

**НЕКОММЕРЧЕСКОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО  
«ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
имени МАРАТА ОСПАНОВА»**

**УДК: 616.74-006.6-089**

*На правах рукописи*

**БАЙЗАКОВ БЕЙБИТ ТЛЕКТЕСУЛЫ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО  
ЛЕЧЕНИЯ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

**14.01.12- Онкология**

**АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации  
на соискание учёной степени кандидата  
медицинских наук**

**Душанбе 2023**

Работа выполнена на кафедре онкологии Некоммерческого акционерного общества «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»

**Научный руководитель:** Шаназаров Насрулла Абдуллаевич, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по стратегическому развитию, науке и образованию больницы медицинского центра управления делами Президента Республики Казахстан

**Официальные оппоненты:** Гатауллин Ильгиз Габдуллович, Член-корр академии наук Республики Татарстан, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Базаров**, доктор медицинских наук, кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. в \_\_\_\_ ч. на заседании диссертационного совета 6D.KOA-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», адрес: Республика Таджикистан, 734026, г.Душанбе, ул.Сино 29-31.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» и по электронному адресу: [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного Совета  
доктор медицинских наук,**

**Шарипов А.М.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Частота случаев встречаемости сарком мягких тканей в общей структуре всех наблюдаемых злокачественных опухолей составляет от 0,2 до 2,6 %. По данным ВОЗ от 2017 г. цифра эта остается относительно стабильной последние 20 лет. Тем не менее, серьезного прорыва в лечении данного вида опухолей по ряду объективных причин до настоящего времени добиться не удалось [Y. Qi, N. Wang, L. Pang et al., 2017]. Основным отличием сарком мягкотканых структур от других злокачественных новообразований является более частое их метастазирование через кровеносное русло, чем через лимфатические сосуды. Частота случаев развития местных рецидивов при данной патологии зависит от способа применяемого противоопухолевого лечения. На сегодняшний день нет универсального способа взятия материала во время выполнения хирургического вмешательства для четкого определения установления «чистоты» зоны выполняемой резекции между пораженной опухолевым процессом и интактной тканью [A. Neuville, F. Chibon, J. M. Coindre, 2018; Горошинская И. А., Нескубина И. В., Шалашная Е. В. и др., 2016]. Не существует единого мнения в вопросах точного определения пределов резекции здоровых тканей. Многие специалисты говорят о невозможности точной дифференциации резизируемой зоны, по причине чего резекция опухоли выполняется вместе с окружающими тканями. Согласно литературным данным, при резекции саркомы мягких тканей следует иссекать и окружающую интактную ткань в пределах 2-3 см [C. Fletcher, J. Bridge, C. Hogendoorn et al., 2017; Адамян А. А., Токарева Т. В., Ромашов Ю. В. и др., 2013; Павленко Н. Н., Коршунов Г. В., Гладкова Е. В., 2013]. Ряд исследователей предлагают при саркомах мягких тканей, локализованных поверхностно, удалять находящийся над опухолью кожный лоскут вместе с послеоперационным рубцом и образовавшимся после биопсии каналом, а при наличии инфильтративных изменений на кожной поверхности, обусловленных опухолевым процессом, такую резекцию необходимо выполнять без учета области облучения, применяемого до и после хирургического вмешательства [L. Licata, D. Fenga, G. Speciale, 2014; R. Matsumoto, H. Sakisaka, T. Kato et al., 2014; Ханевич М. Д., Манихас Г. М., Вашкуров С. М. и др., 2015]. Также, до сих пор остается полностью не изученной роль влияния рецидива саркомы на уровень пятилетней выживаемости данных пациентов. По мнению ученых, развитие местных рецидивов не оказывает значимого влияния на исход патологии [Серикбаев Г. А., Мауленов Ж. О., Тулеуова Д. А. и др., 2015; A. Lopez-Pousa, J. M. Broto, J. M. Trufero et al., 2016; S. Arifi, R. Belbaraka, R. Rahhali et al., 2018], а по мнению других авторов, уровень пятилетней выживаемости при отсутствии местных и

региональных рецидивов заболевания достигает до 73,3 %, при этом развитие рецидивов способствовало снижению данного показателя до 55,5 % [V. Ravi, S. Patel, R.S. Benjamin, 2015; N.T. Hoang, L.A. Acevedo, M.J. Mann et al., 2018; M. Toulmonde, A. Le Cesne, J. Mendiboure et al., 2014].

Не изучены связи между развитием местного рецидива, размерами рецидивного опухолевого образования и длительностью течения местного опухолевого процесса у пациента и их влияние на прогноз жизни больного.

### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы**

Саркомы мягких тканей (СМТ) представляют собой редкие гетерогенные опухоли мезенхимального происхождения, в начале заболевания часто локализованные, для которых хирургическая резекция является основным методом лечения. Однако, несмотря на оптимальное хирургическое лечение, у значительной части пациентов развиваются рецидивирующие и метастатические формы заболевания. Для этих пациентов, имеющиеся варианты лечения довольно-таки ограничены [H.G. Smith, N. Memos, J.M. Thomas et al., 2016; L. Licata, D. Fenga, G. Speciale, 2014]. Это связано с гистологической гетерогенностью, генетическими абберациями, которые запускают опухолевый процесс, локализацией СМТ в организме человека, что создает трудности в классификации и разработке новых методов лечения. СМТ способны образовываться во всех частях тела человека [S. Abatzoglou, R. E. Turcotte, A. Adoubali et al., 2016]. Конечности (43 %), туловище (10 %), висцеральные органы (19 %), брюшинное пространство (15 %), голова и шея (9 %) являются наиболее распространенными первичными локализациями СМТ. СМТ нижних конечностей возникают в 3 раза чаще, чем верхних конечностей, около 75 % этих опухолей локализуются в области коленного сустава [P. Rutkowski, I. Lugowska, 2014]. Анатомический участок, где возникла первичная опухоль, влияет на рецидивирование, метастазирование и исход заболевания, а также на выбор лечения. Брюшинные и внутрибрюшинные опухоли склонны к развитию раннего локального рецидива: 50 % СМТ этой локализации рецидивируют в течение 5 лет. Среди СМТ конечностей и висцеральных органов частота возникновения локального рецидива в течение 10 лет составляет 20-25 % [A. Italiano, A. Le Cesne, J. Mendiboure et al., 2017]. Более чем у 50 % пациентов с высококачественными СМТ развиваются метастазы [S. Sangkhathat, 2015]. У пациентов с метастатическим заболеванием 3-летняя выживаемость составляет 20–30 %, а медиана выживаемости в настоящее время равна 15-18 месяцам. В целом, для СМТ наиболее характерно метастазирование в легкое. Особенно это свойственно для первичной локализации опухоли в области верхних конечностей, а также для лейомиосаркомы матки. СМТ, возникающие в брюшной полости, чаще всего метастазируют в печень и

брюшину. Метастазирование в лимфатические узлы при СМТ наблюдается редко за исключением некоторых гистологических подтипов. При изолированном поражении лимфоузлов возможно излечение некоторых пациентов, однако сочетание с метастазированием в другие органы является неблагоприятным прогностическим фактором [G. Ranieri, M. Mammi, E. Donato Di Paola, 2014].

Все выше изложенное послужило основанием для проведения нами данного научного исследования.

**Связь работы с научными программами, темами.** Работа выполнена на кафедре онкологии Некомерческого акционерного общества «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»

### **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Цель исследования:** оптимизация результатов оперативного и комплексного лечения больных с саркомами мягких тканей путем изменения методик лечения.

#### **Задачи исследования:**

1. Провести анализ диагностических и тактических ошибок, которые неблагоприятно влияют на эффективность оперативного лечения у больных с саркомами мягких тканей.

2. Исследовать результаты применяемых способов оперативного и комплексного лечения у больных с первичными саркомами мягких тканей с использованием в дооперационном периоде лучевой терапии и регионарной внутриартериальной химиоинфузии.

3. Исследовать частоту развития местных рецидивов заболевания и их сроки в зависимости от гистологического типа мягкотканых сарком и применяемых способов лечения.

4. Изучить результаты оперативного и комплексного способов лечения больных при рецидивах мягкотканых сарком.

5. Исследовать отдаленные результаты оперативного и комплексного способов лечения больных с рецидивными формами мягкотканых сарком.

#### **Научная новизна**

Выявлено наличие прямой связи между уровнем пятилетней выживаемости пациентов и гистологическим типом мягкотканых сарком, их размерами и степенью дифференцировки опухоли. Установлены факторы, оказывающее неблагоприятное влияние на прогностический исход, к которым относятся: размеры первичного и рецидивного злокачественного новообразования, степень дифференцировки опухоли.

#### **Теоретическая и научно-практическая значимость работы.**

Впервые проанализированы результаты применения комплексного метода лечения сарком мягких тканей с использованием предоперационной лучевой терапии и регионарной внутриартериальной химиоинфузии.

Разработанная нами схема лечения сарком мягких тканей позволила изменить тактику ведения пациентов данной группы и установить конкретные сроки наблюдения за перенесшими лечение больными. Впервые установлено, что через 6 месяцев от момента завершения основного этапа лечения требуется постоянное ежемесячное обследование пользованных пациентов. Установлено, что наиболее целесообразным объемом хирургического вмешательства при саркомах мягких тканей считается широкое иссечение опухоли с включением кожного лоскута над опухолью в единый блок удаляемых тканей. Определена возможность пластики раны после операции межподвздошно-брюшной резекции латеральным кожно-фасциальным лоскутом.

**Объект исследования:** 204 пациента с мягкотканными саркомами различных гистологических вариантов.

**Предмет исследования:** результаты ультразвуковых, компьютерно-томографических, гистологических, клинико-лабораторных, морфологических и иммунологических исследований пациентов с саркомами мягких тканей и их рецидивов.

**Личный вклад соискателя учёной степени:**

Диссертационная работа – самостоятельное научное исследование автора. Соискатель самостоятельно определил цель и задачи исследования, провёл сбор, обобщение и анализ полученных результатов, выполнил полноценный патентный поиск и анализ имеющейся научной литературы по теме исследования. Провёл анализ историй болезни и медицинских карт 204 пациентов с саркомами мягких тканей и его рецидивами. Автором выполнен анализ всех методов проведённого исследования, оперативных и лечебных вмешательств. Автором самостоятельно написаны все разделы диссертации, сформулированы её основные положения и выводы, проведён статистический анализ полученных данных. В исследованиях, выполненных в соавторстве, реализованы научные идеи диссертанта. Результаты исследования отражены в публикациях.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования):** Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.12 – Онкология: подпункт 3.3. Эпидемиология. Скрининг. 3.4. Иммунная система. 3.5. Клинические проявления. Диагностика. 3.6. Лечение. 3.7. Реабилитация.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. При изолированном применении оперативных методов лечения у больных с мягкотканными саркомами риск развития местных рецидивов заболевания является высоким.

2. При лечении мягкотканых сарком необходимым является применение комплексного подхода с проведением в дооперационном периоде лучевой терапии и ВАПХТ.

3. Рецидивные формы мягкотканых сарком трудно поддаются лучевой терапии.

4. Не установлено наличие связи между локальными рецидивами высокодифференцированных форм мягкотканых сарком и уровнем пятилетней выживаемости пациентов.

5. Неблагоприятными прогностическими факторами исхода мягкотканых сарком с высокой и промежуточной степенью их дифференцировки считаются большие размеры опухолевого образования, превышающие 5 см., а также наличие местного рецидива.

**Степень достоверности результатов:** Достоверность результатов исследования подтверждена применёнными современными, широко используемыми в практике клиническими и инструментальными, гистологическими, морфологическими и иммунологическими методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка материала подтвердила достоверность полученных результатов.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Материалы диссертации доложены и обсуждены на научном обществе онкологов и радиологов ЗКО (Актобе, 2010), на научно-практической конференции молодых ученых ТюмГМА (Тюмень, 2010, 2011), на Российской научно-практической конференции (Челябинск, 2010, 2012), на VII съезде онкологов и радиологов СНГ (Астана, 2012). Апробация работы проведена на научном семинаре кафедры онкологии ТюмГМА (Тюмень, 2012, протокол) Conference “The internationalization of continuing medical education. Prospection”. Aktobe, 2019. На заседании межкафедральной –проблемной комиссии по онкологии НАО «ЗКМУ им. Марата Оспанова» протокол №6, 24.11.2022 г.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, в том числе 6 статьи в рецензируемых журналах Вак при Президенте Республики Таджикистан и ВАК РФ.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 176 страницах компьютерного текста шрифтом «Times New Roman», 14 шрифт, состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 32 таблицами и 9 рисунками. Список использованной литературы включает 177 источников, из них 36 источников стран СНГ и 141 иностранных авторов.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Общая характеристика клинического материала**

Настоящее исследование охватывает временной период с января 1997 года по декабрь 2021 года. Исследование проводилось на базе

Актубинского областного онкологического диспансера. В исследование включены 204 пациента с различными гистологическими типами сарком мягких тканей. Критерии включения пациентов в исследование определялись с учетом факторов, оказывающих влияние на течение заболевания: характеристика опухолевого процесса – первичная или рецидивная опухоль, размер и локализация опухоли, гистологический тип опухоли, наличие регионарных или отдаленных метастазов, предшествующее лечение, диагноз по системе TNM, методы лечения, количество и локализация рецидивов опухоли, а также учитывалась причина смерти больных - отдаленные метастазы, локорегионарные рецидивы и их осложнения. Группировка по стадиям в соответствии с поставленным диагнозом «саркома мягких тканей» и с системой TNM представлена в таблице 1.

**Таблица 1. - Группировка по стадиям в соответствии с системой TNM**

Стадия	Система TNM			
	G <sub>1</sub>	T <sub>1</sub>	No	Mo
Стадия 1а	G <sub>1</sub>	T <sub>1</sub>	No	Mo
Стадия 2	G <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	No	Mo
Стадия 3	G <sub>2</sub>	T <sub>1</sub>	No	Mo
Стадия 2б	G <sub>2</sub>	T <sub>2</sub>	No	Mo
Стадия 3а	G <sub>3-4</sub>	T <sub>1</sub>	No	Mo
Стадия 3б	G <sub>3-4</sub>	T <sub>2</sub>	No	Mo
Стадия 4а	G-любая	T-любая	N <sub>1</sub>	Mo
Стадия 4б	G-любая	T-любая	N-любая	M <sub>1</sub>

Степень дифференцировки оценивали после определения гистологического типа опухоли. Исследование проводилось с использованием гистологической классификации опухолей мягких тканей ВОЗ пересмотра 1994 года, включающей 15 классов. Все больные с саркомами мягких тканей были разделены на две группы: с первичными и рецидивными саркомами мягких тканей. По методу лечения в каждой группе больные были разделены дополнительно на две подгруппы. В 4 случаях не удалось установить размеры первичной опухоли из-за отсутствия первичной документации по месту жительства. У 113 (57,5 ± 3,5 %) больных при первичном обращении размер опухоли был более 5 см. в наибольшем измерении, у 85 (42,5 ± 3,5 %) опухоль была 5 см. и менее. На втором месте по частоте выявляемости стояла липосаркома, на третьем – фибросаркома, которые чаще наблюдались у мужчин. Метастазы в регионарные лимфоузлы были выявлены у 5 (2,5 %) больных, что подтверждает относительно редкое метастазирование сарком мягких тканей в лимфоузлы. Отдаленные метастазы при первичном обращении выявлены в 3 (1,5 %) случаях: у 2 больных злокачественной фиброзной гистиоцитомой и у 1 больного синовиальной саркомой. Саркомы мягких

тканей в нашей группе больных чаще наблюдались у женщин – 110 (53,9 ± 4,7 %), реже у мужчин – 94 (46,1 ± 5,1%). Средний возраст составил 45 лет. Из общего числа больных саркомами мягких тканей 32,9 % находились в возрастной категории 60 лет и старше. Число заболевших в возрасте от 46 до 60 лет и старше составило 63,3 % больных. Локализация сарком мягких тканей на нижних конечностях наблюдалась у 118 (57,9 %) больных, на верхних конечностях – 38 (18,8 %), на туловище – 48 (23,3 %). В сумме локализация саркомы мягких тканей на конечностях составила 76,7 %. Распределение больных представлено в таблице 2.

**Таблица 2. - Распределение больных саркомой мягких тканей по полу**

Пациенты	Пол				Всего	
	мужчины		женщины			
	абс	%	абс	%	абс	%
<b>Итого</b>	<b>94</b>	<b>46,1</b>	<b>110</b>	<b>53,9</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

**Характеристика методов лечения первичных сарком мягких тканей.** Оперативное вмешательство как основной этап лечения выполнено 198 (96,6 %) больным из 204 пациентов. Местное распространение локального опухолевого процесса и отдаленные метастазы у 6 (2,9 %) больных не позволили выполнить радикальное хирургическое удаление опухоли. Органосохраняющие операции при локализации саркомы мягких тканей на верхних и нижних конечностях выполнены у 152 больных и составили 74,51 %. Органоуносящие операции выполнены 11 (5,4 %) больным. Хирургическое лечение в других лечебных учреждениях было проведено 66 (33,2 %) больным, поступившим в областной онкологический диспансер. В группе больных с первичными саркомами мягких тканей у 134 (67,7 %) больных хирургическое лечение было единственным методом лечения. В 16 (7,85 %) случаях использовался комплексный метод с предоперационной лучевой терапией и внутриартериальной регионарной химиотерапией, и в 48 (24,2 %) – с послеоперационной дистанционной лучевой терапией. В сумме комплексное лечение составило 32,05 %. В группе больных с рецидивными саркомами мягких тканей у 52 (71,3%) больных было проведено только хирургическое лечение, в 14 (19,1 %) случаях использовался комплексный метод с предоперационной лучевой терапией и внутриартериальной регионарной химиотерапией, и в 9 (13,3 %) – с послеоперационной дистанционной лучевой терапией. В сумме комплексное лечение составило 31,4 %. Послеоперационная летальность составила 0,5 %. В таблице 3. приведены данные по лечению больных первичными и рецидивными саркомами мягких тканей.

**Таблица 3. - Распределение больных по методу лечения первичных и рецидивных сарком мягких тканей**

Виды	Метод лечения		
	Хирургический	Комплексный	
		Предоперационная лучевая терапия + ВАПХТ	Послеоперационная лучевая терапия
Первичные саркомы (n=198)	134 (67,7 %)	16 (8,1 %)	48 (24,2 %)
Рецидивные саркомы (n=75)	52 (69,3 %)	14 (18,7 %)	9 (12,0 %)

**Хирургический метод лечения.** Межлопаточно\_грудное вычленение верхней конечности выполнено у 1 больной при локализации саркомы мягких тканей на грудной клетке с врастанием в плечевой сустав и сосудисто-нервный пучок. Органоуносящие операции при локализации саркомы на нижних конечностях выполнены у 10 больных: при локализации саркомы на бедре, паховой области и области тазобедренного сустава – 8, в области коленного сустава – 1, на стопе – 1. Радикальное\_удаление опухоли в 4 случаях при местно-распространенном локальном опухолевом процессе в верхней трети бедра и области тазобедренного сустава. Экзартикуляция бедра выполнена 1 больному. У 170 (86,3 %) больных после удаления опухоли послеоперационная рана была ушита послойно. В 4 случаях сближение краев раны сопровождалось натяжением кожи. Пластика раны свободным кожным лоскутом выполнена в 8 (4,7 %) случаях (на бедре – 4, в области голеностопного сустава – 1, голени – 3). Локальный контроль радикализма удаления саркомы проводился в двух вариантах. Вторым исключением двухсантиметрового захвата здоровых тканей по периметру опухоли были оперативные вмешательства при локализации саркомы мягких тканей на стопе, кисти, пальцах. При локализации саркомы мягких тканей в ягодичной области или задней поверхности верхней трети бедра с вовлечением в опухолевый процесс седалищного нерва нами использовался передний кожно-мышечный лоскут. Мы использовали 3 вакуум-дренажа. Резекция половины таза была выполнена у 1 больного с лейомиосаркомой мягких тканей. Частичная резекция костей таза, составляющих безымянную линию, выполнена у 3 больных: при лейомиосаркоме, гемангиоперицитоме и злокачественной мезенхимоме.

**Комплексный метод лечения с предоперационной химиолучевой терапией.** Комплексное лечение сарком мягких тканей с предоперационной

дистанционной гамма-терапией в сочетании с регионарной внутриартериальной химиотерапией было проведено 16 больным. Лучевая терапия проводилась в 3 вариантах. Поля облучения включали опухоль с захватом 2 см здоровых тканей. У 8 больных использовалась методика среднего фракционирования дозы облучения, разовая очаговая доза составляла 5 Гр до СОД 25 Гр (ВДФ=75 ед.). Оперативное вмешательство проводилось через 48-72 часа после окончания лучевой терапии. В 5 случаях заболевания предоперационная лучевая терапия проводилась в динамическом режиме до СОД 36-38 Гр (ВДФ=75 ед.), параллельно больным проводилось 2 курса регионарной внутриартериальной полихимиотерапии (ВАПХТ) по схеме Доксорубин 100 мг/м<sup>2</sup> и Цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> с интервалом 21-28 дней. Для проведения регионарной полихимиотерапии в рентгеноперационной нами производилась катетеризация одной из бедренных артерий по методике Сельдингера, затем производили селективную катетеризацию артерии верхней или нижней конечности в зависимости от охвата «зоны интереса». После выполнения ангиографии (рис. 1) через установленный катетер производили химиоинфузию с помощью инфузомата «Браун-Фм» (Германия).



**Рисунок 1. Ангиограмма подмышечной артерии. Мякотканная саркома верхней трети левого плеча.**

После окончания химиоинфузии катетер удаляли и производили тугое бинтование области пункции. Больной находился в течение 1 суток в постели, получал антикоагулянты, со 2-х суток больной находился на обычном режиме наблюдения и продолжал лучевую терапию. В одном случае предоперационная лучевая терапия проводилась по методике одноразового воздействия на опухоль дозой облучения 7,5 Гр, операция была выполнена в тот же день. У одного больного со злокачественной фиброзной гистиоцитомой двух локализаций была проведена предоперационная лучевая терапия средними фракциями до СОД 25 Гр, оперативное вмешательство с интраоперационной лучевой терапией до СОД 20 Гр и послеоперационная лучевая терапия в режиме классического фракционирования до СОД 34 Гр на ложе удаленной первой опухоли.

Комплексное лечение второй опухоли проводилось с использованием предоперационной лучевой терапии средними фракциями до СОД 25 Гр.

**Комплексное лечение больных саркомами мягких тканей с послеоперационной дистанционной гамма-терапией.** Комплексное лечение больных саркомами мягких тканей с послеоперационной дистанционной гамма-терапией проведено у 48 больных. Лучевая терапия проводилась в сроки от 1,5 до 4 недель после оперативного вмешательства. У 80 % больных этот срок не превышал 2 недель. Лучевое воздействие у 2 больных проведено на ложе опухоли и регионарные лимфоузлы, в остальных случаях только на ложе удаленной саркомы. Лучевая терапия проводилась в динамическом режиме облучения до суммарной очаговой дозы 60-65 Гр (ВДФ=100-110 ед.). В одном случае СОД составила 18 Гр, у больного наблюдалась лейкопения и лучевая терапия была прекращена. Предоперационная и послеоперационная лучевая терапия проводилась на аппаратах РОКУС – М, АГАТ – Р и линейных ускорителях SL – 20, SL – 15.

#### **Особенности методов лечения рецидивных сарком мягких тканей.**

Локальные рецидивы после лечения первичной саркомы мягких тканей развились у 95 (51,9 %) из 183 прослеженных больных. Радикальное повторное оперативное вмешательство по поводу локального рецидива опухоли было возможным у 73 (76,8 %) больных. В конечном итоге локальные повторные рецидивы саркомы мягких тканей на верхних и нижних конечностях привели к ампутации в 17 (30,3 %) случаях. Необходимо отметить, что у 15 (15,8 %) больных при локальном рецидиве опухоли одновременно были выявлены и отдаленные метастазы. В 18 (24,6 %) случаях местный рецидив опухоли имел мультицентричный характер роста. У 52 (71,3 %) пациентов повторно применялся только хирургический метод, в эту подгруппу вошли больные, которым на предыдущем этапе проводилось комплексное и хирургическое лечение. Комплексный метод лечения применялся у 24 (31,4 %) больных. В комплексное лечение сарком мягких тканей мы так же применяли 2 курса ВАПХТ по схеме Доксорубицин 100 мг/м<sup>2</sup>+Цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> с интервалом 21-28 дней (рис. 2).



**Рисунок 2. Ангиограмма плечевой артерии. Мякотканная саркома левой кисти. Состояние после ампутации кисти.**

Статистический анализ проводился с помощью методов описательной статистики. Сравнение групп по качественному признаку изучали с использованием двустороннего критерия статистической значимости и методом построения таблиц сопряженности с последующим анализом методом Пирсона. В случае необходимости проведения корреляционного анализа пользовались методом ранговой корреляции Кендалла. Полученные результаты отображали кривой Каплана-Майера. Все расчеты выполнялись с использованием ППП Statistica 6.0.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Особенности диагностики первичных сарком мягких тканей.**

По нашим данным, основной причиной, заставившей больного обратиться к врачу, был сам факт наличия опухоли, вызывающий косметический дефект в той или иной области тела – у 158 (77,5 %) из 204 пациентов. У 4 (2,1 %) пациентов доминирующим признаком заболевания стало повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Метастазы в легкие были обнаружены у 3 (1,5 %) больных. Рентгенологические признаки поражения костей выявлены у 4 (2,1 %). Анатомо-топографическая локализация саркомы мягких тканей определялась с помощью компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии у 27 (13,2 %) больных саркомами мягких тканей, достоверность анатомо-топографического расположения опухоли была высокой. Так же больные с саркомами мягких тканей подвергались ультразвуковому исследованию. У 2 больных были выявлены отдаленные метастазы в печень и почки. В 9 случаях удалось определить анатомо-топографическое взаимоотношение саркомы мягких тканей, локализованной на передней брюшной стенке. У 4 больных с локализацией опухоли вблизи крупных магистральных сосудов было проведено ангиографическое исследование, которое выявило вовлечение магистрального сосуда в опухолевый процесс. Пункционная биопсия дала положительный результат в 74 (36,3 %) случаях. Трепан-биопсия, требующая специальных игл в различной модификации, применялась в 8 (3,9 %) случаях.

### **Результаты лечения первичных сарком мягких тканей.**

Хирургический метод лечения при саркомах мягких тканей включал два типа оперативных вмешательства: сберегательные и калечащие (ампутация и экзартикуляция) и являлся основным элементом комплекса лечебных мероприятий. В группе больных первичными саркомами мягких тканей он был применен у 134 (67,7 %) из 198 пациентов. Исследуемому нами подгруппу пациентов составили 119 больных, которым было проведено радикальное оперативное вмешательство как самостоятельный метод лечения. Из данной подгруппы нами исключены 11 больных, которым были выполнены калечащие операции: ампутация или экзартикуляция

конечностей. Калечащие оперативные вмешательства при локализации саркомы мягких тканей на конечностях были выполнены у 11 (12,1 %) из 91 больного. Локальный рецидив саркомы мягких тканей наступил в 2 случаях. Общее количество рецидивов составило 43 (72,9 ± 5,9 %) при размерах опухоли до 5 см. и 36 (60,0 ± 6,3%), когда размер саркомы был более 5 см. В 10 случаях у больных не удалось установить объем оперативного вмешательства. Контроль наличия опухолевой инфильтрации в крае резекции был проведен нами в 12 из 45 случаев: в 9 – при удалении первичной саркомы мягких тканей и в 3 – при иссечении послеоперационного рубца после нерадикального удаления опухоли в других лечебных учреждениях.

**Таблица 4. - Частота локальных рецидивов после хирургического лечения первичных сарком мягких тканей в зависимости от размера и гистологического варианта опухоли**

Гистологический вариант опухоли	Размер первичной опухоли					
	T <sub>1</sub>			T <sub>2</sub>		
	Кол-во больных	Рецидив		Кол-во больных	Рецидив	
		абс.	%		абс.	%
Злокачественная фиброзная гистиоцитома	23	18	78,3	15	11	73,3
Липосаркома	4	2	50,0	16	10	62,5
Фибросаркома	11	9	81,8	9	4	44,4
Лейомиосаркома	1	1	100,0	7	3	42,9
Рабдомиосаркома	4	3	75,0	6	4	66,7
Злокачественная шваннома	5	3	60,0	3	2	66,7
Дерматофибросаркома	7	3	42,9	-	-	-
Злокачественная гемангиоперицитома	-	-	-	2	1	50,0
Альвеолярная саркома	1	1	100,0	-	-	-
Синовиальная саркома	2	2	100,0	2	1	50,0
Неклассифицированная саркома	1	1	100,0	-	-	-
<b>Итого: 119 (100%)</b>	<b>59</b>	<b>43</b>	<b>72,9%</b>	<b>60</b>	<b>36</b>	<b>60,0%</b>

У 2 (22,2 %) из 9 больных при контрольном иссечении края резекции микроскопическое исследование выявило наличие опухолевой инфильтрации, в последующем явившейся причиной возникновения локального рецидива. Из 3 случаев иссечения послеоперационного рубца у одного (33,3 %) больного выявлен опухолевый рост. Удаление опухоли при ее размере до 5 см. сопровождается локальными рецидивами в 36 (83,7 ±

5,6%) случаях. При широком иссечении опухоли локальные рецидивы наблюдались у 3 (25,0 ± 13,0 %) больных. Частота развития послеоперационных рецидивов отражена в таблице 4. Частота локальных рецидивов также высока после удаления опухоли размером более 5 см. без достаточного захвата окружающих здоровых тканей – рецидивы опухоли возникли у 18 (85,7 ± 7,3 %) больных. После широкого иссечения опухоли локальные рецидивы наблюдались у 17 (51,5 ± 8,7 %) пациентов (различия статистически достоверны,  $p < 0,01$ ).

**Комплексный метод лечения.** Комплексное лечение сарком мягких тканей с предоперационной дистанционной гамма-терапией и 2 курсов регионарной ВАПХТ проведено нами 16 больным. Лучевая терапия проводилась в 3 вариантах. У 5 больных использовалась методика среднего фракционирования дозы облучения, разовая очаговая доза составляла 5 Гр до СОД 25 Гр (ВДФ = 75 ед.). ВАПХТ проводилась по схеме Доксорубин 100 мг/м<sup>2</sup> + Цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup>. Оперативное вмешательство проводилось через 48-72 часа после окончания лучевой терапии. В 5 случаях заболевания предоперационная лучевая терапия проводилась в динамическом режиме до СОД = 36-38 Гр (ВДФ = 75ед.). Количество рецидивов при размере опухоли более 5 см. после комплексного лечения первичных сарком мягких тканей составило 5 (41,6 ± 14,8 %).

**Таблица 5. - Частота локальных рецидивов после комплексного лечения с предоперационной лучевой терапией и ВАПХТ в зависимости от гистологического варианта и размера опухоли**

Гистологический вариант опухоли	Размер опухоли					
	T <sub>1</sub>			T <sub>2</sub>		
	Количество больных	Рецидив		Количество больных	Рецидив	
абс.		%	абс.		%	
Злокачественная фиброзная гистиоцитома	-	-	-	3	1	-
Липосаркома	-	-	-	6	1	-
Фибросаркома	-	-	-	1	1	-
Рабдомиосаркома	1	-	-	1	1	-
Злокачественная мезенхимомы	-	-	-	1	1	-
<b>Всего</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>41,7</b>

Так, частота рецидивов при злокачественной фиброзной гистиоцитоме размером более 5 см. после комплексного лечения составила 3 (27,3 ± 14,1 %), при фибросаркоме – 3 (37,5 ± 18,3 %). Статистически

значимых различий нет ( $p > 0,05$ ). Частота развития местных рецидивов в зависимости от гистологического варианта образования после комплексного лечения с лучевой терапией до операции представлена в таблице 5.

**Диагностика локальных рецидивов саркомы мягких тканей.** У 73 (76,8 %) из 95 больных локальный рецидив саркомы мягких тканей был выявлен при профилактическом осмотре. В 22 (23,2 %) случаях больной самостоятельно выявил наличие опухолевого узла, что явилось основной причиной явки на осмотр. Метастазы в регионарные лимфатические узлы были выявлены у 3 (3,2 %) больных и были подтверждены при пункционной биопсии. Это было подтверждено возникновением локальных повторных рецидивов саркомы мягких тканей у 18 (24,6 %) из 73 больных после частичного иссечения послеоперационного рубца. Метастазы в легких были выявлены у 15 (15,8 %) из 95 пациентов. В 6 случаях при местном рецидиве саркомы возникли трудности в дифференцировке опухолевого роста от локального фиброза.

**Анализ факторов, влияющих на сроки возникновения местных рецидивов первичной саркомы мягких тканей.** По нашим данным, наибольшее количество случаев возобновления местного опухолевого роста после хирургического лечения наблюдалось в течение первых 6 мес. после лечения – в 22 (27,8 ± 5,0 %) при размере опухоли не более 5 см. и в 17 (21,5 ± 4,6 %) случаев – при размере опухоли более 5 см. Наиболее высокая частота локальных рецидивов при размере первичной опухоли более 5 см. наблюдалась нами к концу второго года после хирургического лечения. Снижение абсолютного количества локальных рецидивов опухоли при ее диаметре более 5 см. к концу третьего года после хирургического лечения было обусловлено гибелью части больных. Неизлеченность опухолевого процесса при размере опухоли до 5 см. была у 22 (27,8 ± 5,0 %) больных и у 17 (21,5 ± 4,6 %) – при размере опухоли более 5 см., что и явилось главной причиной неудовлетворительных результатов лечения локального опухолевого процесса.

Самая высокая частота возобновления местного опухолевого роста саркомы мягких тканей у больных после комплексного лечения наблюдался в сроки до 6 мес. после окончания основного лечения, затем наблюдался тенденция к снижению количества локальных рецидивов до 18 мес., которая характерна только для сарком размером более 5 см. Рост количества рецидивов в сроки до 42 мес. наблюдался только у больных с опухолями размером менее 5 см. В то же время, отсутствие рецидивов при размере опухоли более 5 см. в интервале между 18 и 42 мес. объяснялось гибелью части больных от генерализации процесса. После комплексного лечения больных при размере опухоли до 5 см. преобладали поздние локальные рецидивы – 3 (18,8 ± 10,1 %), которые не наблюдались при

размере опухоли более 5 см., у данной категории больных чаще наблюдались ранние локальные рецидивы и неизлеченность местного опухолевого процесса.

### **Результаты лечения рецидивных сарком мягких тканей.**

Локальные рецидивы после лечения первичной саркомы мягких тканей развились у 95 (51,9 %) больных. Радикальное повторное оперативное вмешательство по поводу локального рецидива опухоли было возможным у 73 (76,8 %) больных. У 52 пациентов повторно выполнялось только хирургическое лечение, в эту подгруппу вошли больные, которым на предыдущем этапе проводилось как комплексное, так и хирургическое лечение. Ампутации или экзартикуляции выполнены у 17 (30,3 %) больных при локализации рецидива саркомы мягких тканей на верхних и нижних конечностях. По нашим данным, рецидивы саркомы мягких тканей наблюдались в 2 случаях ампутации верхней и нижней конечностей и в 1 случае – при межлопаточно-грудном вычленении.

Для окончательного определения объема оперативного вмешательства мы предлагаем следующую тактику: первый этап хирургического лечения – определение верхней границы распространения саркомы оперативным путем, граница ампутации намечается в зависимости от границы распространения опухоли в проксимальном направлении. Объем иссечения рецидивной опухоли определяется не столько по границам иссечения по ширине или длине, а в большей мере – по глубине иссечения. С января 1997 года объективным методом контроля радикализма оперативного вмешательства мы считаем отсутствие микроскопически определяемого опухолевого роста по границам иссечения рецидивной саркомы мягких тканей. Пластика обширной послеоперационной раны после иссечения рецидива саркомы васкуляризированным лоскутом применялась в 2 (3,8 %) случаях при локализации опухоли на голени. У одного больного произошла гибель донорского васкуляризированного лоскута из-за тромбоза микрососудистого анастомоза, и рана была пластирована свободным полнослойным кожным лоскутом. В 7 (13,5 %) случаях послеоперационная рана пластировалась свободным расщепленным кожным лоскутом, в 4 (4,7 %) случаях – перемещенным кожно-фасциальным лоскутом. Хирургическое удаление рецидивных сарком мягких тканей выполнено у 52 больных и было окончательным методом лечения.

Так, у 9 больных с рецидивной злокачественной гистиоцитомой размером до 5 см. после хирургического лечения повторные рецидивы развились у 6 (66,7 ± 16,7 %). У 6 больных рецидивной фибросаркомой размером до 5 см. повторные рецидивы выявлены у 4 (66,7 ± 21,0 %). Статистически значимых различий нет ( $p > 0,05$ ). Большинство больных при размере рецидивной саркомы более 5 см. в течение 2 лет погибали от

генерализации процесса. После трех лет отмечался рост количества повторных рецидивов только у больных после хирургического лечения рецидивной саркомы мягких тканей диаметром до 5 см. Комплексное лечение проведено 21 больному при повторных рецидивах саркомы мягких тканей. У 12 больных рецидивная саркома была размером до 5 см. и у 9 больных – более 5 см. Повторные рецидивы в сроки до 42 мес. наблюдались у больных после комплексного лечения только при размере рецидивной опухоли не более 5 см. При размере рецидивной опухоли до 5 см. после комплексного лечения в сроки до 6 месяцев локальных повторных рецидивов не наблюдалось. При размере рецидивной опухоли более 5 см. после комплексного лечения доминировала неизлеченность локального опухолевого процесса и ранние повторные рецидивы. Повторные рецидивы при размере опухоли до 5 см. после хирургического лечения наблюдались у 15 ( $60,0 \pm 10,0$  %) больных, а после комплексного лечения – у 5 ( $41,7 \pm 14,9$ %) пациентов ( $p > 0,05$ ).

**Отдаленные результаты хирургического лечения первичных и рецидивных сарком мягких тканей.** Отдаленные результаты лечения изучены у 139 больных. Из них 54 (38,8 %) больных прожили 5 лет без локального рецидива опухоли. У 85 (61,2 %) больных в течение 5 лет появился локальный рецидив. Количество местных рецидивов варьировало от 1 до 19. Прослеживаемость результатов составила 86,4 %. Причиной смерти у 7 ( $5,0 \pm 1,8$  %) больных послужил локальный опухолевый процесс и его осложнения. В остальных случаях непосредственной причиной смерти была генерализация опухолевого процесса. Более 5 лет прожили  $77,8 \pm 14,7$  %, при размере опухоли не более 5 см. в диаметре и  $46,6 \pm 13,3$  %, при размере опухоли более 5 см. в наибольшем измерении. В подгруппе больных со злокачественной фиброзной гистиоцитомой неблагоприятным фактором, влияющим на 5-летнюю выживаемость, являлся размер злокачественной опухоли у больных, подвергшихся оперативному вмешательству. В данной подгруппе 5 лет и более не прожил ни один больной.

Отдаленные результаты изучены у 70 больных с локальными рецидивами саркомы мягких тканей. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. При рецидивной опухоли размером 5 см. или менее, пятилетняя выживаемость была выше ( $75,6 \pm 7,1$  %), чем при рецидивной саркоме размером более 5 см. ( $40,6 \pm 8,7$  %),  $p < 0,01$ . Отдаленные результаты комплексного лечения сарком мягких тканей прослежены у 30 больных без локального рецидива опухолевого процесса и у 8 пациентов с локальным рецидивом саркомы. В отдаленном периоде были выявлены 3 (7,9 %) случая возникновения постлучевой язвы в зоне облучения. Наиболее высокие показатели пятилетней безрецидивной выживаемости отмечаются у больных с размером опухоли не более 5 см. –

86,7 ± 6,2 %, а при размере опухоли более 5 см. – 53,3 ± 9,1 %. Только два пациента с синовиальной саркомой прожили 5 лет. При размере опухоли более 5 см. пятилетняя выживаемость больных с локальными рецидивами составила 11,1 ± 11,1 %. Относительно высоким является показатель пятилетней выживаемости больных с локальным рецидивом саркомы размером не более 5 см. – он составил 71,4 ± 18,4 %. Так, при диаметре саркомы до 5 см. после хирургического лечения пятилетняя выживаемость без локального рецидива саркомы мягких тканей составила 77,8 ± 14,7 %, а при рецидиве опухоли – 75,7 ± 7,1 %, статистически достоверных различий не получено,  $p > 0,05$ . Из данных, характеризующих высокодифференцированную саркому мягких тканей следует, что размер опухоли и локальный рецидив не оказывали влияния на пятилетнюю выживаемость больных ( $p > 0,05$ ). У больных первичными саркомами с умеренной и низкой степенью дифференцировки необходимо отметить влияние размера опухоли на выживаемость. Так, более 5 лет при T<sub>1</sub> прожили 83,3 ± 11,2 %, при T<sub>2</sub> – 18,2 ± 12,2 % пациентов ( $p < 0,01$ ). Пятилетняя выживаемость при T<sub>1</sub> составила 69,6 ± 9,8 %, при T<sub>2</sub> – 21,7 ± 8,8 %. Ампутации и экзартикуляции выполнены у 28 (13,1 %) больных; при первичных саркомах – у 11 (5,1 %) и 17 (8,0 %) – у рецидивных. Из 17 больных, которым была выполнена калечащая операция, в 16 случаях саркома мягких тканей имела среднюю или низкую степень дифференцировки.

Таким образом, продолжительность жизни больных саркомами мягких тканей не зависит от метода лечения первичной и рецидивной опухоли. Зависимость продолжительности жизни больных от размера высокодифференцированной первичной и рецидивной опухоли отсутствует, но прослеживается зависимость продолжительности жизни больных от размера опухоли при низкой и средней степени дифференцировки. Диаметр как первичной, так и рецидивной опухоли более 5 см. является неблагоприятным прогностическим фактором.

## ВЫВОДЫ

1. Изучение взаимосвязи диагностических и тактических ошибок, влияющих на результаты хирургического лечения сарком мягких тканей показало, что результаты хирургического лечения больных саркомами мягких тканей, оперированных в общехирургической сети сопровождаются высокой частотой развития локальных рецидивов опухоли (84,7 % больных) [1-А,3-А, 4-А,8-А,13-А,19-А,].

2. Анализ результатов хирургического и комплексного методов лечения первичных сарком мягких тканей показал эффективность комплексных методов с предоперационной дистанционной гамма-терапии в

сочетании с регионарной внутриартериальной химиотерапией, что статистически достоверно снижает частоту локальных рецидивов до  $20,8 \pm 5,9$  %. Хирургический метод лечения сопровождается локальным рецидивом опухоли у  $66,4 \pm 4,3$  % больных [2-А,3-А,10-А,11-А,15-А,16-А,20-А ].

3. Изучение частоты локальных рецидивов сарком мягких тканей в зависимости от гистологического варианта, размера опухоли и методов лечения показало, что частота локальных рецидивов при первичных сарcomaх мягких тканей не зависела от размера и гистологического типа опухоли, различия статистически не достоверны,  $p > 0,05$ . Частота рецидивов саркомы мягких тканей после комплексного лечения также не зависела от гистологического варианта и размера опухоли. Так частота рецидивов при злокачественной фиброзной гистиоцитоме размером более 5 см после комплексного лечения составила  $3 (27,3 \pm 14,1 \%)$ , при фибросаркоме  $3 (37,5 \pm 18,3 \%)$ . Статистически значимых различий нет,  $p > 0,05$ .

Установлено, что частота локальных рецидивов сарком мягких тканей после хирургического лечения зависит от объема оперативного вмешательства и размеров опухоли. Удаление опухоли при ее размере до 5 см. сопровождается локальными рецидивами в  $83,7 \pm 5,6$  % случаях. При широком иссечении опухоли локальные рецидивы наблюдались у  $25,0 \pm 13,0$  % больных ( $p < 0,05$ ). Частота локальных рецидивов высока после удаления опухоли размером более 5 см. и без достаточного захвата окружающих здоровых тканей – у  $85,7 \pm 7,3$  % больных. После широкого иссечения опухоли локальные рецидивы наблюдались у  $51,5 \pm 8,7$  % пациентов ( $p < 0,01$ ) [1-А,2-А,3-А,7-А,9-А,12-А,17-А,18-А].

4. Анализ результатов хирургического и комплексного методов лечения рецидивных сарком мягких тканей показал, что повторные рецидивы при размере опухоли до 5 см. после хирургического лечения наблюдались у  $60,0 \pm 10,0$  % больных, а после комплексного лечения у  $41,7 \pm 14,9$  % пациентов ( $p > 0,05$ ). в зависимости от метода лечения больных при размере опухоли более 5 см. в диаметре нами не установлено достоверных различий частоты локальных и повторных рецидивов ( $p > 0,05$ ) [3-А,4-А,5-А,8-А,14-А,19-А ].

5. Показатель 5-летней без рецидивной выживаемости у первичных больных с сарcomaми мягких тканей составило  $38,8$  %. Рецидивы в этой подгруппе в течение 5 лет отмечены у  $61,2$  % пациентов. Показатели 5-летней выживаемости в группе больных с рецидивами сарком мягких тканей  $77,8 \pm 14,7$  % при размере опухоли не более 5 см. в диаметре и  $46,6 \pm 13,3$  % - при размере опухоли более 5 см [5-А,6-А,9-А,11-А,20-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. Повторному хирургическому лечению подлежат больные, у которых радикализм оперативного вмешательства не подтвержден контрольным исследованием линии резекции на отсутствие опухолевой инфильтрации. Гистологическое исследование линии резекции должно быть обязательным компонентом, подтверждающим радикализм оперативного вмешательства и определяющим дальнейшую тактику лечения.

2. В лечении первичной саркомы мягких тканей необходимо применение комплексных методов с предоперационной дистанционной гамма-терапией и внутриартериальной полихимиотерапией.

3. Больным с первичной и рецидивной саркомой мягких тканей необходимо проводить ежемесячное контрольное обследование в течение первых 6 месяцев от момента завершения основного этапа лечения.

4. Неблагоприятными факторами прогноза для жизни больных саркомой мягких тканей является размер опухоли более 5 см. и низкая степень дифференцировки, что следует учитывать в планировании дополнительных методов лечения злокачественного процесса.

### **ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

#### **Статьи в рецензируемых журналах**

[1-А] Байзаков, Б.Т. Результаты хирургического лечения больных с рецидивными саркомами мягких тканей/ Шаназаров Н.А., Шунько Е.Л. // Медицинская наука и образование Урала, Тюмень. -2010. - №3 (63). –С.84 - 86.

[2-А] Байзаков, Б.Т. Комбинированное лечение рецидивных сарком мягких тканей/ Арыбжанов Д. Т., Байзаков Б. Т. // Медицинская наука и образование Урала, Тюмень. -2011. - №3. -С. 99 – 102.

[3-А] Байзаков, Б.Т. Хирургическое лечение больных с рецидивными саркомами мягких тканей/Байзаков Б.Т.// Современные проблемы науки и образования. – 2011. – №6.; URL: [https:// science-education. ru /ru / article / view? id=5265](https://science-education.ru/ru/article/view?id=5265)

[4-А] Байзаков, Б.Т. Пути улучшения результатов лечения сарком мягких тканей/ Шаназаров Н.А., Сейдалин Н.К. // Здравоохранение Таджикистана. -2017. - № 3. -С. 15-21.

[5-А] Байзаков, Б.Т. Саркомы мягких тканей: современный взгляд на проблему/ Шаназаров Н.А., Зинченко С.В. // Вестник Авиценны. -2019. Т. 21. -№ 2. -С. 291-297.

[6-А] Байзаков, Б.Т. Хирургическое лечение сарком мягких тканей: обзор международного опыта/ Байзаков Б.Т. // Симург. -2022. - №14(2). –С. 127-137.

## Статьи и тезисы в сборниках конференций

- [7-А] Байзаков, Б.Т. Современные взгляды на методы лечения сарком мягких тканей (обзор литературы)/ Е.Л.Шунько, Д.Т.Арыбжанов// Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1; URL: [www.science-education.ru/101-5320](http://www.science-education.ru/101-5320)
- [8-А] Байзаков, Б.Т. Результаты комбинированного лечения рецидивных сарком мягких тканей. / Н.А. Шаназаров, Е.Л.Шунько // Академический журнал Западной Сибири. -2010. -№2. – С. 23-26.
- [9-А] Байзаков, Б.Т. Результаты химиотерапии сарком мягких тканей. / Н.А.Шаназаров /В сб. материалов Российской научно-практической конференции. -Челябинск. -2010. - С. 22-24
- [10-А] Байзаков, Б.Т. Результаты хирургического и комбинированного лечения рецидивных сарком мягких тканей/ О.К.Кулакеев // Вестник хирургии Казахстана. -2010. - №4. -С. 90-92
- [11-А] Байзаков, Б.Т. Комбинированное лечение первичных сарком мягких тканей // материалы юбилейной научно-практической онкологической конференции, посвященной 40-летию образования кафедры онкологии Тюменской медицинской академии и 80-летию профессора А.А. Шайна // Тюменский медицинский журнал. -2010. -№2. -С. 62–63.
- [12-А] Байзаков, Б.Т. Результаты комбинированного лечения рецидивных сарком мягких тканей. /Н.А. Шаназаров, Е.Л. Шунько // Академический журнал Западной Сибири. - 2010. -№2. – С. 23-26.
- [13-А] Байзаков, Б.Т. Хирургическое лечение больных с рецидивными саркомами мягких тканей/Д.Т. Арыбжанов, А.Ж.Муктубаева // Тюменский медицинский журнал. -2011.- №3-4.-С. 37-39.
- [14-А] Байзаков Б.Т. Отдаленные результаты хирургического лечения больных рецидивными саркомами мягких тканей/Н.А.Шаназаров // Медицинский журнал Западного Казахстана. -2012. -№ 3. -С. 59-63.
- [15-А] Байзаков, Б.Т. Хирургическое лечение больных первичными саркомами мягких тканей/Б.Т.Байзаков // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Стратегия развития онкологической и радиологической службы в регионах Российской Федерации». Челябинск. - 2012. –С. 24-26.
- [16-А] Зарубежный и отечественный опыт лечения сарком мягких тканей // Вестник МЦ УДП РК.-2022.-№2(87). – С.74-84.
- [17-А] Байзаков, Б.Т. Основные прогностические факторы, влияющие на клинические результаты лечения сарком мягких тканей (обзор литературы). Успехи современного естествознания/Н.А.Шаназаров// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2015. -№10. (3). -С. 500-502.

[18-А] Байзаков, Б.Т. Комбинированное лечение сарком мягких тканей/Н.А.Шаназаров // Ахмет Ясауи университетінің хабаршысы.-2016.- №4 (102).-С. 537-543.

[19-А] Baizakov B.T. The study of single nucleotide polymorphisms of genes in patients with Breast Cancer of the Kazakh ethnicity/N.K. Seydalin, N.A. Shanazarov //Abstract book of the III International scientific and educational Conference “The internationalization of continuing medical education. Prospection”. Aktobe, Kazakhstan, April 25-26.- 2019. Minerva Medica. 110(2 Suppl 1);3. Doi: 10.23736/S0026-4806.19.06069-5.

[20-А] Байзаков, Б.Т.Зарубежный и отечественный опыт лечения сарком мягких тканей/Б.Т.Байзаков // Вестник МЦ УДП РК. -2022. - №2 (87). -С. 74-84.

### **Методические рекомендации**

[21-А] Шаназаров Н.А., Байзаков Б.Т. Хирургическое лечение сарком мягких тканей //Больница медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова».- 2022.- 48 с.

[22-А] Шаназаров Н.А., Байзаков Б.Т.Оптимизация комплексного лечения сарком мягких тканей //Больница медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова».- 2022.- 52 с.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ ИЛИ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ**

**ВАПХТ**-внутриартериальная полихимиотерапия

**ВДФ** – время — доза — фракционирование

**ВОЗ** - Всемирная организация здравоохранения

**ИОЛТ**-интраоперационная лучевая терапия

**КТ**-компьютерная томография

**МРТ**-магнитно-резонансная терапия

**ООД** - областной онкологический диспансер

**ПСМ**-первично синхронная множественность

**ПЭТ** –позитронно-эмиссионная томография

**СОД** –суммарная очаговая доза

**СМТ**-саркома мягких тканей

**Узи**-ультразвуковое исследование

**ХТ**-химиотерапия

**TNM**-tumor nodulus metastasis

**ЧАМЪИЯТИ ҒАЙРИТИҶОРАТИИ АКЦИОНЕРИИ  
«ДОНИШГОҶИ ТИББИИ ҚАЗОҚИСТОНИ ҒАРБӢ  
ба номи МАРАТ ОСПАНОВ»**

**УДК: 616.74-006.6-089**

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

**БАЙЗАКОВ БЕЙБИТ ТЛЕКТЕСУЛИ**

**МУКАММАЛКУНИИ ТАШҲИС ВА МУОЛИҶАИ  
КОМПЛЕКСИИ САРКОМАҶОИ БОҒТАҶОИ НАРМ**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

**Диссертатсия барои унвонҷӯии унвони  
илмӣ номзади илми тиб аз рӯи  
ихтисоси 14.01.12 - Онкология**

**Душанбе 2023**

Таҳқиқот дар кафедраи онкологияи Чамбияи ғайритижоратии аксионерии «Донишгоҳи тиббии Қазоқистони ғарбӣ ба номи Марат Оспанов» омода карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** **Шаназаров Насрулла Абдуллаевич**, - доктори илмҳои тиб, профессор, муовини директор оид ба рушди стратегӣ, илм ва таълими беморхонаи Маркази тиббии дастгоҳи Президенти Ҷумҳурии Қазоқистон

**Муқарризи расмӣ:** **Гатауллин Илгиз Габдуллоевич**-узви вобастаи Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тотористон, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи онкология, Муассисаи давлатии таълимии бучетии федералии таҳсилоти олии «Академияи давлатии тиббии Қазон»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

**Базаров**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи онкология ва ташхиси шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муассисаи тақриздиханда:** Муассисаи таълимии федералии давлатии бучетии таҳсилоти олии "Донишгоҳи давлатии тиббии Қазон"-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_соли 2023 соати \_\_\_\_\_ дар иҷлосияи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-040-и МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо нишони 734003, ш. Душанбе, кучаи Сино 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_соли 2023 фиростода шудааст.

**Котиби илмии Шӯрои диссертатсионӣ, д.и.т.**

**Шарифов А. М.**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамӣ ва зарурияти гузаронидани таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.** Басомади саркомаҳои бофтаҳои нарм дар сохтори умумии ҳама омӯсҳои бадсиришти бақайдгирифташуда аз 0,2 то 2,6% -ро ташкил медиҳад. Тибқи маълумоти ТУТ аз соли 2017 ин рақам дар бист соли охир нисбатан мӯтадил боқӣ мемонад ва бо як қатор сабабҳои объективӣ пешравиӣ чиддӣ дар муолиҷаи ин навъи омӯс ханӯз ба даст наомадааст [Y. Qi, N. Wang, L. Pang et al., 2017]. Фарқи асосии байни саркомаҳои бофтаи нарм ва дигар омӯсҳои бадсиришт фарогирии бештари онҳо тавассути ҷараёни хун дар таносуби рағҳои лимфатикӣ мебошад. Басомади такроршавии иллатҳои мавзиеи ин беморӣ аз усули муолиҷаи зиддиомӯсии истифодашуда вобаста мебошад. То имрӯз ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ усули мукаммали гирифтани мавод ҷиҳати ба таври возеҳ муайян кардани «тозагии» минтақаи буриши байни мавзиеи омӯс ва бофтаи солим вучуд надорад [A. Neuville, F. Chibon, J. M. Coindre, 2018; Горошинская И.А., Нескубина И.В., Шалашная Е.В. ва дигарон, 2016]. Ҷамҷунин, ақидаи ягонаи муайякунадаи ҳудуди буриши бофтаҳои солим вучуд надорад. Аксари коршиносон бар он ақидаанд, ки бо назардошти он ки резексияи омӯс дар якҷоягӣ бо бофтаҳои атроф гузаронида мешавад, ба таври дақиқ фарқ кардани минтақаи буриш ғайриимкон аст.

Тибқи маълумоти адабиёт, ҳангоми резексияи саркомаи бофтаҳои нарм бофтаи солимии гирду атроф бояд дар ҳудуди 2-3 см бурида шавад. [Fletcher, J. Bridge, C. Hogendoorn et al., 2017; Адамян А.А., Токарева Т.В., Ромашов Ю.В. ва дигарон, 2013; Павленко Н.Н., Коршунов Г.В., Гладкова Е.В., 2013]. Як қатор муҳаққиқон пешниҳод мекунанд, ки ҳангоми саркомаҳои бофтаҳои нарм, ки ҷойгиршавии сатҳӣ доранд, пардаи пӯсти дар болои омӯс ҷойгиршуда бояд якҷоя бо скари пас аз ҷарроҳӣ ва корези пас аз биопсия пайдошуда бурида шавад ва дар сурати мавҷудияти тағироти инфилтратии дар натиҷаи омӯс дар сатҳи пӯст пайдогардида резексия бояд бе назардошти майдони нурии пеш ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ истифодашуда анҷом дода шавад [Л. Licata, D. Fenga, G. Speciale, 2014; Р.Мацумото, Х.Сакисака, Т.Като ва дигарон, 2014; Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Вашкуров С.М. ва дигарон, 2015]. Инҷунин, нақши таъсири такрорёбии саркома ба зиндамоии панҷсолаи ин беморон ханӯз омӯхта нашудааст. Ба ақидаи олимон, такроран пайдошавии омӯсҳои мавзиеӣ ба натиҷаи беморӣ таъсири чиддӣ намерасонад [Серикбаев Г.А., Мауленов Ж.О., Тулеуова Д.А. ва дигарон, 2015; A. Lopez-Pousa, J. M. Broto, J. M. Trufero et al., 2016; С.Арифӣ, Р.Белбарака, Р.Раҳалӣ ва диг., 2018] ва ба ақидаи муаллифони дигар, сатҳи зинда мондани панҷсола дар сурати набудани омӯси такрори мавзиеӣ ба регионалии беморӣ то ба 73,3% мерасад, дар ин сурат рушди омӯсҳои мавзиеи такрорӣ сабаби то ба 55,5 фоиз кам шудани ин нишондод гардид [V. Рави, С. Пател, Р. Бенҷамин, 2015; Н.Т.

Хоанг, Л.А. Асеведо, М. Манн ва дигарон, 2018; M. Toulmonde, A. Le Cesne, J. Mendiboure et al., 2014].

Хамчунин, робитаи байни инкишофи ресидивҳои мавзеи андозаи ташаккулёбии омосҳои ресидивӣ ва давомнокии ҷараёни раванди омосҳои мавзей ва таъсири онҳо ба пешгуи ҳаёти бемор омӯхта нашудааст.

**Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Саркомаҳои бофтаҳои нарм (СБН) омосҳои кам ба мушоҳидарасандаи гетерогении омилашон мезенхималӣ мебошанд, ки аксар вақт дар оғози беморӣ маҳдуд мешаванд ва амалиёти ҷарроҳӣ усули асосии муолиҷа мебошад. Сарфи назар аз муолиҷаи мукаммали ҷарроҳӣ дар қисми зиёди беморон шаклҳои ресидивӣ ва метастатизии беморӣ ба мушоҳида мерасад.

Барои ин беморон, имконоти муолиҷаи дастрас хеле маҳдуд аст [H.G. Смит, Н. Мемос, Ч. Томас ва дигарон, 2016; L. Licata, D. Fenga, G. Speciale, 2014]. Ин ба гуногунияти гистологӣ, абerratсияҳои генетикӣ, ки раванди омосро ба вучуд меоранд, ҷойгиршавии СБН дар бадани инсон вобаста аст, ки дар тасниф ва таҳияи усулҳои нави табобат мушқилот эҷод мекунад. СБН дар тамоми узвҳои бадани инсон ташаккул ёфта метавонад [С. Abatzoglou, R. E. Turcotte, A. Adoubali et al., 2016], аз ҷумла дастҳо (43%), тана (10%), узвҳои дохилӣ (19%), ретроперитонеалӣ (15%), сар ва гардан (9%) маъмултарин маконҳои ибтидоии СБН мебошанд. СБН -и андомҳои тахтонӣ нисбат ба андомҳои фавқонӣ 3 маротиба бештар рух медиҳад, тақрибан 75% ин омосҳо дар бугумҳои зону ҷойгир шудаанд [P. Rutkowski, I. Lugowska, 2014]. Ҷойгоҳи анатомӣ, ки омоси ибтидоӣ ба вучуд омадааст, ба тақроршавӣ, метастазҳо ва натиҷаи беморӣ, инчунин интиҳоби усули муолиҷа таъсир мерасонад. Омосҳои ретроперитонеалӣ ва дохилиперитонеалӣ майл ба ресидиви барвақтии мавзей доранд: 50% СБН ин локализиатсия дар давоми 5 сол тақрор мешавад.

Басомади тақроршавии ресидивҳои мавзей дар байни СБН-и дасту пой ва узвҳои дарунӣ дар давоми 10 сол 20-25% -ро ташкил медиҳад [A. Italiano, A. Le Cesne, J. Mendiboure et al., 2017]. Дар бештар аз 50% беморони дорои дарачаи баланди СБН метастазҳо ба мушоҳида мерасанд [S. Sangkhathat, 2015]. Дар беморони гирифтори бемории метастатикӣ нишондоди зинда мондани 3-сола 20-30% ва медианаи зинда мондани миёна дар айни замон 15-18 моҳ аст. Умуман, СБН бештар ба шуш метастаз мекунад. Ин махсусан барои ҷойгиршавии омоси ибтидоӣ дар узвҳои боло, инчунин барои лейомиосаркомаи бачадон хос мебошад. СБН, ки аз ковокии шикам сарчашма мегирад, аксар вақт ба чигар ва сифокпарда метастаз мекунад. Метастази гиреҳҳои лимфа дар СБН, ба истиснои баъзе зергурӯҳҳои гистологӣ хеле кам аст. Ҳангоми осеби ҷудоғонаи гиреҳҳои лимфа баъзе беморонро табобат кардан имкон дорад, аммо ҳамбастагӣ бо метастази узвҳои дигар омили номуносиди пешгӯӣ мебошад [G. Ranieri, M. Mammi, E. Donato Di Paola, 2014].

Хамаи гуфтаҳои боло барои амалӣ намудани тадқиқоти мо асос гузошанд.

**Алокаи таҳқиқот бо барномаҳои илмӣ ва мавзӯҳо.** Диссертатсия дар доираи қори илмии кафедраи онкологияи ҷамъияти ғайритижоратии аксионерии «Донишгоҳи тиббии Қазоқистони ғарбӣ» анҷом дода шудааст.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот:** муқаммалкунии натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ ва муқаммали беморони саркомаи бофтаҳои нарм тавассути тағир додани усулҳои табобат.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1.Таҳлили ҳамоғиҳои ташхисӣ ва тактиқӣ, ки дар беморони саркомаҳои бофтаҳои нарм ба самаранокии муолиҷаи ҷарроҳӣ таъсири манфӣ мерасонанд.

2.Омӯзиши натиҷаҳои усулҳои татбиқшавандаи муолиҷаи ҷарроҳӣ ва муқаммал дар беморони саркомаҳои ибтидоии бофтаҳои нарм бо истифодаи муолиҷаи нури ва химиоинфузияи мавзееи дохилиартериалӣ дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ.

3.Омӯзиши басомади инкишофи ресидивҳои мавзееи беморӣ ва муҳлати онҳо вобаста ба намуди гистологии саркомаҳои бофтаҳои нарм ва усулҳои муолиҷаи истифодашаванда.

4.Омӯзиши натиҷаҳои ҷарроҳӣ ва усулҳои муқаммали муолиҷаи беморони гирифтори саркомаҳои ресидивии бофтаҳои нарм.

5.Таҳқиқ намудани натиҷаҳои дурударози усулҳои ҷарроҳӣ ва муқаммали муолиҷаи беморони гирифтори намудҳои такроршавандаи саркомаи бофтаҳои нарм.

#### **Навоари илмӣ**

Робитаи байни сатҳи зинда мондани панҷсолаи беморон ва навъи гистологии саркомаҳои бофтаи нарм, андозаи онҳо ва дараҷаи дифференциатсияи омосҳо муайян карда шудааст. Ҷамҷунин, омилҳое, ки ба натиҷаи пешгӯии беморӣ таъсири манфӣ мерасонанд, аз қабилҳои андозаи омоси ибтидоӣ, ресидивӣ ва дараҷаи дифференциатсияи омосҳо муайян карда шудааст.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.** Бори аввал натиҷаҳои истифодаи усули муқаммали муолиҷаи саркомаи бофтаҳои нарм бо истифодаи муолиҷаи нурии пеш аз ҷарроҳӣ ва химиоинфузияи регионалии дохилиартериалӣ таҳлил карда шудааст. Нақшаи муолиҷае, ки мо барои саркомаҳои бофтаҳои нарм таҳия кардем, имкон дод, ки тактикаи муолиҷаи беморони ин гурӯҳ тағир дода шавад ва шартҳои мушаххаси назорати беморони муолиҷашуда муқаррар карда шавад. Бори аввал муайян карда шудааст, ки баъди 6 моҳи ба охир расидани марҳилаи асосии муолиҷа ҳар моҳ муоинаи беморони муолиҷашуда зарур аст. Ҷамҷунин, муайян карда

шудааст, ки ҳаҷми мувофиқтарини чарроҳӣ ҳангоми саркомаҳои бофтаҳои нарм буридани васеи омос ва насби пардаи пӯсти болои омос ба як банди бофтаҳои хориҷшаванда ҳисобида мешавад. Имконияти тармими захм пас аз амалиёти чарроҳии резексияи байни шикам бо пардаи паҳлуии пӯстуфассиали муайян карда шудааст.

**Объекти таҳқиқот:** 204 беморон бо саркомаҳои бофтаҳои нарми намудҳои гуногуни гистологӣ.

**Мавзӯи таҳқиқот:** натиҷаҳои ташҳиси ултрасадо, томографияи компютерӣ, гистологӣ, клиникӣ ва лабораторӣ, морфологӣ ва иммунологии беморони саркомаҳои бофтаҳои нарм ва рецидивҳои онҳо.

**Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия.** Кори диссертатсионӣ таҳқиқоти мустақили илмии муаллиф мебошад. Довталаб мақсад ва вазифаҳои таҳқиқотро мустақилона муайян намудааст, натиҷаҳои бадастомадаро ҷамъоварӣ, ҷамъбаст ва таҳлил намуда, ҷустуҷӯи пурраи патентӣ ва таҳлили адабиёти мавҷудаи илмиро оид ба мавзӯи таҳқиқот анҷом додааст. Таҳлили таърихи беморӣ ва картаҳои тиббии 204 нафар беморони саркомаи бофтаҳои нарм ва реседиви он гузаронида шудааст. Муаллиф тамоми усулҳои таҳқиқот, амалиёти чарроҳӣ ва муоичавиро таҳлил кардааст. Ҳамчунин, муаллиф мустақилона тамоми фаслҳои диссертатсияро навишта, муқаррарот ва хулосаҳои асосии онро тартиб дода, таҳлили омории маълумотҳои бадастомадаро анҷом додааст. Дар таҳқиқотҳои дар ҳаммуаллифӣ анҷомдодашуда андешаҳои илмии унвонҷӯӣ амалӣ гардидаанд. Натиҷаҳои таҳқиқот дар нашрияҳо инъикос ёфтаанд.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ** (формула ва соҳаи таҳқиқот): Ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.12 – Онкология: зербанди 3.2. Этиология. Патогенез. 3.3. Эпидемиология. Скрининг. 3.4. Системаи иммунӣ. 3.5. Зухуроти клиникӣ. Диагностика. 3.6. Муолича. 3.7. Реабилитация.

**Муқаррароти асосии ба химоя пешниҳодшаванда:**

1. Ҳангоми истифодаи ҷудогонаи усулҳои чарроҳии муолича дар беморони саркомаҳои бофтаҳои нарм, хатари пайдоиши ресидивҳои мавзёӣ зиёд аст.

2. Ҳангоми муоличаи саркомаҳои бофтаҳои нарм, дар давраи пеш аз чарроҳӣ усули интегралӣ бо муоличаи нури ва ПХТДШ истифода бурдан лозим аст.

3. Ҳангоми муоличаи нурии намудҳои ресидивии саркомаҳои бофтаҳои нарм натиҷаи назаррас ба қайд гирифта намешавад.

4. Байни ресидивҳои мавзеии намудҳои саркомаҳои фарқияташ баланди бофтаҳои нарм ва сатҳи зинда мондани панҷсолаи беморон ягон робита муайян карда нашудааст.

5. Омилҳои номусоиди пешгуи оқибати саркомаҳои бофтаҳои нарми дарачаи тафриқавиашон баланд ва мобайнӣ андозаҳои калони омосҳои бештар аз 5 см, инчунин мавҷудияти ресидивҳои мавзёи маҳсуб меёяд.

**Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсия.** Этимоднокии натиҷаҳои таҳқиқиро усулҳои муосири клиникӣ ва инструментӣ, гистологӣ, морфологӣ ва иммунологӣ, ки дар амалия васеъ истифода мешаванд, тасдиқ намуданд. Ҳама натиҷаҳо ва хулосаҳо ба принципҳои тибби далелҳо асос ёфтаанд. Коркарди статистикӣ материал этимнокии натиҷаҳои ба даст овардашударо тасдиқ намуд.

#### **Тасдиқи натиҷаҳои таҳқиқот**

Маводҳои диссертатсионӣ дар Ҷамъияти илмӣ онкологҳо ва радиологҳои Қазоқистон (Ақтубинск, 2010), дар Конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавони Академияи давлатии тиббии Тюмен (Тюмен, 2010, 2011), Конференсияи амалӣ-амалии Россия (Челябинск, 2010, 2012), Конгресси VII онкологҳо ва радиологҳои ИДМ (Остона, 2012) ва ғайра пешниҳод ва баррасӣ гардидаанд. Аprobатсияи диссертатсия дар ҷаласаи комиссияи байни кафедраҳои проблемавии ҶҒА «Донишгоҳи тиббии Қазоқистони ғарбӣ ба номи Марат Оспанов» гузаронида шудааст, протокол №6, аз 24.11.2022 с.

**Наширияҳо.** Оид ба мавзӯи диссертатсия 20 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 6 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таъ расидаанд.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 176 саҳифаи матни компютерӣ бо шрифти Times New Roman, шрифти 14 пешниҳод шудааст, аз муқаддима, 6 боб, хулоса, тавсияҳои амалӣ, рӯйхати адабиёт иборат аст. Диссертатсия бо 32 ҷадвал ва 9 расм тасвир шудааст. Рӯйхати адабиёти истифодашуда 177 сарчашма, аз ҷумла 36 манбаъ аз кишварҳои ИДМ ва 141 муаллифи хориҷиро дарбар гирифтааст.

#### **МАТЕРИАЛҲО ВА УСУЛҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

##### **Хусусиятҳои умумии маводи клиникӣ диссертатсия**

Таҳқиқот давраи аз январи соли 1997 то декабри 2021-ро дар бар мегирад. Таҳқиқот дар заминаи диспансери онкологии вилояти Ақтубинск гузаронида шудааст. Таҳқиқот 204 нафар беморони гирифтори намудҳои гуногуни гистологии саркомаҳои бофтаҳои нармро дар бар гирифт. Меъёрҳои ҷалби беморон ба таҳқиқот бо назардошти омилҳои, ки ба ҷараёни беморӣ таъсир мерасонанд, муайян карда шуданд: хусусиятҳои раванди омос - омоси ибтидоӣ ё тақрорӣ, андоза ва ҷойгиршавии омос, намуни гистологии омос, мавҷудияти метастазҳои мавзёи минтақавӣ. метастазҳои канорӣ, муолиҷаи қаблӣ, таъхис аз тибқи TNM, усулҳои табобат, шумора ва мавзёи ҷойгиршавии ресидивии омосҳо, инчунин сабаби марги беморон - метастазҳои дер, рецидивҳои мавзёи ва душвории

онҳо ба назар гирифта шудаанд. Гурӯҳбандӣ аз рӯи марҳилаҳо мувофиқи ташхиси саркомаи бофтаи нарм ва системаи TNM дар чадвали 1 оварда шудааст.

**Чадвали 1. – Гурӯҳбандӣ аз рӯи марҳила тибқи с системаи TNM**

Марҳила	Системаи TNM			
Марҳилаи 1a	G <sub>1</sub>	T <sub>1</sub>	No	Mo
Марҳилаи 2	G <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	No	Mo
Марҳилаи 3	G <sub>2</sub>	T <sub>1</sub>	No	Mo
Марҳилаи 2б	G <sub>2</sub>	T <sub>2</sub>	No	Mo
Марҳилаи 3a	G <sub>3-4</sub>	T <sub>1</sub>	No	Mo
Марҳилаи 3б	G <sub>3-4</sub>	T <sub>2</sub>	No	Mo
Марҳилаи 4a	G- ҳамааш	T- ҳамааш	N <sub>1</sub>	Mo
Марҳилаи 4б	G- ҳамааш	T- ҳамааш	N- ҳамааш	M <sub>1</sub>

Дарачаи фарқият пас аз муайян кардани намуди гистологии омос баҳо дода шуд. Таҳқиқот бо истифода аз таснифоти гистологии ТУТ дар соли 1994 аз нав дида баромада шудааст, ки 15 синфро дар бар мегирад. Ҳамаи беморони саркомаҳои бофтаҳои нарм ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: нахустсаркомаҳо ва такрорӣ бофтаҳои нарм. Аз руи усули муолиҷа ҳар гуруҳи беморон ба таври иловагӣ ба ду зергурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар 4 маврид аз сабаби дар ҷои истикомат надоштани хуччатҳои ибтидоӣ андозаи омоси аввалияро муайян кардан ғайриимкон буд. Дар 113 (57,5 ± 3,5%) нафар беморон ҳангоми муоинаи аввал андозаи омос зиёда аз 5 см аз рӯи ченаки андозаи калонтарин ва дар 85 (42, 5 ± 3,5%) ҳолат омос 5 см ё камтар аз он буд. Дар ҷои дуҷум аз рӯи басомади ошкор липосаркома, дар ҷои сеюм фибросаркома қарор гирифтанд, ки бештар дар мардон мушоҳида мешуданд. Дар 5 (2,5%) нафар беморон метастазҳо ба гирехҳои лимфавии канорӣ ошкор карда шуданд, ки ин метастазҳои нисбатан ками саркомаҳои бофтаҳои нармро ба гирехҳои лимфа тасдиқ мекунад. Метастазҳои дер дар 3 (1,5%) ҳолат: дар 2 бемори гирифтори гистиоситомаи бадсиришт ва дар 1 беморе, ки саркомаи синовиалӣ доранд, ҳангоми муоинаи аввал ошкор карда шуданд. Саркомаҳои бофтаҳои нарм дар гурӯҳи беморони мо бештар дар занон – 110 (53,9 ± 4,7%), ва нисбатан камтар дар мардон – 94 (46,1 ± 5,1%) ба мушоҳида мерасанд. Синну соли миёна аз 45 сол иборат буд. Аз шумораи умумии беморони саркомаи бофтаҳои нарм 32,9% ба категорияи синну соли 60-сола ва калонтар аз он рост меояд. Шумораи беморони аз 46 то 60 сола ва калонтар аз он 63,3% беморонро ташкил дод. Ҷойгиршавии саркомаҳои бофтаҳои нарм дар андомҳои поёни дар 118 (57,9%) нафар беморон, дар андомҳои болоӣ дар 38 (18,8%) нафар ва дар бадан дар 48 (23,3%) нафар ба қайд гирифта шудааст. Дар маҷмӯъ, ҷойгиршавии саркомаи бофтаҳои нарм дар узвҳо

76,7% -ро ташкил дод. Таксимоти беморон аз рӯи чинс дар чадвали 2 оварда шудааст.

**Чадвали 2. – Таксимоти беморони саркомаи бофтаҳои нарм аз рӯи чинс**

Беморон	Чинс				Ҳамагӣ	
	мрд		зан			
	абс	%	абс	%	абс	%
<b>Ҳамагӣ</b>	<b>94</b>	<b>46,1</b>	<b>110</b>	<b>53,9</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

**Тавсифи усулҳои муолиҷаи саркомаҳои ибтидоии бофтаҳои нарм.** Амалиёти ҷарроҳӣ ҳамчун марҳилаи асосии муолиҷа аз 204 нафар беморон дар 198 нафар (96,6%) гузаронида шудааст. Паҳншавии мавзеи раванди омосхо ва метастазҳои дур дар 6 (2,9%) нафар беморон имкон надоданд, ки омос ба таври радикалӣ ҷарроҳӣ карда шавад. Дар 152 нафар беморон амалиёти узвнигоҳдорандаи саркомаи бофтаҳои нарм дар андомҳои болоӣ ва поёни анҷом дода шуда, 74,51 фоизро ташкил дод. Дар 11 нафар (5,4%) беморон амалиёти қатъи узв гузаронида шуд. Муолиҷаи ҷарроҳӣ дар дигар муассисаҳои тиббӣ дар 66 нафар (33,2%) беморони дар диспансери онкологии вилоят бистаришуда гузаронида шуд. Дар гурӯҳи беморони саркомаҳои ибтидоии бофтаҳои нарм дар 134 (67,7%) нафар беморон усули ягонаи муолиҷа амалиёти ҷарроҳӣ буд. Дар 16 (7,85%) ҳолат усули комплексӣ бо муолиҷаи рентгении пеш аз ҷарроҳӣ ва химиотерапияи мавзеи дохили рағҳо ва дар 48 (24,2%) ҳолат бо муолиҷаи шуои беруна пас аз ҷарроҳӣ истифода шудааст. Дар маҷмӯъ, муолиҷаи комплексӣ 32,05% -ро ташкил дод. Дар гурӯҳи беморони гирифтори саркомаҳои ресидивии бофтаҳои нарм ба 52 (71,3%) нафар беморон танҳо муолиҷаи ҷарроҳӣ гузаронида шуда, дар 14 (19,1%) ҳолат усули комплексӣ бо муолиҷаи нурии пеш аз ҷарроҳӣ ва химиотерапияи мавзеи дохили рағӣ ва дар 9 (13, 3%) нафар беморон бо муолиҷаи нурии пас аз ҷарроҳӣ гузаронида шудааст. **Чадвали 3. – Таксимоти беморон бо саркомаҳои аввалин ва ресидивии бофтаҳои нарм аз рӯи усули ҷарроҳӣ**

Намуд	Усули ҷарроҳӣ		
	Ҷарроҳӣ	Комплексӣ	
		Муолиҷаи пеш аз ҷарроҳии нурий + ПХТДШ	Муолиҷаи пас аз ҷарроҳии нурий
Саркомаҳои аввалин (n=198)	134 (67,7 %)	16 (8,1 %)	48 (24,2 %)
Саркомаҳои ресидивӣ (n=75)	52 (69,3 %)	14 (18,7 %)	9 (12,0 %)

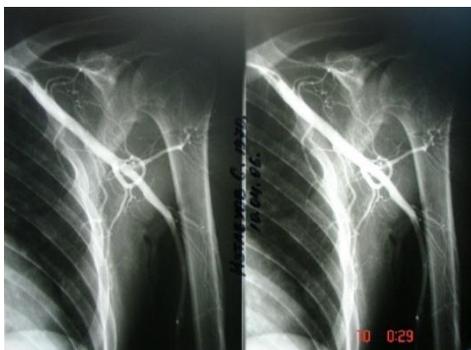
Дар маҷмӯъ, муолиҷаи комплексӣ 31,4 фоизро ташкил дод. Фавти пас аз ҷарроҳӣ 0,5%-ро ташкил дод. Дар ҷадвали 3 маълумот оид ба муолиҷаи беморони нахустсаркомаҳо ва ресидивии бофтаҳои нарм оварда шудааст.

**Усулҳои ҷарроҳии муолиҷа.** Дар 1 нафар бемор бо ҷойгиршавии саркомаи бофтаҳои нарм дар қафаси сина бо гузариш ба буғумҳои китф ва баътаи асаб-рағҳо дезартикулятсияи байни белаку қафаси сина гузаронида шуд. Дар 10 нафар беморон ҷарроҳии қатъи узв ҳангоми ҷойгиршавии саркома дар андомҳои таҳтонӣ, аз ҷумла дар рон, мавзеи қадқашак ва буғуми косу ронӣ дар 8 ҳолат, дар буғумҳои зону дар 1 ҳолат ва дар пошнаи пой дар 1 ҳолат гузаронида шудааст. Буриши радикалии омос дар 4 ҳолат ҳангоми омоси мавзеи сеяки болоии рон ва буғуми косу рон имконпазир гардид. Дар 1 нафар бемор экзартикулятсияи рон гузаронида шудааст. Дар 170 нафар (86,3%) беморон пас аз рафъи омос захми баъдичароҳӣ кабат-кабат духта шуд.

Дар 4 маврид ҳангоми наздиккунии пӯстҳо пас аз буриш шиддатнокии пӯст баргараф карда шуд. Тармими захм бо пардаи озоди пӯст дар 8 ҳолат (4,7%) (дар рон - 4, дар буғуми соку рон - 1 ва дар рон - 3) гузаронида шуд. Дар ҳама ҳолатҳои дигар, буриши назоратӣ барои муоинаи микроскопӣ дар минтақаҳои нисбатан тунуки бофтаҳои солим аз ҷои омоси буридашуда гузаронида мешавад. Истисноӣ дуҷуми гирифтани бофтаҳои солими дусантимтра дар ҳадди омос амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми ҷойгиршавии саркомаи бофтаҳои нарм дар пошнаи пой, панҷа ва ангуштон мебошад. Ҳангоми локализатсияи саркомаи бофтаҳои нарм дар мавзет думба ё сеяки болоии рон бо ҷалби асаби тихигоҳ дар раванди омос, мо лоскути пеши пӯсту мушакиро мавриди истифода қарор додем. Бо ин мақсад мо 3 дренажи вакуумиро истифода бурдем. Дар 1 бемори лейомиосаркомаи бофтаи нарм резексияи нисфи устухони кос гузаронида шуд. Дар 3 бемор: бо лейомиосаркома, гемангиопериситома ва мезенхимомаи бадсиришт резексияи қисми устухонҳои коси кос, ки хати беномро ташкил медиҳанд, гузаронида шуд.

**Усулҳои комплексии муолиҷа бо химиотерапияи пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ.** Муолиҷаи комплексии саркомаҳои бофтаҳои нарм бо гамма-терапияи фосилавӣ пеш аз ҷарроҳӣ дар якҷоягӣ бо химиотерапияи регионарии дохили артериявӣ дар 16 нафар беморон гузаронида шуд. Муолиҷаи нури бо 3 усул гузаронида шудааст. Майдонҳои нурдиҳӣ омосро бо гирифтани 2 см бофтаҳои солим дар бар мегиранд. Дар 8 бемор усули фраксияи вояи миёна радиатсионӣ истифода шуд, вояи яқмаротибат фокусия аз 5 Гр то ВММ 25 Гр (ВДФ=75 воҳид)-ро ташкил дод. Амалиёти ҷарроҳӣ пас аз 48-72 соати анҷоми муолиҷаи нури гузаронида шудааст. Дар 5 ҳолати беморӣ муолиҷаи нури пеш аз ҷарроҳӣ дар реҷаи динамиқӣ то ВММ 36-38 Гр (ВДФ = 75 воҳид) гузаронида шуда, дар баробари ин

беморон 2 курси полихимиотерапияи дохилишараёнӣ (ПОДОШ) мувофиқи нақша Доксорубитсин  $100 \text{ мг/м}^2$  ва Цисплатин  $100 \text{ мг/м}^2$  бо фосилаи 21-28 рӯз қабул намуданд. Барои гузаронидани полихимиотерапияи регионарӣ дар хучраи чарроҳии рентгенӣ мо катетеризатсияи яке аз шараёнҳои ронро бо усули Селдингер гузаронидида шуд. Пас аз гузаронидани ангиография (расми 1) химоинфузия тавассути катетери насбшуда бо истифода аз инфузомати «Браун-Фм» (Олмон) гузаронида шуд.



**Расми 1. Ангиограммаи шараёни зерикашӣ. Саркомаи бофтаи нарми сеяки болоии китфи рост.**

Пас аз ба охир расидани химоинфузия катетер гирифта шуда, майдони пунксия саҳт баста шуд. Бемор дар муддати 1 шабонарӯз дар бистар хобида доруҳои антикоагулянт қабул намуд. Аз рӯзи дуюм дар речаи назорати муқаррарӣ буд ва муолиҷаи нури идома дошт. Дар як маврид радиотерапияи пеш аз чарроҳӣ мувофиқи усули таъсири як маротиба ба омос бо вояи радиатсионии  $7,5 \text{ Гр}$  гузаронида шуд ва амалиёти чарроҳӣ дар худи ҳамон рӯз гузаронида шуд. Ба як бемори гирифтори гистиосистомаи бадсиришти фиброзӣ дар ду мавзӯи муолиҷаи нури бо фраксияҳои миёна то ВММ  $25 \text{ Гр}$ , амалиёти чарроҳӣ бо муолиҷаи нури то ВММ  $20 \text{ Гр}$  ва пас аз амалиёти чарроҳӣ муолиҷаи нури дар речаи фраксияи классикӣ то ВММ  $34 \text{ Гр}$  дар мавзӯи омоси буридашуда гузаронида шуд. Муолиҷаи комплекси омоси дуюм бо истифодаи муолиҷаи нури пеш аз чарроҳӣ бо фраксияҳои миёна то ВММ  $25 \text{ Гр}$  гузаронида шуд.

**Муолиҷаи комплекси беморони саркомаҳои бофтаҳои нарм бо гамма-терапияи фосилавии пас аз чарроҳӣ.** Муолиҷаи комплекси беморони саркомаи бофтаҳои нарм бо гамма-терапияи фосилавии пас аз чарроҳӣ дар 48 бемор анҷом дода шуд. Муолиҷаи нури дар давоми 1,5 - 4 ҳафта пас аз амалиёти чарроҳӣ гузаронида шуда, дар 80%-и беморон ин давра аз 2 ҳафта зиёд набуд. Таъсири нури дар 2 бемор дар ҷои омос ва гирехҳои лимфаҳои регионарӣ ва дар дигар ҳолатҳо танҳо дар ҷои саркомаи

хориҷшуда гузаронида шуд. Муолиҷаи нури дар речаи динамикии шуоъ то вояи умумии фокуси 60-65 Гр (ВДФ =100-110 воҳид) гузаронида шуд. Дар як ҳолат, ВММ 18 Гра буда, бемор лейкопения дошт ва муолиҷаи нури қатъ карда шуд. Муолиҷаи нури пеш аз чарроҳӣ ва баъд аз чарроҳӣ бо истифода аз дастгоҳҳои РОКУС – М, АГАТ – Р ва суръатбахши хаттии SL-20, SL-15 гузаронида шуд.

**Хусусиятҳои усулҳои муолиҷаи саркомаҳои тақрорӣ бофтаҳои нарм.** Ресидивҳои мавзӣ пас аз муолиҷаи саркомаи ибтидоии бофтаҳои нарм дар 95 (51,9%) аз 183 беморон ба вучуд омадаанд. Дар 73 (76,8%) беморон амалиёти тақрорӣ радикалӣ барои тақрорӣ омоси маҳаллӣ имконпазир буд. Ва ниҳоят, дар 17 (30,3%) ҳолат ресидивҳои мавзӣ тақрорӣ саркомаи бофтаҳои нарм дар андомҳои фавқонӣ ва таҳтонӣ боиси ампутатсия шуданд. Бояд қайд кард, ки дар 15 (15,8%) нафар беморони гирифтори омоси ресидивӣ мавзӣ дар як вақт метастазҳои дур муайян карда шуданд. Дар 18 (24,6%) ҳолат, тақрорӣ омоси мавзӣ шакли афзоиши бисёрмарказӣ дошт. Дар 52 (71,3%) нафар беморон танҳо усули чарроҳӣ тақроран истифода шудааст, Ба ин зергурӯҳ бемороне шомил буданд, ки дар марҳилаи қаблӣ муолиҷаи мураккаб ва чарроҳӣ гузаронида шуда буданд. Усули комплекси табобат дар 24 (31,4%) нафар беморон истифода шудааст. Дар муолиҷаи комплекси саркомаҳои бофтаҳои нарм 2 курси ПХТДШ аз рӯи нақша Доксорубин 100 мг/м<sup>2</sup> +Цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> бо фосилаи 21-28 рӯз истифода бурда шудааст (расми 2).



**Расми 2. Ангиограммаи артерияи бракиалӣ. Саркомаи бофтаи нарми дасти чап. Ҳолати пас аз ампутатсияи даст.**

Таҳлили омори бо истифода аз усулҳои зерини тавсифии омори гузаронида шуд. Муқоисаи гурӯҳҳо аз рӯи аломати сифатӣ бо истифода аз нишондиҳандаи аҳамияти омори ва усули сохтани чадвалҳои ҳолатҳои шадид ва пас аз он таҳлил бо усули Пирсон гузаронида шудааст. Ҳангоми зарурати гузаронидани таҳлили мутаносибият аз усули мутаносибии дарачавии Кендалл истифода бурда шудааст. Натиҷаҳои бадастомада бо

ченaки Каплан-Майер нишон дода шуданд. Ҳама ҳисобҳо бо истифода аз нармафзори Statistica 6.0 анҷом дода шуданд.

## НАТИҶАИ ТАҲҚИҚОТ

**Хусусиятҳои ташҳиси саркомаҳои ибтидоии бофтаҳои нарм.** Тибқи маълумоти мо дар 158 (77,5%) ҳолат аз 204 нафар беморон сабаби асосии мурочиатиаташон ба духтур мавҷудияти омос, ки боиси нуқсони косметикии ин ё он минтақаи бадан мегардад, мебошад. Дар 4 (2,1%) нафар беморон аломати асосии беморӣ болоравии ҳарорати бадан то рақамҳои субфебрилӣ буд. Дар 3 (1,5%) нафар беморон метастазҳо дар шушҳо пайдо шуданд. Аломатҳои рентгени осеби устухонҳо дар 4 (2,1%) нафар муайян карда шуданд. Ҷойгиршавии анатомию топографии саркомаи бофтаҳои нарм бо истифода аз томографияи компютерӣ ё томографияи магнитӣ-резонансӣ дар 27 (13,2%) нафар беморони саркомаи бофтаҳои нарм муайян карда шуд, Эътимоднокии ҷойгиршавии анатомӣ ва топографии омос баланд буд. Инчунин, ба беморони саркомаи бофтаҳои нарм ташҳиси ултрасадо гузаронида шудааст. Тибқи он 2 нафар беморон метастазҳои канорӣ ба чигар ва гурдаҳо доштанд. Дар 9 маврид робитаи анатомию топографии саркомаи бофтаи нарми дар девори пеши шикам ҷойгир шударо муайян кардан имконпазир гардид. Дар 4 нафар беморони ҷойгиршавии омос дар наздикии рағҳои асосии хунгузари калонҳаҷм, омӯзиши ангиографӣ гузаронида шуд, ки форогирии рағҳоро муайян кард. Биопсияи пунксионӣ дар 74 ҳолат (36,3%) натиҷаи мусбӣ дод. Биопсияи трепанӣ, ки истифодаи сӯзанҳои махсусро дар модификатсияҳои гуногун талаб мекунад, дар 8 (3,9%) ҳолат истифода шудааст.

**Натиҷаҳои муолиҷаи нахустсаркомаҳои бофтаҳои нарм.** Усули ҷарроҳии муолиҷаи саркомаҳои бофтаҳои нарм ду намуди амалиёти ҷарроҳиро дар бар мегирифт: узвнигаҳдоранда ва қатъи комил (ампутатсия ва экзартикулятсия) ва унсурӣ асосии маҷмӯи тадбирҳои муолиҷавӣ буд. Дар гуруҳи беморони саркомаҳои ибтидоии бофтаҳои нарм, он дар 134 (67,7%) ҳолат аз 198 нафар беморон истифода шудааст. Зергурӯҳи беморони аз ҷониби мо омӯхташуда аз 119 беморон иборат буд, ки ба онҳо ҳамчун усули мустақили муолиҷа амалиёти ҷарроҳии радикалӣ гузаронида шуд. Аз ин зергурӯҳ мо 11 нафар беморонро, ки ҷарроҳии қатъи комил гузаронидаан, аз ҷумла ампутатсия ё дезартикулятсияи дасту по хориҷ кардем. Ҷарроҳии қатъи комил барои ҷойгиршавии саркомаи бофтаҳои нарм дар узвҳо дар 11 (12,1%) ҳолат аз 91 нафар беморон анҷом дода шудааст. Дар 2 ҳолат такрорёбии саркомаи бофтаҳои нарм ба қайд гирифта шудааст. Миқдори умумии реседивҳо 43 (72,9± 5,9%) ҳолатро бо андозаи омосҳои то 5 см ва 36 (60,0± 6,3%) ҳолат хангоми андозаи саркома аз зиёдтар аз 5 см ташкил дод. Дар 10 ҳолат муайян кардани ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ дар беморон имкон надошт. Мо мавҷудияти инфилтратсияи омосро дар 12 аз 45 ҳолати резекция: дар 9 ҳолат хангоми бартараф кардани саркомаи бофтаи нарм ва

дар 3 ҳолат хангоми буридани скари баъдичарроҳӣ пас аз бартарафсозии ғайрирадикалии омос дар дигар муассисаҳои тиббӣ назорат кардем. Дар 2 (22,2%) ҳолат аз 9 нафар беморон хангоми буридани назоратии канораҳои чароҳат муоинаи микроскопӣ ҷой доштани инфилтратсияи омосро муайян кард, ки баъдтар сабаби ресидиви мавзей гардид. Аз 3 ҳолати буридани скари пас аз чарроҳӣ дар як бемор (33,3%) афзоиши омос ба қайл гирифта шудааст. Буриши омоси андозаи то 5 см дар 36 ҳолат ( $83,7 \pm 5,6\%$ ) боиси ресидивҳои мавзей гардидааст. Хангоми буридани васеъи омос дар 3 нафар беморон ( $25,0 \pm 13,0\%$ ) ресидивҳои мавзей ба қайд гирифта шудааст. Басомади ташаккули ресидивҳои пас аз чарроҳӣ дар чадвали 4 нишон дода шудааст.

**Ҷадвали 4. - Басомади ташаккули ресидивҳои мавзеии нахутсаркомаҳои бофтаҳои нарми пас аз чарроҳӣ вобаста аз андоза ва варианти гистологии омос**

Варианти гистологии омос	Андозаи нахустомос					
	T <sub>1</sub>			T <sub>2</sub>		
	Микдори беморон	Ресидив		Микдори беморон	Ресидив	
абс.		%	абс.		%	
Гистиоситомаи бадсиришти фиброзӣ	23	18	78,3	15	11	73,3
Липосаркома	4	2	50,0	16	10	62,5
Фибросаркома	11	9	81,8	9	4	44,4
Лейомиосаркома	1	1	100,0	7	3	42,9
Рабдомиосаркома	4	3	75,0	6	4	66,7
Шваннома бадсиришт	5	3	60,0	3	2	66,7
Дерматофибросаркома	7	3	42,9	-	-	-
Гемангиопериситомаи бадсиришт	-	-	-	2	1	50,0
Саркомаи алвеоларӣ	1	1	100,0	-	-	-
Саркомаи синовиалӣ	2	2	100,0	2	1	50,0
Саркомаи таснифнашуда	1	1	100,0	-	-	-
<b>Ҷамағӣ: 119 (100%)</b>	<b>59</b>	<b>43</b>	<b>72,9%</b>	<b>60</b>	<b>36</b>	<b>60,0%</b>

Басомади ресидивҳои мавзей низ пас аз буридани омосҳои калонтар аз 5 см бидуни ба таври кофӣ гирифтани бофтаҳои солими атроф зиёд буда, такроршавии омосҳо дар 18 ( $85,7 \pm 7,3\%$ ) нафар беморон ба амал омадаанд. Пас аз ба таври васеъ буридан дар 17 ( $51,5 \pm 8,7\%$ ) нафар беморон (фарқиятҳо аз ҷиҳати омӯрӣ назаррасанд,  $p < 0,01$ ) ресидивҳои мавзей мушоҳида шуданд.

**Усули комплекси муолиҷа.** Муолиҷаи комплекси саркомаҳои бофтаҳои нарм бо гамма-терапияи фосилавии пеш аз чарроҳӣ ва 2 курси

ПХТДШ-и регионарӣ дар 16 нафар бемор гузаронида шудааст. Муолиҷаи нури дар 3 вариант гузаронида шуд. Дар 5 нафар бемор усули фраксияи вояи миёнаи радиатсионӣ истифода шуда, вояи ягонаи фокусӣ аз 5 Гр то ВММ ВММ 25 Гр (ВДФ = 75 воҳид) буд. ПХТДШ мувофиқи нақшаи Доксорубицин 100 мг/м<sup>2</sup> + Цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> ва амалиёти чарроҳӣ 48-72 соат пас аз анҷоми муолиҷаи нури гузаронида шудааст. Дар 5 ҳолати беморӣ муолиҷаи нури пеш аз амалиёти чарроҳӣ дар речаи динамикии то ВММ = 36-38 Гр (ВДФ = 75 адад) гузаронида шуд. Микдори ресидивҳое, ки андозаи омосашон аз 5 см зиёд аст, пас аз муолиҷаи комплексии нахустсаркомаҳои бофтаҳои нарм 5 (41,6 ± 14,8%) буд. Ҳамин тариқ, басомади такроршавӣ дар гистиоситомаи бадсиришти фиброзии андозааш аз 5 см калонтар пас аз муолиҷаи комплексӣ 3 (27,3 ± 14,1%), ҳангоми фибросаркома – 3 (37,5 ± 18,3%) буд. Тафовутҳои аз ҷиҳати омори назаррас ба қайд гирифта нашудаанд (p > 0,05).

**Ҷадвали 5. – басомади ресидивҳои мавзей пас аз муолиҷаи комплексӣ дар якҷоягӣ бо муолиҷаи нурии пеш аз амалиёти чарроҳӣ ва ПХТДШ вобаста аз варианти гистологии ташаккул ва андозаи омос**

Варианти гистологии омос	Андозаи омос					
	T <sub>1</sub>			T <sub>2</sub>		
	Микдори беморон	Ресидив		Микдори беморон	Ресидив	
абс.		%	абс.		%	
Гистиоситомаи бадсиришти фиброзӣ	-	-	-	3	1	-
Липосаркома	-	-	-	6	1	-
Фибросаркома	-	-	-	1	1	-
Рабдомиосаркома	1	-	-	1	1	-
Мезенхиомаи бадсиришт	-	-	-	1	1	-
<b>Ҳамагӣ</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>41,7</b>

Басомади ташаккули ресидивҳои мавзей вобаста ба варианти гистологии ташаккул пас аз муолиҷаи комплексӣ дар якҷоягӣ бо муолиҷаи нурии пеш аз амалиёти чарроҳӣ дар ҷадвали 5 оварда шудааст.

**Ташҳиси ресидиви мавзеии саркомаи бофтаҳои нарм.** Дар 73 (76,8%) ҳолат аз 95 нафар беморон ҳангоми муоинаи профилактикӣ ресидиви саркомаи бофтаҳои нарм ошкор карда шуд. Дар 22 (23,2%) ҳолат, беморон мустақилона мавҷудияти гиреҳи омосро дарк намудаанд, ки сабаби асосии ташриф оварданашон барои муоина гардид. Дар 3 (3,2%) нафар беморон метастазҳо ба гиреҳҳои лимфавии минтақагӣ ошкор карда шуданд ва бо биопсияи сӯзанӣ тасдиқ карда шуданд. Ин дар 18 (24,6%) ҳолат аз 73 нафар беморон пас аз қисман буридани скари пас аз чарроҳӣ бо такроран пайдо шудани саркомаи мавзеии бофтаҳои нарм тасдиқ карда шудааст. Дар 15 (15,8%) ҳолат аз 95 нафар беморон метастазҳои шуш

ошкор карда шуданд. Дар 6 ҳолати такрорёбии мавзеии саркома ҳангоми фарқ кардани афзоиши омосҳо аз фиброзҳои мавзей мушкilot ба вучуд омад.

**Таҳлили омилҳои, ки ба вақти такроршавии мавзеии нахустсаркомаи бофтаҳои нарм таъсир мерасонанд.** Тибқи маълумоти мо, шумораи бештари ҳолатҳои афзоиши омосҳои мавзей пас аз муолиҷаи ҷарроҳӣ дар давоми 6 моҳи аввал мушоҳида шудааст. Ин нишондод пас аз муолиҷа дар омосҳои андозааш то 5 см дар 22 ( $27,8 \pm 5,0\%$ ) ва дар омосҳои андозааш бештар аз 5 см дар 17 ( $21,5 \pm 4,6\%$ ) ба қайд гирифта шудааст. Басомади баландтарини ресидивҳои мавзей дар нахустомосҳои андозааш то 5 см дар охири соли дуум пас аз муолиҷаи ҷарроҳӣ мушоҳида карда шуд. Нокифоягии муолиҷаи ҷарроҳии анҷомдодашуда сабаби асосии зиёд шудани ресидивҳои мавзей ҳангоми омоси андозааш то 5 см мебошад. Сабаби пастшавии миқдори мутлақи ресидивҳои маҳалии омоси андозааш без аз 5 см фаъти бархе аз беморон мебошад. Табобатнопазирии раванди омос дар омоси андозаи то 5 см дар 22 ( $27,8 \pm 5,0\%$ ) ҳолат ва дар 17 ( $21,5 \pm 4,6\%$ ) ҳолат дар беморони омоси андозааш аз 5 см зиёд буд, ки ин сабаби асосии ғайриканоатбахш будани натиҷаи муолиҷаи омосҳои мавзей ба шумор меравад. Басомади баландтарини ресидиви омосҳои мавзеии саркомаи бофтаҳои нарм дар беморон пас аз муолиҷаи комплексӣ дар давоми то 6 моҳ пас аз ба охир расидани муолиҷаи асосӣ мушоҳида шуд, пас аз он тамоюли коҳиш ёфтани ресидивҳои мавзей то 18 моҳ мушоҳида мешавад, ки он танҳо барои саркомаҳои андозаашон бештар аз 5 см хос мебошад. Қобили қайд аст, ки набудани ресидивҳо дар беморон бо омосҳои андозаашон бештар аз 5 см дар фосилаи байни 18 ва 42 моҳ аз фаъти бархе аз беморон дар ин марҳала хос мебошад. Пас аз муолиҷаи комплексии беморони гирифтори омоси андозааш то 5 см, ресидивҳои дери мавзей бартарӣ доранд, яъне дар 3 ( $18,8 \pm 10,1\%$ ) ҳолат, ки ин нишондод дар омосҳои андозаи бештар аз 5 см ба қайд гирифта мушоҳида нашудааст. Дар ин категорияи беморон ресидивҳои барвақти мавзей ва табобатнашавандагии протсессии омоси мавзей ба қайд гирифта шудааст.

**Натиҷаҳои муолиҷаи саркомаҳои такрорӣ бофтаҳои нарм.** Мавҷудияти омосҳои ресидивӣ дар скари пас аз ҷарроҳӣ ё дар наздикии он дар шакли гиреҳи алоҳида аломати афзоиши омоси бофтаҳои фиброзии тағйирёфта, ки дар вақти муолиҷаи ҷарроҳӣ ошкор нашудаанд, буда метавонад. Дар 95 (51,9%) нафар беморон пас аз муолиҷаи саркомаи ибтидоии бофтаҳои нарм онсидивҳои мавзей ба қад гтотфйа шудааст. Дар 73 (76,8%) нафар беморон амалиёти такрорӣ радикалӣ бинобар такрорёбии омоси мавзей имконпазир буд. Дар 52 нафар беморон танҳо муолиҷаи ҷарроҳӣ такрор карда шуд, ба ин зергурӯҳ бемороне дохил шуданд, ки дар марҳилаи қаблӣ ҳам муолиҷаи комплексӣ ва ҳам амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуданд. Ампутатсия ё эксартикулятсия дар 17 (30,3%)

нафар беморон бо ҷойгиршавии такрорӣ саркомаи бофтаҳои нарм дар узвҳои фавқонӣ ва таҳтонӣ ва анҷом дода шуд. Мувофиқи маълумотҳои мо, такроршавии саркомаи бофтаҳои нарм дар 2 ҳолат бо ампутатсияи узвҳои таҳтонӣ ва фавқонӣ дар 1 қатъи байни белаку сина анҷом дода шудааст. Барои муайян кардани ҳаҷми ниҳони амалиёти ҷарроҳӣ мо усули зеринро пешниҳод менамоем: марҳилаи якуми муолиҷаи ҷарроҳӣ муайян кардани сарҳади болоии паҳншавии саркома ба таври ҷарроҳӣ мебошад, сарҳади ампутатсия вобаста сарҳади паҳншавии омос ба самти проксималӣ муайян карда мешавад. Ҳаҷми буридани омоси ресидивӣ на аз рӯи сарҳадҳои буриш ба паҳнӣ ё дарозӣ, балки бештар аз рӯи ба андозаи чуқурии буриш муайян карда мешавад. Аз январи соли 1997 инҷониб мо ҳамчун усули назоратии радикализи амалиёти ҷарроҳӣ набудани афзоиши омосҳои аз ҷиҳати микроскопӣ муайяншавандаро дар канораҳои буриши саркомаи ресидивии бофтаи нарм маҳсуб медонем. Тармими захми калони пас аз ҷарроҳӣ пас аз буридани саркомаи ресидивӣ бо лоскути рағдор дар 2 (3,8%) ҳолат хангоми ҷойгиршавии омос дар зону истифода шудааст. Дар як бемор бинобар тромбози анстомоз аз амалиёти ҷарроҳӣ натиҷаи назаррас ба қайд гирифта нашуд, ки дар ин ҳолат аз лоскути мукаммали пӯсти бисёрқабата истифода бурда шудааст. Дар 7 (13,5%) ҳолат захми баъдичарроҳӣ бо лоскути пӯстии ҷудокардашудаи озод ва дар 4 (4,7%) ҳолат бо лоскути пӯсти-чассиалии кӯчонидашуда тармим карда шудааст. Ба тариқи ҷарроҳӣ бартараф кардани саркомаҳои такрорӣ бофтаҳои нарм, ки дар 52 бемор анҷом дода шудааст, усули ниҳони муолиҷа буд. Ҳамин тариқ, дар 9 нафар беморони гирифтори гистиоситомаи бадсиришти андозаашон то 5 см пас аз муолиҷаи ҷарроҳӣ, ресидивҳои такрорӣ дар 6 нафар ( $66,7 \pm 16,7\%$ ) ба вучуд омадаанд. Аз 6 нафар беморони гирифтори фибросаркомаи ресидивии андозаашон то 5 см дар 4 нафарашон ( $66,7 \pm 21,0\%$ ) ресидивҳои такрорӣ ошкор карда шуданд, ки дар ин ҳолатҳо тафовутҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим вучуд надоранд ( $p > 0,05$ ). Аксари беморони гирифтори саркомаи такрорӣ андозаашон зиёда аз 5 см дар давоми 2 сол аз паҳншавии омос фавтидаанд. Пас аз се сол афзоиши ресидивҳои такрорӣ танҳо дар беморон пас аз муолиҷаи ҷарроҳии саркомаи ресидивии бофтаҳои нарми диаметраш то 5 см мушоҳида мешавад. Муолиҷаи мукамал дар 21 нафар беморони гирифтори саркомаи онсидивии бофтаҳои нарм гузаронида шуд. Дар 12 нафар бемор саркомаи такрорӣ то 5 см ва дар 9 бемор зиёда аз 5 см буд. Ресидивҳои такрорӣ то 42 моҳ дар беморони пас аз муолиҷаи комплексӣ танҳо бо андозаи омоси такрорӣ на бештар аз 5 см мушоҳида карда шуданд. Дар омосҳои андозаи то 5 см пас аз муолиҷаи комплексӣ дар муддати то 6 моҳ ресидивӣ мавзей ба қайд гирифта нашудааст. Дар омосҳои такроршаванда бештар аз 5 см зиёд аст, пас аз муолиҷаи комплексӣ табобатнопазирии раванди омоси мавзей ва ресидивҳои барвақти такрорӣ бештар ба мушоҳида мерасад. Пас аз муолиҷаи ҷарроҳӣ дар 15 ( $60,0 \pm 10,0\%$ ) нафар беморон ва баъди

муолиҷаи комплексӣ – дар 5 ( $41,7 \pm 14,9\%$ ) беморон ( $p > 0,05$ ) такрори ресидиви омосҳои андозаашон то 5 см ба қайд гирифта шудаанд.

**Натиҷаҳои дарозмуддати муолиҷаи ҷарроҳии нахустсаркомаҳои бофтаҳои нарм ва саркомаҳои ресидивӣ.** Дар 139 нафар беморон натиҷаҳои дарозмуддати иуолиҷа омӯхта шуданд. Аз ин шумора 54 ( $38,8\%$ ) нафар беморон 5 сол бидуни такрори омоси мавзёи зиндагӣ кардаанд. Дар 85 ( $61,2\%$ ) нафар беморон дар давоми 5 сол ресидивҳои мавзёи пайдо шуданд. Миқдори ресидивҳои мавзёи аз 1 то 19 буд. Пайгирии натиҷаҳо  $86,4\%$  буд. Сабаби марги 7 нафар ( $5,0 \pm 1,8\%$ ) беморон раванди омоси мавзёи ва аворизи он буд. Дар ҳолатҳои дигар, сабаби бевоситаи фавт паҳншавии раванди омос буд. Зиёда аз 5 сол  $77,8 \pm 14,7\%$  бо андозаи омоси диаметраш на бештар аз 5 см ва  $46,6 \pm 13,3\%$ , бо андозаи омоси зиёда аз 5 см зиндагӣ кардаанд. Дар зергурӯҳи беморони гирифтори гистиоситомаи бадсиришти фиброзӣ омили номусоиде, ки ба зиндамонии 5-сола таъсир мерасонад, андозаи омоси бадсиришт дар беморони ҷарроҳишуда маҳсуб меёбад. Дар ин зергурӯҳ ягон бемор 5 сол ва бештар аз он зиндагӣ накардааст. Натиҷаҳои дарозмуддат дар 70 нафар беморони ресидивҳои мавзёи саркомаи бофтаҳои нарм омӯхта шуданд. Дар ин беморон дар давраи пас аз ҷарроҳӣ фавт ба қайд гирифта нашудааст. Барои омосҳои ресидивии 5 см ё камтар аз он нишондиҳандаи зиндамонии панҷсола ( $75,6 \pm 7,1\%$ ) дар таносуби саркомаҳои ресидивии андозаашон калонтар аз 5 см ( $40,6 \pm 8,7\%$ ) баландтар буд,  $p \pm 0,01$ .

Натиҷаҳои дарозмуддати муолиҷаи комплексии саркомаҳои бофтаҳои нарм дар 30 нафар беморон бе ресидивҳои мавзёи омос дар 8 нафар беморони гирифтори саркомаҳои ресидивӣ омӯхта шудаанд. Дар давраи дарозмуддат 3 ( $7,9\%$ ) ҳодисаи захми баъдинурӣ дар минтақаи нургузаронӣ ба қайд гирифта шудааст. Сатҳи баландтарини зиндамонии панҷсола бидуни ресидив дар беморони андозаи омосашон на бештар аз 5 см -  $86,7 \pm 6,2\%$  ва андозаи омосашон аз 5 см зиёд -  $53,3 \pm 9,1\%$  мушоҳида мешавад. Танҳо ду бемори саркомаи синовиалӣ 5 сол зинда монданд. Бо андозаи омоси зиёда аз 5 см, сатҳи зиндамонии панҷсола барои беморони ресидивҳои маҳаллӣ  $11,1 \pm 11,1\%$  буд. Сатҳи зиндамонии панҷсолаи беморони гирифтори саркомаи ресидивии мавзёи на бештар аз 5 см нисбатан баланд буда,  $71,4 \pm 18,4\%$  -ро ташкил дод. Ҳамин тавр, дар сурати диаметри саркома то 5 см будан, пас аз муолиҷаи ҷарроҳӣ зиндамонии панҷсола бидуни ресидивии мавзёи саркомаи бофтаҳои нарм  $77,8 \pm 14,7\%$  ва бо ресидивии омосҳо  $75,7 \pm 7,1\%$  буда, фарқияти аз ҷиҳати оморӣ назаррас т ба даст наомадааст,  $p > 0,05$ . Аз маълумоте, ки саркомаҳои дифференциатсияи дараҷаи баландро тавсиф мекунад, бармеояд, андозаи омос ва ресидивии мавзёи ба зиндамонии панҷсолаи беморон таъсир нарасондааст ( $p > 0,05$ ). Дар беморони гирифтори

саркомаҳои ибтидоии дараҷаи дифференсиатсияи миёна ва паст, бояд таъсири андозаи омос ба зиндамонӣ қайд карда шавад. Ҳамин тариқ,  $83,3 \pm 11,2\%$  - и беморон зиёда аз 5 сол бо  $T_1$  ва ҳангоми  $T_2$   $18,2 \pm 12,2\%$  беморон зиндагӣ кардаанд ( $p < 0,01$ ). Сатҳи зиндамонии панҷсола дар  $T_1$   $69,6 \pm 9,8\%$ , ва дар  $T_2$   $21,7 \pm 8,8\%$  буд. Ампутатсия ва эксартикуляция дар 28 (13,1%) нафар беморон гузаронида шуд; ҳангоми нахустсаркомаҳо - дар 11 (5,1%) ҳолат ва ва ҳангоми саркомаҳои ресидивӣ дар 17 (8,0%) ҳолат. Аз 17 нафар бемороне, ки аз ба онҳо амалиётҳои ҷарроҳии қатъӣ комил гузаронида шудааст, дар 16 ҳолат дар саркомаи бофтаи нарм дараҷаи дифференсиатсияи миёна ва паст ба қайд гирифта шудааст.

Ҳамин тариқ, давомнокии умри беморони саркомаҳои бофтаҳои нарм аз усули муолиҷаи нахустомосҳо ва омосҳои ресидивӣ вобаста нест. Давомнокии умри беморон аз андозаи нахустомосҳо ва омосҳои ресидивии дифференсиатсияи баланд вобаста набуда, он андозаи омоси дараҷаи дифференсиатсияи паст ва миёна вобаста мебошад. Андозаи ҳам нахустомосҳо ва ҳам омосҳои ибтидоии бештар аз 5 см омили номусоиди пешгӯӣ мебошад.

## ХУЛОСА

1. Омӯзиши робитаи мутақобили хатогиҳои ташхисӣ ва тактиқӣ, ки ба натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии саркомаҳои бофтаҳои нарм таъсир мерасонанд, нишон дод, ки натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморони саркомаҳои бофтаҳои нарм, ки дар шабакаи умумиҷарроҳӣ ҷарроҳӣ мешаванд, бо басомади баланди ресидиви омосҳо анҷом меёбад ( $84,7\%$  беморон) [1-A,3-A, 4-A,8-A,13-A,19-A].

2. Таҳлили натиҷаҳои ҷарроҳӣ ва усулҳои комплекси муолиҷаи саркомаҳои бофтаҳои нарм самаранокии усулҳои мураккабро бо гамма-терапияи фосилавии пеш аз ҷарроҳӣ дар якҷоягӣ бо химиотерапияи регионарии дохилиартериалӣ нишон дод, ки аз ҷиҳати омӯрӣ басомади такроршавии маҳаллиро то  $20,8 \pm 5,9\%$  коҳиш медиҳад. Пас аз муолиҷаи ҷарроҳӣ дар  $66,4 \pm 4,3\%$  нафар беморон такроршавии омосҳои мавзей ба қайд гирифта мешавад [2-A,3-A,10-A,11-A,15-A,16-A,20-A].

3. Омӯзиши басомади такроршавии маҳаллии саркомаҳои бофтаҳои нарм вобаста ба варианти гистологӣ, андозаи омос ва усулҳои табобат нишон дод, ки басомади ресидиви мавзей дар саркомаҳои ибтидоии бофтаҳои нарм аз ҳаҷм ва намуди гистологии омос вобаста нест; фарқият аз ҷизати омӯрӣ назаррас набуд,  $p > 0,05$ . Сатҳи такроршавии саркомаи бофтаи нарм пас аз муолиҷаи комплексӣ низ аз варианти гистологӣ ва андозаи омос вобаста набуд. Ҳамин тариқ, басомади такроршавӣ дар гистиоситомаи бадсиришти фиброзӣ аз 5 см калонтар пас аз муолиҷаи комплексӣ 3 ( $27,3 \pm 14,1\%$ ), дар фибросаркома дар 3 ( $37,5 \pm 18,3\%$ ) ҳолат буд. Фарқияти аз ҷиҳати омӯрӣ назаррас ба қайд гирифта нашудааст,  $p > 0,05$ .

Муайян карда шудааст, ки басомади такроршавии мавзеи саркомаҳои бофтаҳои нарм пас аз муолиҷаи ҷарроҳӣ аз ҳаҷми муолиҷаи ҷарроҳӣ ва андозаи омос вобаста аст. Пас аз бартараф кардани омосҳои андозаашон то 5 см дар  $83,7 \pm 5,6\%$  ҳолатҳо ресидивҳои мавзей ба мушоҳида мерасанд. Ҳангоми буридани васеи омос дар  $25,0 \pm 13,0\%$  - и беморон ресидиви мавзей мушоҳида карда шуд ( $p < 0,05$ ). Басомади ресидивҳои мавзей пас аз рафъи омосҳои калонтар аз 5 см ва бидуни ба таври кофӣ гирифтани бофтаҳои солими атроф баланд аст - дар  $85,7 \pm 7,3\%$  беморон. Пас аз буридани васеи омос дар  $51,5 \pm 8,7\%$  - и беморон ресидивҳои мавзей ба қайд гирифта шуданд ( $p < 0,01$ ) [1-A, 2-A, 3-A, 7-A, 9-A, 12-A, 17-A, 18-A].

4. Таҳлили натиҷаҳои ҷарроҳӣ ва усулҳои мукаммали муолиҷаи саркомаҳои ресидивии бофтаҳои нарми андозаашон то 5 см нишон дод, ки ҳангоми муолиҷаи ҷарроҳӣ дар  $60,0 \pm 10,0\%$  - и беморон ва баъди муолиҷаи мукамал дар  $41,7 \pm 14,9\%$  - и беморон ресидивҳои такрорӣ ба мушоҳида мерасанд ( $p > 0,05$ ). Вобаста ба усули муолиҷаи беморони гирифтори омоси диаметраш бештар аз 5 см, дар басомади такрори ресидивҳои мавзей фарқияти ҷиддӣ ба қайд гирифта нашудааст ( $p > 0,05$ ) [3-A, 4-A, 5-A, 8-A, 14-A, 19-A].

5. Сатҳи зиндамонии панҷсолаи бидуни оесидив дар беморони нахустсаркомаҳои бофтаи нарм  $38,8\%$  буд. Дар  $61,2\%$ -и беморони ин зергурӯҳ дар давоми 5 сол ресидив ба қайд гирифта шудааст. Сатҳи зиндамонии панҷсола дар гурӯҳи беморони гирифтори саркомаҳои ресидивии бофтаҳои нарм  $77,8 \pm 14,7\%$  ҳангоми омоси андозааш на бештар аз 5 см ва  $46,6 \pm 13,3\%$  ҳангоми омоси андозааш бештар аз 5 см мебошад [5-A, 6-A, 9-A, 11-A, 20-A].

### **ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Бемороне, ки дар онҳо радикализи амалиёти ҷарроҳӣ бо таҳқиқоти назоратии хатти резексия ба набудани инфилтрасияи омосҳо асоснок карда нашудааст, ба амалиёти ҷарроҳӣ эҳтиёҷ доранд. Муоинаи гистологии хатти резексия бояд ҷузъи ҳатмӣ бошад, ки хусусияти радикалии амалиёти ҷарроҳиро тасдиқ ва тактикаи минбаъдаи табобатро муайян мекунад.
2. Дар муолиҷаи нахустсаркомаи бофтаҳои нарм истифодаи усулҳои мукамал бо гамма-терапияи фосилавии пеш аз ҷарроҳӣ ва полихимотерапияи дохилиартериалӣ мувофиқи мақсад мебошад.
3. Ба беморони гирифтори нахустсаркома ва саркомаи ресидивии бофтаҳои нарм дар давоми 6 моҳи аввали пас аз анҷоми марҳилаи асосии муолиҷа ҳар моҳ бояд таҳқиқоти назоратӣ гузаронида шавад.
4. Омилҳои номусоиди пешгунии ҳаёти беморони саркомаи бофтаҳои нарм ин омоси андозаи зиёда аз 5 см ва дараҷаи пасти дифференциатсия мебошанд, ки ҳангоми ба нақша гирифтани усулҳои иловагии муолиҷаи раванди бадсиришти онҳо бояд ба назар гирифта шаванд.

## **ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАЧАИ ИЛМӢ**

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:**

- [1-А] Байзаков, Б.Т. Результаты хирургического лечения больных с рецидивными саркомами мягких тканей/ Шаназаров Н.А., Шунько Е.Л. // Медицинская наука и образование Урала, Тюмень. -2010. - №3 (63). –С.84 - 86.
- [2-А] Байзаков, Б.Т. Комбинированное лечение рецидивных сарком мягких тканей/ Арыбжанов Д. Т., Байзаков Б. Т. // Медицинская наука и образование Урала, Тюмень. -2011. - №3. -С. 99 – 102.
- [3-А] Байзаков, Б.Т. Хирургическое лечение больных с рецидивными саркомами мягких тканей/Байзаков Б.Т.// Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=5265>
- [4-А] Байзаков, Б.Т. Пути улучшения результатов лечения сарком мягких тканей/ Шаназаров Н.А., Сейдалин Н.К. // Здравоохранение Таджикистана. -2017. - № 3. -С. 15-21
- [5-А] Байзаков, Б.Т. Саркомы мягких тканей: современный взгляд на проблему/ Шаназаров Н.А., Зинченко С.В. // Вестник Авиценны. -2019. Т. 21. -№ 2. -С. 291-297.
- [6-А] Байзаков, Б.Т. Хирургическое лечение сарком мягких тканей: обзор международного опыта/ Байзаков Б.Т. // Симург. -2022. - №14(2). –С. 127-137.

### **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:**

- [7-А] Байзаков, Б.Т. Современные взгляды на методы лечения сарком мягких тканей (обзор литературы)/ Е.Л.Шунько, Д.Т.Арыбжанов// Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1; URL: [www.science-education.ru/101-5320](http://www.science-education.ru/101-5320)
- [8-А] Байзаков, Б.Т. Результаты комбинированного лечения рецидивных сарком мягких тканей. / Н.А. Шаназаров, Е.Л.Шунько // Академический журнал Западной Сибири. -2010. -№2. – С. 23-26.
- [9-А] Байзаков, Б.Т. Результаты химиотерапии сарком мягких тканей. / Н.А.Шаназаров /В сб. материалов Российской научно-практической конференции. -Челябинск. -2010. - С. 22-24
- [10-А] Байзаков, Б.Т. Результаты хирургического и комбинированного лечения рецидивных сарком мягких тканей/ О.К.Кулакеев // Вестник хирургии Казахстана. -2010. - №4. -С. 90-92
- [11-А] Байзаков, Б.Т. Комбинированное лечение первичных сарком мягких тканей // материалы юбилейной научно-практической онкологической конференции, посвященной 40-летию образования кафедры онкологии Тюменской медицинской академии и 80-летию профессора А.А. Шайна // Тюменский медицинский журнал. -2010. -№2. -С. 62–63.

[12-А] Байзаков, Б.Т. Результаты комбинированного лечения рецидивных сарком мягких тканей. /Н.А. Шаназаров, Е.Л. Шунько // Академический журнал Западной Сибири. - 2010. -№2. – С. 23-26.

[13-А] Байзаков, Б.Т. Хирургическое лечение больных с рецидивными саркомами мягких тканей/Д.Т. Арыбжанов, А.Ж.Муктубаева // Тюменский медицинский журнал. -2011.- №3-4.-С. 37-39.

[14-А] Байзаков Б.Т. Отдаленные результаты хирургического лечения больных рецидивными саркомами мягких тканей/Н.А.Шаназаров // Медицинский журнал Западного Казахстана. -2012. -№ 3. -С. 59-63.

[15-А] Байзаков, Б.Т. Хирургическое лечение больных первичными саркомами мягких тканей/Б.Т.Байзаков // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Стратегия развития онкологической и радиологической службы в регионах Российской Федерации». Челябинск. - 2012. –С. 24-26.

[16-А] Зарубежный и отечественный опыт лечения сарком мягких тканей // Вестник МЦ УДП РК.-2022.-№2(87). – С.74-84.

[17-А] Байзаков, Б.Т. Основные прогностические факторы, влияющие на клинические результаты лечения сарком мягких тканей (обзор литературы). Успехи современного естествознания/Н.А.Шаназаров// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2015. -№10. (3). -С. 500-502.

[18-А] Байзаков, Б.Т. Комбинированное лечение сарком мягких тканей/Н.А.Шаназаров // Ахмет Ясауи университетінің хабаршысы.-2016.-№4 (102).-С. 537-543.

[19-А] Baizakov B.T. The study of single nucleotide polymorphisms of genes in patients with Breast Cancer of the Kazakh ethnicity/N.K. Seydalin, N.A. Shanazarov //Abstract book of the III International scientific and educational Conference “The internationalization of continuing medical education. Prospection”. Aktobe, Kazakhstan, April 25-26.- 2019. Minerva Medica. 110(2 Suppl 1);3. Doi: 10.23736/S0026-4806.19.06069-5.

[20-А] Байзаков, Б.Т.Зарубежный и отечественный опыт лечения сарком мягких тканей/Б.Т.Байзаков // Вестник МЦ УДП РК.-2022.- №2 (87).-С. 74-84.

### **Дастурамалхон методі**

[21-А] Н.Шаназаров, Б.Байзаков, Ф.Ержанова, Ю.Старченко. Хирургическое лечение сарком мягких тканей //Больница медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова»-2022.-48 с.

[22-А] Н.Шаназаров, Б.Байзаков, Ф.Ержанова, Ю.Старченко. Оптимизация комплексного лечения сарком мягких тканей //Больница медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова».-2022.- 52 с..

## **ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҲО**

**ПХТДШ** - полихимиотерапияи дохилишараёнӣ

**ВДФ** - вақт –воя - фраксиякунӣ

**ТУТ** - ташкилоти умумии тандурустӣ

**МЛҲЧ** - муолиҷаи нури хангоми чарроҳӣ

**ТК** - томографияи компютерӣ

**ТМР** - томографияи магнитию резонансӣ

**ДВИ** - диспансери вилоятии онкологӣ

**НСА** - нахустсинхронии афзуниятТПЭ- томографияи позитронӣ эмиссионӣ

**ВММ** - вояи маҷмӯии мавзёӣ

**СБН** - саркомаи бофтаҳои нарм

**ТУС**- ташхисии ултрасадоӣ

**ХТ**-химиотерапия

**TNM**-tumor nodulus metastasis

**АННОТАЦИЯ**  
**БАЙЗАКОВ БЕЙБИТ ТЛЕКТЕСУЛЫ**  
**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО**  
**ЛЕЧЕНИЯ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

**Ключевые слова:** саркома мягких тканей, лучевая терапия, химиотерапия, оперативное лечение.

**Цель исследования.** оптимизация результатов оперативного и комплексного лечения больных с саркомами мягких тканей путем изменения методик лечения.

**Методы исследования.** Всем исследуемым больным помимо общеклинических исследований выполнялся рентгенологическое исследование для выявления отдаленных метастазов в легкие. Анатомо-топографическая локализация саркомы мягких тканей определялась с помощью компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии с использованием эхотомографов «Philips». Так же больные с саркомами мягких тканей подвергались ультразвуковому исследованию аппаратами «Siemens» датчиками 3,5-5,0 гц. А с локализацией опухоли вблизи крупных магистральных сосудов было проведено ангиографическое исследование, которое выявило вовлечение магистрального сосуда в опухолевый процесс. Для морфологической диагностики опухоли мягких тканей использовалась закрытая пункционная аспирационная или трепан-биопсия, открытая инцизионная биопсия, трепан-биопсия и стандартная гистология, морфология тканей.

**Полученные результаты и их новизна.** Выявлено наличие прямой связи между уровнем пятилетней выживаемости пациентов и гистологическим типом мягкотканых сарком, их размерами и степенью дифференцировки опухоли. Установлены факторы, оказывающее неблагоприятное влияние на прогностический исход, к которым относятся: размеры первичного и рецидивного злокачественного новообразования, степень дифференцировки опухоли. Разработана схема лечения сарком мягких тканей. Установлено, что наиболее целесообразным объемом хирургического вмешательства при саркомах мягких тканей считается широкое иссечение опухоли с включением кожного лоскута над опухолью в единый блок удаляемых тканей.

**Рекомендации по их использованию.** В лечении первичной саркомы мягких тканей необходимо применение комплексных методов с предоперационной дистанционной гамма-терапией и внутриартериальной полихимиотерапией. Больным с первичной и рецидивной саркомой мягких тканей необходимо проводить ежемесячное контрольное обследование в течение первых 6 месяцев от момента завершения основного этапа лечения

**Область применения.** Онкология. Химиотерапия, Лучевая терапия.

**АННОТАТСИЯ**  
**БАЙЗАКОВ БЕЙБИТ ТЛЕКТЕСУЛЫ**  
**МУКАММАЛКУНИИ ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ**  
**КОМПЛЕКСИИ САРКОМАҲОИ БОФТАҲОИ НАРМ**

Калидвожаҳо: саркомаи бофтаҳои нарм, муолиҷаи нури, химиотерапия, муолиҷаи ҷарроҳӣ.

Мақсади омӯзиш. мукамалкунии натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ ва комплекси беморони саркомаҳои бофтаҳои нарм тавассути тағир додани усулҳои муолиҷа.

Усулҳои таҳқиқот. Илова ба таҳқиқоти умумии клиникӣ, ҳамаи беморони омӯхташуда барои муайян кардани метастазҳои дарозмуддат ба шушҳо аз ташҳиси рентгенӣ гузаронида шуданд. Ҷойгиршавии анатомӣ ва топографии саркомаи бофтаи нарм бо истифода аз томографияи компютерӣ ё томографияи магнитии резонансӣ тавассути эхотомографҳои фирмаи PHILIPS муайян карда шуд. Инчунин, беморони саркомаи бофтаҳои нарм бо истифода аз дастгоҳҳои SIEMENS бо сенсорҳои 3,5-5,0 Гц аз ташҳиси ултрасадо гузаронида шуданд. Ҳангоми ҷойгиршавии омос дар наздикии рағҳои хунгард таҳқиқоти ангиографӣ гузаронида шуд, ки фарогирии рағҳои хунгардро дар раванди омос ошкор кард. Барои ташҳиси морфологияи омосҳои бофтаҳои нарм, пунксияи пӯшидаи аспиратионӣ ё трепан - биопсия, биопсияи кушодаи инсеизионӣ, ҳхамчунин трепан - биопсия бо гистологияи стандартӣ ва морфологияи бофтаҳо гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навгонии онҳо. Байни сатҳи зинда мондани панҷсолаи беморон ва навъи гистологияи саркомаҳои бофтаи нарм, андозаи онҳо ва дараҷаи дифференциатсияи омосҳо робитаи мустақим ошкор карда шуд. Омилҳое, ки ба натиҷаи пешгӯии беморӣ таъсири манфӣ мерасонанд, аз қабилӣ андозаи неоплазмаи бадсиришти ибтидоӣ ва тресидивӣ, дараҷаи дифференциатсияи омосҳо муайян карда шудаанд. Речаи муолиҷа, барои саркомаҳои бофтаҳои нарм таҳия карда шуд. Муайян карда шудааст, ки ҳаҷми мувофиқтарини амалиёти ҷарроҳӣ барои саркомаҳои бофтаҳои нарм буриданӣ васеи омос бо ҳамроҳ кардани лоскути пӯсти болои омос ба як ҳаҷми бофтаҳои қатъшаванда маҳсуб меёбад.

Тавсияҳо барои истифодаи амалии онҳо. Ҳангоми муолиҷаи нахустсаркомаи бофтаҳои нарм истифодаи усулҳои мураккаб бо гамма-муолиҷаи фосилавии пеш аз ҷарроҳӣ ва полихимиотерапияи дохили артериявӣ мувофиқи мақсад мебошад. Ба беморони гирифтори нахустсаркома ва саркомаи ресидивии бофтаҳои нарм дар давоми 6 моҳи аввали пас аз анҷоми марҳилаи асосии муолиҷа ҳар моҳ бояд таҳқиқоти назоратӣ гузаронида шавад.

Минтақаи татбиқ. Онкология. химиотерапия, муолиҷаи нури.

ANNOTATION  
BAIZAKOV BEIBIT TLEKTESULY  
OPTIMIZATION OF SURGICAL AND COMPLEX  
TREATMENT SOFT TISSUE SARCOMA

Key words: soft tissue sarcoma, radiation therapy, chemotherapy, surgical treatment.

Purpose of the study. optimization of the results of surgical and complex treatment of patients with soft tissue sarcomas by changing treatment methods.

Research methods. In addition to general clinical studies, all the studied patients underwent X-ray examination to detect distant metastases to the lungs. Anatomical and topographic localization of soft tissue sarcoma was determined using computed tomography or magnetic resonance imaging using Philips echotomographs. Also, patients with soft tissue sarcomas were subjected to ultrasound examination using Siemens devices with sensors of 3.5-5.0 Hz. And with the localization of the tumor near the large main vessels, an angiographic study was performed, which revealed the involvement of the main vessel in the tumor process. For morphological diagnosis of soft tissue tumors, closed puncture aspiration or trephine biopsy, open incisional biopsy, trephine biopsy and standard histology, tissue morphology were used.

The results obtained and their novelty. A direct relationship was found between the five-year survival rate of patients and the histological type of soft tissue sarcomas, their size, and the degree of tumor differentiation. Factors that have an adverse effect on the prognostic outcome have been established, which include: the size of the primary and recurrent malignant neoplasm, the degree of tumor differentiation. A scheme for the treatment of soft tissue sarcomas has been developed. It has been established that the most appropriate volume of surgical intervention for soft tissue sarcomas is considered to be a wide excision of the tumor with the inclusion of a skin flap over the tumor in a single block of tissues to be removed.

Recommendations for their use. In the treatment of primary soft tissue sarcoma, it is necessary to use complex methods with preoperative remote gamma therapy and intra-arterial polychemotherapy. Patients with primary and recurrent soft tissue sarcoma should undergo a monthly follow-up examination during the first 6 months from the completion of the main stage of treatment.

Application area. Oncology. Chemotherapy, Radiotherapy

Ба матбаа супорида шуд 5.07.2023 с.  
Ба чопаш 5.07.2023 имзо шуд.  
Қоғаз офсетӣ. Ҳуруфи адабӣ.  
Гарнитура Times New Roman Tj.  
Теъдод 100

Матбааи Вазорати маориф ва илми  
Ҷумҳурии Тоҷикистон  
ш. Душанбе, кӯчаи Лохутӣ, 6 гузаргоҳи 1