

Це висуває підвищені вимоги до лікаря-патологоанатома, переводячи цей матеріал у категорію найвищої складності дослідження. Делікатні моменти евісцерації підкреслює зокрема те, що за останні три роки нами було виявлено два пухлинні процеси в даному матеріалі, які не змогли діагностувати клінічно. Ще однією особливістю у структурі патологічних процесів, пов'язаної з поширенням евісцерації, є збільшення кількості екструзій імплантату. Таких за останній рік було 5 випадків, що більше, ніж за попередні 3 роки. З них чотири екструзії розвинулися у пацієнтів із бойовою травмою, всі вони були пов'язані з присутністю в орбіті грибової інфекції. Ретельне гістоморфологічне дослідження щодо наявності мікотичних елементів дозволило показати, що майже половина запальних псевдопухлин орбіти асоційована з грибовою інфекцією, хоча загалом кількість випадків цієї патології значно знизилася в останнє десятиліття (всього 15 випадків за 2023 рік). Щодо пухлинної патології, то в структурі злоякісних новоутворень також видно зміни, які можна трактувати як нозоморфоз. Так, у разі знизилася кількість сарком (всього 5 за 2023 рік), також одиничними та казуїстичними стали менінгіоми, нейрофіброми, гліоми, кількість яких у попередні десятиліття обчислювалася десятками спостережень щороку. Причини всіх цих змін у структурі патології ще підлягають подальшому аналізу.

Висновки. Таким чином, ґрутуючись на матеріалі лабораторії патологічної анатомії інституту ім. В.П.Філатова, показано значущість патоморфологічної діагностики в офтальмологічній практиці. Аналіз даних роботи за останні десятиліття дозволив звернути увагу на патоморфоз (нозоморфоз) очної патології, зумовлений зміною підходів до лікування низки очних захворювань, новими медичними технологіями, а також новими можливостями самої патоморфологічної діагностики. Крім того, ця діагностика дозволила на нашому матеріалі виявити низку унікальних спостережень, деякі не мають аналогів у доступних світових засобах інформації.

ЕПІТЕЛІАЛЬНІ ПУХЛИНИ СЛЬОЗОВОЇ ЗАЛОЗИ (КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ)

Полякова С.І.

*ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»;
Одеса, Україна*

Актуальність. Анатомо-топографічні особливості розташування сльозової залози в орбіті в області сльозової ямки (верхне-зовнішній відділ орбіти) дозволяє легко виявити її ураження запальним процесом або пухлиною.

Пухлини, які розвиваються в сльозовій залозі, є єдиними істинними пухлинами епітеліального походження, що виникають в орбіті, частота зустрічаємості яких серед новоутворень орбіт, за даними літератури, складає 7–13 %.

До епітеліальних пухлин сльозової залози (ЕПСЗ), відносяться: доброякісні (плеоморфна аденома, онкоцитома, міксосома, мукоепідермоїдна пухлина), злоякісні (рак в плеоморфній аденомі, аденокарцінома, аденокістозний, мукоепідермоїдний та базальноклітинний раки).

Своєчасна діагностика ЕПСЗ дуже важлива у зв'язку з тим, що в перші три роки після лікування вони рецидивують і метастазують в 26-60% випадків.

Плеоморфна аденома, яка є доброякісною пухлиною, рецидивує в 40% випадків. При цьому може перероджуватися у різні форми раку в 16,4-57,1% випадків. Термін розвитку рецидивів плеоморфної аденоми складає від 3 до 45 років, метастази з'являються у термін від 1-2 до 20 років після проведеного лікування.

Метою дослідження було вивчити особливості клініки, диференційної діагностики і лікування пухлин сльозової залози епітеліального генезу.

Матеріал та методи. Обстежено і проліковано 110 пацієнтів ЕПСЗ. Чоловіків – 49 (44,5%), жінок – 61 (55,5%). Середній вік ($M \pm SD$) хворих був ($45,8 \pm 16,6$), мінімальний вік – 14, максимальний – 75 років. Права орбіта була уражена у 69 хворих (62,7%), ліва – у 41 (37,3%).

Для дифдіагностики використовували дані клінічного огляду, комп'ютерну томографію (КТ), імуноферментні методи, тонкоігольну аспіраційну біопсію (ТІАБ), гістоморфологію.

Проаналізоване виживання хворих після лікування (хірургія + променева терапія). Терміни спостереження за хворими – від 1 до 435 місяців.

Статистична обробка даних проводилась з використанням програми «Statistic 6», дисперсійно-кореляційного аналізу, кокс-регресійного моделювання прогностичних факторів виживання хворих, середні значення показників розраховувались як M – середнє значення показника та SD – середнє квадратичне відхилення середнього значення показника. Рівень значущості різниці показників визначався за допомогою t -критерія Студента і вважався значимим при $p < 0,05$.

Результати. Частота зустрічаємості ЕПСЗ: плеоморфна аденома – 38%, аденокарцінома – 30%, аденокістозна карцинома – 16%, рак у плеоморфній аденомі – 7%, мукоепідермоїдна пухлина – 5%, міксосома – 3%, онкоцитома – 1%.

Встановлено характерний симптомокомплекс, який супроводжує ураження сльозової залози: пальпується новоутворена тканина у верхньо-зовнішньому відділі орбіти в області сльозової ямки; очне яблуко зміщене донизу і до носу; рухливість ока обмежена догори і назовні; репозиція ока вільна або утруднена; екзофтальм або відсутній, або не перевищує в середньому 5 мм.

Визначені статистично ($p < 0,03$) значущі клінічні ознаки для ЕПСЗ: птоз (частковий або повний); гіперемія кон'юнктиви; форма росту пухлини - вузлова (доброякісна пухлина) або дифузна (злоякісна пухлина); поверхня пухлини гладка (доброякісна пухлина) або бугриста (злоякісна пухлина); біль при пальпації пухлини (злоякісна пухлина); репозиція ока утруднена (доброякісна пухлина) або не можлива (злоякісна пухлина); екзофтальм зі зміщенням ока донизу і до носа, обмеженням рухливості ока вгору та назовні.

Встановлені диференційно-діагностичні ознаки комп'ютерної томографії (КТ) ЕПСЗ. Доброякісна пухлина (плеоморфна аденома) виявляється на КТ як м'якотканий компонент негомогенної структури, овальної або округлої форми, з чіткими контурами, без або з витонченням верхньої кісткової стінки орбіти ($p < 0,0001$), злоякісна пухлина (аденокарцинома, аденокістозний рак, рак в плеоморфній аденомі) – як м'якотканий компонент неправильної форми, негомогенної структури, без чітких контурів, з ураженням окоорухових м'язів, зорового нерва, верхньо-зовнішньої кісткової стінки орбіти у вигляді узурації, витончення або деструкції ($p < 0,001$, вірогідність діагностики 81,2 %). Виявлені гістоморфологічні прогностичні ознаки можливого розвитку рецидиву пухлини, до яких віднесено наявність ділянок базалоїдної і саркоматозної будови, розповсюдження комплексів пухлинних клітин через «псевдокапсулу» по кровоносним судинам і периневральним просторам, наявність інтенсивної інфільтрації пухлини лімфоцитами і плазматичними клітинами та підвищення кількісного вмісту ДНК ядер (3,0 – 7,2 с) з вираженою анеуплоїдією.

Наявність таких факторів як максимальний розмір пухлини >54 мм, чоловіча стать хворого, вік >45 років, ураження кісток орбіти, гістологічний тип – аденокарцинома і розвиток рецидиву пухлини є несприятливими ознаками для прогнозування виживання хворих ЕПСЗ.

Лікування хворих визначається стадією пухлинного процесу (Т1-Т2 – надокістячна, Т3-Т4 – підокістячна орбітотомія при доброякісних пухлинах; при злоякісних пухлинах Т1-Т2 – підокістячна орбітотомія, Т3-Т4 – підокістячна екзентерація орбіти у поєднанні з променевою терапією.

ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН ПРИ ЕНУКЛЕАЦІЇ З ПРИВОДУ УВЕАЛЬНОЇ МЕЛАНОМИ

Пухлік О.С., Пасечнікова Н.В., Науменко В.О., Чеботарьов Є.П.

*ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»;
Одеса, Україна*

Актуальність. За даними літератури енуклеація очного яблука під час лікування внутрішньоочних пухлин проводиться у 12,3 – 59,0 % випадків (Є.І. Аніна, В.І. Левтюх, 2001, А.Ф. Бровкіна, 2006, А.Ф. Brovkina, С.В. Saakjan 1997). На рік в Україні проводиться близько 2520 енуклеацій (Є.І. Аніна, В.І. Левтюх, 2001). Операції з видалення очного яблука становлять близько 9,4% всіх офтальмологічних операцій.

Під час проведення енуклеації можуть виникнути як інтраопераційні, і післяопераційні ускладнення (І.А. Філатова, 2002). Існуючі способи енуклеації очного яблука не забезпечують належною мірою запобігання розвитку цих ускладнень.