

фібропластичних процесів капсул, які відбуваються в капілярному мішку дитини - помутніння та ущільненні края сформованого переднього капсулорексиса невеликим діаметром дозволило ефективно, а головне атравматично відновити відсутню райдужку шляхом створення капсульної діафрагми з оптичними властивостями.

Застосування принципу аутопластики має особливе значення в педіатричній хірургії, оскільки знижує можливість розвитку гіперзапальних реакцій на пересаджені алопланти та дає можливість відмовитися від застосування системних кортикостероїдів та імунодепресантів при несформованій гормональній та імунній системах зростаючого дитячого організму.

Ця методика дає можливість швидкого відновлення зору, втраченого внаслідок прогресування вродженої катаракти, на очах з вродженою аніридією в дитячому віці, запобігає розвитку амбліопії та залишає шанс на наступні косметичні операції, а можливо і полегшує їх за рахунок максимального збереження топографо-анатомічних співвідношень при вже наявній псевдофакії.

КРИТЕРІЇ ВИБОРУ МЕТОДА ЛІКУВАННЯ ПРИ РЕТИНОБЛАСТОМАХ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ

Боброва Н. Ф., Сорочинська Т. А., Троніна С. А., Суходоева О. О., Шилик А. В.

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

До ретинобластом (РБ) підвищеного ризику відносять пухлини з гістопатологічно підтвердженою інвазією в зоровий нерв, судинний тракт, передню камеру ока та епісклеру, а також в орбіту (екстрабульбарний ріст). РБ підвищеного ризику становлять 18,5 - 58.3% усіх очей після первинних енуклеацій [Боброва Н.Ф. з співавт., 2021; Eagle, 2009; Kalikiet al, 2013; Kashyap et al, 2012; Brennan et al, 2015]. Частіше за все спостерігається інвазія в зоровий нерв – 29 – 64,4% [Боброва Н.Ф., Сорочинська Т.А., 2018; Shields et al, 1994; Biswas et al, 2003; Kashyap et al, 2012] і в хоріоїдею – 15 - 62%, що може призвести до генералізації процесу і закінчитися летально в залежності від рівня і масивності інвазії в 13 - 81% [Honavar , 2002; Marback , 2003; Biswas et al, 2003; Chantada et al, 2004; Eagle, 2009]. Тому важлива своєчасна клінічна діагностика РБ підвищеного ризику та проведення адекватного їх лікування.

Мета. Розробити критерії вибору метода лікування при ретинобластомах підвищеного ризику

Матеріал та методи. За 2017 – 2022рр у відділі офтальмопатології дитячого віку проліковано 76 дітей (90 очей) з РБ підвищеного ризику. Хлопчиків було 42 (55%), дівчаток 34 (45%) у віці від 1 місяця до 8 років (у середньому $19,7 \pm 12,8$ міс.). У 60 дітей (60 очей) РБ була монолатеральною і у 16 (32 ока) білатеральною, однак у 2-х дітей з білатеральною локалізацією на 2-х парних очах були невеликі вогнища пухлини без ознак підвищеного ризику. Всім дітям проводилось стандартне обстеження в умовах загальної анестезії з реєстрацією зображення очного дна і розмірів вогнищ РБ за допомогою ретинальної цифрової камери PanOcam та УЗ-сканування.

Результати. Визначені клінічні прояви РБ підвищеного ризику. В 60% очей спостерігались зміни переднього відрізка ока: зміщення іридокристалікової діафрагми до переду, неоваскуляризація райдужки відповідно в 35,5%, набряк рогівки - 33,3%, мідріаз - 22,2%, корнеальний синдром - 15,5%, псевдогіопіон та клони в райдужці - 8,9%, гіфема або катаракта - 2,2%. Ці зміни призвели до розвитку вторинної глаукоми у 53,3% очей. Методом вибору при РБ підвищеного ризику з ураженням переднього відділу ока була енуклеація за розробленою у відділі методикою з використанням ВЕБТ для резекції зорового нерву (ЗН) та його фрагменту в орбіті в режимах «зварювання + різання» (Патент України № 124022 від 12.03.2018 р.). За допомогою цього методу досягається заварювання міжболоноквих просторів ЗН, збільшення протяжності коагуляційного некрозу, зниження вірогідності інвазії пухлини в черепну порожнину та гематогенно, що взагалом призводить до підвищення абластики енуклеації.

Екстрабульбарне розповсюдження проявлялось екзофтальмом, ознаками орбітального целюліту і спостерігалось у 3,3% очей з РБ підвищеного ризику. У цих випадках з метою підготовки до операції проводились 2-3 курси первинної ПХТ – хеморедуктації (СЕV-протокол), після чого проводилась розширена енуклеація з видаленням як ока, так і оточуючих його тканин орбіти з застосуванням методу ВЕБТ, послідуємим продовженням системної ПХТ і зовнішнім опроміненням орбіти.

Зміни заднього відрізка ока при РБ підвищеного ризику частіше всього характеризувались буграми пухлини за кришталиком в 40% очей, вторинним високим відшаруванням сітківки – в 31,2%,

вітреальними клонами – в 24,4%, контактом з ДЗН і мультифокальним ростом – у 2,2% відповідно. Проміненція вогнищ РБ становила до 19,5 мм, а протяжність – до 22 мм (в середньому $10,27 \pm 13.88$ на $16,13 \pm 7.5$) мм. РБ підвищеного ризику без ураження переднього відрізка ока і ознак екстерналізації підлягали спробі органозберігаючого лікування, в основі якого лежить розроблена нами первинна поєднана поліхіміотерапія (ППХТ) – локальна інтравітреальна (ІВХ) мелфаланом + системна хеморедукція SEV-протокол [Боброва Н.Ф., Сорочинська Т.А., Патент України, 2010]. У випадках відсутності вільного вітреального простору при розташуванні великих пухлин або вторинного відшарування сітківки одразу за кристаликом, наявності множинних клонів скловидного тіла проводили спочатку первинну хеморедуктацію. При зменшенні розмірів пухлин і вітреальних клонів з появою можливості ІВХ продовжували ППХТ з наступною консолідуючою терапією. При відсутності динаміки покращення після ППХТ проводили енуклеацію.

З метою підвищення безпечності та ефективності ППХТ нами були розроблені нові методики ІВХ, на які отримані патенти України: абластична, перевагами якої є малоінвазивність, досягнення передопераційної гіпотонії, виключення рефлюксу скловидного тіла, профілактика інфекції та витончення склери при повторних ІВХ; високодозна (20 – 30 μg кожні 10 – 14 днів) та показання до неї; комбінована з фокальними методами деструкції (лазеркоагуляцією, фракційною ТТТ, кріодеструкцією, брахітерапією), що доповнює та підсилює дію консолідуючої терапії.

В цілому була проведена 51 енуклеація (в т.ч. 4 розширених), а на 28 очах - органозберігаюча терапія. Це дозволило зберегти життя 73 з 76 дітей (96%) та 82% очей (23 з 28).

Заключення. Визначені критерії вибору методу лікування при ретинобластомах підвищеного ризику: При ураженні тільки заднього відділу ока – органозберігаюче лікування (ППХТ + консолідуюча терапія) за розробленими методами; з ураженням переднього відділу ока та екстерналізацією РБ – органоліквідаційне лікування з використанням методу ВЕБТ за розробленими методами + ад'ювантна терапія (системна ПХТ, зовнішнє опромінення). Збережено життя 96% дітей, збережено 82% очей.