
МЕДИЦИНА

УДК 616-06:611.81:616-006.6

МЕТАСТАЗЫ ОПУХОЛЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПО ДАННЫМ ПРОТОКОЛОВ ВСКРЫТИЙ

© 2006 г. *С.В. Григоров, П.Г. Сакур, М.А. Винидченко,
Ю.Г. Кириченко, Г.Л. Резникова*

We performed analysis of metastatic affection of tumour of different localizations into brain, cranial bones and vertebral body according to autopsy protocols in Rostov-on-Don within the period of 10 years. Diagnostics of cerebral metastases during life doesn't exceed 25% of tumours of different localizations.

Метастатическое поражение мозга является трудной и нерешенной проблемой современной нейроонкологии и нейрохирургии, актуальность которой возрастает вместе с ростом частоты злокачественных опухолей во всем мире и в нашей стране, в частности. Метастазы злокачественных опухолей в мозг выявляются прижизненно в 13–20 % случаев обследования онкологических больных в Европе и США и являются наиболее частой причиной смерти среди онкобольных с подтвержденным метастатическим поражением головного мозга.

По результатам аутопсий частота метастазов в мозг достигает 25–30 % случаев [1] и возрастает пропорционально увеличению продолжительности жизни. Истинная частота метастазирования значительно выше, чем клинически выявленная. Средняя продолжительность жизни таких больных после установления диагноза в зависимости от формы первичной опухоли и распространенности процесса составляет 8–2 мес., у пациентов с обширным экстракраниальным метастатическим поражением или декомпенсацией ожидаемая продолжительность жизни не превышает 3 мес.

По литературным данным, почти в половине случаев церебральные метастазы рака при жизни не распознаются и представляют большую трудность в ранней диагностике. По результатам одного из зарубежных исследований [2] было установлено, что количество больных с клинически неманифестированными церебральными метастазами меланомы (выявленных на аутопсии) на 29 % превышает количество пациентов с манифестированными метастазами. В 60–75 % случаев наличие метастазов в мозге сопровождается развитием клинической симптоматики. Метастазы, которые вызывают общемозговую и очаговую симптоматику, остаются невыявленными и трактуются клиницистами как острые нарушения мозгового кровообращения [2].

Больному необходим полный, достоверный, своевременный диагноз, обеспечивающий правильную дальнейшую тактику лечения в специализированном лечебном учреждении. Наличие клинических проявлений со стороны ЦНС часто является проявлением срыва компенсационного процесса и ставит больного и клинициста в условия дефицита времени до развития фатальных осложнений.

По данным А.О. Войнарович, быстротечное развитие процесса, когда больные погибали до реализации эффекта лечения, наблюдалось при множественных метастазах, высокой степени неврологического дефицита (различные степени нарушения сознания, грубые двигательные и психические нарушения) [3].

В настоящем исследовании проведено изучение частоты метастатического поражения ЦНС (МПЦНС) по протоколам вскрытий патолого-анатомического отделения БСМП № 1 г за период 1993–2003 гг. и Областной клинической больницы № 1 (ОКБ № 1) г. Ростова-на-Дону за период 1997–2005 гг., куда поступает информация об этих случаях из медицинских учреждений по Ростовской области. В целом обработано более 30 тысяч протоколов вскрытий (по материалам БСМП № 1 – 5940, ОКБ № 1 – 26569).

Среди изученных протоколов выявлено 2312 протоколов онкологических больных: из них 402 (17,4 %) – протоколы вскрытий пациентов, которым на различных этапах лечения устанавливался диагноз метастатического поражения головного мозга или его оболочек, костей черепа, позвоночника и спинного мозга, а также больных с посмертно установленными генерализованными стадиями онкологических заболеваний с вовлечением указанных органов.

По результатам вскрытий диагноз МПЦНС:

- подтвержден в 255 случаях:
 - головного мозга – 189 больных (74,1 % случаев);
 - позвоночника и спинного мозга – 48 (18,8 %);
 - костей черепа – 18 (7,1 %);
- не подтвержден в 147 случаях:
 - гипердиагностика – 38 (25,9 %);
 - череп не вскрывался по просьбе родственников – 109 (74,1 %).

На лечении в онкоучреждениях Ростовской области находились 78 больных (19,4 % случаев), в неврологических – 69 (17,2 %), остальные больные – 255 (63,4 %) были госпитализированы в соматические терапевтические и хирургические отделения или наблюдались амбулаторно.

Из 189 пациентов с метастатическим поражением головного мозга при жизни точный диагноз был установлен только у 45: при поступлении в лечебно-профилактическое учреждение – 3 (1,6 %); при стационарном дообследовании – 42 (22,2 %). У остальных 144 больных (76,2 % случаев), диагноз МПЦНС был выставлен только на аутопсии.

Из 48 случаев метастатического поражения позвоночника только 10 выявлено на этапе стационарного лечения, остальные 38 случаев трактовались клиницистами как проявления остеохондроза.

Среди 18 пациентов с метастатическим поражением костей черепа прижизненно диагноз установлен у 7 (38 %), а на аутопсии – у 11 (62 %), гипердиагностика не выявлена.

В неврологических отделениях в 88 % случаев выявлено расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов (61 из 69 случаев), а в онкологических учреждениях – лишь в 24 % (21 из 78), что, скорее всего, связано с повышенной настроенностью в онкологических учреждениях к МПЦНС.

Оценка койко-дней в стационарах показала, что в 154 случаях они составили от 1–10 дней; в 89 – 10–15 дней; в 105 – 15 дней–2 мес.; в 33 – более 2 мес.; в 21 случае больной пробыл в стационарах менее суток или скончался дома.

Таким образом, в 62 % случаев время пребывания в стационаре превысило 10 сут – эмпирически выведенный оптимальный срок для расшифровки первичного очага метастазирования и оценки распространенности онкопроцесса с помощью дополнительных методов исследования. Летальный исход в первые сутки стационарного наблюдения или на дому (адекватная диагностика невозможна) наблюдался у 37 пациентов, что составило 9,2 %.

С диагнозом при направлении: «Рак легких, метастатическое поражение головного мозга ст. IV гр. 4»; «Рак молочной железы, метастатическое поражение головного мозга ст. IV гр. 4»; «Рак почки, метастатическое поражение головного мозга ст. IV гр. 4», «Меланома кожи, метастатическое поражение головного мозга ст. IV гр. 4» с 1998 г. среди госпитализированных больных не отмечено, несмотря на относительную частоту подобных осложнений. Первичный диагноз вторичного поражения головного мозга при генерализованном процессе «Ганглионейробластома забрюшинного пространства IV ст., метастазы в головной мозг, легкие» установлен при госпитализации однократно. Это может указывать на отказ от госпитализации нейроонкологических больных в непрофильные отделения при церебральной метастатической болезни на фоне некоторого улучшения диагностики на догоспитальном этапе.

По нашим данным, прижизненная диагностика церебральных метастазов не превышает $\frac{1}{4}$ их встречаемости, прижизненно установлено менее 20 % метастатических поражений позвоночника и менее $\frac{1}{2}$ поражений черепа.

Таким образом, большая часть больных с онкопатологией госпитализируется в непрофильные отделения, при этом падает процент прижизненной диагностики МПЦНС в связи с отсутствием узких специалистов, современного клинико-лабораторного и инструментального оборудования в районных стационарах, несоблюдением всех плановых диагностических манипуляций для выявления метастатического поражения ЦНС.

Однако при прочих равных условиях больные, госпитализированные в онкологические учреждения, подвергаются более детальному дообследованию в связи с большей настороженностью у врачей онкологических служб. Это подчеркивает необходимость создания эффективной нейроонкологической службы на базе онкологической сети в связи с более точной трактовкой состояния больного с позиций генерализованного онкопроцесса.

Следует обратить внимание на начальные этапы диагностического поиска, который возможен при диспансерном наблюдении в условиях поликлиники, не ограничивая дифференциально-диагностический список сосудистой и дегенеративно-дистрофической костно-суставной патологий; возможности нейровизуализации с помощью рентген-компьютерной томографии (РКТ), магнитно-резонансная томографии (МРТ). Мерой оптимизации ранней диагностики может быть исключительно превентивное скрининговое РКТ и МРТ-исследования больных групп высокого риска метастазирования в мозг и позвоночник. Как известно, частота метастазирования зависит от стадии развития онкопроцесса и его гистологической формы.

Однако в настоящее время частота прижизненного выявления церебральной метастатической болезни в неврологических и общесоматических стационарах низкая, и почти полностью отсутствуют диагностические успехи на поликлиническом этапе в общелечебной сети, врачи не информированны о клинике и диагностике нейроонкологической патологии. Отсутствие достоверной, четкой, однозначной информации и инструкций по медицинской тактике при обращении нейроонкологического больного или при подозрении на подобный процесс затрудняет помощь больным и обрекает их на самостоятельный поиск возможностей лечения.

Учитывая то, что пациенты с генерализованным онкологическим процессом с вовлечением ЦНС, черепа и позвоночника не являются бесперспективными, они всегда нуждаются в консультации нейроонколога вне зависимости от неврологического контроля в общелечебной сети. Условия высокоспециализированного учреждения позволяют обеспечить комплексность лечения как в отношении первичного очага, так и его нейрометастатических проявлений.

Литература

1. Мельникова Е.А. // Нейрохирургия. 2005. № 3.
2. Balch C.M. et al. Cutaneous Melanoma. Philadelphia, 1993.
3. Войнарович А.О. // Вестн. Московского онкологического общества. 2004. № 1. С. 4–5.

*Ростовский научно-исследовательский онкологический институт,
Больница скорой медицинской помощи № 1,
Областная клиническая больница № 1, г. Ростов-на-Дону*

1 марта 2006 г.