

С.М. Банов^{1,3}, А.В. Голанов^{1,3}, М.Б. Долгушин², А.Х. Бекашев², Е.Р. Ветлова¹, А.А. Дургарян¹

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА: СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Москва;

2. Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава РФ, Москва;

3. Центр Гамма-нож, Москва

Реферат

Несмотря на существенные успехи в лечении пациентов со злокачественными новообразованиями, лечение пациентов с метастазами в головном мозге остается серьезной проблемой. В большинстве случаев эти пациенты требуют мультидисциплинарного подхода в лечении, который включает нейрохирургическое лечение, лучевую терапию и лекарственное лечение (химиотерапия и таргетная терапия).

В настоящее время внедрение новейших технологий значительно расширило показания к проведению нейрохирургического лечения и снизило послеоперационную летальность. Несмотря на то, что проведение облучения всего головного мозга после проведения хирургического лечения снижает риск развития интракраниальных рецидивов, имеется тенденция к отказу от облучения всего головного мозга в пользу проведения локальной стереотаксической радиотерапии очага удаленного метастатического очага.

Развитие методик радиохирургического лечения с использованием аппаратов «Гамма-нож», «Кибер-Нож» и линейных ускорителей с микро-многопестковыми коллиматорами существенно изменило результаты лечения пациентов с метастазами в головном мозге, что позволило сформулировать новые принципы лечения этой популяции пациентов. В настоящее время радиохирургическое лечение применяется у пациентов с множественными метастазами в головном мозге.

В настоящем обзоре подведены итоги анализа текущих литературных данных по результатам хирургического, радиохирургического и лекарственного лечения пациентов с метастатическим поражением головного мозга с акцентом на выживаемость, локальный контроль, дистантное метастазирование, качество жизни, а также на потенциальные комбинации существующих методов лечения.

Ключевые слова: метастазы в головной мозг, стереотаксическая радиохирургия, таргетная терапия, облучение всего головного мозга, нейрохирургическое лечение

Введение

Метастазы в головной мозг (МГМ) злокачественных опухолей – наиболее часто встречающиеся интракраниальные новообразования. В связи с успехами онкологии в целом длительность жизни пациентов увеличивается и, следовательно, частота регистрации МГМ возрастает. Развитие МГМ является фактором неблагоприятного прогноза: медиана выживаемости у больных с неоперабельными МГМ составляет только 51 сут. Поэтому эффективная терапия и локальный контроль МГМ имеет первостепенное значение для прогноза и качества жизни пациентов [1, 2].

В настоящее время локальное лечение (стереотаксическая радиотерапия и хирургическое лечение) являются важнейшими компонентами мультидисциплинарного подхода при лечении пациентов с метастатическим поражением головного мозга. Системная химиотерапия у пациентов с МГМ, учитывая наличие гематоэнцефалического барьера и особенности кровоснабжения головного мозга, носит дополнительный характер.

В данной статье представлен обзор основных методов лечения пациентов с МГМ.

Эпидемиология

МГМ встречаются в 10 раз чаще, чем все первичные опухоли головного мозга. Различные исследования показывают, что симптоматические метастазы в головном мозге выявляются у 8–10 % всех онкологических пациентов. В результате увеличения общей выживаемости онкологических пациентов благодаря успехам лекарственного лечения, а также улучшению диагностики, частота выявления МГМ увеличивается [3].

Источником МГМ у взрослых чаще всего является рак легких (40 %), рак молочной железы (10–20 %), рак

почки (5–7 %), меланома (от 3 до 15 % в разных странах Европы), рак органов желудочно-кишечного тракта (4–6 %) и рак матки (5 %). В 5 % случаев при появлении МГМ первичный очаг не выявляется [4].

Наиболее высокий метастатический потенциал распространения в головной мозг имеет меланома и мелкоклеточный рак легкого. Метастазы меланомы в головной мозг на фоне экстракраниальной диссеминации процесса ко второму году наблюдения развиваются у 80 % пациентов. Приблизительно в 37–50 % всех случаев метастатическое поражение головного мозга проявляется в виде солитарного очага, в 50–63 % случаев метастазы имеют множественный характер [5].

Патогенез

Мозг – это уникальный «орган-мишень», который характеризуется наличием гематоэнцефалического барьера и отсутствием лимфатического дренажа. Развитие МГМ происходит вследствие гематогенной диссеминации опухолевых клеток из первичного очага, с последующей фиксацией на эндотелии микрососудистого русла, проникновением в паренхиму мозга, что сопровождается неоангиогенезом и клеточной пролиферацией.

Высокое содержание хлорида в межклеточной жидкости препятствует образованию клонов из клеток эпителиального происхождения. Вероятно, что особая среда мозга привлекает клетки нейроэпителиального происхождения, такие как клетки рака легкого или меланомы. Это объясняет различия в частоте регистрации МГМ различных по морфологии первичных опухолей. Клетки метастатической меланомы и клетки нейронных субпопуляций имеют общий эмбриогенез, что обуславливает высокую частоту развития метастазирования меланомы в головной мозг [6].

Интракраниальные метастазы могут локализоваться в разных анатомических образованиях мозга. Супратенториальные метастазы составляют 80–85 %, метастазы в мозжечок – 10–15 %, в ствол мозга – 3–5 %, поражение мозговых оболочек – 1–2 %. Такое распределение, вероятно, зависит от особенностей кровоснабжения. Чаще опухолевые клетки фиксируются на эндотелии капилляров на границе серого и белого веществ головного мозга [4].

Диагностика и визуализация

Основанием заподозрить метастатическое поражение головного мозга у онкологического больного является появление неврологической симптоматики. Основными клиническими проявлениями метастазирования в головной мозг являются головная боль, неврологический дефицит и эпилептические приступы. Нейропсихологическое тестирование выявляет когнитивные нарушения в 65 % случаев, в основном у пациентов с множественными метастазами [7].

Стандартом нейровизуализации МГМ является магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастированием препаратами гадолиния. Обычно при МРТ в режиме T_1 метастазы не визуализируются без контрастного усиления, но выявляются как очаги повышенного сигнала в режиме T_1 после контрастного усиления. МГМ часто имеют округлую форму, нередко с зоной некроза внутри, обычно хорошо отграничены от мозгового вещества. В МГМ меланомы, рака почки, колоректального рака и хориокарциномы нередко выявляются как интра- так и экстракраниальные кровоизлияния, определяемые как очаги гиперинтенсивного сигнала в режиме T_1 без контрастного усиления. Часто вокруг МГМ наблюдается перифокальный отек в виде зон повышенного сигнала в режиме T_2 и FLAIR, иногда значительно выраженный даже при небольших метастатических узлах, с формированием масс-эффекта [8].

Применение МРТ с увеличенными дозами контрастирования у пациентов со стереотаксической рамой позволяет визуализировать на 34–40 % больше метастатических очагов, чем при предшествующих диагностических МРТ [9].

Имеются данные, показывающие, что у 6 % пациентов визуализировались дополнительные метастатические очаги при МРТ, выполненной в день радиохирургии при толщине среза 1–2 мм в сравнении с ранее выполненной диагностической МРТ с толщиной среза 3–5 мм [10].

Контрастирование метастатических очагов – динамический процесс. Задержка сканирования на 10–25 мин после введения контрастного вещества позволяет визуализировать дополнительные метастатические очаги и провести радиохирургическое лечение всех выявленных очагов. Между 1-м и 2-м сканированием с интервалом 15 мин после введения контраста у 41,2 % пациентов выявлялись от 1 до 14 дополнительных МГМ [11].

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение является одним из основных методов лечения пациентов с МГМ. Совершен-

ствование технологий хирургического лечения значительно расширило возможности метода в лечении пациентов с метастатическим поражением головного мозга [12]. Длительное время хирургическое лечение МГМ ограничивалось только рамками паллиативной помощи, однако за последнее время в нескольких проспективных исследованиях были определены группы пациентов, для которых проведение хирургического лечения обеспечивает увеличение общей выживаемости [13].

Основными целями хирургического вмешательства, наряду с установлением (или подтверждением) гистологического диагноза, являются локальный контроль интракраниальных метастазов, уменьшение неврологической симптоматики, сохранение функционального статуса, улучшение качества жизни и увеличение выживаемости [14, 15].

Локализация МГМ вне функциональных зон мозга, возможность тотального удаления, проведения послеоперационной визуализации для оценки степени радикальности удаления опухоли и дальнейшего послеоперационного наблюдения являются наиболее важными прогностическими факторами достижения хорошего локального контроля МГМ [16].

Факторы прогноза лучшей выживаемости пациентов с МГМ включают: наличие одиночного МГМ, доступного для тотального хирургического удаления, отсутствие экстракраниальной прогрессии, высокий функциональный статус пациента, отсутствие лептоменингеальной диссеминации, а также отсутствие или минимальные проявления неврологических расстройств.

В рандомизированном исследовании Patchell R.A. et al. [17] показано преимущество комбинированного лечения (хирургического лечения и облучения всего головного мозга) в сравнении с биопсией и облучением всего головного мозга (ОВГМ) у пациентов с одиночным МГМ. Выживаемость пациентов после хирургического лечения составила 40 нед в сравнении с пациентами после биопсии и ОВГМ (15 нед). Также в группе хирургического лечения у пациентов были более высокие показатели локального контроля и длительности сохранения высокого функционального статуса.

Позднее в рандомизированном исследовании, где сравнивалась эффективность комбинированного лечения (хирургического лечения и ОВГМ) и только хирургического лечения у пациентов с одиночным МГМ, Patchell R.A. et al. [18] был показан лучший интракраниальный контроль в группах комбинированного лечения по сравнению с только хирургическим лечением, однако показатели общей выживаемости и длительность сохранения высокого функционального статуса в обеих группах были идентичны.

Для метастатических очагов, вызывающих нарастающую неврологическую симптоматику, хирургическое удаление очага является единственным эффективным методом обеспечения немедленной помощи и ликвидации угрожающих жизни симптомов.

У пациентов с наличием резистентных к лекарственной терапии судорожных приступов, ассоциированных с наличием метастатического очага, про-

ведение хирургического лечения может обеспечить быструю ликвидацию судорожной активности [19].

Поскольку крупные очаги (максимальный диаметр очага более 2,5 см в диаметре или объемом более 10 см³) чаще всего вызывают неврологическую симптоматику, то проведение хирургического лечения в этой клинической ситуации является оправданным [20].

Относительным противопоказанием для хирургического лечения является наличие множественных МГМ. Хотя в отдельных клинических ситуациях пациенты могут получить улучшение качества жизни от проведения хирургического лечения, однако достижение увеличения общей выживаемости в этой группе пациентов представляется сомнительным [21].

У пациентов с интракраниальными рецидивами МГМ, стабилизацией экстракраниальной болезни и высоким функциональным статусом можно достичь увеличения общей выживаемости после хирургического удаления рецидива МГМ [22]. Хирургическое лечение, безусловно, является важной лечебной опцией и для пациентов с наличием проявлений симптоматического радионекроза после стереотаксической радиотерапии [23].

Таким образом, основными целями хирургического лечения пациентов с МГМ являются улучшение неврологического, функционального статуса, качества жизни, морфологическая верификация процесса, а также увеличение общей выживаемости в отдельных клинических ситуациях.

Локальный контроль является важным аспектом в лечении пациентов с МГМ. По данным Patel T.R. et al. [24], у 46 % пациентов после хирургического лечения развивается локальный рецидив. Поэтому хирургическая методика удаления МГМ оказывает существенное влияние на частоту возникновения локального рецидива. Применение методики удаления очага единым блоком позволяет снизить частоту локального рецидива до 14 %.

Однако такой подход, обоснованный с точки зрения общей онкологии, далеко не всегда применим в нейрохирургической практике вследствие необходимости особо деликатных манипуляций на головном мозге. Удаление метастаза единым блоком может быть более обосновано в случае его локализации в задней черепной ямке, когда имеется риск лептоменингеального распространения или нарушения ликвородинамики [25].

Для снижения риска локального рецидива Yoo H. et al. [26] предложили методику микроскопической тотальной резекции, когда нормально выглядящая перифокальная паренхима мозга удаляется вокруг очага на глубину 5 мм с помощью ультразвукового аспиратора. В проспективном исследовании микроскопическое тотальное удаление очага привело к снижению локального рецидива на сроке 12 мес с 59 % при фрагментарной полной резекции до 29 % в случае микроскопической тотальной резекции.

Таким образом, удаление МГМ единым блоком и применение микроскопической тотальной резекции являются весьма эффективными в снижении риска локального рецидива после хирургического лечения.

С учетом высокого риска локальных рецидивов после хирургического лечения проведение лучевой терапии в послеоперационном периоде является стандартной лечебной опцией.

В ретроспективном исследовании Smalley S.R. et al. [27] проведена оценка эффективности облучения всего головного мозга у пациентов после хирургического лечения с одиночным МГМ. Частота локальных рецидивов в группах послеоперационного ОБГМ и в группе наблюдения составила 21 и 85 % соответственно ($p < 0,0001$). Медиана общей выживаемости была больше в группе комбинированного лечения в сравнении с группой наблюдения (21 и 11,5 мес соответственно).

В рандомизированном исследовании EORTC 22952-26001 показано снижение частоты локальных рецидивов (с 59 до 27 %) и дистантных метастазов (с 42 до 23 %) в группе хирургического лечения и ОБГМ в сравнении с только хирургическим лечением, однако показатели общей выживаемости в группах были идентичны [28].

Таким образом, несмотря на явное уменьшение частоты интракраниальных рецидивов, а также учитывая риск нейрокогнитивных нарушений после ОБГМ, роль этого метода в увеличении общей выживаемости еще предстоит уточнить [29].

Альтернативой ОБГМ являются методы стереотаксической радиотерапии ложа МГМ после хирургического лечения. Это лечение обуславливает меньшую токсичность и более высокий локальный контроль метастатических очагов [30, 31].

В ряде исследований показано преимущество стереотаксической радиотерапии в режиме гипофракционирования перед радиохирургическим лечением для облучения ложа удаленного МГМ, так как объем облучаемой послеоперационной полости достаточно большой, что требует снижения дозы при радиохирургии, и это, в свою очередь, приводит к неудовлетворительному локальному контролю [30].

Таким образом, хирургическое лечение у пациентов с МГМ целесообразно проводить:

- при наличии 1–2 очагов с максимальным диаметром 2,5 см и более;
- при наличии очагов любого размера с выраженным перифокальным отеком и/или симптоматическим масс-эффектом, при угрозе блокирования ликворных путей;
- для морфологической верификации диагноза;
- при наличии интракраниальных рецидивов после ОБГМ или радиохирургии;
- при наличии симптоматического радионекроза, резистентного к проводимой терапии;
- при нарастающей неврологической симптоматике (включая судорожные припадки).

Лучевая терапия пациентов с метастазами в головной мозг

Лучевая терапия является, наряду с хирургическим лечением, основным методом лечения пациентов с МГМ. Развитие радиотерапии начинается с основополагающих работ Chao J. et al [32], которые в 1954 г.

опубликовали первые результаты облучения всего головного мозга у 38 пациентов с интракраниальными опухолями, и Leksell L. et al, опубликовавшего в 1951 г. в журнале «Acta Chirurgica Scandinavica» методику «стереотаксической радиохирургии в мозге». В настоящее время радиотерапия пациентов с МГМ существенно эволюционировала от методики облучения всего головного мозга до стереотаксической радиотерапии (в режиме радиохирургии или гипофракционирования) и её комбинации с другими лечебными опциями.

Облучение всего головного мозга

Длительное время ОВГМ было основным методом лечения пациентов с метастатическим поражением головного мозга. В современную эпоху ОВГМ по-прежнему применяется в определенных клинических ситуациях, когда проведение хирургической резекции или стереотаксической радиотерапии не представляется возможным или целесообразным [33].

Стандартным режимом фракционирования ОВГМ считается 30 Гр за 10 фракций или 37,5 Гр за 15 фракций. При плохом прогнозе общей выживаемости, низком функциональном статусе пациента или в случае повторного проведения ОВГМ оптимальным режимом фракционирования является схема 20 Гр за 5 фракций [34].

В случае множественных МГМ применение ОВГМ в самостоятельном варианте лечения, как правило, является оптимальной лечебной опцией, так как направлено на ликвидацию как визуализируемых МГМ, так и микрометастазов. Исследования показали улучшение клинической симптоматики у 64–83 % больных и увеличение медианы общей выживаемости с 1 мес без лечения до 3–7 мес после применения ОВГМ в самостоятельном варианте лечения [32, 33].

У пациентов с мелкоклеточным раком легкого ОВГМ применяется в случае полной (или частичной) регрессии первичного и других экстракраниальных метастатических очагов после химиотерапии с целью профилактики развития новых МГМ [35].

В исследовании RTOG 0214 сообщили о снижении риска развития МГМ после профилактического ОВГМ у больных немелкоклеточным раком легкого, однако не было выявлено статистически значимых различий в общей выживаемости [36].

Другие исследования показали положительный эффект от ОВГМ в виде снижения риска интракраниальной прогрессии, однако это не привело к статистически значимому улучшению выживаемости и не дало преимуществ с точки зрения качества жизни [37]. Негативным фактором при выборе опции ОВГМ у пациентов с хорошим прогнозом общей выживаемости является недостаточный контроль интракраниальных метастатических очагов. ОВГМ может быть сомнительной опцией при радиорезистентных метастазах, при этом 12-месячный локальный контроль не превышает 15 % [38]. ОВГМ ухудшает качество жизни, увеличивает риск нейрокогнитивных расстройств, а также может быть причиной развития лейкоэнцефалопатии и социальной дезадаптации пациента. Риск

лейкоэнцефалопатии возрастет с увеличением разовой дозы радиации и возрастом пациента [39].

В рандомизированном исследовании QUARTZ у пациентов с метастатическими очагами, не подходящими для проведения локальных методов лечения (хирургия или стереотаксическая радиотерапия) в группе ОВГМ (20 Гр за 5 фракций) и стероидной терапии, в сравнении с проведением только стероидной терапии не было выявлено статистически значимых различий в общей выживаемости. Результаты исследования подчеркивают необходимость уточнения группы пациентов, где симптоматическая терапия будет являться оптимальным решением [40].

В настоящее время проведение ОВГМ в самостоятельном варианте должно рассматриваться как недостаточное лечение у пациентов с хорошим прогнозом, так как в проспективных рандомизированных исследованиях было показано, что ОВГМ обеспечивает недостаточный по величине и ограниченный по времени контроль МГМ без увеличения общей выживаемости.

Таким образом, облучение всего головного мозга у пациентов с МГМ целесообразно проводить:

- при наличии экстракраниальной прогрессии и ограниченных резервов системного лечения;
- при наличии множественных МГМ (10 и более очагов);
- при наличии лептоменингеального поражения;
- при наличии крупных МГМ (более 2,5 см в диаметре) и противопоказаниях к проведению хирургического лечения и стереотаксической радиотерапии;
- при наличии интракраниальных рецидивов после хирургического лечения или стереотаксической радиотерапии.

Стереотаксическая радиотерапия

Стереотаксическая радиотерапия – вариант дистанционной лучевой терапии с использованием средств стереотаксической навигации и соответствующего технического оборудования, обеспечивающих прецизионное подведение высокой дозы ионизирующего излучения к четко отграниченной мишени за минимально возможное число фракций. Величина дозы ионизирующего излучения ограничивается риском развития постлучевых осложнений. Стереотаксическая радиотерапия может быть реализована в режиме радиохирургии, когда доза ионизирующего излучения подводится за одну фракцию, и в режиме гипофракционирования, когда доза ионизирующего излучения подводится за несколько (от 2 до 7) фракций.

Радиохирургия

В последние десятилетия стереотаксическая радиохирургия стала рассматриваться в качестве первой линии терапии пациентов с МГМ. Имеющиеся клинические данные подтверждают важную роль стереотаксической радиохирургии в достижении высокого локального контроля МГМ [5, 41, 42].

Ранние клинические исследования эффективности комбинации радиохирургии и ОВГМ по сравнению с применением только ОВГМ у пациентов с ограничен-

ным числом (4 и менее) МГМ показали преимущество комбинированного лечебного подхода, обеспечивающего лучший интракраниальный контроль, более длительное сохранение высокого функционального статуса в сравнении с только ОВГМ. Однако увеличения общей выживаемости в группе комбинированного лечения по сравнению с применением только ОВГМ достичь не удалось [4, 43].

Повторный анализ результатов исследования RTOG 9805, проведенный через 10 лет, показал преимущество общей выживаемости в группе комбинированного лечения у пациентов с RPA 1 классом или с одиночным МГМ [45].

В более поздних исследованиях проводилась оценка эффективности комбинированного лечения (радиохирургия и ОВГМ) в сравнении с применением только радиохирургического лечения. Одной из причин смещения акцентов исследований стала высокая частота нейрокогнитивных расстройств у пациентов после проведения комбинированного лечения [46, 47].

В рандомизированном исследовании EORTC 22952-26001 показано снижение частоты возникновения локальных рецидивов (с 31 до 19 %) и дистантных метастазов (с 48 до 33 %) в случае добавления к радиохирургии ОВГМ, однако увеличения общей выживаемости в группе комбинированного лечения в сравнении с только радиохирургическим лечением достичь не удалось [37].

Несмотря на споры вокруг результатов представленных исследований, отсутствие преимуществ в выживаемости, увеличение риска радионекроза и потенциально худшего когнитивного результата в группе комбинированного лечения (радиохирургия и ОВГМ), обусловило применение радиохирургии в самостоятельном варианте лечения предпочтительным вариантом лечения у больных с ограниченным метастатическим поражением головного мозга и максимальным диаметром очагов менее 2,5–3 см [48].

Для радиорезистентных опухолей до 2,5 см в диаметре, таких как меланома, рак почки, колоректальный рак, саркома, радиохирургия становится основным лечебным подходом, поскольку применение ОВГМ в лечении таких опухолей имеет низкую эффективность и высокую нейротоксичность [49].

Становится более определенной роль радиохирургии в лечении пациентов с множественными (5 и более очагов) МГМ. В проспективном многоцентровом когортном исследовании JLGK0901 показано, что применение радиохирургии в группах пациентов с 2–4 и 5–10 МГМ обеспечивает эквивалентные показатели общей выживаемости. Тем не менее, у пациентов с 5–10 МГМ было отмечено увеличение числа случаев развития новых (дистантных) МГМ, что определяет необходимость проведения повторного локального лечения [50].

Роль радиохирургии при лечении пациентов с МГМ до 2,5 см в диаметре значительно расширилась за последнее десятилетие. Радиохирургия может использоваться в самостоятельном варианте лечения, в комбинации с ОВГМ, до или после проведения ОВГМ. Радиохирургия обеспечивает высокие пока-

затели локального контроля МГМ, особенно в случае радиорезистентных опухолей. Несмотря на то, что радиохирургия позволяет избежать ухудшения нейрокогнитивных функций, она не влияет на риск развития новых (дистантных) МГМ, что может потребовать проведения повторного локального лечения (хирургического лечения, радиохирургии).

В ретроспективном исследовании Голанова А.В. и соавт. [51] представлены результаты радиохирургического лечения 572 пациентов с первично выявленными МГМ. Медиана общей выживаемости пациентов в исследовании составила 10,5 мес, а общая выживаемость на сроке 12 и 24 мес – 46,1 и 27,9 % соответственно. Медиана развития дистантных метастазов составила 8,8 мес с выживаемостью без развития дистантных метастазов на сроке 12 и 24 мес 37,8 и 24,1 % соответственно. С учетом высокого риска развития дистантных метастазов, проведение МРТ-мониторинга головного мозга и повторного локального лечения (радиохирургия, операция) приводит к увеличению общей выживаемости – 74,1 и 44,0 % на сроке 12 и 24 мес соответственно. Исходя из полученных данных, оптимальной опцией для пациентов с МГМ является радиохирургическое лечение с последующим проведением локального лечения в случае развития интракраниальных рецидивов.

Таким образом, стереотаксическая радиотерапия в режиме радиохирургии у пациентов с МГМ целесообразно проводить:

- при наличии множественных МГМ (до 10 очагов) с максимальным диаметром до 2,5 см без проявлений масс-эффекта и гидроцефалии с признаками внутричерепной гипертензии;
- после хирургического лечения крупного МГМ и наличии до 10 оставшихся после операции метастатических очагов, пригодных для проведения радиохирургического лечения;
- при наличии интракраниальных рецидивов МГМ после ОВГМ, хирургического лечения или стереотаксической радиотерапии.

Гипофракционирование

Стереотаксическая радиационная терапия (СРТ) в режиме гипофракционирования имеет несколько потенциальных преимуществ, включающих снижение токсичности лечения, особенно в случае крупных метастазов или тех очагов, которые локализуются в критических структурах мозга, а также улучшение локального контроля за счет увеличения общей суммарной дозы радиации. СРТ в режиме гипофракционирования является лучшей альтернативой ОВГМ, поскольку ОВГМ в этой клинической ситуации имеет сомнительную эффективность и отчетливую нейротоксичность [31, 52].

Результаты ряда исследований показывают эффективность и приемлемую токсичность СРТ в режиме гипофракционирования у пациентов с крупными МГМ (более 2,5 см в диаметре) и/или очагами, расположенными в непосредственной близости от критических структур мозга [53, 54].

Симптоматические МГМ часто имеют крупные размеры. С одной стороны, увеличение размеров МГМ требует увеличения дозы ионизирующего излучения, что приводит к увеличению риска развития постлучевых осложнений после проведения радиохирургии. С другой стороны, снижение дозы ниже 20 Гр, по данным Shehata M. et al. [65], приводит к ухудшению локального контроля метастатических очагов. Именно это делает сомнительным применение стереотаксической радиохирургии для лечения крупных (более 2,5 см в диаметре) МГМ.

В ретроспективном исследовании получены лучшие показатели локального контроля и неврологической токсичности режима гипофракционирования в сравнении с радиохирургией, даже несмотря на то, что у пациентов в группе гипофракционирования, как правило, преобладали очаги большего объема или локализованные в критических структурах мозга [55].

Проспективные исследования сравнения стереотаксической радиотерапии в режиме гипофракционирования и радиохирургии метастатических очагов, потенциально пригодных для проведения радиохирургии, не показали очевидных преимуществ гипофракционирования. Однако режим гипофракционирования стереотаксической радиотерапии имеет преимущество при облучении крупных очагов [56].

В исследовании Aoyama H. et al. [57] изучались эффективность и токсичность стереотаксической радиотерапии в режиме гипофракционирования. Локальный контроль метастатических очагов составил 85, 81 и 69 % на сроке 6, 12 и 24 мес соответственно. При многофакторном анализе прогностическим фактором локального рецидива оказался объем очага более 3 см³.

Ammirati M. et al. [8] опубликовали результаты II фазы проспективного исследования стереотаксической радиотерапии в режиме гипофракционирования симптоматических метастазов, с использованием режима 30 Гр за 5 фракций. Исследование подтвердило приемлемую токсичность и эффективность этого режима радиотерапии.

Выбор оптимальной дозы и числа фракций при проведении гипофракционирования является предметом текущих исследований. В настоящее время в НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко проводится II фаза рандомизированного исследования по оценке эффективности и токсичности эквивалентных по биологической эффективной дозе режимов СРТ: 3 фракции (до 24 Гр), 5 фракций (до 30 Гр) и 7 фракций (до 35 Гр). Из 72 пролеченных пациентов у 16 (22,2 %) развился локальный рецидив. Локальный контроль на сроке 6 и 12 мес составил 94,2 и 69,7 % соответственно. Медиана локального рецидива составила 19,8 мес. (95 % ДИ 15,0–41,9). Показатель 12-месячного локального контроля был 90,9, 84,6 и 45,9 % в группах 3, 5 и 7 фракций соответственно ($p = 0,07$). Локальный контроль у пациентов с очагами 7 см³ и менее и более 7 см³ составил 77,8 и 61,5 % соответственно ($p = 0,34$).

Новые метастазы в головном мозге развились у 21 (29 %) пациентов. Выживаемость без развития новых

МГМ составила 63,5 и 38,3 % на сроке 12 и 24 мес соответственно с медианой развития 18,4 мес.

Лучевые повреждения в виде нарастания перифокального отека и лучевого некроза зарегистрированы у 13 (18 %) из 72 пациентов: у 10 % пациентов сопровождалось симптомами нейротоксичности 2–3 степени, а у 8 % были асимптоматическими. Радионекрозы выявлены у 3 (20 %); 6 (24 %) и 4 (13,3 %) пациентов в группах 3, 5 и 7 фракций соответственно ($p = 0,38$). Статистического различия исследуемых клинических событий между группами фракционирования не выявлено.

Полученные результаты показывают эффективность и приемлемую токсичность режимов гипофракционирования стереотаксической радиотерапии у пациентов с крупными МГМ [1].

Таким образом, стереотаксическую радиотерапию в режиме гипофракционирования у пациентов с МГМ целесообразно проводить:

- при наличии крупных (более 2,5 см в диаметре) метастатических очагов без проявлений масс-эффекта, гидроцефалии с признаками внутричерепной гипертензии и наличием противопоказаний к хирургическому лечению;
- после хирургического лечения крупного МГМ с целью облучения ложа удаленного МГМ для снижения риска локального рецидива;
- при наличии интракраниальных рецидивов МГМ после ОБГМ, хирургического лечения или радиохирургии;
- при наличии очагов, расположенных в функционально значимых и критических зонах мозга (центральные извилины, ствол мозга, хиазма и пр.)

Побочные эффекты лучевой терапии

МГМ нередко сами по себе вызывают нейрокогнитивные нарушения и снижают качество жизни пациентов. В этом случае довольно тяжело оценить влияние облучения на дальнейшее когнитивное ухудшение, особенно у длительно живущих пациентов.

В рандомизированных исследованиях с использованием дополнительных тестов были подтверждены ранее полученные данные о негативном влиянии ОБГМ на нейрокогнитивные функции и качество жизни.

В III фазе клинического исследования EORTC отмечены более высокие показатели качества жизни у пациентов в группе наблюдения после хирургического лечения или радиохирургии в сравнении с пациентами, которым дополнительно проводилось ОБГМ. Это позволяет отложить ОБГМ и, как следствие, избежать осложнений, включая когнитивные нарушения, апатию, усталость и связанные с ними психологический стресс, снижение ролевого функционирования, а также предотвращает задержку проведения системной терапии [28].

В исследовании Junko E. et al. [39] отмечалось возникновение лейкоэнцефалопатии у пациентов после проведения ОБГМ на сроках 6, 12, 24 и 36 мес у 34,4; 42,9; 66,7 и 100 % пациентов соответственно. Пожилой

возраст явился важным фактором увеличения риска развития лейкоэнцефалопатии.

Таким образом, с учетом нейротоксичности ОБГМ, исключение его из плана лечения, при условии тщательного МРТ-мониторинга головного мозга, является оптимальной стратегией для сохранения качества жизни пациента.

Наиболее частым встречающимся осложнением стереотаксической радиотерапии является радиационный некроз, который, как правило, сопровождается отеком окружающих тканей. Частота развития симптоматического некроза зависит от локализации, объема облучения и подведенной дозы. Flickinger J. et al. [59] сообщили о повышении риска развития радионекроза, связанного с увеличением дозы и объема облученной нормальной ткани мозга.

Помимо ограничений доза–объем при проведении радиохирургии было установлено, что локализация МГМ, возможно, является предиктором постлучевых осложнений. Наибольшей толерантностью к облучению обладают полушария головного мозга и мозжечка, затем – структуры среднего мозга, а самый высокий риск лучевого повреждения – в стволе головного мозга. Зрительные нервы и хиазма в большинстве случаев толерантны к дозам радиации 8 Гр и менее, но с увеличением дозы радиации от 8 до 12 Гр риск постлучевых осложнений возрастает [21].

Увеличение дозы ионизирующей радиации при радиохирургии пропорционально увеличению размеров метастатического очага коррелирует с увеличением риска симптоматических перифокальных отеков и радионекрозов [52]. Таким образом, при выявлении очагов свыше 2,5 см в диаметре рекомендуется рассмотреть применение стереотаксической радиотерапии в режиме гиподифракционирования как оптимальную опцию лечения.

Таргетная терапия

За некоторыми исключениями, МГМ малочувствительны к проведению системной химиотерапии [60]. Однако таргетная терапия показала определенную эффективность в отношении МГМ с наличием специфических генетических мутаций. Одним из таких примеров является немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) с наличием активирующей EGFR мутации [61].

Полные и частичные частоты ответа на терапию ингибиторами тирозинкиназы были изучены в клинических исследованиях: было показано, что показатель регрессии МГМ на терапию гефитинибом колебался от 10 до 38 % с медианой длительности от 9 до 13,5 мес. Аналогичные результаты показаны и в случае терапии эрлотинибом [33].

У пациенток с Her2-положительным раком молочной железы в исследовании III фазы показано снижение частоты развития МГМ в группе терапии лапатинибом и капецитабином, в сравнении с монотерапией капецитабином (4 % против 13 % соответственно, $p = 0,045$) [63].

В исследовании CEREBEL (EGF111438) изучали частоту возникновения МГМ у больных с

Her2-положительным РМЖ в группах лапатиниб плюс капецитабин и трастузумаб плюс капецитабин. Частота метастазирования в исследуемых группах не отличалась ($p = 0,360$) и составила 3 и 5 % соответственно [64]. Кроме того, у значительного числа пациенток с Her2-положительным раком молочной железы отмечалась регрессия МГМ на терапию лапатинибом.

За последние годы прогресс в области иммунотерапии обеспечил большие терапевтические возможности для больных меланомой. Ипилимумаб, моноклональные антитела, которые блокируют рецепторы цитотоксических Т-лимфоцитов и стимулируют Т-клеточно-опосредованный противоопухолевый иммунный ответ, позволяют достичь интракраниального контроля у 24 % пациентов с бессимптомными и у 10 % с симптоматическими МГМ меланомы без существенных побочных эффектов [65]. Проведение терапии dabrafenibом и vemurafenibом у больных с МГМ B-raf-мутированной меланомы обеспечивает интракраниальный контроль у 30–39 % пациентов [66].

До сих пор существует мало данных об эффективности таргетной терапии у пациентов с МГМ рака почки. Имеющиеся серии ретроспективных исследований показали безопасность таргетной терапии, а также увеличение выживаемости за счет продолжения таргетной терапии после локального лечения [36].

Были первоначальные опасения в отношении применения бевацизумаба, ингибитора эндотелиального фактора роста, у пациентов с МГМ из-за повышенного риска интракраниальных кровоизлияний, но в дальнейшем была доказана его безопасность [67]. Небольшие перспективные исследования бевацизумаба в сочетании с другими лекарственными препаратами продемонстрировали его активность при МГМ рака молочной железы [68], немелкоклеточного рака легкого [68], меланомы [69].

Бевацизумаб является перспективным средством для лечения радионекрозов после стереотаксической радиотерапии. Опубликованы данные о высокой частоте рентгенографической (97 %) и клинической (79 %) регрессии проявлений радионекроза [70].

Хотя в настоящее время эффективность таргетной терапии остается скромной, имеющиеся результаты являются обнадеживающими.

Таким образом, системное лечение у больных с МГМ целесообразно проводить:

- у всех больных с первично выявленными МГМ для контроля экстракраниальных очагов с целью профилактики развития новых (дистантных МГМ);
- при выявлении МГМ у больных в процессе химиотерапии, в этой клинической ситуации химиотерапия продолжается для оценки чувствительности МГМ к проводимому лечению;
- при наличии молекулярно-генетических изменений, определяющих возможность проведения таргетной терапии;
- при невозможности проведения других вариантов лечения и наличии резервов системного лечения.

Симптоматическое лечение больных с МГМ целесообразно проводить:

- у больных с низким функциональным статусом (индекс Карновского менее 70, RPA 3 класса, GPA 0–1 балл), не связанным с неврологической симптоматикой;
- при наличии экстракраниальной прогрессии болезни и отсутствии резервов системного лечения.

Перспективы дальнейших исследований

Одним из направлений дальнейших исследований является создание лечебных стратегий профилактики МГМ у пациентов с высоким риском их развития. Ряд лекарственных препаратов может потенциально предотвратить развитие МГМ (темозоломид, пазопаниб, вотреинт) [71].

Результаты экспериментальных исследований показали, что темозоломид может предположительно уменьшить риск развития МГМ при раке молочной железы и немелкоклеточном раке легких. Однако применение темозоломида после окончания локорегионарного лечения у пациентов с распространенным НМРЛ не привело к снижению риска развития новых МГМ [72].

Другой подход, который набирает обороты за последние годы, заключается в проведении профилактики развития новых (дистантных) МГМ, когда пациенту (как правило, с ограниченными МГМ) после радиохирбургического лечения первично выявленных МГМ назначают таргетную терапию. При этом можно исключить из плана лечения ОБГМ у пациентов с высоким функциональным статусом и низким риском интракраниальных рецидивов.

В рамках этой стратегии продолжается II фаза исследования эффективности комбинаций: дабрафиниба и радиохирбургии у пациентов с BRAF V600E мутированной меланомой (NCT01721603); ниволумаба и радиохирбургии (NCT02978404); ипилимумаба с последующей радиохирбургией у пациентов с метастазами меланомы в головной мозг (NCT02097732). Продолжается пилотное исследование комбинации пембролизумаба и радиохирбургии при меланоме и немелкоклеточном раке легких (NCT02858869).

Кроме того, применение аппарата NovoTTF, который был одобрен FDA для использования в лечении рецидивирующей глиобластомы, рассматривается у пациентов с МГМ. В настоящее время проводится спонсируемое компанией-производителем исследование эффективности NovoTTF у пациентов с 1–10 метастазами НМРЛ в головной мозг после радиохирбургического лечения [72].

Значительный интерес сохраняется к минимизации последствий ОБГМ. Получены обнадеживающие результаты использования мемантина, а также исключение из объема облучения гиппокампа для сохранения нейрокогнитивных функций. В рандомизированном исследовании RTOG 0614 проводилась оценка эффективности мемантина для профилактики нейрокогнитивных расстройств после ОБГМ. Препарат назначался в дозе 20 мг/день течение 24 нед с начала ОБГМ. У пациентов в группе применения мемантина статистически достоверно реже наступало ухудшение

когнитивных функций в сравнении с группой плацебо. Ожидаются результаты 2 фазы исследования по сравнению ОБГМ с исключением из объема облучения зон гиппокампа и традиционного ОБГМ у пациентов с 1–4 МГМ (NCT02147028).

Продолжаются исследования результатов исключения ОБГМ у пациентов с ограниченными и множественными МГМ. В 3 фазе исследования проводится сравнение эффективности ОБГМ и радиохирбургии у пациентов с 4–10 МГМ. Основная цель исследования – сравнение качества жизни и нейрокогнитивные нарушения пациентов в исследуемых группах. Дополнительная цель – общая выживаемость, длительность сохранения функционального статуса и нейротоксичность. Результаты исследования ожидаются в апреле 2018 г. (NCT02353000).

Чрезвычайно интересным представляется развитие методики неoadъювантной радиохирбургии с последующим (в течение 48 ч) хирургическим удалением облученного очага. Продолжается набор пациентов в 1–2 фазу исследования неoadъювантной радиохирбургии резектабельных метастазов. Основная цель исследования – оценка нейротоксичности лечения и определение оптимальной радиохирбургической дозы (NCT01891318). Прекращен набор пациентов в проспективное когортное исследование эскалации дозы неoadъювантной радиохирбургии. Пациенты с размером очага от 2 до 4 см облучались дозой 15 Гр, а с размером очага от 4 до 6 см – дозой 12 Гр. Результаты исследования ожидаются в октябре 2017 г. (NCT01252797).

Заключение

Лечение больных с метастазами в головной мозг требует мультидисциплинарного подхода, когда рекомендации по лечению (хирургия, ОБГМ, радиохирбургия и системная терапия) основываются на клинических факторах пациента (функциональный статус, возраст, интракраниальная и экстракраниальная распространенность болезни) и генетических изменениях в опухоли.

Персонализированные подходы в лечении пациентов с МГМ являются оптимальными и улучшают результаты лечения. Формирование групп пациентов на основе определения молекулярно-генетических изменений и применение таргетных и иммунных препаратов будут способствовать дальнейшему улучшению результатов лечения пациентов с метастазами в головной мозг. ОБГМ сохраняет важное место в лечении этой группы пациентов, но его применение и роль в настоящее время пересматриваются.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Langley R., Stephens R., Nankivell M. et al. Interim data from the Medical Research Council QUARTZ Trial: does whole brain radiotherapy affect the survival and quality of life of patients with brain metastases from non-small cell lung cancer? // Clin. Oncol. 2013. Vol. 25. № 3. e23–30.
2. Голанов А., Банов С., Ветлова Е. Метастатическое поражение головного мозга: изменение парадигмы лучевого лечения // Вопросы онкологии. 2015. Т. 61. № 4. С. 530–545.
3. Nabors L., Portnow J., Ammirati M. et al. Central nervous system cancers, version 2.2014. Featured updates to the NCCN Guide-

- lines // J. Nat. Comprehensive Cancer Network: JNCCN. 2014. Vol. 12. № 11. P. 1517–1523.
4. Alexandru D., Bota D., Linskey M. Epidemiology of central nervous system metastases // *Progress in Neurol. Surg.* 2012. Vol. 25. P. 13–29.
 5. Lippitz B., Lindquist C., Paddick I. et al. Stereotactic radiosurgery in the treatment of brain metastases // *Cancer Treatment Reviews.* 2014. Vol. 40. № 1. P. 48–59.
 6. Nathoo N., Chahlavi A., Barnett G., Toms S. Pathobiology of brain metastases // *J. Clin. Pathol.* 2005. Vol. 58. № 3. P. 237–242.
 7. Chang E., Wefel J., Maor M. et al. A pilot study of neurocognitive function in patients with one to three new brain metastases initially treated with stereotactic radiosurgery alone // *Neurosurg.* 2007. Vol. 60. № 2. P. 277–83; discussion 283–4.
 8. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. – М.: VIDAR. 1997. 471 с.
 9. Hanssens P., Karlsson B., Yeo T. et al. Detection of brain micrometastases by high-resolution stereotactic magnetic resonance imaging and its impact on the timing of and risk for distant recurrences // *J. Neurosurg.* 2011. Vol. 115. № 3. P. 499–504.
 10. Nagai A., Shibamoto Y., Mori Y. et al. Increases in the number of brain metastases detected at frame-fixed, thin-slice MRI for GammaKnife surgery planning // *Neurooncology.* 2010. Vol. 12. № 11. P. 1187–1192.
 11. Lippitz B., State of the Art of GammaKnife Radiosurgery. Overview of Current Practice and Review of the 17th International Leksell Gamma. 10 pp.
 12. Пицхелаури Д.И., Галатенко В.В., Баяковский Ю.М. и соавт. Виртуальные нейрохирургические операции. http://www.graphicon.ru/2008/proceedings/Russian/SR5/Paper_4.pdf. In GraphiCon, 2008.
 13. Vogelbaum M., Suh J. Resectable brain metastases // *J. Clin. Oncol.* 2006. Vol. 24. № 8. P. 1289–1294.
 14. Shaffrey M., Mut M., Asher A. et al. Brain metastases // *Current Problems in Surgery.* 2004. Vol. 41. № 8. P. 665–741.
 15. Лошаков В.А., Кобяков Г.Л., Ветлова Е.Р. и соавт. Современные технологии и клинические исследования в нейрохирургии. – М. 2012.
 16. Roberge D., Petrecca K., El Refae M., Souhami L., Whole-brain radiotherapy and tumor bed radiosurgery following resection of solitary brain metastases // *J. Neurooncol.* 2009. Vol. 95. № 1. P. 95–99.
 17. Patchell R., Tibbs P., Walsh J. et al. A randomized trial of surgery in the treatment of single metastases to the brain // *New England J. Med.* 1990. Vol. 322. № 8. P. 494–500.
 18. Patchell R., Tibbs P., Regine W. et al. Postoperative radiotherapy in the treatment of single metastases to the brain // *JAMA.* 1998. Vol. 280. № 17.
 19. Ranasinghe M., Sheehan J. Surgical management of brain metastases // *Neurosurg. Focus.* 2007. Vol. 22. № 3. E2.
 20. Narita Y., Shibui S. Strategy of surgery and radiation therapy for brain metastases // *Intern. J. Clin. Oncol.* 2009. Vol. 14. № 4. P. 275–280.
 21. Pollock B., Brown P., Foote R. et al. Properly selected patients with multiple brain metastases may benefit from aggressive treatment of their intracranial disease. // *J. Neurooncol.* 2003. Vol. 61. № 1. P. 73–80.
 22. Bhangoo S., Linskey M., Kalkanis S. Evidence-based guidelines for the management of brain metastases // *Neurosurg. Clinics of North America.* 2011. Vol. 22. № 1. P. 97.
 23. Truong M., St Clair E., Donahue B. et al. Results of surgical resection for progression of brain metastases previously treated by GammaKnife radiosurgery // *Neurosurg.* 2006. Vol. 59. № 1. P. 86–97; discussion 86–97.
 24. Patel T., Knisely J., Chiang V. Management of brain metastases: surgery, radiation, or both? // *Hematology/Oncology Clinics of North America.* 2012. Vol. 26. № 4. P. 933–947.
 25. Suki D., Abouassi H., Patel A.J. et al. Comparative risk of leptomeningeal disease after resection or stereotactic radiosurgery for solid tumor metastasis to the posterior fossa // *J. Neurosurg.* 2008. Vol. 108. № 2. P. 248–257.
 26. Yoo H., Kim Y., Nam B. et al. Reduced local recurrence of a single brain metastasis through microscopic total resection // *J. Neurosurg.* 2009. Vol. 110. № 4. P. 730–736.
 27. Smalley S., Schray M., Laws E., O'Fallon J. Adjuvant radiation therapy after surgical resection of solitary brain metastasis // *Inter. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 1987. Vol. 13. № 11. P. 1611–1616.
 28. Kocher M., Soffietti R., Abacioglu U., Villà S. et al. Adjuvant whole-brain radiotherapy versus observation after radiosurgery or surgical resection of one to three cerebral metastases: results of the EORTC 22952-26001 study // *J. Clin. Oncol.* 2011. Vol. 29. № 2. P. 134–141.
 29. Patchell R. The management of brain metastases // *Cancer Treatment Reviews.* 2003. Vol. 29. № 6. P. 533–540.
 30. Eaton B., Gebhardt B., Prabhu R. et al. Hypofractionated radiosurgery for intact or resected brain metastases: defining the optimal dose and fractionation // *Radiat. Oncol. (London, England).* 2013. Vol. 8. P. 135.
 31. Ветлова Е.Р., Антипина Н.А., Голанов А.В., Банов С.М. Роль лучевой терапии в лечении метастатического поражения головного мозга // *Мед. физика.* 2016. № 4. С. 108–118.
 32. Chao J., Phillips R., Nickson J., Roentgen-ray therapy of cerebral metastases // *Cancer.* 1954. Vol. 7. № 4. P. 682–689.
 33. Gaspar L., Scott C., Rotman M. et al. Recursive partitioning analysis (RPA) of prognostic factors in three Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) brain metastases trials // *Inter. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 1997. Vol. 37. № 4. P. 745–751.
 34. Regine W., Scott C., Murray K., Curran W. Neurocognitive outcome in brain metastases patients treated with accelerated-fractionation vs. accelerated-hyperfractionated radiotherapy // *Inter. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 2001. Vol. 51. № 3. P. 711–717.
 35. Slotman B., Mauer M., Bottomley A. et al. Prophylactic cranial irradiation in extensive disease small-cell lung cancer // *J. Clin. Oncol.* 2008. Vol. 27. № 1. P. 78–84.
 36. Gore E., Bae K., Wong S. et al. Phase III comparison of prophylactic cranial irradiation versus observation in patients with locally advanced non-small-cell lung cancer: primary analysis of radiation therapy oncology group study RTOG 0214 // *J. Clin. Oncol.* 2011. Vol. 29. № 3. P. 272–278.
 37. Kocher M., Wittig A., Piroth M. et al. Stereotactic radiosurgery for treatment of brain metastases // *Strahlentherapie und Onkologie.* 2014. Vol. 190. № 6. P. 521–532.
 38. Sahgal A., Soliman H., Larson D., Whole-brain radiation therapy of brain metastasis // *Progress in Neurol. Surg.* 2012. Vol. 25. P. 82–95.
 39. Ebi J., Sato H., Nakajima M., Shishido F. Incidence of leukoencephalopathy after whole-brain radiation therapy for brain metastases // *Inter. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 2013. Vol. 85. № 5. P. 1212–1217.
 40. Mulvenna P., Nankivell M., Barton R. et al. Dexamethasone and supportive care with or without whole brain radiotherapy in treating patients with non-small cell lung cancer with brain metastases unsuitable for resection or stereotactic radiotherapy (QUARTZ) // *Lancet.* 2016. Vol. 388. № 10055. P. 2004–2014.
 41. Голанов А., Банов С., Ильялов С. и соавт. Современные подходы к лучевому лечению метастатического поражения головного мозга // *Злокачественные опухоли.* 2014. Т. 3. № 10. С. 137–140.
 42. Канаев С., Гиршович М., Мельник Ю. Клинический опыт радиохирургического лечения метастатического поражения головного мозга при злокачественных новообразованиях // *Вопросы онкологии.* 2016. № 2. С. 258–264.
 43. Andrews D., Scott C., Sperduto P. et al. Whole brain radiation therapy with or without stereotactic radiosurgery boost for patients with one to three brain metastases: phase III results of the RTOG 9508 randomised trial // *Lancet (London, England).* 2004. Vol. 363. № 9422. P. 1665–1672.
 44. Kondziolka D., Patel A., Lunsford L. et al. Stereotactic radiosurgery plus whole brain radiotherapy versus radiotherapy alone for patients with multiple brain metastases // *Inter. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 1999. Vol. 45. № 2. P. 427–434.
 45. Sperduto P., Shanley R., Luo X. et al. Secondary analysis of RTOG 9508, a phase 3 randomized trial of whole-brain radiation therapy versus WBRT plus stereotactic radiosurgery in patients with 1-3

- brain metastases; poststratified by the graded prognostic assessment (GPA) // *Inter. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 2014. Vol. 90. № 3. P. 526–531.
46. Aoyama H., Shirato H., Tago M. et al. Stereotactic radiosurgery plus whole-brain radiation therapy vs stereotactic radiosurgery alone for treatment of brain metastases: a randomized controlled trial // *JAMA*. 2006. Vol. 295. № 21. P. 2483–2491.
 47. Chang E., Wefel J., Hess K. et al. Neurocognition in patients with brain metastases treated with radiosurgery or radiosurgery plus whole-brain irradiation: a randomised controlled trial // *Lancet Oncology*. 2009. Vol. 10. № 11. P. 1037–1044.
 48. Tsao M., Xu W., Sahgal A. A meta-analysis evaluating stereotactic radiosurgery, whole-brain radiotherapy, or both for patients presenting with a limited number of brain metastases // *Cancer*. 2012. Vol. 118. № 9. P. 2486–2493.
 49. Marchan E., Sheehan J. Stereotactic radiosurgery of brain metastasis from melanoma // *Progress in Neurolog. Surg.* 2012. Vol. 25. P. 176–189.
 50. Yamamoto M., Kawabe T., Sato Y. et al. Stereotactic radiosurgery for patients with multiple brain metastases: a case-matched study comparing treatment results for patients with 2–9 versus 10 or more tumors // *J. Neurosurg.* 2014. 121 Suppl. P. 16–25.
 51. Голанов А., Банов С., Ильялов С. и соавт. Радиохирургическое лечение метастазов в головной мозг. Факторы прогноза общей выживаемости и интракраниальных рецидивов // *Вопросы нейрохирургии*. 2016. Т. 80. № 2. С. 35–46.
 52. Shehata M., Young B., Reid B. et al. Stereotactic radiosurgery of 468 brain metastases < or =2 cm: implications for SRS dose and whole brain radiation therapy // *Inter. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 2004. Vol. 59. № 1. P. 87–93.
 53. Kim Y.-J., Cho K., Kim J.-Y. et al. Single-dose versus fractionated stereotactic radiotherapy for brain metastases // *Inter. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 2011. Vol. 81. № 2. P. 483–489.
 54. Kwon A., Dibiase S., Wang B. et al. Hypofractionated stereotactic radiotherapy for the treatment of brain metastases // *Cancer*. 2009. Vol. 115. № 4. P. 890–898.
 55. Marchetti M., Milanese I., Falcone C. et al. Hypofractionated stereotactic radiotherapy for oligometastases in the brain // *Neurol. Sci.* 2011. Vol. 32. № 3. P. 393–399.
 56. Inoue H., Sato H., Suzuki Y. et al. Optimal hypofractionated conformal radiotherapy for large brain metastases in patients with high risk factors: a single-institutional prospective study // *Radiat. Oncol. (London, England)*. 2014. Vol. 9. P. 231.
 57. Aoyama H., Shirato H., Onimaru R., Kagei K. et al. Hypofractionated stereotactic radiotherapy alone without whole-brain irradiation for patients with solitary and oligo brain metastasis using noninvasive fixation of the skull // *Inter. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 2003. Vol. 56. № 3. P. 793–800.
 58. Ammirati M., Kshetry V., Lamki T., Wei L. et al. A prospective phase ii trial of fractionated stereotactic intensity modulated radiotherapy with or without surgery in the treatment of patients with 1 to 3 newly diagnosed symptomatic brain metastases // *Neurosurg.* 2014. Vol. 74. № 6. P. 586–594.
 59. Flickinger J., Lunsford L., Kondziolka D. Dose-volume considerations in radiosurgery // *Stereotac. Funct. Neurosurg.* 2004. Vol. 57. 1–2. P. 99–105.
 60. Chen G., Huynh M., Chen A. et al. Chemotherapy for brain metastases in small-cell lung cancer // *Clinical Lung Cancer*. 2008. Vol. 9. № 1. P. 35–38.
 61. Porta R., Sanchez-Torres J., Paz-Ares L. et al. Brain metastases from lung cancer responding to erlotinib: the importance of EGFR mutation // *Eur. Respir. J.* 2011. Vol. 37. № 3. P. 624–631.
 62. Ceresoli G., Cappuzzo F., Gregorc V. et al. Gefitinib in patients with brain metastases from non-small-cell lung cancer: a prospective trial // *Ann. Oncol.* 2004. Vol. 15. № 7. P. 1042–1047.
 63. Cameron D., Casey M., Press M. et al. A phase III randomized comparison of lapatinib plus capecitabine versus capecitabine alone in women with advanced breast cancer that has progressed on trastuzumab: updated efficacy and biomarker analyses // *Breast Cancer Res. Treat.* 2008. Vol. 112. № 3. P. 533–543.
 64. Pivot X., Manikhas A., Zurawski B. et al. CEREBEL (EGF11438): A phase III, randomized, open-label study of lapatinib plus capecitabine versus trastuzumab plus capecitabine in patients with human epidermal growth factor receptor 2-positive metastatic breast cancer // *J. Clin. Oncol.* 2015. Vol. 33. № 14. P. 1564–1573.
 65. Lin N., Lee E., Aoyama H. et al. Response assessment criteria for brain metastases // *Lancet Oncology*. 2015. Vol. 16. № 6. e270–e278.
 66. Long G., Trefzer U., Davies M., et al. Dabrafenib in patients with Val600Glu or Val600Lys BRAF-mutant melanoma metastatic to the brain (BREAK-MB) // *Lancet Oncology*. 2012. Vol. 13. № 11. P. 1087–1095.
 67. Khasraw M., Holodny A., Goldlust S., DeAngelis L. Intracranial hemorrhage in patients with cancer treated with bevacizumab: the Memorial Sloan-Kettering experience // *Ann. Oncol.* 2012. Vol. 23. № 2. P. 458–463.
 68. Falchook G., Moulder S., Wheler J. et al. Dual HER2 inhibition in combination with anti-VEGF treatment is active in heavily pre-treated HER2-positive breast cancer // *Ann. Oncol.* 2013. Vol. 24. № 12. P. 3004–3011.
 69. Gonzalez-Cao M., Viteri S., Diaz-Lagares A. et al. Preliminary results of the combination of bevacizumab and weekly paclitaxel in advanced melanoma // *Oncology*. 2008. Vol. 74. 1–2. P. 12–16.
 70. Tye K., Engelhard H., Slavin K. et al. An analysis of radiation necrosis of the central nervous system treated with bevacizumab // *J. Neurooncol.* 2014. Vol. 117. № 2. P. 321–327.
 71. Steeg P., Camphausen K., Smith Q. Brain metastases as preventive and therapeutic targets // *Nature Reviews. Cancer*. 2011. Vol. 11. № 5. P. 352–363.
 72. Ahluwalia M., Vogelbaum M., Chao S., Mehta M., Brain metastasis and treatment // *F1000prime reports*. 2014. Vol. 6. P. 114.

Brain Metastases: Current Clinical Recommendations

S.M. Banov^{1,3}, A.V. Golanov^{1,3}, M.B. Dolgushin², A.Kh. Bekiashev², E.R. Vetlova¹, A.A. Durgaryan¹

1. N.N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery, Moscow Russia;

2. N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia;

3. Center Gamma Knife, Moscow

Abstract

Brain metastases are the most common intracranial tumors in adults. The approach to and management of brain metastases have evolved significantly in recent years due to several reasons. These include advances in neurosurgical and radiotherapeutic techniques, improved systemic therapy options offering better systemic and intracranial disease control and prolongation of survival as a result of these improvements, making side-effects of proposed therapies (e.g. neurocognitive decline from whole brain radiotherapy) an important consideration. In this article, we review the primary therapeutic approaches to the management of brain metastases, namely, surgery, stereotactic radiosurgery, and whole brain radiation therapy and the primary factors dictating choice.

Key words: brain metastases, SRS, stereotactic radiotherapy, target therapy, whole brain radiotherapy, surgery