

Т. А. Бердова, В. В. Гончар, О. І. Глуценко

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації  
КЗ «Клінічний онкологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради

## Випадок ефективного використання методу Г. С. Календо під час лікування метастазів меланоми шкіри

*Метод Г. С. Календо за разової дози вище 2 Гр дає можливість досягати найкращих результатів у таких радіорезистентних пухлинах як меланома. При цьому тяжка променева реакція не розвивається.*

**Ключові слова:** меланома, метастази, метод Г. С. Календо, радіосенсибілізація.

*Метод Г. С. Календо при разовой дозе выше 2 Гр дает возможность достигать наилучших результатов при таких радиорезистентных опухолях как меланома. При этом тяжелая лучевая реакция не развивается.*

**Ключевые слова:** меланома, метастазы, метод Г. С. Календо, радиосенсибилизация.

## The case of effective usage of G. S. Kalendo's method when treating metastasizes of skin melanoma

*It is shown that the usage of G. S. Kalendo's method when treating metastasizes of skin melanoma has effect in patients which attended Dnepropetrovsk Oncologic Dispensary for three years.*

**Key words:** radiation therapy, melanoma, metastasizes, surgical treatment.

Захворювання на меланому шкіри розповсюджено в усьому світі. Середньорічний темп зростання захворюваності на цю пухлину на земній кулі становить 5%. Згідно з деякими повідомленнями, рівень захворюваності на меланому підвищується швидше, ніж від злоякісних новоутворів інших локалізацій [1, 2].

Неоднозначний прогноз у разі патології поряд із непередбачуваним перебігом спонукає до необхідності пошуку найбільш ефективної методики лікування.

Злоякісна меланома шкіри належить до найбільш злоякісних новоутворів, досить складних за своїм гістогенезом і різноманітним за клінічним перебігом: в окремих випадках вона може спонтанно регресувати, в інших — активно метастазувати в життєво важливі органи, лімфовузли і в шкіру, інколи — довгий час залишатися місцевим процесом.

Меланома належить до хіміо- та радіорезистентних пухлин, тому хіміо- та променева терапія використовуються як додаткові методи до основного виду лікування — хірургічного.

Мета передопераційної променевої терапії (ПТ) — не стільки знищення пухлини, скільки зниження біологічного злоякісного потенціалу за рахунок загибелі периферійних, найбільш радіочутливих, анаплазованих клітин. Тим самим створюються умови для більш абластичного проведення оперативного лікування. Променева терапія, як метод локального впливу може сприяти покращенню результатів місцевого вилікування меланоми, а отже, певною мірою знижувати ймовірність метастазування і поліпшувати віддалені результати.

Променева терапія може також застосовуватися з метою паліативної допомоги.

Наведемо одне з наших спостережень, що стосується проведення паліативного курсу ПТ під час застосування методу Г. С. Календо.

Хвора З., 1961 р.н., уперше звернулася до лікаря 01.07.1994 р. за місцем проживання, де була прооперована в такому обсязі — видалення пухлини шкіри лівої гомілки. Патогістологічний висновок від 01.07.1994 р.: меланома злоякісна. З нез'ясованих причин подальше лікування не проводилось.

У жовтні 2010 р. хвора звернулася до лікаря за місцем проживання у зв'язку зі збільшенням лімфовузлів лівої пахвової ділянки.

Ультразвукове дослідження пахвових лімфовузлів (26.08.2010 р.): у пахвовій зоні зліва були наявні лімфовузли до 40 × 23 мм, у клубовій ділянці зліва — безструктурний лімфовузол до 49 × 31 мм.

Хвору направили на консультацію і лікування до онкодиспансеру.

У хірургічному відділенні онкодиспансеру 27.09.2010 р. їй була проведена операція Дюкена зліва. Патогістологічний висновок від 1.10.2010 р.: епітеліоїдно-клітинна меланома. У 3 з 9 лімфовузлів метастази епітеліоїдно-клітинної меланоми. За рішенням консилиуму заплановано 6 курсів монохіміотерапії дакарбазином.

Ультразвукове дослідження (04.03.2011 р.) після 5-го курсу монохіміотерапії — пахвові лімфовузли не збільшені. У лівій клубовій зоні одиничний лімфовузол 13 × 7 мм. Після 6 курсів монохіміотерапії (18.03.2011 р.) — у лімфовузлах без REC.

Через 1,5 року на контрольному обстеженні виявлено MTS в заочеревинні лімфовузли, розміри від 8 до 18 мм, і в напрямку лівих клубових судин утворився 85 × 75 × 45 мм (КТ від 30.10.2012 р.)

За підсумками консилиуму 7.11.2012 р. заплановані додаткові два курси монохіміотерапії дакарбазином. Отриманий ефект — стабілізація. Проведено ще 2 курси монохіміотерапії дакарбазином.

Комп'ютерногомографічний контроль від 28.02.2013 р. показав, що динаміка є негативною: у лівій

клубовій ділянці утвір збільшився до  $97 \times 85 \times 52$  мм. Заочеревинні лімфовузли не збільшилися.

Через відсутність альтернативних методів лікування, і навіть як «терапію відчаю» хворій було призначено паліативний курс дистанційної променевої терапії на метастази в заочеревинні лімфовузли та клубові лімфовузли зліва до СВД — 40–50 Гр. Ураховуючи радіорезистентність меланоми, доцільно було застосувати РВД — 2,5 Гр на тлі радіосенсибілізації малими дозами (СМД): спочатку дається 10% дози (0,25 Гр), потім через 3–4 хв додається остаточна доза — 2,25 Гр. Малі дози радіації перешкоджають формуванню неспецифічних реакцій пухлини шляхом стимулювання обмінних процесів безпосередньо перед або відразу після опромінення і послаблюють тим самим її природні захисні механізми (Г. С. Календо). Завдяки цьому посилюється шкідлива дія радіації.

Упродовж курсу ПТ хвора відзначала покращення самопочуття у вигляді зменшення больових відчуттів, нудоти, слабкості. Результатом ПТ можна вважати частковий ефект.

За даними КТ від 07.05.2013 р. — зменшення заочеревинних лімфовузлів до розмірів від 6 до 9 мм, у лівій клубовій зоні утвір зменшився до  $64 \times 33 \times 44$  мм.

Променева терапія дала частковий регрес та сприяла поліпшенню самопочуття пацієнтки, що дало можливість продовжити курс хіміотерапії зі зміною схеми: монохіміотерапія препаратом «Гідреа» та імунотерапія за стандартними схемами.

Після 5 курсів «Гідреа» в лівій клубовій зоні утвір зменшився до  $45 \times 23 \times 20$  мм. Тенденція до регресу зберігалася. Проведено курс імунотерапії лаферобіоном.

На контрольному УЗД периферійних лімфовузлів 17.01.2014 р. уперше виявлено в лівій надключичній

ділянці конгломерат лімфовузлів  $4 \times 2,7$  мм. Інших змін не відзначено.

За рішенням консиліуму 20.01.2014 р., ураховуючи ефект від попередньої ПТ, призначено паліативний курс ПТ на лімфовузли лівої надключичної зони.

Променева терапія розпочата 21.01.2014 р. в режимі СМД, РВД — 2,5 Гр до СВД — 40–50 Гр. На дозі 27 Гр відмічається зменшення лімфовузлів лівої надключичної зони до 1,5 мм у діаметрі. Променеву терапію продовжено.

Метод Г. С. Календо під час разової дози вище 2 Гр дає можливість досягати найкращих результатів у таких радіорезистентних пухлинах як меланома, при цьому тяжка променева реакція не розвивається.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Анисимов В. В. Меланома кожи. Ч. I и II / В. В. Анисимов, Р. И. Вагнер, А. С. Барчук. — СПб: Наука. — 1995, 1996. — 151 с. и 274 с.
2. Борисова Т. Н. Акральная меланома кожи. Клинико-диагностические особенности и результаты лечения / Т. Н. Борисова, Г. Т. Кудрявцева // Вестник дерматологии и венерологии. — 2006. — № 1. — С. 43–46.
3. Комплексное лечение больных с рецидивами и метастазами меланомы кожи: материалы I съезда онкологов стран СНГ: сборн. научн. трудов. — М., 1996. — Ч. II. — С. 406.
4. Лемехов В. Г. Эпидемиология, факторы риска, скрининг меланомы кожи / В. Г. Лемехов // Практическая онкология. — 2001. — № 4 (8). — С. 3–11.
5. Нивинская М. М. Клиника и лечение меланомы кожи. — М.: Медицина. — 1970. — С. 85–98.
6. Шанин А. П. Пигментные опухоли. — Л.: Медгиз, 1959. — С. 154–156.
7. Vaccard M. Des tumeurs a depister tot / M. Vaccard // Tempo med. — 1993. — № 501. — P. 29–31.