



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (54) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (54)

2023

апрель

УДК 616-006.304: 577.21-036-08

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СТЕПЕНЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ВЫСОКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ФОРМ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

¹Одилов К.К., ²Нишанов Д.А., ²Абдикаримов Х.Г., ³Намозов Ф.Ж.

¹Бухарский областной филиал Республиканского Специализированного Научно
Практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии. МЗ РУз

²Республиканский специализированный Научно-практический Медицинский Центр
Онкологии и Радиологии (РСНПМЦОиР) Минздрава РУз

³Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

В статье приводится анализ морфологической характеристики высокозлокачественных сарком мягких тканей. На основании ретроспективного анализе гистологического архивного материала у №142 больных изучены морфологическая структура и степень злокачественности синовиальной саркомы, ангиогенной саркомы, рабдомиосаркомы, лейомиосаркомы и злокачественной фиброзной гистиоцитомы. Представленные данные свидетельствуют, что по морфологическим характеристикам опухоли наиболее злокачественными формами высокозлокачественных сарком мягких тканей являются ангиогенная саркома, синовиальная саркома и злокачественная фиброзная гистиоцитома, при этом наиболее часто встречались низкодифференцированные типы по сравнению с другими гистологическими формами. Низкодифференцированный тип опухоли прогностическом плане является неблагоприятным и это необходимо учитывать при определении тактики лечения.

Ключевые слова: высокозлокачественная саркома мягких тканей, гистологическая характеристика, степень злокачественности опухоли, синовиальная саркома, ангиогенная саркома, рабдомиосаркома, лейомиосаркома и злокачественная фиброзная гистиоцитома.

YUQORI NARAJLI YUMSHAK TO‘QIMA SARKOMALARINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI VA MALIGNIYATLILIGI

¹Odilov K.K., ²Nishanov D.A., ²Abdikarimov X.G., ³Namozov F.J.

¹Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Buxoro viloyat filiali. MH O'z

²O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RSNPMTSOiR)

³Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ Rezyume

Maqolada yuqori darajadagi yumshoq to'qimalar sarkomalarining morfologik xususiyatlarini tahlil qilish keltirilgan. 142-sonli bemorlarda gistologik arxiv materiallarini retrospektiv tahlil qilish asosida sinovial sarkoma, angiogen sarkoma, rabdomiosarkoma, leyomiosarkoma va malign fibroz gistiositomaning morfologik tuzilishi va malignlik darajasi o'rganildi. Taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, o'simtaning morfologik xususiyatlariga ko'ra, yumshoq to'qimalarning yuqori darajadagi sarkomalarining eng xavfli shakllari angiogen sarkoma, sinovial sarkoma va malign fibroz gistiositoma bo'lib, yomon differentsiallangan turlari boshqa gistologik shakllarga nisbatan eng keng tarqalgan. Yomon tabaqalashtirilgan o'sma turi prognoz nuqtai nazaridan noqulaydir va bu davolash taktikasini belgilashda e'tiborga olinishi kerak.

Kalit so'zlar: yumshoq to'qimalarning yuqori darajadagi sarkomasi, gistologik xususiyatlari, o'simta darajasi, sinovial sarkoma, angiogen sarkoma, rabdomiosarkoma, leyomiosarkoma va malign fibröz gistiositoma.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND MALIGNABILITY OF HIGH-GRADE SOFT TISSUE SARCOMAS

¹Odilov K.K., ²Nishanov D.A., ²Abdikarimov Kh.G., ³Namozov F.Zh.

¹Bukhara Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology. MH RUz

²Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (RSNPMTSOiR) of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

³Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

The article provides an analysis of the morphological characteristics of high-grade soft tissue sarcomas. Based on a retrospective analysis of histological archival material in No. 142 patients, the morphological structure and degree of malignancy of synovial sarcoma, angiogenic sarcoma, rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma, and malignant fibrous histiocytoma were studied.

The presented data indicate that, according to the morphological characteristics of the tumor, the most malignant forms of high-grade soft tissue sarcomas are angiogenic sarcoma, synovial sarcoma, and malignant fibrous histiocytoma, while poorly differentiated types were most common compared to other histological forms. Poorly differentiated tumor type is unfavorable in terms of prognosis and this should be taken into account when determining treatment tactics.

Key words: *high-grade soft tissue sarcoma, histological characteristics, tumor grade, synovial sarcoma, angiogenic sarcoma, rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma and malignant fibrous histiocytoma.*

Актуальность

С аркомы мягких тканей составляют 0,5-1% случаев онкологических заболеваний в нашей стране и за рубежом [1]. В лечении сарком мягких тканей применяются хирургический метод, химиолучевая терапия, комбинированное и комплексное лечение. [2]. При этом отдаленные результаты остаются неудовлетворительными, значительный процент больных погибает от рецидива и метастазов опухоли. Остается дискуссионным вопрос об объеме хирургического вмешательства при саркомах мягких тканей в зависимости от локализации опухоли и степени ее распространения [3]. При этом в литературе калечащие операции обычно рассматриваются как наиболее надежное средство предотвращения диссеминации процесса, а их неблагоприятный исход (высокая смертность и частое метастазирование) обусловлен тяжести заболевания, у больных, которым они выполняются [4]. В литературе обсуждается проблема целесообразности комбинированного и комплексного лечения сарком мягких тканей, однако при этом редко затрагивается вопрос об отдаленных результатах - рецидивах и метастазах опухоли [5]. Недостаточно изучена прогностическая роль рецидивирования новообразования. В литературе остается не исследованным вопрос о прогностической роли таких клинических факторов, как связь опухоли с костью, четкость ее контуров, ее связь с магистральными сосудами, некроз, васкуляризация опухолевой ткани и т.д [3, 6]. Эти факторы прогноза, в сочетании с такими традиционными факторами, как половозрастные характеристики, размер новообразования, рецидивирование и метастазирование процесса, могли бы повлиять на перспективы развития болезни у каждого конкретного пациента и выбрать оптимальный метод лечения. Большинство авторов рассматривают прогноз при СМТ в целом, не выделяя наиболее распространенные гистологические варианты. [4, 7, 8]. Морфологическая характеристика опухоли является важным критерием в определении тактики лечения наряду с другими клиническими факторами [9]. В работе основное внимание уделяется на гистологический варианты опухоли, на их структуру и степени злокачественности.

Цель исследования: провести анализ морфологических признаков и степени злокачественности высокостепенных форм сарком мягких тканей.

Материал и методы

Основным материалом нашего исследования являлось анализ морфологических признаков и степени злокачественности сарком мягких тканей 142 (100%) пациентов, с высокозлокачественност. Из 142 больных выявлена саркомой 31 (21,8%) больной выявлена синовиальная саркома, у 48 (33,8%)- ангиосаркома, у 34 (24,0%)-рабдомиосаркомой, у 8 (5,6%)-лейомиосаркома, у 21 (14,8%)- злокачественная фиброзная гистиоцитома. Все больных находились на лечение в Бухарском, Ташкентском областном, Ташкентском городском филиалах РЦНПМЦОиР и в отделение общей онкологии РЦНПМЦОиР МЗ РУз с 2016 по 2022 годы. Нами ретроспективно пересмотрены гистологические препараты взятых из архива после хирургического удаления опухоли. Материал обрабатывался в течение 12 часов в гистопроцессоре Thermo Fisher Scientific для гистологического исследования биопсийных и операционных материалов по инструкции.

Способ приготовления гистологических препаратов из биоптатного материала состоял из следующих этапов: фиксация в 10% формалине в течение 2 часов, Фиксация в 10% формалине в течение 2 часов, 70 ° спирт 1 час, 80 ° спирт 1 час, 80 ° спирт 1 час, 96 ° спирт 1 час, 96 ° спирт 1 час, ксилол 1 (кселол или хлороформ) – 1,5 часа, кселол 2 - 1,5 часа, парафин 1 - 2 часа, парафин 2 - 2 часа, парафин удаляется из аппарата через 3 - 2 часа, его укладывают в формы и заливают восковым парафином, холодильник ставится на стол, вырезан на микротоме толщиной 4 мм, ставят на водяную баню (30-36 С°), вещь подносится к окну, термистол сжигают 15 минут (для расплавления парафина), депарафинизация: 1- кселол 5-10 мин, 2- кселол 5-10 мин, 3- ксилол 15-20 мин, 1-й спирт 5-10 мин, 2- алкоголь 5-10 мин, 3- алкоголь 15-20 мин. Из парафиновых блоков готовили срезы толщиной 4 мкм, окрашивали гематоксилин-эозином и проводили микроскопические исследования под микроскопом Leica Microsystems Germany.

В Бухарском и Ташкентском областном, Ташкентском городском филиалах РЦНПМЦОиР и в отделение общей онкологии РЦНПМЦОиР МЗ РУз проведено лечения 142(100%) пациентам. Из 142 больных мужчин было -76(53,5%), а женщин -66(46,5%). Возраст колеблется от 6 лет, до старше 60 лет, в среднем составил-44.4 лет. Длительности анамнеза составила от 1 мес до 14 месяцев, в среднем составила – 6,1 месяцев. По данным анамнеза из 142 пацента у 16(11.2%) больных заболевание началось с обрзованием опухолевого процесса, у 70(49,3%) - опухоли и болевым синдромом, у 41(28.8%) - опухоли, боли и нарушением функции конечности, у 8(5.6%) - боли и наличие опухоли в живота и у 7(4.9%) наличие опухоли и боль в области головы и шеи. При поступлении в клинику у 53(37,3%) больных локализовалась в мягких тканях бедренной области, у 19(13,3%) – в голени и стопы, у 10(7,0%) – в плечевой области, у 24(16,9%)-у 18(12,8%) – в туловище, у 7(4,9%) – в области головы и шеи и у 11(7,8%) – в забрюшинном пространстве. Степень распространения опухоли у 20(14,1%) выявлена T1a,6N0M0, у 12(8,4%) – T1-2N1M0 и у T2a,6N0M0 – 53(37.3%), у 11(7.7%) – T2aN0M0, у 40(28.1%) – T26N0M0, 6 больных (4,2%) в клинику госпитализированы с диссеминацией опухолевого процесса – T1-2N0M1.

Все больные обследованы комплексно с применением клинического, лабораторного, рентгенологического, ультразвукового, МСКТ и МРТ исследования. У 11 больных проведено ПЭТ/КТ исследование. Морфологическое исследование (с цитологическое и гистологическое) проведено у всех больных. При гистологическом исследовании изучена морфологическая характеристика и степень злокачественности опухоли. При морфологическом исследовании гистологические препараты пересмотрены дана микроскопическая характеристика каждому варианту высоко злокачественных форм сарком мягких тканей с изучением клеточной структуры, межклеточное состояние опухоли и итогом морфологического исследования являлось изучение степени злокачественности опухоли.

Синовиальная саркома (Злокачественная синовиома) — вид редко встречающихся опухолей, возникающих из синовиальной оболочки суставов верхних и нижних экстраминии, сухожильных влагалищ и фасций. Может возникнуть у мужчин и женщин в любом возрасте. Наиболее частыми очагами синовиальной саркомы являются нижние и верхние мышцы в области крупных суставов, в редких случаях в области шеи или грудной клетки.

Таблица №1 Распределение высокозлокачественных сарком мягких тканей по гистологическим типам.

№	Типы	Число
1.	Синовиальная саркома	31 (21,8%),
2.	Ангиосаркома	48 (33,9%)
3.	Рабдомиосаркома	34 (23,9%)
4.	Лейомиосаркома	8 (5,6%)
5.	Злокачественная фиброзная гистиоцитома	21 (14,7%)
Всего		142(100%)

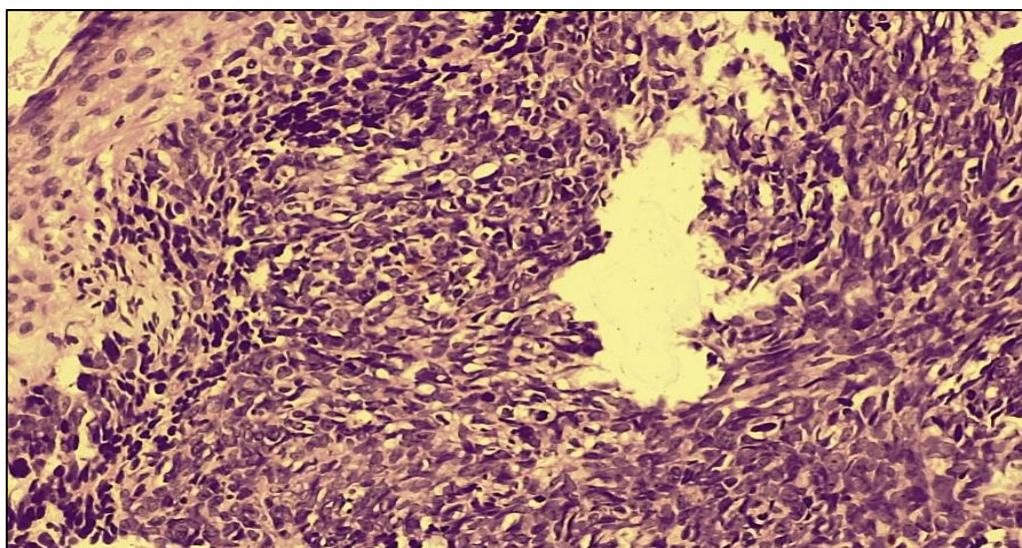


Рис. Микроскопический вид синовиальной саркомы, низкодифференцированный тип.

Из 31 больного в результате микроскопического исследования у 7(22,5%) пациентов была выделена-высокодифференцированная, у 9(29%) пациентов-среднедифференцированная и у 15(48,3%) - низкодифференцированная синовиальная саркома. По микроскопическому виду при синовиальной саркоме выделяют фиброзную и ангиоматозную ткани богатые кровеносными сосудами, синовиоциты с гиперплазией, имеются гиперхромные ядра, образующие кистозные пространства и патологические митозы, цитоплазма имеет широкую структуру, в строме выявляется небольшое количество лимфоидная инфильтрация.

Ангиосаркома представляет собой тип злокачественного новообразования, происходящего из эндотелиальных клеток кровеносных сосудов, образующих внутреннюю оболочку кровеносных и лимфатических сосудов. Этот тип саркомы встречается редко, но имеет высокий риск развития опухолевого роста, распространен в мягких тканях грудной клетки и опорно-двигательного аппарата на любом участке тела. Из 48 пациентов в результате микроскопического исследования у 10(20,8%) была выявлена высокодифференцированная, у 14(29%) пациентов - среднедифференцированная ангиосаркома и у 24(50%) - низкодифференцированная ангиосаркома.

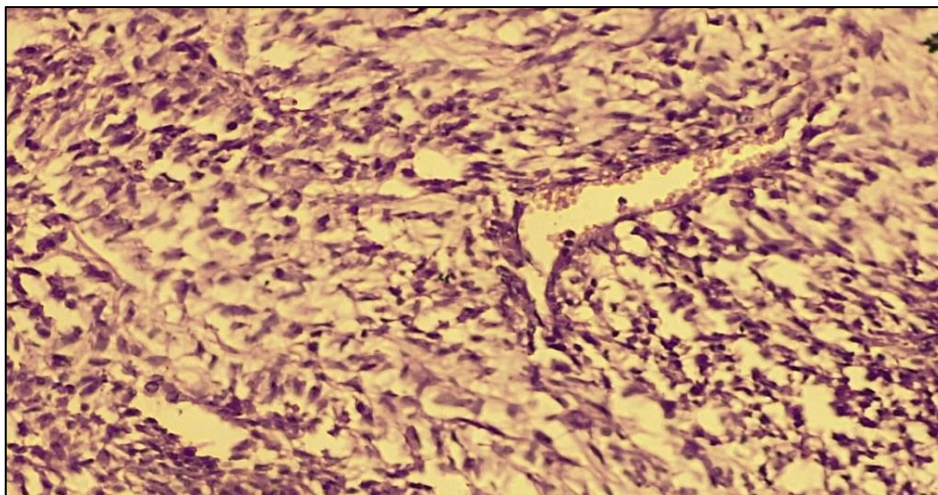


Рисунок. Микроскопический вид ангиосаркомы, умеренно- дифференцированный тип . Окраска гем-эозином. Об10хок40.

По микроскопическому виду покрыт большим количеством капиллярного эндотелия, богатого кровеносными сосудами, с округлыми и множеством широких кровеносных сосудов, окружен густой фиброзной сетью, покрыт клетками, расположенными периваскулярно и претерпевающим полиморфизм. Злокачественные опухолевые клетки, богатые кровеносными сосудами с гиперхромными ядрами и патологическими митозами .

Рабдомиосаркома — это тип опухоли мягких тканей , которая развивается из поперечных мышечных волокон в организме человека . Однако она может образоваться в любом месте тела и является наиболее распространенной саркомой мягких тканей у детей. Из 34 пациентов в результате микроскопического исследования у 8(23,5%) пациентов была диагностирована высокодифференцированная рабдомиосаркома, у 11(32,3%) среднедифференцированная рабдомиосаркома, у 15(44,1%) пациентов была диагностирована низкодифференцированная рабдомиосаркома. Микроскопически фибробласты имеют удлинённые полиморфные гиперхромные ядра, широкую цитоплазму, множество патологических митозов и клетки расположены близко друг к другу.

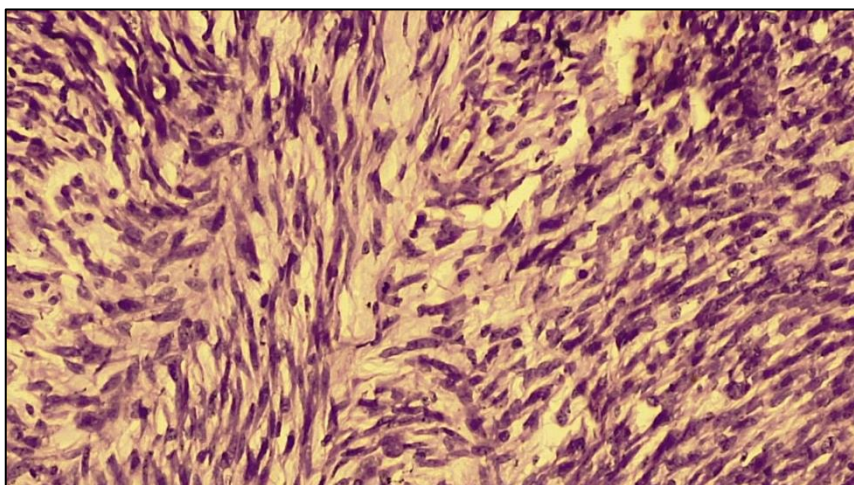


Рис. Микроскопический вид рабдомиосаркомы низкодифференцированного типа . Окраска гем-эозином. Об10хок40.

Лейомиосаркома- представляет собой тип злокачественной саркомы, которая развивается из гладкой мышечной ткани. Это саркома считается малоизученной, относительно редкой злокачественной опухолью, возникающей из гладкой ткани. Лейомиосаркома характеризуется быстрым ростом. Лейомиосаркома мягких тканей составляют 5-20% всех сарком. 8 случаев

было отобрано в результате микроскопического исследования, у 2(25%) пациентов была диагностирована высокодифференцированная лейомиосаркома, у 3(37,5%) пациентов - умеренно дифференцированная лейомиосаркома и у 3(37,5%) пациентов - низкодифференцированная лейомиосаркома.

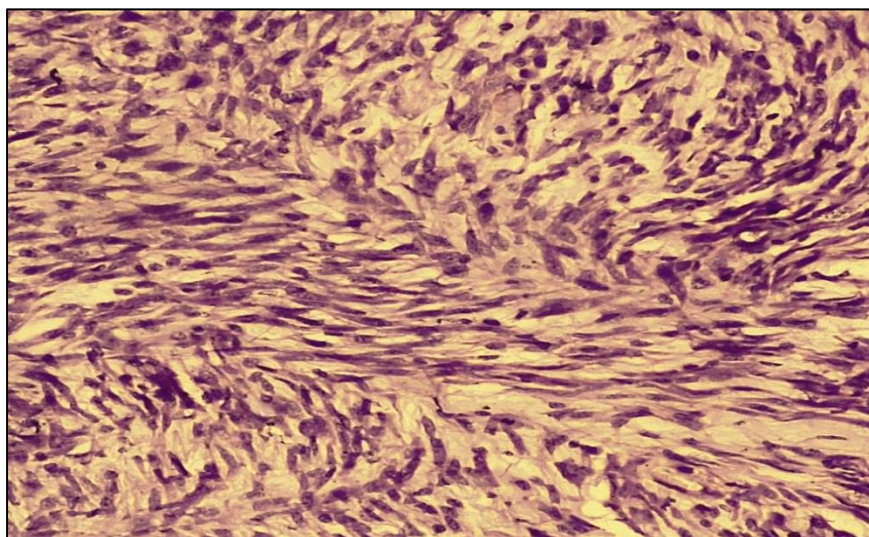


Рис. Микроскопическая картина лейомиосаркомы умеренно дифференцированного типа. Окраска гем-эозином. Об10хок40.

Микроскопически опухолевые клетки микроскопически вытянуты, ядра гиперхромны, клетки очагов патологического митоза расположены близко друг к другу, полиморфная цитоплазма широкая.

Злокачественная фиброзная гистиоцитома (злокачественная фибросаркома) является распространенной злокачественной опухолью мягких тканей и наблюдается преимущественно у лиц старше 40 лет. Она развивается на открытых участках кожи и чаще всего встречаются на голове, лице, шее и руках. Из 21 больных у 4 (19%) была диагностирована высокодифференцированная, у 7 (33,3%) — среднелдифференцированная и у 10 (47,6%) — низкодифференцированная злокачественная фиброзная гистиоцитома. Микроскопически выявлены обызвествленные костные и фиброзные саркоматозные клетки с ангиоматозными ветвями, наличие гигантских клеток Тудора с некробиозом и инфильтрацией лимфоцитами .

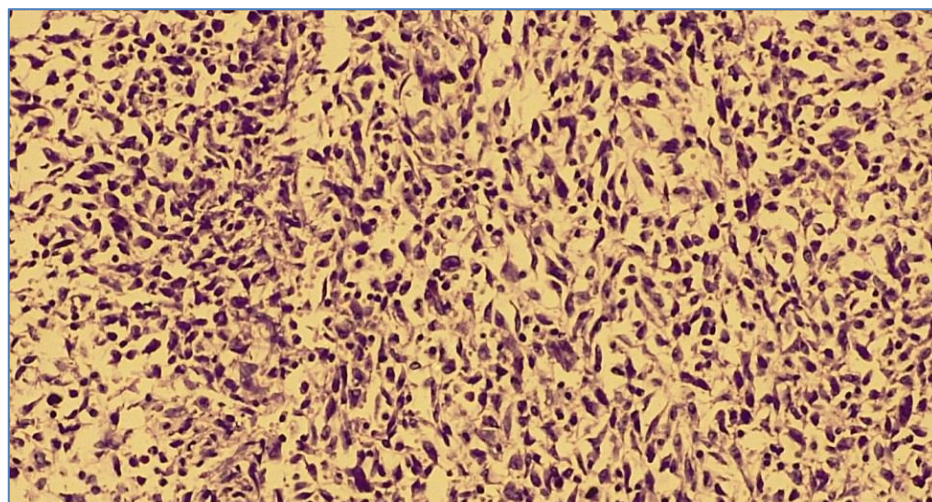


Рис.. Микроскопический вид злокачественной гистиоцитомы, малодифференцированного типа . Окраска гем-эозином. Об10хок40.

Кроме того, нами проведен анализ показатели степени злокачественности опухоли в зависимости от гистологической структуры опухоли. При анализе степени злокачественности высокоагрессивных форм сарком мягких тканей установлено, что из 142 больных у 14(9,8%) зарегистрирована I степень (G1) злокачественности опухоли, у 41(28,9%) – II степень (G2), у 86(60,5%) – III степень (G3) и только в одном случае выявлена IV степень (G4) злокачественности опухоли.

При синовиальной саркоме из 31 больного у 14(45,1%) выявлена – III степень, у 12(38,7%) – II степень и у 5(6,1%) – I степень злокачественности. При ангиогенной саркоме выявлена у 25 больных (52,1%) III степень злокачественности, у 14(29,2%) II степень и у 8(16,6%) I степень больных. При рабдомиосаркоме показатель злокачественности оказался выше и III степень выявлена у 24(70,6%) больных, II степень у 9(26,5%) и I степень выявлена у 1(2,9%) больного. При лейомиосаркоме в одном случае зарегистрирована IV степень злокачественности, в 4(50%) – III степень и в 3(37,5%) II степень злокачественности опухоли. I степень злокачественности опухоли не зарегистрирована ни в одном случае. При злокачественной фиброзной гистиоцитоме мягких тканей из 21 больного у 18(85,7%) выявлена III степень и у 3(14,3%) II степень злокачественности опухоли. Ни в одном случае не зарегистрированы I и IV степени злокачественности.

Таблица №2

Распределение больных высокозлокачественными саркомами мягких тканей в зависимости гистологической структуры и степени дифференцировки опухоли.

Гистологическая структура	Количество больных	Высоко дифференцированная	Средне дифференцированная	Низко дифференцированная
СС	31	7 (22,5%)	9 (29,0%)	15 (48,3%)
АС	48	10 (20,8%)	14 (29,2%)	24(50,0%)
РМС	34	8 (23,5%)	11 (32,3%)	15 (44,1%)
ЛМС	8	2 (25,0%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)
ЗФГ	21	4 (19,0%)	7 (33,3%)	10 (47,6%)

Как видно из представленных данных в таблица №2, во всех гистологических формах опухоли низкодифференцированный тип преобладал по сравнению с высокодифференцированным и умеренно дифференцированным типом. Только при лейомиосаркоме с одинаковой частотой встречались средне дифференцированной и низкодифференцированные тип (по 37,5%).

Вывод

Практически все гистологические формы имели низкодифференцированные типы, особенно ангиосаркомы (50,0%), синовиальной саркомы (48,3%), злокачественная фиброзная гистиоцитома (47,6%) и рабдомиосаркомы (44,1%). Средне дифференцированный тип наиболее часто встречался при лейомиосаркоме (37,5%), злокачественной фиброзной гистиоцитами (33,3%) и рабдомиосаркоме (32,3%). Высокодифференцированный тип наиболее часто выявлен при лейомиосаркоме (25,0%) и рабдомиосаркоме (23,5%). Это говорит о относительно благоприятном течения заболевания при рабдомиосаркоме и лейомиосаркоме. При других гистологических формах (синовиальной саркоме, ангиогенной саркоме и злокачественной фиброзной гистиоцитоме).

Представленные данные показывают, что среди различных гистологических форм наиболее агрессивными по гистологической структуры и дифференцировки опухолевых клеток являются ангиогенная саркома и синовиальная саркома. По микроскопической характеристики эти опухоли считаются наиболее агрессивными. Это необходимо учитывать при проведении лечения и определении прогноза заболевания.

В последние годы в клинической онкологии большое внимание уделяется микроскопической характеристики и степени дифференцировки опухоли.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Практические рекомендации по лекарственному лечению сарком мягких тканей / А.А. Феденко, А. Ю. Бохян, В. А. Горбунова, А. Н. Махсон, В. В. Тепляков // Практические рекомендации RUSSCO. Злокачественные опухоли. 2018;8(3s2):240-249..
2. Зубарев А.Л. Кудрявцева Г.Т., Курильчик А.А., Курпешев О.К., Стародубцев А.Л. Комбинированное лечение распространенных сарком мягких тканей. // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2010;2:35-385.
3. Феденко А.А., Горбунова В.А. Антиангиогенная терапия в лечении сарком мягких тканей // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2012;3:33-38.
4. Сравнительная ДНК-цитометрия первичных и рецидивных сарком мягких тканей / Л.Н. Ващенко, И.Р. Дашкова, Е.М. Непомнящая, Т.В. Аушева, Э.Э. Кечеджиева, Е.А. Андрейко, Т.А. Алиев, А.О. Ситковская // Уральский медицинский журнал. 2018;5:160.
5. Hoang N.T., Acevedo L.A., Mann M.J., Tolani B. A review of soft-tissue sarcomas: translation of biological advances into treatment measures. // Cancer Manag Res. 2018;10:1089-1114..
6. Кешта Р.А., Степанова Е.В. Экспрессия молекулярно-биологических маркеров и их прогностическая значимость при синовиальной саркоме // Актуальные вопр. клин.онкологии. 2002;4(4):34-37.
7. Tseng W.W., Somaiah N., Engleman E.G. Potential for immunotherapy in soft tissue sarcoma. // Hum Vaccin Immunother. 2014;10(11):3117-3124.
8. In G.K, Hu J.S., Tseng W.W. Treatment of advanced, metastatic soft tissue sarcoma: latest evidence and clinical considerations. // Ther Adv Med Oncol. 2017;9(8):533-550..
9. Сравнительная ДНК-цитометрия первичных и рецидивных сарком мягких тканей / Л.Н. Ващенко, И.Р. Дашкова, Е.М. Непомнящая, Т.В. Аушева, Э.Э. Кечеджиева, Е.А. Андрейко, Т.А. Алиев, А.О. Ситковская // Уральский медицинский журнал. 2018;5:160.

Поступила 20.04.2023