



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

«РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

295034 г. Симферополь, ул. Титова, 71 тел/ факс (0652) 25-33-44

17 ДЕК 2025г

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кожанов Владислав Владимирович, 16.04.2013 г.р. (12 лет)

Адрес проживания: Республика Крым, [REDACTED]

Диагнозы:

Основной: С43.4 Меланома волосистой части головы (правой теменной области), ВАР1-мутированная. Уровень инвазии по Clark V, толщина опухоли по Breslow не менее 12 мм, pT4aM0M0. Состояние после удаления опухоли 23.07.24г (R1 резекция). Состояние после резекции послеоперационного рубца с биопсией сторожевых лимфатических узлов 14.11.2024. Биопсии затылочных лимфоузлов справа от 03.12.2024. Иммуноterapia пембролизумабом с 06.12.2024 (4 курса). Метастатический рецидив (мтс в печень). Состояние после 1 курса паклитаксел + карбоплатин. Прогрессия заболевания изолированно в печени (2 очага). Операция 15.04.25 (лапароскопическая резекция S6 печени, атипичная резекция S7 печени). Комбинированная ИТ (ипилимумаб + ниволумаб) с 22.05.25 по 12.06.25 (2 курса). Отмена ИТ в связи с развитием иммуноопосредованного гастрита 3ст. Системный рецидив (печень, легкие) от 24.10.25 (множественные мтс). Комбинированная терапия темозоломид + бевацизумаб с 10.11.25.

Осложнения:

Иммуноопосредованный гастрит (3ст тяжести по СТСАЕ). Реконвалесцент.

Заключение: Дебют заболевания летом 2023г, когда впервые обнаружили подкожно образование на волосистой части головы (в теменной области справа). Кожа над образованием была без изменений. Образование медленно увеличивалось в динамике, отмечалась умеренная болезненность при надавливании. Спустя примерно 1 год, проведено удаление образования. Верифицирована меланома из голубого невуса (края резекции проходили по ткани образования). Уровень инвазии по Clark V, толщина опухоли по Breslow не менее 12мм. В рамках стадирования проведено: КТ ОГК+ОБП+ОМТ с КУ, МРТ головного мозга, мягких тканей головы и шеи с КУ, сцинтиграфия скелета с технецием. В результате выявлены множественные мелкие очаги в легких (референс в НМИЦ ДГОИ- более вероятно неспецифические очаги). Признаков остаточной опухоли в области п/о рубца по данным МРТ не выявлено. Инициально уровень ЛДГ не повышен. Дополнительно проведено ПЭТ/КТ с ФДГ. В результате данных о наличии очагов с патологическим метаболизмом ФДГ не выявлено. Предварительно установлена стадия T4aNxM0.

Молекулярно-генетическое исследование не выявило перестроек BRAF, NRAS, KRAS, HRAS.

В дальнейшем проведено иссечение послеоперационного рубца в правой теменной области. Гистологические признаки меланомы, удалена радикально (расстояние до резидуального компонента меланомы 1 мм). Биопсия сторожевого л/узла (ретроаксessorный лимфоузел справа). Без признаков опухолевого поражения. Дополнительно проведена биопсия затылочного лимфоузла справа. Без признаков опухолевого поражения. Установлена стадия pT4aM0M0.

Далее начата иммуноterapia пембролизумабом (с 06.12.24). На фоне иммунотерапии отмечалось появление образования в правой доли (S6) печени (впервые по данным УЗИ в НМИЦ ДГОИ от 14.12.24). На фоне иммунотерапии отмечалось увеличение образования в динамике. После 3 курса выполнено контрольное обследование (МРТ ОБП с в/в КУ, КТ головы, шеи, ОГК, ОБП с в/в КУ. Очаг

в 6 сегменте печени соответствует мтс. Признаков вторичного поражения другой локализации выявлено не было.

Далее проведен 4 курс иммунотерапии с последующим контролем КТ ОГК ОБП с в\в КУ. Очаг в S6 печени с признаками продолженного роста. Других признаков мтс не выявлено.

В связи с неэффективностью иммунотерапии, проведен 1 курс ПХТ по схеме паклитаксел + карбоплатин, после чего выполнено контрольное обследование в объеме МРТ головного мозга с КУ. МРТ ОБП с КУ, КТ головы и шеи с КУ, КТ ОГК и ОБП с КУ. ПЭТ/КТ с ФДГ. В результате ранее определяемый очаг в 6 сегменте печени увеличился на 66%. Кроме этого, появился свежий очаг подкапсульно в 7 сегменте печени

Учитывая олигометастатическое поражение печени, отсутствие признаков локального рецидива и других локусов метастазирования, отсутствие эффективных вариантов системной терапии, принято решение провести хирургическое удаление метастатических очагов в печени.

15.04.25 Операция (лапароскопическая резекция S6 печени, атипичная резекция S7 печени).

Обследование после операции не выявило остаточных либо свежих очагов в печени, также не выявлено признаков мтс другой локализации либо локального рецидива.

Далее проведено 2 курса комбинированной ИТ ипилимумаб + ниволумаб.

Контрольная визуализация после 2 курса комбинированной ИТ не выявила признаков локального рецидива или мтс.

На фоне ИТ развился гастрит (3ст.тяжести по СТСАЕ) с необходимостью парентерального питания. Выполнена ЭГДС, биопсия слизистой оболочки желудка. Морфологически- слизистая оболочка диффузно инфильтрирована лимфоцитами, плазмócитами, эозинофильными и нейтрофильными лейкоцитами, очаги некроза (референс в НМИЦ ДГОИ Рогачева- описанные признаки не противоречат диагнозу гастрита, ассоциированного с терапией ингибиторами иммунных контрольных точек. Данных за метастатическое поражение не получено).

После 10 дней преднизолона 1мг\кг\сут симптомы разрешились частично. Контрольная ЭГДС- без существенной динамики. По данным УЗИ нормализация толщины стенок желудка, исчезновение лимфаденопатии в области желудка. С 02.07.25 доза преднизолона увеличена до 2мг\кг\сут. Симптомы гастрита разрешились. Проведена ступенчатая отмена преднизолона (полная отмена 31.08.25).

Контроль ЭГДС от 29.08.25 выявляет выраженную положительную динамику, однако сохраняется картина умеренного эрозивного гастрита (нельзя исключить формирование вторичного гастрита на фоне длительной терапии кортикостероидами). По данным УЗИ и КТ полностью нивелировались изменения стенки желудка и прилежащей клетчатки.

Контрольное обследование (КТ ОГК+ОБП с КУ 13.08.25, МРТ ГМ с КУ 15.08.25) не выявило признаков рецидива основного заболевания.

Пациент обсужден коллегиально с НМИЦ ДГОИ в рамках ТМК. Принято решение проводить динамическое наблюдение.

Через 4 месяца признаки прогрессии заболевания в печени и легких (множественные мтс).

В настоящее время проводится терапия сдерживания (темозоломид + бевацизумаб). На этом фоне темпы увеличения мтс в печени уменьшились, однако прогрессия заболевания продолжается.

Для проведения терапии сдерживания в дальнейшем может быть использован регорафениб 80мг (2 таб по 40мг) x1рд, курс 3 недели, перерыв между курсами 1 неделя. При хорошей переносимости доза регорафениба может быть увеличена до 120мг в день.

Рекомендовано:

1. Продолжить терапию сдерживания: регорафениб 80мг (2 таб по 40мг) x1рд, курс 3 недели, перерыв между курсами 1 неделя. При хорошей переносимости доза регорафениба может быть увеличена до 120мг в день.
2. Минимальная потребность на 1 мес - 60таб по 40мг.

Врач-детский онколог



Сакун Д.Л.