

Ш.М.Кариев, М.Х.Кариев

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

*Республиканский Научный Центр нейрохирургии
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г.Ташкент*

Sh.M. Kariev, M.H. Kariev

TO A QUESTION ON SURGICAL TREATMENT OF HAEMORRHAGES AT METASTASES OF A CANCER IN A BRAIN

Среди злокачественных метастатических опухолей центральной нервной системы подавляющее большинство составляют метастазы рака в головной мозг. Среди осложненных отягощающих течение патологического процесса у больных с метастатическими опухолями головного мозга, наиболее серьезными являются кровоизлияние в опухоль и прилежащие к ней ткани. Эти осложнения встречаются часто.

Нами анализировано 38 больных (22 мужчины и 16 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет, у которых произошел инсульт – кровоизлияние в метастатическую опухоль и прилежащие ткани. Эти осложнения нередко требуют срочного установления уточненного диагноза и решения вопроса о применении необходимых мероприятий для сохранения жизни больного, однако определение истинного характера геморрагий нередко представляется весьма сложным. Обуславливая симптомокомплекс, аналогичный таковому при сосудистом заболевании, внутриопухолевые кровоизлияния часто диагностируются как одна из форм церебральной патологии. Затруднения в диагностике кровоизлияний при опухолях мозга усиливаются также вследствие малой изученности этой патологии. Тяжесть состояния и быстрое наступление летального исхода у больных, особенно при злокаче-

ственных опухолях мозга, не позволяют достаточно подробно и своевременно изучить основные проявления опухолевого процесса непосредственно после кровоизлияния. О геморрагиях опухолевого генеза, протекающих на фоне сосудистой патологии мозга, и высокой токсичности раковых опухолей сообщали многие исследователи.

Все больные прошли полное клиническое обследование, включая КТ и МРТ, которые выявили, что у всех 38 больных было кровоизлияние в опухоль и прилежащие к ней ткани.

Геморрагии и опухоль располагались в лобной доле-10 наблюдений, теменной – 8, височной – 10, затылочной – 7, в 2 случаях кровоизлияние было в виде субдуральной гематомы и в 1 случае – с прорывом в подлежащий боковой желудочек.

Метастазировать в головной мозг может рак любой локализации. Диагностика метастаза в головной мозг представляет значительные трудности и они локализовались в белом веществе больших полушарий. Первичный очаг у 16 больных не выявлен. В 13 случаях первичным очагом при раковых метастазах головного мозга у мужчин явились легкие, у женщин в 9 случаях – грудные железы.

При анализе материала кровоизлияния непосредствен-

но в опухоль были обнаружены в 38 случаях. При этом следует отметить, что геморрагии не ограничивались местом расположения опухоли и нередко в виде отдельных экстравазатов располагались перифокально. В 12 случаях геморрагии найдены в тканях, прилежащих к опухоли, в одном случае кровоизлияние носило характер субдуральной гематомы; в 2 случаях обнаружены кровоизлияния в опухоль и прилежащий боковой желудочек и в одном случае после операционного кровотечения найдена гематома, заполнившая ложе удаленной опухоли, и имбиция кровью прилежащих тканей. Кровоизлияния приводили к развитию дальнейших нарушений церебрального кровообращения, отека и набухания.

Кровоизлияние в опухоль приводит к изменениям ее структуры. Опухоль нередко пропитывается кровью; в ней обнаруживаются очаги некроза, иногда почти тотального, особенно при спонгиобластоме. В связи с расстройством кровообращения как в самой опухоли, так и в веществе мозга, часто наблюдаются очаги размягчения, которые, естественно, захватывают и стенки самих сосудов.

Следует отметить, что все обследованные больные поступали в клинику с признаками далеко зашедшего ракового процесса. В клинической картине заболевания отмечалось нарастание признаков гипертензии и интоксикации при постепенном затухивании локальных симптомов.

Клиническая картина кровоизлияния в опухоль или прилежащие к ней ткани отличается сложностью и варибельностью. В связи с внезапностью наступления кровоизлияний симптоматика их нередко оценивается как следствие нарушения мозгового кровообращения иного генеза, ибо кровоизлияния в опухоль нередко происходят при бессимптомно протекающем опухолевом процессе. При этом изменяются отдельные локальные симптомы, часто преходящие. Правильная оценка этих симптомов может навести на мысль о назревающей первичной или повторной геморрагии. Острое, реже медленное начало клинических проявлений заболевания, нарастание тяжести состояния больного, потеря сознания или общая заторможенность являлись наиболее частыми и типичными признаками кровоизлияния в опухоль. Если не наступает летальный исход, рефлекторные нарушения сосудистой и ликворной дисциркуляции продолжают нарастать, усиливаются нарушения ориентировки, проявляются менингеальные симптомы, затухиваются локальные признаки и более отчетливо выступают общемозговые. Углубляется пирамидная недостаточность, клинические проявления сосудистых нарушений: геморрагии – некроза, при котором источником геморрагии являются сосуды опухоли прилежащей к ней зоны мозга, а также сосуды мозговых оболочек. Эти геморрагии в значительной степени определяются характером опухоли. При злокачественных внутримозговых опухолях они встречаются чаще, чем при доброкачественных. Патоморфологически в опухоли и перифокальной зоне обнаруживаются экстравазаты и очаги некроза. Синдром сосудистой окклюзии наблюдается при сдавлении опухолью крупных сосудов с последующим наступлением дисциркулярных расстройств, особенно в венозной сети. Синдром вазопатии связан в основном, с нарушениями рефлекторно-динамического типа; в подобных случаях патоморфологически обнаруживался выход эритроцитов в периваскулярные пространства, ишемизация ограниченных участков или явления венозного застоя. Следствием, изменения в опухоли и прилежащих участках мозга весьма полиморфны, в связи с чем и клиническая симптоматика случаев крайне разнообразна, динамична. Повышение внутричерепного давления, сдавление близлежащих венозных вместилищ способствуют возникновению новых симптомов.

Клиническая картина болезни развивается инсультнообразно, когда происходит кровоизлияние в метастатическую опухоль и прилежащие ткани, в отличие от первичных опухолей головного мозга. В таких случаях с самого начала выявлялись общемозговые симптомы, к которым присоединяются очаговые нарушения.

Кровоизлияние в метастаз рака и перифокально харак-

теризуется быстрым развитием коматозного состояния с грубыми нарушениями функции стволовых отделов в течение очень короткого промежутка времени, с глубокой утратой сознания, отсутствием реакции на болевые раздражители, угнетение рефлекторной деятельности, исчезновением значимых реакций с возникновением синдрома горметонии. Указанные клинические проявления сопровождаются нарушением жизненно важных функций, сердоно-сосудистой деятельности и дыхания в течение нескольких часов после кровоизлияния.

Прогрессирование отека головного мозга и воздействие геморрагического очага характеризуется быстрым развитием заболевания. В клинической картине на первый план выступают различные сочетания общемозговых и стволовых симптомов, при этом четко выявляются локальная неврологическая симптоматика и сторона поражения. В последующем наступает ухудшение состояния больных, что обусловлено реакциями мозга на кровоизлияние. Все больные этой группы срочно оперированы.

Все 38 больных поступили в клинику с признаками далеко зашедшей стадии заболевания. После кровоизлияния состояние больных еще более ухудшалось. Внезапно наступило резкое ухудшение состояния, протекающее по типу инсульта, и больные теряли сознание.

Все наши больные находились в крайне тяжелом состоянии и в этих условиях хирургическое вмешательство было единственным способом спасения жизни больного. Оперативные вмешательства производились в ближайшие сроки после диагностирования кровоизлияния после КТ и МРТ-томографии.

Предоперационная подготовка осуществлялась анестезиологом-реаниматологом, который проводил весь комплекс необходимых мероприятий, направленных на устранение и предупреждение нарушений жизненно важных функций. Оперативное вмешательство производилось под общим интрахеальным наркозом.

Для радикального удаления геморрагического очага с опухолью применяли широкую трепанацию черепа над предполагаемым очагом с обнажением мозга. После уточнения локализации опухоли и гематомы производили щадящее рассечение коры, удаляли отсосом геморрагический очаг и бережно удаляли опухоль. После этого значительно пролабировавшееся в рану мозговое вещество западало в рану, появлялась пульсация мозга. Затем рана ушивалась наглухо. В ходе операции больным проводился весь комплекс лечебных мероприятий, увязанных с этапами операции. В послеоперационном периоде больной оставался под наблюдением анестезиолога-реаниматолога и нейрохирурга, которые проводили весь комплекс лечебных мероприятий.

Из 38 больных перенесли операцию и остались живы 24 пациента. При стабилизации состояния они были переведены в радиологический онкологический диспансер для дальнейшей лучевой и химиотерапии соответственно первичной локализации опухоли.

По данным катмнеза у данных больных повторного метастазирования в головной мозг не было.

Литература

1. Андреева А.Ф., Балицкая Е.К., Касьяненко И.В. Новые подходы в диагностике злокачественных опухолей и их метастазов // *Метастазирование злокачественных опухолей: Новые подходы: Матер. 2 Всесоюз. Сим.* (22-24 окт., 1991); АН УССР; Ин-т проблем онкологии и радиологии. - Киев, 1991. - С. 61.
2. Бабчин И.С., Бабчина И.П., Калкун В.Р. *Метастатический рак мозга.* - Л. - 1974. - С. 9-180.
3. Диагностика и лечение метастазов рака в головной мозг / Ромоданов А.П., Зогуля Ю.А., Соснов Ю.Д., Лисянский Н.И. // *Метастазирование злокачественных опухолей. Новые подходы: Тез. докл. I Всесоюз. симп.* - Киев, 1987. - С. 110-111.
4. Идрисова М.И. Хирургическое лечение метастазов рака легкого в головной мозг // *Соматоневрологические синдромы: Сб. науч. тр.* / Ун-т Дружбы Нар.-им. П. Лумумбы. - М., 1979. - С. 53-54.
5. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н. Компьютерная томография в нейрохирургической практике. - М. Медицина. 1985. - С. 20-80.
6. Корниенко В.Н., Липатцев И.И., Касумова С.Ю. Значение компьютерной томографии в хирургическом лечении метастатических опухолей головного мозга // *Вопр. нейрохирургии им. Бурденко.* - 1986. - №1. - С. 31-37.
7. Корнейчук А.Г. Клиника и диагностика метастатического рака головного мозга с первичным источником в надпочечнике и почке // *Неврология и психиатрия.* - Вып. №6. - Киев. 1977. - С. 70-73.