

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*В.Н. Моисеев*

*Республиканский онкологический диспансер (главврач - проф. Р.Ш. Хасанов) МЗ РТ, г. Казань*

Саркомы мягких тканей составляют 0,7-1,0% всех злокачественных опухолей у взрослых, хотя у детей и подростков до 15 лет на их долю приходится 6,5% злокачественных новообразований [1, 4]. Ежегодно в России заболевают около 2400 человек [3]. В Республике Татарстан заболеваемость составляет 1,7 на 100 тысяч населения. Данные литературы свидетельствуют, что риск возникновения рецидива после самостоятельного хирургического лечения, несмотря на совершенствование хирургической техники, остается очень высоким [1, 2]. Опыт комбинированного лечения больных саркомами мягких тканей представлен небольшим числом публикаций и наблюдений, результаты их нередко противоречивы. Нет единого мнения о последовательности оперативного вмешательства и лучевой терапии, о зависимости результатов лечения от распространенности опухолевого процесса и гистологической структуры опухоли.

Цель настоящей работы: проведение многофакторного анализа данных, полученных в ходе комбинированного лечения больных саркомами мягких тканей, гистоморфологического исследования удаленной опухоли с последующим определением наиболее важных прогностических параметров, позволяющих улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

В 1985-2000 гг. под наблюдением находился 201 больной саркомами мягких тканей в возрасте с 10 до 90 лет. Диагноз злокачественности процесса мягких тканей у всех больных подтверждался посредством цитологического или гистологического исследования. Из 125 пациентов с первично выявленными саркомами мягких тканей 66 больным проведено комбинированное лечение: 26 - предоперационная лучевая терапия с последующим оперативным вмешательством, 40 - операция с последующей послеоперационной лучевой терапией.

В нашей клинике для объективной оценки результатов хирургического лечения используются широкое иссечение (фасциально-футлярное) и расширенные операции - широкое иссечение с различными видами пластической и реконструктивно-восстановительной хирургии, лимфаденэктомией.

Изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения у 26 больных саркомами мягких тканей, которым была проведена предоперационная лучевая терапия, в зависимости от гистологической структуры опухоли, распространенности опухолевого процесса и объема оперативного вмешательства. У большинства больных этой группы были синовиальные (23%) и неклассифицируемые (19,2%) саркомы. Опухоли локализовались преимущественно на нижних конечностях (у 57,6%). У 80,7% больных имелась выраженная распространенность местного опухолевого процесса ( $T_2$ в). Небольшие и поверхностные опухоли ( $T_1$ а) составляли лишь 11,5% и в 66,6% случаев находились в проекции сустава. У 15,3% больных отмечен опухолевый процесс с вовлечением кожи (гиперемия, отек, компонент опухоли с распадом).

Предоперационная дистанционная лучевая терапия с помощью гамма-терапевтических аппаратов "Рокус-М", "Луч" и линейного ускорителя SL-20 (фирма "Philips") проводилась в режиме классического динамического фракционирования в СОД 40-50 Гй. Клиническая регрессия опухоли на фоне лучевой терапии наблюдалась практически при всех видах сарком мягких тканей. Отсутствовала она или была незначительной только у больных фибро- и нейросаркомой. Лучшие результаты клинической регрессии отмечались у больных неклассифицируемыми саркомами (до 70-80%). Во всех случаях на фоне лучевой терапии болевой синдром уменьшался или исчезал.

После лучевой терапии ампутация как калечащая операция была произведена лишь у 11,5% больных, расширенные операции - у 38,4%, широкое иссечение - у 50%. Лучшие результаты 5-летней выживаемости прослежены нами у больных синовиальными саркомами (у 83,3%). В 66,6% случаев операции носили расширенный характер.

Неутешительные результаты лечения независимо от объема выбранного оперативного вмешательства были зарегистрированы у больных неклассифицируемыми саркомами, фибросаркомами, ангиосаркомами, нейросаркомами. С увеличением распространенности местного опухолевого процесса ( $T_{2a}$ ,  $T_{2b}$ ) продолжительность жизни резко снижается. Так, 5-летняя выживаемость у больных с опухолями  $T_{2b}$  составляла 38,0% с возникновением ранних рецидивов у 4,8% больных. Отмечалась зависимость продолжительности жизни больных саркомами мягких тканей от выбора объема оперативного вмешательства. 5-летняя продолжительность жизни при широком иссечении составляла 38,4%, при расширенных операциях - 60%. У 50% больных расширенные операции проводились с резекцией кости, пластикой сосудов, свободной кожной пластикой. 66,6% больных с  $T_{2b}$ , перенесших ампутации, прожили не более 3 лет.

Нами разработаны показания и противопоказания к проведению предоперационной лучевой терапии при комбинированном методе лечения больных саркомами мягких тканей.

Показания:

1. Выраженность местно распространенного опухолевого процесса ( $T_{2a}$ ,  $T_{2b}$ ).

2. Локализация опухоли вблизи важных анатомических структур (сосуды, нервы, кости) с последующей возможностью выполнения органосохранных операций.

3. Опухоли с высоким злокачественным потенциалом и высоким риском появления местного рецидива (фибросаркома, ангиосаркомы, липосаркомы, неклассифицируемые саркомы).

4. Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах.

Противопоказания:

1. Угроза кровотечения при наличии распада опухоли.

2. Тяжесть состояния больного из-за выраженности сопутствующих заболеваний.

Изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения 40 больных саркомами мягких тканей, которым проводилось комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией в зависимости от гистологической структуры опухоли, распространенности опухолевого процесса и объема оперативного вмешательства (СОД - от 50 до 60 Гй).

По гистологической структуре опухолей чаще наблюдались липосаркомами (35%), фибросаркомами (15%), синовиальными саркомами (12,5%). Поражение нижних конечностей составляло 55%, туловища - 27,5%, верхних конечностей - 10%. У 62,5% больных имелись опухоли в стадии  $T_{2b}$ , у 15% —  $T_{2a}$ , у 22,5% —  $T_{1a}$  и  $T_{1b}$ . У 72,5% больных операция была выполнена в объеме широкого иссечения, у 27,5% — в расширенном варианте. Все расширенные операции сочетали либо с резекцией кости, либо с протезированием крупных сосудов, либо со свободной кожной пластикой, либо с лимфаденэктомией. Ампутации у больных этой группы не производились.

Нами отмечено, что у больных липосаркомами 5-летняя выживаемость составляла 64,2%, а при синовиальных саркомах - 40%. У больных с опухолями  $T_{2b}$  зарегистрирована 5-летняя продолжительность жизни. Лучшие результаты лечения были прослежены у больных с опухолями  $T_{1b}$  и  $T_{2a}$ , а неутешительные - в случае фибросарком (33,3%). После широкого иссечения 5-летняя выживаемость больных составляла 58,6%, после расширенных операций - 27,2%. После данного вида лечения рецидивы были зарегистрированы у 22,5% больных: наиболее часто при фибросаркомах (у 33,3%) и липосаркомах (у 28,5%). У 88,8% опухолей соответствовала стадии  $T_{2b}$  с локализацией на нижних конечностях. 33,3% больных этой группы больных прожили 5 лет. Появление рецидивов в 77,7% случаев отмечалось после операций в объеме широкого иссечения.

Исходя из результатов исследований, нами разработаны показания и проти-

вопоказания к проведению послеоперационной лучевой терапии при комбинированном методе лечения больных саркомами мягких тканей.

Показания:

1. Сомнительность хирурга в радикализме проведенной операции при любых гистологических формах сарком мягких тканей.

2. Выполнение органосохранных операций с учетом локализации опухоли вблизи важных анатомических структур (суставы, нервы, сосуды, кости).

3. Выраженность местно распространенного опухолевого процесса.

4. Высокий риск появления местного рецидива.

5. Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах.

6. Паллиативное хирургическое вмешательство.

Противопоказанием к лучевой терапии являлось осложнение со стороны послеоперационной раны с последующим вторичным заживлением в срок более 1,5 месяца, но показанием к ее началу - появление признаков рецидива.

С учетом возможности проведения в последующем лучевого лечения осуществляли предварительную разметку границ резекции опухоли металлическими скобками во время операции. Послеоперационное облучение начинали через 3-4 недели после хирургического вмешательства.

Таким образом, применение дистанционной лучевой терапии у 66 больных при всех гистологических структурах сарком мягких тканей способствовало регрессии опухоли и уменьшение общего числа калечащих операций. Все расширенные операции с пластикой и реконструктивно-восстановительной хирургией в сочетании с лучевой терапией позволили добиться хороших косметических и функциональных результатов лечения, минимизации частоты рецидивов, отсутствия осложнений и в последующем успешной реабилитации. У больных с высоким злокачественным потенциалом сарком мягких тканей комбинированный метод лечения дал возмож-

ность увеличить продолжительность жизни до 3 и более лет при наличии распространенного опухолевого процесса.

## ВЫВОДЫ

1. Комбинированный метод лечения позволяет проводить большее число органосохранных операций среди больных с опухолями T<sub>2b</sub> до 85,7%.

2. У больных саркомами мягких тканей этот метод способствует снижению числа выполненных ампутаций до 11,5%.

3. Использование комбинированного метода лечения больных саркомами мягких тканей, включающего предоперационную лучевую терапию, снижает частоту местных рецидивов до 3,8%.

4. Комбинированный метод лечения больных саркомами мягких тканей с послеоперационной лучевой терапией снижает частоту местных рецидивов до 22,5%.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Рахманин Ю.А. Функционально-щадящее лечение больных со злокачественными опухолями /под ред. В.И. Чиссова. - М., 1991. - С. 218 - 222.
2. Стронаджо Е.Ф., Рахманин Ю.А. Ошибки в клинической онкологии. /Руководство для врачей под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. - М., 1993.
3. Химиотерапия опухолевых заболеваний. Краткое руководство под ред. Н.И. Переводчиков. - М., 2000..
4. Rosenberg S.A., Suit H.O. et al. /Principles and Practice of Oncology - Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1982. - P. 1037—1093.

Поступила 03.03.04.

## COMBINED TREATMENT OF SOFT TISSUE SARCOMA

*V.N. Moiseev*

### S u m m a r y

The results of combined treatment of 66 patients with sarcomas of soft tissue are analyzed. The combined treatment makes it possible to perform more organ saving operations among patients with T2b tumors, reduces the number of amputations. Preoperative radiation therapy decreases the rate of local relapses to 3,8%, postoperative radiation decreases the rate of local relapses to 22,5%.