

ЧАСТОТА ПОЗДНИХ СТАДИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВЕК, ИСХОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Проведено изучение частоты поздних стадий злокачественных новообразований век в структуре специализированного офтальмохирургического учреждения ДФО, а также проанализированы результаты лечения данной диспансерной группы. За период с 2005-2010 гг. в отделе проведено лечение 1128 пациентов (1240 глаз) с новообразованиями век, из них, 845 (870 глаз, 70,1%) пациентов с доброкачественными образованиями, 370 пациентов (370 глаз, 29,8%) со злокачественными новообразованиями, из которых 133 пациента – с поздними стадиями, что составило (133 глаз, 35,9%). При поздних стадиях злокачественного процесса радикальность оперативного лечения входила в ранг калечащих.

Ключевые слова: частота новообразований, веки, результаты.

Актуальность. В последние годы, наряду со стремительным ростом частоты опухолей век, составляющей 0,3-1% случаев в год, отмечена тенденция к увеличению числа случаев с поздними стадиями опухолевого процесса [9,12].

В их структуре значительно преобладают злокачественные новообразования эпителиальной гистоприроды: плоскоклеточный, базальноклеточный рак, частота которых по данным различных авторов достигает 45-97% случаев [2, 5, 11, 12, 16, 17].

Следует отметить, что лишь около 64% пациентов с новообразованиями век обращаются к участковому окулисту или онкологу, имея длительность анамнеза 2-4 месяца от первой клинической манифестации заболевания. Соответственно лечение в его начальных стадиях (Т1-Т2 в соответствии с международной классификацией TNM) является прогностически более благоприятным, поскольку отличается сравнительно невысокой степенью рецидивирования – до 4% случаев [1, 3, 7, 8, 14, 15].

При скрытом, инфильтративном характере роста опухоли (что характеризует низкую степень клеточной дифференцировки злокачественных опухолей) выявляемость осуществляется гораздо позже – лишь через 6 и более месяцев. При этом, как правило, уже имеет место значительное распространение опухоли (10 мм и более), нередко сопровождаясь инвазией в оболочки глаза, слезную железу, надкостницу орбиты, слезопроводящие пути, полости черепа. Хирургическое лечение таких поздних стадий новообразований век (опухоли Т3-Т4 – 36% больных) с соблюдением принципов радикальности и абластики является очень сложным.

Сложность лечения поздних стадий злокачественных новообразований век состоит в определении границ инвазии и проведении резекции не ближе 5 мм от края опухоли, что вместе с опухолевым конгломератом, представляет значимые размеры и относится к калечащим ликвидационным операциям. Причем, при планировании сохранения глазного яблока этап реконструкции век проводят не ранее, чем через 3 недели после первичной операции для исключения поздней диагностики признаков продленного либо рецидивирующего роста опухоли. Анализ литературы показывает, что после хирургического и комбинированного лечения поздних стадий злокачественных новообразований век в ближайшие 3 года, рецидивы наблюдаются в 27-33% случаях, регионарные метастазы – в 23%, гематогенные отдаленные метастазы – в 21,4% случаях [1-6,10,14].

Учитывая неблагоприятный прогноз для органа зрения и жизни пациента при скрытом и коротком клиническом анамнезе поздних стадий злокачественных новообразований век (Т3-Т4) изучение эпидемиологии и статистики в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) и разработка адекватных методов диагностики и лечения являются актуальной.

Цель работы – изучить частоту поздних стадий злокачественных новообразований век в структуре пациентов специализированного отдела офтальмохирургического учреждения ДФО и провести анализ результатов лечения данной диспансерной группы.

Материалы и методы. В отделе реконструктивно-восстановительной хирургии придаточного аппарата глаза методом сплошной выборки был проведен катамнестический анализ всех случаев новообразований век за период 2005-2010 гг. В данной совокупности выяснялась доля злокачественных новообразований. Особое внимание было уделено клиническим формам, гистотипу злокачественных новообразований, распространенности процесса согласно стадиям в системе TNM, а также направления его инвазии в смежные анатомические структуры и пространства.

Стадийность злокачественного процесса век поздних стадий согласно рекомендациям ВОЗ, подтвержденным в 1997 году Международным Конгрессом UICC, выполнена по следующим признакам: T3 – опухоль, распространяющаяся по всей толще века или поражающая край на протяжении более 10 мм; T4 – опухоль, распространяющаяся на соседние структуры (конъюнктиву свода века, слезопроводящие структуры, слезную железу, надкостницу орбиты, назальные синусы, интракраниальные структуры).

Для выбора тактики лечения проводилась уточненная диагностика онкологического заболевания в адаптации к опухолям органа зрения согласно алгоритму Федерального стандарта диагностики рака кожи [2002]. Он включает в себя, помимо офтальмологических исследований: осмотр врача-онколога, забор (по выбору) цитологического материала, пункционной биопсии, эксцизионной биопсии, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование первичной опухоли, ультразвуковое исследование лимфатических узлов и регионарного лимфатического коллектора, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, консилиум онколога и радиолога, консультации терапевта и анестезиолога.

Хирургическое лечение больных выполнялось с помощью современного высокотехнологического оборудования (аппаратом «Surgitron» США, длина волны 3,8-4,0 МГц), повышающего абластичность хирургического вмешательства за счет дозированной коагуляции сосудов и образования своеобразной пленки на поверхности опухолевых тканей, препятствующей диссеминации опухолевых клеток [9]. Кроме того, электромагнитная волна данного

прибора частотой 3,8-4,0 МГц, использованная в режиме фульгурации – волны искрового промежутка, позволяет санировать ложе опухоли от онкоклеток и исключает их трансплантацию на противоположные участки при одномоментных реконструктивно-пластических этапах операции. Во всех случаях операция завершалась частичной либо полной одномоментной реконструкцией дефекта века.

Все пациенты наблюдались в группах диспансерного учета с регулярными осмотрами офтальмолога и онколога, необходимым клиническим обследованием. Период наблюдения составил от 3 до 5 лет.

Результаты и обсуждение

За данный период в отделе проведено лечение 1128 пациентов с различными новообразованиями век (1240 глаз). В их структуре у 845 пациентов (870 глаз – 70,1%) после гистологической верификации были выявлены доброкачественные новообразования различной гистологической природы.

На диспансерный учет за указанный период было взято 370 пациентов с злокачественными заболеваниями век (370 глаз), что составило 29,8% случаев от общей совокупности новообразований век.

После выполненной по показаниям эксцизионной либо инцизионной биопсии была проведена гистологическая диагностика. Выявлено абсолютное большинство опухолей эпителиального генеза (334 глаза, 90,2%), из них: базально-клеточный рак (БКР) – 271 глаз (81,1%), метатипический рак (МТР) – 28 глаз (8,3%), плоскоклеточный рак (ПКР) – 25 глаз (7,4%). Значительно реже диагностированы: неклассифицируемая аденокарцинома век с явными признаками малигнитета – 16 глаз (4,3%), меланома – 9 глаз (2,4%), рак придатков кожи – 2 (0,5%), саркомы век различного генеза – 18 (7,8%), гемолимфангиома – 1 глаз (0,3%).

После уточненной диагностики онкологического заболевания распределение пациентов по клиническим группам оказалось следующим: на ранних стадиях диагностирован в основном БКР T1N0M0 – 113 глаз (33,8%) и T2N0M0 – 93 глаза (27,5%). Кроме того, меланома, саркома, аденокарцинома малых размеров верхнего века метастазировали по лимфогенному типу,

в основном в предушный коллектор T2N1M0 - 15 глаз (4,5%).

Всем пациентам выполнено радиохирургическое удаление первичного очага опухоли, по показаниям – эксцизия регионарного лимфоузла, пораженного опухолью и лучевая терапия в условиях онкодиспансера.

При сроке диспансерного наблюдения до 5 лет, в группе с начальными стадиями злокачественных новообразований век (201 глаз) рецидивирование БКР выявлено в 11 случаях (4,9%). Они проявлялись диссеминированной формой БКР и выявлялись в других зонах лица и век на фоне общего иммунодефицитного состояния.

Таким образом, качество ранней диагностики позволяет провести радикальное хирургическое лечение, о чем свидетельствует низкий процент рецидивов – 4,9% случаев, соотносящийся с показателями по России.

Поздние стадии злокачественных новообразований век имели место в 133 глазах, что составило 35,9% случаев от общего количества злокачественных новообразований век. Они отличались тяжестью поражения придаточного аппарата глаза, а также начальными проявлениями метастатической болезни у 30 пациентов (22,5%).

Статистика поздних стадий заболевания была следующей: T3N0M0 – 106 глаз (79,6%), T3N1M0 – 2 глаза (1,5%), T4N01M0 – 21 глаз (6,2%), T4N1M1 – 7 глаз (1%). Следовательно, регионарное лимфогенное метастазирование выявлено у 30 пациентов с различным гистотипом опухоли при БКР, ПКР, МТР, а также при аденокарциноме.

Гематогенное метастазирование встречалось в 7 случаях: в печень, легкие, забрюшинное пространство, позвоночник и диагностировано было при саркоме, меланоме, аденокарциноме.

Важно отметить, что в статистике всех новообразований органа зрения на момент первичной диагностики заболевания признаки генерализации офтальмологического онкопроцесса определились в 2,9% случаях и в 33,8% случаях – в статистике злокачественных новообразований органа зрения.

Удаление первичного опухолевого очага выполнено радикально на 72 глазах у пациентов без признаков метастатической болезни (T3N0M0). Трудности хирургического лече-

ния заключались, прежде всего, в отсутствии достоверного определения границ опухоли, поскольку визуальный контроль с использованием микрохирургической техники не обеспечивает экономных резекций для соблюдения принципа радикальности. Поэтому граница удаления от края опухоли 5 мм и более выбиралась нами намеренно. Золотым стандартом хирургии в подобных случаях является удаление опухоли единым блоком с окружающими здоровыми тканями.

Экзентерация орбиты выполнена в условиях онкодиспансера в 6 случаях T4N01M0 с проведением лучевой терапии в область лимфогенного регионарного метастазирования.

В других случаях (55 глаз) из-за отсутствия возможности радикального удаления первичного опухолевого очага пациентам в хирургическом лечении отказано. Для проведения дальнейшего лечения (полихимиотерапия, дистанционная гамма-терапия) они были направлены в специализированные медицинские учреждения Москвы (НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, РОНЦ им. Блохина РАМН).

У пациентов, оперированных в нашем отделении с поздними стадиями злокачественных новообразований век (79 человек – T3N0M0, T4N0-1M0) при сроке наблюдения до 5 лет, безрецидивное течение БКР отмечалось у 49 пациентов (53%). У 23 пациентов (29%) имели место рецидивы БКР, по поводу которых проводилось интратуморальное лечение (цитостатик циклофосфамида по 300-500 мг 5-7 инъекций на курс) до полной регрессии очага рецидива и последующего введения рекомбинантного интерферона-альфа 2b в количестве 13,5 млн. ЕД. Повторные резекции в зоне рецидивов выполнялись 7 пациентам (8,8%).

После ликвидационной операции (экзентерация) в сочетании с лучевой терапией по поводу БКР T4N01M0 безрецидивное течение отмечено у 4 пациентов: в одном случае – метастазирование базальноклеточного рака в легкие через 2 года после экзентерации, в другом – имела место диссеминация ангиомиосаркомы в постоперационном периоде до 6 месяцев.

Выводы

1. В структуре новообразований век за 5 лет злокачественные новообразования имели место у 370 пациентов (29,8%) специализирован-

ного реконструктивно-восстановительного отдела. Среди них, с поздними стадиями выявлены 133 случая (35,9%), признаки генерализации онкопроцесса при первичной диагностике новообразований глазной локализации зарегистрированы в 2,9% случаях.

2. При поздних стадиях злокачественного процесса распространенность и инвазия опухоли определяют технические трудности в определении границ поражения, принцип радикальной хирургии в онкологии диктует тактику обширных (5 мм и более) резекций

здоровых тканей по всему периметру опухолевого очага, что ставит эти операции в ранг калечащих.

3. Статистические материалы специализированного реконструктивно-восстановительного отдела за 5 лет, а также неблагоприятный прогноз для органа зрения и жизни пациента при скрытом и коротком клиническом анамнезе поздних стадий злокачественных новообразований век (Т3-Т4) подчеркивают актуальность и необходимость разработки адекватных методов их диагностики и лечения.

Список использованной литературы:

1. Богатов, В. В. Углекислотный лазер в лечении больных базально-клеточным раком лица / В. В. Богатов, В. В. Выборнов // Стоматология. – 2009. – №5. – С. 74-75.
2. Бровкина, А. Ф. Офтальмоонкология / А. Ф. Бровкина. – М., 2002. – 424 с.
3. Буйко, А. С. Эпидемиологические и краткие клинические характеристики злокачественных эпителиальных образований / А. С. Буйко, В. А. Елагина, И. А. Сафроненкова // Новое в офтальмологии: тез. докл. – Одесса, 2005. – С. 248-249.
4. Гигантская базалиома метатипического типа волосистой части головы с деструкцией костей черепа и метастазами / Г. Н. Тарасенко, Ю. В. Кузьмина, М. А. Бобров и др. // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2008. – №2. – С. 4-7.
5. Гигантские базалиомы / В.И. Прохоренков, Ю. В. Карачева, Е. Н. Батухтин и др. // Клин. дерматология и венерология. – 2009. – №1. – С. 37-40.
6. К вопросу о лечении больных базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи / В. Г. Журавель // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 1999. – №3. – С.4-7.
7. Лазерное излучение в лечении рака кожи лица / К. Г. Москалик, А. П. Козлов, Э. В. Бойко, А. В. Ян // Мед. радиология и радиационная безопасность. – 2005. – №3. – С. 49-52.
8. Лечение первичных и рецидивирующих базалиом мягких и костных тканей головы и шеи / А. А. Никитин, М. Н. Косяков, Н. З. Спиридонова и др. // Военно-медицинский журнал. – 2007. – №5. – С. 36-41.
9. Лихванцева, В. Г. Опухоли век: клиника, диагностика, лечение / В. Г. Лихванцева, О. А. Анурова – М.:ГЭОТАР, 2007. – 438 с.
10. Молочков, В. А. К вопросу о метастазировании базально-клеточного и метатипического рака кожи / В. А. Молочков, Е. С. Снарская // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2003. – №1. – С. 9-12.
11. Молочков, В. А. Базалиома: современный менеджмент и терапевтическая стратегия / В. А. Молочков, С. С. Кряжева, Е. С. Снарская // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2008. – №4. – С. 45-49.
12. Панова, И. Е. Клинико-эпидемиологические особенности БКР вспомогательного аппарата глаза в Челябинской области / И. Е. Панова, Р. А. Усова // Офтальмология на рубеже веков: матер. конф. – Челябинск, 2001. – С. 336-337.
13. Пискалова Т.П. Базально-клеточный рак кожи и его классификация / Т. П. Пискалова // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2003. – №6. – С. 6-7.
14. Роль лучевой терапии в комбинированном лечении заболеваний органа зрения / В. Н. Алексеев, Л. И. Корытова, Н. В. Ильин, Ю. Н. Виноградова // Клин. офтальмология. – 2002. – №4. – С. 164-168.
15. СВЧ-криодеструкция базалиом у пациентов пожилого возраста / В. В. Шафранов, В. В. Гладыко, А. В. Таганов и др. // Клиническая геронтология. – 2005. – №3. – С. 43-49.
16. Снарская, Е. С. Базальноклеточный рак кожи / Е. С. Снарская, М. Челюканова // Врач – 2006. – №2. – С. 30-33.
17. Сучков, С. В. Иммунологические аспекты патогенеза базалиом / С. В. Сучков, Е. С. Снарская // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2004. – №2. – С. 4-9.