



УДК 611.81:616-006

Н.А. Рыскельдиев, М.А. Тлеубергенов, Д.С. Баймуханов, Д.К. Жаксыбаев, Р.А. Токшекенова, А.Ж. Мажкенов

АО «Национальный центр нейрохирургии», г. Астана, Казахстан

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Множественные метастазы в головном мозге представляют собой серьезное медицинское состояние, требующее комплексного и индивидуального подхода. Хирургическая резекция этих опухолей играет ключевую роль в лечении пациентов, обеспечивая возможность улучшения их качества жизни и продолжения борьбы с онкологическим заболеванием. В данном контексте каждый случай хирургической резекции множественного метастатического поражения головного мозга представляет собой сложный клинический случай, требующий высокой квалификации хирургов и современных технологий.

Ключевые слова: метастаз в головной мозг, онкология, хирургическая резекция.

Введение.

Метастатическое поражение головного мозга – один из наиболее часто встречающихся видов интракраниальных опухолей. У пациентов с первичными опухолями в других органах и системах метастазы в головном мозге обнаруживаются в 10-30% у взрослых и 6-10% случаях у детей [1, 2]. Первичными очагами являются легкие (19%), меланома (6,9%), почки (6,5%) и колоректальный рак (1,8%) [3]. К хирургической резекции при лечении таких пациентов прибегают в 17% случаев [4]. Также широко используется терапия на аппарате «Гамма-нож» [5]. Комбинированный метод лечения (операция + радиохирургия) применяется в 27-31% случаев [6]. Медиана выживаемости после хирургической резекции возрастает от 8 до 13 месяцев [7], и от 8.5 до 12.1 [8] месяцев после радиохирургии. В случае множественных метастазов в головной мозг оперативное лечение ограничено биопсией или устранением общемозговой симптоматики, вызванных метастазами. Однако имеются отдельные ретроспективные данные, показывающие увеличение общей выживаемости после хирургического лечения для отдельных па-

циентов с хорошим прогнозом и ограниченным (до 2-3) метастатическим поражением.

Описание клинического случая.

Пациентка А., 1978г., поступила в АО «Национальный центр нейрохирургии» с жалобами на головные боли, головокружение, шаткость походки, снижение памяти и эпизод судорог с потерей сознания. Из анамнеза известно, что пациентка состоит на «Д» учете у онколога, маммолога с 2021 года, была проведена операция по поводу удаления молочной железы слева. Проведено лечение после получения результатов цитологического исследования. Гистологическое исследование: Интрапротрофический рак с микроинвазией в строму, с циркулярно-клеточной инфильтрацией левой молочной железы. Получала иммуногистохимическое лечение, лучевую терапию. В динамике отмечает вышеперечисленные жалобы, принимала консервативное лечение, с временным эффектом. В связи с чем рекомендовано проведение МРТ-исследования. На МРТ головного мозга: МР признаки образований в гемисфере мозжечка справа (рис. 1) и височной (рис. 2), теменной долях (рис. 3) с выраженным перифокальным отеком (рис. 4) левого полушария.

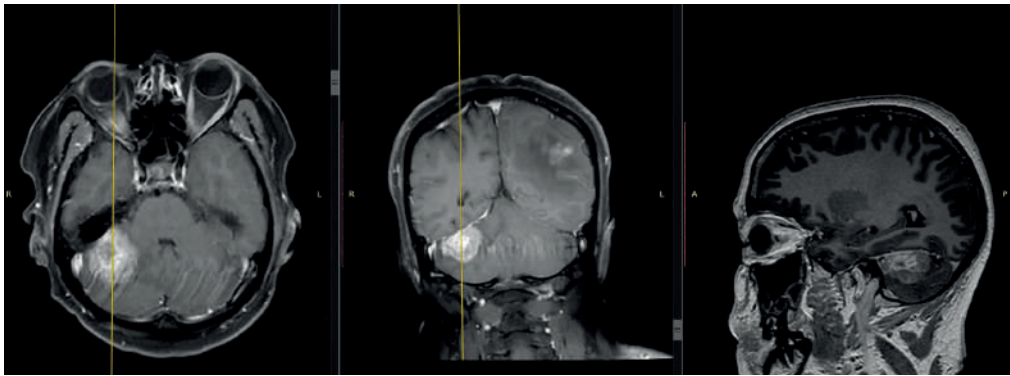


Рисунок 1 – МРТ головного мозга. Режим T1 с контрастным усилением. Метастаз правой гемисферы мозжечка

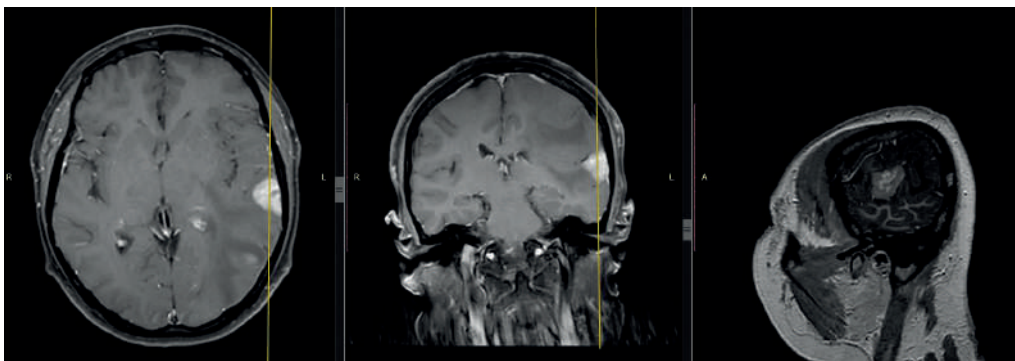


Рисунок 2 – Метастаз в левой височной доле

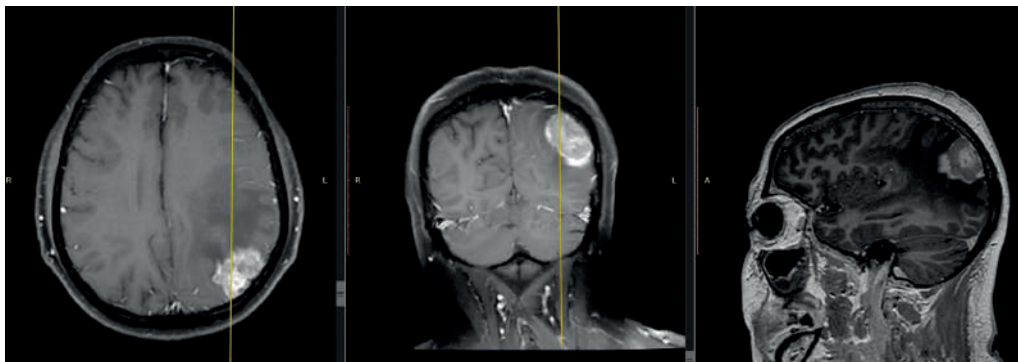


Рисунок 3 – Метастаз в левой теменной доле



Рисунок 4 – МР-картина перифокального отека вещества головного мозга

Учитывая наличие у пациентки эпилептических припадков, выраженной общемозговой симптоматики, пациентке была проведена операция:

«Проекционная краниозктомия. Микрохирургическое удаление метастазов в левых височной и теменной долях. Правосторонняя ретросиг-



модиная краниозэктомия. Микрохирургическое удаление метастаза правой гемисферы мозжечка». Резекция всех трех метастазов проводилась под контролем нейронавигационной системы Brainlab. Учитывая интраоперационную картину отека вещества головного мозга, было решено

резерцированный костный лоскут на место не ставить. Послеоперационный период протекал гладко, проводилась плановая экстубация. На 1-сутки после операции проведена КТ головного мозга (рис. 5, 6).

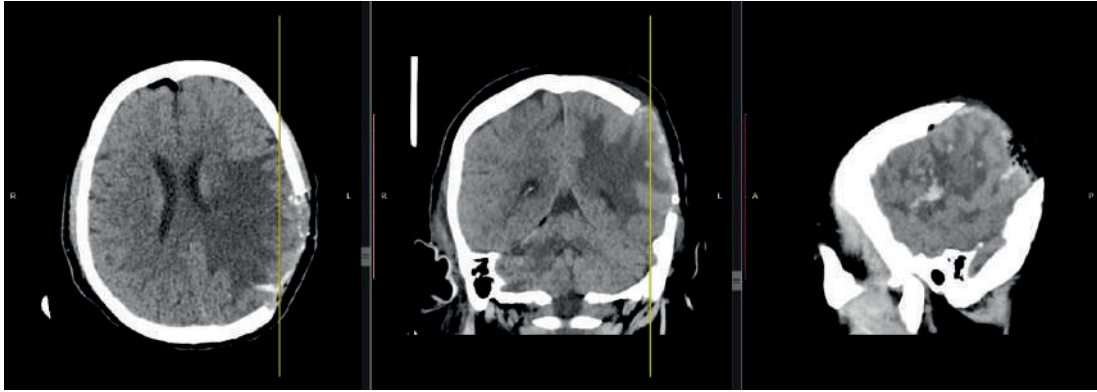


Рисунок 5 – КТ головного мозга после операции

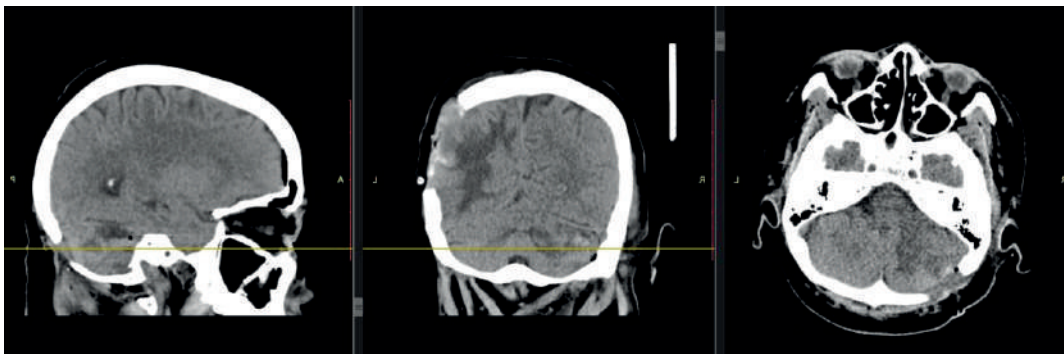


Рисунок 6 – КТ головного мозга после операции

Патогистологическое исследование: Патоморфологическая картина соответствует метастазу недифференцированной карциномы.

В послеоперационном периоде у пациентки отмечалось улучшение состояния в виде регресса общемозговой симптоматики. Судорог за период

наблюдения не было. Выписана с рекомендациями для прохождения дальнейшей адъювантной терапии у онколога. Контрольные МРТ-снимки спустя 3 месяца после операции (рис. 7).

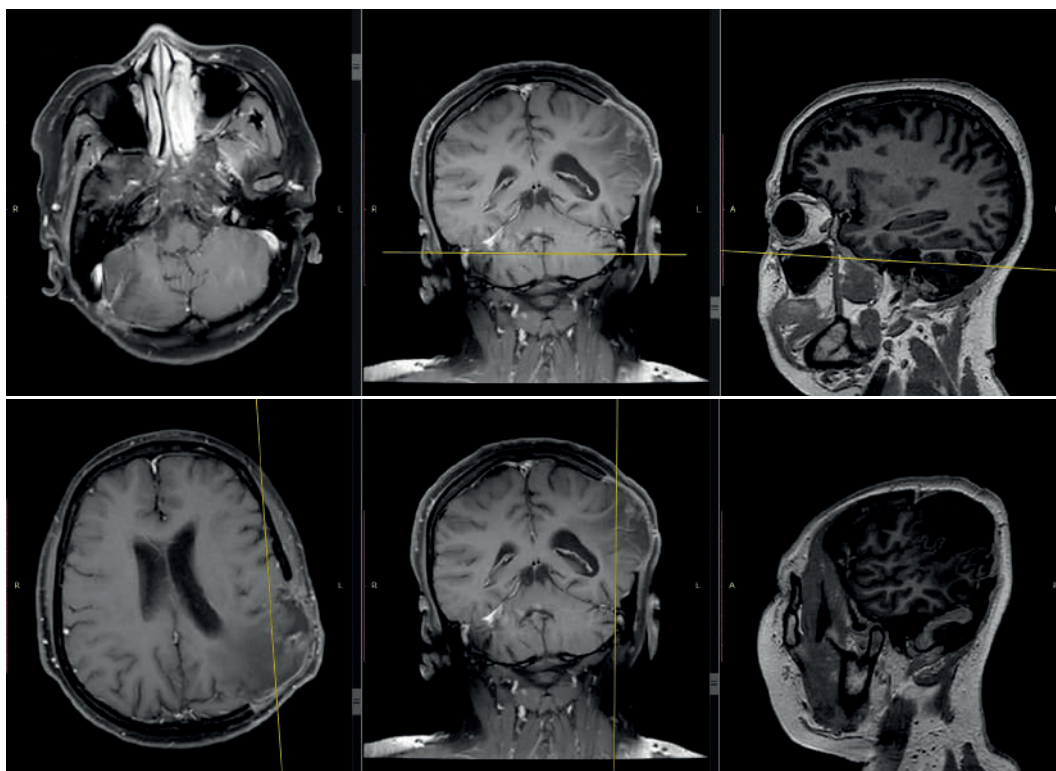


Рисунок 7 – Контрольные МРТ-снимки спустя 3 месяца после операции

Обсуждение

Метастатическое поражение головного мозга – это патологическое состояние, отличающееся от других опухолевых поражений головного мозга или интракраниальных образований тем, что в данных случаях имеются клиничко-лабораторные нарушения со стороны системы свертывания крови, особенно у пациентов уже перенесших адъювантную терапию, а также нарушения функции органа – первичного очага. Поэтому требуется особый мультидисциплинарный подход у данной категории пациентов. Наличие метастаза в головной мозг значительно ухудшает течение и прогноз основного процесса, снижает качество жизни. К сожалению, на данный момент нет общепризнанного стандарта лечения данной категории пациентов, в связи с чем, подход к терапии остается эмпирическим. В методы лечения на сегодняшний день входят медикаментозная проти-

воотечная терапия (Дексаметазон, при отсутствии абсолютных противопоказаний), хирургическая резекция опухоли, радиохирургическое лечение, адъювантная терапия. Опыт нашей клиники, показывает, что наилучших результатов для пациента можно достичь только путем комбинирования всех вышеперечисленных методов.

Заключение

При лечении данной нозологии имеет место индивидуальный подход, учитывая клинические проявления заболевания, данные МР, КТ исследований. Конкретно в данном случае, состояние пациента позволило нам радикально резерцировать все три метастаза, и передать пациента на получение лечения у онкологов, тем самым, достигнув ремиссии судорожных припадков, регресса общемозговой симптоматики, улучшив качество жизни пациентки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Posner J.B. Management of brain metastases // *Rev Neurol (Paris)*. – 1992. - 148(6-7). - 477.
2. Graus F., Walker R.W., Allen J.C. Brain metastases in children // *J Pediatr*. – 1983. - 103(4). - 558.
3. Nathoo N., Toms S.A., Barnett G.H. Metastases to the brain: Current management perspectives // *Expert Rev Neurother*. – 2004. – 4. - 633-640.
4. Barker F.G. Craniotomy for the resection of metastatic brain tumors in the U.S. 1988-2000:



- Decreasing mortality and the effect of provider caseload // *Cancer*. – 2004. – 100. - 999-1007.
5. Patchell R.A., Regine W.F., Loeffler J.S., Sawaya R., Andrews D.W., Chin L.S. Radiosurgery plus whole-brain radiation therapy for brain metastases // *JAMA*. – 2006. – 296. - 2089-2090.
 6. Fabi A., Felici A., Metro G., Mirri A., Bria E., Telera S., Moscetti L., Russillo M., et al. Brain metastases from solid tumors: disease outcome according to type of treatment and therapeutic resources of the treating center // *J Exp Clin Cancer Res*. – 2011. – 30. - 10-17.
 7. Paek S.H., Audu P.B., Sperling M.R., Cho J., Andrews D.W. Reevaluation of surgery for the treatment of brain metastases: review of 208 patients with single or multiple brain metastases treated at one institution with modern neurosurgical techniques // *Neurosurgery*. – 2005. – 56. - 1021-1034.
 8. Golden D.W., Lamborn K.R., McDermott M.W., Kunwar S., Wara W.M., Nakamura J.L., Sneed P.K. Prognostic factors and grading systems for overall survival in patients treated with radiosurgery for brain metastases: variation by primary site // *J Neurosurg*. – 2008. - 109(Suppl). - 77-86.

Н.А. Рыскелдиев, М.А. Тлеубергенов, Д.С. Баймуханов, Д.К. Жаксыбаев, Р.А. Токшекенова, А.Ж. Мажкенов

АО «Ұлттық нейрохирургия орталығы», Астана қ., Қазақстан

МИДАҒЫ БІРНЕШЕ МЕТАСТАЗДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ РЕЗЕКЦИЯЛАУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Мидағы бірнеше метастаздар күрделі және жеке тәсілді қажет ететін ауыр медициналық жағдай болып табылады. Бұл ісіктерді хирургиялық резекциялау пациенттерді емдеуде шешуші рөл атқарады, олардың өмір сүру сапасын жақсартуға және онкологиялық аурулармен күресуді жалғастыруға мүмкіндік береді. Бұл тұрғыда мидың бірнеше метастатикалық зақымдануының хирургиялық резекциясының әрбір жағдайы хирургтардың жоғары біліктілігі мен заманауи технологияларды қажет ететін күрделі клиникалық жағдай болып табылады.

Негізгі сөздер: ми метастазы, онкология, хирургиялық резекция.

N.A. Ryskeldiyev, M.A. Tleubergenov, D.S. Baimukhanov, D.K. Zhaksybayev, R.A. Tokshekenova, A.Zh. Mazhkenov

JCS «National Center for Neurosurgery», Astana, Republic of Kazakhstan

A CLINICAL CASE OF SURGICAL RESECTION OF MULTIPLE METASTATIC BRAIN LESIONS

Multiple brain metastases are a serious medical condition that requires a comprehensive and individual approach. Surgical resection of these tumors plays a key role in the treatment of patients, providing an opportunity to improve their quality of life and continue the fight against cancer. In this context, each case of surgical resection of multiple metastatic brain lesions is a complex clinical case requiring highly qualified surgeons and modern technologies.

Keywords: brain metastasis, oncology, surgical resection.