

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**И.Р. Миннуллин, Н.З. Ачилов, Ф.И. Абдухаликов, Т.А. Ризаев**Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский Филиал Республиканского Специализированного
Научно-Практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии**Ключевые слова:** рецидивы опухоли, саркома мягких тканей, лучевая терапия, химиотерапия, лечение.**Таянч сўзлар:** шиш рецидиви, юмшоқ тўқима саркомаси, нур терапияси, химиотерапия, даволаш.**Key words:** relapses of tumour, soft tissue sarcoma, radiation therapy, chemical therapy, treatment.

В основу данной работы положен анализ наблюдений 68 больных с рецидивами саркомы мягких тканей конечностей и туловища. Рецидивы саркомы мягких тканей головы и шеи в работу не включены. Среди наблюдаемых больных были 38 женщин и 30 мужчин. Локализация рецидивов была различной: на верхней конечности у 22 больных, на туловище у 13, на нижней конечности у 33 больных. В возрасте до 19 лет было 6 больных, от 20 до 29 лет - 14, от 30 до 39 лет - 19, от 40 до 49 лет - 12, от 50 до 59 лет - 11 и старше до 60 лет - 6 больных. В возрасте от 30-39 лет было больше всего больных с рецидивами, так как в этой возрастной группе саркомы встречаются более часто. Рецидивные опухоли имели строение рабдомиосаркомы у 2 больных, ангиосаркомы у 4 больных, фибросаркомы у 20, синовиальной саркомы у 13, злокачественной шванномы у 3, липосаркомы у 4, лейомиосаркомы у 2. Неклассифицируемые опухоли были у 20 больных.

ЮМШОҚ ТЎҚИМА САРКОМА РЕЦИДИВЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ**И.Р. Миннуллин, Н.З. Ачилов, Ф.И. Абдухаликов, Т.А. Ризаев**

Самарканд Давлат Тиббиёт Институтини,

Республика ихтисослаштирилган онкология ва Радиология илмий амалий тиббиёт маркази Самарканд филиали
Бу ишда 68 нафар чекликлар ва тана юмшоқ тўқима саркомаси рецидивлари билан касалланган беморларнинг назорати асос қилинди. Бош ва бўйин юмшоқ тўқима саркома рецидивлари ишга киритилмади. 38та аёл ва 30 та эркак бемор назоратга олинди. Локализация рецидивлари ҳар хил бўлди 22 нафар беморнинг юқори чеклигида, 13 беморнинг танасида ва 33 беморнинг пастки чеклигида эди. 6 бемор 19 ёшгача, 14 бемор 20дан - 29 ёшгача, 19 бемор 30дан - 39 ёшгача, 12 бемор 40дан - 49 ёшгача, 11 бемор 50дан - 59 ёшгача, 6 бемор 60 ёшдан катта. 30-39 ёшдаги беморларда рецидивлар энг кўп бўлган, чунки бу ёшдаги беморлар гуруҳида саркома кўпроқ учрайди. 2 беморда рецидив шиш рабдоммосаркома тузилишида, 20тасида фибросаркома, 13тасида синовиал саркома, 3тасида ёмон сифатли (хавфли) шваннома, 4таси липосаркома, 20та беморнинг шиши таснифланмади.

THE TACTICS OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH RELAPSES OF SOFT TISSUE SARCOMA**I.R. Minnullin, N.Z. Achilov, F.I. Abdukhalikov, T.A. Rizayev**

Samarkand State Medical Institute,

Samarkand Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology
The analysis of observations of 68 patients with relapses of soft tissue sarcoma of extremities and trunk is assumed as a basis of this work. The relapses of soft tissue sarcoma of the head and neck are not included into the work. There were 38 women and 30 men among the observed. The localization of the relapses was various: 22 patients had them on the upper extremity, 13- on the trunk, 33- on the lower extremity. There were 6 patients at the age of before 19, 14 – from 20 to 29, 19- from 30 to 39, 12- from 40 to 49, 11- from 50 to 59, and 6 patients at the age of 60 and older. There were the most patients with relapses at the age of 30 to 39, as sarcomata occur more often at this age group. Two patients had relapsing tumours with the structure of rhabdomyosarcoma; 4 patients- with angiosarcoma, 20- with fibrosarcoma, 13- with synovial sarcoma, 3- with malignant schwannoma, 4- with liposarcoma, 2- with leiomyosarcoma. Twenty patients had unclassified tumours.

Актуальность. Саркомы мягких тканей (СМТ) являются относительно редким заболеванием и составляют около 1% всех злокачественных опухолей человека [11]. За 1 год выявляется не менее 3245 заболевших - 0,7% от всех онкологических заболеваний [1], которые характеризуются упорно рецидивирующим течением. По данным литературы [6; 7; 15; 16], развитие локального рецидива СМТ зависит не только от биологических свойств опухоли (степень злокачественности, размер, локализация), но и от радикальности первичного хирургического лечения. Локальный рецидив СМТ возникает у 90% больных, которым вы-

полнено местное иссечение опухоли [4; 5], тогда как широкое иссечение снижает вероятность появления рецидива до 10-20% [3; 9; 10; 12; 13]. В процесс рецидивирования может нарастать анаплазия опухоли и у таких больных процесс приобретает особенно неблагоприятный характер. Это обстоятельство усложняет лечение больных с рецидивами саркомы мягких тканей. Таким образом, нерадикальное удаление СМТ является одним из факторов неблагоприятного прогноза заболевания [2; 6; 7; 8] и поэтому требует незамедлительного дополнительного хирургического вмешательства в объеме широкого иссечения опухоли [14]. Основным методом лечения СМТ является хирургический, но в последние десятилетия большое значение придается комбинированным схемам терапии, включающим в себя лучевую и химиотерапию, что позволяет снизить частоту местных рецидивов. В мировой литературе активно обсуждаются вопросы клинико-морфологических факторов прогноза СМТ, такие как степень злокачественности, пролиферативная активность, размеры, локализация и глубина расположения опухоли, возраст больного, наличие рецидивов в анамнезе. Всё вышеизложенное послужило основанием для проведения нами данного исследования.

Материалы и метод: у большинства больных (17 из 68) первое оперативное вмешательство, оказавшееся нерадикальным, было выполнено в различных хирургических учреждениях, причем у 4 из этих больных в поликлинических условиях. После операций, произведенных в онкологических учреждениях рецидивы развились у остальных 9 больных.

Комбинированное лечение рецидивов применено у 41 больного, хирургическое – у 32, лучевое – у 3, и 6 больным произведена химиотерапия.

Хирургическое лечение больных с рецидивами опухолей мягких тканей явилось основным звеном. После оперативного вмешательства в случае появления ранних и быстрорастущих рецидивов обычно обнаруживали опухолевые узлы в окружающих тканях, клинически не выявлявшиеся из-за малых размеров. Поэтому независимо от размера узла таким больным выполняли только широкое иссечение тканей. При широком иссечении удаляли окружающие опухоль ткани, отступая от пальпируемого узла не менее чем на 5 см, разделяя ткани в местах расположения фасциальных листков, причем последние удаляли в препарате.

Результаты. Проведенные нами морфологические исследования показали, что распространение рецидивов (множественных узлов, опухолевых инфильтратов) не происходит за пределы прилежащей фасции, если нет ее прорастания. Именно поэтому оптимальным видом иссечения при рецидиве следует считать фасциально-фулярное иссечение. Такой вид вмешательства выполнен 22 больным, 3 больным одномоментно произведена лимфаденэктомия. При рецидивировании саркомы в более поздние сроки и медленном увеличении опухолевых узлов ее рост был ограниченным или инфильтрация в окружающие ткани распространялась в пределах 1 см. При таких рецидивах особенно если их локализация не позволяла выполнить широкое иссечение тканей, мы считали допустимым уменьшение объема удаляемых тканей, то есть выполнение локального иссечения. Эти операции проведены у 5 больных.

Объем операции уменьшен вследствие близкого расположения рецидива к сосудисто-нервному пучку [3], крупному суставу [2]. Ограниченный рост и небольшой рост опухоли позволили 3 больным выполнить локальное иссечение. При расположении опухоли в дистальном отделе конечности. Всем 3 больным в послеоперационном периоде проведено облучение. Таким образом, при выборе объема операции при рецидивах саркомы мягких тканей учитывали не только распространенность и локализацию, но и характер роста опухоли.

Ампутация проведена 16 больным. У 7 из этих больных опухоль располагалась в дистальном отделе конечностей, отсутствовала смещаемость саркомы, определялся выраженный инфильтративный рост. У 4 больных произошло врастание опухоли в кость, у 3 больных определялась периостальная реакция, у 2 рецидивный узел распространялся на сустав.

Следовательно все ампутации которые выполнены при локализации рецидива опухоли в дистальном отделе конечности были вынужденными, такими же соображениями мы руко-

водствовались и при определении показаний к калечащим вмешательствам при локализации рецидива в проксимальном отделе конечности.

Облучение по поводу рецидива сарком проведено 15 больным. У 9 человек его выполняли в комбинации с хирургическим лечением, у 6—как самостоятельный метод лечения. Из 16 больных облучение проведено перед операцией (4000-4500 рад) и у 7—как самостоятельное лечение (доза 5000-6000 рад). Эффект отмечен у 4 больных он выражался в заметном уменьшении опухоли, а у 1 больного она перестала определяться. При рецидиве: опухоли у 2 больных были низкодифференцированными, у 1 больной ангиосаркома, у другой полиморфно-клеточная саркома.

У 3 больных несмотря на облучение, опухоли продолжали увеличиваться. По гистологическому строению у одних больных была синовиальная саркома, у 2- фибросаркома. У большинства больных после предоперационного облучения можно было отметить отграниченные опухоли. Это очень важное обстоятельство, позволившее уменьшить объем удаляемых тканей и у 4 больных с большей уверенностью в радикализме выполнить органосохраняющую операцию. У всех больных достигнуто длительное выздоровление. Четверо больных отказались от ампутации.

Химиотерапевтическое лечение при рецидивах саркомы мягких тканей проведено 6 больным. У 4 больных применены циклофосфан, винкристин, актиномицин и преднизалон. У одного из больных с гемангиоэндотелиальной опухолью лечение было эффективным. Отмечалось кратковременное уменьшение рецидивных узлов. Вследствие ухудшения общего состояния и развившейся лейкопении, мы были вынуждены прекратить лечение больного.

Не получено эффекта при лечении остальных 2 больных, в схему полихимиотерапии которых был включен адриабластин.

При рецидивах саркомы мягких тканей результаты после комбинированного лечения: меньше больных умерли в первые 3 года и 5-летнее излечение также оказалось выше, чем после хирургического лечения. Длительное выздоровление после хирургического лечения при рецидивах саркомы достигнуто в основном у тех больных, у которых опухоль была менее распространенной, а по гистологическому строению боли дифференцированной. Эта зависимость результатов лечения от размера и степени дифференцировки рецидива опухоли прослеживается и при анализе результатов комбинированного лечения.

Выводы:

Объем оперативного вмешательства при лечении больных с рецидивами саркомы мягких тканей следует выбирать с учетом характера роста и степени дифференцировки опухоли.

Комбинированный метод лечения при рецидивах саркомы мягких тканей даст лучшие результаты, чем хирургическое.

Использованная литература:

1. Горбунова В.А. Новые направления лекарственного лечения сарком мягких тканей : доклад, заседание № 562 // Вестник московского онкологического общества. 2009. № 11.
2. Трапезников Н.Н., Карапетян Р.М., Геворкян А.А. и др. Ретроспективный анализ результатов лечения сарком мягких тканей // Новое в онкологии. Сб. науч. трудов. Воронеж, 2001. Вып. 5. С. 67.
3. Barr L.C., Stotter A.T., A'Hern R.P. A controversy reviewed from the perspective of soft tissue sarcoma // Br. J. Surg. 2001. V. 78. P. 648–650.
4. Cadman N.L., Soule E.H., Soule P.J. Synovial sarcoma: An analysis of 134 tumors // Cancer. 2001 V. 18. P. 613–627.
5. Cantin J., McNeer G.P., Chu F.C. et al. The problem of local recurrence after treatment of soft tissue sar-

- coma // *Ann Surg.* 2000. V. 168. P. 47–53.
6. Collin C., Hajdu S.I., Godbold J. et al. Localized operable soft tissue sarcoma of the lower extremity // *Arch. Surg.* – 2003. V. 121. P. 1425–1433.
 7. Collin C., Hajdu S.I., Godbold J. et al. Localized operable soft tissue sarcoma of the upper extremity: Presentation, management, and factors affecting local recurrence in 108 patients // *Ann Surg.* 2005. V. 205. P. 331–339.
 8. Emrich L.J., Ruka W., Driscoll D.L. et al. The effect of local recurrence on survival time in adult high- grade soft tissue sarcomas // *J. Clin. Epidemiol.* 2007. V. 42. P. 105–110.
 9. Gustafson P., Dreinhofer K.E., Rydholm A. Soft tissue sarcoma should be treated at a tumor center: A comparison of quality of surgery in 375 patients // *Acta Orthop Scand.* 2009. V. 65. P. 47–50.
 10. Herbert S.H., Corn B.W., Solin L.J. et al. Limb-preserving treatment for soft tissue sarcomas of the extremities: The significance of surgical margins // *Cancer.* 2003. V. 72. P. 1230–1238.
 11. Jemal A., Tiwari R.C., Murray T. et al. Cancer statistics, 2004 // *CA Cancer J. Clin.* 2004. Vol. 54. P. 8.
 12. Karakousis C., Driscoll D.L. Treatment and local control of primary extremity soft tissue sarcomas // *J. Surg. Oncol.* 2001. V. 71. P. 155–161.
 13. Sauter E.R., Hoffman J.P., Eisenberg B.L. Diagnosis and surgical management of locally recurrent soft tissue sarcomas of the extremity // *Semin. Oncol.* 2003. V. 20. P. 451–455.
 14. Sugiura H., Takahashi M., Katagiri H. et al. Additional wide resection of malignant soft tissue tumors // *Clinical orthopaedics and related research.* 2002. V. 394. P. 201–210.
 15. Vraa S., Keller J., Nielsen O.S. et al. Prognostic factors in soft tissue sarcomas: The Aarhus experience // *Eur. J. Cancer.* 2008.
 16. Wilson R.B., Crowe P.J., Fisher R. et al. Extremity soft tissue sarcoma: Factors predictive of local recurrence and survival // *Aust N Z J. Surg.* 2001 V. 69. P. 344–349.