

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

В.В. Тепляков, А.В. Бухаров, А.Н. Урлова, В.Ю. Карпенко, В.А. Державин, И.В. Мыслевцев, Е.С. Яковлева

ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена»
Минздравсоцразвития России, г. Москва

Ключевые слова: саркомы мягких тканей, ошибки диагностики, выживаемость

В данной статье представлен анализ 100 пациентов с саркомами мягких тканей, обратившихся в отделение онкоортопедии МНИОИ им. П.А. Герцена, которые наблюдались и/или лечились по месту жительства. В целом в лечении 91 пациента были допущены лечебно-диагностические и/или лечебно-тактические ошибки.

Диагностические ошибки приводят не просто к отрицательной динамике онкологического заболевания, но и становятся причиной отсроченного лечения, что уменьшает шансы пациента на длительную безрецидивную и/или безметастатическую выживаемость, а также значительно ограничивают возможности как хирургического, так и системного лечения. Допущенные лечебно-тактические ошибки стали причиной неудовлетворительных онкологических и функциональных результатов лечения, а также оказали отрицательное влияние на прогноз заболевания.

Анализ показал отсутствие онкологической настороженности у врачей общей лечебной сети, а также необходимость лечения этой сложной категории больных только в многопрофильных специализированных онкологических учреждениях, имеющих в штате квалифицированных диагностов, патологов, химиотерапевтов, радиологов и хирургов-онкологов с богатым опытом лечения больных саркомами мягких тканей.

Введение

Саркомы мягких тканей (СМТ) – относительно редкие заболевания, они составляют около 1% всех злокачественных опухолей взрослых и 15% у детей [1, 7]. СМТ почти с одинаковой частотой поражают лиц обоего пола с небольшим преобладанием женщин (5/4), чаще в возрасте 20–30 лет [2].

Саркомы мягких тканей на современном этапе развития онкологии представляют собой плохо изученную группу злокачественных новообразований человека. Несмотря на тот факт, что эти опухоли чаще всего имеют наружную локализацию, в диагностике и лечении больных с данной патологией допускается значительное количество ошибок [3].

Основой лечебной тактики у пациентов с СМТ в настоящее время служит точная информация о топике опухоли, ее точных размерах, взаимоотношении с нервами и сосудами и, естественно, гистологическом варианте с обязательной оценкой уровня дифференцировки, кодируемого индексом G [4]. Сейчас без гистологического, а в более чем 50% случаев иммуногистохимического определения типа саркомы с

указанием степени злокачественности построение лечебной тактики просто невозможно [5].

С современных позиций лечение сарком мягких тканей должно быть многокомпонентным, чтобы решать одновременно как проблему профилактики рецидивов опухоли, так и метастазов. Окончательное решение о тактике лечения должно приниматься коллегиально с участием хирурга-онколога, анестезиолога, радиолога и химиотерапевта [1].

Среди ведущих причин запоздалого лечения злокачественных опухолей мягких тканей основными являются поздняя обращаемость больных и недостаточная онкологическая настороженность врачей общей лечебной сети, что приводит к значительному числу диагностических ошибок (около 45%) [6].

Материалы и методы

Из 172 пациентов с саркомами мягких тканей, обратившихся в отделение онкоортопедии МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 2005-го по 2011 г., наблюдение и/или лечение по месту жительства было у 100 (58%) пациентов. Из них у 80 больных ранее было проведено хирургическое вмешательство (в сочетании с химиотерапией и/или лучевой терапией у 14 (18%)), а у 20 (25%) пациентов проводилось неадекватное консервативное лечение (физиотерапия, анальгетическая терапия) или динамическое наблюдение. Из 100 больных в специализирован-

Адрес для корреспонденции

Тепляков В.В.
E-mail: oncolog59@yandex.ru

ном онкологическом учреждении лечились только 27 (27%), при этом адекватный объем медицинской помощи оказан 9 (33%) пациентам (комбинированное и/или комплексное лечение у 6 больных, только хирургическое вмешательство в оптимальном объеме при высокодифференцированных опухолях у 3 пациентов). В целом из 100 больных в лечении 91 пациента (91%) были допущены лечебно-диагностические и/или лечебно-тактические ошибки.

Из 91 пациента у 73 (80%) допущены **лечебно-диагностические ошибки**, такие как длительное или неполное обследование пациентов, постановка неправильного морфологического диагноза, повлекшее за собой неадекватное лечение, полное отсутствие морфологической верификации заболевания.

Из 73 пациентов после первичного осмотра и неполного обследования в неонкологических учреждениях диагноз злокачественного опухолевого образования установлен только у 4 (5,5%) пациентов, однако отсутствие полного онкологического обследования приводило к занижению стадии исходного злокачественного опухолевого процесса и, соответственно, к неверной лечебной тактике.

У 69 (95%) из 73 больных после первичного осмотра и недостаточного инструментально-лабораторного обследования по месту жительства диагноз был установлен неверно. Распределение ошибочных диагнозов было следующим: абсцесс – три (4%) пациента, гематома – три (4%), доброкачественное новообразование – 46 (67%), нейропатия – у шести (8,5%) пациентов, воспалительный процесс – девять (13,5%) больных, постлучевой фиброматоз и сосудистая патология с отеком нижней конечности – по одному (3%) пациенту соответственно (рис. 1).

В настоящее время имеется большое количество неинвазивных методов визуализации, позволяющих заподозрить злокачественный характер изменений в мягких тканях. К ним относятся: ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Однако у трех (4%) пациентов по месту

жительства только на основе первичного осмотра, без инструментальных методов обследования, был ошибочно выставлен диагноз доброкачественной опухоли мягких тканей и назначено длительное наблюдение без обследования. По прошествии от 6 до 14 мес больные вновь обращались за медицинской помощью с уже «запущенными», нерезектабельными опухолями.

Клинический пример № 1. Пациент С., 54 года, после травмы отметил увеличение правого бедра в размерах. Обратился к хирургу по месту жительства, где в связи с подозрением на межмышечную гематому, без дополнительных методов исследования, выполнено ее вскрытие, морфологическое исследования не выполнялось. Через 3 мес пациент отметил рост опухоли, уплотнение мягких тканей правого бедра и повторно обратился к хирургу по месту жительства, патологический процесс был расценен как хроническая гематома, рекомендована консервативная терапия (массаж, физиотерапия). Через 2 мес при плановой рентгенографии грудной клетки выявлено метастатическое поражение легких.

Через 6 мес после обнаружения опухоли пациент самостоятельно обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена. При обследовании в институте в мягких тканях средней и нижней трети правого бедра определяется объемное образование неправильной формы, с неровными четкими контурами, неоднородной структуры, размерами 22×13×12 см, с прорастанием в четырехглавую мышцу бедра, подрастанием к бедренной кости, вовлечением подкожно-жировой клетчатки и кожи (рис. 2).

По данным КТ подтверждено множественное метастатическое поражение легких. Выполнена биопсия опухоли, гистологически – злокачественная фиброзная гистиоцитома мягких тканей III степени злокачественности. Пациенту проведено 2 курса полихимиотерапии, что привело к массивному распаду опухоли и формированию наружного свища. С учетом распространенности опухолевого

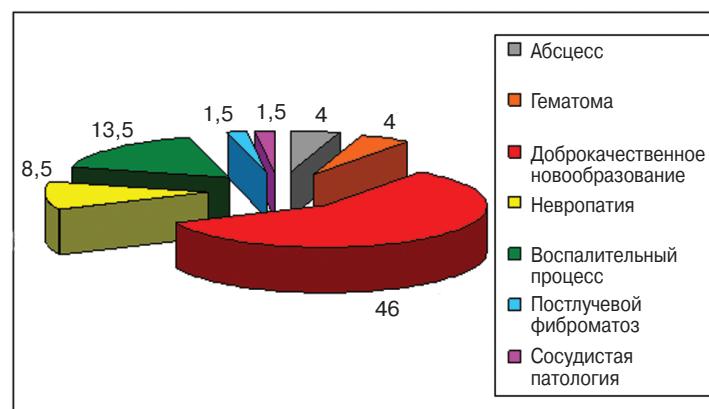


Рис. 1. Распределение диагнозов, поставленных 69 пациентам при неполном обследовании в неонкологических учреждениях



Рис. 2 а – внешний вид правого бедра с наличием опухолевой деформации мягких тканей и опухоли в кожу на протяжении 10 см; б, в – магнитно-резонансная томограмма правого бедра. Определяется массивная опухоль размерами до 22,0×13,5×11,5 см, с прорастанием в четырехглавую мышцу бедра и подрастанием к бедренной кости

процесса, наличия распада опухоли, невозможности органосохранного лечения больному выполнена подвертельная ампутация правой нижней конечности. В настоящее время получает химиотерапию по поводу метастатического поражения легких.

Диагностические ошибки, допущенные в неспециализированных учреждениях по месту жительства, зачастую возникают по причине отсутствия гистологического подтверждения имеющихся изменений мягких тканей. Из 69 пациентов у 42 (61%) выполнено хирургическое лечение без предоперационной морфологической верификации по поводу предполагаемых доброкачественных изменений мягких тканей. При этом у семи (17%) пациентов после операции не было планового гистологического исследования.

Клинический пример № 2. Пациент Б., 25 лет, в связи с болевым синдромом и отеком коленного сустава обратился к хирургу по месту жительства. С подозрением на повреждение менисков правого коленного сустава больному на протяжении 1,5 года трижды выполнялась артроскопия с резекцией жирового тела Гоффа без гистологического исследования, проводилась противовоспалительная терапия, физиолечение, ЛФК, прием НПВС. Однако отмечено нарастание болевого синдрома, деформация коленного сустава на фоне проводимого лечения, в связи с чем пациенту вновь выполнена артроскопическая ревизия, при которой заподозрено опухолевое поражение коленного сустава. Взят материал на гистологическое исследование, при котором установлено злокачественное образование.

Направлен в МНИОИ им. П.А. Герцена. По данным комплексного обследования (КТ, МРТ, УЗИ, сцинтиграфия скелета): правый коленный сустав увеличен в размерах и деформирован за счет опухолевого поражения, в его полости имеется многоузловое опухолевое образование размерами 8,5×3 см.

В мягких тканях по внутренней поверхности коленного сустава также определяются опухолевые очаги размерами до 2×2 см (рис. 3).

При пересмотре готовых гистологических препаратов в МНИОИ – синовиальная саркома, G3. При комплексном обследовании данных об отдаленных метастазах не получено. После проведения 4 курсов предоперационной химиотерапии (положительная динамика, III степень лечебного патоморфоза) выполнена операция в объеме: резекция правого коленного сустава с дистальной резекцией правой бедренной кости, резекция надколенника, эндопротезирование коленного сустава, пластика медиальной головкой икроножной мышцы. Таким образом, несвоевременная диагностика опухолевого процесса и неправильная тактика лечения привели к выполнению обширного оперативного вмешательства и, несомненно, ухудшили прогноз течения заболевания.

У четырех (6%) пациентов неверно выбранная тактика лечения была обусловлена неправильно поставленным морфологическим диагнозом. Перед операцией этим пациентам выполнялась аспирационная тонкоигольная биопсия, по результатам которой были получены цитологические заключения о доброкачественности опухолевых процессов. Далее пациенты были оперированы в неонкологических лечебных учреждениях в нерадикальном объеме. Аспирационная биопсия не всегда способна обеспечить достаточно высокую информативность, поэтому следует помнить, что отрицательные данные цитологического исследования не исключают наличия новообразования. Учитывая гетерогенность структуры, наличие зон с различной степенью дифференцировки и большое разнообразие морфологических типов опухоли, предпочтительной является многоточечная толстоигольная трепанобиопсия или открытая биопсия. Необходимо помнить, что

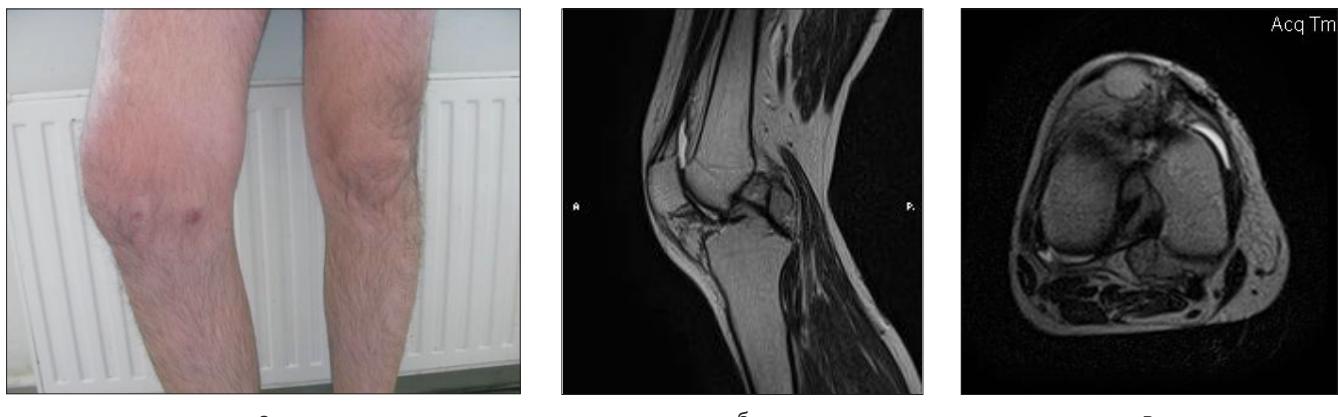


Рис. 3 а – внешний вид правой н/конечности, правый коленный сустав увеличен в размерах и деформирован за счет опухолевого поражения, частичная сгибательная контрактура; **б, в –** магнитно-резонансная томограмма правого коленного сустава. В проекции крестообразных связок определяется многоузловое опухолевое образование размерами 8,5×3 см. В мягких тканях по внутренней поверхности на уровне коленного сустава определяется узловое образование линейными размерами до 2×2 см. В проекции латерального мышцелка бедренной кости, на уровне метаэпифиза, по краю суставной поверхности узел до 2×1,5 см

зона биопсии должна располагаться в месте последующего оперативного вмешательства и удаляться единым блоком с опухолью. Поэтому выбор доступа для проведения биопсии должен соответствовать дальнейшим планам ведения данного пациента и выполняться специалистом-онкологом. Неудаление зоны биопсии часто приводит к возникновению рецидива или имплантационного метастаза.

У 20 (29%) пациентов из 69 больных в связи с неверно установленным диагнозом была назначена консервативная терапия, включающая прием нестероидных противовоспалительных средств, физиотерапию, массаж, мануальную терапию, т. е. те процедуры, которые стимулируют рост опухоли и провоцируют диссеминацию злокачественного процесса.

Из 91 пациента, пролеченного по месту жительства в неадекватном объеме, у 18 (20%) выявлены **лечебно-тактические ошибки**, к которым отнесены случаи неправильной маршрутизации пациентов с подтвержденным злокачественным новообразованием, несоответствие выбранной лечебной тактики вопреки существующим рекомендациям, нарушение сроков при комбинированном и комплексном лечении, неадекватные сроки динамического наблюдения за больными.

Нарушение маршрутизации было у четырех пациентов, двое из них не были направлены к онкологу после получения результатов планового морфологического исследования и подтверждения злокачественности опухоли, еще двум больным в онкологических учреждениях выполнено нерадикальное хирургическое лечение злокачественных новообразований без специального лечения.

Клинический пример № 3. Пациент Г., 54 года. В поликлинике по месту жительства произведено

иссечение опухоли мягких тканей левой лопаточной области под местной анестезией. Морфологическое заключение – рабдомиосаркома, однако пациент не был направлен в специализированный стационар, а оставлен под динамическое наблюдение. Через два месяца после операции повторно обратился к врачам по поводу рецидива опухоли. Направлен в онкодиспансер, где дважды в течение трех месяцев выполнялось нерадикальное удаление опухоли. Химиотерапевтическое лечение, необходимое при рабдомиосаркоме (согласно существующим рекомендациям), не проводилось. Через 14 сут после очередной операции отмечен продолженный бурный рост опухоли через швы. Направлен в МНИОИ им. П.А. Герцена. При обследовании в левой лопаточной области на фоне послеоперационных рубцовых изменений имеется экзофитная опухоль 15×10×12 см, с неровной кровоточащей поверхностью. В мягких тканях спины, левой подмышечной и левой надключичной областях определяются множественные опухолевые узлы размерами от 5 до 10 см в диаметре (рис. 4 а). При пересмотре стекол гистологических препаратов – эмбриональная рабдомиосаркома.

Больному проведено комплексное лечение – на первом этапе шесть курсов полихимиотерапии с выраженным положительным эффектом и практически полной регрессией опухолевых узлов (рис. 4 б). Вторым этапом – оперативное лечение с интраоперационной лучевой терапией. В послеоперационном периоде проводились повторные курсы химиотерапии. Больной умер через 14 мес от начала лечения в МНИОИ им. П.А. Герцена от диссеминации процесса.

Несоответствие выбранной онкологическими учреждениями лечебной тактики вопреки существующим рекомендациям выявлено у 14 пациентов:



Рис. 4. Внешний вид больного на этапах лечения.
а – при поступлении в стационар, имеется экзофитная опухоль $15 \times 10 \times 12$ см, с неровной кровоточащей поверхностью, в мягких тканях спины, левой подмышечной и левой надключичной областях определяются множественные опухолевые узлы; б – после проведения шести курсов полихимиотерапии отмечается практически полный регресс опухолевых узлов и экзофитного компонента

иссечение рецидивной низкодифференцированной саркомы мягких тканей без неoadъювантного лечения – два (14%) пациента, отсутствие дополнительного лечения (реоперация и/или лучевая терапия) при положительном крае резекции после иссечения злокачественной опухоли – два (14%) пациента, неадекватные дозы или необоснованное назначение лучевой терапии было у трех (22%) больных, нарушение сроков, доз и схем химиотерапии – у 7 (50%) больных.

Клинический пример № 4. Пациент Т., 52 года. По поводу нейросаркомы мягких тканей грудной стенки слева в онкодиспансере по месту жительства выполнено иссечение опухоли. При плановом гистологическом исследовании выявлены очаги роста опухоли в крае резекции препарата (R1). Несмотря на наличие положительного края резекции, пациенту не было проведено повторное хирургическое лечение и/или послеоперационная ДЛТ на зону операции (согласно существующим рекомендациям). Оставлен под динамическое наблюдение. Через 3 мес выявлен продолженный рост опухоли, проведено 4 курса химиотерапии, на фоне лечения (контрольное обследование через 2 курса не проводилось) развилось прогрессирование заболевания в виде продолженного роста опухоли мягких тканей грудной стенки слева. Через год, в течение которого пациенту проводились неоднократные хирургические вмешательства в циторедуктивном объеме (R2), на фоне продолженного роста опухоли диагностировано метастатическое поражение левого легкого, в связи с чем для дальнейшего лечения был направлен в МНИОИ им. П.А. Герцена.

При обследовании в левой ключичной области на фоне послеоперационных рубцовых изменений

выявлено многоузловое опухолевое образование диаметром 15 см с переходом на переднemedиальную поверхность плеча с наличием кожного свища (серозно-геморрагическое отделяемое) (рис. 5). В левом легком – 2 образования в S1/2 и S3 размером 1,6 см и 1,4 см соответственно.

От предложенного межлопаточно-грудного вычленения пациент отказался. Учитывая распространенность опухолевого процесса, больному выполнено расширенное реконструктивно-пластика хирургическое вмешательство в объеме: удаление опухоли мягких тканей плеча и передней грудной стенки слева сэкстирпацией левой ключицы, срезкой I–III ребер слева, резекцией акромиального отростка левой лопатки и проксимального отдела левой плечевой кости. Атипичная резекция верхней доли левого легкого. Пластика грудной стенки мягкими тканями левого плеча. Функция левой верхней конечности неудовлетворительная, прогноз заболевания неблагоприятный.

Последствия ошибок в клинической онкологии

Диагностические ошибки приводят не просто к отрицательной динамике онкологического заболевания, но и становятся причиной отсроченного лечения, что уменьшает шансы пациента на длительную безрецидивную и/или безметастатическую выживаемость, а также значительно ограничивают возможности как хирургического, так и системного лечения.

Основная цель работы отделения онкологической ортопедии МНИОИ им. П.А. Герцена – органосохраняющее лечение без ущерба для онкологических результатов. В период с 2005-го по 2011 г. в отделении по поводу СМТ операции с потерей конечности (ампутации, экзартрикуляции, межпод-

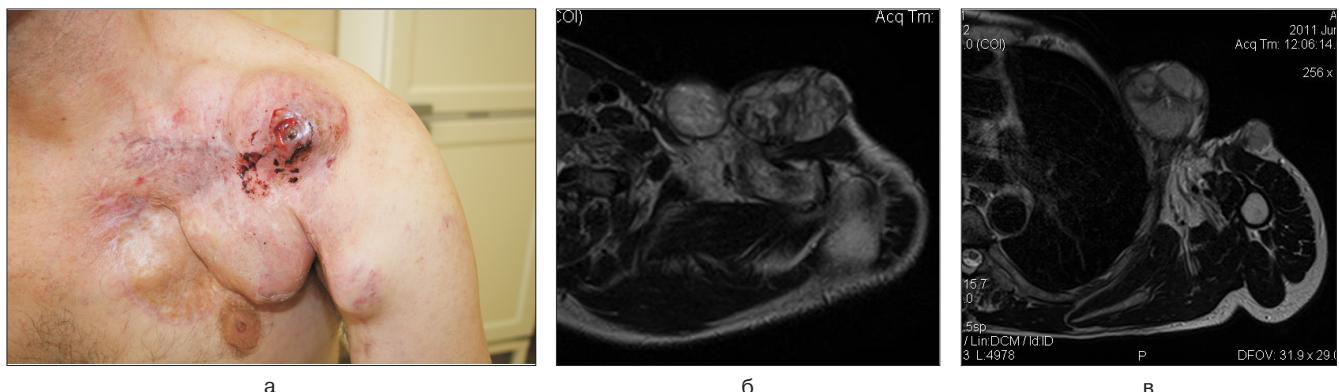


Рис. 5 а – внешний вид больного. Левая ключичная область деформирована, на фоне послеоперационных рубцовых изменений имеется многоузловое опухолевое образование диаметром 15 см с переходом на переднемедиальную поверхность плеча с наличием кожного свища; б, в – магнитно-резонансные томограммы грудной клетки. В мягких тканях передней грудной стенки слева визуализируется образование из нескольких узлов, сливающихся между собой с неровными четкими контурами, размерами 14,1×12,2×6 см, практически муфтообразно охватывающее ключицу. В проксимальных отделах левого плеча по передней поверхности в подкожно-жиевой клетчатке определяется еще одно образование аналогичной структуры размерами 3×2,7×3,8 см

вздошно-брюшные вычленения и межлопаточно-грудные ампутации) выполнены у 15 (8,7%) из 172 пациентов, из них у шести (40%) больных калечащий объем операции обусловлен допущенными диагностическими и/или лечебно-тактическими ошибками в медицинских учреждениях по месту жительства.

Из 91 пациента после неадекватного объема лечебно-диагностической помощи в медицинских учреждениях по месту жительства у большинства ($n=70$; 77%) наблюдался продолженный рост опухоли, ставший причиной выполнения расширенных операций с реконструктивно-пластиическим компонентом, зачастую приводящих к ухудшению качества жизни больного, удорожанию проведенного лечения, снижению функциональных результатов и самое главное – ухудшению прогноза течения заболевания. У двух (2%) больных потребовалось срочное хирургическое лечение в связи с распадом опухоли и угрозой кровотечения. У семи (8%) в связи с распространностью опухолевого процесса проведение радикального хирургического лечения даже в калечащем объеме было невозможным.

Позднее выявление прогрессирования заболевания при нарушении маршрутизации у четырех пациентов привело к массивной диссеминации в виде поражения легких у двух больных и продолженному росту опухоли с вовлечением соседних костных структур еще у двух пациентов.

Из 27 пациентов, лечившихся в онкологических учреждениях, адекватное лечение получили только **9 (33%) больных!** У 18 (67%) пациентов допущены диагностические, тактические и лечебные ошибки.

Заключение

Таким образом, из 100 больных, получавших лечение до поступления в МНИОИ им. П.А. Гер-

цина по месту жительства, в лечении 91 пациента (91%) были допущены грубые ошибки. Причем **73 пациента проходили обследование и лечение в непрофильных учреждениях.**

Анализ допущенных диагностических и лечебно-тактических ошибок показал, что у врачей общей лечебной сети катастрофически низкая онкологическая настороженность, отсутствует представление об алгоритме обследования и маршрутизации пациентов с опухолями мягких тканей. Необходимость научно-просветительской работы среди врачей общей лечебной сети для повышения онкологической настороженности несомненна. Повсеместное внедрение стандартов ведения пациентов с подозрением на злокачественное онкологическое заболевание может позволить добиться успехов в лечении больных саркомами мягких тканей.

По данным выполненного исследования, из 27 пациентов, получивших лечение в онкологическом учреждении, у 18 (67%) больных были допущены диагностические и лечебно-тактические ошибки, что послужило причиной неудовлетворительных онкологических и функциональных результатов лечения, а также оказало отрицательное влияние на прогноз заболевания.

Таким образом, сложности диагностики, трактовки морфологической картины, необходимость коллегиального выбора тактики лечения пациентов с саркомами мягких тканей диктуют необходимость оказания медицинской помощи этой сложной категории больных только в многопрофильных специализированных онкологических учреждениях, имеющих в штате квалифицированных диагностов, патологов, химиотерапевтов, радиологов и хирургов-онкологов с богатым опытом лечения больных саркомами мягких тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Онкология. Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2-е изд., испр. и доп. М., «ГЭОТАР-Медиа». 2009, с. 761-790.
2. Шугабейкер П.Х., Малауэр М.М. Хирургия сарком мягких тканей и костей. Принципы и оперативная техника. М., «Медицина». 1996.
3. Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Дрошнева И.В. и соавт. Глава 22. Ошибки в диагностике и лечении сарком мягких тканей. В кн.: Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей. Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. 3-е изд., испр. и доп. М., «ГЭОТАР-Медиа». 2009, 792 с.
4. Франк Г.А. Проблемы морфологической классификации и диагностики опухолей мягких тканей. Практическая онкология. 2004, т. 5, № 4, с. 231-236.
5. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под ред. Н.И. Переводчиковой. 3-е изд., доп. и пер. М., Практическая медицина. 2011, 512 с.
6. Кочнев В.А. Клиника, дифференциальная диагностика и стадирование сарком мягких тканей. Практическая онкология. 2004, т. 5, № 4, с. 237-242.
7. Martin M. Malawer, Paul H. Sugarbaker Musculoskeletal Cancer Surgery Treatment of Sarcomas and Allied Diseases Kluwer Academic Publishers. 2001.

Статья поступила 24.02.2012 г., принята к печати 20.04.2012 г.
Рекомендована к публикации Г.Н. Мачаком

DIAGNOSTIC AND TREATMENT MISTAKES IN MANAGING OF SOFT TISSUE SARCOMAS

Teplyakov V.V., Bukharov F.D., Urlova A.N., Karpenko V.U., Derzhavin V.A., Mislevtsev I.V., Yakovleva E.C.

P.A. Herzen Moscow Research Oncological Institute, Russian Federation

Key words: soft tissue sarcomas, diagnostic mistakes, survival

The analysis of 100 patients with soft tissue sarcomas, who were admitted to the department of oncoorthopedic surgery in P.A. Herzen Moscow Cancer Research Institute and had undergone diagnostics or treatment in other hospitals, is represented in the article. There were diagnostic and therapeutic mistakes in the management of 91 patients.

Diagnostic mistakes worsen course of disease and are the cause of delayed treatment, it diminishes a chance for high recurrence- and metastasis-free survival and significantly limits opportunities for surgical and medical treatment. Therapeutic mistakes caused unsatisfactory oncological and functional results and worsened the prognosis in these patients.

The study showed the absence of oncological suspicion among general practitioners and that the treatment of such patients should be performed only in multidisciplinary specialized oncological institutions where high-skill diagnosticians, pathologists, chemotherapyists, radiologists and oncological surgeons are in the staff.