

ОСНОВНЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹Шаназаров Н.А., ²Машкин А.М., ²Байзаков Б.Т.

¹ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Челябинск;

²Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, e-mail: nasrulla@inbox.ru

В литературе большое внимание уделяется прогностическим факторам, влияющим на клинические результаты лечения сарком мягких тканей. Многофакторный анализ показал, что определяющими из них являются: гистологический вариант и размер опухоли, ее локализация, наличие или отсутствие метастазов в регионарные лимфатические узлы, состояние края резекции после широкого иссечения саркомы, локальные рецидивы. Определяющим фактором, влияющим на 5-летнюю выживаемость больных, является гистологический вариант опухоли и степень ее злокачественности. На первом месте среди факторов, влияющих на продолжительность жизни больных с выявленными саркомами мягких тканей, стоит степень дифференцировки опухоли. Размер опухоли при высокодифференцированных саркомах в большей степени определяет прогноз качества жизни больного, из-за более частого местного рецидивирования после удаления первичной опухоли. При низкодифференцированных саркомах размер опухоли влияет как на продолжительность жизни больного, так и на качество жизни больного. Гистологический вариант саркомы мягких тканей может служить ориентиром в определении тактики лечения больного.

Ключевые слова: саркомы мягких тканей, прогностические факторы

MAIN PROGNOSTIC FACTORS INFLUENCE THE CLINICAL RESULTS OF TREATMENT OF SOFT TISSUE SARCOMAS (LITERATURE REVIEW)

¹Shanazarov N.A., ²Mashkin A.M., ²Baizakov B.T.

¹South Ural State Medical University, Chelyabinsk;

²Tyumen State Medical Academy, Tyumen, e-mail: nasrulla@inbox.ru

In the literature a lot of attention paid to the prognostic factors affecting the clinical outcomes of soft tissue sarcomas. Multivariate analysis showed that the decisive ones are: histology and tumor size, its location, the presence or absence of metastases in regional lymph nodes, the state of the resection margins after wide excision of a sarcoma, local recurrence. The determining factor in the 5-year survival is a histological variant of the tumor and the degree of malignancy. Foremost among the factors influencing the survival of patients with soft tissue sarcomas identified, is the degree of tumor differentiation. Tumor size in highly differentiated sarcoma largely determines the quality of life of the patient prognosis because of more frequent recurrence after local removal of the primary tumor. Poorly differentiated sarcoma tumor size affects both the life expectancy of the patient, and the quality of life of the patient. Histological types of soft tissue sarcoma can serve as a guide in determining the tactics of treatment of the patient.

Keywords: soft tissue sarcoma, prognostic factors

По данным литературы, саркомы мягких тканей встречаются сравнительно редко, составляя 0,2–2,6% по отношению ко всем злокачественным новообразованиям человека [3, 26]. Показатель заболеваемости в России в 1990г. составил 1,7 у мужчин и 1,6 у женщин на 100000 населения [4], в 1996 году в России злокачественные новообразования соединительной и других мягких тканей были выявлены у 2846 больных [13]. По данным официальной статистики [5, 6], в 2001 году в России злокачественные новообразования соединительной и других мягких тканей были выявлены у 3159 человек (1466 мужчин и 1693 женщины), заболеваемость составила 2,2 на 100000 населения («грубые» показатели на 100000, оба пола), в 2003 году – у 3050 человек (1421 мужчина и 1629 женщин), заболеваемость составила 2,13 на 100000 населения («грубые» показатели на 100000, оба

пола). В 2011 и 2013 году новообразования соединительной и других мягких тканей были выявлены соответственно у 3491 человек (1612 мужчин и 1879 женщин) и 3407 человек (1550 мужчин и 1857 женщин), заболеваемость составила соответственно в 2011 и 2013 годах 2,4 и 2,37 на 100000 населения («грубые» показатели на 100000, оба пола). Среднегодовой прирост с 2011 по 2011 гг. составил 1,25%, прирост составил 13,37%. С 2003 по 2013 гг. среднегодовой прирост составил 0,76%, прирост составил 7,98% [5, 6].

Саркомами мягких тканей являются злокачественные мезенхимальные опухоли (за исключением опухолей ретикулоэндотелиальной системы и опорной ткани), а также нейроэктодермальные новообразования из периферической нервной системы. В настоящее время описано более 30 различных гистологических типов сарком мягких тканей.

Критерии точного определения клеточного источника той или иной опухоли остаются предметом споров между гистопатологами. У 60% больных саркома мягких тканей поражает конечности, из них более у двух третей пациентов опухоль локализуется на нижних конечностях [3]. По данным разных авторов, особенностью сарком мягких тканей является частое гематогенное метастазирование (от 24% до 52,6%) [12,9] и значительно реже – лимфогенное (от 2,9% до 10%) [20, 25].

В настоящее время большое внимание уделяется прогностическим факторам, влияющим на клинические результаты лечения сарком мягких тканей. Многофакторный анализ показал, что определяющими из них являются: гистологический вариант и размер опухоли, ее локализация, наличие или отсутствие метастазов в регионарные лимфатические узлы, состояние края резекции после широкого иссечения саркомы, локальные рецидивы.

Локализация и размер опухоли определяют частоту локальных рецидивов саркомы мягких тканей. Размер опухоли и ее локализация прямопропорционально влияют на процент местных рецидивов [1, 14, 15]. Для сарком мягких тканей характерна различная частота локальных рецидивов в зависимости от метода лечения. Наличие метастазов в лимфатических узлах является неблагоприятным прогностическим признаком. Лишь немногие больные с пораженными лимфатическими узлами живут продолжительный период времени. Локализация саркомы вблизи сустава, на стопе и кисти определяет высокий риск местного рецидива независимо от способа лечения [17].

Резекция сосудов при вовлечении их в опухолевый процесс с последующим протезированием сопровождается частым локальным рецидивом саркомы мягких тканей – 40% [21, 16]. Частота рецидивирования после сохранных операций в области плеча составляет 74,2%, предплечья – 71,2, кисти 70,4%, крупных суставов – 84,8%, бедра – 67,2%, голени – 78,9%, стопы – 71,8%, груди – 71,4%, спины – 60%, поясницы – 92,6%, брюшной стенки – 48,6% [8].

Спорным остается вопрос зависимости частоты возникновения локального рецидива саркомы мягких тканей от гистологического варианта и степени злокачественности опухоли. В ретроспективном обзоре [28] авторы осветили результаты лечения 112 больных липосаркомой мягких тканей. Они отметили, что плеоморфная липосаркома характеризовалась высокой частотой локальных рецидивов – 37% и низкой десятилетней выживаемостью – 41%.

Миксоидная липосаркома: локальные рецидивы – 13%, десятилетняя выживаемость – 79%. По данным других авторов [2], частота рецидивов при липосаркоме составляет 60–61,7%. Следовательно, гистологический вариант и степень злокачественности опухоли в одинаковой мере влияют на частоту локальных рецидивов саркомы мягких тканей.

Определяющим фактором, влияющим на 5-летнюю выживаемость больных, является гистологический вариант опухоли и степень ее злокачественности. Низкодифференцированные саркомы в 8 раз увеличивают риск смерти. По данным исследований, отдаленные метастазы чаще выявляются при низкодифференцированных саркомах мягких тканей и реже – при высокодифференцированных опухолях [10, 18]. Взаимосвязь гистологического варианта саркомы мягких тканей со степенью злокачественности опухоли представлена в работе Costa J., Wesley P., Glatstein E. et al. (1984). Авторы считают, что микроскопическая диагностика гистогенетической принадлежности опухоли может дать предварительный ориентир в направлении ее степени злокачественности, ожидаемой частоты локальных рецидивов и прогноза жизни больного. Кроме того, размер (в большей степени время удвоения опухоли), косвенным образом свидетельствуют о степени злокачественности опухоли до ее верификации. Неблагоприятным прогностическим фактором, отрицательно влияющим на 5-летнюю выживаемость, является размер опухоли более 5 см при саркоме низкой степени дифференцировки.

По-прежнему спорным остается вопрос влияния рецидива саркомы на 5-летнюю выживаемость больных саркомами мягких тканей. Ряд авторов считают, что локальные рецидивы саркомы мягких тканей не ухудшают прогноз жизни больного [2, 8, 24, 27], на более высокую 5-летнюю выживаемость без локального рецидива указывают и другие авторы, в исследовании которых безрецидивная 5-летняя выживаемость составила 73,3%, а локальные рецидивы снижали 5-летнюю выживаемость до 55,5%. Необходимо отметить, что лечение исследуемой группы пациентов было комбинированным с использованием лучевой терапии [23].

Во многих публикациях отмечается, что около 80% рецидивов (как местных, так и отдаленных метастазов) возникает в первые два года после основного этапа лечения первичной опухоли [7, 11, 19]. Однако авторы не подразделяют локальные рецидивы опухоли на какие либо группы по срокам

возникновения и причинам, объединяющих их. Однако при одном и том же гистологическом типе саркомы время возникновения рецидива может быть обусловлено не только объемом неиссеченной части опухоли, но и условиями ее микроокружения после того или иного способа лечения, а по данным противоречивым выводам нет единого мнения.

В заключение можно отметить, что на первом месте среди факторов, влияющих на продолжительность жизни больных с выявленными саркомами мягких тканей, стоит степень дифференцировки опухоли. Размер опухоли при высокодифференцированных саркомах в большей степени определяет прогноз качества жизни больного, из-за более частого местного рецидивирования после удаления первичной опухоли. При низкодифференцированных саркомах размер опухоли влияет как на продолжительность жизни больного, так и на качество жизни больного [28, 22]. Кроме того, гистологический вариант саркомы мягких тканей может служить ориентиром в определении тактики лечения больного.

Список литературы

1. Байзаков Б.Т., Шаназаров Н.А., Шунько Е.Л. Результаты хирургического лечения больных с рецидивными саркомами мягких тканей // Медицинская наука и образование Урала, Тюмень №3 (63). 2010. – С. 84–86.
2. Галстян А.М., Саакян А.М. Диагностика и лечение сарком мягких тканей. Ереван: Айстан, 1984. – 160 с.
3. Даниель-Бек К.В., Колобяков А.А. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей. – М.: Медицина, 1979. – 184 с.
4. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Трапезников Н.Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1995г. / ОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – М., 1996. – 286 с.
5. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2013. – 289 с.
6. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2015. – 250 с.
7. Киселева Е.С., Голдобенко Г.В., Канаев С.В. Лучевая терапия злокачественных опухолей. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.
8. Колосов А.Е., Захарьян А.Г. Рецидивы злокачественных опухолей и прогноз для больных. – Киров, 1995. – 448 с.
9. Манзюк Л.В. Химиотерапия диссеминированных сарком мягких тканей у взрослых // Третья ежегод. Рос. онкол. конф. – СПб., 1999. – С. 115–117.
10. Столяров В.И., Колосов А.Е., Кастелянос Х.Э. Сберегательные операции и прогноз при саркомах мягких тканей и костей. – Л.: Медицина, 1991. – 157 с.
11. Толстомятов Б.А., Кныш И.Т., Королев В.И. Опухоли мягких тканей таза (диагностика, лечение, исходы) // Опухоли опорно-двигательного аппарата: Сб. науч. тр. – М., 1976. – С. 128–132.
12. Трапезников Н.Н., Еремина Л.А., Тихомиров Г.К. Программа клинических исследований при некоторых формах злокачественных опухолей костей и мягких тканей // Опухоли опорно-двигательного аппарата: Сб. науч. тр. – М., 1976. – С. 3.
13. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.В. Злокачественные новообразования в России в 1996 году. – М.: Медицина, 1997. – 273 с.
14. Шаназаров Н.А., Байзаков Б.Т. Отдаленные результаты хирургического лечения больных рецидивными саркомами мягких тканей // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2012. – № 3. – С. 59.
15. Шаназаров Н.А., Арыбжанов Д.Т., Байзаков Б.Т. Комбинированное лечение рецидивных сарком мягких тканей. // Медицинская наука и образование Урала. – 2011. – № 3. – С. 99–102.
16. Arnold P.G., Pairolero P.C. Chest-wall reconstruction: an account of 500 consecutive patients // Plast. Reconstr. Surg. – 1996. – Vol.98, № 5. – P. 804–810.
17. Coindre J.M., Hadju S.I., Godbold J. Localized, operable soft tissue sarcoma of the lower extremity // Arch. Surg. – 1986. – Vol. 121. – P. 1425.
18. Henricks W.H., Chu Y.C., Goldblum J.R., Weiss S.W. Dedifferentiated liposarcoma: a clinicopathological analysis of 155 cases with a proposal for an expanded definition of dedifferentiation // Am. J. Surg. Pathol. – 1997. – Vol.21, № 3. – P. 271–281.
19. Gwin J.L., Bell J.L. Optimizing local control in soft tissue sarcoma of the extremity // Oncology (Huntingt). – 1994. – Vol.8. – P. 25.
20. Lawrence W., Donegan W.L., Natarajan N. Adult soft tissue sarcomas // Ann. Surg. – 1987. – Vol. 205. – P. 349–359.
21. Marcus S.G., Merino M.J., Glatstein E. Long-term outcome in 87 patients with low-grade soft-tissue sarcoma // Arch. Surg. – 1993. – Vol.128, № 12. – P. 1336–1343.
22. Nakanishi H., Tomita Y., Ohsawa M. Tumor size as a prognostic indicator of histologic grade of soft tissue sarcoma // J. Surg. Oncol. – 1997. – Vol.65, № 3. – P. 183–187.
23. Patricio M.B., Trindade M.C., Santos F. The role of radiotherapy in soft tissue sarcomas. Retrospective study of 115 cases treated from 1979 to 1988 // Acta Med. Port. – 1994. – Vol.7, Suppl.1. – P.25–29.
24. Rooser B., Gustafson P., Rydholm A. Is there no influence of local control on the rate of metastases in high-grade soft tissue sarcoma? // Cancer. – 1990. – Vol. 65. – P.1727–1729.
25. Russle W.O., Cohen J., Enzinger F.M. A clinical and pathological staging system for soft tissues sarcomas // Cancer. – 1977. – Vol.40. – P.1562–1570.
26. Sugarbaker P.H., Cretien P.B. Hemipelvectomy for buttock tumors utilizing an anterior myocutaneous flap of quadriceps femoris muscle // Ann. Surg. – 1983. – Vol.197. – P.106–115.
27. Ueda T., Yoshikawa H., Mori S. Influence of local recurrence of Soft-tissue sarcomas // J. Bone. Joint. Surg. Br. – 1997. – Vol.79, № 4. – P. 553–557.
28. Zagars G.K., Goswitz M.S., Pollack A. Liposarcoma: autome and prognostic factors following conservation surgery and radiation therapy // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 1996. – Vol.36, № 2. – P. 34–39.