



Лечение новообразований придаточного аппарата глаза

Алгоритм лечения новообразований придаточного аппарата глаза предполагает детальную интерпретацию показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству в зависимости от вида опухоли. Выбор вида хирургического вмешательства сугубо индивидуален. Это обусловлено характером, размерами и локализацией образования, наличием или отсутствием предшествующего лечения.

Травматизация окружающих тканей при использовании хирургических лазеров, характеризующихся бактерицидным и абластическим эффектами, минимальна, что способствует нежному рубцеванию и профилактирует образование келоидных рубцов.

Использование аппаратов радиоволновой хирургии обеспечивает дозированный разрез при минимальной механической и термической травме тканей, эффективную коагуляцию кровоточащих сосудов, заживление тканей за счет первичного натяжения. Одновременное использование указанных приборов позволяет достигать высокого лечебного и косметического эффектов.

Методическое пособие, разработанное д.м.н., профессором кафедры глазных болезней Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, руководителем отдела офтальмоонкологии и радиологии Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца С.В. Саакян, к.м.н., врачом отдела офтальмоонкологии и радиологии Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Г.А. Гусевым, к.м.н., научным сотрудником отдела офтальмоонкологии и радиологии Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, старшим лаборантом кафедры глазных болезней Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Е.Б. Мякошиной, предназначено для врачей-офтальмологов поликлиник, специализированных офтальмологических стационаров и консультативных центров.

Введение

Новообразования придаточно-го аппарата глаза, доля которых в структуре всех новообразований органа зрения превышает 80%, отличаются высоким уровнем полиморфизма из-за наличия большого количества различных клеточных элементов. Новообразования могут развиваться из собственно эпителия, мягких тканей, пигментных клеток, сальных и потовых желез, периферических нервов и проч.

Разработано несколько классификаций опухолей век в зависимости от характера роста и тканевых признаков.

Опухоли подразделяют на доброкачественные (папилломы, кератоакантомы и проч.), предраковые (эпителиома Боуэна, пигментная ксеродерма) и злокачественные (базально-клеточный рак, чешуйчато-клеточный рак, аденокарцинома мейбомиевой железы, меланома). Доброкачественных опухолей приблизительно в два раза больше, чем злокачественных. Источником их роста могут быть элементы собственно кожи (папиллома, кератоакантома, кожный рог, эпителиома Боуэна, пигментная ксеродерма). Некоторые новообразования развиваются из волосяных фолликулов (эпителио-

ма Малерба, трихоэпителиома), сальных и потовых желез (цистаденома, сириногома и сириногоаденома). Реже встречаются опухоли, производными которых являются сосудистые и соединительнотканые элементы (гемангиома, липома, фиброма, гистиоцитома). К пигментным новообразованиям кожи век относят невусы (пограничный, внутридермальный, смешанный, ювенильный, гигантский, невус Ота, голубой невус). Гемангиомы, возникающие вследствие порока развития кровеносных сосудов, искусственно причисляют к новообразованиям из-за схожего характера роста [1–9].



Методическое пособие

Показания и противопоказания к лечению опухолей придаточного аппарата глаза

Лечение показано при новообразованиях придаточного аппарата глаза.

Противопоказанием к лечению служит распространение опухоли за пределы придаточного аппарата глаза.

Материально-техническое обеспечение

В лечении опухолей придаточного аппарата глаза используются:

- прибор для электрорадиохирургии «Сургитрон ЕМС»;
- аппарат лазерный хирургический LST-20/01.

Описание медицинской технологии

Лечение новообразований придаточного аппарата, как правило, хирургическое.

Последние десятилетия широко используется дополнительная аппаратура, которая позволяет снизить количество операционных осложнений и улучшить результаты лечения.

Ранее широко использовались электрохирургические высокочастотные (ЭХВЧ) аппараты. В настоящее время активно применяются хирургические лазеры и аппараты радиоволновой хирургии.

В качестве светового скальпеля широкое распространение получили газовые углекислотные лазеры с длиной волны 10,6 мкм. При высокой температуре (до 1000 °С) (при воздействии на ткани организма) и давлении света острый сфокусированный луч (диаметром 0,25–0,3 мм) способен рассекать и препарировать ткани, а умеренно расфокусированный луч – испарять и сваривать их.

Операционный разрез, выполненный с помощью CO₂-лазера, обладает рядом преимуществ: высокой точностью, бактерицидным и абластическим эффектами, минимальной травматизацией окружающих тканей. Это способствует нежному рубцеванию

и профилактирует келоидные рубцы. Вместе с тем радиоскальпель обеспечивает дозированный разрез при минимальной механической и термической травме тканей, эффективную коагуляцию кровоточащих сосудов, заживление тканей за счет первичного натяжения. Одновременное использование указанных приборов позволяет достигать высокого лечебного и косметического эффекта.

Выбор метода операции сугубо индивидуален, что обусловлено характером, размерами и локализацией образования, наличием или отсутствием предшествующего лечения. В ряде случаев операция становится частью планируемого комбинированного лечения. Папиллома – одна из самых распространенных новообразований век имеет шаровидную или цилиндрическую форму, узкое основание, сосочковые разрастания на поверхности (рис. 1). В отличие от ряда других новообразований клиническая картина папилломы типична. Радиохирургическое удаление является методом выбора, пластики обычно не требуется. Большую группу составляют сосудистые образования: капиллярная, кавернозная, рацемозная гемангиомы (рис. 2). Выбор метода лечения нередко связан с возрастом пациента. У больного дошкольного возраста помимо хирургического лечения могут использоваться лучевая терапия и криотерапия. Взрослым пациентам показано только оперативное лечение.

В случае когда соединительнотканый компонент ангиомы не выражен и образование представляет собой переплетение тонкостенных сосудистых полостей и порочно развитых расширенных сосудов, хороший эффект дает погружная диатермокоагуляция. При такой операции игольчатый электрод аппарата ЭХВЧ на низкой мощности поэтапно вводится в сосудистые полости, осуществляется коагу-

ляция, при которой кровь испаряется и сосудистые стенки слипаются. При ангиомах больших размеров, особенно с инфильтрацией хряща, конъюнктивы век, распространением на кожу лобной и других частей голо-

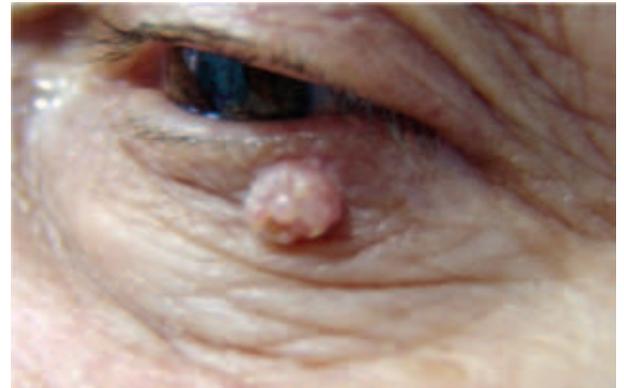


Рис. 1. Папиллома кожи век



Рис. 2. Кавернозная гемангиома бульбарной конъюнктивы

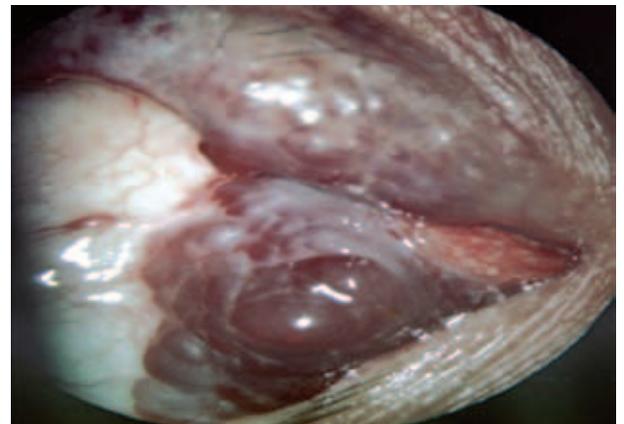


Рис. 3. Рацемозная гемангиома



Рис. 4. Невус интермаргинального пространства верхнего века до операции

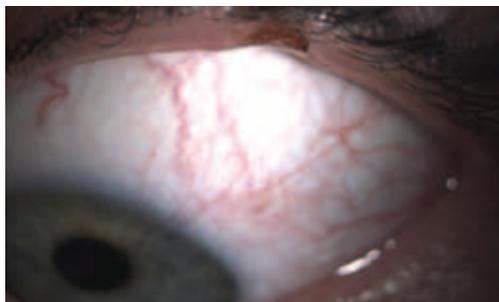


Рис. 5. Послеоперационная эпителизирующаяся рана. Состояние после радиоэксцизии невуса верхнего века



Рис. 6. Системный невус век. Состояние после лазериспарения невуса нижнего века



Рис. 7. Второй этап лазерного испарения системного невуса верхнего века после ранее проведенного первого этапа на нижнем веке



Рис. 8. Новообразование нижнего века



Рис. 9. Состояние после хирургического лечения новообразования нижнего века с использованием пластики методом бокового смещения



Рис. 10. Новообразование нижнего века



Рис. 11. Состояние после хирургического лечения новообразования нижнего века с использованием свободного кожного лоскута

вы (рис. 3), офтальмолог может оказаться бессилён. В подобной ситуации пациента направляют к нейрохирургу для проведения каротидной ангиографии. В отсутствие противопоказаний эмболизация приводящих ветвей внутренней сонной артерии может быть эффективной.

Пациенты с невусами представляют многочисленную группу (рис. 4). Обычно невусы появляются у новорожденных. Цикл развития невусов считается закономерным и динамичным – с периодами активного роста, покоя и инволюции. Прогрессирующие невусы опасны, поскольку являются предшественниками меланомы, и требуют лечения. Чаще при удалении прогрессирующего невуса используется радионож (рис. 5). Однако нередко применяется и углекислотный лазер. Сфера его применения – гигантские или системные невусы, смешанные и другие невусы с локализацией по интермаргинальному краю. Использование в таких случаях лазера обусловлено его способностью испарять ткани образования.

Операция обязательно проводится под операционным микроскопом, что позволяет провести ее абластично, избежать большой колобомы края века на фоне быстрого и нежного рубцевания.

При гигантском (системном) невусе (рис. 6) лазерное испарение проводится в несколько этапов (рис. 7).

Кожная пластика выполняется, когда самопроизвольная эпителизация образовавшегося дефекта после удаления опухоли может повлечь за собой деформацию век и нарушение функций глаза.

Обычно в качестве основного инструмента используется радиохирургический аппарат. Реже в качестве дополнительного хирургического аппарата применяется углекислотный хирургический лазер.



Своевременное лечение новообразований придаточного аппарата глаза позволяет ликвидировать опухоль с сохранением анатомо-топографических взаимоотношений века и конъюнктивы

Все операции проводятся с использованием микрохирургической техники и операционного микроскопа или бинокулярной лупы.

Для замещения послеоперационного дефекта обычно выполняют пластику местными тканями, свободную кожную пластику, пластику методом бокового смещения и пластику лоскутом кожи на ножке (рис. 8 и 9). При замещении небольших дефектов кожи широко используется пластика местными тканями с применением методов Шимановского, Лимберга и их комбинаций. При поражении опухолью всех слоев века, но не более половины его длины с успехом применяется метод бокового смещения тканей с пересечением наружной связки век.

При ограниченной подвижности окружающей дефект кожи предпочтителен способ свободной кожной пластики. Кожный лоскут, как правило, забирается с внутренней поверхности плеча. При этом кожа тщательно отделяется от прилежащей жировой клетчатки. Даже при наличии атрофических тканей в случае дальнейшего некроза

свободного лоскута последний играет роль своеобразной защиты, под ним происходит процесс эпителизации (рис. 10 и 11).

При наличии значительных дефектов кожи века целесообразно применять метод закрытия дефекта лоскутом на ножке.

Следует отметить, что пластика в офтальмоонкологии имеет свои особенности. У значительной части пациентов ранее использовались хирургическое удаление, криодеструкция, лучевая терапия. При таких вмешательствах кожа в зоне воздействия атрофируется, появляются бессосудистые рубцы, что существенно затрудняет эпителизацию, особенно после выполнения свободной пластики.

При злокачественных опухолях кожи век и конъюнктивы больших размеров успешно применяют комбинированные методы лечения: хирургическое удаление новообразования в сочетании с лучевой терапией (брахитерапией) и/или местной химиотерапией (рис. 12).

Эффективность медицинской технологии

Проведен анализ видов лечения новообразований придаточно-

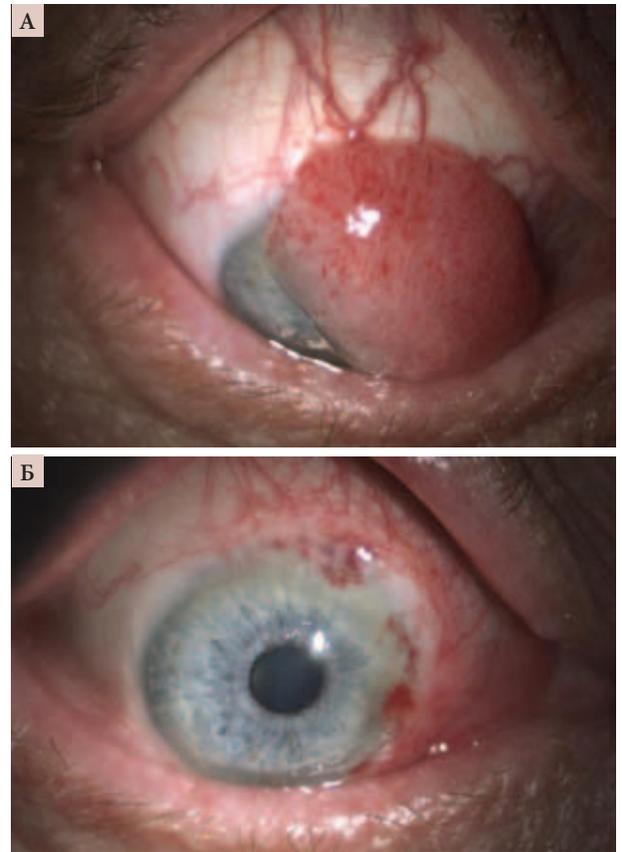


Рис. 12. Злокачественное эпibuльбарное новообразование (А). Состояние после комбинированного хирургического и лучевого лечения – наружной брахитерапии (Б)

го аппарата глаза. Показаны особенности хирургического лечения в зависимости от локализации, размеров опухоли. Своевременное лечение новообразований придаточного аппарата глаза позволяет ликвидировать опухоль с сохранением анатомо-топографических взаимоотношений века и конъюнктивы. ☺

Литература

1. Глазные болезни. Учебник для медицинских вузов / под ред. В.Г. Копаевой. М.: Медицина, 2002.
2. Хоу А.К. Сетчатка. Цветной атлас / под ред. С.Э. Аветинова, В.К. Сургуча. 2009.
3. Глазные болезни. Учебник для медицинских вузов / под ред. В.Г. Копаевой. М.: Медицина, 2008.
4. Кански Дж. Клиническая офтальмология: систематизированный подход. М.: Логосфера, 2009.
5. Кански Дж. Офтальмология: признаки, причины, дифференциальная диагностика. 2012.
6. Криглстайн Г.К., Ионеску-Сайперс К.П., Северин М., Вобиг М.А. Атлас по офтальмологии / под ред. А.Н. Амирова. М.: Медицинское информационное агентство, 2009.
7. Спэлтон Д.Дж., Хитчинг Р.А., Хантер П.А. Атлас по клинической офтальмологии / под общ. ред. А.Н. Амирова. М.: МЕДпресс-информ, 2007.
8. Шлоте Т., Рорбах Й., Грюб М., Мильке Й. Атлас по офтальмологии / под ред. А.Н. Амирова. 2010.
9. Пенн Р.Б. Окулопластика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.