

К ВОПРОСУ О РЕЦИДИВНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
отделение опухолей головы и шеи,
Россия, 344029, г. Ростов-на-Дону, 14-я линия, 63. E-mail: mar457@mail.ru

Изучены клинические данные о 376 пациентах с рецидивными опухолями придаточного аппарата глаза. Выявлены особенности течения заболевания и определены факторы, препятствующие излечению первичной опухоли. Показана важность выбора оптимального метода воздействия на самом первом этапе противоопухолевого лечения.

Ключевые слова: придаточный аппарат глаза, злокачественная опухоль, рецидив.

M. A. ENGIBARJAN

TO THE QUESTION ON RECURRENT MALIGNANT TUMOURS OF THE ADDITIONAL DEVICE OF THE EYE

FSI «The Rostov research oncological institute Rosmedtehnology», branch of tumors of a head and a neck,
Russia, 344029, Rostov-on-Don, 14 line, 63. E-mail: mar457@mail.ru

Clinical data about 376 patients with recurrent tumors of the additional device of an eye is studied. Features of a current of disease are revealed and the factors interfering treatment of a primary tumor are defined. Importance of a choice of an optimum method of influence at the very first stage of antineoplastic treatment is shown.

Key words: the additional device of an eye, a malignant tumor, relapse.

За последнее десятилетие наряду с увеличением заболеваемости отмечается увеличение числа рецидивов злокачественных опухолей кожи после традиционных методов лечения. Периокулярная область вследствие сложного анатомического строения и рельефа занимает одно из ведущих мест по количеству рецидивирующих форм новообразований [4, 8, 9].

По данным различных авторов, частота возникновения рецидивов варьирует от 2,2% до 40% [1, 2, 3, 5, 6, 7]. Лечение рецидивных злокачественных новообразований придаточного аппарата глаза представляет собой одну из самых сложных проблем. Появление рецидива опухоли после лечения является значительной психологической травмой для больного. Зачастую повторные хирургические вмешательства заключаются в проведении экзентерации орбиты – безусловно калечащей операции, приводящей к стойкой инвалидизации. Многократно рецидивирующие опухоли представляют угрозу не только для органа зрения, но и для жизни пациента. Все вышеизложенное и определило актуальность предпринятого нами исследования.

Цель работы – ретроспективный анализ рецидивов злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза по материалам Ростовского научно-исследовательского онкологического института за последние 10 лет.

Материалы и методы

Для определения удельного веса пациентов с рецидивирующими формами опухоли были проана-

лизированы истории болезней 1000 пациентов со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза, находившихся на лечении в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте (РНИОИ) с 2000 по 2010 год. Эти пациенты первоначально лечились в других онкологических учреждениях и больницах общей лечебной сети и только в связи с рецидивом или продолженным ростом опухоли были направлены в Ростовский научно-исследовательский институт. С целью выявления особенностей рецидивных новообразований и причин неудач проведенного лечения мы детально проанализировали каждый случай рецидивного течения злокачественной опухоли.

Результаты и обсуждение

Первично диагноз злокачественного новообразования придатков глаза был установлен у 624 (62,4%) человек. Рецидивирование процесса отмечено у 376 (37,6%) пациентов, из них продолженный рост опухоли после окончания специального противоопухолевого лечения выявлен у 34 (3,4%) больных.

При анализе клинических форм рецидивирующих опухолей выявлено почти пятикратное преобладание новообразований с эндофитным (инфильтративным) типом роста – у 312 (83%) больных.

По гистологической структуре наиболее часто отмечены рецидивы базальноклеточного рака – у 258 (68,6%) больных. Рецидивы плоскоклеточного рака выявлены у

103 (27,4%) пациентов, меланомы – у 12 (3,2%) больных, рака из придатков кожи – у 3 (0,8%) человек.

В случаях развития рецидивов базальноклеточного рака солидно-аденоидный вариант опухоли выявлен у 173 (67%) пациентов, рак типа морфеа – у 27 (10,5%).

У одной пациентки продолженный рост аденокарциномы из мейбомиевых желез развивался на фоне массивного метастатического поражения лимфатического аппарата шеи, что подтверждает мнение об исключительно агрессивном характере этой опухоли.

У 352 (93,6%) пациентов рецидивная опухоль локализовалась преимущественно на коже век, у 21 (5,6%) – на пальпебральной конъюнктиве, в 3 (0,8%) случаях опухолевый процесс локализовался на бульбарной конъюнктиве.

Анализируя сроки возобновления онкологического процесса, необходимо отметить, что ранние рецидивы опухоли (в сроки до 6–8 месяцев после окончания специального противоопухолевого лечения), по нашему мнению, следует рассматривать как своевременно не диагностированный продолженный рост опухоли. Сводные данные о сроках и условиях возникновения или продолженного развития опухоли представлены в таблице.

Сроки возникновения рецидивов опухолей придаточного аппарата глаза (n= 342)

Время от окончания противоопухолевого лечения до возобновления (продолжения) опухолевого роста	Количество рецидивов					
	Хирургическое лечение		Лучевая терапия		Операция, лучевая терапия,	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
До 8 месяцев	3	0,8	21	5,6	10	2,7
От 8 до 12 месяцев	35	9,3	98	26,1	52	13,8
1-3 года	56	14,9	26	6,9	64	17,0
4-7 лет	0	0	2	0,53	5	1,3
8-10 лет	0	0	1	0,27	3	0,8
Всего	94	25	148	39,4	134	35,6

Согласно данным таблицы, наибольшее число рецидивов возникало после хирургического лечения в сроки от 1 до 3 лет – у 56 (14,9) больных, после лучевого лечения наиболее часто рост опухоли возобновлялся в течение первого года после завершения облучения у 98 (26,1%) пациентов.

Более позднее выявление рецидивных опухолей после операции обусловлено, по нашему мнению, сложностями их диагностики после хирургических вмешательств. Длительное время рост опухоли маскируется послеоперационными воспалительными реакциями, рубцовыми изменениями в зоне хирургического воздействия. Наряду с этим довольно часто рост опухоли возникает в глубине рубцов и клинически проявляется только отеком век и мягких тканей.

После хирургического лечения в самостоятельном варианте рецидив опухоли выявлен у 94 (25%) человек. Лучевая терапия при использовании ее в качестве монометода не обеспечила излечения опухоли у 148 (39,4%) пациентов. В группе пациентов, подвергавшихся как операции, так и облучению, первоначально лечение было начато с операции у 49 (13%), с лучевой терапии – у 85 (22,6%) пациентов. В общем, с проведе-

ния лучевой терапии лечение было начато 233 (62%), с выполнения операции – 143 (48%) больным.

Наиболее неблагоприятной локализацией оказалась область внутреннего угла глаза. В этой зоне развивался рецидив опухоли у 79 (21%) больных после операции и у 127 (33,8%) пациентов после проведения лучевой терапии. Таким образом, поражение рецидивной опухолью области внутреннего угла глаза отмечено у 206 (54,8%) человек.

По нашему мнению, опухоли данной локализации представляют наибольшие трудности в лечении в связи с анатомическими особенностями данной области. Во-первых, на небольшом участке сосредоточены важные структуры, обеспечивающие полноценное функционирование органа зрения. Во-вторых, кожа в этой зоне очень тонкая, а подкожная клетчатка слабо выраженная, что не препятствует быстрой инвазии опухоли в глубже лежащие структуры. Близость глазного яблока, слезоотводящих структур, важность данной зоны для обеспечения адекватного функционирования органа зрения, сложность восстановления анатомической целостности утраченных тканей лимитируют хирурга в процессе удаления опухолей этой локализации. В процессе же лучевого лечения

опухолей внутреннего угла глаза именно сложность рельефа данной области препятствует адекватному распределению дозы.

В случаях поражения нижнего века, наблюдавшегося у 127 (33,8%) пациентов, наиболее часто неудачи лечения были связаны с интермаргинальной локализацией опухоли: при исходном поражении интермаргинального пространства рецидивы возникли у 93 (24,7%) человек.

Из 143 больных, подвергнувшихся оперативному лечению, только у 54 (37,8%) диагноз злокачественной опухоли был установлен до операции. У преобладающего количества пациентов – 89 (62,2%) первоначально опухоль была расценена как доброкачественная, что обусловило нерадикальность хирургического вмешательства. При этом у 29 (20,3%) больных было выполнено цитологическое исследование опухоли, но процесс не был верифицирован, и диагноз злокачественной опухоли был отвергнут.

Из 233 больных, лечение которых было решено начать с лучевого воздействия, инфильтративно-язвенный рост опухоли отмечен у 197 (84,6%) пациентов, что, по нашему мнению, с одной стороны, послужило основанием для отказа от выполнения операции в силу

вышеизложенных причин, с другой – предопределило неэффективность лучевого лечения.

Особое внимание необходимо обратить на рецидивы меланом конъюнктивы – опухоли с агрессивным течением и крайне неблагоприятным прогнозом. Из 10 пациентов с меланомой конъюнктивы, включенных в наше исследование, рецидивы диагностированы у 5 пациентов, т. е. каждый второй пациент подвергся не-радикальному воздействию, что неизбежно усугубило и без того неблагоприятное течение заболевания.

Заключение

Подводя итог проведенному исследованию, мы пришли к следующему.

Наибольшие трудности в лечении представляют опухоли внутреннего угла глаза. Именно в этой области возникли рецидивы у 206 (54,8%) человек.

Неправильная постановка первоначального диагноза и, как следствие, неправильная лечебная тактика явились причиной рецидива опухоли у 89 (62,2%) пациентов, лечение которых было начато с хирургического вмешательства.

Недостаточное владение хирургом способами хирургического восстановления послеоперационных дефектов способствовало отказу от активной хирургической тактики и приводило к необоснованному назначению лучевого лечения. В свою очередь, сложность анатомического строения и особенности рельефа в области внутреннего угла глаза определяют неэффективность лучевого лечения при инфильтративном росте опухоли в данной зоне, и назначение в этих ситуациях облучения не только

нецелесообразно, но и способствует дискредитации метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буйко А. С., Сафроненкова И. А., Питерова О. В. Эпителиальные злокачественные опухоли кожи век стадии Т3–4: комбинированное лечение или скальпель? // Офтальмологический журнал. – 2002. – № 1. – С. 30–34.
2. Ключарева С. В. Новообразования кожи в офтальмологической практике и современные методы их хирургического лечения лазерной установкой на парах меди «Яхроме-Мед» // Клиническая офтальмология. – 2005. – Т. 6. № 1. – С. 23–28.
3. Молочков В. А. Рак кожи при генетических кожных синдромах // Рос. журнал кожн. и венерических болезней. – 2000. – № 3. – С. 414.
4. Пустынский И. Н., Шенталь В. В., Пачес А. И. и др. Клинико-морфологические особенности распространенных форм рака кожи // Тезисы докладов VI Российской онкологической конференции. – М., 2002. – С. 121–127.
5. Andres M., Spori E., Krantz H., Matthaus W., Seiler T. Cry therapy of malignant eyelid tumors // Ophthalmologie. – 1992. – № 6. – P. 787–792.
6. Pass H. I. Photodynamic therapy in oncology: mechanisms and clinical // Ibid. – 1993. – Vol. 85. № 6. – P. 443–456.
7. Randle H. W. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient // Derm. surg. – 1996. – Vol. 22. № 3. – P. 255–261.
8. Schakowsky A. Irradiation of malignant melanomas eyelid with 125 plaque // Amer. j. ophthal. – 1990. – Vol. 110. № 1. – P. 277–287.
9. Scholda C. Treatment of basal cell carcinoma of the eyelid // Klin. monatsbl. augenheilkd. – 1990. – Vol. 197. № 6. – P. 527–530.

Поступила 27.09.2010

М. А. ЕНГИБАРЯН, И. В. ПУСТОВАЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОРБИТЫ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Отделение опухолей головы и шеи

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
Россия, 344029, г. Ростов-на-Дону, 14-я линия, 63. E-mail: mar457@mail.ru

Предложен новый способ протезирования орбиты. Изучена эффективность разработанного способа у 32 пациентов со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза после ликвидационных операций. Показаны улучшение эстетических результатов лечения и повышение качества жизни больных по окончании протезирования.

Ключевые слова: протезирование орбиты, ликвидационные операции, злокачественные опухоли.

М. А. ENGIBARJAN, I. V. PUSTOVAJA

OPTIMIZATION OF PROSTHETICS OF THE ORBIT AT PATIENTS WITH MALIGNANT TUMOURS AFTER LIQUIDATING OPERATIONS

Branch of tumors of a head and a neck FSI «Rostov research oncological institute Rosmedtehnology»,
Russia, 344029, Rostov-on-Don, 14 line, 63. E-mail: mar457@mail.ru

The new way of prosthetics of an orbit is offered. Efficiency of the developed way at 32 patients with malignant tumors of the additional device of an eye after liquidating operations is studied. Improvement of aesthetic results of treatment and improvement of quality of a life of patients upon termination of prosthetics is shown.

Key words: orbit prosthetics, liquidating operations, malignant tumors.