

начать симптоматическое лечение с курса системной радионуклидной терапии с анальгезирующей целью. После купирования болевого синдрома, на оставшиеся болевые очаги или зоны, угрожающие патологическими переломами, возможно осуществление локального дистанционного лучевого воздействия.

Вышеописанная тактика паллиативного и симптоматического лучевого лечения позволяет в подавляющем большинстве случаев не только купировать болевой синдром, но и предотвратить угрозу патологических переломов, неврологических осложнений, местного прогрессирования опухолевого процесса с развитием тягостных для пациента симптомов и ввести больного в длительную ремиссию при удовлетворительном качестве жизни.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

М.В. Никитина

Тюменский ООД

Метастазы злокачественных опухолей в головной мозг выявляются прижизненно у 13-20% от общей численности онкологических больных. Истинная частота метастазирования значительно выше, чем клиническая выявляемость. По результатам аутопсий частота метастазирования в мозг достигает 25-30%. Она наиболее высока при «энцефалофильных опухолях»: рак легкого – 26%, рак молочной железы – 16%, меланома кожи – 40%, рак почки – 13% (Ромоданов А.П., Зозуля Ю.А. 1973; Халимова Х.М., 1981; Щиголев Ю.С., 1996; Поддубная И.В., 2000).

Церебральные метастазы часто являются проявлением генерализации опухолевого процесса. Однако более чем у половины больных метастазы в мозг возникают на фоне стабилизации или стойкой ремиссии основного заболевания. У больных раком молочной железы метастазы в мозг редко (в 1% случаев) выявляются синхронно с первичной опухолью молочной железы. Интервал от установления диагноза РМЖ до манифестации метастазов в головной мозг составляет в среднем 34 месяца, по данным зарубежных авторов (Chang E., 2003) и $40,8 \pm 3,9$ месяцев, по данным собственных наблюдений (Никитина М.В. и др. 2011).

Появление интракраниальных метастазов резко меняет течение онкологического процесса: стремительный рост тканей и объема жидкости в замкнутой полости черепа приводит к быстрому (за 1-2 месяца) нарушению жизненных функций и летальному исходу. По данным P.Y. Wen и соавт. (2001) медиана выживаемости больных с метастазами в головной мозг без лечения – 1-2 месяца,

при назначении кортикостероидов – 2-3 месяца, лучевой терапии – 3-6 месяцев, у оперированных, с последующей лучевой терапией – 10-16 месяцев; а химиотерапией – 8-12 месяцев.

Качество и продолжительность жизни таких больных во многом зависит от своевременной диагностики. Однако лишь в 40% случаев метастазы в головной мозг были заподозрены в поликлинике. Наши наблюдения подтверждают, что большинство пациенток до инструментального подтверждения метастазов в головной мозг лечились с диагнозами: острое нарушение мозгового кровообращения, дисциркуляторная или токсическая энцефалопатия.

Приводим клинический случай больных РМЖ с метастатическим поражением головного мозга.

Больная Т., 49 лет, на диспансерном учете в онкологический диспансер г. Тюмени с февраля 2010 г. с диагнозом: рак правой молочной железы, $T_1N_1M_0$. Гистологически: инвазивный протоковый рак с метастазами в 3 лимфоузлах. Проведено комплексное лечение: радикальная резекция правой молочной железы с видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией – 22.03.2010 г. Аджьювантно проведено 6 курсов полихимиотерапии по схеме FAC, курс лучевой гамма терапии на зоны регионарного метастазирования (СОД 40 Гр) и послеоперационный рубец (СОД 50 Гр). С сентября 2010г. находилась на динамическом наблюдении. В январе 2011 г. отметила появление головных болей, головокружения, признаком метеолабильности. С диагнозом: дисциркуляторная энцефалопатия наблюдалась у невролога по месту жительства. Получала курсы сосудистой терапии. В марте 2011 г. – ухудшение состояния: усиление головных болей и головокружения, шаткость походки. Состояние по Карновскому – 70 баллов. При компьютерной томографии головного мозга с контрастным усилением (29.03.11 г.) выявлены метастазы - в проекции червя до 19 мм и левой лобной доли до 21 мм с перифокальным глиозом. Субкомпенсированная окклюзионная гидроцефалия.

С целью подготовки больной к проведению химиотерапевтического лечения проводилась дегидратационная терапия осмотическими диуретиками и кортикостероидами. С марта 2011 г. прошла 3 курса МАСС с эндлюмбальным введением метотрексата. На фоне проводимого лечения состояние пациентки улучшилось – снизилась интенсивность головных болей, в жалобах отсутствуют головокружение и шаткость походки. Состояние по Карновскому – 90 баллов. В дальнейшем частичная регрессия в головном мозге была подтверждена компьютерной томографией.

Больная В., 52 года на диспансерном учете в онкологический диспансер г. Тюмени с августа 2006 г. с диагнозом: рак левой молочной железы, $T_1N_1M_0$. Гистологически: внутритротоковый ва-

риант рака с метастазами в 4 лимфоузлах. Проведено комбинированное лечение: радикальная мастэктомия по Мадден левой молочной железы – 25.10.2006 г., курс лучевой гамма терапии на зоны регионарного метастазирования (СОД 40 Гр) и послеоперационный рубец (СОД 40 Гр). В дальнейшем находилась на динамическом наблюдении.

Ухудшение самочувствия с декабря 2010 г. в виде появления головных болей, резкого подъема артериального давления до 190/110 мм рт. ст. Наблюдалась у терапевта по месту жительства. Получала курсы сосудистой терапии. Состояние прогрессивно ухудшалось – возникли явления гемипареза, когнитивные расстройства. В марте 2011 г. самостоятельно обратилась в ОКБ г. Тюмени, где была выполнена магнитно – резонансная томография. Выявлен метастаз в лобно – височной – теменной области справа 4,0х3,0х3,2 см, окруженный зоной выраженных глиальных изменений без четких границ, распространяющейся на мозолистое тело справа. С марта 2011г. прошла 4 курса полихимиотерапии по схеме МАСС. На фоне проводимого лечения наблюдалось улучшение самочувствия. Состояние по Карновскому – 80 баллов. В дальнейшем частичная регрессия в головном мозге была так же подтверждена магнитно – резонансной томографией.

Приведенные клинические наблюдения отражают достаточно типичный характер течения заболевания. Клинические проявления при метастатическом поражении головного мозга у больных РМЖ достаточно многообразны. Подозрительными на наличие метастаза головного мозга являются следующие клинические признаки: головная боль, внутричерепная гипертензия, нарушения двигательной активности, психопатологические и депрессивные расстройства, судорожный синдром и др.

С внедрением современных методов нейровизуализации – компьютерной томографии и магнитно – ядерной томографии – диагностика внутричерепных образований существенно облегчилась. Однако до настоящего времени эти методы обследования для большинства больных малодоступны. Во-первых, не все медицинские учреждения оснащены соответствующей аппаратурой. Во-вторых, только анализ неврологических симптомов в динамике позволяет вовремя заподозрить метастазы в головной мозг и направить больного на исследование.

Трудности диагностики метастазов в мозг могут быть обусловлены так же неудачей в сборе анамнеза. Поэтому выявление врачами общей практики, наблюдающих этих женщин в 3 клинической группе жалоб психопатологического круга и признаков органического поражения ЦНС должно входить в перечень активно выявляемых проявлений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОМИЕЛОХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНОГО МОЗГА

Т.Ф. Пушкарева, О.В. Козюк, К.А. Новосёлова

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

В структуре всех регистрируемых злокачественных опухолей неходжкинские лимфомы (НХЛ) составляют 2,6%. Поражение костного мозга (КМ) при НХЛ является одной из закономерных фаз течения заболевания и встречается в 30-40% наблюдений. Выделено 5 независимых прогностических факторов: возраст, стадия, общее состояние больного (по шкале ECOG), число зон экстранодального поражения, повышение уровня лактатдегидрогеназы в сыворотке крови. Кроме обозначенных 5 признаков важное прогностическое значение имеют морфоиммунологический вариант лимфомы, симптомы интоксикации (В - симптомы), поражение средостения и костного мозга, предшествующее лечение и его результаты. В РНИОИ получен значительный опыт лечения больных с солидными новообразованиями методом аутомиелохимиотерапии (АМХТ). Данный метод является эффективным и воздействующим на ряд основных патогенетических звеньев заболевания. Достижение максимального эффекта, а именно, полной ремиссии, требует проведения интенсивной и длительной терапии с момента установления диагноза, что может быть сопряжено с развитием целого ряда осложнений, среди которых наиболее клинически значимы кардиотоксичность, нейтропения и инфекции, тошнота и рвота. При лимфомах IV стадии, особенно при поражении костного мозга, выраженная недостаточность клеточного иммунитета нередко приводила к развитию тяжелых инфекционных осложнений, являющихся основной причиной летальных исходов у онкогематологических больных.

Цель исследования: изучение непосредственных результатов аутомиелохимиотерапии в лечении НХЛ с поражением костного мозга.

Материалы и методы.

В исследование включены 25 пациентов, у которых первично диагностирована неходжкинская лимфома с поражением костного мозга: 11 больных в основной группе, которым проводилась АМХТ и 14 в контрольной группы, получавших стандартную ПХТ. Диагноз устанавливали на основании морфологического исследования биоптатов лимфатических узлов и / или костного мозга. Иммунологическое исследование (иммуногистохимическое, иммунофенотипирование) было выполнено всем пациентам. Вариант лимфомы устанавливали в соответствии с классифи-