

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Р.Г. Хайбуллин, З.Р. Хайбуллина, А.С. Яковлев

Клиническая больница №1, г. Стерлитамак, Республика Башкортостан

Хайбуллин Рашит Гибадуллович, нейрохирург МБУЗ КБ №1,
453120, Республика Башкортостан, г.Стерлитамак,
ул.Коммунистическая, 97,
тел. 8 (3473) 24-09-63,
e-mail: med2448@rambler.ru

В работе представлены результаты сравнительного анализа качества жизни оперированных пациентов со злокачественными новообразованиями головного мозга. Использование щадящей хирургической тактики субтотального удаления глиальных опухолей с сохранением функционально важных областей головного мозга позволило достичь значимой положительной динамики качества жизни больных.

Ключевые слова: качество жизни, головной мозг, злокачественные глиомы.

THE PROBLEMS OF THE LIFE QUALITY OF CANCEROUS CEREBRAL GLIOMA PATIENTS

R.G. Khaibullin, Z.R. Khaibullina, A.S. Yakovlev

Clinical hospital №1, Sterlitamak, Republic of Bashkortostan

The work represents the comparative analysis results of the life quality of the patients with brain neoplasms which underwent surgery. The life quality improvement of the patients has been achieved thanks to the conservative surgery of the subtotal excision of glial tumors with the reserving of the functionally important brain zones.

The key words: life quality, brain, cancerous glioma.

Введение

Лечение злокачественных новообразований головного мозга представляет одну из наиболее сложных, социально важных и в тоже время окончательно неразрешённых проблем нейроонкологии. Сложность заключается в способности новообразований к инфильтративному росту с прорастанием в зоны мозга с высокой функциональной значимостью и устойчивостью к большинству методов лечения [1,4]. Всё это делает их радикальное удаление затруднительным. Однако именно это свойство определяет лечебную тактику, выбор метода и способа хирургического вмешательства, послеоперационные функциональные результаты. Нерешенной остается проблема целесообразности максимального радикализма при удалении глиальных опухолей, что, в свою очередь, влияет на сроки рецидивирования, динамику и глубину неврологического дефицита, качество жизни [3,4]. В связи с этим одна из важнейших задач нейроонкологии – сохранение качества жизни пациентов.

Известно, что в большинстве случаев злокачественные новообразования головного мозга неизлечимы. Нейрохирург, оперируя больного, берет на себя

ответственность не только за дальнейшую судьбу пациента, но и то, как он проведет свою последующую жизнь – прикованным к кровати или полноценной, социально адаптированной личностью [1].

Основной принцип медицины - «лечить больного, а не болезнь» может быть реализован с помощью использования концепции «качества жизни» [5].

Целью настоящего исследования явилась оценка качества жизни нейрохирургического пациента и ее анализ в сравнительном аспекте у больных со злокачественными новообразованиями головного мозга.

Материалы и методы

Нами был проведен проспективный анализ качества жизни больных со злокачественными новообразованиями головного мозга супратенториальной локализации, оперированных на базе нейрохирургического отделения клинической больницы г. Стерлитамака за период с 2000 по 2009 гг. Выборка больных, находившихся на лечении, составила 76 человек. Было прооперировано 62 пациента, из них 39 произведено субтотальное удаление опухоли, что составило 62,9% от общего числа прооперирован-

ных больных, 23 произведено тотальное удаление, что составило 37,1%. Было проведено сравнение качества жизни пациентов группы, которым было выполнено субтотальное удаление (основная), с аналогичной группой больных, прооперированных тотально (контрольная). Для уточнения характера и распространенности патологического процесса больным выполнялась контрастная рентгеновская компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография, по показаниям – церебральная ангиография. Предоперационное планирование хирургического вмешательства (внепроекционных доступов) выполнялось в зависимости от локализации процесса и его распространённости.

На этапе предоперационной подготовки всем больным назначался дексаметазон для снятия перифокального отека, что позволило достичь меньшей интраоперационной травматизации головного мозга. В зависимости от тяжести состояния и выраженности перифокального отека вещества головного мозга, пациенты получали 4-8 мг дексаметазона внутримышечно 2 раза в сутки в течение трех дней перед операцией в сочетании с осмодиуретиками. После хирургического вмешательства дозу кортикостероидов постепенно снижали.

Все проведённые хирургические вмешательства были выполнены под общим комбинированным эндотрахеальным наркозом. В ложе удалённой опухоли укладывали гемостатический материал.

Основная и контрольная группы были однородны по возрастно-половому составу, распространенности и локализации процесса, исходному состоянию больных при оценке его по шкалам Карновского, SF-36, а также морфологическому диагнозу. Выделялись три варианта локализации новообразований: в функционально важных областях головного мозга; в областях головного мозга, расположенных в непосредственной близости от функционально важных зон; в функционально менее значимых областях.

На основе шкал качества жизни больные в 2 группах были разделены на подгруппы: А - обслуживающие себя самостоятельно, В - обслуживающие себя при помощи посторонних, С - не способны обслуживать себя. Степень радикальности хирургического вмешательства оценивали визуально, непосредственно по ходу операции и путём проведения контрольных КТ, МР-томографии головного мозга с контрастным усилением. Критерием объёма хирургического вмешательства было соотношение объёмов опухоли до и после операции в процентном соотношении. Под полным удалением мы считали объём резекции 100% опухоли, частичным > 50%. Гистологическая верификация диагноза проводилась цитоморфологическим способом. Все больные в послеоперационном периоде были подвергнуты лучевой терапии. Интегральный показатель эффективности оперативного лечения (ИПВЛ) рассчитывался по формуле: $\text{ИПВЛ} = [(a-d) + (b-c)/2]/n$, где а – число трудоспособных больных, b – инвалидов III, с – II, d – I группы инвалидности; n – число лиц в группе.

Результаты и обсуждение

До начала хирургического лечения в основной группе, как и в контрольной, преобладали пациенты из подгруппы В, что составило 46,2% (n=18) в основной и 47,8% (n=11) - в контрольной. Соотношение больных в группах (А и С) не имело статистически достоверной разницы при оценке критерием Стьюдента и с уровнем значимости $p < 0,05$ (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных согласно индексам качества жизни до и после хирургического вмешательства

Подгруппы	Субтотальное удаление (n=39)		Тотальное удаление (n=23)	
	до	после	до	после
А	13(33,3%)	19(48,7%)	8(34,8%)	7(30,4%)
В	18(46,2%)	14(35,9%)	11(47,8%)	9(39,1%)
С	8(20,5%)	6(15,4%)	4(17,4%)	6(26,1%)
Летальность	-	-	-	1(4,3%)

* Достоверно по отношению к контрольной группе $p=0,01$

Меньшая травматичность хирургических вмешательств по удалению глиальных опухолей с сохранением функционально важных областей головного мозга позволила добиться значительной, статистически значимой ($p=0,01$ при применении критерия Стьюдента) положительной динамики в основной группе при ее оценке с использованием шкал и индексов качества жизни. Увеличение количества больных в подгруппе А с 33,3% (n=13) до 48,7% (n=19) в основной группе произошло за счет снижения их количества в подгруппе В с 46,2% (n=18) до 35,9% (n=14) и С - с 20,5% (n=8) до 15,4% (n=6). Обратные взаимоотношения наблюдались в контрольной группе (таблица 1).

После перевода пациентов на инвалидность проводимые наблюдения показали, что в основной группе имела место положительная динамика переосвидетельствования пациентов, что выражалось в снижении доли лиц с I и II группами инвалидности и отразилось на величине интегрального показателя, который на втором году в основной группе в 1,5 раза выше, чем в контрольной группе (рис. 1).

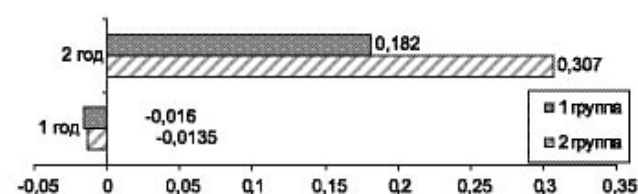


Рис. 1. Интегральная оценка эффективности оперативного лечения больных

Таким образом, применение щадящей хирургической тактики, заключающейся в сохранении неудаленными функционально важных областей головного мозга при удалении глиальных опухо-

лей, позволяет снизить выраженность очаговой неврологической симптоматики, и следовательно, повысить качество жизни больных в послеоперационном периоде. С практической точки зрения для оценки функциональных результатов хирургического вмешательства приемлемо применение шкал Карновского, SF-36. Выполнение данных тестов не занимает много времени и может использоваться для объективной оценки качества жизни больных после нейрохирургических вмешательств.

Выводы

1. Использование щадящей хирургической тактики субтотального удаления глиальных опухолей с сохранением функционально важных областей головного мозга позволило достичь статистически значимой ($p=0,01$) положительной динамики качества жизни больных в основной группе.

2. В основной группе отмечена положительная динамика переосвидетельствования пациентов, что выразилось в снижении доли лиц с I и II группами инвалидности и отразилось на величине интеграль-

ного показателя, который на втором году в основной группе в 1,5 раза выше, чем в контрольной группе.

Список литературы

1. Сагун А.Е. Качество жизни больных в нейроонкологии // Медицинский журнал. – 2008. – № 3 (25).
2. Саймонтон К. Психотерапия рака. – СПб.: Питер, 2001. – С. 288.
3. Laws E.R. et al. Surgical management of intracranial gliomas – does radical resection improve outcome? // Acta Neurochir. – 2003. – Vol. 85. – P. 47–53.
4. Olson J.D. et al. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma // J. Neurol. – 2000. – Vol. 54. – P. 1442–1448.
5. Osoba D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology // Supp. Care Cancer. – 1997. – Vol. 5. – P. 100–104.
6. Polin R.S. et al. Functional outcomes and survival in patients with high-grade gliomas in dominant and nondominant hemisphere // J. Neurosurg. – 2005. – Vol. 102. – № 2. – P. 276–283.