

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ С ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Н.В. Селиванова, Г.Т. Кудрявцева

*Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск
249036, Калужская область, г. Обнинск, ул. Королева, 4
e-mail: mrrc@mrcc.obninsk.ru*

Представлен случай успешного лечения больной с диссеминированной меланомой кожи. Пациентка наблюдалась с диагнозом: меланома кожи левого плеча с метастазами в лимфатические узлы подмышечной области, в правый яичник, в нижнюю долю правого легкого, в мягкие ткани передней грудной стенки, в теменную долю головного мозга справа. Показана целесообразность сочетанного использования химиотерапии, лучевой терапии, оперативного лечения. Сочетание системного и локального подходов при лечении диссеминированной меланомой кожи позволило добиться продолжительности жизни больной с момента установки диагноза, равной 11 годам.

Ключевые слова: диссеминированная меланома кожи, комплексное лечение.

MULTIMODALITY TREATMENT OF THE PATIENT WITH DISSEMINATED SKIN MELANOMA

N.V. Selivanova, G.T. Kudryavtseva
*Medical Radiological Research Center, RAMN, Obninsk
4, Korolyeva Street, 249036-Obninsk, Kaluga region
e-mail: mrrc@mrcc.obninsk.ru*

A case of favorable treatment of the patient with disseminated skin melanoma has been presented. The patient was treated with the diagnosis of skin melanoma of the left shoulder with metastases in axillary lymph nodes, right ovary, low lobe of the right lung, soft tissues of the anterior chest and parietal lobe of the brain on the right side. Combined modality treatment including chemotherapy, radiation therapy and surgery has been shown to be advisable. Combination of systemic and local approaches to treatment of disseminated skin melanoma results in life prolongation of the patient (11 years since making diagnosis).

Key words : disseminated skin melanoma, combined modality treatment.

Лечение диссеминированной меланомы кожи остается наиболее сложной и актуальной проблемой современной онкологии, так как эта опухоль имеет агрессивное течение и, как следствие, высокие показатели смертности. По данным отечественных и зарубежных авторов, медиана продолжительности жизни этой категории пациентов колеблется от 4 до 9 мес, а 5-летняя выживаемость не превышает 5 % [1, 4–6]. Средняя продолжительность жизни больных с метастазами в один орган составляет 7 мес, в два – 4 мес, в 3 и более – всего лишь 2 мес [3]. Основным методом лечения диссеминированной меланомы кожи остается системное лекарственное воздействие: химиотерапия (ХТ), биохимиотерапия, иммунотерапия, но из-за изначально невысокой чувствительности меланомы к противоопухолевым препаратам редко удается достигнуть стойкого длительного излечения. Лучевая терапия (ЛТ) в основном ис-

пользуется с паллиативной целью. Хирургический метод применяется для циторедуктивных операций в попытке восстановить чувствительность опухоли к химио- или иммунотерапии или при удалении солитарного метастаза меланомы кожи у сохраненных больных при отсутствии признаков поражения других органов. Очевидно, что перспективным направлением по улучшению результатов лечения диссеминированной меланомы кожи является не только разработка новых препаратов и их комбинаций, но и сочетанное применение лекарственных агентов с другими методами противоопухолевого воздействия [2].

В радиологическом отделении МРНЦ РАМН используется методика комплексного лечения (химиотерапия, лучевая терапия, оперативное лечение) больных с диссеминированной меланомой кожи. В качестве примера успешного применения этой методики приводим наше наблюдение.

Больная Б., 58 лет, наблюдается в МРНЦ РАМН г. Обнинска с декабря 1999 г. с диагнозом: меланома кожи левого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. Больной по месту жительства в феврале 1999 г. выполнено широкое иссечение меланомы кожи с пластикой местными тканями. Через 6 мес – лимфаденэктомия по поводу метастазов меланомы в лимфатические узлы в подмышечной области слева. Гистологическое исследование: метастазы меланомы в лимфатические узлы из подмышечной области слева.

В МРНЦ РАМН г. Обнинска была проведена профилактическая лучевая терапия на шейно-, над- и подключичные лимфатические узлы с 2 сторон в СОД 40 Гр и адъювантные курсы химиотерапии (цисплатин, доксарубицин, дакарбазин). В декабре 2000 г. диагностирован метастаз меланомы в правый яичник. Выполнена экстирпация матки с придатками. Морфологическое исследование: метастаз беспигментной меланомы в яичник. Проводились адъювантные курсы ПХТ (цисплатин, доксарубицин, дакарбазин).

Через год в октябре 2001 г. при контрольном обследовании по данным КТ выявлено очаговое образование в нижней доле правого легкого метастатического генеза. Проводилась ЛТ на метастатическое образование укрупненными фракциями с дневным дроблением дозы (2,5 Гр + 2,5 Гр) в СОД 35 Гр на фоне введения дактиномицина. Спустя 7 мес, 21.05.02 выявлен продолженный рост очагового образования в правом легком. Проводилась повторная ЛТ на очаг в легком в СОД 42 Гр, разовая доза – 3 р + 3 Гр на фоне циклов химиотерапии (дакарбазин, дактиномицин).

В декабре 2003 г. больная поступает в радиологическое отделение с жалобами на появление мягкотканого образования на передней грудной стенке, ближе к краю реберной дуги справа. После цитологического подтверждения метастаза меланомы в мягкие ткани больной проведен предоперационный курс лучевой терапии в СОД 15 Гр, нео- и адъювантные курсы ХТ (дакарбазин, доксарубицин, цисплатин), 19.12.03 – иссечение мягкотканого образования с пластикой мягкими тканями. Гистологическое заключение: метастаз беспигментной

эпителиоцелочной меланомы в лимфатический узел. Спустя 1 год появилось второе метастатическое мягкотканое образование правого плеча и по данным КТ выявлено прогрессирование метастатического процесса в правом легком. Проводилось комплексное лечение: лучевая терапия, ХТ (дактиномицин), 16.11.04 – иссечение метастаза меланомы в мягкие ткани правого плеча, 24.11.04 – лазерное удаление метастаза меланомы в правом легком. Гистологическое заключение: метастаз беспигментной эпителиоцелочной меланомы в легкие, метастаз беспигментной меланомы в мягкие ткани правого плеча.

В июле 2005 г. у больной появились постоянные головные боли. При МРТ-исследовании диагностировано очаговое образование в теменной доле головного мозга справа. 14.07.05 выполнено удаление метастаза меланомы в теменной доле головного мозга справа в условиях нейрохирургического отделения г. Калуги. В радиологическом отделении МРНЦ РАМН проведено химиолучевое лечение: послеоперационный курс лучевой терапии на лобно-височно-теменную долю головного мозга в СОД 40 Гр и локально на ложе опухоли (теменная доля) в СОД 50 Гр, на фоне индукционных и поддерживающих курсов ХТ мустофофаном. Лечение закончено в ноябре 2006 г., общая продолжительность жизни от начала лечения составила 11 лет. Больная до настоящего времени наблюдается в радиологическом отделении, при последней госпитализации признаков рецидива и метастазов опухоли не выявлено. В марте 2010 г. выполнена СКТ грудной клетки, брюшной полости с контрастным усилением Ультравистом. Заключение: состояние после операции на нижней доле правого легкого. Очаговый постлучевой и послеоперационный фиброз в нижних отделах правого легкого. Признаков прогрессирования нет. Увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не выявлено, органы брюшной полости без патологии. МРТ головного мозга: состояние после оперативного лечения, признаков рецидива нет. Кистозно-атрофические и сосудистые изменения головного мозга. Общее состояние больной по шкале Карновского – 80–70 баллов (пациентка обслуживает себя самостоятельно, продолжает работать на облегченной работе по 4–5 ч в сутки).

Таким образом, для достижения успеха в лечении диссеминированной меланомы кожи необходимо использовать все виды противоопухолевого лечения (лекарственное, иммунотерапевтическое, оперативное и лучевое воздействие). Перспективным методом, на наш взгляд, является сочетание системного и локального подхода при лечении больных с диссеминированной меланомой кожи и использование новых таргетных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамов М.Е.* Фотемустин при диссеминированной меланоме кожи // Фарматека. 2009. Специальный выпуск.
2. *Борисова Т.Н.* Лучевая терапия в комплексном лечении акральных меланом кожи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Обнинск, 2005.
3. *Демидов Л.В.* Хирургическая «погоня» за метастазами меланомы // Материалы V Российской онкологической конференции. М., 2001. С. 112–113.
4. *Lotze M.T., Kirkwood J.M.* Current Cancer Therapeutics. 2nd Ed. C. Livingstone, 1996. P. 178–184.
5. *Stevens M.F.G., Hicrman J.A., Langdon S.P. et al.* Antitumor activiti and pharmacokinetics in mice of S-carbomoyl-2-metbylimidazo 5, l-d, 2,3,5-tetrazin-4(3H)-one (CCRG81045;M Si B 39831), a novel drug with potential as an alternative to dacarbazine // Cancer Res. 1987. Vol. 47. P. 5846–5852.
6. *Tilger W.* Malignant melanoma: current therapeutic concepts // Oncologie. 2000. Vol. 18. P. 534–547.

Поступила 16.06.10