

УДК 616.83

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ОПУХОЛЕЙ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

© В.Е. Олюшин, А.Ю. Улитин, Б.И. Сафаров

Olyushin V.E., Ulitin A.Y., Safarov B.I. Results of treatment of tumour metastasizes in the brain. Surgical treatment of metastasises in the brain enables to achieve appreciable retrogress of neurologic infringements in many cases, to prolong life term of patients and to raise a level of their social adaptation. It allows to consider surgical treatment as the basic method in the combined therapy. Surgical treatment of metastasises allows to achieve retrogress of neurologic infringements in 80 % of cases at the minimal number of postoperative complications and a small lethality and to increase life expectancy of patients with a satisfactory level of social adaptation. The survival rate of patients is influenced by age of patients, nature and localization of the initial nidus, synchronism or metachronism defeats, presence of metastasises in other bodies, localization and quantity {amount} of the metastatic centers, the somatic status. Average life expectancy of patients with metastasises has made 11,8 months, the annual survival rate is marked at 48,55 % of patients, and the five years' survival rate is achieved in 10,87 % of cases.

ВВЕДЕНИЕ

Рост онкологической заболеваемости, улучшение диагностики и ближайших результатов лечения рака приводят к увеличению продолжительности жизни больных. Вместе с тем увеличивается частота метастазирования в различные органы, в том числе, в головной мозг.

Частота метастазов в головной мозг составляет 10–20 случаев на 100 000 населения. При средней онкологической заболеваемости в мире (300–500 случаев на 100 000 населения в год) данная проблема имеет глобальный характер [1]. Среди всех интракраниальных опухолей метастазы в мозг составляют до 30 %, а у 40–50 % онкологических больных они определяются на аутопсии [2–5]. На первом месте по частоте метастазирования в головной мозг находится рак легкого – 50–60 % [6, 1]. Второе место занимает рак грудных желез – до 30 % [7]. Резко возросла частота метастазов меланомы (9–16 %) [8]. По данным Fell D.A. (1980) и Врега К. (1990), 50–75 % больных с диссеминированной формой меланомы имеют метастазы в головной мозг. Метастазы рака почки составляют 6–9 % [9, 10].

Тем не менее, в настоящее время нет единой тактики лечения данных пациентов. По данным проведенных исследований, хирургическое лечение метастазов в мозг дает возможность во многих случаях достичь значительного регресса неврологических нарушений, продлить сроки жизни больных и повысить уровень их социальной адаптации [7, 10–13]. Это позволяет относиться к хирургическому лечению как к основному методу в комбинированной терапии [14, 15].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ комплексного обследования и лечения 113 больных с метастазами в головной мозг, находившихся в Российском нейрохирургическом институте им. проф. А.Л. Поленова (РНХИ) в период с 1993 по 2002 г.

В 103 (91,1 %) случаях обращение в РНХИ больных с метастазами в головной мозг было первичным, в 10 (8,9 %) – повторным. Одиночный характер поражения отмечался у 70 (62 %) больных, множественный – у 43 (38 %). По числу очагов поражения больные с множественными метастазами подразделены на подгруппы: с двумя метастазами (23); с тремя метастазами (11); более трех метастазов (9). Средний возраст больных составил 48,6 лет (от 20 до 76 лет). В зависимости от времени появления очагов выделены две группы: 1) пациенты с синхронными метастазами (выявлены в пределах 3-х месяцев после диагностики основного заболевания) – 43 (38,1 %); 2) с метастазами (выявлены после 3-х месяцев) – 70 (61,9 %). Локализация первичного очага указана в табл. 1.

Таблица 1
Локализация первичного очага в исследуемой группе

Локализация первичного очага	Число наблюдений	
	абс. ч.	%
Легкое	30	29,2
Меланома	19	18,3
Грудная железа	13	12,6
Почки	12	11,6
Желудочно-кишечный тракт	8	7,8
Половые органы	5	4,9
Щитовидная железа	4	3,9
Прочие	4	3,9
Не установлен	8	7,8
Всего	103	100

В зависимости от степени компенсации онкологического заболевания больные распределены на две группы. Первую группу составили 82 (72,5 %) пациента со стабильным первичным очагом поражения после проведенного комплексного онкологического лечения. Из них у 73 выполнено хирургическое удаление опухоли, которое в 42 случаях дополнено проведением химиотерапии и в 24 – лучевой терапии. Во вторую группу – 31 (27,5 %) вошли больные, у которых, наряду с

метастатическим поражением головного мозга, отмечалось наличие вторичных очагов в других органах. Наиболее часто метастатические очаги располагались в легких – у 20 (64,5 %) пациентов; в органах брюшной полости – 12 (38,7 %) случаев; реже поражались мочеполовые органы – 5 (16,2 %) и кости скелета – 5 (16,2 %). Данная группа расценена как некомпенсированная по основному заболеванию.

В головном мозге метастазы чаще поражали лобную долю – 44 (25 %), теменную долю 40 (22,7 %), затылочную долю – 28 (15,9 %), височную долю – 22 (12,5 %) и мозжечок – 29 (15,4 %). Очаги в подкорковых структурах, стволе мозга и желудочковой системе встречались

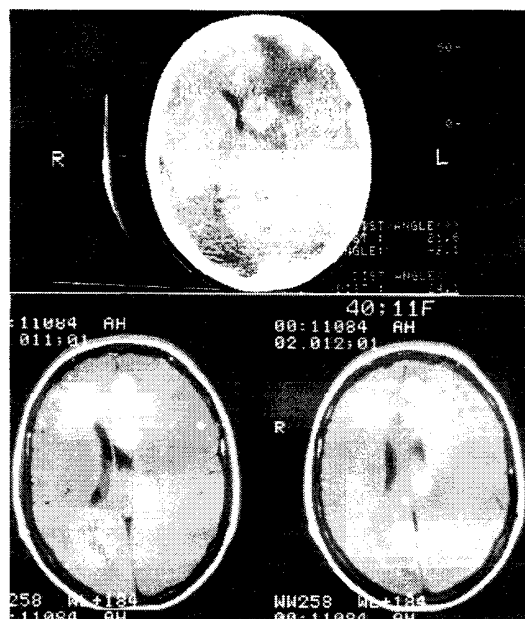


Рис. 1. Множественные метастазы в головной мозг на КТ и МРТ

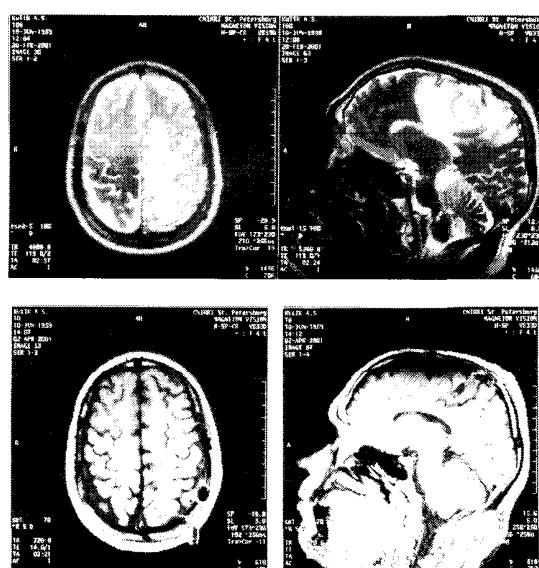


Рис. 2. Пациент с метастазом рака почки в левую теменную долю до и после операции

в единичных случаях. У всех пациентов метастазы диагностированы на магнитно-резонансном томографе. Следует отметить, что компьютерная диагностика не позволяет диагностировать небольшие метастазы (рис. 1).

Хирургическое лечение проведено 101 (89 %) больному. У 12 (11 %) пациентов ввиду множественных очагов поражения, отдаленных метастазов в других органах и нестабильного состояния первичного очага от операции воздержались. В 84 (83 %) случаях операция производилась в один этап, у 13 (13 %) пациентов операция выполнена в два, а у 4 (4 %) больных – более чем в два этапа (рис. 2, 3).

В послеоперационном периоде умерли 3 (2,9 %) больных. В раннем послеоперационном периоде у 18 (16 %) отмечалось нарастание неврологической симптоматики.

Химиотерапия проведена у 32 (28 %) больных. 10 (8,8 %) больным выполнена лучевая терапия суммарной облучающей дозой 40–60 Гр.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Подавляющее большинство пациентов – 91 (80,5 %) выписаны с улучшением; ухудшение отмечалось лишь у 8 (7,1 %) больных. Состояние по шкале Karnofsky, в среднем, составило 76 баллов. 41 (36,3 %) пациент смог вернуться к прежней работе.

Кагностические данные были собраны у 46 (44,6 %) больных. Среди 12 больных с метастазами рака легкого до 1 года дожили 7 (58,3 %) больных, 2 года прожили 5 (41,6 %), 3 года – 4 (33 %), 4 года – 3 (25 %) и до 5 лет прожили 2 (16,6 %) больных. При метастазах меланомы (12 больных) 1 год прожили 4 (33 %) больных; 2 года – 3 (25 %); 3 года – 2 (16,6 %); 4 года – 1 (8,3 %) больной; до пяти лет не дожил никто. Из 6 больных с метастазами рака молочной железы до 1 года дожили 3 (50 %) больных, 2 года – 2 (33,3 %), рубежа 5-летней выживаемости достигла одна больная.

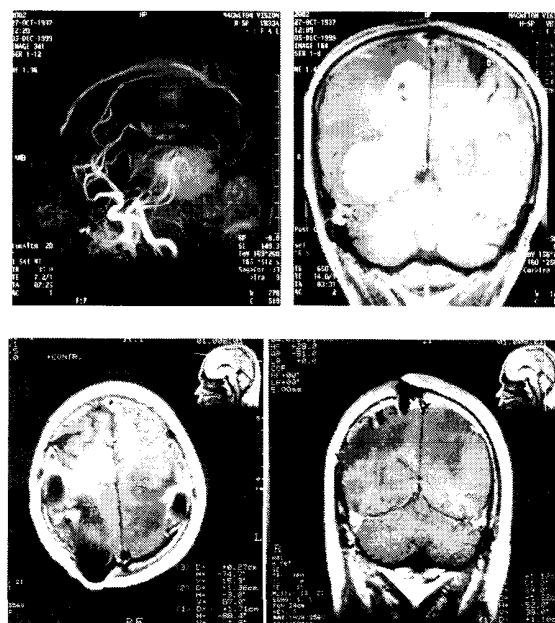


Рис. 3. Пациент с множественными метастазами меланомы в оба полушария большого мозга до и после 2-х этапного оперативного вмешательства

При метастазах рака почки 1 год прожили 2 (40 %) больных; 2 года – 2 (40 %); 3 года – 1 (20 %) больной; четырехлетней и пятилетней выживаемости не достиг никто.

В катamnестической группе средние показатели выживаемости больных с метастазами в мозг были следующие: до 6 месяцев дожили 37 (80,4 %) пациентов; 1 год – 22 (48,5 %); 2 года – 16 (35,53 %); 3 года – 12 (28,08 %); 4 года – 7 (15,21 %); пятилетняя выживаемость составила 10,87 % и была достигнута в 5 наблюдений.

У больных со стабильным первичным очагом – 38 (82 %) больных средняя продолжительность жизни (СПЖ) была 14,2 месяца, в то время как в группе с удаленным первичным очагом – 8 (18 %) СПЖ была 9,1 месяца. В группе больных, имевших метастазы в другие органы – 9 (20 %) случаев – СПЖ составила 8,2 мес., а 37 (80 %) больных, не имевших метастатических очагов в других органах – 14,6 месяца.

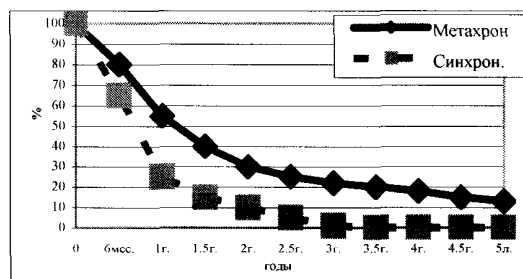


Рис. 4. Выживаемость больных с синхронными и метасинхронными метастазами в мозг

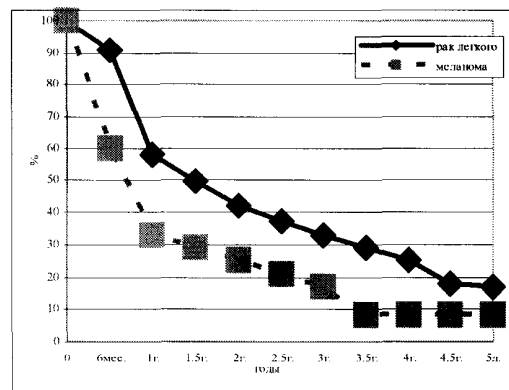


Рис. 5. Выживаемость больных с метастазами рака легкого и меланомы

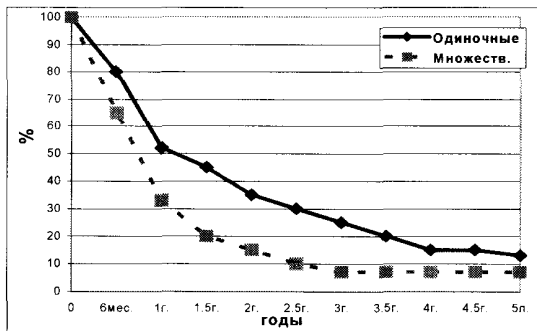


Рис. 6. Выживаемость больных с одиночными и множественными метастазами

В группе больных с синхронными метастазами – 9 (19,6 %) годовая выживаемость составила 25 %, пятилетней не достиг ни один больной, а СПЖ была 8,6 месяца. Данные показатели оказались намного ниже, чем у больных с метасинхронными метастазами в головной мозг – 37 (80,4 %) наблюдений – 15,2 месяца (рис. 4). СПЖ у больных с метастазами меланомы в головной мозг составила 9 месяцев, до года дожили 33 %, а пятилетняя выживаемость отмечена в 8,3 % наблюдений. В группе больных с метастазами рака легкого СПЖ – 16,2 месяца, годовая выживаемость отмечена у 58,3 % и пятилетняя выживаемость в группе составила 16,6 % (рис. 5). У больных с одиночным поражением СПЖ составила 15,4 месяца, до года дожили 52 %, а пятилетняя выживаемость отмечена в 12,5 % наблюдений. При множественном поражении СПЖ была 8,3 месяца, один год прожили 35 % пациентов, а пятилетняя выживаемость достигнута в одном случае – 7 % (рис. 6).

ВЫВОДЫ

1. Хирургическое лечение метастазов позволяет в 80 % случаев добиться регресса неврологических нарушений при минимальном числе послеоперационных осложнений и небольшой летальности и увеличить продолжительность жизни больных с удовлетворительным уровнем социальной адаптации.

2. На выживаемость больных влияют следующие факторы: возраст больных, характер и локализация первичного очага, синхронность или метасинхронность поражения, наличие метастазов в других органах, локализация и количество метастатических очагов, соматический статус.

3. Средняя продолжительность жизни больных с метастазами составила 11,8 мес., годовая выживаемость отмечена у 48,55 % пациентов, а пятилетняя выживаемость достигнута в 10,87 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Boring C.C. Cancer statistics // Cancer. 1994. № 44. P. 7-26.
2. Cairncross J.G., Posner J.B. The management of brain metastases // Oncology of the Nervous System / ed. M.D. Walker. Boston, 1983. P. 341-377.
3. Posner J.B. Management of brain metastases // Rev. Neurol. (Paris). 1992. № 148. P. 477-487.
4. Sawaya R., Hammoud M., Ligon B.L. et al. Intraoperative localization of tumor and margins // Textbook of Gliomas / eds. M.S. Berger, C.B. Wilson. Philadelphia: Saunders, 1997. P. 317-354.
5. Sawaya R. Surgical treatment of brain metastases // Clin. Neurosurgery. 1999. № 45. P. 41-47.
6. Sawaya R., Bindal R.K. Metastatic brain tumors // Brain Tumors. An Encyclopedic Approach / eds. A.H. Kaye, E.R. Laws. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1995. P. 923-946.
7. Pieper D., Hess K.R., Sawaya R.A. The role of surgery in the treatment of brain metastases in breast cancer patients // Society of Surgical Oncology Fourth Annual Cancer Symposium. 1996. P. 31-38.
8. Allan S.G., Cornbleet M.A. Brain metastases in melanoma // Therapy of Advanced Melanoma / ed. P. Rumke. Basel, 1990. V. 10. P.100.
9. Wronski M., Arbit E., Burt M. et al. Survival after surgical treatment of brain metastases from lung cancer: A follow-up study of 231 patients treated between 1976 and 1991 // Neurosurgery. 1995. № 83. P. 605-610.
10. Wronski M., Arbit E., Russo P. et al. Surgical resection of brain metastases from renal cell carcinoma in 50 patients // Urology. 1996. № 47. P. 187-193.
11. Bindal A.K. A comparison of surgery and radiosurgery in the treatment of brain metastasis // Neurosurg. 1995. № 82. P. 355.
12. Bindal R.K. Surgical treatment of multiple brain metastases // Neurosurgery. 1993. № 79. P. 210-216.

13. *Wrorski M., Arbit E., McCormick B.* Surgical treatment of 70 patients with brain metastases from breast cancer // *Cancer*. 1997. № 80. P. 1746-1754.
14. *Гайдар Б.В.* Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей. СПб.: Гиппократ, 2002.
15. *Kondziolka D., Lunsford L.D.* Brain metastases // *Brain Surgery* / ed. M.L. Apuzzo. N. Y., 1993. V. 1. P. 615-641.

Поступила в редакцию 6 мая 2006 г.