

стей цифрового моделирования и симулирования процессов радиотерапии. Осложнения лучевой терапии при увеличении продолжительности жизни пациентов становятся актуальными критериями оценки качества проведенного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

М.А. Енгибарян

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Известны и широко используются способы комбинированного лечения злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза, заключающиеся в проведении короткодистанционной или дистанционной гамма-терапии в конвенциональном режиме фракционирования по 2 Гр до СОД 40 Гр с операцией, выполняемой после стихания лучевой реакции. Существенным недостатком предоперационной лучевой терапии в традиционном варианте является длительный интервал между облучением и операцией, по мере удлинения которого свыше 2 недель в опухоли появляются митозы, появляется новая генерация опухолевых клеток и, таким образом, сводятся на нет все достижения предоперационного облучения. Наряду с этим, проведенная предоперационная лучевая терапия создает дополнительные технические трудности по ходу операции из-за развивающегося фиброза тканей в области вмешательства. Проведение послеоперационного облучения с целью улучшения результатов лечения лимитировано рядом факторов. Полноте реализации повреждающего действия лучевой терапии препятствуют воспалительные изменения в зоне операции, повышенная радиочувствительность нормальных тканей, возникающая вследствие развития в них процессов регенерации, неизбежно возникающие нарушения крово- и лимфообращения, и, как следствие, снижение радиочувствительности опухолевых клеток. В связи с обширностью хирургического вмешательства зачастую возникает необходимость тотального облучения орбиты с неизбежным попаданием в зону облучения глазного яблока, что не может не отразиться негативным образом на функционировании его структур. Дальнейший прогресс в лечении опухолей данной локализации, по нашему мнению, следует связывать с мерами, обеспечивающими максимальное подавление агрессии опухоли именно до начала оперативного лечения, что должно предотвратить диссеминацию и местное рецидивирование. Давно известно, что наибольшего прогресса можно достичь на стыке различных дисциплин и методов. Приняв это положение

за отправную точку наших рассуждений, мы пришли к выводу о предполагаемой большей эффективности при использовании всех трех основополагающих методов лечения в онкологии: хирургического, лучевого и химиотерапевтического. Причем, ожидаемый результат действия, которых будет слагаться не из простой суммы их эффектов, а все три составляющие разработанного нами способа лечения явятся дополняющими и потенцирующими друг друга.

Цель исследования: улучшение результатов комбинированного лечения злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза за счет модификации стандартной методики лечения.

Материал и методы.

Основную группу составили 30 больных со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза, находившиеся на лечении в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте с 1999 по 2010 г.г. Вследствие неоднократного рецидивирования и распространенности процесса этим пациентам было показано выполнение ликвидационной операции в объеме экзентерации орбиты. И, тем не менее, в надежде на успех нами была проведена попытка осуществления комбинированного органосохраняющего лечения по разработанному нами способу. Контрольная группа объединила 30 больных, которым была выполнена экзентерация орбиты с лучевой терапией по стандартной методике.

Всем больным, входящим в исследуемые группы, проводилось общеклиническое обследование, включающее общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование биохимических показателей крови, электрокардиографическое исследование. Осуществлялось комплексное офтальмологическое обследование: определение остроты зрения, полей зрения, исследование оптических сред глаза, тонометрия, прямая и непрямая офтальмоскопия. До начала лечения для исключения отдаленных метастазов выполнялось рентгенологическое исследование органов грудной клетки, а также ультразвуковое исследование органов брюшной полости. При подозрении на прорастание опухоли костных структур лицевого скелета для уточнения степени распространенности процесса выполняли рентгенологическое исследование предполагаемых пораженных костных структур на спиральном рентгеновском субсекундном компьютерном томографе ASTEON VR фирмы «TOSHIBA» с рабочей станцией VITREA-2.

Результаты и обсуждение.

Нами был разработан способ лечения злокачественных опухолей с использованием короткодистанционной рентгенотерапии и химиотерапии на фоне применения кортикостероидов. Способ осуществлялся следующим образом: за 1 час до сеанса лучевой терапии вводился 1 мл дипроспана суббульбарно, затем осуществлялось перитуту-

моральное введение 10 мг метотрексата, преинкубированного в 10 мл аутоплазмы при $t = 37^{\circ}\text{C}$ в течение 30 минут. Неoadьювантную лучевую терапию поглощенной на глубине 0,5 см очаговой дозой 20 Гр проводили через 1 час после радиомодификации, а операцию осуществляли не более чем через 24 часа после облучения. Ввиду короткого временного интервала, в течение которого реализовывались эффекты различных составляющих нашего многокомпонентного способа лечения, разграничить вклад каждого из них в отдельности не представлялось возможным. Поэтому нами оценивались как положительные, так и отрицательные моменты всего комплекса лечебных мероприятий в целом. Нами было произведено 30 операций по удалению злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза. Все операции носили расширенный характер – удаление опухоли производилось в пределах нескольких анатомических зон. Удаление опухоли в области внутреннего угла глаза и окружающих зон лица с резекцией верхнего и/или нижнего века и удаление внутриорбитального компонента опухоли было произведено 4 (13,3%) пациентам. Удаление опухоли в области внутреннего угла глаза и окружающих зон лица с резекцией верхнего и/или нижнего века и удаление внутриорбитального компонента опухоли с резекцией медиальной стенки орбиты – 16 (53,4%) больным. Удаление опухоли нижнего века и щеки с иссечением пораженной орбитальной клетчатки и надкостницы нижней орбитальной стенки произведено 7 (23,3%) пациентам. Одному больному (3,3%) ввиду распространенности процесса было выполнена тотальная резекция нижнего века, иссечение опухоли кожи и мягких тканей щеки с удалением передней стенки гайморовой пазухи в сочетании с субтотальной резекцией нижней стенки орбиты. В 2 (6,7%) случаях произведено удаление опухоли наружного угла глаза и окружающих зон лица со сквозной резекцией обоих век.

С целью пластического закрытия дефекта нами использовались перемещенные кожно-жировые лоскуты из смежных областей. В 12 (40%) случаях нами использовался один перемещенный лоскут, в 18 (60%) – для ликвидации дефектов век и тканей периокулярной области выкраивалось два кожно-жировых лоскута. Дефект конъюнктивы восстанавливался за счет свободной пластики лоскутом со слизистой щеки или нижней губы. Заживление послеоперационной раны вторичным натяжением наблюдалось только у 2 (6,7%) пациентов, первичным натяжением – у 28 (93,3%) больных. Послеоперационная летальность отсутствовала. Рецидивы опухоли отмечены нами у 4 (13,3%) человек основной подгруппы в течение первых 3 лет наблюдения. Двум пациентам выполнено удаление рецидивной опухоли. В двух случаях (6,7%) была выполнена экзенте-

рация орбиты. В дальнейшем рецидивов опухоли выявлено не было.

Таким образом, удалось провести органосохраняющее лечение у 28 (93,3%) пациентов. В контрольной подгруппе рецидивы диагностированы у 2 (6,7%) больных – через 2 года и через 5 лет после окончания специального противоопухолевого лечения. Им было выполнено повторное удаление рецидивной опухоли. Злокачественная опухоль придаточного аппарата глаза не явилась причиной смерти ни в одном случае. В основной подгруппе – двое больных умерло от причин не связанных с прогрессированием опухолевого процесса, 28 (93,3%) пациентов живы. В контрольной – умерло 3 пациента также от причин, не связанных с прогрессированием опухолевого процесса, 27 (90%) больных живы.

Таким образом, проведение комбинированного лечения злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза с использованием модифицированной рентгенотерапии в сочетании с радикальной операцией целесообразно. Выполнение радикального хирургического вмешательства, с предшествующим проведением рентгенотерапии в сочетании с локальной химиотерапией, для усиления эффекта которой использовалось суббульбарное введение дипроспана, позволило избежать удаления глазного яблока у 93,3% пациентов со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза, не ухудшая отдаленные результаты лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ВЕК

М.А. Енгибарян

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Короткодистанционная рентгенотерапия с присущими ей особенностями распределения энергии в тканях позволяет стойко излечивать опухоли век без существенных косметических и функциональных изменений и, что особенно важно без существенного ухудшения зрения. Безусловно, речь идет только о небольших, ограниченных опухолях, соответствующих символам T_1 и T_2 . Облучение же опухолей, развивающихся в области внутреннего угла глаз и медиальной трети нижнего века, сопряжено с рядом трудностей. Важность физиологических функций, выполняемых структурами внутреннего угла глаза, придает особое значение лечению новообразований, развивающихся в данной зоне. Наиболее грозным осложнением при включении в зону облучения области внутреннего угла глаза является частичное сужение или полная облитерация слезоотводящих путей. Значение же слезного аппарата в обеспечении адекватного функционированию органа зрения трудно переоценить. Слезные ор-