельно + Трастузумаб 500 мг 1 раз в 3 недели + Бевацизумаб 600 мг 1 раз в 3 недели.

Данная терапия продолжалась до середины декабря 2022 года.

В декабре 2022 года проведено обследование: КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза и МРТ головного мозга.

С 12.12.2022 начата терапия препаратом Трастузумаб-Дерукстекан. Сделано 3 введения. Последнее введение 24.01.2023 года.

В настоящее время, клинически отмечается положительная динамика. Первичная опухоль левой молочной железы уменьшилась. Пациентка стала активнее. Головные боли периодические сохраняются. Проведено обследование КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием и МРТ головного мозга.

По данным МРТ головного мозга в динамике - признаков прогрессирования не отмечается.

По данным КТ в динамике: в декабре 2022 года - отрицательная динамика в виде увеличения объема поражения легочной ткани (по типу лимфангоита) и отдельные очаги в сравнении с исследованием от августа 2022 года. По данным КТ от 14.02.2023 отмечается положительная динамика в виде уменьшения инфильтрации левой молочной железы и существенное уменьшение инфильтрации легочной ткани в сравнении с КТ от 13.12.2023 года.

Таким образом, на фоне начатой терапии препаратом Трастузумаб Дерукстекан имеется стабилизация с положительной динамикой.

Диагноз

Клинический Основной

Метастатический рак левой молочной железы. В процессе лекарственного противоопухолевого лечения. Стабилизация. (С50.1) Метод подтверждения диагноза: морфологический; Клиническая группа: II

Рекомендации

Продолжение проводимой терапии без изменений.

Обследование через 2-3 месяца (такое же: КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием и МРТ головного мозга с в/в контрастированием) и решение вопроса о тактике лечения.

В случае отсутствия доступа к препарату Трастузумаб Дерукстекан (пациентку спонсировал фонд помощи онкологическим пациентам), рекомендуется проведение поддерживающей терапии по схеме: Капецитабин по 500 мг 3 раза в день ежедневно без перерывов + Эндоксан 50 мг 1 раз в день ежедневно без перерывов + Трастузумаб 1 раз в 3 недели (в стандартной дозе).

Врач-онколог /

СТРОЯКОВСКИЙ ДАНИИЛ ЛЬВОВИЧ

