

УДК 617.76-006.46	UDC 617.76-006.46
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ВЕК И ГЛАЗНИЦЫ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	EXPERIENCE IN TREATMENT OF EYELIDS AND ORBIT TUMORS IN CHILDREN AND ADULTS
Трояновский Роман Леонидович – д.м.н., профессор	Troyuanovskyi Roman Leonidovich – MD, professor
ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия	SBIHC «Leningrad regional clinic hospital»; FSEA HE «Army Medical college after S. M. Kirov», St. Petersburg, Russia
Синявский Олег Алексеевич – к.м.н.	Sinyavskiy Oleg Alexeevich – MD
ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия	SBIHC «Leningrad regional clinic hospital», St. Petersburg, Russia
Солонина Светлана Николаевна	Solonina Svetlana Nikolaevna
ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия	SBIHC «Leningrad regional clinic hospital», St. Petersburg, Russia
Головин Александр Сергеевич	Golovin Alexandr Serheevich
Радиохирургический центр Международного института биологических систем имени С. М. Березина, Санкт-Петербург, Россия	Radio-surgical centre of International institute of biological systems after S. M. Beresin, St. Petersburg, Russia
Тибилев Андрей Валерьевич	Tibilov Andrei Valerievich
ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия	SBIHC «Leningrad regional clinic hospital», St. Petersburg, Russia
Антипова Юлия Николаевна – к.м.н.	Antipova Yulia Nikolaevna – MD
ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница», Краснодар, Россия	SBIHC «Region children clinic hospital», Krasnodar, Russia
Колобов Тарас Владимирович	Kolobov Taras Vladimirovich
ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница», Краснодар, Россия	SBIHC «Region children clinic hospital», Krasnodar, Russia
Масько Дмитрий Иванович	Masko Dmitriy Ivanovich
ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница», Краснодар, Россия	SBIHC «Region children clinic hospital», Krasnodar, Russia
Салаев Хаган Афганович	Salaev Hagan Afganovich
ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия	SBIHC «Leningrad regional clinic hospital», St. Petersburg; Russia
Медников Сергей Николаевич	Mednikov Sergei Nikolaevich
ГКУЗ «Ленинградское областное патологоанатомическое бюро», Санкт-Петербург, Россия	SKIHC «Leningrad regional pathologo-anatomic bureau», St. Petersburg, Russia
В работе представлен опыт лечения опухолей и опухолеподобных заболеваний органа зрения у детей и взрослых с локализацией процесса преимущественно в области век и глазницы. Клинические наблюдения, проведенные на базах офтальмологических отделений крупных многопрофильных	The article presents the experience of treatment of tumors and tumor-like diseases of organ of vision in children and adults. The localization of damage was in eyelid and orbit predominantly. The clinic studies were performed in ophthalmologic departments of regional multi-sectoral medical institutes. These studies were

<p>региональных медицинских учреждений, стали основой исследований. Выбор сроков и объема оперативного вмешательства, особенно при быстро растущих опухолях с ухудшением зрительных функций и косметическими последствиями, остается проблемным для больного и родственников. Особое внимание в работе уделяется лечению карцином век с прорастанием в орбиту. Неадекватные первичные вмешательства, в том числе криодеструкция и лучевая терапия, часто оказываются причиной осложненного течения онкологических заболеваний век и глазницы. Авторы делятся 10-летним опытом лазерной эксцизии опухолей век и глазницы у 72 больных с относительно низкими показателями продолженного роста (5,3 %). Этот метод оказался эффективным в запущенных случаях, осложненных прорастанием в глазницу, и при многократном хирургическом и других методах лечения.</p>	<p>the basis of researches. A big problem for patients and their relatives is the choice of the term and extent of operation especially in quick tumor growth with aggravation of vision functions and cosmetic effects. A special attention is given to eyelid carcinomas with invasion to orbit. The causes of complicated oncology of eyelid and orbit are inadequate primary care as cryodestruction and X-ray therapy. The authors displayed their 10-years experience of laser excision of eyelid and orbit tumors in 72 patients with relatively low indices of continuous growth (5.3 %). The method had high efficacy in neglected cases complicated of invasion to orbit and in repeated operations and other methods of treatment.</p>
<p>Ключевые слова: БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК, ОПУХОЛИ ВЕК И ОРБИТЫ, ЛАЗЕРНАЯ ЭКСЦИЗИЯ</p>	<p>Key words: BASAL CELL CARCINOMA, TUMORS OF EYELID AND ORBIT, LASER EXCISION</p>

Новообразования органа зрения составляют 4,3 % всех опухолей (7 случаев на 100000 населения), из них доброкачественные – 43 %, злокачественные – 57 %.

Пациенты с доброкачественными новообразованиями органа зрения составляют 0,2–1,2 %; со злокачественными новообразованиями – 1,5–3,5 % стационарных больных с патологией органа зрения, а также 0,14–0,35 % амбулаторных больных с патологией органа зрения [4, 14].

Локализация новообразований органа зрения у взрослых пациентов: веки и конъюнктивы – 37,3–56 %; внутриглазная – 34,2–33 %; орбита – 28,5–11 %. У детей она имеет свои особенности: веки – 17,8 %; глазное яблоко – 11,2 %; внутриглазные – 44,7 %; орбита – 26,3 % [4, 7, 14]. Структура опухолей и опухолеподобных заболеваний глаз у детей и взрослых, методы диагностики и лечения, контроль течения и динамики процесса, особенности взаимодействия с родственниками существенно отличаются. Многолетний опыт лечения опухолевых и опухолеподобных заболеваний органа зрения (2–2,5 % больных) в офтальмологических отделениях региональных многопрофильных медицинских учреждений для детей и взрослых обязывает поэтапно, в режиме коллегиального общения обратиться к этой теме.

Цель: проанализировать результаты лечения новообразований век и глазницы и профилактику осложнений на основе клинических примеров.

Материал и методы

Представлена серия клинических случаев хирургического лечения новообразований век и глазницы у детей и взрослых, находившихся на лечении в офтальмологических отделениях ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» (г. Санкт-Петербург) и ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» (г. Краснодар). Хирургический метод лечения

подбирали индивидуально в зависимости от вида диагностированной опухоли, ее локализации и распространенности и с указанием в описании конкретного представленного случая.

Результаты

У детей сосудистые доброкачественные новообразования являются наиболее частым событием на лице и веках в виде гемангиом капиллярных, кавернозных и реже ветвистых (рацемозных) [4, 7, 14]. В процессе наблюдения выбирается способ лечения на основе комбинации методик (рисунки 1–6).

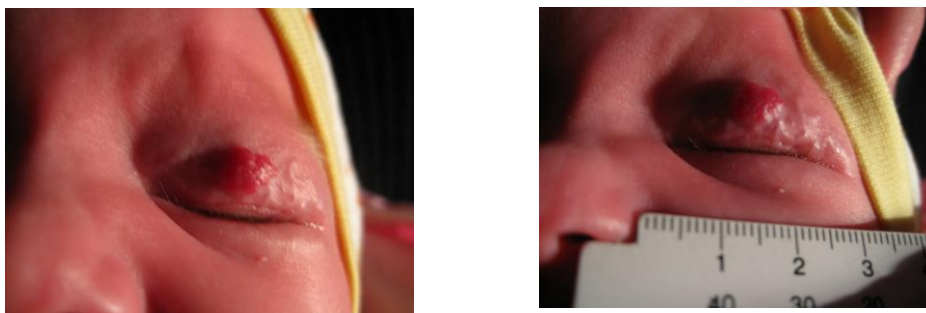


Рисунок 1 – Гемангиома верхнего века (крио- и медикаментозное воздействие)



Рисунок 2 – Гемангиома верхнего века (динамическое наблюдение)



Рисунок 3 – Гемангиома (динамическое наблюдение)

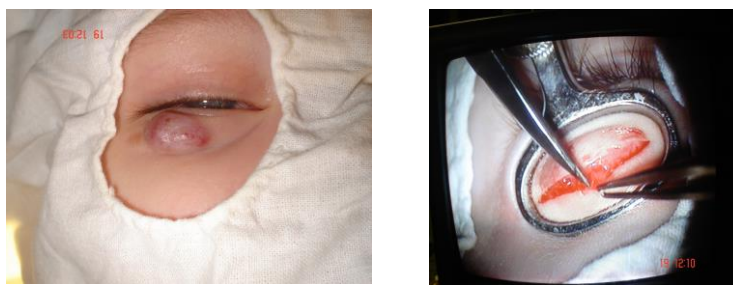


Рисунок 4 – Пациент П., 6 лет. Гемангиома нижнего века (инструментально-лазерная эксцизия)

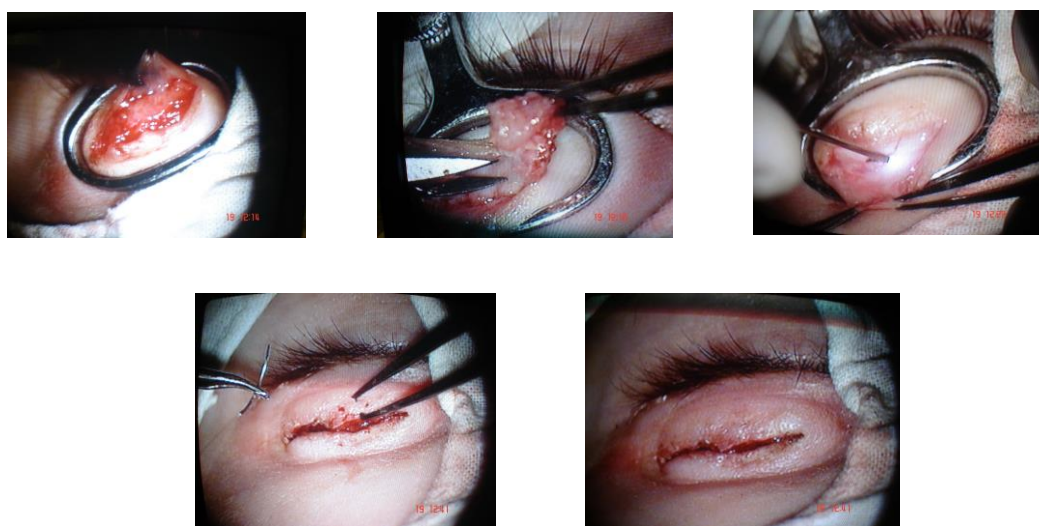


Рисунок 5 – Пациент П., 6 лет. Продолжение: гемангиома нижнего века, инструментально-лазерная эксцизия (этапы операции). Лазерная коагуляция проводилась неконтактно, активация поглощения энергии с помощью ресницы (волоска), помещенной в рану, практически в ложе опухоли (2006)

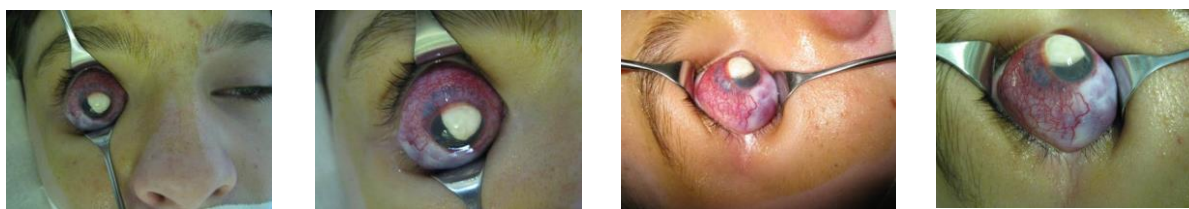


Рисунок 6 – Пациент В., 15 лет. Рацемозная гемангиома ОД. Терминальная болящая глаукома, осложненная катаракта (молодой человек пришел в больницу с просьбой «удалить глаз»). Из анамнеза – в 11-месячном возрасте родители категорически отказались от предложенного медикаментозного и хирургического лечения

Многолетний опыт применения для лазерной коагуляции диодного лазера (диапазон ближнего инфракрасного излучения – в частности 810 и 930 нм и др.) в лечении обширных невусов и папиллом кожи век, конъюнктивы, склеры [2, 9, 10] убеждает в надежности отечественных и зарубежных систем, удобстве и относительной безопасности их применения.

Клинический пример 2009 г. неороговевающей папилломы конъюнктивы глазного яблока и век правого глаза. Проведена лазерная эксцизия (рисунок 7).

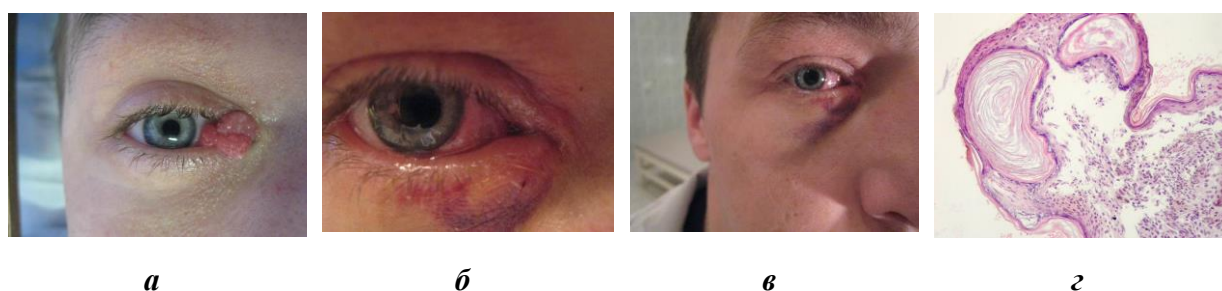


Рисунок 7 – Пациент К., 28 лет. Плоскоклеточная папиллома конъюнктивы век и глазного яблока: *а* – до лазерной эксцизии; *б, в* – после лазерной эксцизии; *г* – патогистологическое исследование удаленной папилломы (10 кусочков от 0,8–0,2 см; МК № 24489) Заключение: плоскоклеточная папиллома

Опухоли, относящиеся к нервной системе, включают глиомы зрительного нерва; нейрофибромы; менингиомы и шванномы. Глиомы зрительного нерва встречаются редко, обычно это доброкачественные опухоли, которые случаются у детей преимущественно в первой декаде жизни. Злокачественные глиомы зрительного нерва (глиобластомы) очень редки, чаще поражают мужчин среднего возраста, первые симптомы напоминают оптический неврит. Они быстро прогрессируют и приводят к слепоте и смерти.

В 25–50 % случаев глиомы зрительного нерва ассоциированы с нейрофиброматозом. Главная клиническая особенность – это постепенный, безболезненный, односторонний аксиальный экзофтальм, сопровождающийся падением зрения и афферентным зрачковым дефектом. Другие

симптомы: атрофия зрительного нерва, отек диска зрительного нерва, косоглазие. Почти в половине случаев в глиому зрительного нерва вовлекается хиазма [7, 12, 15]. Интракраниальный процесс может проявляться снижением функции гипоталамуса и гипофиза.

Медленный минимальный рост глиомы зрительного нерва, относительная сохранность функций, проявления нейрофиброматоза иногда склоняют к заключению, что это доброкачественная гамартома. Однако кистовидное поражение зрительного нерва может случиться без истинного клеточного роста. Микроскопически доброкачественные опухоли у детей обычно рассматриваются как ювенильные пилоцитарные астроцитомы. Глиомы зрительного нерва, возникающие у пациентов с нейрофиброматозом, часто пролиферируют в субарахноидальном пространстве; а случающиеся без нейрофиброматоза обычно расширяются в зрительном нерве без инвазии в твердую мозговую оболочку [12, 14, 15].

Глиома зрительного нерва диагностируется методами компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ и МРТ), выявляющими веретенообразное расширение зрительного нерва. Исследование МРТ позволяет максимально точно определить протяженность поражения в зрительном канале и интракраниальной порции зрительного нерва.

Лечение глиомы зрительного нерва спорное. Несмотря на то, что большинство случаев остаются стабильными или прогрессируют достаточно медленно, не стоит исключать агрессивное течение. План лечения должен быть тщательно индивидуализирован. Следует учесть ряд обстоятельств. Во-первых, предполагаемая глиома зрительного нерва, особенно с хорошим зрением на пораженной стороне, может быть наблюдаема, если радиографическое доказательство характеризует этот тип опухоли, и она недвусмысленно находится в пределах глазницы. Во-вторых, упорные пе-

риодические обследования и радиографические исследования (МРТ, КТ или оба) должны быть выполнены с регулярными интервалами.

Хирургическое иссечение. Многие пациенты сохраняют хорошее зрение долгие годы, и им хирургическое вмешательство не требуется. Однако если опухоль растет быстро, то для предупреждения ее инвазии в хиазму требуется хирургическая эксцизия, чтобы получить свободный от опухоли хирургический край. Даже если опухоль медленно увеличивается и остается в глазнице, зияние роговицы и косметика могут стать показанием для хирургической эксцизии. Интракраниальный доступ должен быть применен, если опухоль достигла вершины глазницы и поражает интраканаликулярную часть зрительного нерва в костном канале. Удаление через интракраниальный доступ также показано во время начальной диагностики или после короткого периода наблюдения, если опухоль включает интракраниальную порцию зрительного нерва между костным каналом зрительного нерва и хиазмой. Полная эксцизия возможна, если опухоль заканчивается в 2–3 мм от хиазмы. Эксцизия может потребоваться, если глиома вызывает увеличение внутричерепного давления [7, 12, 14, 15].

Лучевая терапия на начальном этапе предполагается, если опухоль не может быть резецирована (обычно повреждены хиазма или тракт) и если прогрессируют неврологические симптомы. Потребность в послеоперационном облучении возникает при росте опухоли и поражении хиазмы и оптического тракта. Для детей с неполным развитием глазницы облучение обычно используется как последнее средство. Комбинированная химиотерапия, в ходе которой используются актиномицин D и винкристин, представляется как эффективная у пациентов с прогрессирующими хиазмально-гипоталамическими глиомами. Химиотерапия может отсрочить применение лучевой терапии, способствовать увеличению длительности периода

оптимального интеллектуального развития и сохранению эндокринологических функций у детей.

Таким образом, лечебный план должен быть тщательно индивидуализирован. Решения основаны на характере опухолевого роста, протяженности вовлечения зрительного нерва и хиазмы, определенной клинической и радиографической оценке, обусловлены остротой зрения обоих глаз. Имеет значение наличие или отсутствие сопутствующих неврологических или системных заболеваний и предшествующей терапии [1, 7, 12, 15].

Если опухоль не достигла вершины глазницы, а функции стабильны, то можно продолжить динамическое наблюдение и в ряде случаев применить системно кортикостероиды. При плотном заполнении вершины мышечной воронки, экзофтальме, расстройстве поля зрения следует прибегать к хирургическому лечению (рисунки 8–10).

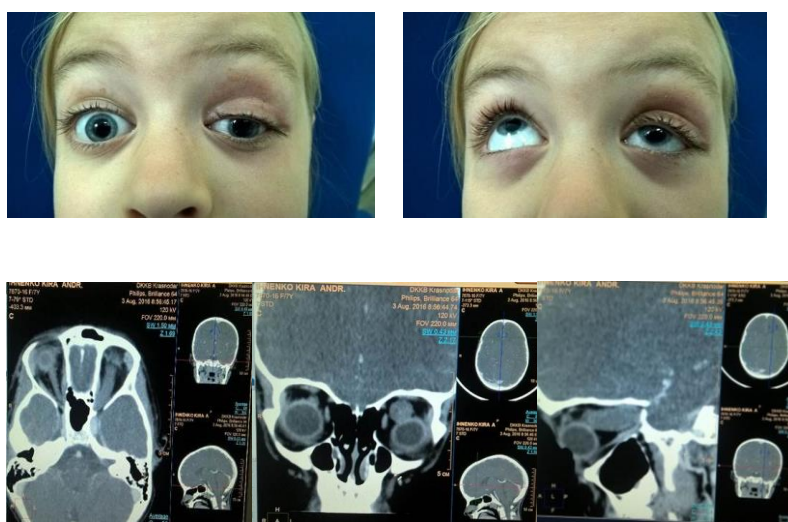


Рисунок 8 – Пациентка И. К., 10 лет. Пилоцитарная астроцитома зрительного нерва OS. Внешний вид глаза и результаты компьютерной томографии орбит

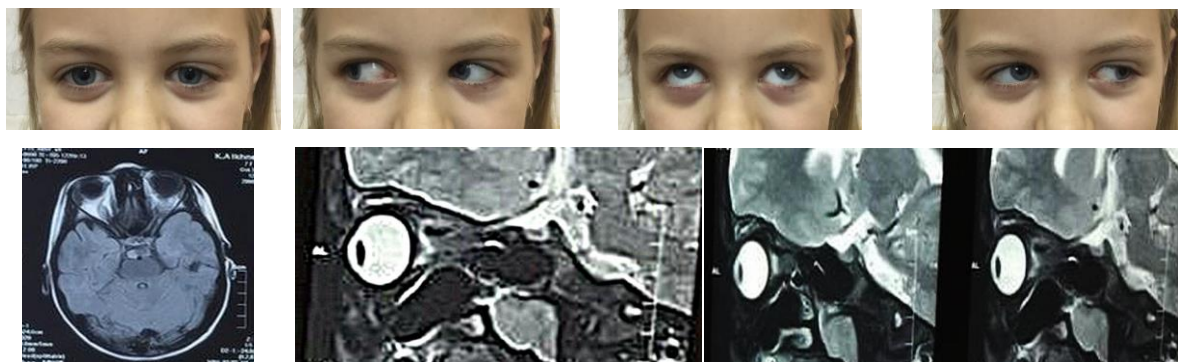


Рисунок 9 – Пациентка И. К., 11 лет. Пилоцитарная астроцитома зрительного нерва OS. Внешний вид глаза и результаты компьютерной томографии орбит после орбитотомии и удаления опухоли



Рисунок 10 – Пациентка М., 11 лет. Катамнез 5 лет после удаления менингиомы зрительного нерва OD. Нежный кожный рубец у наружного угла век

Рабдомиосаркома возникает из недифференцированных плюрипотенциальных мезенхимальных клеток мягких тканей орбиты (рисунок 11). Они сгруппированы в четыре категории. В глазнице в 80 % встречается эмбриональный тип рабдомиосаркомы. Веретенообразные клетки формируют пучки с характерной исчерченностью. Прогноз для жизни благоприятный – 94 %. Успехи комбинированной терапии обнадеживают [7, 14].

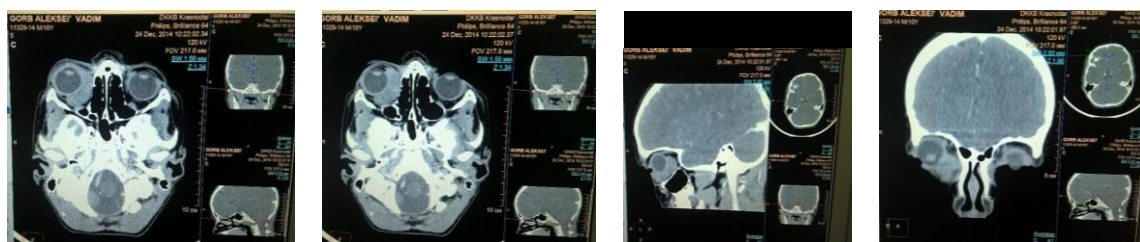


Рисунок 11 – Пациентка Г. А., 10 лет. Рабдомиосаркома OD. Выполнена трансконъюнктивная орбитотомия (2014), проводится полихимиотерапия. Через два года Vis OU = 1,0. Поле зрения нормальное

Новообразования век, особенно злокачественные опухоли век у взрослых, существенно влияют на качество жизни, а орбитальные осложнения могут создать угрозу жизни, особенно в случаях неадекватного оперативного лечения, при запущенных опухолях, при пластических опухолях, склонных к инфильтративному росту. В таких случаях может потребоваться экзентерация глазницы. Смертность от базальноклеточной карциномы вспомогательных органов глаза составляет 3 %. У подавляющего большинства больных, умерших от базальноклеточной карциномы, заболевание начиналось в области углов глазной щели после лучевой терапии, в части случаев оно изначально было клинически запущенным [5, 8, 11, 13]. Базальноклеточный рак (БКР, базалиома) – наиболее распространенный тип рака кожи век, составляющий 90–95 % злокачественных опухолей век. Базалиомы чаще расположены на краю нижнего века (50–60 %) и около медиальной спайки (25–30 %). Реже они случаются на верхнем веке (15 %) и у наружной спайки (5 %). На плоскоклеточный рак (ПКР) кожи век приходится 5–9 % злокачественных опухолей век. Аденокарцинома слезных желез составляет 0,8 % опухолей век.

Узловая базальноклеточная карцинома – наиболее частое клиническое проявление БКР: плотный, возвышающийся узелок, который окружен телеангиэктазией и может иметь изъязвление. Наиболее агрессивно растущей является базальноклеточная карцинома пластического или фиброзного типа. Поражения этой опухолью могут быть плотными и слегка приподнятыми (выступающими). Края опухоли иногда остаются незамеченным при клиническом исследовании. БКР может быть подобен хроническому воспалению края века и часто связан с потерей ресниц. Мультицентрическая или поверхностная базальноклеточная карцинома может быть ошибочно принята за хронический блефарит и незаметно распространиться

вдоль края века. Методы лечения БКР: хирургический, криодеструкция, лазерный, фотодинамический, лучевой, медикаментозный (рисунки 12–23).

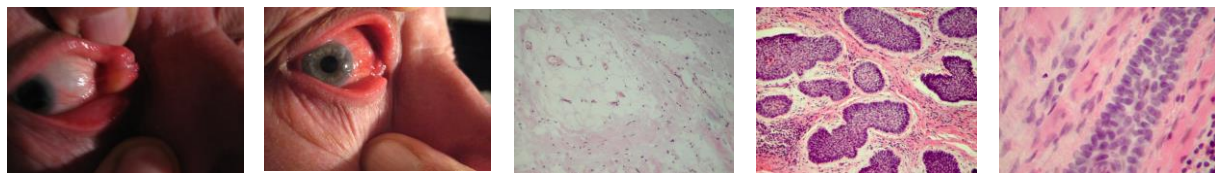


Рисунок 12 – Больная К., 70 лет, фибролипوما; БК. Фибролипوما ($\times 100$); БКР инвазия в межмышечное пространство ($\times 400$), базальноклеточный рак солидного строения ($\times 100$)

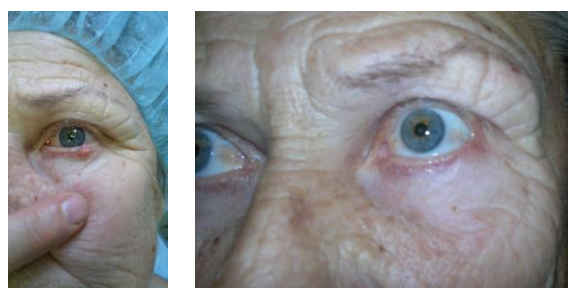


Рисунок 13 – Пациентка М., 77 лет, до и после операции (солидный базальноклеточный рак)



Рисунок 14 – Пациентка А., 62 года. Гидроцистома, рецидив

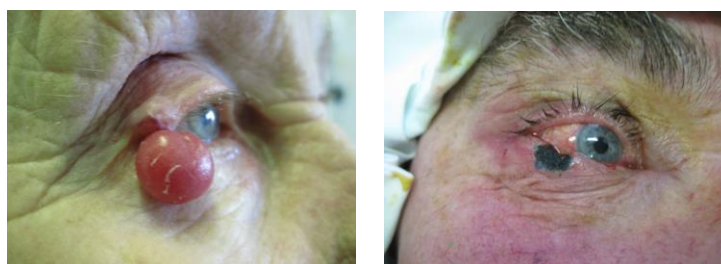


Рисунок 15 – Больная К., 79 лет. Базальноклеточный рак до и после операции

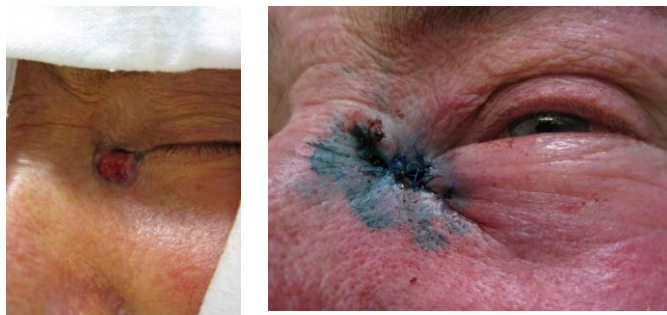


Рисунок 16 – Пациентка В., 75 лет. Базальноклеточный рак, пластика местными тканями после лазерной эксцизии

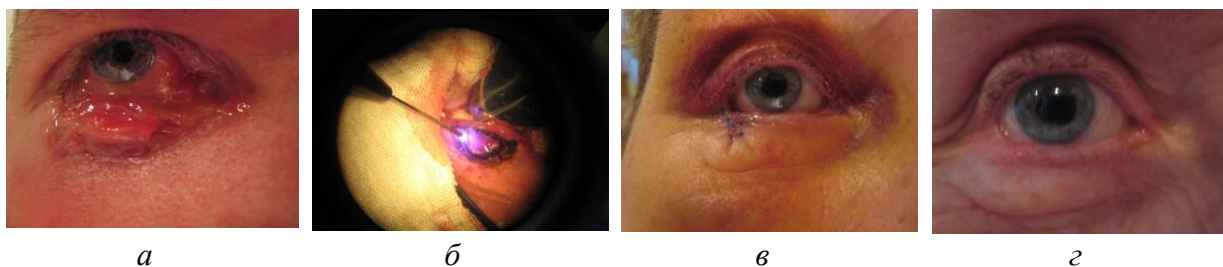


Рисунок 17 – Пациентка Р., 61 года. Базальноклеточный рак, солидный вариант с изъязвлением: *а* – вид глаза до операции; *б* – лазерная эксцизия базальноклеточного рака; *в* – в процессе снятия швов; *г* – через 5 лет

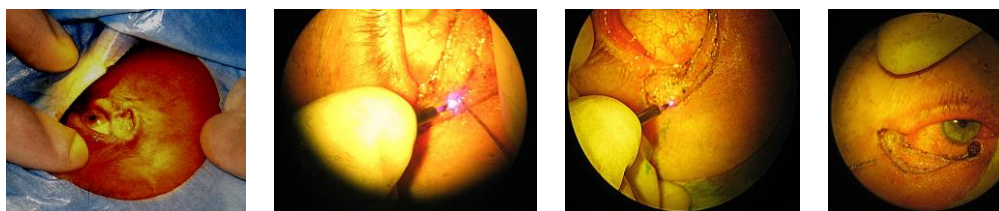


Рисунок 18 – Пациентка З., 62 лет. Базальноклеточный рак. Этапы неконтактной и контактной лазерной эксцизии, карбонизации раневого ложа

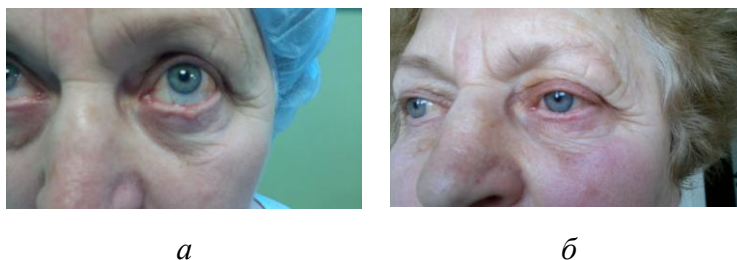


Рисунок 19 – Пациентка Ц.В.Ф., 68 лет. Базальноклеточный рак: *а* – до операции; *б* – через 2,5 года после операции

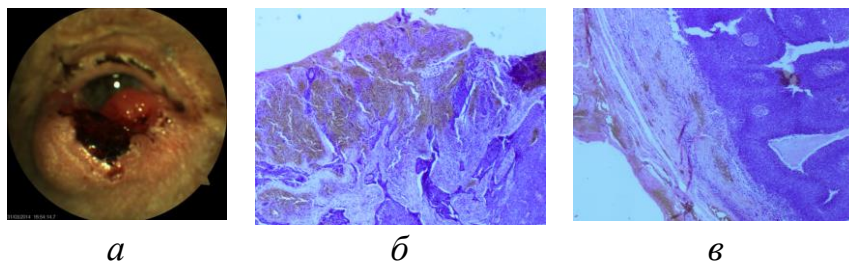


Рисунок 20 – Пациент Т.В.М., 88 лет: *а* – внешний вид глаза до операции: край резекции, опухолевый рост быстрый (около 8 месяцев), разрушение века и нижнего свода. Лазерная эксцизия опухоли. Карбонизация раневого ложа. Пластика местными тканями и аллоплантом конъюнктивы; *б*, *в* – патогистологическое исследование – порокарцинома

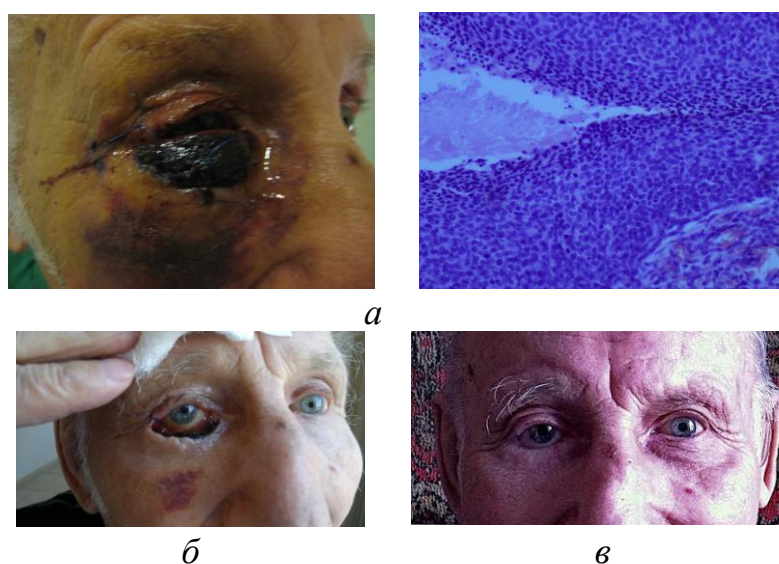
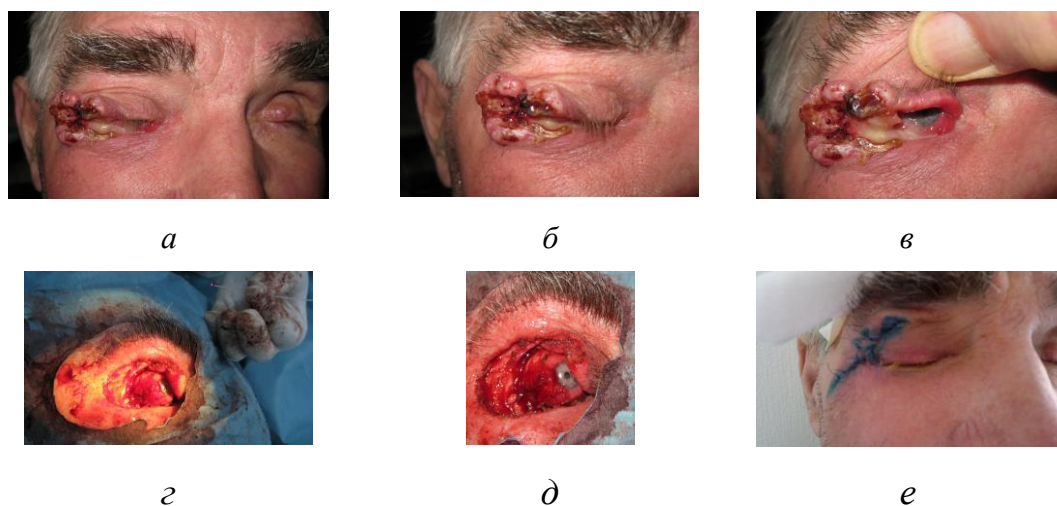


Рисунок 21 – Пациент Т.В.М., 88 лет: *а* – после операции; *б* – через месяц после операции, *в* – через 2,5 года (в 90 лет) – лекальный контур края нижнего века





Ж

З

Рисунок 22 – Пациент К. В., 78 лет: *а, б, в* – базальноклеточный рак век на единственном зрачке с открытоугольной 2–3 а-в глаукомой OD, с прорастанием в ткани и стенки глазницы. За год до поступления подвергался лучевой терапии 61 Гр.; *г, д* – этапы операции: в ходе инструментально-лазерной эксцизии удалены разрушенные ткани сводов, пораженные структуры нижнего края глазницы; пластика аллоплантами конъюнктивы; *е* – после операции; *ж, з* – через 4 месяца после операции

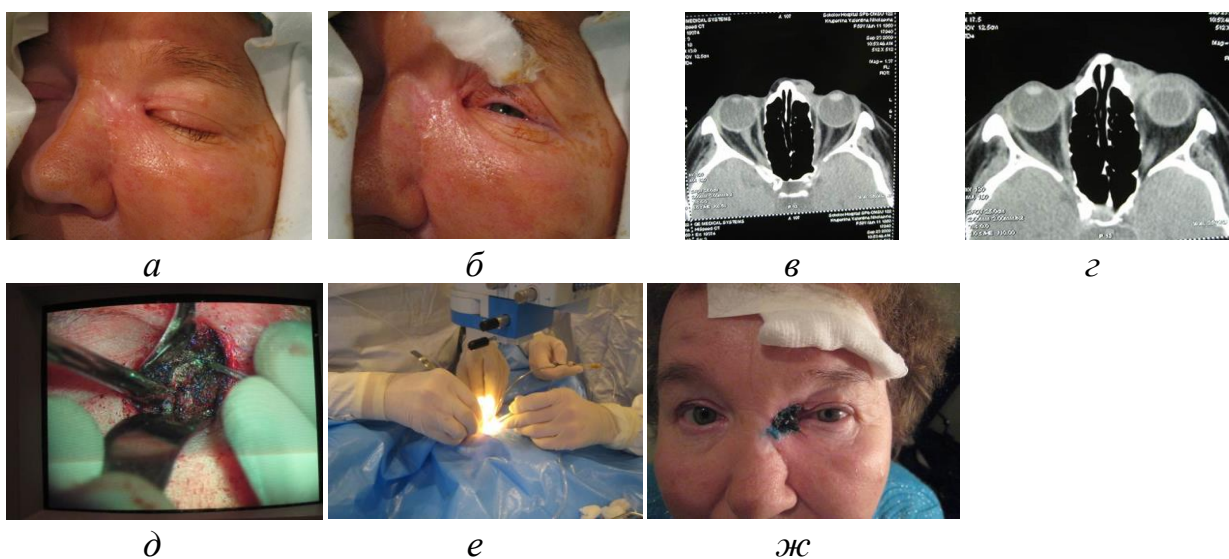
*а**б**в**г**д**е**ж*

Рисунок 23 – Пациентка К., 62 лет. Базальноклеточный рак век левого глаза с прорастанием вдоль внутренней стенки глазницы (продолженный рост). Болеет около 8 лет. Многократно оперирована – криодеструкции: *а, б* – вид до операции; *в, г* – компьютерная томография орбит до операции. Трижды (в 2009, 2011 и 2012) выполнена орбитотомия с иссечением лазером тканей продолженного роста в области верхне-внутреннего угла глазницы; *д, е* – лазерная эксцизия с последующей карбонизацией ложа; *ж* – вид после операции

Используя лазерную эксцизию (ЛЭ) продолженно растущей опухоли мягких тканей медиального угла век, а также тканей вдоль внутренней стенки глазницы, операцию начинали в пределах здоровой кожи.

Достигнув надкостницы, освобождали область блока, медиальную связку век, подвергая карбонизации костное ложе, и, вылушивая инфильтративно растущие ткани, мы невольно вторгались в них. При этом разрушение ткани имело вид «белого плавления» (разжижения), отличаясь от разрушения, коагуляции и карбонизации непораженных структур. Используя для разделения тканей непрерывное лазерное излучение (810 нм; мощность 1200–1500 мВт), мы получаем абластику в разрезе и через секунду экспозиции – в 1 мм от края разреза за счет повышения температуры до 46–50 °С (локальная гипертермия). Абластика лазерного рассечения позволяет уменьшить объем иссечения непораженной (здоровой) ткани. Это облегчает пластику и содействует сохранению зрительной функции (рисунки 24–29).

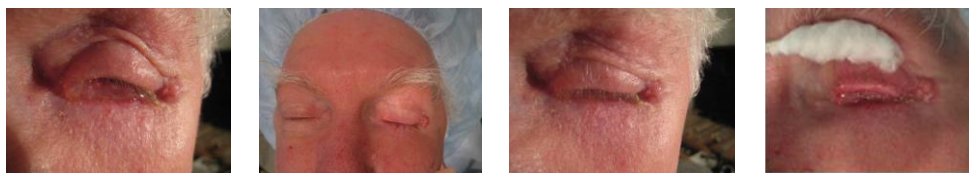


Рисунок 24 – Пациент Ш. Е., 81 года. Базальноклеточный рак век левого глаза (OS) с прорастанием в глазницу и поражением нижнего свода, наружных мышц, с вращением в склере и лимб левого глазного яблока (продолженный рост). Из анамнеза: в течение нескольких лет применялась криодеструкция базалиомы нижнего века OS

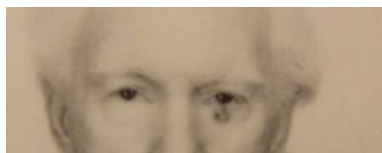


Рисунок 25 – Больной Ш. Е., 75 лет. Базальноклеточный рак, поражение нижнего века. Период криодеструкции (фото из документа)

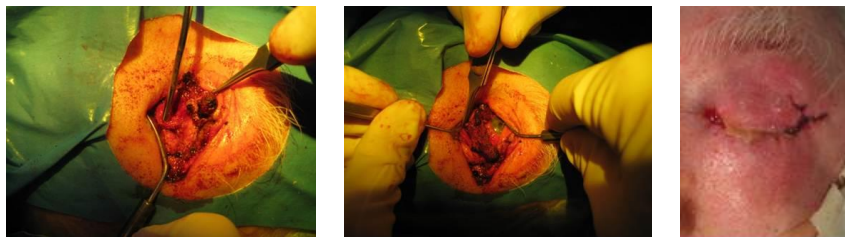
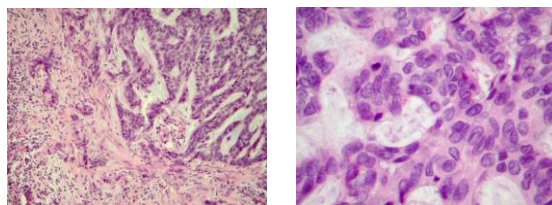


Рисунок 26 – Пациент Ш. Е., 81 года. Операция 20.11.2009 – лазерная орбитотомия с эксцизией базалиомы век, структур сводов, конъюнктивы, перибульбарных тканей, пластикой нижней прямой мышцы, сводов и век левого глаза (OS). Подготовка к пластике



a

б

Рисунок 27 – Пациент Ш. Е., 81 года. Патогистологическое исследование операционного материала: *a* – базальноклеточный рак, солидно-аденоидное строение ($\times 100$); *б* – высокая митотическая активность ($\times 400$). Окраска гематоксилин-эозином



Рисунок 28 – Пациент Ш. Е., в возрасте 82 лет. Формируется симблефарон



Рисунок 29 – Пациент Ш. Е., в возрасте 86 лет. Симблефарон. Через 5 лет базальноклеточного рака – продолженный рост базалиомы нижнего века OS. Операция: лазерная эксцизия базалиомы нижнего века с пластикой местными тканями на левом глазу (OS). 17.12. 2014 – заживление гладкое, наблюдение более двух лет

Пациент К. С., 82 лет, болен около 8 лет (с 1999 г.). Многократно оперирован в челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) и в офтальмологических отделениях по поводу базальноклеточного рака век OS. В 2004 г. облучение 41 Гр; ухудшение состояния OS случилось в 2007 г. Хирургическое лечение – удаление содержимого левой глазницы, ее дна и скуловой кости и взятие тканей краев раны для оценки абластики проведены 12.10.2007 и 20.10.2007. Наблюдение составляло 8 лет. Больной умер от инсульта в августе 2015 г. на 91 году жизни. Этапы лечения и патогистологическая картина представлены на рисунке 30.

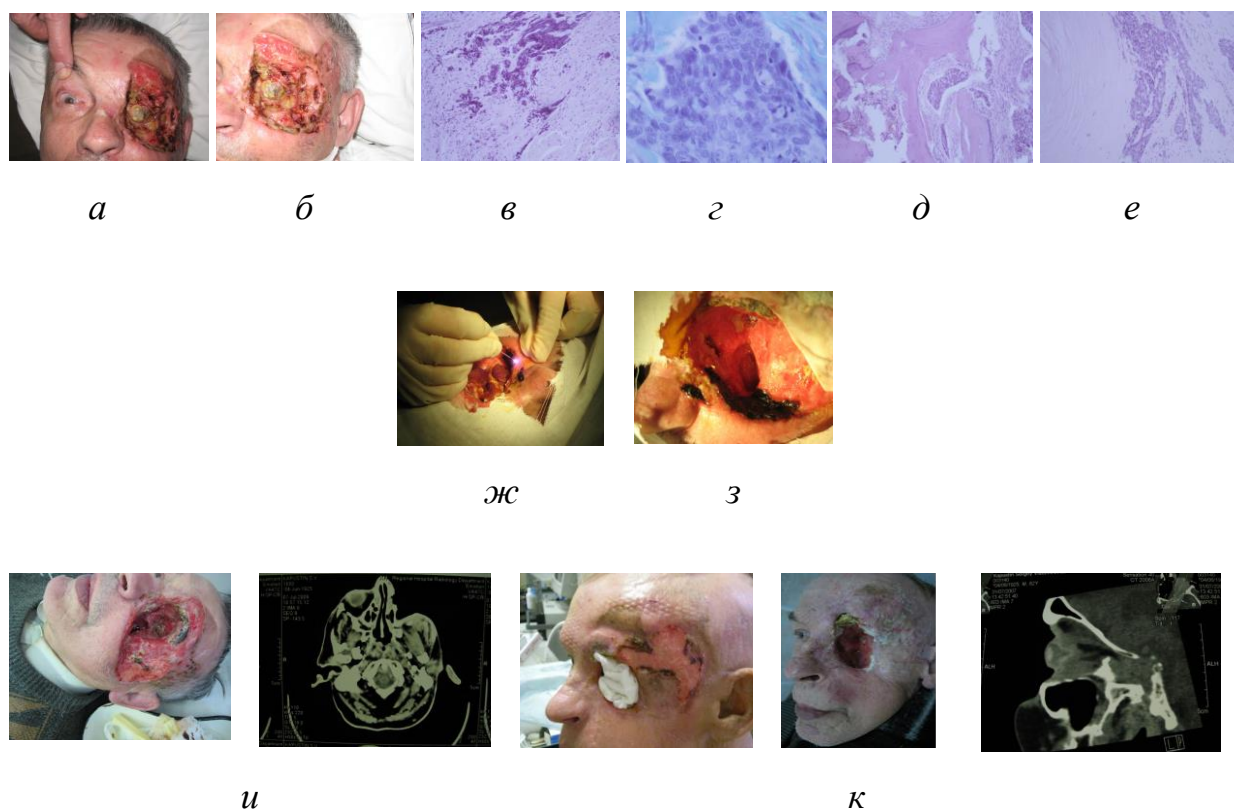


Рисунок 30 – Пациент К. С., 82 года, плоскоклеточный рак: *а, б* – разрушение оболочек OS, мягких тканей и частично стенок глазницы 12.10.2007; *в* – инвазивный рост ($\times 100$, гематоксилин-эозин); *г* – клеточная атипия, патологические митозы ($\times 400$, альциановый синий); *д* – инвазия в костную ткань ($\times 100$, гематоксилин-эозин); *е* – инвазия в склеру ($\times 100$, гематоксилин-эозин); *ж, з* – повторное взятие тканей на патогистологическое исследование и ЛК; *и* – после повторного взятия тканей и ЛК 20.10.2007; *к* – в 2008–2009 – лучевая терапия

Пациент Т. А., 75 лет, болен около 6 лет (9.06.2008) (рисунки 31–33).

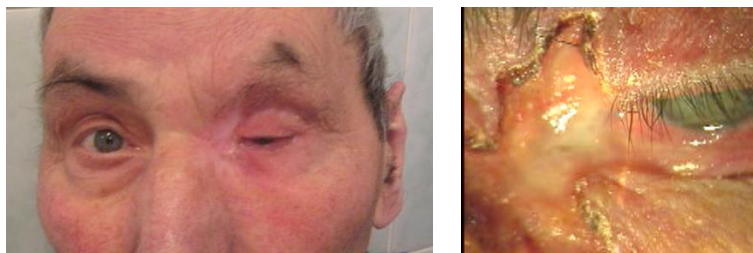


Рисунок 31 – Пациент Т. А., 75 лет. Продолженный рост базальноклеточного рака внутреннего угла век с прорастанием в область внутренней стенки глазницы, сводов конъюнктивы и склеры ниже-внутреннего квадранта левого глазного яблока после хирургической эксцизии, пластики и лучевой терапии. Болен около 6 лет (9.06.2008)

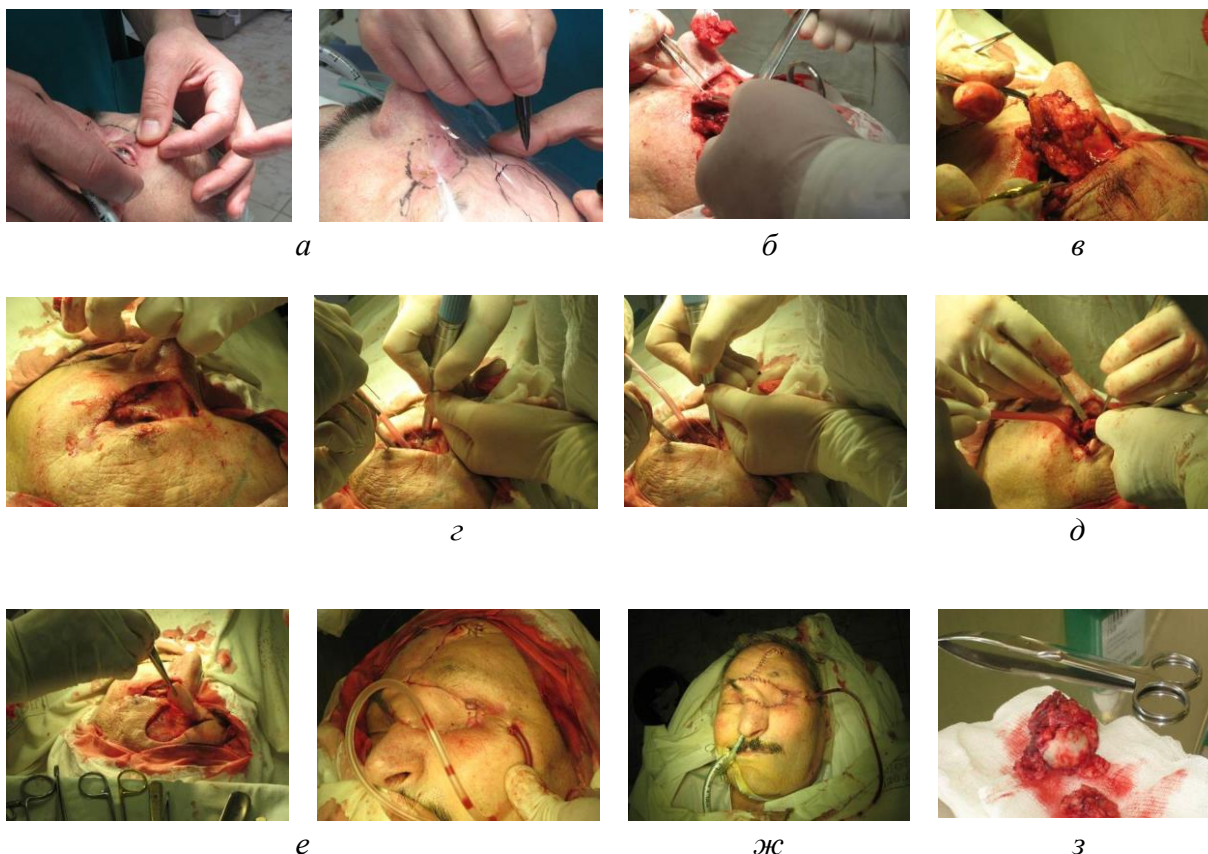


Рисунок 32 – Пациент Т. А., 75 лет (09.06.2008). Этапы операции эксцизии продолженно растущей опухоли, мягких тканей медиального угла век, нижнего века, 4/5 верхнего века, тканей сводов, надкостницы внутренней и нижней стенок глазницы, костного блока внутренней стенки глазницы, энуклеация левого глазного яблока:
a – маркировка кожных разрезов. Обработка операционного поля бетадином. Анестезия: эндотрахеальный наркоз; *б* – в 8–10 мм от краев зоны роста опухоли,

в пределах здоровых тканей произведен разрез до надкостницы по всему периметру глазницы; *в* – надкостница отсепарована вдоль нижней и внутренней стенок глазницы, единым блоком вместе с веками, тканями сводов и глазным яблоком ткани удалена; *г* – гемостаз; *д* – медиальная часть костной стенки глазницы, начиная от орбитального края и до задней трети глазницы, иссечена единым блоком; *е* – массив оставшихся мягких тканей мобилизован и фиксирован тремя направляющими швами викрил 3/0 к внутренней стенке глазницы; *ж* – для закрытия раневой поверхности выкроен кожный лоскут в области лба, лоскут перемещен и подшит внутрикожными швами викрил 3/0. Узловые и обвивные швы на кожу пролен 4/0. Трубка активного дренажа установлена и фиксирована у наружного края глазницы. Туалет швов. Легкая давящая асептическая повязка; *з* – препарат: блок тканей, включающий глазное яблоко, основной массив опухоли, веки и конъюнктиву. Лигатурой отмечена наиболее важная часть препарата

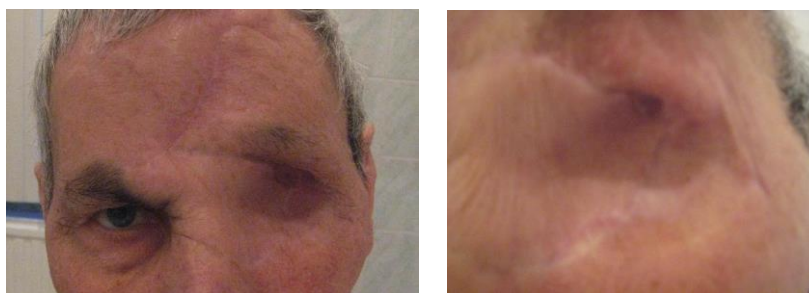


Рисунок 33 – Пациент Т. А., в возрасте 82 лет – 7 лет после операции

Использованию лазерной эксцизии (ЛЭ), как важного этапа в хирургическом лечении карцином век, особенно запущенных, осложненных прорастанием в глазницу, многократно подвергавшихся хирургическому и другим методам лечения у 72 больных посвящена заключительная часть нашего сообщения (рисунки 34–37).



Рисунок 34 – Пациентка Р. Н., 69 лет. (2010). Аденокарцинома OS.
До операции и после инструментально-лазерной эксцизии

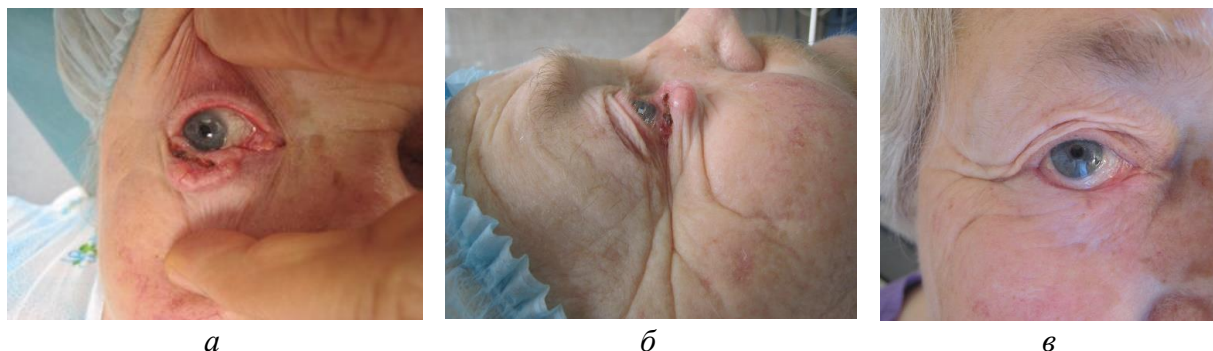


Рисунок 35 – Пациентка Ф., 76 лет. Базальноклеточный рак век, солидно аденоидный вариант с нодулярным ростом: *а, б* – вид глаза до операции; *в* – вид глаза после операции

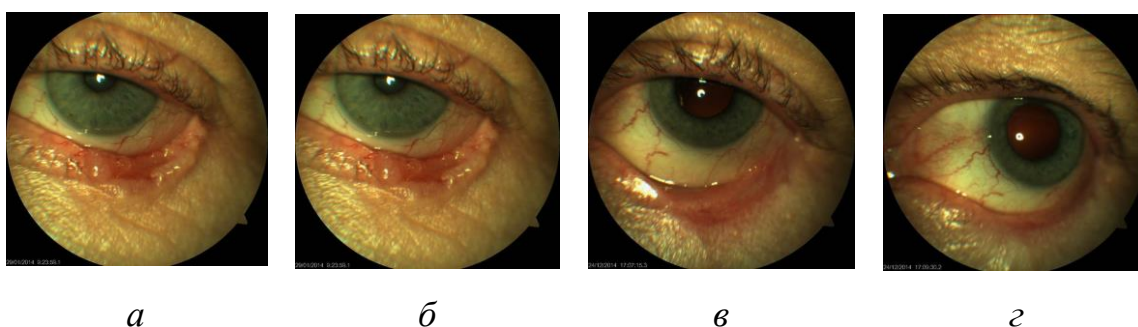


Рисунок 36 – Пациент К. В., 64 лет. Базальноклеточный рак наружной половины нижнего века с поражением свободного края и конъюнктивы левого глаза (OS): *а, б* – OS до операции; *в, г* – через три года после лазерной эксцизии и пластики местными тканями

В описании клинических примеров представлены некоторые подробности технологии вмешательств, а в таблице 1 – основные результаты. В первой группе (57 больных) хирургическое вмешательство с лазерной эксцизией опухоли было первым. Край века и конъюнктива были поражены, в одном случае с канальной локализацией. Тревожные данные гистологического заключения о наличии клеток БКР у края препаратов настроили пациентов и врачей на частый контроль, и при первых признаках продолженного роста операцию повторили. У одного пациента, «пропадавшего» надолго, повторные операции завершились рубцовым процессом у внутреннего угла глаза и нарушением отведения слезы.

Рецидив заболевания случился в 5,3 %. У 15 больных с продолженным ростом при обращении (вторая группа) повторные вмешательства потребовались в 46,7 % наблюдений. Тяжелое впечатление оставили упорные криодеструкции, необоснованные пластики по Хьюзу, пластики на сосудистой ножке, лучевая терапия на первом этапе. У 3-х больных с ПКР потребовалось провести экзентерацию глазницы. Имело значение не только запущенность процесса, но и агрессивный характер БКР. Суммарный итог – 13,9 % повторных вмешательств – несколько «сглаживает» проблему, но ориентирует на важность правильного выбора первого вмешательства и контроль процесса, необходимость активного наблюдения.

Из методов местного воздействия, мы полагаем, лазерная эксцизия, иссечение тканей, коагуляция и карбонизация, без избыточной энергии (эффект взрыва) – это абластика рассечения (разделения, препарирования) тканей, дающего локальный контур при ушитых колобомах век и дефектов мягких тканей.

Таблица 1 – Применение лазерной эксцизии при удалении карцином век (в том числе у больных с прорастанием опухоли в своды и глазницу)

№	Клинические группы больных	Количество оперированных больных	Первая повторная операция	Вторая повторная операция	Общее количество повторных операций
		<i>n</i> / %			<i>n</i> / %
1	Больные с первичными карциномами век	57 / 79,2 %	2	1	3 / 5,3 %
2	Больные с продолженным ростом опухоли при обращении	15 / 20,8 %	4	3	7 / 46,7 %
3	Всего	72 / 100 %	6	4	10 / 13,9 %

Обсуждение

Хирургия является ведущим методом лечения базальноклеточных и других карцином век, позволяет добиться полного удаления опухоли с ги-

стологическим контролем краев, характеризуется меньшей степенью возникновения рецидивов, чем другие способы лечения. Правило иссечения в области здоровой ткани, микрографическая хирургия Mohs F. на веках у внутреннего угла и в орбите – это удаление слезоотводящих путей и предположение экзентерации. Технология Mohs' micrographic surgery часто использовалась дерматологами со специальным тренингом гарантированного полного удаления рецидивирующих, глубоко инфильтрирующих или пластических опухолей и опухолей в области медиального угла глазной щели. Попытка восстановления отведения слезы не должна предприниматься, пока пациент не будет свободен от опухоли не менее 5 лет. Ряд авторов, применяя технологии Mohs, при полном иссечении опухоли отметили, что рецидивы возникают в 4,6 % случаев, а при неполном – продолженный рост в 8,4 % случаев и сравнивают с данными обзора (5–10 %) [13, 16, 17].

Плоскоклеточный рак считается более агрессивным [6, 13], в этом убедились в ходе наблюдения (три пациента). Методы лечения пригодные для плоскоклеточного рака, подобны таковым для БКР. Большая агрессивность ПКР и большой потенциал для распространенного метастазирования подтверждают, что гистологический контроль краев после резекции опухоли наиболее важен, чем для базальноклеточной карциномы, потому что природа этой опухоли потенциально летальная. Плоскоклеточный рак может метастазировать через лимфатические пути, кровь, по прямому распространению, часто вдоль нервов. Рецидивы плоскоклеточного рака должны лечиться с широким хирургическим иссечением, у всех 3-х пациентов была проведена экзентерация глазницы. Привлекаются к сотрудничеству смежные специалисты и радиологи. Медико-социальный аспект отражен в работе В. В. Волкова и В. Г. Шиляева [3].

В первой части работы представлены фрагменты опыта лечения опухолей и опухолеподобных заболеваний органа зрения у детей и взрослых с

локализацией процесса преимущественно в области век и глазницы. Основой сообщения являются клинические наблюдения (примеры, случаи из практики), сделанные на базах офтальмологических отделений крупных многопрофильных региональных медицинских учреждений. Всегда затруднителен для больного и родственников выбор срока и объема оперативных вмешательств, особенно при быстро растущих опухолях, опухолях с отъемом зрительных функций, с косметическими последствиями. Наблюдение, диспансеризация, комбинированное лечение – это комплекс мероприятий, который надлежит совместно выполнять больному, его близким (родственникам) и представителям медицинского цеха (прежде всего, лечащему врачу). Последние десятилетия характеризуются большим прогрессом в области лучевой терапии и химиотерапии.

Заключение

Таким образом, ранняя диагностика новообразований органа зрения на всех этапах офтальмологической помощи должна стать основой ответственности ведения онкологического больного, предупреждения осложнений и запущенных клинических случаев, создавая предпосылку и условия для использования современных технологий.

Реализация высокого, максимально доступного стандарта лечения, обмен опытом, разбор возникающих проблем развития – необходимое и важное направление работы региональных научно-практических конференций и совещаний.

Неадекватные первичные вмешательства в 20–25 % случаев оказываются причиной осложненного течения онкологических заболеваний век и глазницы. Использование лазерной эксцизии (иссечения) в хирургическом лечении опухолей век и глазницы представляется полезным.

Сотрудничество со смежными специалистами нуждается в оптимизации. Необходимо активное, пожизненное наблюдение онкологического больного. Пациент (родители, родственники) должен осуществлять систематическое контрольное посещение специалистов с целью планового осмотра, особенно в период(ы) уточнения объема обследования и тактики лечения.

Список литературы

1. *Бровкина А. Ф.* Лучевая терапия в лечении опухолей органа зрения / А. Ф. Бровкина // Клиническая офтальмология. – 2003. – № 1. – С. 15.
2. *Волков В. В.* Современные возможности лазерного лечения в офтальмологии / В. В. Волков // Сборник трудов научно-практической конференции, посвященной 170-летию Московской офтальмологической клинической больницы. – М.: АОЗТ «Ариант», 1996. – Ч. 2. – С. 250–253.
3. *Волков В. В.* Общая и военная офтальмология : учебник / В. В. Волков, В. Г. Шиляев. – Л.: ВМедА, 1980. – 384 с.
4. *Пачес А. И.* Клиническая онкология органа зрения / А. И. Пачес, А. Ф. Бровкина, Г. Г. Зиангирова. – М.: Медицина, 1980. – 382 с.
5. *Лихванцева В. Г.* Опухоли век: клиника, диагностика, лечение / В. Г. Лихванцева, О. А. Анурова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 448 с.
6. Лучевая терапия : учеб. пособие для слушателей факультетов усовершенствования врачей / М. А. Асатурян, В. Ф. Бартова, А. Н. Кишковский, И. М. Коробкова; под ред. В. М. Черемисина. – СПб.: ВМедА, 1995. – 107 с.
7. Офтальмоонкология: руководство для врачей / А. Ф. Бровкина, В. В. Вальский, Г. А. Гусев и др.; под ред. А. Ф. Бровкиной. – М.: Медицина, 2002. – 424 с.
8. *Сафроненкова И. А.* Эффективность криогенного лечения злокачественных эпителиальных опухолей век / И. А. Сафроненкова, А. С. Буйко, В. А. Елагина // Офтальмол. журнал. – 2004. – № 6. – С. 5–8.
9. *Степанов В. В.* Применение диодного лазера в лечении обширных невусов и папиллом кожи век, конъюнктивы, склеры / В. В. Степанов, Р. Л. Трояновский, А. В. Баранов, П. А. Авдеев // Опыт работы детской городской больницы № 19 им. К. А. Раухфуса (К 130-летию): сб. науч. трудов. – СПб., 1999. – С. 146–147.
10. *Трояновский Р. Л.* Применение лазеркоагуляции при хирургии рецидивирующих эпibuльбарных меланом / Р. Л. Трояновский, А. Ф. Гацу, П. А. Авдеев // Актуальные вопросы офтальмологии: сб. трудов научно-практической конференции, посвященной 170-летию Московской офтальмологической клинической больницы. – М.: АОЗТ «Ариант», 1996. – Ч. 2. – С. 192–193.
11. *Allali J., D’Hermies F., Renard G.* Basal Cell Carcinomas of the Eyelids // *Ophthalmologica*. 2005; Vol. 219, No. 2 (March – April): 57–71.
12. *Dutton J. J.* Gliomas of the anterior visual pathway // *Surv. Ophthalmol.* 1994; 38: 427–452.
13. *Howard G. R., Nerad J. A., Carter K. D. et al.* Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumor of the eyelid // *Am J. Ophthalmol.* 1992; 113:123–133.
14. *Lang G.* *Ophthalmology. A Pocket Textbook Atlas*, 2nd. Ed. 2007 Georg Thieme Verlag. – 608 p.
15. *Massry G. G., Morgan C. F., Chung S. M.* Evidence of optic pathway gliomas after previously negative neuroimaging // *Ophthalmology*. 1997; 104:930–935.
16. *Mohs F.E.* Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers // *Arch. Ophthalmol.* 1986; 104:901–909.
17. *Nemet A.Y., Deckel Y., Martin P. A., Kourt G., Chilov M., Sharma V., Benger R.* Management of periocular basal cell carcinoma: a series of 485 cases // *Am J. Ophthalmol.* 2006; 142: 293–297.