

- онкологических больных с помощью метода розетко-образования: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1976.
5. Клячкин Б. М. // Иммунологический контроль у онкологических больных.— Томск, 1978.
 6. Кадагидзе З. Г. Изучение иммунологического статуса у онкологических больных: Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1978.

Поступила 19.04.90

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 618.11-006.6-036.1

С. О. Никогосян, К. И. Жордания

ТАКТИКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕРОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОКАРЦИНОМЫ ЯИЧНИКОВ

НИИ клинической онкологии

Современный подход к выбору оптимального лечения больных злокачественными новообразованиями яичников требует в каждом конкретном случае научно обоснованной оценки наиболее важных прогностических факторов, характеризующих функциональное состояние организма женщины, биологические свойства опухоли и адекватность проводимого лечения.

Модели индивидуального прогнозирования у больных со злокачественными новообразованиями яичников до 1980 г. не имелось. В сообщениях, опубликованных различными авторами, можно было лишь встретить результаты оценки отдельных прогностических факторов. Первые публикации, касающиеся этой проблемы, в нашей стране стали появляться только в начале 80-х годов [1, 3—6]. Так А. М. Петров и соавт. [4—6] идентифицировали 38 наиболее информативных факторов, оказывающих влияние на выживаемость больных раком яичников. Авторами был предложен тест, основанный на суммарной оценке 38 факторов, позволяющий с высокой достоверностью определять благоприятный и неблагоприятный исходы заболевания. Однако разработанный подход к прогнозированию клинического течения заболевания имел общий характер для всех морфологических типов злокачественных новообразований яичников.

В литературе практически отсутствуют подобные данные относительно конкретных гистологических форм опухолей яичников, в частности серозной цистаденокарциномы данной локализации, являющейся наиболее частой формой опухолей яичников (70—83 % от всех эпителиальных опухолей яичников) [1—3].

Это обстоятельство побудило нас предпринять специальное исследование, направленное на разработку критериев индивидуального прогнозирования клинического течения конкретно в отношении серозной цистаденокарциномы яичников с учетом факторов, характеризующих функциональное состояние больных, биологические свойства опухоли и адекватность проводимого лечения.

Материал и методы. В ретроспективном порядке были проанализированы 120 историй болезни женщин, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ВОНЦ АМН СССР с 1984 по 1989 г. Критерием отбора больных был гистологически верифицированный диагноз серозной цистаденокарциномы яичников. В целях идентификации фак-

торов прогноза заболевания была составлена анкета, включающая 88 параметров, отражающих практически все сведения о больной, зарегистрированные в историях болезни. Анкета была подразделена на 3 категории признаков, первоначально тестируемых на факторы прогноза, характеризующих функциональное состояние организма пациенток, биологические свойства опухоли и тактику проводимого лечения. Каждый из указанных факторов был ранжирован по степени выраженности. Многофакторный анализ проводился с помощью ЭВМ. Математическая обработка проводилась с использованием Байесовых весовых коэффициентов, оценка достоверности проводилась с помощью критериев χ^2 , Стьюдента, результаты лечения оценивались на срок 3 года от момента начала лечения.

Результаты и обсуждение. В результате многофакторного анализа 88 признаков, отражающих функциональное состояние организма женщин, биологические свойства опухоли и тактику проводимого лечения, была выделена оптимальная совокупность из 8 наиболее информативных категорий признаков, суммарная оценка которых позволяет с 92 % вероятностью судить о прогнозе клинического течения серозной цистаденокарциномы яичников.

Перечень этих факторов (признаков) и их прогностическая значимость представлены в таблице.

Из таблицы следует, что наиболее оптимальное сочетание факторов индивидуального прогноза для больных серозной цистаденокарциномой яичников может быть: I—II стадия заболевания, срок с момента появления первых жалоб до начала проведения первичного специализированного лечения менее 1 мес, наличие ожирения, число беременностей от 0 до 2, одни роды, высокая степень дифференцировки опухоли и явный эффект от проводимой химиотерапии. Худшая комбинация факторов прогноза на выживаемость больных включает в себя далекозашедшие стадии заболевания, начало первичного лечения больше 1 мес с момента появления первых жалоб, отсутствие ожирения, число беременностей 3 и более и число родов 2 и более ($p < 0,05$), средние и низкие степени дифференцировки опухоли, множество метастазов и отсутствие эффекта от проводимой химиотерапии.

С помощью ЭВМ было составлено решающее правило по индивидуальному прогнозу методом Байесовых весовых коэффициентов. Метод обеспечивает получение удельных весов прогностических факторов и построения формулы по индивидуальному прогнозированию, выживаемости больных. Полученные данные проверены на их статистическую однородность (средняя ошибка, критерий Стьюдента и χ^2). Полученная формула может быть выражена следующим образом:

Индивидуальный прогноз (Z) = сумма $X^n + Z^0$, где X — удельный вес степени выраженности фактора (представлен на таблице), n — число исследуемых факторов (8 признаков), Z^0 — постоянная величина порогового прогностического индекса и равна +1,350. (цифра константная).

Для определения индивидуального прогноза для каждой больной следует суммировать те коэффициенты, которые выражают особенности организма и течение заболевания именно у этой больной, а именно: стадия заболевания, длительность симптомов, наличие ожирения, число беременностей, родов и аборт, и степень дифференцировки опухоли и распространенность по соседним органам, эффективность химиотерапии.

Если математическая сумма коэффициентов вместе больше нуля, больная попадает в категорию благоприятного прогноза (выживаемость более 2 лет) и, наоборот, если окажется ниже нуля, то у пациентки неблагоприятный прогноз выживания. Соответственно благоприятному и неблагоприятному исходу заболевания достоверно оказалось деление больных на две категории. Больные, попадающие в категорию благоприятного прогноза, выжили дольше 2 лет, а больные, попадающие в категорию неблагоприятного прогноза, погибли в течение первых 2 лет ($p < 0,05$).

Приводим наблюдения.

Больная З. И., 56 лет. Диагноз: серозная цистаденокарцинома яичников Ic стадии. При поступлении жалобы на боли в животе. Специальное лечение начало проводиться через 1 мес после появления первых жалоб. Сопутствующие заболевания: ожирение II степени, гипертоническая болезнь IIaб стадии, атеросклероз. Менархе с 13 лет. Половой жизнью не жила. Менопауза 6 лет (с 50 лет). Гинекологический анамнез отягощен кистой правого яичника и миомой матки. Генетический анамнез не отягощен. Первичное лечение изначально проводилось по месту жительства: было выполнено удаление опухоли кисты яичника справа. При гистологическом исследовании удаленной опухоли препарата выявлена серозная цистаденокарцинома, с чем больная была направлена в ВОНЦ для специализированного лечения. В отделении гинекологии на первом этапе лечения больной была выполнена экстирпация матки с левыми придатками и оментэктомия с последующей химиотерапией по схеме: циклофосфан + адриамицин + фторурацил с интервалами в 4 нед, 7 курсов. Эффект от химиотерапии был оценен как стабилизация. Рецидив возник через 20 мес после первичного комбинированного лечения. Степень дифференцировки опухоли высокая, эндометрий имел железистофиброзный полип. Длительность жизни более 2 лет.

Вынесем из таблицы коэффициенты, которые

Удельный вес выраженности прогностических факторов

Фактор	Степень выраженности фактора	Удельный вес выраженности факторов
Стадия заболевания	I—II	+1,309
	III	—0,369
	IV	—0,300
Длительность заболевания	До 1 мес	+1,066
	Более 1 мес	—0,809
Наличие ожирения	Есть	+1,292
	Нет	—0,482
Число беременностей	0—2	+0,755
	3 и более	—0,516
Число родов	0	+0,419
	1	+1,112
	2 и более	—0,893
Степень дифференцировки опухоли	Высокая	+1,692
	Средняя	—0,100
	Низкая	—0,570
Локализация опухоли	Только яичники	+0,956
	Переход на соседние органы	—0,511
Эффект химиотерапии после операции	Стабилизация	+0,547
	Полный эффект	+1,646
	Прогрессирование	—0,929
	Трудно оценить	+1,309

характеризуют удельный вес степени выраженности факторов у данной больной: стадия заболевания $Ic = (+1,309)$, длительность симптомов заболевания: до 1 мес $+ (+1,066)$, наличие ожирения $= 1,492$, число беременностей $0 = (+0,755)$, число родов $0 = (+0,419)$, степень дифференцировки опухоли высокая $(+1,692)$, локализация опухоли: только один яичник $(+0,956)$, эффект от химиотерапии: стабилизация $= (+0,547)$. Математическая сумма этих коэффициентов равна $+7,713$. $Z = \text{сумма } X(+7,713) + (+1,350) = (+9,063)$, что более нуля.

Пациентка попадает в категорию больных с более благоприятным прогнозом.

Больная А. Ш., 19 лет. Диагноз: серозная цистаденокарцинома IIIc стадии. Жалобы на увеличение живота в объеме; срок с момента первых жалоб до начала проведения первичного лечения 1 мес. Менархе с 13 лет. Половой жизнью не жила. Беременностей не имела. Гинекологический и генетический анамнез не отягощены. У больной имели место поражение опухолью обоих яичников с метастазированием в малый таз и большой сальник и париетальную брюшину, умеренный асцит. На первом этапе лечения была выполнена надвлагалищная ампутация матки с придатками и оментэктомия. В брюшной полости оставлены опухолевые разрастания в прямокишечно-маточном пространстве размером больше 2 см в диаметре и множественные метастатические узлы по париетальной брюшине. Гистологически: серозная цистаденокарцинома средней степени дифференцировки, атрофия эндометрия. После операции больной была начата химиотерапия по схеме: циклофосфан, адриамицин и платидиам с интервалами через 4 нед. Однако через 2 мес после начала комбинированного лечения заболевание стало прогрессировать: появились метастазы в надключичных лимфатических узлах, опухолевые изменения в малом тазе размером 8 см в диаметре, асцит. При очередном поступлении (через 2 мес) была проведена дистанционная гамма-терапия на область метастазов лимфатических узлов. На фоне паллиативного лечения больная умерла через 11 мес после начала первичного комбинированного лечения.

В данном случае математическая сумма коэффициентов, отражающих степень выраженности, получается меньше нуля.

$$Z = (-0,369) + (-0,809) + (-0,482) + (+0,755) + (+0,415) + (-1,00) + (-0,511) + (-0,929) = \text{сумма } X(-2,830) + (+1,350) = (-1,470).$$

Z менее нуля. Прогноз неблагоприятный. Больная умерла через 11 мес после начала первичного комбинированного лечения.

Предлагаемая методика оценки индивидуального прогноза течения серозной цистаденокарциномы яичников, на наш взгляд, может быть рекомендована в широкую клиническую практику. Предлагаемая методика применима во всех онкологических диспансерах. Она позволяет определить прогноз заболевания при первом поступлении больной в онкологическое учреждение; рационально обосновать ведение больной и индивидуальный характер диспансерного наблюдения;

научно обосновать социальную реабилитацию больной серозной цистаденокарциномой яичников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорова Т. М., Евдокимова Н. И. // Акуш. и гин.— 1986.— № 2.— С. 49—51.
2. Нечаева И. Д., Винокуров В. Л., Котова Д. Г., Марьяна Л. А. // Современные подходы к диагностике и лечению опухолей яичников.— Л., 1981.
3. Нечаева И. Д. // Опухоли яичников.— М., 1987.
4. Петров А. М. Индивидуальный прогноз у больных злокачественными эпителиальными опухолями яичников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1980.
5. Петров А. М., Иржанов С. И. // Новые методы диагностики и лечения в медицине.— Тбилиси, 1980.
6. Петров А. М., Нечаева И. Д., Березкин Д. П., Шубина Е. П. // Современные подходы к диагностике и лечению опухолей яичников.— Л., 1981.

Поступила 04.04.90

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616-006.34.04-089.844

А. Т. Амирасланов, В. А. Соколовский, С. Д. Щербаков, М. Д. Алиев

РОТАЦИОННАЯ ПЛАСТИКА КАК ОДИН ИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

НИИ клинической онкологии

Остеогенная саркома — одна из наиболее часто встречающихся форм первичных злокачественных опухолей костей. Чаще всего она поражает длинные трубчатые кости конечностей, в основном (до 80 %) составляющие коленный сустав [14].

В различных клиниках мира накоплен большой опыт лечения этой опухоли. При лечении больных используют хирургические, лучевые, лекарственные методы и различные их комбинации.

Хирургический метод является предпочтительным методом лечения остеогенной саркомы [1, 2]. В недавнем прошлом большинство хирургов придерживались единого мнения о необходимости как можно более раннего выполнения ампутации или экзартикуляции конечности при остеогенной саркоме [4, 6, 7]. Подобный радикализм был оправдан общим уровнем онкологических знаний и диагностических возможностей в то время.

Развитие восстановительной хирургии и внедрение в клиническую практику костной пластики явилось основанием для применения сохранных операций при лечении больных с остеогенной саркомой [11, 13]. Если возникает необходимость в резекции костей, образующих коленный сустав, то дефект необходимо заместить таким образом, чтобы была возможна полная нагрузка на конечность. Одним из распространенных методов является артродез коленного сустава. После резекции дистальной части бедренной кости во избежание значительного укорочения конечности производили артродез коленного сустава с использованием костных трансплантатов из малоберцовой кости. Замещение суставных концов консервированными аллотрансплантатами явилось новым этапом в развитии костной онкологии. При артродезе сохраняется конечность, которую можно полностью нагружать, но с потерей функции коленного сустава. Этот метод предполагает длительную иммобилизацию конечности в послеопе-

рационном периоде для консолидации костного трансплантата. Если возникает необходимость замещения дефекта более 15—20 см в длину, возникает опасность остеолитического трансплантата, особенно если это делается в комбинации с химиотерапией. В этих случаях время реабилитации значительно увеличивается в связи с необходимостью повторной операции.

В последние годы все чаще стали применять еще один вид сохранных реконструктивных операций — это эндопротезирование с замещением костных дефектов и восстановлением утраченной функции сустава. Решающим преимуществом этого метода является то, что он предполагает активное движение в коленном суставе. Но существует и внедрен в клиническую практику еще один метод реконструктивной операции при опухолях дистальной части бедренной кости — ротационная пластика. Этот метод является методом выбора по отношению к калечащим и не дающим никаких функциональных преимуществ операциям — ампутации и экзартикуляции. Принцип операции заключается в резекции пораженной дистальной части бедренной кости и ротации голени на 180°. Голенистоопный сустав заменяет и представляет собой «коленный сустав».

Впервые описание этой операции было опубликовано Borgegreve в 1930 г. [3]. Проводилась она по поводу укорочения нижней конечности после анкилоза при туберкулезе коленного сустава. Подобная операция с успехом была применена спустя 2 года Demel и Gold [5] в случае врожденного укорочения конечности.

Ротационная пластика как метод лечения остеогенной саркомы дистального отдела бедренной кости впервые была проведена в 1974 г. Поскольку были получены хорошие функциональные результаты, количество операций увеличилось [8—10, 12, 15].

Трем пациентам при остеогенной саркоме дистального отдела бедренной кости была произведена ротационная пластика в отделении опухолей опорно-двигательного аппарата клиник ВОНЦ АМН СССР за период с октября 1986 г. по февраль 1990 г., оперированы были 2 мужчин и 1 женщина. Средний возраст пациентов во время операции составил 16,7 года.

Техника операции. Перед проведением операции необходимо определить протяженность резецируемой части бедренной кости и костей голени (большеберцовой и малоберцовой) так, чтобы при сложении величин длин бедра и голени, оставшихся после резекции, получаемая сумма была равна длине, при которой голенистоопный сустав находится на одном уровне или на 2—3 см ниже по отношению к коленному суставу симметричной конечности.

Как правило, при опухолях, имеющих большие размеры, развита сеть патологических сосудов, развивающихся как элемент компенсации нарушения нормального кровообращения конечности. Во избежание большой кровопотери больным перед началом операции накладывается кровоостанавливающий жгут.

Производится ромбовидный разрез кожи и подкожной клетчатки по передней поверхности конечности. В область иссечения должно попадать место биопсии.