
Запущенный эпителиальный рак кожи века в XXI столетии – причины, клинические особенности и лечение

Буйко О. С.

ДУ «Институт очных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Пухлины на поверхности кожи досить легко розпізнавані, однак із запущеним раком шкіри повік стикаються навіть в XXI столітті. Цьому є багато причин: складно залишити роботу, сімейні обставини, відсутність фінансів, лікування травами, помилки діагнозу на початку хвороби (дерматит, екзема, халазіон), боязнь діагнозу і лікування, звичка до зазвичай повільно зростаючої пухлини. Лікування таких пухлин проводилося мультимодальним методом: радіотерапія (РТ), СВЧ гіпертермія, крихірургія і рідко хірургія. В роботі представлені 185 пацієнтів (18,4%) з первинним раком шкіри повік стадії Т3а з ростом пухлини в структур суміжні з оком або переднім відділом орбіти. Чоловіки -105 (56.8%) були вражені частіше ($p = 0.01$), ніж жінки - 80 (43.2%). Терміни спостереження пацієнтів - медіана 24.1 місяць (3,1-165). Рецидиви в терміни від 3 до 9 років відбулися в 12 випадках (6.5%): у 4 випадках виконана екзентерація орбіти, в 1 - енуклеція, 4 - криотерапія, і в 3 випадках - висічення. Індивідуальний, мультимодальний підхід дозволив у більшості випадків не застосовувати калічищу операцію.

Запущенный эпителиальный рак кожи века в XXI столетии – причины, клинические особенности и лечение

Буйко А. С.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Данных о запущенном раке эпителия кожи (далее рак кожи) века мало, в основном публикуется описание случаев хирургического лечения или такового в сочетании с радиотерапией. В данном сообщении представлены результаты анализа по показателям: срок обращения, пол, возраст, место проживания, локализации опухоли, типу опухоли, виду роста и частоты рецидива 185 пациентов со стадией Т3а рака кожи века. Для лечения этих опухолей нами создан мультимодальный метод: радиотерапия (РТ), СВЧ гипертермия, криохирургия и редко хирургия.

Цель. Определить причины задержки обращения за помощью пациентов с запущенным раком кожи века и оценить результаты не хирургического лечения этих опухолей.

Материал и методы. Из когорты 1025 пациентов лечивших рак кожи века стадий Т2а, в-Т3а, а в работе рассматриваются 185 пациентов (18,4 %) с первичным раком кожи века стадии Т3а с ростом опухоли в структуры смежные с глазом или передним отделом орбиты. Начало лечения - гамматерапия (^{60}Co) в виде редуцированного курса с медианой суммарной дозы облучения (СОД) – 34 Гр, интервал - 25-50 Гр, в зависимости от степени ответа опухоли на об-

лучение. Затем - локальная СВЧ гипертермия (40,0-45,0 0С) установкой «Луч-3» только опухолей с узловым типом роста. Криотерапия опухоли - установка на основе дроссельной микрокриогенной системы, адаптированной нами совместно с омским НПО «Микрокриогентехника» к задачам офтальмологии. Контроль статуса пациента - осмотры или телефон. Статистический анализ был выполнен в модуле Basic Statistics/Tables Statistica 7.1 Stat Soft.

Результаты. В составе данной выборки возраст мужчин и женщин был одинаков - 67.0 лет, медиана 31-83 и 28-89 лет соответственно, и было больше ($p=0.01$) мужчин - 105 (56.8 %), чем женщин 80 (43.2 %), но по нашим данным по нашим данным в Украине заболевают чаще ($p=0.00$) женщины (63.6 %), чем мужчины (35.4 %). В основном обращались больные из Одесской области (знание офтальмологами и реже онкологами отделения офтальмоонкологии Институт ГБ и ТТ) – 73 (39.5 %), Черкасской – 21 (11.4 %), Херсонской – 15 (8.1 %), а из остальных областей от 1 до 7 случаев (0.5-3.8 %). Жителей города – 83 (44.9 %) было меньше ($p=0.05$), чем жителей сельской местности – 102 (55.1 %). Период от начала заболевания до визита к врачу составлял от 1 года до 28 лет, медиана 3.3 года. Причины позднего обращения многочисленны: сложно оставить работу, семейные обстоятельства, отсутствие финансов, лечение травами, ошибки диагноза в начале болезни (дерматит, экзема, халязион), боязнь диагноза и лечения или привычка к обычно медленно растущей опухоли, снижение обращаемости от 25 до 16 случаев за год в периоды социальных перемен в Украине. Опухоли локализовались в основном на нижнем веке – 109 (58.9 %) из них в 60 случаях (55.0 %) был вовлечен внутренний и/или наружный угол глазной щели. Верхнее веко было поражено чаще – 17 случаев (9.1 %), чем обычно 5.8 %, с захватом угла глазной щели в 9 случаях (52.9 %). Оба века страдали в 52 случаях (28.1%). Наиболее сложные для лечения локализации - медиальный и латеральный углы глазной щели поражались в 71 (38,4 %) и 48 (25,9 %) случаях соответственно, а оба угла – в 9 случаях (4,9 %). Средний размер наибольшего диаметра опухолей был больше ($p=0.004$) у мужчин 29.2 ± 8.2 , чем у женщин – $26.7\pm 8.2\pm 8.7$. Базальноклеточный рак имел место в 142 случаях (76.7 %), плоскоклеточный – 32 (17.3 %), метатипический – 8 (4.3 %) и аденокарцинома – 3 (1.6 %), в то время как обычное распределение (данные литературы, наши) – 92.0 %, 3-5 %, до 1.0 % и 0.5-1.0 % соответственно. В 46 случаях (24.9 %) опухоли были, а в 139 случаях (75.1 %) были полностью или частично изъязвленные, тогда как по нашим данным частота изъязвленных опухолей при своевременном обращении – 43.1 %. Сроки наблюдения пациентов – медиана 24.1 месяц (3,1-165). Учитывая сроки и статус пациентов рецидивы, в сроки от 3 до 9 лет, произошли в 12 случаях (6.5 %): в 4 случаях выполнена экзентерация орбиты, в 1 – энуклеация, 4 - криотерапия, и в 3 случаях - иссечение.

Заключение. Запущенный рак кожи век чаще возникает у мужчин, медленно растет и имеет очень низкий потенциал к метастазу, что делает его “по-

тенціальним кандидатом” на запущену опухоль. Індивідуальний, мульти-модальний (РТ, СВЧ, криотерапія) підхід дозволив в більшості випадків не застосовувати калечащу операцію.

Neglected nonmelanoma skin cancer of eyelids in xxi century - causes, clinical features and treatment

Buiko A. S.

State Institution «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine» (Odesa, Ukraine)

Tumors on the surface of the skin are considered to be easily recognized, but neglected nonmelanoma skin cancer of eyelids is encountered even in the XXI century. There can be numerous causes: difficult to leave work, family circumstances, lack of finances, herbal treatment, diagnosis errors at the beginning of disease (dermatitis, eczema, stye), fear of diagnosis and treatment, becoming accustomed to a slowly growing tumor. Treatment of these tumors requires the multidisciplinary approach (radiotherapy, local MW hyperthermy, cryotherapy and rare surgery). The study sample consists of 185 patients (18,4 %) with nonmelanoma skin cancer of eyelids stage T3a of tumor growth in structures adjacent to the eye or anterior orbit. Men -105 (56.8%) were affected more often ($p=0.01$) than women - 80 (43.2%). Patients' follow-up time is median 24.1 month (3.1-165). Relapses, within the period from 3 to 9 years, occurred in 12 cases (6.5%): in 4 cases - the orbit was exenterated, in 1 - enucleation, 4 - cryotherapy and in 3 cases - excision. The individual, multimodal approach allowed in most cases not to use crippling surgery.

Особливості лікувального патоморфозу меланом хоріоїдеї після діод-лазерної (810 нм) транспупілярної термотерапії

Віт В. В., Молчанюк Н. І., Полякова С. І., Цуканова І. В.

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

Актуальність. Для лікування меланом хоріоїдеї (МХ) малих розмірів (проміненція до 3-4 мм) використовується діод-лазерна (810 нм) транспупілярна термотерапія (ТТТ), яка проводиться у вигляді одного сеансу впливу на пухлину один раз в день, щодня, чотири дні поспіль і повторенням впливу при необхідності через 2,5-3 місяці.

Мета. Вивчити ультраструктурні особливості лікувального патоморфозу меланоми хоріоїдеї після впливу діод-лазерної (810 нм) транспупілярною термотерапією (ТТТ) і на підставі цього модифікувати методику ТТТ.

Матеріал і методи. Сеанси транспупілярної термотерапії проводилися 7 пацієнтам на офтальмокоагуляторі «Iridis Quantel medical» (Франція): 1 хворому – 1 сеанс, 2 – 2 сеанси, 2 – 3 сеанси і 2 – 4 сеанси. Сеанси ТТТ проводилися 1 раз на день щодня. Забір матеріалу для електронно-мікроскопічного дослідження здійснювався з енуклеїрваних очей на наступний день після ТТТ.