

УДК 614.2:616–079.4:616.81

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО СКРИНИНГА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СТРУКТУРЕ НОВОЙ ИНТЕГРАЛЬНОЙ НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

© 2005 г. *Ю.С. Сидоренко, К.Г. Айрапетов, Т.В. Шелякина*

The paper shows actuality of the problem of early and timely revealing of metastatic brain affliction in oncologic patients. Organization of new integral neuro-oncologic service on the base of Research Cancer Institute is the main condition of development the principally novel system of individualized screening of cerebral metastases.

Проблема эффективного раннего выявления метастатического поражения головного мозга на этапе отсутствия клинических проявлений со стороны центральной нервной системы (ЦНС) остается открытой, так как до сих пор не существует четкой системы мероприятий по скринингу больных с церебральными метастазами. Большинство специалистов делают основной акцент на улучшение раннего выявления метастазов ЦНС с помощью профилактических РКТ- и МРТ-исследований [1]. Такое мнение вполне целесообразно, но оно отражает известную стратегию профилактических осмотров и диспансеризации больных, которые в условиях нашей страны показали свою несостоятельность и завершились крахом [2]. Более того, несмотря на технологическую современность и высокую информативность предлагаемых методов нейровизуализации, принцип диспансеризации онкобольных имеет существенные недостатки, что было доказано на основе многолетнего анализа на модели Ростовской области [2, 3].

Многолетний опыт РНИОИ в отношении разработки и внедрения нетрадиционных форм профилактики рака [4] позволяет предположить, что добиться эффективного выявления церебральных метастазов как клинически манифестированных, так и «немых», можно с помощью разработанной системы организационных мероприятий, специально основанной на принципе индивидуализированного скрининга и мониторинга с формированием групп риска на основании комплекса индивидуальных прогностически важных критериев (психологических, клинических, диагностических, морфологических и молекулярно-биологических).

Индивидуализация скрининга метастатического поражения головного мозга в нашей стране оказывается весьма проблематичной, так как имеет место полная разобщенность нейрохирургической и онкологической служб на этапах диагностики, диспансерного наблюдения и специального лечения больных. Онкобольные, находящиеся на постоянном диспансерном наблюдении в онкологическом учреждении, у которых впервые выявляются церебральные метастазы, не могут получить полноценную по-

мощь на месте по причине отсутствия специализированного нейроонкологического стационара. Отсутствие интегральной нейроонкологической службы в стране является одной из главных причин несвоевременной диагностики клинически манифестированных церебральных метастазов.

В рамках созданной интегральной нейроонкологической службы в РНИОИ была разработана *оригинальная система скрининга метастатического поражения ЦНС* в целях улучшения возможностей прогнозирования, индивидуализации и повышения селективности раннего и своевременного выявления случаев метастатического поражения головного мозга у онкологических больных, страдающих раком легкого, молочной железы и меланомой кожи, как наиболее часто метастазирующих в ЦНС.

В процессе разработки новой системы скрининга церебральных метастазов было выделено три основных этапа.

На первом этапе – в общую структуру здравоохранения была введена система уникальной нейроонкологической службы в комплексе клинических подразделений онкологического института.

Вторым этапом – явилось формирование организационных форм раннего и своевременного выявления церебральных метастазов в направлении индивидуализированного селективного нейроонкоскрининга. Так, онкологические больные раком легкого, молочной железы и меланомой кожи, у которых наиболее часто выявляется метастатическое поражение ЦНС, были систематизированы в группы риска метастатического поражения головного мозга на основе детального анализа и сопоставления ведущих клинических прогностических критериев первичного опухолевого процесса и церебральной метастатической болезни у 204 больных.

Третьим этапом – на основании проведенного анализа в группах нейроонкологического риска явилась организация мероприятий селективного скрининга метастатического поражения головного мозга у онкологических больных.

Детальный сравнительно-описательный анализ, проведенный у 204 первично зарегистрированных онкологических больных, страдающих раком легкого, молочной железы и меланомой кожи, позволил выделить основополагающие и доминирующие признаки, на основании которых были сформированы группы риска метастатического поражения головного мозга.

При раке легкого выделены следующие основные критерии группы риска метастатического поражения головного мозга:

- факт постановки первичного диагноза рака легкого III и IV стадии;
- длительность анамнеза менее 1 года;
- исходные стадии опухолевого процесса $T_2-T_3N_1$ и $T_2-T_3N_2$;
- центральная форма роста раковой опухоли;
- поражение внутригрудных лимфоузлов;
- мелкоклеточный гистотип рака;
- наличие системных симптомов опухолевой интоксикации;

- метастатическое поражение костей и, главным образом, позвоночника.

В группе больных раком молочной железы основные критерии риска метастатического поражения головного мозга оказались следующими:

- продолжительность основной болезни первые 2–3 года;
- исходные стадии опухолевого процесса T2-T3N1 и T2-T3N2;
- гистотип инфильтрирующего протокового рака;
- метастатическое поражение костей и в первую очередь черепа и позвоночника.

На основании анализа клинико-биологических особенностей первичного опухолевого процесса у больных меланомой кожи были выделены ведущие критерии группы риска метастатического поражения головного мозга:

- продолжительность основной болезни первые 2–6 лет;
- размер первичного очага T2-T3 по Бреслоу;
- II степень инвазии по Кларку;
- эпителиоидно-клеточный гистотип;
- метастатическое поражение легких;
- наличие системных опухолевых симптомов.

После выделения основных критериев, на основании которых были сформированы группы риска метастатического поражения головного мозга у онкологических больных, мы провели просветительскую работу среди сотрудников поликлиники и клинических отделений института. В результате такой работы и взаимодоговоренности с сотрудниками РНИОИ с начала 2003 г. диспансеризация онкологических больных дополнительно приобрела нейроонкологический вектор (рисунок). Подобное нововведение получило свое развитие. Мы ввели новое определение «*нейроонкологическая модификация диспансеризации онкологических больных*». Практически плановому нейроонкологическому осмотру стали подвергаться первичные или диспансерные онкологические больные раком легкого, молочной железы и меланомой кожи, входящие в группы риска, а также любые другие онкобольные при условии появления у них каких-либо неврологических расстройств.

Цель, которую мы ставили при внедрении нейроонкологической модификации диспансеризации онкологических больных, заключалась в раннем и своевременном выявлении у них церебральных метастазов. Данная цель достигалась с помощью *нейроонкологического мониторинга*. Последний (применительно к условиям нашего института) включает в себя анализ жалоб больных, динамический неврологический осмотр, анализ минимальных неврологических признаков (если таковые имели место) и рентген-компьютерное исследование головного мозга (рисунок).

Таким образом, в результате введения уникальной нейроонкологической службы в общую структуру здравоохранения, благодаря чему в рамках крупного онкоучреждения стало реальным в едином комплексе осу-

ществлять диспансеризацию, своевременную диагностику и спешечление онкологических больных с метастатическим поражением головного мозга, появилась возможность формирования групп нейроонкологического риска, на основании чего была создана оригинальная система индивидуализированного селективного скрининга церебральных метастазов.

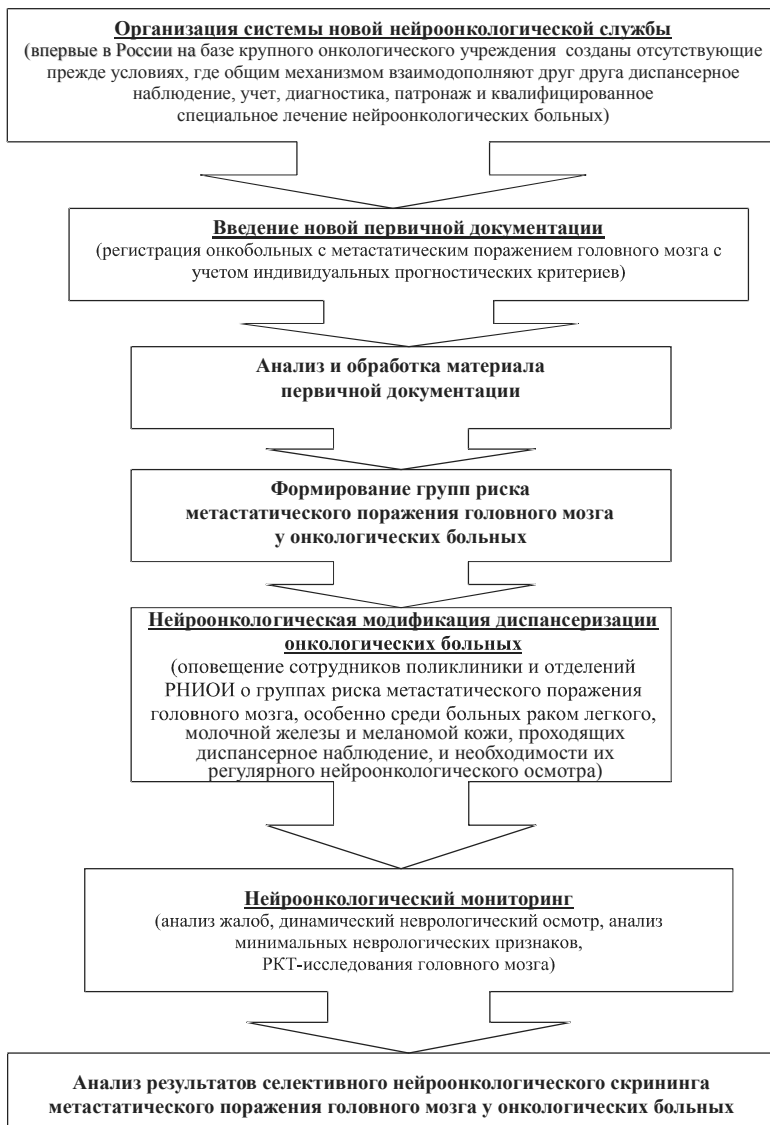


Схема организации системы селективного нейроонкоскрининга метастатического поражения головного мозга у онкологических больных

Литература

1. Мартынов Б.В. и др. // Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей. СПб., 2002. С. 476–485.
2. Сидоренко Ю.С., Шелякина Т.В. // Итоговые научные изыскания последнего года XX в. М., 2000. С. 3–23.
3. Сидоренко Ю.С., Шелякина Т.В. Самоконтроль здоровья в группах онкологического риска – модифицирующий фактор здорового образа жизни и профилактики рака. Организационные формы и принципы. Ростов н/Д, 1986. С. 6–10.
4. Сидоренко Ю.С. Психологический фактор и «Открытый прием» в модели нетрадиционного скрининга рака и предопухолевой патологии. Ростов н/Д, 2004.

*Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт МЗ РФ*

18 мая 2005 г.

УДК 616–08–07:616.831

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО СКРИНИНГА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СТРУКТУРЕ НОВОЙ ИНТЕГРАЛЬНОЙ НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

© 2005 г. Ю.С. Сидоренко, К.Г. Айрапетов, Т.В. Шелякина

The study reflects efficacy of original system of individualized screening of metastatic brain affliction in oncologic patients. A 20-times increase in revealing cerebral metastases has been observed since the moment of organization of the novel integral neuro-oncologic service.

Несмотря на весьма короткий период времени (с 2002 г.) существования новой нейроонкологической службы, мы ощутили вполне благоприятные результаты работы, выражающиеся в возрастании нейроонкологической настороженности среди специалистов-онкологов и выработке системы скрининга с помощью нейроонкологического осмотра и динамической рентген-компьютерной томографии, основанного на выявлении минимальных неврологических проявлений у онкологических больных, особенно относящихся к группам риска, в тесном контакте с сотрудниками поликлиники и отделений института.

Анализ полученных данных нейроонкологического мониторинга показал обнадеживающие результаты, выражающиеся, прежде всего, в существенном увеличении за 3-летний период наблюдения числа первично зарегистрированных случаев метастатического поражения головного мозга у онкологических больных (табл. 1).

Если в течение 3 лет работы нейроонкологической службы общее количество больных с глиомами головного мозга остается относительно постоянным, то число первично выявленных больных с церебральными метастазами увеличилось в 21(!) раз. Как видно, если соотношение церебральные