

*И. В. БАЛЯЗИН-ПАРФЕНОВ<sup>1</sup>, Э. Е. РОСТОРГУЕВ<sup>1</sup>, С. С. ТОДОРОВ<sup>1</sup>,  
С. Э. КАВИЦКИЙ<sup>1</sup>, Д. П. АТМАЧИДИ<sup>1</sup>, Е. А. ФЕДОСОВ<sup>1</sup>, И. А. КРАСНОЧЕНКО<sup>2</sup>*

## **МЕТАСТАЗ РАКА ЛЕГКОГО В НАМЕТ МОЗЖЕЧКА, СИМУЛИРУЮЩИЙ МЕНИНГИОМУ**

<sup>1</sup>ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России,  
Россия, 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я Линия, 63;  
тел. +7928 2267155. E-mail: balyazinparfenov@mail.ru;

<sup>2</sup>Центр МРТ «Черноземье»,  
Россия, 347935, г. Таганрог, ул. Ломакина, 57

В литературе уже описаны случаи метастазирования в твердую мозговую оболочку (ТМО) рака различной локализации. В нашем наблюдении у больной 43 лет метастаз рака легкого (по данным МРТ) симулировал менингиому латеральной поверхности намета мозжечка с компрессией медиобазальных отделов правой височной доли. Больная оперирована, гистологическое исследование – метастаз папиллярной аденокарциномы легкого в ТМО намета мозжечка с участками инвазии опухоли в твердую мозговую оболочку. Сделаны выводы о довольно частом бессимптомном течении первичных опухолей с манифестацией их метастазами в головной мозг. У пациентов с выявленными новообразованиями головного мозга обязателен поиск первичной опухоли для исключения метастатического поражения головного мозга и своевременного начала адекватного комплексного лечения.

*Ключевые слова:* метастаз рака, намет мозжечка.

*I. V. Balyazin-Parfenov<sup>1</sup>, E. E. Rostorguev<sup>1</sup>, S. S. Todorov<sup>1</sup>, S. E. Kavitskiy<sup>1</sup>,  
D. P. Atmachidi<sup>1</sup>, E. A. Fedosov<sup>1</sup>, I. A. Krasnochenko<sup>2</sup>*

## **METASTASIS OF LUNG CANCER IN THE TENTORIUM OF THE CEREBELLUM, SIMULATING A MENINGIOMA**

<sup>1</sup>Rostov state research oncology institute,  
Russia, 344037, Rostov-on-don, street 14 Line, 63; tel. +7928 2267155. E-mail: balyazinparfenov@mail.ru;

<sup>2</sup>Center MRI «Chernozemye»,  
Russia, 347935, Taganrog, str. Lomakina, 57

In the literature already described cases of metastasis to the dura (dura) of various cancers. In our observation, the patient was 43 years metastasis of lung cancer (MRI) faked a meningioma of the lateral surface of the Tentorium of cerebellum with compression mediobasal divisions of the right temporal lobe. The patient was operated, histological studies metastasis of papillary adenocarcinoma of the lung in the dura of the tentorium of cerebellum with areas of tumor invasion into the dura. Conclusions on a fairly frequent asymptomatic course of primary tumors, with the manifestation of their brain metastases. The patients with known brain tumors are subject to mandatory search of the primary tumor to exclude metastatic brain lesions and timely initiation of adequate comprehensive treatment.

*Key words:* metastasis of cancer, the tentorium of the cerebellum.

В последние годы мы довольно часто сталкиваемся с манифестацией первичной опухоли только с появлением метастатического поражения головного мозга. Современная визуализация (МРТ) диагностирует объемные образования головного мозга. Их структура, локализация, зона роста опухоли, неврологический статус больных позволяют утверждать наличие первичной опухоли головного мозга.

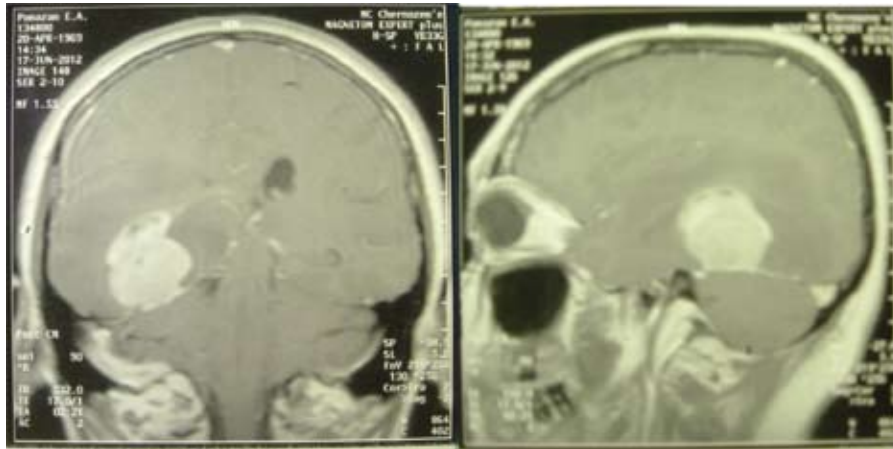
В литературе уже описаны случаи метастазирования в твердую мозговую оболочку (ТМО) рака молочной железы, предстательной железы, гортани, толстой кишки, эндометрия, желудка, мочевого пузыря, лимфом, лейкозов, нейроblastомы, легкого [1, 2]. Но мы не встретили случаев, иллюстрирующих метастатическое поражение намета мозжечка, симулирующее менингиому,

хотя встречались литературные данные, в которых метастазы в ТМО сначала рассматривались как менингиомы и даже сопровождалась субдуральными гематомами [3, 4]. В связи с этим приводим клиническое наблюдение метастаза рака верхней доли левого легкого в намет мозжечка у 43-летней женщины, который по данным МРТ симулировал менингиому латеральной поверхности намета мозжечка с компрессией медиобазальных отделов правой височной доли. Больная П., 43 года (история болезни № 9825/б), поступила в отделение нейроонкологии ФГБУ РНИОИ Минздрава России (директор института профессор О. И. Кит) 26.06.2012 г. с жалобами на головокружение, головную боль, периодическую шаткость при ходьбе. Из анамнеза: в течение месяца беспокоили головная боль, головокружение, шаткость при ходьбе, обонятельные галлюцинации в виде постоянного ощущения неприятных запахов, которые сочетались со снижением обоняния и вкуса справа. Спустя три недели после появления вышеуказанной симптоматики был генерализованный эпилептический приступ с аурой (со слов больной) в виде звука летящего шмеля, в связи с чем пациентка обратилась на консультацию к неврологу с подозрением на объемное образование ЗЧЯ справа. На МР-томограмме головного мозга в Центре МРТ «Черноземье» врачом МРТ И. А. Красноченко визуализировано солидное объемное образование, исходящее из латеральной поверхности намета мозжечка справа, с компрессией медиобазальных отделов правой височной доли, дислокацией срединных структур влево на 16 мм, деформирующее правый боковой желудочек. Больная направлена в отделение нейроонкологии ФГБУ РНИОИ. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, сухие. В легких – дыхание везикулярное, слева ослаблено. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 78 в мин. Живот мягкий, безболезненный. В неврологическом статусе – общемозговой, атаксический, эписиндромы, вкусовые и обонятельные галлюцинации. Пирамидная симптоматика была представлена оживлением рефлексов и снижением чувствительности на противоположной опухоли левой стороне, что было выявлено только при клинико-неврологическом исследовании. В день поступления выполнено общеклиническое дообследование: СКТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, где выявлен периферический с централизацией рак верхней доли левого легкого с метастазами во внутригрудные л/у, правого корня, средостения. Фибробронхоскопия – кровоточащий перибронхиально-узловой t-г верхней доли левого легкого. УЗИ органов брюшной полости, малого таза – патологии не выявлено. Гинеколог – патологии не выявлено. Консультация офтальмолога

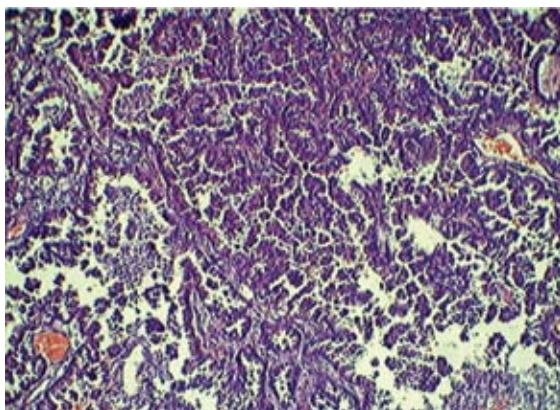
не выявила ни снижения остроты и нарушения поля зрения, ни застойных дисков зрительных нервов, что свидетельствовало о небольшом сроке роста и развития опухоли, не повлекшей гипертензионных изменений. Больная консультирована торакальными онкологами. Решено консилиумом первым этапом выполнить удаление опухоли намета мозжечка.

02.07.2012 г. из субтемпорального доступа выполнена подвисочная костно-пластическая трепанация черепа (оперировал д. м. н. И. В. Балязин-Парфенов). Решение идти субтемпоральным доступом было основано на отсутствии прорастания его нижнего листка и ростом опухоли из верхнего листка дубликатуры ТМО намета мозжечка. Данный вид доступа описан Осамой Аль-Мефти [5]. Твердая мозговая оболочка напряжена, после капельного введения 15%-ного маннита 400 мл вскрыта радиарно, с основанием нижнего треугольника к базису. Ретрактором приподнята височная доля и обнаружена опухоль 3,5x3,5x3 см, бугристая, серовато-розового цвета, мягкой консистенции, растущая из намета мозжечка, компримирующая задние отделы височной доли. Микрохирургически опухоль удалена радикально вместе с зоной роста из верхнего листка намета мозжечка с резекцией верхнего листка дубликатуры ТМО намета. Обратило на себя внимание, что мягкая консистенция не характерна для менингиомы, а при отделении диатермией зоны роста опухоли верхний листок с зоной роста опухоли легко удален от нижнего листка намета. При морфологическом исследовании (г/а № 40387-393/12) – метастаз папиллярной аденокарциномы. После проведения операции швы сняты на 10-е сутки, заживление первичное, неврологический дефицит полностью регрессировал на 1-е сутки послеоперационного периода. Больная активизирована на вторые сутки. Консультирована радиологом и химиотерапевтом, решено провести курс полихимиотерапии (ПХТ), пациентка переведена в отделение химиотерапии. После 3 курсов ПХТ рекомендовано выполнить контрольную СКТ органов грудной клетки и фибробронхоскопию для определения дальнейшей тактики ведения больной. Приводим пример МР-томограмм больной П. (рис. 1), где по виду опухоли можно судить о менингиоме латерального края намета мозжечка. Ниже мы приводим гистологические препараты удаленного метастаза.

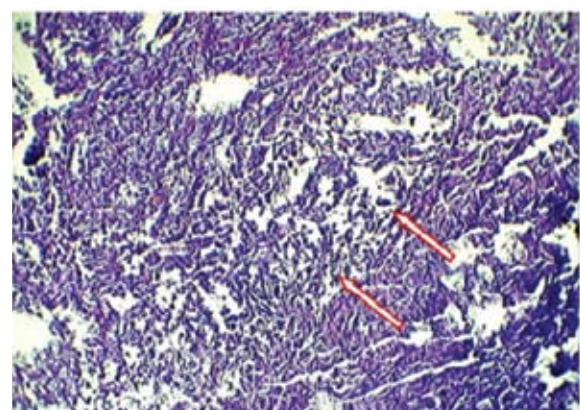
Данный клинический случай демонстрирует метастатическое поражение намета мозжечка, симулирующее на МРТ менингиому намета мозжечка. Кроме того, до появления неврологической симптоматики рак легкого протекал бессимптомно. Предполагалось первично множественное опухо-



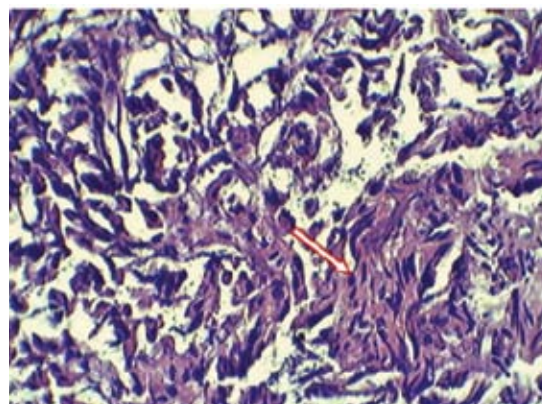
**Рис. 1.** МРТ головного мозга больной П. – Выявлена опухоль, растущая из латеральной поверхности намета мозжечка справа с компрессией медиобазальных отделов правой височной доли, дислокацией срединных структур влево



**Рис. 2.** Метастаз папиллярной аденокарциномы легкого в твердую мозговую оболочку намета мозжечка. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. x100



**Рис. 3.** Участки инвазии опухоли в твердую мозговую оболочку. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. x100



**Рис. 4.** Опухолевый тромб в просвете кровеносного сосуда твердой мозговой оболочки. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. x400

левое поражение, сочетание рака легкого и менингиомы намета мозжечка. Можно сделать выводы: 1) первичные опухоли довольно часто протекают бессимптомно и манифестируют с появлением метастазов в головной мозг; 2) быстрое нарастание неврологической симптоматики и отсутствие нейроофтальмологических изменений могут быть признаками метастатического поражения; 3) пациенты с выявленными на МРТ новообразованиями головного мозга, напоминающими менингиому,

подлежат обязательному онкопоиску (РКТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, фибробронхоскопии, фиброгастроскопии, УЗИ щитовидной железы) с целью исключения метастатического поражения головного мозга и своевременного начала адекватного комплексного лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мацко Д. Е., Иванцов А. О., Гафтон Г. И., Носов А. К., Артемьева А. С., Воробьев Н. А., Пономарева О. И. Метастаз

рака предстательной железы в твердую мозговую оболочку // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А. Л. Поленова. – 2010. – Т. II. № 1. – С. 76–81.

2. Kleinschmidt-DeMasters B. K. Dural metastases. A retrospective surgical and autopsy series // Arch. path. lab. med. – 2001. – Vol. 125. – P. 880–887.

3. Laigle-Donadey F., Taillibert S., Mokhtari K. et. al. Dural metastases // J. neuro-oncol. – 2005. – Vol. 75. – P. 57–61.

4. N' dri Oka D., Varlet G., Boni N. et. al. Dural metastasis of prostatic adenocarcinoma presenting as acute intracranial subdural hematoma: a case report // J. neuroradiol. – 2000. – Vol. 27. – P. 282–284.

5. Al-Mefty O. Meningiomas. – New York: Raven Press, 1991.

Поступила 15.04.2015

**О. Н. РОСТОВЦЕВА<sup>1</sup>, Л. С. МАЛЫГИНА<sup>1</sup>, Т. А. МИСЕРБУЛАТОВА<sup>1</sup>, С. В. КОЛОЯН<sup>2</sup>**

## **СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЦИКЛИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

<sup>1</sup>Кафедра эндокринологии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России (КубГМУ), Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. (861) 2521744. E-mail: endocrinkgmu@mail.ru;

<sup>2</sup>ООО «Краснодарский медико-биологический центр», Россия, 350042, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 34. E-mail: oscar-kmbc@mail.ru

В последние годы классификацию гиперкортицизма дополняет циклическая форма болезни Иценко-Кушинга (БИК), причиной которой в большинстве случаев является опухоль гипофиза – кортикотропинома. У некоторых пациентов с циклической формой БИК клинические признаки могут быть непостоянными или отсутствовать, «случайно» выявляясь при лабораторном исследовании в виде высокого уровня кортизола [1]. Изложенная ниже история пациентки демонстрирует редко встречающуюся форму циклического гиперкортицизма у девушки 18 лет.

*Ключевые слова:* циклическая болезнь Иценко-Кушинга, кортикотропинома, кортизол.

**O. N. ROSTOVTSOVA<sup>1</sup>, L. S. MALYGINA<sup>1</sup>, T. A. MISERBULATOVA<sup>1</sup>, S. V. KOLOYAN<sup>2</sup>**

SUBCLINICAL MANIFESTATION OF THE CYCLICAL CUSHINGS DISEASE

<sup>1</sup>Endocrinology department Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, 4, Sedina str.; tel. (861) 2521744. E-mail: endocrinkgmu@mail.ru;

<sup>2</sup>Medico-biological center of Krasnodar, Russia, 350042, Krasnodar, 34, 40 Let Pobedy str. E-mail: oscar-kmbc@mail.ru

In recent years, the classification of Cushing complements the cyclic form of Cushing's disease (BIC), the cause of which in most cases is a pituitary tumor – kortikotropinomy. Some patients with cyclic form BIC clinical signs may be unstable or absent, «accidentally» revealed by laboratory study of high levels of cortisol [1]. Set out below shows the history of the patient is rarely found form cyclic Cushing girl 18 years.

*Key words:* cyclic Cushing's disease, kortikotropinomy, cortisol.

### **Введение**

Болезнь Иценко-Кушинга (БИК) – это тяжелое эндокринное заболевание, обусловленное образованием аденомы гипофиза и/или гиперплазией кортикотрофов, продуцирующих избыточное количество адренокортикотропного гормона (АКТГ), и развитием синдрома гиперкортицизма [1]. Клинические проявления БИК хорошо изучены, широко известны врачам разных специальностей и включают следующие синдромы: артериальную гипертонию, системный остеопороз, нарушение половой функции, трофические изменения кож-

ных покровов, энцефалопатию, миопатию, иммунодефицит, нарушение углеводного обмена и другие. Однако в последние годы в классификации гиперкортицизма [1] была отдельно выделена редкая форма БИК – циклическая [2]. Общепринятыми критериями для диагностики циклической формы БИК является наличие трех пиков и двух спадов секреции кортизола. Причиной циклической БИК в 54% случаев является кортикотропинома, в 26% – АКТГ-эктопическая опухоль, в 11% – опухоль надпочечников [3]. Циклическая форма БИК может иметь классические проявления, но