

ражается в составленных гистограммах плана лучевого лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. Григоров, В.Е. Плотнокова

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону, Россия

Рак молочной железы в течение последних десятилетий является самым распространенным онкологическим заболеванием среди женщин практически всех стран мира, и заболеваемость этой патологией постоянно возрастает. В связи с этим диагностика и лечение данного заболевания и его осложнений превратились в одну из важнейших социальных и медицинских задач.

Метастатическое поражение головного мозга выявляется у 20-30% больных раком молочной железы. В общей группе пациентов с церебральными метастазами данная патология занимает второе место, уступая только раку легкого. В трети случаев интракраниальные метастазы являются единственным проявлением генерализации процесса. При этом прижизненно поражение головного мозга диагностируется примерно в 1,5-3 раза реже, чем на вскрытии.

Актуальной проблемой на сегодняшний день является разработка диагностического подхода, позволяющего выявить метастатическое поражение головного мозга на ранних сроках с учетом клинко-анатомической и гистологической формы, распространенности процесса, различий в методиках лечения первичного очага и некоторых других факторов. Ростовский НИОИ располагает многолетним опытом разработки различных организационных форм скрининга и мониторинга рака, что позволило создать новый подход к ранней диагностике церебральных метастазов в условиях отделения опухолей центральной нервной системы. Нейроонкологический мониторинг больных раком молочной железы позволяет улучшить возможности раннего выявления метастатического поражения головного мозга, а также результаты комплексного лечения и качество жизни пациентов.

Цель исследования: изучить клинические особенности метастатического поражения головного мозга при раке молочной железы.

Материалы и методы.

Проведен анализ 74 историй болезни пациентов с церебральными метастазами рака молочной железы, находившихся на лечении в ФГБУ «РНИОИ Минздравсоцразвития РФ» в период с 2002 по 2011 гг. Средний возраст больных составил 53 года.

Среди всех пациенток, включенных в иссле-

дование, 8 больным (11%) было проведено хирургическое лечение первичного очага - радикальная мастэктомия (РМЭ), 6 пациенткам (8%) - комбинированное: РМЭ и дистанционная гамматерапия, 50 (67%) - комплексное, включавшее хирургическое удаление, лучевое и химиогормонотерапевтическое лечение, 5 (7%) больным проводилась только полихимиотерапия, 5 женщин (7%) никакого лечения не получали.

Результаты и обсуждение.

Первичный очаг опухоли чаще локализовался в правой молочной железе - $n=41$ (55,6%). При изучении распространенности процесса выявлено преобладание исходной стадии рака молочной железы $T_{2-3}N_{0-1}M_0$ и $T_{2-3}N_{0-2}M_0$ (IIA-IIIB стадии).

Морфологическая характеристика изучаемой группы больных показала абсолютное превалирование узловой формы рака молочной - у 67 пациенток (91,2%). Доминирующим гистотипом являлся инфильтративный протоковый рак - у 49 женщин (66,2%).

Диагноз метастатического поражения головного мозга был установлен на основании собранного анамнеза, результатов неврологического обследования, дополненного осмотром глазного дна, электроэнцефалографии, рентгеновской компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

У 44 (58,8%) больных метастатическое поражение головного мозга являлось солитарным, у 13 (17,7%) олигометастатическим (2-4 очага), в 17 случаях (23,5%) - множественным. В большинстве случаев метастазы располагались супратенториально: в правом полушарии головного мозга - у 36 (48%) пациенток, в левом - у 23 (31,4%). Чаще отмечалось поражение теменной - у 23 больных (39% всех супратенториальных метастатических очагов) и лобной долей головного мозга - у 20 (34%), реже - височной - у 9 пациенток (15%) и затылочной - у 7 (12%). Мозжечок был поражен в 17 случаях (20,6%), в большинстве из них метастазы локализовались в правой его гемисфере - у 9 пациенток (12,7%). Метастатические очаги в медио-базальных структурах наблюдались у 3 больных, в стволе мозга - у 5.

У 28 (37,8%) больных одновременно с метастатическим поражением головного мозга были выявлены отдаленные метастазы других локализаций: в 9 случаях (32,2% всех экстракраниальных локализаций) - в кости, в 7 (25%) - в легкие, в 5 (18%) - в печень, в 4 (14%) - в отдаленные лимфоузлы, в 2 (7,3%) - в кожу и мягкие ткани, в 1 (3,5%) - в яичники.

Клиническая картина метастатического поражения головного мозга характеризуется значительным многообразием проявлений, что обусловлено не только локализацией опухоли, ее размерами, но также общим состоянием больного и уровнем компенсаторных возможностей его организма. Основными клиническими синдрома-

ми у больных с церебральными метастазами рака молочной железы являлись: общемозговой, очаговый, эпизиндром, дискоординаторный, общесоматических проявлений.

У 66 больных (89,3%) появление метастазов в головном мозге было метастатическим, у 8 (10,7%) – синхронным по отношению к первичной опухоли.

56 пациенткам (76%) с метастатическим поражением головного мозга первым этапом лечения была выполнена операция в объеме краниотомии или бикраниотомии с максимально возможным удалением метастазов в пределах видимых неизмененных тканей. В дальнейшем больные подвергались адъювантной комплексной терапии, включавшей лучевое и химиотерапевтическое лечение. Своевременное проведение комплексного лечения приводит к стабилизации метастатического процесса в головном мозге на срок от 6 до 12 месяцев, частота которой при раке молочной железы составляет 44,2%. Прогрессирование характеризуется, главным образом, отсроченным появлением рецидивов ранее удаленных метастазов в срок от 3 до 6 месяцев и составляет 54 %, при этом диссеминация метастазов по веществу головного мозга отмечалась в среднем через 3-4 месяца после оперативного лечения и имела место у 46% больных.

Выводы.

У больных раком молочной железы средний временной интервал от момента выявления первичного очага до развития метастатического поражения головного мозга составляет от 6 месяцев до 3 лет и зависит от исходной стадии процесса и метода лечения первичного очага. Выявление на ранней стадии и проведение комплексного лечения первичного очага способствуют увеличению данного интервала. Таким образом, необходимым представляется проведение нейроонкологического осмотра и выполнение СРКТ или МРТ исследования головного мозга больным раком молочной железы на момент выявления первичного очага и в дальнейшем не реже одного раза в 6 месяцев.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ УПРАВЛЯЮЩЕЙ СИСТЕМЫ MOSAIQ

В.Г. Елишев, Б.В. Слезко, Е.В. Еришова

Тюменский ООД

Современная онкологическая информационная система MOSAIQ™ позволяет управлять потоками клинической информации, предоставляя её в формате электронной медицинской карты. Простая в использовании и интегрированная на каждом уровне система MOSAIQ обеспечивает

проведения лучевой терапии на самом высоком уровне.

Информационно-административная система. Компания предлагает уникальную, полностью интегрированную, с открытой конфигурацией информационно-административную систему сопровождения онкологического лечения IMPAC.

IMPAC Medical Systems – открытая интеграция различных медицинских данных и диагностических изображений – обеспечивает создание и ведение электронной карты лечения онкологического больного, включая патолого-анатомические данные и результаты клинических анализов, а также ведение канцер-регистра. Вместе с возможностями, предлагаемыми во всех сферах онкологии, начиная с диагностики и заканчивая диспансерным наблюдением, IMPAC обеспечивает всестороннее решение, помогающее улучшить взаимодействие специалистов и повысить эффективность лечения.

Одним из важнейших компонентов является MOSAIQ Desktop – современная система обработки данных по онкологическим заболеваниям, обеспечивающая полный набор функциональных возможностей, отвечающих современным клиническим потребностям:

1. Способствует осуществлению комплексного лечения и поддерживает автоматическую укладку (настройку), а также протоколирование и верификацию диагностических и лечебных процедур.
2. Обеспечивает поддержку линейных ускорителей, систем планирования, рентгеновских симуляторов и диагностических устройств различных производителей.
3. Обеспечивает доступ к комплексной информационно-управляющей системе из любого места лечебного учреждения через единую базу данных.
4. Автоматизирует запись на прием и оптимизирует использование ресурсов для повышения эффективности лечебного процесса.
5. Планирует процесс выполнения назначений и отслеживает дозу.
6. Обеспечивает независимую проверку корректности плана лечения.
7. Может автоматически регистрировать фактическое состояние поля облучения непосредственно из лечебной установки или рентгеновского симулятора и создавать описание поля облучения.
8. Включает в себя систему автоматической настройки, которая позволяет выполнять установку гентри, коллиматора, стола, пульта управления и МЛК лечебного аппарата, оснащенного соответствующим образом, в заданное положение.
9. После проведения облучения автоматически суммирует дозу в заданных пользователем