

Прогнозування якості життя хворих з гліомами супратенторіальної локалізації після хірургічного лікування

Главацький О. Я.,
Чепкій Л. П.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А. П. Ромоданова АМН України, 04050,
м. Київ, вул. Мануїльського, 32,
тел. (044) 483-92-19, nesegal@ukr.net

Безумовно відсутність летальності при хірургічному лікуванні хворих з гліомами визначає його безпечність та ефективність. Проте, збереження або навіть покращення якості життя хворих, можливість їх повної соціальної реадптації останнім часом набуває не меншого значення. В рамках концепції «розумного радикалізму» це значить, що якщо операція може призвести до грубої інвалідації її доцільність стає сумнівною і у такому разі необхідно застосовувати інші методи лікування.

Мета: визначення прогностично сприятливих і несприятливих чинників які статистично достеменно впливають на якість життя хворого у післяопераційному періоді.

Матеріали і методи: в дослідження включено 1056 оперованих хворих. Використана модифікована шкала Карновського (ІК), критерій X^2 Пірсона, інформаційна міра Кульбака, метод послідовного аналізу Вальда, при аналізі враховувалися 150 основних показника.

Результати та їх обговорення: об'єктивно оцінити вплив прогностичних ознак вдалось за допомогою аналізу Вальда. Визначення прогностичних коефіцієнтів (ПК) усіх вірогідних факторів показало, що на якість життя впливав цілий їх ряд і в першу чергу — вік хворих ($X^2=64,84$, $n=2$, $p<0,01$). Так, у осіб молодого віку ПК був позитивним (+2,1), а у літніх — негативним (-5,1). Мав значення і темп розвитку захворювання, величини ПК в залежності від нього коливались від -2,1 до +2,2 ($X^2=38,38$, $n=4$, $p<0,01$). Найбільш інформативним був ІК, якщо до операції він був нижче 50 балів, то ПК знижувався до — 7,3, а якщо ІК вище 70, то ПК становив +9,0. Розбіжність була високо вірогідною ($X^2=346,38$, $n=3$, $p<0,01$). Якість життя значно погіршувалась при ФВЗ-локалізації (ПК=-2,2). Для визначення ступеню ризику інвалідації розраховувалась сума ПК (СПК) пацієнтів з ІК більше і менше 60 балів. Із збільшенням СПК відсоток хворих з високою якістю життя зростав. Так при СПК від +5 до +10 ІК вище 60 спостерігався у 83% випадків, а якщо СПК був більше +15, то навіть у 97%. При підвищенні радикальності операції ІК при різних величинах СПК значно зростав.

Висновки: 1. Об'єктивна оцінка прогностичної значимості окремих клінічних ознак при прогнозуванні якості життя можлива після визначення ПК. 2. При однаковій СПК прогноз вірогідно кращий при «тотальному» і субтотальному видаленні. 3. Сучасні хірургічні технології підвищують радикальність видалення гліом при одночасному підвищенні якості життя за рахунок зменшення травматизації мозкових структур.

Хіміотерапія при лікуванні хворих з гліомами супратенторіальної локалізації, її вплив на якість життя

Семенова В. М.,
Главацький О. Я.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А. П. Ромоданова АМН України,
04050, м. Київ, вул. Мануїльського, 32,
тел. (044) 483-92-19, nesegal@ukr.net

Основними критеріями до проведення хіміотерапії (ХТ) є: злоякісний характер пухлини, її хіміочутливість, стан хворого згідно шкалі Карновського — більше 50—55 балів. В той же час токсичний вплив більшості хіміопрепаратів на організм в цілому може звести нанівець результати хірургічного лікування.

Мета: спрогнозувати ефективність ХТ у хворих з злоякісними гліомами та дослідити її вплив на якість життя.

Матеріали і методи: ад'ювантна ХТ проводилась 310 пацієнтам з гліомами III—IV ступеня анаплазії (ст. ан.), в 49 спостереженнях застосовувалась місцева ХТ через резервуар Омтауа. Обов'язковим було урахування індивідуальної чутливості пухлини до хіміопрепарату. Статистичний аналіз за допомогою методики Вальда.

Результати та їх обговорення: Частіше ХТ застосовувалась у пацієнтів віком до 40 років (59%). Супутня патологія обмежувала використання агресивної ХТ. Найчастіше (75-90%) вона проводилась при олигодендрогліомах (ОГ) та астроцитомах III ст. ан. і гліобластомах. Тяжкість вихідного стану визначалась виразністю вогнищевої та загальноомозкової симптоматики, що залежали, в першу чергу, від локалізації пухлини. ХТ найчастіше (47%) застосовувалась у хворих з медіанною локалізацією. Тільки у 8% індекс Карновського (ІК) до операції був нижче 50 балів. Тяжкий стан хворого після операції та ризик його подальшого погіршення обумовлював проти покази до ХТ. При наявності прогностично сприятливих факторів (вік менше 40 років, тривалість захворювання більше 3-х місяців та епілептиформний його перебіг, ІК більше 50 балів, ОГ) результати лікування були краще, хоча і не вірогідно в порівнянні з контрольною групою. Тенденція до достеменної різниці між групами залежала від радикалізму видалення пухлини. Після «тотального» видалення більше 15 місяців жили понад 60% пацієнтів які отримували ХТ, а в контрольній групі до 50%, після субтотального — більше 70% і до 60% відповідно. Якість життя до операції суттєво впливала на прогноз. Він погіршувався якщо ІК був менше 50 балів ($p<0,01$, ПК = -1,61). Навіть при більш високих ІК якість життя залежала від токсичності препарату та шляхів його введення. Так застосування темозоломіду було більш виграшним у порівнянні з схемою РСV, а місцевої ХТ у порівнянні з системною.

Висновки: Сучасні методи проведення ХТ дозволяють в деяких випадках досягти суттєвих результатів в лікуванні злоякісних форм гліом при збереженні високої якості життя.