

UOT: 617.7:616.006

Qasimov E.M., Balayeva R.N.

GÖZÜN ƏLAVƏ APARATININ YENİTÖRƏMƏLƏRİNİN MÜALİCƏ ÜSULLARI (ƏDƏBİYYAT İCMALI)

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., AZ1114, Cavadxan küç. 32/15

XÜLASƏ

Məqalədə yerli və xarici mənbələrə əsasən gözün əlavə aparatının yenitörəmələrinin müasir müalicə üsulları təqdim olunmuşdur. Bu və ya digər üsulun seçiminin törəmənin histomorfoloji strukturu, lokalizasiyası, ölçü və yayılmasının dərinliyindən asılılığı göstərilmişdir.

Açar sözlər: *gözün əlavə aparatı, yenitörəmə*

Касимов Э.М., Балаева Р.Н.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

РЕЗЮМЕ

В статье представлены современные методы лечения новообразований придаточного аппарата глаза, основанные на местных и зарубежных источниках. Выбор того или иного метода зависит от гистоморфологической структуры, локализации, размера и глубины распространения новообразования.

Ключевые слова: *придаточный аппарат глаза, новообразование*

Kasimov E.M., Balaeva R.N.

METHODS OF TREATMENT OF NEOPLASMS OF THE EYE ATTACHMENT APPARATUS (LITERATURE REVIEW)

SUMMARY

The article presents modern methods of treatment of neoplasms of the eye attachment apparatus, based on domestic and foreign sources. The choice of this or that method depends on the histomorphological structure, localization, size and depth of the distribution of the neoplasms.

Key words: *eye attachment apparatus, neoplasms*

Bədxassəli yenitörəmələr müasir tibbin ən mürəkkəb problemlərindən biridir. Onkologiya və oftalmologiyanın uzun illər parallel inkişaf etməsinə baxmayaraq, son illər onların inteqrasiyasına zərurət yaranıb. Əgər əvvəllər bədxassəli yenitörəmələrə nadir hallarda rast gəlinirdi və kliniki onkologiyanın arsenalında əsasən cərrahi müalicə üsulları mövcud idi, son illər, bir tərəfdən, onkooftalmoloji patologiyanın tezliyi artıb, digər tərəfdən, bədxassəli yenitörəmələrin kompleks və çoxkomponentli müalicə üsulları meydana gələndən sonra cərrahi üsul öz müstəsnalığını itirib. Bədxassəli şişin göz alması və ya digər üzvdə lokallaşması əsas deyil, əsas odur ki, onunla dəqiq müəyyən edilmiş qanunlar çərçivəsində mübarizə aparılmalıdır.

Gözün əlavə aparatının yenitörəmələrinin müalicə üsulunun seçimi histomorfoloji struktur, lokalizasiya, ölçü və yayılmanın dərinliyindən asılıdır.

Yenitörəmələrin krio və lazerdestruksiyası

Göz qapaqlarının və konyunktivanın xoşxassəli yenitörəmələri əsasən radio- və ya elektroeksizasiya, CO₂-lazer və kriodestruksiya ilə götürülür. Lazer buxarlanma 7 mm-dən böyük olmayan yastı şişlər zamanı istifadə edilir. Böyük ölçülü şişlər, məsələn, kissing nevi zamanı, mərhələli buxarlanma tətbiq olunur. Sıx konsistensiyalı şişlər zamanı lazer eksizasiya istifadə edilir [1].

Kriomüalicə şişin toxumalarına aşağı temperaturların təsiri ilə aparılır. Şişə zədələyici təsir həmçinin donun açılması zamanı göstərilir. Kriodestruksiya papillomalar, kapilyar hemangiomalar, Bouen epiteliozması, yastıhüceyrəli və bazalhüceyrəli xərçəng, 3 mm-dən artıq olmayan qapaq dərisinin melanoması zamanı istifadə edilir. Bu müalicə üsulu 3 mm-dən artıq olan bədxassəli şişlər, rasemoz hemangiomalar, piqmentli nevuslar, konyunktivanın xərçəngi və melanoması zamanı əks-göstərişdir [2].

Anadangəlmə hemangiomaların müalicəsinə xüsusi diqqət ayrılmalıdır. Sürətlə inkişaf edən və görmə disfunksiyaları ilə assosiasiya olunan geniş hemangiomalar reqressiya gözlənilmədən cərrahi yolla müalicə olunur. Cərrahi müalicə və uşağın yaşı şişin adekvat reqressiyasına ümid vermədiyi halda intrastromal steroid inyeksiyaları seçim üsulu kimi çıxış edir. Ümumilikdə, steroid terapiya qənaətbəxş nəticələr verir, lakin tor qişanın mərkəzi arteriyasının okklüziyası, qapaqların nekrozu və depiqmentasiyası kimi fəsadlar verə bilər. Anadangəlmə kapilyar hemangioma radiohəssas olduğundan qısa fokuslu rentgenterapiya bu şişə yaxşı təsir edir. Bu üsul 1 yaşa qədər uşaqlarda daha effektivdir, sonralar isə onun effektivliyi azalır.

Cərrahi müalicə üsulları

Gözün əlavə aparatının bədxassəli yenitörəmələrinin müalicəsi indiyə qədər çətinlik törədir. Mövcud müalicə üsullarının tətbiqi geniş zədələnmələr və residivləşən şişlər zamanı çox vaxt effektiv deyil. Vəziyyəti ağırlaşdıran məqamlardan biri odur ki, görmə orqanının bədxassəli şişləri nəinki görmə funksiyalarına, hətta xəstənin həyatına təhlükə yaradır [3,4].

Dərinin bədxassəli epitelial yenitörəmələrinin son mərhələləri şişin iri ölçüləri, destruksiya xarakterli böyümə, prosesə gözün əlavə aparatı, göz alması, göz yuvası və paraorbital sahələrin cəlb edilməsi ilə xarakterizə olunur. Bu da şiş prosesinə müxtəlif müalicə metodikalarının istifadəsi ilə kompleks təsirin zəruriliyini şərtləndirir.

Müasir ədəbiyyatda dəri xərçənginin müalicəsinin kifayət qədər çox üsulları təsvir edilir: şüa terapiyası, cərrahi götürülməsi, kriodestruksiya, elektrokoagulyasiya, lazerterapiya və kimyaterapiya. Cərrahi müalicə üsulunun – qapaqların sonrakı plastikası ilə lokal eksizasiya – daha çox tərəfdaşları var. Şişin götürülməsindən sonra qapaq defektinin bərpa üsullarının əsasında dəri-selikli dublikaturanın yaradılması yaxud dəri-qıgırdaq və ya selikli-qıgırdaq autotransplantatların köçürülməsi durur [5,6].

Lakin bu zaman bəzi hallarda qapağı fizioloji düzgün vəziyyətdə saxlayan karkas bərpa olunmur, bəzi hallarda isə əlavə zədələnmə baş verir.

Bir sıra müəlliflərin fikrincə, qapaqların rekonstruktiv cərrahiyyəsi zamanı müştərək optimal kosmetik və funksional nəticələrin əldə olunması yollarından biri allogen transplantların tətbiqidir.

Göz qapaqlarının bazalhüceyrəli xərçənginin (BHX) müalicəsi zamanı müxtəlif üsullar tətbiq edilir: cərrahi, şüa, lazer, kriodestruksiya, elektrodiseksiya, kimyaterapiya, fotodinamik terapiya [6,7]. Baxmayaraq ki, müalicə baxımından BHX ən münasib şişlərdən biridir, xəstələrin adekvat müalicə taktikasının seçimində çətinliklər yaranır.

BHX-in müsbət gedişəti və müalicə metodlarının müxtəlifliyinə (cərrahi, şüa, lazer, kriodestruksiya, kombinə edilmiş) baxmayaraq, residivlərin yaranma tezliyi 2,2-dən 30% qədər dəyişir [8].

Cərrahi müdaxilə göz qapaqlarının BHX-nin əsas müalicə metodlarından biridir və ən çox tərəfdaşlara malikdir. Onkoloji xəstənin rekonstruktiv müalicə metodunun əsasları yerli səhiyyədə 50 ildən artıqdır ki qoyulub, lakin bu problemin tam həllinə qədər hələ çox vaxt var. Onun detallı işlənilməsi üçün oftalmoloji xəstəliklərin müalicəsinə mövcud baxışlar dəyişməli, yeni konsepsiya formalaşmalıdır. Bu konsepsiya üç vəzifəni özündə ehtiva edir – maksimal cərrahi radikalıq, anatomik, funksional və estetik defektlərin tam korreksiyası və radikal müalicə zamanı xəstənin həyat keyfiyyətinin saxlanması. Bədxassəli şişlərin cərrahiyyəsində şişin götürülməsinin optimal sərhədləri müəyyən edilib. Bu sərhədlər şişin histopatoloji mənsubiyyəti və ölçülərindən asılı olaraq dəyişir. Belə ki, bazalhüceyrəli xərçəngin düyünlü forması üçün 1.5 mm, xorali forma üçün 2 mm, 10 mm diametrdən kiçik olan melanomalar üçün isə 3 mm təşkil edir [9,10].

Radikal cərrahi müdaxilə çox vaxt toxumaların iri miqyaslı defektlərinə səbəb olaraq eynimomentli plastik-rekonstruktiv mərhələni tələb edir. Oftalmoonkologiyada qapaqların plastikası üçün müxtəlif rekonstruktiv-bərpa vəsaitləri işlənilib hazırlanaraq tətbiq edilir. Qapaqların BHX-nin kliniki gedişətinin xüsusiyyətini nəzərə alaraq rekonstruktiv-bərpa mərhələsinin alqoritminin yaradılması əsasında cərrahi müdaxilənin təkmilləşdirilməsi aparılmışdır [11].

Qapaq dərisinin BHX-nin inkişaf etməsi ikincili hüceyrə immunodefisiti halları ilə müşayiət olunur ki, bu da əməliyyatdan sonrakı dövrdə yaranan gec sağalmasına və xəstəliyin residivlərinə gətirib çıxara bilər.

Qapaq dərisinin bədxassəli epitelial yenitörəmələrinin müalicəsində müxtəlif üsullar tətbiq edilir. Onların sırasında cərrahi, şüa, lazer, kriodestruksiya, elektrodiseksiya, kimyaterapiya, fotodinamik terapiya, bu xəstəliyin yayılmış mərhələlərinin kombinə edilmiş müalicəsi qeyd edilir

Şişin davamlı böyüməsinin yüksək tezliyi (7,7%) və qapaq dərisinin geniş zədələnməsi, göz yuvasına və paraorbital sahəyə sirayət etməsi ilə periokulyar lokalizasiyalı BHX-in T3-T4 mərhələlərinin residivləşən gedişəti, morfoloji olaraq aqressiv tipli böyümənin (52,9%) və differensiasiya olunmayan solid quruluşun (77,1%) çoxluğu "mono-üsul" olaraq cərrahi müalicənin tətbiqi zamanı əməliyyatdan qabaqki şüa terapiyası və şişin sonrakı cərrahi götürülməsi ilə kombinə edilmiş müalicənin məqsədəuyğunluğunu şərtləndirir [12].

Qapaq törəmələrinin histoloji müxtəlif formalarının çox komponentli müalicəsinin effektivliyi ($23 \pm 2,1$ müşahidə müddətində), cərrahi metodla müqayisədə, şişin davamlı böyüməsi və metastazlaşmanın olmaması, residivlərin aşağı faizi (5,3%) ilə müəyyən edilir. Eyni zamanda, cərrahi "mono-üsul" zamanı şişin davamlı böyüməsi, residivləşmə və metastazlaşma müvafiq olaraq 8,3%, 12,5% və 4,2% qeydə alınır.

Gözün əlavə aparatının şişləri və şişəbənzər yenitörəmələrin mövcud olan müalicə metodlarının heç biri mükəmməl deyil. Dar göstəriş spektri, əks-göstərişlərin olması, eyni zamanda, keratit, fəsadlaşmış katarakta, gözyaşı nöqtələrinin bitişməsi, iridosiklitlər kimi şüalanmadan sonrakı ağırlaşmalar, şüa müalicə metodlarının məhdud imkanları və nöqsanlarına dəlalət edir. Kriodestruksiya yerli şüa metodları ilə müqayisədə daha qoruyucu üsul olmasına baxmayaraq həm məhdud imkanlara malikdir, həm də çox vaxt effektiv olmur. Bununla yanaşı, qeyd edilən üsulların tətbiqi pasiyentlərin reabilitasiyasını bir neçə ay, bəzən isə il uzadır. Sadalanan məqamlar radikal cərrahi müalicənin hansı səbəbə görə orqanqoruyucu üsulların sistemində aparıcı yer tutduğunu göstərir. Bununla belə, yüksək ablyasiyalı texnologiyalara üstünlük verilir. Onların prototipi olan elektrocərrahiyyə nəzərə çarpan

kənar effektlərə və qeyri-qənaətbəxş kosmetik və funksional nəticələrə görə artıq keçmişdə qalıb. Son illər tibbi təcrübədə radiodalğalı cərrahiyyə geniş tətbiq edilir. Kosmetik əhəmiyyətli zonalarda əməliyyatların aparılması üçün onun istifadə imkanları, ətraf toxumaların cüzi lateral zədələnməsi, minimal çapıqlı toxumanın əmələ gəlməsi və sadə icrası radiocərrahiyyənin tibbin müxtəlif sahələrində istifadəsini şərtləndirir [12,13].

Şüa müalicəsi

Cərrahi müdaxilələr, xüsusən piqmentli şişlər (melanomalar) zamanı, prosesin generalizasiyası nəticəsində xəstənin vəziyyətinin pisləşməsinə gətirib çıxara bilər, çünki şiş toxumaları ilə mexaniki manipulyasiyalar onun hüceyrələrinin qan və limfa dövrəni sistemlərinə düşməsi riskini artırır. Şüa müalicəsi zədə ilə müşayiət olmadığından onun bu nöqsanı yoxdur. Yüksək şüa dozalarının istifadəsində məhdudiyət şişin ətrafındakı funksional və anatomik sağlam toxumaların ionizə edici şüalanmasına həssaslıq yaradır ki, bu da tolerant doza anlayışı ilə müəyyən edilir. Bu üsul görmə orqanı üçün ona görə çox vacibdir ki, burada əhəmiyyətli strukturlar kompakt yerləşir və onların şüalanma zamanı zədələnməsi ciddi fəsadlar törədə bilər [14].

Bu problemin mümkün həlli şişin ətrafında geometrik məhdud şüa sahəsi yaradan və qonşu toxumalara toxunmayan ionizə edici şüalanma növlərinin istifadəsindən ibarətdir. Bu şüalanma növlərinə ağır yüklənmiş hissəciklər – protonlar aiddir.

Proton üsulunu tibb sahəsində istifadəsinin əsası ABŞ-da qoyulub. Burada 1948-ci ildə Lawrence Berkeley, California laboratoriyasında süd vəzinin xərçəngi ilə qadında hipofizin şüalanması tətbiq edilib.

Gözün əlavə aparatının bədxassəli yenitörəmələrin gecikmiş formalarının müalicəsi üçün proton şüa terapiyası üsulu istifadə olunur. Proton xəstənin dozalarla verilməsi şişdə zəruri şüa dozasını təmin edir, şişi əhatə edən sağlam struktur və toxumalar isə kritik şüa yüklənməsinə məruz qalmır. Bu xüsusən göz və onun köməkçi aparatı üçün vacibdir, çünki burada şüalanmaya həssas toxumalar bir-birinə yaxın məsafədə yerləşir [15].

Gözün əlavə aparatının protonoterapiyası zamanı ənənəvi istifadə olunan ümumi ocaq dozasının (ÜOD) 4 fraksiya ərzində 45-50 Qr-dən 35-40 Qr qədər salınması imkanları araşdırılıb. Birinci qrupda 75,9% hallarda şişin tam rezorbsiyası, 10%-də hissəvi rezorbsiya qeyd edilib, 14,1% hallarda effekt müşahidə edilməyib. İkinci qrupda 85,7% hallarda tam rezorbsiya, 2,9% - hissəvi rezorbsiya, 11,4% - davamlı böyümə qeydə alınıb. Şüa ağırlaşmaların tezliyi birinci qrupda daha yüksək olaraq 8,4%, ikinci qrupda 4,3% səviyyəsində qeydə alınıb. Beləliklə, gözün əlavə aparatının xərçənginin protonoterapiyası zamanı ÜOD-nın 35-40 Qr qədər salınması ənənəvi şüalanma rejimi ilə müqayisədə müalicənin ümumi nəticələrinə mənfi təsir etmir. Bununla belə, erkən şüa fəsadlarının və onların ağırlaşmalarının azalması tendensiyası müşahidə edilir [16].

Görmə funksiyalarının təhlili qapaqlar, konyunktiva, gözün daxili bucağının bədxassəli şişləri ilə 251 xəstədən ibarət qrupda aparılmışdır. Xəstələr 1987-2006-cı illər ərzində Nəzəri və eksperimental fizika institutunun (NEFİ) sinxrofazotronunda protonoterapiya üsulu ilə müalicə olunub. Xəstələr 22-88 yaş arası (orta - 58 yaş) olub. Onlardan 125-i qadın, 126-sı kişi olub. Orta müşahidə müddəti 37 ay təşkil edib, 91 xəstə 5 ildən artıq müddətdə (orta müddət - 79 ay) müşahidə edilib. Bütün xəstələrdə xəstəlik bir şiş düyünü ilə təmsil edilib. Müalicədən sonra şiş olan tərəfdə görmə itiliyinin dəyişilməsi üzrə təhlil aparılıb.

Xəstələrin şişin morfoloqiyası üzrə kəmiyyət bölüşdürülməsi aşağıdakı kimi olub: melanoma – 83, bazalhüceyrəli xərçəng – 132, yastıhüceyrəli xərçəng – 23, adenokarsinoma – 7, metatipik xərçəng – 6. Yenitörəmələr beş lokalizasiya üzrə bölüşdürülüb: alt qapaq – 82, üst qapaq – 69, orbitaya sirayət etmə ilə əlavə aparatın şişləri – 43, gözün daxili bucağı sahəsi – 37 və gözün konyunktivası – 20 hal. Epitelial şişlər alt qapaqda 62, üst qapaqda 39, orbitaya sirayət etmə ilə 32, gözün daxili bucağı sahəsində 32, gözün konyunktivasında 3 halda qeydə alınıb. Üst qapağın melanoması 31, alt qapağın melanoması 20, konyunktivanın melanoması 17, orbitaya sirayət etmə ilə 10, gözün daxili bucağı

sahəsində 5 xəstədə müşahidə edilib. Ölçülərə görə yenitörəmələr şərti olaraq 3 qrupa bölünüb - böyük şişlərin maksimal ölçüsü hər kəsikdə 30 mm-dən artıq olub, orta şişlərin ölçüsü hər kəsikdə 11-30 mm arası olub, kiçik şişlərin ölçüləri isə daha az olub. "Böyük" şişlər ilə xəstələrin sayı 163, "orta" şiş olan - 76, "kiçik" şiş ilə 12 nəfər olub [17,18].

Proton dəstə ilə şüalanma iri fraksiyalaşma rejimində aparılıb. Xərçəng zamanı ümumi ocaq dozası 4-5 fraksiya olmaqla 45-50 Qr təşkil edib, melanoma zamanı 5-6 fraksiya olmaqla 65-70 Qr təşkil edib. Şüalanma sahələri elə seçilib ki, şişin periferiyası üzrə sağlam toxumaların ehtiyatı xərçəng zamanı 3-5 mm, melanoma zamanı - 4-7 mm təşkil etsin. Görmə itiliyi 0,8-dən 1,0 qədər 166 (66,1%) xəstədə, 0,4-dən 0,7 qədər 50 (19,9%) xəstədə, 0,1-dən 0,3 qədər 24 (9,6%) xəstədə, 0,9 və daha aşağı 11 (4,4%) xəstədə qeydə alınıb.

Müalicədən əvvəl 173 xəstədə aşağı görmə itiliyi qeydə alınıb. Gİ-nin eməsinin səbəbləri sırasında 66 katarakta, 12 tor qişanın distrofiyası, 12 buynuz qişanın zədələnməsi (bulanma və ya keratopatiya), 5 qlaukoma (1 halda tam korluq ilə terminal qlaukoma yer almışdır) 3 ambliopiya, 4 artifakiya halları qeydə alınıb, 1 xəstədə isə aşağı görmə görmə sinirinin atrofiyası ilə şərtlənmişdir. 21 xəstədə görmənin aşağı düşməsinə müştərək xəstəliklər səbəb olmuşdur. Görmə itiliyi 0,1-0,2 azalan 32 xəstədə heç bir göz patologiyası aşkar edilməmişdir. Bu xəstələrdə şişlər gözün və ya qapağın konyunktivasında yerləşərək selikli-irinli ifrazat və yaşaxma ilə müşayiət olunub. 17 halda təhlil arxiv materialın əsasında aparılıb və görmə itiliyinin enməsi səbəbləri təyin edilməyib. Gözün əlavə aparatının bədxassəli şişlərinin proton şüalanmasından sonra şüa reaksiyalarının inkişaf tezliyi və ağırlıq dərəcəsi udulan dozanın miqdarı, şişin lokalizasiyası və şüa sahəsinin ölçüləri ilə müəyyən edilir [19].

Gözün əlavə aparatının bədxassəli şişlərinin T3, T4 mərhələsi zamanı protonoterapiya üsulunun tətbiqi 93% xəstədə anatomik olaraq görmə orqanının saxlanılmasına imkan yaradıb. 65% xəstədə $\geq 0,4$ görmə itiliyi saxlanılıb. Görmənin aşağı düşməsinin əsas səbəbləri sırasında 31,7% xəstədə katarakta, 26,5%-də keratopatiya, 7,1%-də retinopatiya, 4,4% - ikincili qlaukoma göstərilir. Gözün əlavə aparatının epitelial bədxassəli şişləri zamanı ümumi ocaq dozasının 4 bərabər fraksiya ərzində orta hesabla 23% azaldılması müalicənin effektivliyini aşağı salmayaraq, eyni zamanda, şüa reaksiyalarının tezliyi və ağırlığının 2,5 dəfə azalmasına imkan yaradır.

Protonoterapiya aşağıdakı gözün əlavə aparatının bədxassəli şişləri zamanı göstərişdir: a) T3N0, T4N0; T3N1, T4N1 mərhələdə epitelial şişlər; b) T2-T4N0, T2-T4N1 mərhələdə melanomalar. Protonoterapiya gözün əlavə aparatının bədxassəli şişləri zamanı aşağıdakı hallarda əks-göstərişdir: a) Şiş radikal dozanın verilməsi mümkün deyil; b) şiş üst qapağın orta 1/3 hissəsini zədələyib; c) uzaq metastazlar zamanı; d) xəstənin ümumi ağır vəziyyəti zamanı. Gözün əlavə aparatının epitelial bədxassəli yenitörəmələri zamanı həftədə 3 dəfə 4 bərabər fraksiya ilə verilən proton şüalanmanın 35-40 Qr ümumi ocaq dozası müalicə üçün kifayətdir. Gözün əlavə aparatının epitelial bədxassəli şişlərinin T3N0, T4N0; T3N1, T4N1 mərhələləri, əlavə aparatın melanomalarının T2-T4N0, T2-T4N1 mərhələləri zamanı radikal əməliyyat ilə bağlı qərarı yalnız proton şüa terapiya üsulunun tətbiqinin mümkünlüyünü istisna etdikdən sonra qəbul etmək olar [20,21].

Göz qapaqları və konyunktivanın bədxassəli yenitörəmələrinin müalicə üsullarından biri ondan ibarətdir ki, şişin prominensiya edən hissəsi götürülür, bir seans ərzində ikiqat təsir ilə 3 dəqiqə intervalla 50-70 s. ərzində 160 (100)°C kriodestruksiya aparılır, bir sutkadan sonra 3-7 sutka ərzində gündəlik betaterapiya tətbiq edilir. Təklif edilən üsul şişin prominensiya edən hissəsi götürüldəndən sonra onun prominensiyasını azaltmaq, toxumalara cüzi zərər yetirmək, funksional xüsusiyyətləri qorumaq və gözəl kosmetik effekt əldə etmək; götürülən toxumanın xarakterinə dair histomorfoloji rəy almaq; kriodestruksiya zamanı şişin üst qatlarını dağıtmaq, daha dərin qatlarda qalınlığını azaltmaq, hipoksik hüceyrələrin oksigenasiyasını təmin etmək, hüceyrə metabolizmini sürətləndirmək, daha çox şiş hüceyrələrini mitotik dövrünü cəlb etməklə şişin növbəti beta-şüalanmasına həssaslığını artırmaq

imkanını yaradır. Belə ki, beta-şüalanma zamanı əksər şiş hüceyrələri məhv olur, qalan hissə isə subletal zədələnmələr alır, bu da şişin ehtiyatlarını tükədənək müalicə kursundan sonra şişin davamlı böyüməsinin ehtimalını azaldır. Kombinəedilmiş müalicə prosesində bütün pasiyentlərdə hiperemiya, ödem, quru epidermit şəkliində toxumaların yerli reaksiyası yaranır. Beta-terapiya kursunun sonunda şiş həcmi yarısına qədər azalır. Epitelial şişlərin tam rezorbsiyası adətən 1 ay ərzində baş verir[22].

Braxiterapiyanın bulbar və palpebral konyunktivanın limfoması, kapilyar hemangioması və limfangioması zamanı yüksək nəticələri qeyd edilir. Braxiterapiya qalınlığı 5 mm-dən artıq olmayan qapaq və konyunktivanın bədxassəli şişlərində göstərişdir. Şişin maksimal diametri heç bir rol oynamır, çünki zərurət yarandıqda şüalanma bir neçə sahələrlə aparıla bilər. Gözün əlavə aparatının şişlərinin braxiterapiyası forması xüsusi olaraq bu məqsədlər üçün yaradılmış stronsiumlu oftalmoaplikatorlar vasitəsilə aparılır[23]. Gözün əlavə aparatının şişlərinin braxiterapiyası forması xüsusi olaraq bu məqsədlər üçün yaradılmış stronsiumlu oftalmoaplikatorlar vasitəsilə aparılır. Şüa müalicəsinə göstərişlərə digər lokal üsullarla (lazer və ya radioekssiziya, kriodestruksiya) kombinasiyada betaterapiya əlavə oluna bilər. Braxiterapiya həmçinin ehtiyat etdikdə və ya histoloji təsdiq edilmiş şişin qeyri-radikal götürülməsi zamanı əməliyyatdan sonrakı çapığın şüalanması üçün istifadə edilə bilər. Oftalmoaplikatorun aktiv səthindən ən uzaq sahələrdə ümumi ocaq dozası piqmentli şişlər zamanı 200-250 Qr, xərçəng və Bouen epitelioması zamanı 150-180 Qr, limfangioma və hemangioma zamanı 120 Qr civarında olmalıdır. Bu xəstələrin çoxillik müalicə təcrübəsi (2700 nəfərdən çox) bədxassəli piqment şişləri ilə 75%, epitelial mənşəli şişlər ilə 94% xəstədə braxiterapiyanın effektivliyini sübut edir. Bədxassəli şişin müalicəsinin effektivliyi dedikdə onun 3 il və daha çox müşahidə müddətində tam reqressiyası başa düşülür. Şişin natamam reqressiyası əlavə müalicə tələb edir. Qapaq dərisinin və konyunktivanın bədxassəli şişləri kosmetik nöqsanla yox, orbita toxumalarına sirayət etməsi və regional metastazlar formalaşdırılması ilə təhlükəlidir[24].

Orbitanın residivləşən limfatik şişlərin müalicəsində və ya ilkin generalizasiya olmuş prosesdə kimyaterapiyanın istifadəsi ümumqəbuləedilmiş praktikadır. Müalicə çox vaxt xəstəliyin nozoloji formasından asılı olmayaraq, yalnız histoloji mənzərədə üstünlük təşkil edən limfoid hüceyrələr (aşağı maliqnezasiyalı limfoma, low-grade lymphoma və ya yüksək maliqnezasiyalı limfoma, high-grade lymphoma) nəzərə alınmaqla aparılır[25].

Tədqiqatçılara görə, onkohematologiya üçün dərman vasitələrinin istehsalındakı müvəffəqiyyətlər radioterapevtik komponentin rolunu kölgədə qoyur. Beləliklə, həm limfomaların medikamentoz müalicə üsulunun prinsipial məhdudiyətləri, həm də ionizə edici şüalanmanın üstünlükləri həkimlərin diqqətindən kənar qalır. Bununla belə, faktlar göstərir ki, şüalanma müalicə proqramlarından hələlik çıxarıla bilməz. O, hematoloq və radioloqda müasir metodik səviyyə və vahid müalicə konsepsiyasının əsasında aparılmalıdır [26,27].

ƏDƏBİYYAT:

1. Lukats O. Oncological principles of surgery in the periorbital region // *Magy Onkol.*, 2005, v.49(1), p.47-52.
2. Бровкина А.Ф., Шигина Н.А. Лечение опухолей век и конъюнктивы низкими температурами // *Вестн. офтальмол.*, 1980, № 6, с.23-26.
3. Алиев Д.А. Пластические операции при раке кожи // *Вопросы онкологии*, 1976, т.22, №8, с.71-76.

4. McCord C.D., Tanenbaum M., Nunery W.R. Reconstruction of the lower eyelid and outer canthus // *Oculoplastic surgery-New York: Raven Press, 1995, p.119-144.*
5. Abdullayev E.N., İsayev Ə.H., Salmanova X.U. Dəri törəmələrinin eksiziyasından sonra səthi defektlərin dəri qrefti ilə rekonstruksiyası // *Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, 2013, №2, s.74-76.*
6. Peled I.J., Strauch B., Vasconez L.O. Cheek V-Y advancement skin flap to the lower eyelid // *Grabb's encyclopedia of flaps, E. J. Hall-Findlay. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven, 1998, v.2, p.78-80.*
7. Антохин Н., Цыбырнэ Г., Бежани А. и др. Закрытие обширных и комбинированных дефектов покровных тканей головы и шеи свободными составными лоскутами // *Анналы пласт., реконструктив. и эстет. хирургии, 1998, № 3, с.45.*
8. Hsuan J.D. et al. Small margin excision of periocular basal cell carcinoma: 5 year results // *British J. Ophthalmol., 2004, v.88, p.358-360.*
9. Буйко А.С., Сафроненкова И.А., Питерова О.В. Эпителиальные злокачественные опухоли кожи век стадии Т3-4: комбинированное лечение или скальпель? // *Офтальмол. журн., 2002, №1, с.30-34.*
10. Bridenstine J.B. Use of ultra-high frequency electrosurgery radiosurgery for cosmetic surgical procedures // *Dermatol. Surg., 1998, v.24, p.397-400.*
11. Yuen V.H., Jordan D.R., Brownstein S. et al. Topical mitomycin treatment for primary acquired melanosis of the conjunctiva // *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg., 2003, v.19(2), p.149-151.*
12. Гришина Е.Е., Лернер М.Ю. Радиоволновая хирургия злокачественных опухолей век / *Мат. Международного конгр.: Радиоволновая хирургия на современном этапе, М., 2004, с.154-156.*
13. Peled I.J., Strauch B., Vasconez L.O. Cheek V-Y advancement skin flap to the lower eyelid // *Grabb's encyclopedia of flaps, E. J. Hall-Findlay. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven, 1998, v.2, p.78-80.*
14. İsayev İ.H., Quliyev E.H., Məmmədov M.Q. Dəri limfomaları və onların müalicəsində radioterapiyanın rolu // *Azərbaycan Onkologiya Jurnalı, 2002, №1-2, s.3-9.*
15. Бровкина А.Ф. Лучевая терапия в лечении опухолей органа зрения // *Клиническая офтальмология, 2003, т.4, №1, с.15-19.*
16. Randle H.W. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient // *Dermatol. Surg., 1996, v.22(3), p.255-261.*
17. Бородин Ю.И. Протонотерапия в лечении злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза: Автореф. дисс.... канд. мед. наук, 2010, 18с.
18. 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.*
19. Вальский В.В. Крупнофракционная брахитерапия злокачественных опухолей конъюнктивы: Достижения и перспективы офтальмоонкологии, М., 2001, с.98-100.

20. Maschi-Cayla C., Doyen J., Gastaud P. et al. Conjunctival melanomas and proton beam therapy // *Acta. Ophthalmol.*, 2013, v.91(8), p.647.
21. Daly N.J., de Lafontan B., Combes P.F. Results of the treatment of 165 lid carcinomas by iridium wire implant // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 1984, v.10, p.455-459.
22. Fitzpatrick P.J., Alberti W.E. Tumors of the eyelids and their treatment by radiotherapy. In: *Radiotherapy of intraocular and orbital tumors* / ed. R.H.Sagerman, 2003, 2nd ed., p.163-171.
23. Lommatzsch P.K. Beta-ray treatment of malignant epibulbar melanoma // *Graefes Arch. Klin. Exp. Ophthalmol.*, 1978, 209, p.111-124.
24. Brownstein S. et. al Myc Down-Regulation Sensitizes Melanoma Cells to Radiotherapy by Inhibiting MLH1 and MSH2 Mismatch Repair Proteins // *Clinical Cancer Research*, 2005, v.11, p.2756-2767.
25. Əliyev A.Y., Fərəcov O.F., Vətənxa-Əliyeva V.S. və b. Hockin limfomasının generalizə olmuş formalarında birinci xətt müalicəsi // *Azərbaycan Onkologiya Jurnalı*, 2007, №2, s.115-116.
26. Eich H.T., Müller R.P., Engenhart-Cabillic R. et al. Involved-node radiotherapy in early-stage Hodgkin's lymphoma. Definition and guidelines of the German Hodgkin Study Group (GHSG) // *Strahlenther Onkol.*, 2008, v.184(8), p.406-410.
27. Yamashita H., Nakagawa K., Asari T. et al. Radiotherapy for 41 patients with stages I and II MALT lymphoma: a retrospective study // *Radiother. Oncol.*, 2008, v.87(3), p.412-417.

Müəllif münaqişələrin (maliyyə, şəxsi, peşəkar və digər maraqları) olmamasını təsdiqləyir

Korrespondensiya üçün:

Balayeva Ruhəngiz Niyazi qızı, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin oftalmoonkologiya şöbəsinin rəhbəri

E-mail: r.n.balayeva@mail.ru