
Цель. Описать клинические, морфологические и иммуногистохимические аспекты развития гемангиобластомы мягких тканей орбиты, рост которой не связан со зрительным нервом.

Материалы и методы. Пациентка М., 57 лет, поступила в глазное отделение Александровской клинической больницы г. Киева с жалобами на слепоту левого глаза и его "выпячивание". Из анамнеза известно, что зрение отсутствует на протяжении 5 лет, за последний год отметила нарастание экзофтальма. Данных болезни Гиппеля – Линдау не выявлено. При поступлении VIS OD-0,05csp(+), 3,5D=1,0; VIS OS-0(ноль). ВГД OU=18 мм рт.ст. Данные экзофтальмометрии: OD=17,5 мм; OS=34,5 мм. При осмотре слева определяется смещение глаза кнаружи и вниз, ограничение подвижности к носу и вверх, репозиция затруднена, глазная щель расширена, веки смыкаются, со стороны конъюнктивы – застойная инфекция, роговица-прозрачная, ПК средней глубины, радужка не изменена, хрусталик мутный, рефлекс глазного дна отсутствует. При В-сканировании глаза патологии не выявлено. По данным компьютерной томографии орбиты, определяется ретробульбарное мягкотканное, неоднородное образование размером 30 x 23 x 25 мм с неровными контурами, зрительный нерв и глазодвигательные мышцы на фоне опухоли не просматриваются.

Результаты. В ходе операции было удалено сосудистое новообразование. Макроскопически опухоль была представлена мягким темно-красным узлом, солидного строения, с губчатым рисунком на разрезе. Гистологически новообразование было представлено гемангиобластомой переходного типа. При иммуногистохимическом исследовании дифференциальная диагностика проводилась между капиллярной гемангиомой и гемангиобластомой с частичной потерей рецепторного статуса. По результатам проведенных морфологических и иммуногистохимических исследований была установлена гемангиобластома (ICD-Ocode 9161\1), которая развилась из мягких тканей орбиты и рост которой не был связан со зрительным нервом. Клинически они обычно проявляются прогрессирующим безболезненным экзофтальмом и нарушением функций зрения в зависимости от топографо-анатомического расположения опухоли. В послеоперационном периоде пациентка получала системно и местно стандартную противовоспалительную терапию. При выписке объективно: VIS OD-0,05csp(+), 3,5D=1,0; VIS OS-0(ноль). ВГД OU=18 мм рт.ст. Экзофтальмометрия: OD=17,5 мм; OS=19,5 мм. Движение левого глаза в полном объеме, репозиция – положительная, глазная щель неизменена, веки смыкаются, незначительный отек и гематома мягких тканей век в стадии рассасывания. Пациентка выписана под наблюдение врача-офтальмолога и онколога по месту жительства, даны рекомендации.

Выводы. Из множества разновидностей сосудистых новообразований, требующих морфологической и иммуногистохимической верификации диагноза, гемангиобластома орбиты является очень редкой патологией. Клинически они обычно проявляются прогрессирующим безболезненным экзофтальмом и нарушением функций зрения в зависимости от топографо-анатомического расположения опухоли (Shields JA, Shields CL, Scartozzi R.-2004). Хирургическая тактика лечения орбитальных гемангиобластом существенно не отличается от операций, выполняемых при других видах опухолей.

Hemangioblastoma of soft orbit tissue, the growth of which is not connected with the optic nerve

Rozumiy N. M., Chmil A.A., Pakryshen S.V., Pivneva T.N., Klyuyko I.I., Skrypnyk R.L., Greben N.K., Protsyk V.S., Skoroda L.V.

Kyiv, Ukraine

A clinical case of soft orbit tissue hemangioblastoma is presented, the growth of which is not connected with the optic nerve and Hippel-Lindau disease. The clinical, morphological and immunohistochemical studies were performed.

Метод радиокриохирургии в лечении эпibuльбарной меланомы

Сафроненкова И. А., Елагина В. А., Буйко А. С.

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

Актуальность. Злокачественные эпibuльбарные опухоли, несмотря на низкую встречаемость (0,02-0,04 на 100000 жителей), представляют опасность не только для органа зрения, но и для жизни: показатели рецидива составляют 12-50 %, метастазирования 22-30 %, (Werchnic С., Lommatzsch P.K., 2002; Shields J.A., 2000; Anastassio G., 2002). Современный протокол их лечения (“no touch” техника иссечения опухоли с 5 мм каймой клинически здоровой конъюнктивы, гистологическим контролем и криотерапией краев раны) достаточно сложен и в Украине по многим причинам не применяется. Однако известны определенные успехи радиотерапии и криохирургии в адьювантном лечении меланом конъюнктивы и мы использовали их совместное последовательное действие для лечения меланом конъюнктивы склеры.

Цель. Оценить результаты лечения радиокриохирургией (РК) эпibuльбарной меланомы, выполненного в офтальмоонкологическом центре ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины» в 2000-2018 гг.

Материал и методы. РК лечение проведено 58 больным эпibuльбарной меланомой, из которых – 33 мужчины (56,9 %) в возрасте 21 - 85 лет (медиана 51) и 25 женщин (43,1%) в возрасте 26-79 лет (медиана 57). В 10 случаях (17,2%) имели место меланомы, развившиеся de novo, в 19 случаях (32,8%) – из невуса и в 23 случаях (39,7%) – в зонах первичного приобретенного меланоза (ППМ). Первичные опухоли составили 49 случаев (84,5%), и рецидивы после иссечения опухоли по месту жительства – 9 случаев (15,5%). Размеры наибольшего диаметра опухоли колебались в пределах 2-17 мм (медиана 9), высота 0,35-7 мм (медиана 3). Стадия T1aN0M0 была у 28 пациентов (48,3%) и T1bN0M0 – у 30 пациентов (51,7%). Лучевая терапия проводилась 90Sr аппликаторами РД 40 Гр, СОД 280-480 Гр (медиана 400). Криодеструкция (КД) выполнялась устройством на основе дроссельной микрокриогенной системы, температура -120 ... - 90°С.

Результаты исследования. После одного курса лечения полная резорбция опухоли произошла у 44 пациентов (84,6 %). В дальнейшем 6 пациентов (10,3 %) выпали из наблюдения, дополнительная КД опухолей в сроки от 1 месяца до 1 года потребовалась в 8 случаях (13,8 %), 6 из которых опухоли на фоне ППМ. В двух случаях в сроки до трех месяцев проведен повторный курс РК лечения в связи с частичной резорбцией первичного узла опухоли. Послеоперационные осложнения: иридоциклит – 8 случаев (13,8 %), увеит – 4 случая (6,9 %) отдаленные – увеит (2), повышение ВГД (3), склеромаляция (2), помутнение периферии роговицы (3), катаракта (3), деформация зрачка (5). Сроки наблюдения пациентов составили от 3 до 171 месяцев (медиана 19,6). Рецидивы отмечены в 4 случаях (6,9 %) у пациентов с ППМ в сроки 16, 27, 33 и 119 месяцев и у одного из них в последующем произошло еще два рецидива. У четырех пациентов развились метастазы в регионарные лимфоузлы в сроки 3-15 месяцев. У двух больных через 22 месяца возникли отдаленные метастазы в печень, а у одного через 3 месяца – в головной мозг и регионарные лимфоузлы. У двух из этих пациентов был рецидив опухоли ранее иссеченной по месту жительства. Лечение метастазов проводилось в Институте Рака в Киеве.

Выводы. РК - эффективный способ лечения больных эпibuльбарной меланомы. Применение РК воздействия позволяет расширить возможности органосохраняющего лечения больных данной патологией, получить достаточно хороший функциональный и эстетический результат, улучшающий качество жизни таких пациентов.

Treatment of conjunctival scleral melanoma by the radiocryosurgery

Safronenkova I. A., Yelagina V. A., Buiko A. S.

SI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine»
(Odessa, Ukraine)

Radiocryosurgery was performed on 58 patients with scleral conjunctival melanoma. Among them, there were 28 (56%) men aged between 18 and 88 years old (median 54), and 22 (44%) women between 26 and 87 years old (median 53.4). Primary patients were 41 (82%), and with iatrogenic tumors (with relapses after treatment at the place of residence) - 9 (18%). Complete tumor resorption occurred in 33 (66%) patients, and partial - in 17 (34%). Relapses were observed in 9 (18.7%) cases.

Результаты резекции меланомы иридоцилиохоориоидальной области с помощью радиоволнового ножа

Хомякова Е.В., Малецкий А.П.

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

Актуальность. Известно, что меланомы иридоцилиохоориоидальной области встречаются в 12-18% случаев [GrinJ.M, Grant-KelsJ.M. 1998; Зиангирова Г.Г., Лихванцева В.Г., 2003]. По данным разных авторов, смертность от метастазирования меланом данной локализации может достигать за 5 лет до 40%, что свидетельствует о важности данной проблемы. Применение фотодеструкции и локальной радиотерапии при меланомах иридоцилиарной зоны и периферической части хориоидеи не оправдало ожиданий в связи с возникновением целого ряда осложнений в процессе проводимой терапии (вторичная глаукома, постлучевая катаракта, склеромаляция и др.). Хирургическое иссечение опухоли не всегда позволяет избежать таких интраоперационных осложнений, как гемофтальм, отслойка сетчатки и др. [Линник Л.Ф., 2000]. Поэтому поиск более щадящих методов органосохраняющего лечения меланом радужки, цилиарного тела и хориоидеи является актуальной задачей.

Цель работы. Изучить эффективность резекции меланомы иридоцилиохоориоидальной области с помощью радиоволнового ножа.

Материал и методы. Анализ результатов резекции опухоли меланомы иридоцилиохоориоидальной области проведен у 92 больных (возраст $53,2 \pm 14,3$ лет). В 62 случаях опухоль располагалась в иридоцилиарной зоне, проминенция ($3,2 \pm 1,8$) мм, протяженность ($5,7 \pm 2,0$) мм; в 30 – в цилиохориоидальной зоне, проминенция ($6,8 \pm 1,7$) мм, протяженность ($9,8 \pm 1,5$) мм. У 50 из 62 пациентов с иридоцилиарной меланомой острота зрения до операции была 0,1-1,0, у 12 – ниже 0,1. У 9 из 30 пациентов с цилиохориоидальной меланомой острота зрения была 0,1-1,0, у 21 – ниже 0,1. Средний срок наблюдения ($27,3 \pm 1,5$) месяцев.

Результаты. При резекции меланомы иридоцилиарной области у 2 из 62 пациентов отмечалась интраоперационная гипемиа. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было, у 50 из 62 пациентов удалось сохранить высокую остроту зрения от 0,1 до 1,0, у 12 больных в послеоперационном периоде зрение снизилось из-за отека роговицы и частичного гемофтальма. При резекции меланомы цилиохориоидальной области в послеоперационном периоде был отмечен гемофтальм у 4 из 30 пациентов. У 7 из 9 пациентов удалось сохранить остроту зрения 0,1-1,0.

Выводы. Высокочастотная радиоволновая хирургия позволила уменьшить риск возникновения интраоперационных и послеоперационных осложнений и, следовательно, сохранить высокие зрительные функции.