

О.О. Литвиненко, Л.Б. Куценко, І.Б. Волков

Порівняльний аналіз показників віддалених результатів у хворих на злоякісну фіброзну гістіоцитому м'яких тканин кінцівок

Національний інститут раку, Київ

Одержано 31.10.2018

Прийнято до друку 01.11.2018

В основу дослідження покладено аналіз результатів лікування 130 пацієнтів зі злоякісною фіброзною гістіоцитомою м'яких тканин кінцівок, які перебували на лікуванні в Національному інституті раку в період 1985–2016 рр. При аналізі результатів встановлено, що загальна виживаність хворих залежить від локалізації первинної пухлини. Показники безрецидивної виживаності суттєво відрізняються залежно від локалізації пухлини. У хворих із рецидивами злоякісної фіброзної гістіоцити загальна виживаність є різною і залежить від методу лікування. Упродовж перших шести років показники загальної виживаності кращі у пацієнтів, які отримали тільки хірургічне лікування. Загальна виживаність у всіх хворих на злоякісну фіброзну гістіоцитому залежить від методу лікування.

Ключові слова: злоякісна фіброзна гістіоцитома м'яких тканин; загальна виживаність; безрецидивна виживаність; хірургічне лікування; комбіноване, комплексне лікування.

ВСТУП

Злоякісна фіброзна гістіоцитома (ЗФГ) є однією із найпоширеніших форм сарком м'яких тканин (МТ), становить 15–30% серед усіх неоплазій МТ і вважається найбільш частою формою сарком у хворих віком старше 40 років [1–6].

ЗФГ локалізується в 70–75% випадків у МТ кінцівок, при цьому в половині з них — у нижніх. У 2/3 хворих пухлина розміщується в глибині, всередині м'язів [7–12]. ЗФГ належить до групи сарком МТ, які за особливостями росту, клінічного перебігу та прогнозу відносять до числа найбільш агресивних пухлин людини [3, 13].

Летальність в перший рік після встановлення діагнозу становить близько 32,0–34,5% [14–16]. Незважаючи на постійне вдосконалення методів лікування, включаючи сучасні види променевої і хіміотерапії, результати залишаються незадовільними. На жаль, у 40–60% пацієнтів на момент встановлення діагнозу наявна вже III–IV стадія захворювання, із яких не менше 80% мають пухлини високого ступеня злоякісності [17].

Найбільш яскравою рисою ЗФГ МТ, як і сарком МТ взагалі, є їхня здатність до наполегливого рецидивування. Багато авторів вважають розвиток рецидивів після видалення пухлини скоріше правилом, ніж винятком. Частотою виникнення локальних рецидивів після видалення первинної пухлини, незважаючи на значні успіхи в лікуванні пацієнтів із саркомами МТ, можна порівняти з даними піввікової давності, вона варіює в широкому діапазоні від 25 до 60% випадків, а залежно від характеру лікування з приводу первинної пухлини і її біологічних особливостей може досягати 90% [3, 18, 19].

У проспективне дослідження за участю 951 хворого з первинними саркомами МТ кінцівок для визначення незалежних прогностичних факторів локального рецидивування, метастазування і виживаності із використанням стандартних факторів включили і гістологічний тип пухлини. Автори дійшли висновку, що біологічна поведінка сарком МТ різниться залежно від гістологічного підтипу та потребує подальшого вивчення [20].

Низка дослідників відмічають, що полеміка стосовно прогностичного значення гістологічного типу саркоми МТ багато в чому зумовлена відсутністю великих рандомізованих досліджень, проведення яких в свою чергу ускладнено відносною рідкістю пухлини [18].

Мета дослідження — вивчити загальну та безрецидивну виживаність хворих на ЗФГ МТ кінцівок залежно від локалізації пухлини, а також загальну виживаність хворих залежно від виду лікування.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В основу дослідження покладено аналіз результатів лікування 130 пацієнтів зі ЗФГ МТ кінцівок, які перебували на лікуванні в Національному інституті раку з січня 1995 р. по грудень 2016 р. У дослідження було включено 64 (49,2%) чоловіки і 66 (50,8%) жінок. Середній вік пацієнтів становив 55,7 року і коливався від 17 до 75 років.

Статистичну обробку одержаних результатів проводили за допомогою математичної програми медико-біологічної статистики STATISTICA 6.0. Використано такі статистичні методи: стандартний описовий, параметричний і непараметричний. Для оцінки достовірності відмінностей показників експресії досліджених маркерів та інших клініко-патологічних параметрів використовували *t*-критерій Стьюдента. Кореляційний аналіз проводили за допомогою розрахунку коефіцієнта кореляції Пірсона. Виживаність хворих аналізували за методом Каплана — Мейера, достовірність між кривим — за log-rank тестом. Достовірними вважали розбіжності при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведення порівняльного аналізу загальної виживаності хворих на ЗФГ МТ кінцівок з урахуванням локалізації первинної пухлини продемонструвало, що цей показник змінюється по-різному залежно від локалізації первинного процесу. Через рік після лікування цифрові значення загальної виживаності були різні, залежали від місця виникнення новоутворення і становили від 95,6±4,3% до 66,7±15,7%. При ЗФГ МТ стегна цей показник дорівнював 87,6±4,1%, голілки — 95,6±4,3%, плеча — 82,6±7,9%, передпліччя — 95,4±6,2%, сідниць — 66,7±15,7%. Через два роки загальна виживаність була найвищою при локалізації пухлини в тканинах передпліччя (86,8±10,05%) і найнижчою — при розміщенні пухлини в МТ сідниць (44,4±16,6%). Ще через рік ці показники значно знизилися і знаходилися в межах 57,8±6,2% — для ЗФГ МТ стегна, 54,6±10,6% — голілки, 58,1±10,7% — плеча, 78,1±12,2% — передпліччя і 38,9±16,2% — сідниць. Кращі показники загальної виживаності відмічали впродовж 84 міс у групі хворих із локалізацією пухлинного процесу в МТ передпліччя і гірші — при локалізації ЗФГ в МТ сідниць. Результати

порівняльного аналізу загальної виживаності хворих на ЗФГ МТ залежно від локалізації первинної пухлини зображено за допомогою графіків з використанням методу Каплана — Мейера (рис. 1).

Показники безрецидивної виживаності при ЗФГ МТ суттєво відрізняються залежно від локалізації первинної пухлини. Уже через рік після отриманого лікування значення знаходяться в межах $72,7 \pm 13,4\%$ для хворих із локалізацією процесу в МТ передпліччя і $22,2 \pm 13,8\%$ — для пацієнтів з розміщенням пухлини в МТ сідниць. Так, при ураженні МТ стегна безрецидивна виживаність становила $51,6 \pm 6,2\%$, гомілки — $60,8 \pm 10,1\%$, плеча — $55,5 \pm 10,4\%$. Впродовж року показники постійно знижувалися і через 24 міс, тобто два роки, у хворих при ураженні МТ стегна безрецидивна виживаність сягала лише $31,3 \pm 5,7\%$, гомілки — $34,7 \pm 9,9$, плеча — $46 \pm 10,5\%$, передпліччя — $45,4 \pm 15,0\%$ і сідниць — $16,6 \pm 12,4\%$. У цей період вищу безрецидивну виживаність відмічали у хворих, які мали пухлинне ураження МТ плеча, а не передпліччя, як це встановлено в попередні терміни спостереження. Через три роки зазначені показники знижуються на $87,5$ – 59% . Так, при локалізації ЗФГ в МТ стегна безрецидивна виживаність знизилася на $68,7\%$ і становила $24,8 \pm 5,4\%$, гомілки — знизилася на $79,2\%$ і становила $20,8 \pm 8,6\%$, плеча — знизилася на $63,5\%$ і була в межах $36,5 \pm 10,3\%$, передпліччя — знизилася на $59,1\%$ і становила $40,9 \pm 14,8\%$, сідниць — знизилася аж на $87,5\%$ і сягала лише $12,5 \pm 10,6\%$. Найкращі показники безрецидивної виживаності зафіксовано в групі хворих із локалізацією пухлинного процесу в ділянці передпліччя, найгірші — в групі хворих з локалізацією новоутворення в МТ сідниць. Як і при аналізі загальної виживаності, кращі цифрові значення були у групі пацієнтів із ЗФГ МТ передпліччя, найгірші — в групі хворих із ЗФГ МТ сідниць. Зазначена тенденція відмічається в динаміці всього періоду вивчення безрецидивної виживаності у групах хворих. Через п'ять років зниження безрецидивної виживаності у хворих на ЗФГ МТ стегна зафіксовано на $80,4\%$, гомілки — на 87% , плеча — на $84,4\%$, передпліччя — на $67,3\%$, сідниць — на 93% , тобто показники протягом всього періоду спостереження стрімко знижуються.

Графічне зображення показників безрецидивної виживаності хворих на ЗФГ МТ залежно від локалізації пухлини з використанням методу Каплана — Мейера наведено на рис. 2.

При вивченні виживаності хворих на ЗФГ МТ, які проходили лікування з приводу розвитку місцевих рецидивів, порівняно з пацієнтами, у яких не виникало рецидивів, з'ясовано, що показники кумулятивної виживаності у пацієнтів, в яких виникали рецидиви захворювання, були на значно нижчому рівні, ніж у хворих з відсутністю рецидивів. Як свід-

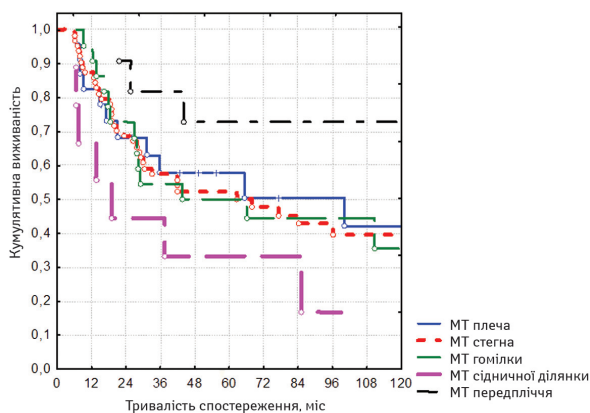


Рис. 1. Графічне зображення показників загальної виживаності у хворих на ЗФГ МТ з урахуванням локалізації пухлинного процесу (статистичний аналіз за методом Каплана — Мейера)

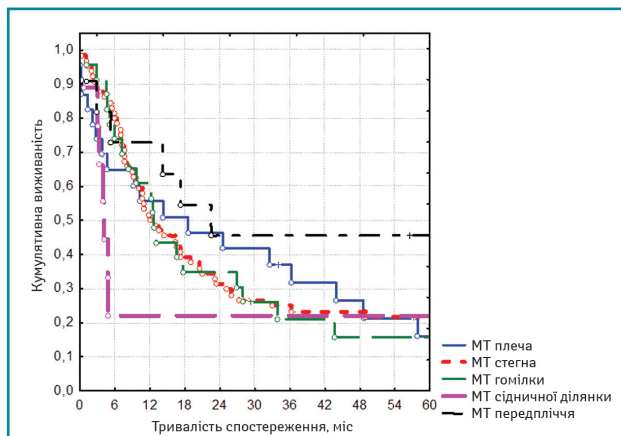


Рис. 2. Графічне зображення безрецидивної виживаності у хворих на ЗФГ МТ з урахуванням локалізації пухлинного процесу (статистичний аналіз за методом Каплана — Мейера)

чать отримані дані, розвиток місцевих рецидивів впливає на кумулятивну виживаність хворих. Так, у пацієнтів, у яких не виявлено розвитку рецидивів, кумулятивна виживаність через рік після отриманого лікування становила близько $0,88$, в той час як у хворих, у яких діагностовано рецидиви захворювання, показник був в межах $0,68$. В період спостереження виживаність хворих зазначених підгруп знижувалася, але між ними була суттєва різниця. Через 2,5 року (30 міс) включно до 86 місяців після початку лікування у пацієнтів, в яких не діагностовано рецидиву хвороби, кумулятивна виживаність становила $0,77$, в той час як у пацієнтів з рецидивами захворювання показник змінювався від $0,56$ до $0,4$ (рис. 3).

При порівнянні двох груп — групи пацієнтів, у яких розвинулися рецидиви захворювання, і групи хворих без рецидивів ЗФГ — за *t*-критерієм Стьюдента впливає, що середня тривалість життя після встановлення діагнозу і проведеного лікування у них різна. У групі пацієнтів, які мали рецидиви захворювання, середня тривалість життя була в межах $45,2$ міс, в той час як у пацієнтів без рецидивів цей показник становив $52,3$ міс. Тривалість життя в середньому більша у групі пацієнтів, які не мали рецидивів хвороби, і сягає $52,3 \pm 9,3\%$. На рис. 4 середня тривалість життя зображена маленьким квадратом в центрі графічної схеми обох груп. Середня тривалість життя \pm похибка тривалості життя (у вигляді прямокутника) у хворих із рецидивами ЗФГ становила 38 – 52 міс, у групі пацієнтів без рецидивів — у межах 43 – 62 міс. Довірчий інтервал показників тривалості життя, тобто діапазон навколо значення величини, в якому знаходиться істинне значення

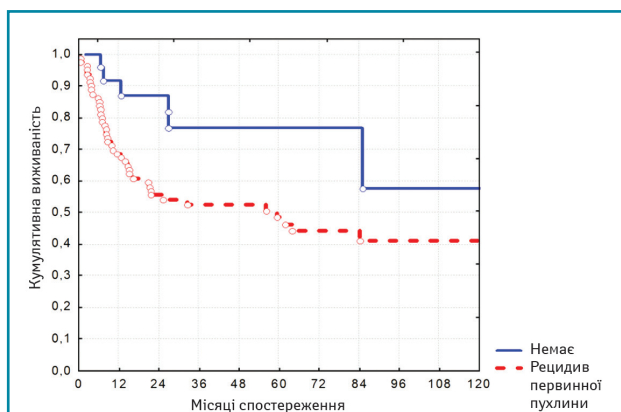


Рис. 3. Графічне зображення кумулятивної виживаності хворих на ЗФГ МТ без рецидивів і з наявністю місцевих рецидивів (статистичний аналіз за методом Каплана — Мейера)

цієї величини з визначенням рівня довіри, у групі хворих, в яких діагностовано рецидиви, становив 33,9–56,5 міс, а у групі хворих без рецидивів — у межах 31,9–72,2 міс.

З метою оцінки ефективності лікування хворих з рецидивними формами ЗФГ їх розподілено на групи, які отримували тільки хірургічне лікування (як самостійний метод), комбіноване та комплексне лікування з вивченням загальної виживаності в кожній із груп.

Аналіз загальної виживаності з використанням методу Каплана — Мейера показав, що через рік цей показник у хворих після хірургічного і комплексного лікування був зів'язаним і сягав $91,6 \pm 7,9\%$ і $91,5 \pm 4,6\%$ відповідно. Показники після комбінованого лікування дещо нижчі — $87,5 \pm 5,7\%$. Через два роки загальна виживаність для всіх трьох груп знижується, але з різною інтенсивністю. Для хворих, які отримали тільки хірургічне лікування, показник знизився за період від 1 до 2 років на $8,3\%$ і становив $83,5 \pm 10,7\%$, для пацієнтів, у яких проводили комбіноване лікування, — на $15,6\%$ і був в межах $72,0 \pm 7,9$, та для пацієнтів з комплексним лікуванням зафіксовано найбільш суттєве зниження загальної виживаності — на $29,1\%$, що становило $62,4 \pm 8,2\%$. Через три роки цифрові значення загальної виживаності були кращими в групі хворих після перенесеного хірургічного лікування і знаходилися на рівні $78,9 \pm 11,8\%$, після комбінованого — на рівні $59,2 \pm 8,7\%$ і найнижчими — після комплексного лікування, що становило $53,5 \pm 8,5\%$. Майже на 50% знизилася загальна виживаність після чотирьох років спостереження в осіб, які отримували комбіноване і комплексне лікування, і становила $55,8 \pm 8,8\%$ та $47,2 \pm 8,6\%$ відповідно. У групі хворих, які отримували тільки хірургічне лікування, цей показник знизився на $21,1\%$ і був у межах $74, \pm 12,8\%$. П'ятирічна загальна виживаність була також найвищою у пацієнтів, які лікувалися тільки за допомогою хірургічного методу, і відповідає цифровим значенням $69,3 \pm 13,7\%$. У хворих, які перенесли комбіноване лікування, цифрові значення становили $53,9 \pm 8,9\%$, найнижчі показники були в групі хворих, які отримали комплексне лікування, — $45,5 \pm 8,6\%$. Подальший аналіз даних загальної виживаності свідчить, що при хірургічному ліванні зазначений показник утримувався на вищому рівні ще протягом року. З плином часу загальна виживаність поліпшувалася з-поміж трьох груп у пацієнтів групи комбінованого лікування і погіршувалася у хворих, які отримали тільки хірургічне лікування. За результатами проведеного аналізу встановлено відмінності в загальній виживаності у хворих, які мали місцеві рецидиви, із різними методами лікування. Упродовж перших шести років показники загальної виживаності були кращими у групі хворих, які лікувалися тільки за допомогою хірургіч-

ного методу. У подальший період вищими були показники у групі комбінованого лікування. Результати комбінованого лікування характеризуються вищою загальною виживаністю порівняно з комплексним лікуванням протягом всього періоду спостереження, за винятком однорічної виживаності — значення у групі хворих після хірургічного і комплексного лікування були зів'язаними — $91,6 \pm 7,9\%$ і $91,5 \pm 4,6\%$ відповідно. Для більшої наочності результати порівняльного аналізу загальної виживаності пацієнтів із ЗФГ МТ, які мали рецидиви захворювання, залежно від типу лікування зображено за допомогою графіків з використанням методу Каплана — Мейера на [рис. 5](#).

Отримані дані аналізу загальної виживаності у пацієнтів, які мали рецидиви захворювання, залежно від типу лікування послужили підґрунтям для вивчення показників загальної виживаності у всіх хворих, що проходили лікування з приводу ЗФГ МТ кінцівок, відповідно до типу лікування. У наведеному аналізі, як і в попередньому дослідженні, хворих розподілено на три групи відповідно до застосованого методу лікування: пацієнти, які отримували тільки хірургічне лікування, пацієнти, яким проведено комбіноване лікування, та пацієнти, у яких застосовували комплексне лікування. У процесі порівняльного аналізу однорічної загальної виживаності хворих встановлено відмінності між групами із різними методами лікування. Загальна виживаність у цей період є найвищою у групі хворих, котрі отримали комплексне лікування, — $90,9 \pm 3,8\%$, при комбінованому ліванні показники нижчі — $87,6 \pm 4,7\%$ і найнижчі — у групі хворих, які отримали тільки хірургічне лікування, — $80,7 \pm 7,7\%$. Через два роки після отриманої терапії тенденція в загальній виживаності дещо змінюється. Кращі показники відмічаються у групі хворих комбінованого лікування — $75,1 \pm 6,2\%$, за ними слідує група хворих після хірургічного лікування — $72,8 \pm 7,7\%$, і значно нижчою загальна виживаність є у групі хворих після комплексного лікування — $63,4 \pm 6,5\%$. Вищі показники трирічної загальної виживаності фіксують у пацієнтів після хірургічного лікування — $64,5 \pm 9,5$, дещо поступається зазначеним даним рівень у групі хворих після комбінованого лікування — $60,2 \pm 7,0\%$, і гіршими наразі є показники у групі хворих із комплексним лікуванням — $54,0 \pm 6,7\%$. Загальна виживаність у групі хворих після хірургічного лікування є кращою в наступні два роки, тобто через чотири і п'ять років, і відповідає $62,3 \pm 9,7\%$ та $59,9 \pm 9,9\%$. Нижчі показники загальної виживаності відмічають у групі пацієнтів після комбінованого лікування: чотири- та п'ятирічна виживаність становить $55,7 \pm 7,2\%$ та $54,4 \pm 7,3\%$ відповідно.

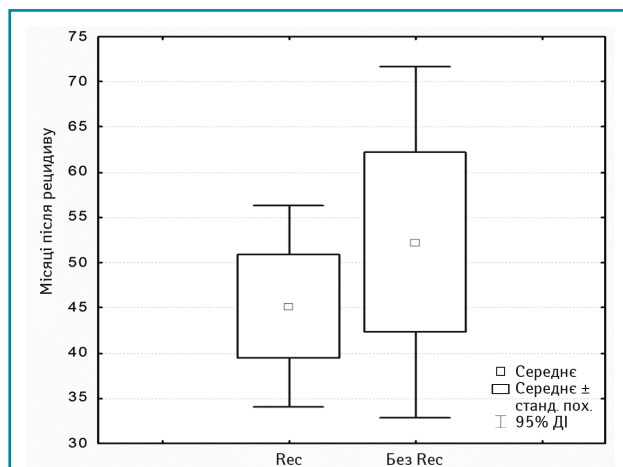


Рис. 4. Діаграма розмаху показників виживаності у хворих на ЗФГ МТ з рецидивами та без рецидивів. ДІ — довірчий інтервал; Rec — рецидив

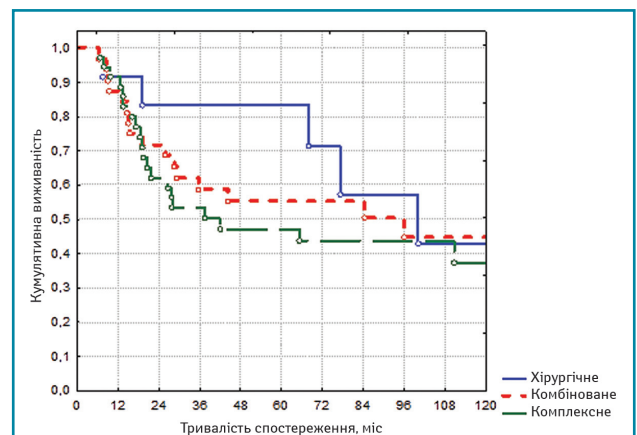
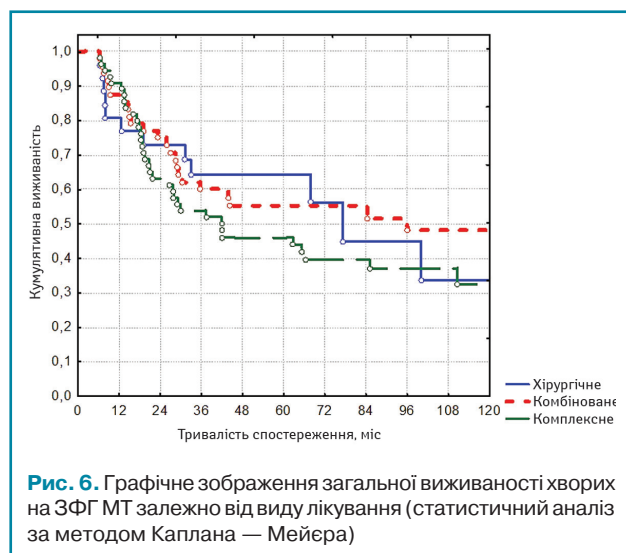


Рис. 5. Графічне зображення загальної виживаності хворих на ЗФГ МТ, які мали рецидиви захворювання залежно від типу лікування (статистичний аналіз за методом Каплана — Мейера)

Найнижчою серед груп, які підлягають аналізу, є загальна виживаність у цей час у категорії пацієнтів із отриманим комплексним лікуванням, яка становить через чотири роки $46,3 \pm 6,8\%$ і п'ять років — $45,3 \pm 6,8\%$. Шестирічна загальна виживаність є майже однаковою у хворих після хірургічного ($52,2 \pm 11,1\%$) та комбінованого лікування ($52,9 \pm 7,3\%$). У пацієнтів, які отримали комплексне лікування, загальна виживаність знаходиться на рівні $38,6 \pm 6,8\%$. У подальшому кращі показники загальної виживаності у всіх хворих на ЗФГ МТ реєструють у групі комбінованого лікування. Упродовж двох років, включаючи восьмирічну виживаність, відмічають нижчу порівняно з пацієнтами, які одержали комбіноване лікування, загальну виживаність у групі хворих, які отримували тільки хірургічне лікування. Так, восьмирічна загальна виживаність у пацієнтів після комбінованого лікування становить $48,0 \pm 7,7\%$, у пацієнтів, які отримали тільки хірургічне лікування, — $36,5 \pm 13,2\%$ та у пацієнтів після комплексного лікування — $34,8 \pm 6,8\%$.

Результати порівняльного аналізу загальної виживаності хворих на ЗФГ МТ залежно від виду лікування зображено за допомогою графіків із використанням методу Каплана — Мейера на рис. 6.



ВИСНОВКИ

1. Загальна виживаність хворих на ЗФГ МТ кінцівок залежить від локалізації первинної пухлини. Показники безрецидивної виживаності суттєво відрізняються залежно від локалізації пухлини. Розвиток місцевих рецидивів впливає на кумулятивну виживаність хворих, яка у пацієнтів з рецидивами значно нижча, ніж у хворих без рецидивів. Середня тривалість життя у пацієнтів з рецидивами ЗФГ становить 38–52 міс, у пацієнтів без рецидивів — у межах 43–62 міс. Довірчий інтервал показників тривалості життя у хворих з рецидивами дорівнює 33,9–56,5 міс, у хворих без рецидивів — 31,9–72,2 міс.

2. У хворих із рецидивними формами ЗФГ МТ загальна виживаність є різною і залежить від методу лікування. Однорічна загальна виживаність після хірургічного і комплексного лікування зіставна і сягає $91,6 \pm 7,9\%$ та $91,5 \pm 4,6\%$ відповідно, після комбінованого дещо нижча — $87,5 \pm 5,7\%$. Упродовж перших шести років показники загальної виживаності були кращими у пацієнтів, які отримували тільки хірургічне лікування.

3. Загальна виживаність у всіх хворих на ЗФГ залежить від методу лікування. Найвищою є однорічна виживаність у пацієнтів, які отримали комплексне лікування, — $90,9 \pm 3,8\%$, нижчими є показники після комбінованого лікування $87,6 \pm 4,7\%$, на третьому місці — результати після хірур-

гічного лікування — $80,7 \pm 7,7\%$. Через два роки відмічено кращі показники у хворих після комбінованого лікування, трохи нижчі — у групі хворих після хірургічного лікування і значно нижчі — після комплексного лікування. Три-, чотири- і п'ятирічна загальна виживаність є кращою у хворих після хірургічного лікування. Результати після комплексного лікування впродовж всього періоду спостереження найгірші з-поміж трьох груп. Комплексне лікування не підвищує загальну виживаність загалом у хворих на ЗФГ МТ кінцівок та у пацієнтів з її рецидивними формами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Алиев М.Д. (2004) Современные подходы к лечению сарком мягких тканей Практическая онкология, 5(4): 250–255.
- Шапиро Н.А., Патронов Ю.К., Кислицина Л.Ю. (2009) Цитологическая диагностика опухолей мягких тканей: цв. атлас. Москва; Иркутск, 5: 216.
- Сехина О.В., Федянин М.Ю., Яковлева Е.С. и др. (2011) Злокачественные фиброзные гистиоцитомы. Результаты комбинированного лечения резектабельных форм. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи, 4: 37–40.
- Болгова Л.С., Алексеенко О.И., Логинова Е.А., Кротевич М.С. (2014) Особенности дифференциальной цитологической диагностики злокачественной фиброзной гистиоцитомы. Онкология, 16(3): 177–180.
- Pobirci D.D., Bogdan F., Pobirci O. et al. (2011) Study of malignant fibrous histiocytoma: clinical, statistic and histopatological interrelation. Rom. J. Morphol. Embryol., 52(1): 385–388.
- Mankin H.J., Hornicek F.J., Delaney T.F. et al. (2012) Pleomorphic spindle cell sarcoma (PSCS) formerly known as malignant fibrous histiocytoma (MFH); a complex malignant soft-tissue tumor. Musculoskelet. Surg., 96(3): 171–177.
- Милов В.Е. (2005) Лечение больных злокачественной фиброзной гистиоцитомой (ЗФГ) мягких тканей и факторы прогноза. Автореф. дис... канд. мед. наук, Москва, 22 с.
- Алиев М.Д., Бохан Б.Ю., Буров Д.А. (2013) Прогностическая роль края резекции в хирургии сарком мягких тканей. Практик. онкол., 14: 97–100.
- Pezzi C.M., Rawlings M.S.Jr., Esgro J.J. et al. (1992) Prognostic factors in 227 patients with malignant fibrous histiocytoma. Cancer, 69(8): 2098–2103.
- Fagundes H.M., Lai P.P., Detainer L.P. et al. (1992) Postoperative radiotherapy for malignant fibrous histiocytoma. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 23(3): 615–619.
- Belal A., Kandil A., Allam A. et al. (2002) Malignant fibrous histiocytoma: a retrospective study of 109 cases. Am. J. Clin. Oncol., 25(1): 16–22.
- Chitturi R.T., Nirmal R.M., Sunil P.M. et al. (2014) Evaluation of ploidy status using DNA-image cytometry of exfoliated mucosal cells in oral lichen planus. J. Cytol., 31(3): 131–135.
- Коровін С.І., Іванкова В.С., Остафійчук В.В. та ін. (2016) Безпосередні результати неoad'ювантної терапії хворих на саркому м'яких тканин високого ступеня ризику. Клинич. онкология, (1): 16–18.
- Cormier J.N., Pollock R.E. (2004) Soft tissue sarcomas. J. Clin. Oncol., 54(2): 94–109.
- Ferguson P.C. (2005) Surgical considerations for management of distal extremity soft tissue sarcomas. Curr. Opin. Oncol., 17: 366–369.
- Eilber F.C., Dry S.M. (2008) Diagnosis and management of synovial sarcoma. J. Surg. Oncol., 97: 314–320.
- Weitz J., Antonescu C.R., Brennan M.F. (2003) Localized extremity soft tissue sarcoma improved knowledge with unchanged survival over time. J. Clin. Oncol., 21: 2719–2725.
- Алиев М.Д., Мехтиева Н.И., Бохан Б.Ю. (2005) Факторы прогноза сарком мягких тканей. Вопросы онкологии, 51(3): 288–291.
- Коровін С.І., Іванкова В.С., Остафійчук В.В. та ін. (2015) Комбіноване лікування хворих на саркому м'яких тканин кінцівок і тулуба. Клинич. онкология, (3): 32–35.
- Koea J.B., Leung D., Lewis J. et al. (2003) Histopathologic type: An independent prognostic factor in primary soft tissue sarcoma of the extremity. Ann. Surg. Oncol., 10(4): 432–440.

Сравнительный анализ показателей отдаленных результатов у больных злокачественной фиброзной гистиоцитомой мягких тканей конечностей

А.А. Литвиненко, Л.Б. Куценко, И.Б. Волков

Национальный институт рака, Киев

Резюме. В основу исследования положен анализ результатов лечения 130 пациентов со злокачественной фиброзной гистиоцитомой мягких тканей конечностей, которые находились на лечении в Национальном институте рака в период 1985–2016 гг. При анализе результатов установлено, что общая выживаемость больных зависит от локализации первичной опухоли. Показатели безрецидивной выживаемости существенно отличаются в зависимости от локализации опухоли. У больных с рецидивами злокачественной фиброзной гистиоцитомы общая выживаемость является разной и зависит от метода лечения. В течение первых шести лет показатели общей выживаемости лучше у пациентов, получивших только хирургическое лечение. Общая выживаемость у всех больных злокачественной фиброзной гистиоцитомой зависит от метода лечения.

Ключевые слова: злокачественная фиброзная гистиоцитома мягких тканей; общая выживаемость; безрецидивная выживаемость; хирургическое лечение; комбинированное, комплексное лечение.

Comparative analysis of indicators of long-term results in patients with malignant fibrous histiocytoma of soft tissues of the limbs

O.O. Litvinenko, L.B. Kutsenko, I.B. Volkov

National Cancer Institute, Kyiv

Summary. The basis of the research was the analysis of the results of treatment of 130 patients with malignant fibrous histiocytoma of soft tissues of the limbs that were treated at the National Cancer Institute in the period 1985–2016. In analyzing the results it was found that the overall survival rate of patients depends on the location of the primary tumor. Indicators of non-recurrent survival significantly differ depending on localization of the tumor. In patients with relapsing syndrome, general survival is different and depends on the

treatment method. In the continuation of the first six years, the indicators of overall survival are better, in patients who have received only surgical treatment. The overall survival rate for all patients with malignant fibrous histiocytoma depends on the treatment method.

Key words: malignant fibrous histiocytoma of soft tissues, general survival; non-recurrent survival; surgical treatment; combined, complex treatment.

Адреса:

*Литвиненко Олександр Олександрович
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
Національний інститут раку
E-mail: Litvinenko_san@ukr.net*

Correspondence:

*Litvinenko Oleksandr
33/43 Lomonosova str., Kyiv 03022
National Cancer Institute
E-mail: Litvinenko_san@ukr.net*