

МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗ

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: веки, рак, рентгенотерапия, дистанционная терапия

При лечении злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза используют хирургический, лазерный метод, криовоздействие, химиотерапию, лучевую терапию. Для лучевой терапии применяются короткодистанционный и дистанционный методы воздействия [4,1]. Выбор метода зависит от особенностей роста и размеров опухоли. Лучевая короткодистанционная терапия как метод лечения впервые была предложена Н.Сhaul в начале 30-х годов [6,7]. К отрицательным свойствам лучевой терапии относят и кожные реакции, которые могут проявляться в виде эритемы, сухого эпидермита, экссудативного эпидермита, лучевой язвы. При полном разрушении опухоли на её месте остается депигментированный рубец с телеангиэктазиями [2, 3].

Цель – исследовать критерии применения лучевой терапии при опухолях придаточного аппарата глаза.

Материал и методы

Лучевое лечение было проведено 26 пациентам со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза. Среди них мужчин - 3, женщин - 4. Всем больным проведено общее офтальмологическое обследование, включающее визометрию (знаковый проектор Huvits, ССР-3100, Korea), тонометрию (пневмотонометр TOMEY FT-1000, Japan), биомикроскопию (щелевая лампа TOMEY TSL-5000), офтальмоскопию (фундус-линза 78 дптр OCULAR, USA). При исследовании прицельно изучали структуру самого образования, обращали внимание на цвет, контуры, характер границ опухоли, характеристики поверхности, наличие пигмента и его распыления, состояние окружающих тканей при локализации образования в непосредственной близости от него. Проводили измерение образований с помощью обычной линейки. Традиционно оценивали минимальный и максимальный диаметр основания образования с помощью линейки.

Цитологическое исследование проводили всем пациентам при подозрении на злокачественные опухоли конъюнктивы. При размере образования $19 \pm 3,5$ мм и толщине опухоли, не превышающей 4-5 мм, проводилась короткодистанционная рентген-терапия (КДРТ) (аппарат Gulmay Medical, Великобритания) с суммарной очаговой дозой $32 \pm 4,47$ Грей (7 пациентов: Т3N0M0-66,7%, Т4N0M0-33,3%).

Дистанционная гамма-терапия (ДГТ) в динамическом режиме (4 Грей 1 раз в день 3 фракции, затем 2 Гр 1 раз в день, 5 дней в неделю, в течение 3 недель, суммарная очаговая доза составила $39,8 \pm 10,12$ Грей) на аппарате Terabayt (Чехия) использовалась у больных с эндофитным характером роста и распространением опухоли в ткани орбиты, при этом размеры опухоли варьировали от 12 мм до 100 мм, глубина поражения - от 4,5 до 15 мм (19 больных: Т3N0M0-7,7%, Т4N0M0-92,3%).

Из общего количества больных 7 пациентов получили комбинированное лечение, которое включало 2 этапа (БКР кожи век- 5 пациентов; ПКР- 1 пациент; фибросаркома-1 пациент). При этом лучевое лечение явилось первым этапом, а хирургическое лечение - вторым этапом лечения.

Результаты и их обсуждение

Лучевое лечение применялось в качестве моно-метода при далекозашедших стадиях опухолях придаточного аппарата глаза или как этап комбинированного лечения в предоперационном или постоперационном периоде [11,13]. Характеристика методов лучевого лечения в зависимости от клинко-морфологического типа опухоли, стадии и размеров представлена в таблице 1.

Вид лучевого лечения назначался в зависимости от клинко-морфологического типа опухоли, стадии развития и ее размеров [10,15,12]. Так, дистанционная гамма терапия была назначена, в основном, на стадиях Т3-Т4 при средних размерах опухоли $33,6 \pm 3,2 \times 25,8 \pm 3,2$ мм, а также при более агрессивных типах злокачественных опухолей, таких как плоскоклеточный рак и фибросаркома. Это можно объяснить более глубинным воздействием гамма излучения. Количество этих больных составляет большинство ($n=19$, $73,1 \pm 8,7\%$), по сравнению с больными, получившими короткодистанционную лучевую терапию ($n=7$; $26,7 \pm 8,7\%$).

Таблица 1

Виды лучевого лечения

Виды рентгенотерапии	Клинико-морфологический тип			Стадия по TNM				Средние размеры, мм	Всего
	БКР	ПКР	ФС	T ₁ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀	T ₃ N ₀ M ₀	T ₄ N ₀ M ₀		
Короткодистанционная рентген-терапия n=7	7	–	–	2-28,6±17,1%	4-57,1±18,7%	1-14,3±13,2%	–	7,9±0,3 ×6,9±0,5	26,7±8,7%
Дистанционная гамма терапия n=19	17	1	1	–	–	6-31,6±10,7%	13-68,4±10,7%	33,6±3,2 ×25,8±3,2	73,1±8,7%

Лучевое лечение может быть использовано в качестве самостоятельного метода или в комбинации с хирургическим. Это определяется характером лучевой регрессии опухоли. Быстрая или умеренная регрессия опухоли свидетельствует о ее высокой радиочувствительности и о высокой вероятности излечения с помощью одного лишь лучевого лечения. При медленных темпах регрессии новообразования метод можно использовать в качестве предоперационной подготовки с целью улучшения резектабельности опухоли, ослабления митотической активности, снижения рецидива. При использовании лучевого лечения как моно-метода суммарная доза составляла 55-60 Гр, при комбинированном лечении дозу уменьшают до 40-45 Гр. Результаты лучевого лечения больных представлены в табл.2

Таблица 2

Эффективность рентгенотерапии

Виды лечения Регрессия	Короткодистанционная терапия n=7	Дистанционная гамма терапия n=19	Всего n=26
Полная	6 - 85,7%	13- 68,4%	19 76,9±8,3%
Частичная	1 -14,3%	6 - 31,6%	7 23,1±8,3%

Как следует из табл.2, у 7 пациентов наблюдалась частичная резорбция опухоли, при которой мы наблюдали лишь уменьшение размеров опухоли, но это увеличивало ее резектабельность. Таким образом исходя из результатов лучевого лечения 7 пациентам было проведено комбинированное лечение. Эффективность комбинированного лечения распространенных стадий злокачественных новообразований век с одномоментным реконструктивно-восстановительным этапом оценивалась по нескольким критериям: наличию роста опухоли по линии резекции, возникновению продолженного роста и рецидивов заболевания.

Установлено, что у больных получивших комбинированное лечение, признаков продолженного роста и метастазирования процесса, рецидивов не наблюдалось (при сроках наблюдения 48±2,1 мес.), в то время как при хирургическом «моно-методе» лечения рост опухолевых клеток по линии резекции (продолженный рост) имел место у 5,4%, (при сроках наблюдения 24±2,3 мес.). Наличие продолженного роста опухоли, рецидивов образования и метастазирования процесса требует повторного оперативного вмешательства, либо применение лучевой терапии в радикальных дозах (60-70 Грей). Полученные результаты свидетельствуют об эффективности комбинированного лечения с применением предоперационной лучевой терапии, характеризующиеся отсутствием прогрессирования злокачественных опухолей век.

Комбинированное лечение (предоперационная лучевая терапия, последующее хирургическое иссечение опухоли с одномоментным реконструктивно-пластическим этапом) было применено у пациентов с распространенными формами базально-клеточного рака кожи век, при наличии обширного язвенного дефекта (от 20 мм в наибольшем диаметре), с поражением спаек век, слезного мясца, бульбарной конъюнктивы, с ростом опухоли в структуры орбиты и за ее пределы; а также у больных с плоскоклеточным раком кожи век и фибросаркомой века. Комбинированное лечение выполнено 7 пациентам с верифицированным диагнозом распространенных стадий злокачественных опухолей век (БКР- 5 пациентов; ПКР- 1 больная, ФС-1 пациент).

В процессе лучевого лечения у пациентов возникали местные лучевые реакции разной степени выраженности, частота и средние сроки купирования которых при различных вариантах лучевого воздействия представлены в таблице 3.

Таблица 3

Характеристика лучевых реакций при различных видах лучевого воздействия

Степень выраженности местных лучевых реакций	Дистанционная гамма терапия n=19	Короткодистанционная рентген терапия n=7	Всего n=26
Выраженная	2- 10,5%	4-57,1%	23,1±8,3%%
Умеренная	10-52,6%	2-28,6%	46,2±9,8%-
Слабая	7-36,8%	1- 14,2%	30,8±9,1%

Согласно полученным данным, представленным в таблице 3, почти у половины пациентов возникали умеренные лучевые реакции. Следует отметить, что при проведении коротко-дистанционной рентген-терапии выраженные лучевые реакции возникают достоверно чаще, чем при дистанционной гамма-терапии в то время как при использовании дистанционной гамма терапии в большей степени присутствовали местные лучевые реакции умеренной степени (что объясняется особенностями дозного распределения излучения в тканях)[9,13]. К местным лучевым реакциям мы относим появление кожных реакций в виде кожной эритемы, эпидермита, впоследствии переходящей в атрофию и диспигментацию разной степени, появление телеангиэктазий, мадароза, облитерацию слезоотводящих путей. Прогрессирование катаракты мы наблюдали у людей пожилого возраста, у которых на момент лечения уже была катаракта той или иной степени, поэтому мы не можем точно утверждать связь с проведенным лечением. У пациентов молодого возраста без катаракты помутнения хрусталика не наблюдалось.

Приводим следующий клинический пример.

Больная И.А., 1973 г., (и/б 4351) обратилась с жалобами на наличие язвенного образования на нижнем веке левого глаза в Национальный центр Офтальмологии им. З. Алиевой в марте 2013 года. Со слов больной на протяжении последних 8 лет считает себя больной. Несколько лет назад получила лучевое лечение, после этого наступило улучшение. Но больная не следовала предписанному строгому режиму посещений и последние 2 года отмечает рецидив язвенного образования, который со временем прогрессирует. Во время осмотра на нижнем веке обнаруживалась опухоль с язвенной поверхностью, покрытая геморрагическими корочками, с гнойно-сукровичными выделениями. Обнаруживался рубцовый эктропион нижнего века с деформацией его края. Границы опухоли четко не дифференцировались, приблизительные размеры составляли 2,3×2,4 см. На КТ выявлялся рост опухоли в передние отделы орбиты. Результат цитологического исследования: базально-клеточный рак. Больной проведено комплексное обследование. Периферические лимфоузлы не увеличены. По органам и системам онкопатологии не выявлено. Больная была отправлена на предварительное лучевое лечение. Была проведена дистанционная гамма терапия 44 Гр. Через 3 недели была проведена резекция опухоли века вместе с орбитальным компонентом под внутривенным наркозом. Результат патогистологического исследования: базально-клеточный рак, солидный вариант строения опухоли, агрессивно- растущий тип роста, с прорастанием до мышц века, и слабой лимфоцитарной инфильтрацией вокруг, края хирургической резекции интактны. находится на диспансерном учете, рецидивов и метастазов за 2-летний период наблюдения не выявлялось (рис.1,2).



Рис.1. Больная с распространенной формой БКР Рис.2.Та же больная после комбинированного лечения

Заклучение

Была изучена эффективность лучевого лечения как моно-метода или вместе этап комбинированного лечения в далекозашедших Т3-Т4 стадиях при средних размерах опухоли $33,6 \pm 3,2 \times 25,8 \pm 3,2$ мм. Также были определены критерии применения короткодистанционной рентгентерапии и дистанционной гамма терапии, исследованы лучевые реакции со стороны органа зрения при различных видах лучевого воздействия.

ЛИТЕРАТУРА:

1. İsayev İ.N., Quliyev E.N., Məmmədov M.Q. Dəri limfomaları və onların müalicəsində radioterapiyanın rolu // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, 2002, №1-2, s.3-9.
2. Бородин Ю.И., Вальский В.В. Изменение остроты зрения у больных, леченных методом протонотерапии по поводу злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза // Офтальмохирургия, 2010, №1, с.34-38.
3. Бородин Ю.И., Вальский В.В. Предварительные результаты лечения злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза редуцированной дозой протонного излучения // Рос. Офтальмол. журн., 2009, №3, с.4-7.
4. Бровкина А.Ф. Лучевая терапия в лечении опухолей органа зрения // Клиническая офтальмология, 2003, т.4, №1, с.15-4.
5. Журавель В.Г. К вопросу о лечении больных базально-клеточным и плоско клеточным раком кожи // Рос. журн. кож. венер. болезней, 1999, №3, с.4-7.
6. Лихванцева В.Г., Анурова О.А. Опухоли век: клиника, диагностика, лечение. М.: GEOTAP-Медиа, 2007.
7. Donaldson M.J., Sullivan T.J., Whitehead K.J. et al. Squamous cell carcinoma of the eyelids // Br. J. Ophthalmol., 2002, v.86(10), p.1161-1165.
8. Durairaj V.D., Hink E.M., Kahook M.Y. et al. Mucinous eccrine adenocarcinoma of the periorbital region // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg., 2006, v.22(1), p.30-35.
9. Hussain R.M., Erickson B.P., Rosenberg A.E. et al. Recurrent orbital adult-type fibrosarcoma in a 3-year-old girl // Ophthal. Plast. Reconstr Surg., 2015, v.31(1), p.16-18.
10. Monzen Y., Hasebe H. Radiotherapy for localized orbital mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma // Ophthalmologica, 2007, v.221(4), p.233-237.
11. Randle H.W. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient // Derm. Surg., 1996, v.22(3), p.255-261.
12. Scholda C., Steinkogler F.J. Treatment of basal cell carcinoma of the eyelid // Klin. Monatsbl. Augenheilkd., 1990, v.197(6), p.527-530.
13. Shields J.A., Demirci H., Marr B.P. et al. Sebaceous carcinoma of the ocular // Surv. Ophthalmol., 2005, v.50, p.103-122.
14. Ugurlu S., Ekin M.A., Altinboga A.A. Primary basal cell carcinoma of the caruncle: case report and review of the literature // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg., 2014, v.30(3), p.62-64.
15. Yahalom J. Role of radiation therapy in Hodgkin's lymphoma // Cancer J., 2009, v.15(2), p.155-160.

Qasimov E.M., Balayeva R.N.

GÖZÜN ƏLAVƏ APARATININ BƏDXASSƏLİ ŞİŞLƏRİ ZAMANI ŞÜA TERAPİYASI ÜSULLARI

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan

Açar sözlər: göz qapaqları, xərçəng, rentgenterapiya, distansion terapiya

XÜLASƏ

Məqsəd – gözün əlavə aparatının şişləri zamanı şüa terapiyasının tətbiqi meyarlarını tədqiq etmək

Material və metodlar

Şüa terapiyası 26 pasiyentdə aparılmışdır. Bütün xəstələrə ümumi oftalmploji müayinələr keçirilmişdir: vizometriya (Huvits, CCP-3100, Korea nişan proyektoru), tonometriya (TOMEY FT-1000, Japan pnevmonometri), biomikroskopiya (TOMEY TSL-5000 yarıq lampası), oftalmoskopiya (fundus-linza 78 dptr OCULAR, USA), həmçinin konyunktivanın bədxassəli şişinə şübhə olduqda sitoloji müayinə aparılmışdır.

Nəticə

Şüa müalicəsinin mono-metod kimi və ya şişin orta ölçüləri $33,6 \pm 3,2 \times 25,8 \pm 3,2$ mm olduğu zaman ifrat inkişaf etmiş T3-T4 mərhələlərində kombinə olunmuş müalicənin keçirilməsinə ehtiyac duyulduğu öyrənilmişdir.

Yekun

İfrat inkişaf etmiş mərhələlərdə mono-metod kimi şüa terapiyasının effektivliyini təsdiq edən meyar residivlərin tezliyinin nisbətən az olmasıdır.

Kasimov E.M., Balayeva R.N.

METHODS OF RADIAL THERAPY IN THE MALIGNANT TUMORS OF THE OCULAR ADNEXAL APPARATUS

National Centre of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Key words: eyelids, cancer, roentgenotherapy, distance therapy

SUMMARY

Aim – to investigate the criteria of radial therapy application in the adnexal apparatus tumors of the eye.

Material and methods

22 patients were subjected to the radial therapy. All patients passed the common ophthalmic examination including visometry (projector Huvits, CCP-3100, Korea), tonometry (pneumotonometer TOMEY FT-1000, Japan), biomicroscopy (slit-lamp TOMEY TSL-5000), ophthalmoscopy (fundus-lens 78 dptr OCULAR, USA), and also the cytologic investigation in the malignant conjunctival tumors suspicion.

Results

The necessity of radial treatment as the mono-method or a step of combined treatment in the advanced T3-T4 stages in the mean sizes of tumor $33,6 \pm 3,2 \times 25,8 \pm 3,2$ mm was studied. **Conclusion**

The proof of the radial treatment efficiency as the mono-method in the “neglected” stages is the relatively low frequency of recurrences.

Для корреспонденции:

Балаева Рухангиз Ниязи кызы, младший научный сотрудник отдела офтальмоонкологии Национального Центра Офтальмологии

Тел.: (99412) 569-09-07, (99412) 569-09-47

Адрес: AZ1000, Баки şəh., Cavadxan küç., məhəllə 32/15.

Email: administrator@eye.az

www.eye.az