

УДК 614.2:616–08–06:612.82–006.04

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ
С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА:
ПРЕДПОСЫЛКИ СОЗДАНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ
НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА ЮГЕ РОССИИ**

© 2005 г. Ю.С. Сидоренко, К.Г. Айрапетов

The paper reflects main actual problems that hinder rendering specialized medico-diagnostic help to oncologic patients with metastatic affliction of brain under conditions of medical establishments of general medical net. That is why, for the reason of total dissociation of oncologic and neurosurgical services there is a necessity of organizing new integral neuro-oncologic service on the base of Rostov Cancer Research Institute.

Онкологические больные с метастатическим поражением головного мозга представляют собой один из самых тяжелых контингентов лиц в системе онкологической службы. Нередко на момент осмотра данные пациенты имеют тяжелое общее состояние с угрозой развития смертельных для жизни осложнений как со стороны систем организма, так и центральной нервной системы (ЦНС), низкий показатель качества жизни, нередко требуют экстренной госпитализации и незамедлительного лечения.

Согласно общестатистическим данным, продолжительность жизни больных с метастазами в головной мозг без лечения составляет всего 4 недели [1]. На момент первичного осмотра около 50 % больных имеют либо множественные, либо нерезектабельные метастазы. Наличие клинически манифестированных церебральных метастазов значительно ухудшает прогноз основного заболевания, несмотря на проводимое лечение. При этом результаты традиционного лечения больных остаются малоутешительными – средняя продолжительность жизни в целом не превышает 6 месяцев [2, 3].

Учитывая вышесказанное, большинство врачей общелечебной сети и специалистов-онкологов относят больных с церебральными метастазами к группе «бесперспективных». Такая позиция остается доминирующей на протяжении многих лет, из-за чего, к сожалению, не уделяется должного внимания в совершенствовании оказания специальной помощи данной группе больных.

Общепризнанная во врачебных кругах бесперспективность специального лечения опухолевых процессов с метастатическим поражением ЦНС, на наш взгляд, является ложной и искажает истинное положение вещей. Этот факт не вызывает удивления, так как до настоящего времени отсутствует какой-либо логически обоснованный интегральный опыт курации таких пациентов, прежде всего, по причинам существования двух основ-

ных проблем: 1) недостаточного знания и изучения предмета в свете патофизиологической модели онкозаболевания, 2) отсутствия надлежащих для этого условий, главным образом, клинико-организационных.

Первая ведущая проблема состоит в следующем. Врачи часто игнорируют важный патофизиологический факт, что общий компенсаторный период стабилизации в системе «организм – опухоль» у онкобольных с метастатическим поражением головного мозга нередко может достигать 1,5–2 года [4]. В клинике нередко можно наблюдать следующую парадоксальную ситуацию – больные с церебральными метастазами при первичном осмотре оказываются вполне соматически «сохранными», часто не предъявляют никаких жалоб, чувствуют себя вполне удовлетворительно [5]. Наш собственный клинический опыт подтверждает факт преобладания состояния компенсации и субкомпенсации как со стороны ЦНС, так и систем организма, у большинства онкобольных с церебральными метастазами (в 86,9 % случаев), что определяет существенный физиологический резерв для последовательного специального лечения.

Кроме того, среди врачей-онкологов, а тем более интернистов, распространено мнение, что при констатации генерализованного (системного) опухолевого процесса как проявления непрерывного прогрессирующего течения онкозаболевания, прогноз неминуемо фатален и дальнейшее специальное лечение, особенно хирургическое, не только бесперспективно, но и противопоказано. Наши наблюдения показали обратное, в частности, что понятия «генерализация» и «прогрессирование» опухолевого процесса далеко не идентичны. В клинике мы неоднократно сталкиваемся с длительно «молчащим» генерализованным опухолевым процессом. В общей группе первично выявленных онкобольных с метастатическим поражением головного мозга, страдающих генерализованным раком молочной железы, легкого и меланомой кожи, частота стабилизации опухолевого процесса оказалась значительной – 55,8 %. Мы считаем, что генерализованный опухолевый процесс, выраженный в наличии экстракраниальных поражений, не является прогностически неминуемо фатальным, а тем более причиной для отказа в специальном лечении как церебральных метастазов, так и самого системного заболевания. Тем более, что важнейшей целью является не столько объективная регрессия очагов поражения, сколько достижение стойкой стабилизации в системе «организм – опухолевый процесс» и соответственно удовлетворительного качества жизни онкобольного.

Вторая ведущая проблема, препятствующая разработке мероприятий адекватной помощи онкобольным с метастатическим поражением ЦНС, сугубо организационная. Она заключается в разобщенности онкологической, неврологической и нейрохирургической служб на этапах диагностики, диспансерного наблюдения и специального лечения нейроонкологических больных (схема).

Диагноз опухоли головного или спинного мозга ставится на основании наличия очаговой симптоматики, прогрессивного типа развития синдро-

мов болезни и данных современных методов нейровизуализации. Кабинеты компьютерной нейровизуализации являются ведущим звеном отбора и распределения нейроонкологических больных, так как с помощью методов рентген-компьютерной и магнитно-резонансной томографии не только выносятся окончательный диагноз, но можно с уверенностью у большинства больных сделать заключение о злокачественной природе опухоли в ЦНС. Кабинеты компьютерной нейровизуализации имеют прямую договоренность с нейрохирургическими стационарами города, поэтому все больные, у которых выявляется одиночная церебральная опухоль (к примеру, метастаз), направляются непосредственно к нейрохирургам, минуя онкологическое учреждение (схема).

На уровне нейрохирургического стационара нейроонкологические больные получают специализированное лечение, заключающееся, как правило, только в хирургическом удалении опухоли. Учитывая, что нейрохирургические отделения города несут основную нагрузку в лечении больных со злокачественными опухолями мозга (в том числе церебральными метастазами), отсутствие комплексного подхода делает процесс лечения далеко не полноценным и узконаправленным. Причиной этому служит *отсутствие возможности выполнения ряда важных онкологических принципов в условиях обычного нейрохирургического стационара*.

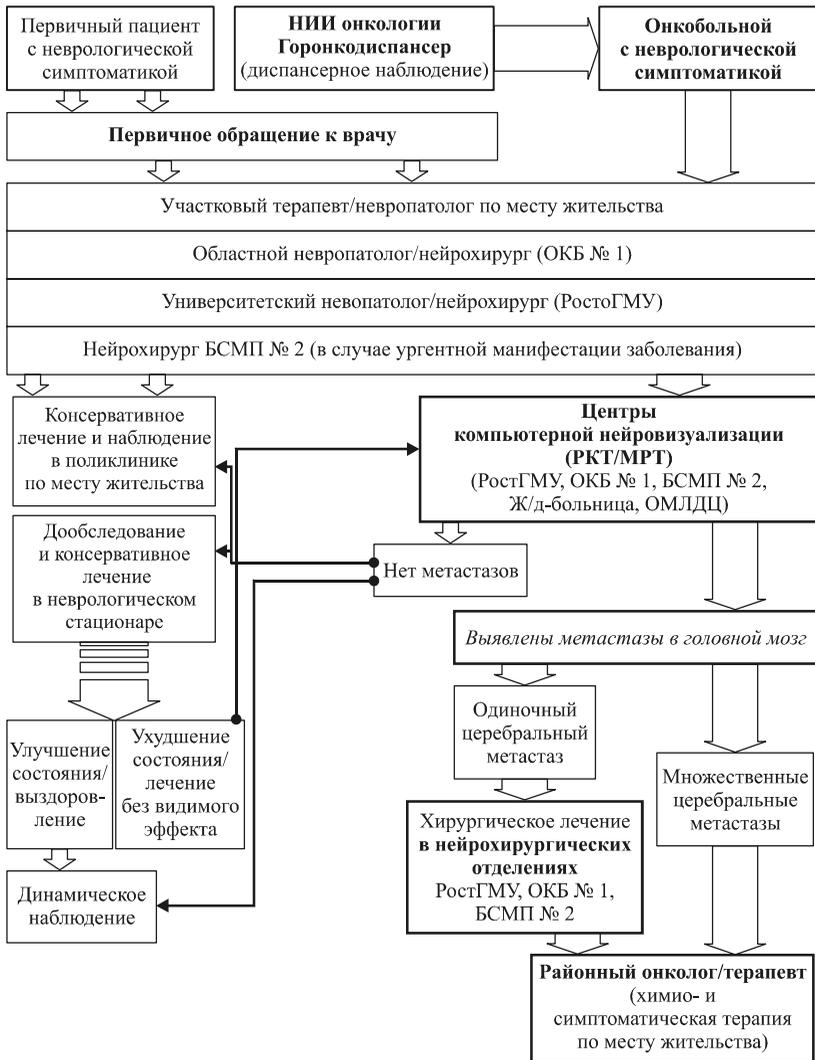
Во-первых, отсутствует доступная на уровне НИИ онкологии система последовательного комплексного лечения и динамического наблюдения пациентов с дифференцированным применением различных режимов системной и локальной химиотерапии, лучевого лечения, иммуно- и биотерапии.

Во-вторых, из-за отсутствия слаженной системы последовательного комплексного адьювантного лечения игнорируется вполне обоснованный с точки зрения онкологии принцип максимальной циторедукции опухоли как важнейшего этапа хирургической иммунореабилитации. В данном случае, принимая во внимание онкологическую позицию, циторедуктивное вмешательство должно применяться не только чисто с нейрохирургической целью внутренней декомпрессии, но и для создания функционального резерва мозга при проведении послеоперационной химиотерапии и увеличения ее эффективности вследствие уменьшения массы опухоли (как в результате увеличения туморотропности цитостатика, так и реактивации цитотоксических лимфоцитов).

В-третьих, недоступной оказывается возможность проведения индивидуализированного химиотерапевтического мониторинга у пациента с чередованием различных режимов и способов химиотерапии, в том числе включая индивидуальный подбор цитостатиков на основании исследования чувствительности опухоли *in vitro*.

В-четвертых, несмотря на высокий профессионализм некоторых нейрохирургов, в нейрохирургических стационарах общего профиля по причине отсутствия системы адекватной комплексной медицинской реабилитации недоступным является оказание квалифицированной хирургиче-

ской помощи онкобольным с олигометастатическим поражением головного мозга (более 2 метастазов), метастазами в обоих полушариях мозга, наличием генерализованного опухолевого процесса и низкими функциональными резервами со стороны организма.



Состояние системы организации медицинской помощи нейроонкологическим больным в России (на модели Ростовской области) до 2002 г.

Из вышесказанного понятно, почему онкологические больные с метастатическим поражением головного мозга не могут получить адекватного специального лечения в нейрохирургическом стационаре общего профиля.

Не менее актуальное значение имеет организационная разобщенность и со стороны учреждений онкологической службы. Парадокс заключается в том, что онкобольные, находящиеся на постоянном диспансерном наблюдении в онкологическом учреждении, у которых впервые выявляются церебральные метастазы, не могут получить полноценную помощь на месте *по причине отсутствия специализированного нейроонкологического стационара* (схема). Чаще всего данных больных направляют на химиотерапию или симптоматическое лечение по месту жительства, считая их безнадежными. Некоторые пациенты попадают на консультацию в специализированные нейрохирургические стационары, где подвергаются только оперативному лечению при наличии одиночного метастаза. Далее нейрохирург направляет больного обратно к онкологу и безвозвратно теряет связь со своим пациентом. Онколог, как правило, назначает цитостатик ломустин и отпускает больного домой. В результате получается, что врач-онколог, который непосредственно должен оказывать специализированную помощь пациентам с метастатическим поражением ЦНС и уделять им полноценное внимание, не имеет целостного представления о данных больных на этапах динамического наблюдения из-за отсутствия специализированного кабинета поликлиники и соответствующего стационара.

Наличие определенных проблем, связанных с учетом, диагностикой, диспансерным наблюдением и оказанием высокопрофессиональной помощи онкобольным с церебральной метастатической болезнью, показывает необходимость динамического наблюдения и курации таких пациентов в условиях специализированного нейроонкологического центра (включающего кабинет поликлиники, нейровизуализации и стационар) на базе онкологического учреждения, где сосредоточены не только широкий спектр лабораторно-диагностических исследований, но и возможность выполнения в едином комплексе хирургического, лучевого, лекарственно-го и биотерапевтического методов лечения.

Первая в России попытка создания интегральной нейроонкологической службы на базе НИИ онкологии была реализована директором Ростовского научно-исследовательского онкологического института, академиком РАМН Ю.С. Сидоренко в 2002 г.

Литература

1. *Black P.* // Neurosurgery. 1979. Vol. 5 (5). P. 617–631.
2. *Клюшина О.Н. и др.* // Паллиативная медицина и реабилитация. 1997. № 3. С. 11–13.
3. *Мартынов Б.В. и др.* // Практическая нейрохирургия. СПб., 2002. С. 476–492.
4. *Ахмедов Б.П.* Метастатические опухоли. М., 1984.
5. *Нерсесянц С.И.* Клиника и морфология метастатического рака головного мозга: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1954.