
Використання ВЕСБТ в режимі з'єднання тканин кон'юнктиви дозволяє досягти міцного з'єднання країв, що виключає процедури накладання та зняття швів.

Особливості лікування злоякісних епітеліальних новоутворень повік з ураженням інтермаргінального краю

Сафроненкова І. О.

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

Актуальність. Злоякісні епітеліальні новоутворення (ЗЕН) шкіри повік дуже різноманітні за своєю біологічною природою та походженням. У більшості випадків вони виникають з покривного епітелію шкіри та її дериватів і рідше – із залізистої тканини численних залоз тарзальної пластинки та самої шкіри повік. За морфологічною будовою розрізняють базальноклітинну карциному (БКК), метатипичну карциному (МТК) і плоскоклітинну карциному (ПКК), які локалізуються переважно на поверхні шкіри або кон'юнктиви. В одній пухлині можлива присутність усіх морфологічних форм. Особливо непередбачено поводяться пухлини, що виходять із проток залоз, головним чином з циліндричного епітелію Мейбомієвих залоз, залоз Краузе, Моля і Цейсу, які ростуть під шкірою та кон'юнктивою, залишаючи поверхню повік інтактною.

Оскільки інтермаргінальний край є межею між двома пластинками повік: поверхневий (передній) що складається зі шкіри та підшкірного м'яза, і глибокий (задній) що складається з кон'юнктиви та хряща. Подібна локалізація пухлини є одним із предикторів збільшеної частоти рецидивів. За даними літератури показники рецидивів зменшуються зі збільшенням відстані між пухлиною та краєм повік. Тому лікування пухлин, що локалізуються в цій області і мають виражений поліморфізм і непередбачуваність клінічного перебігу, досить важке завдання.

Мета. Вивчити безпосередні та віддалені результати лікування хворих на злоякісні епітеліальні новоутворення шкіри повік з ураженням інтермаргінального краю методом радіокріохірургії.

Матеріал та методи. Радіокріохірургічне (РК) лікування проведено 126 хворим на ЗЕН шкіри повік з ураженням інтермаргіналь-

ного краю 2a3aN0M0 стадії, що проходили лікування в офтальмоонкологічному центрі ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»

Чоловіків було 58 (46,1%), віком від 36 до 82 років (медіана = 62,6), жінок – 68 (53,9%), віком від 31 до 84 років (медіана = 63,2). Первинних хворих було 86 (68,3%), 40 (31,7%) – надійшли з ятрогенними рецидивами після лікування у других лікувальних закладах. БКК встановлена у 98 (77,8%) пацієнтів, плоскоклітинна (ПКК) – у 19 (15,0%) метатипічна (МТК) – у 7 (5,6%) та рак Мейбомієвих залоз – у 2 (1,6%).

Вид променевої терапії (ПТ) визначався характером та розмірами пухлини. При вузлових формах (вистояння понад 5 мм і довжиною понад 20 мм), а також при інфільтративному зростанні проводилася γ -терапія апаратом «Агат С» з джерелом випромінювання Со60, при разовій дозі (РД) 2,5 Гр, сумарній вогнищевій дозі (СВД) (30,0 \pm 6,9) Гр. при площинних – брахітерапія із джерелом випромінювання стронцій-90+іттрій-90, РД 40 Гр, СВД (280 \pm 56,8) Гр. Кріодеструкція (КД) здійснювалася кріоустановкою на основі балонно-дросельної мікрокриогенної системи при температурі – (90-120) 0С. Контрольний огляд після РК лікування проводився кожні 3 місяці на перший рік спостереження, потім 1 раз на 6 місяців протягом 3 років і 1 раз на рік до 5 років.

Результати. Безпосередні результати Повна резорбція пухлини відбулася у 106 (84,2%) пацієнтів. Значних відмінностей між локальним контролем залежно від стадії процесу не виявлено. Часткова резорбція відзначена у 20 (15,8%) хворих. При цьому наявність залишкового вузла пухлини частіше спостерігалось при Т2в і Т3а стадії і порівняно з Т2а стадією і ця різниця була статистично значущою (відповідно $\chi^2 = 2,7$, $p = 0,04$; $\chi^2 = 3,9$, $p = 0,01$).

Віддалені результати. 20 хворим з частковою резорбцією пухлини, залежно від стану залишкового вузла та терміну, що пройшов після першого курсу лікування, проводилося додаткове лікування: 14 пацієнтам (стадії Т2а2вN0M0) після проведення додаткової КД (1-2 сеанси) у термін від 3 до 6 місяців настала повна резорбція пухлини. З 6 хворих із Т3aN0M0 стадією повторний курс РК лікування проведено у 4-х випадках у термін від 13 до 18 місяців, що також призвело до повної резорбції пухлини. Термін

спостереження за хворими становив від 64,5 до 420,3 (медіана = 60,8) місяця.

У 2-х випадках у пацієнтів з ятрогенними пухлинами, у зв'язку з продовженим зростанням пухлини довелося провести хірургічне втручання – часткову екзентерацію орбіти. Гістологічне дослідження тканини пухлини після екзентерації показало, що пухлини мали інфільтративний тип зростання з вираженою інвазивною активністю, з атипізацією комплексів пухлинних клітин та фібробластичною реакцією, що призводить до склерозу строми, а також дефекти базальної мембрани, які полегшують інвазивне зростання пухлини. Слід зазначити те що, що, велике висічення новоутворення було показано 37 (29,4%) хворим. Використання РК лікування дозволило уникнути калічну і подальших складних реконструктивних операцій у 33 (26,2%) випадках.

Рецидиви ЗЕН шкіри повік відмічені у 7 (5,6%) випадках, серед яких 5 – після ятрогенних рецидивів. При Т2а стадії рецидиви пухлини виявлено у 2-х хворих (3,9%) у строки від 14 до 42 (медіана=27) місяців, а при Т3а стадії – у 5 (1,6%), у строки від 19 до 56,9 (Медіана = 21, 2) місяців. $\chi^2 = 6,5$, $p = 0,03$. $\chi^2 = 5,9$, $p = 0,04$) Найчастіше рецидиви спостерігалися у пацієнтів з ятрогенними рецидивами (2 =5,9, $p=0,04$).

Висновки. РК вплив є досить ефективним способом лікування хворих на ЗЕК шкіри повік з ураженням міжреберного краю. Частота рецидивів при цьому методі лікування становить 5,6%, що можна порівняти з даними авторів інших методик лікування подібних пухлин.

Рецидиви після РК лікування мають характер обмеженого вузла або спостерігаються в межах ділянки, що межує з місцем локалізації первинної пухлини і можуть виліковуватися повторною КД. При цьому сумарна доза опромінення знижується в 1,5-2 рази порівняно з променевою терапією у чистому вигляді, що зводить до мінімуму ризик післяпроменевих ускладнень. Застосування РК впливу дозволяє розширити показання для органозберігаючого лікування хворих на ЗЕН шкіри повік з ураженням інтермаргінального краю і уникнути калічуючих операцій в 26,2% випадків. Використовувані методи лікувального впливу на пухлину забезпечують можливість повторного застосування лікування у разі

рецидиву і дозволяють отримати досить хороший функціональний та естетичний результат, що покращує якість життя хворих на ЗЕН шкіри повік з ураженням інтермаргінального краю.

Діагностика і лікування епітеліальних епібульбарних новоутворень

Сафроненкова І. О., Буйко О. С., Єлагіна В. А.

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

Актуальність. Новоутворення кон'юнктиви склери в середньому складають близько 9% усіх пухлин очного яблука. В Україні, враховуючи її спекотний та сухий клімат, їх кількість зростає до 35%. Найчастіше хворіють чоловіки (58-88%) середнього віку (46±18) років. Пухлини переважно локалізуються в межах очної щілини, 88% з них – в ділянці лімба. Приблизно у 80% випадків епібульбарні пухлини мають доброякісний характер, в 20% – злоякісний. Епібульбарні пухлини становлять небезпеку як для органу зору, так і для життя при злоякісних новоутвореннях. Показники рецидиву складають 12-50%, метастазування – 22-30%. Тому своєчасна діагностика та лікування даної патології є необхідною.

Мета. Оцінити результати діагностики методом імпресійної цитології (ІЦ) та крихірургічного (КХ) і радіокрихірургічного (РК) лікування епітеліальних епібульбарних новоутворень, виконаних в офтальмоонкологічному центрі ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України».

Матеріал та методи. Неінвазивне ІЦ дослідження фільтрами Millipore з подальшою мікроскопією отриманого матеріалу протягом 1-2 годин після його забору проведено 98 хворим з епітеліальними пухлинами. Результати клінічного та ІЦ дослідження у пацієнтів з епітеліальними епібульбарними пухлинами порівнювалися з патоморфологічними. РК лікування проведено 31 хворому з епібульбарною карциномою (ЕК). Чоловіків було 24 (77,4%) у віці від 28 до 82 років (медіана 66,3), жінок – 7 (22,6%) у віці від 35 до 74 років (медіана 57). З епібульбарними папіломами (ЕП) РК лікування проведено 18 пацієнтам. Серед них чоловіків було 7 (36,4%) віком від 52 до 78 років (медіана 66,4), жінок – 11 (63,6%) у