

УДК: 617.77-006/6[02-073-08-036.8]001.33

© И.А. Сафроненкова, 2012.

СТРУКТУРА И ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ВЕК И ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ (ЗЭО) ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГУ «ИНСТИТУТ ГБ И ТТ ИМ. В.П.ФИЛАТОВА НАМН УКРАИНЫ»

И.А. Сафроненкова*ГУ «Институт ГБ и ТТ им. В.П.Филатова НАМН Украины», группа ФМДП отделения офтальмоонкологии, (руководитель - профессор А.С.Буйко), г. Одесса.*

STRUCTURE AND CHARACTER OF DAMAGE OF THE SKIN OF THE EYELIDS AND PERIORBITAL AREA AT PATIENTS WITH MALIGNANT EPITHELIAL TUMORS (MEET) ACCORDING TO THE UPTAKE OF TO GD «THE FILATOV INSTITUTE OF ED AND TT OF NAMS OF UKRAINE»

I.A. Safronenkova**SUMMARY**

A retrospective study of 2400 patients MEET eyelid skin were treated at the. Filatov Institute for the period 1986 -2008 year. Shown that most of the structure of the MEET eyelid skin basal cell carcinoma (83.3%) with a primary lesion of the lower eyelid (83.3%), internal canthus (17.2%) and the defeat of several anatomical and topographical zones involving the orbit and eyeball (16.9%).

СТРУКТУРА І ХАРАКТЕР УРАЖЕННЯ ШКІРИ ПОВІК І ПЕРИОРБИТАЛЬНОЇ ОБЛАСТІ У ХВОРИХ ЗЛОЯКІСНИМИ ЕПІТЕЛІАЛЬНИМИ ПУХЛИНАМИ (ЗЕП) ЗА ДАНИМИ ОБЕРТАНОСТІ В ДУ «ІНСТИТУТ ГБ І ТТ ІМ. В.П.ФІЛАТОВА НАМН УКРАЇНИ»

I.O. Safronenkova**РЕЗЮМЕ**

Проведено ретроспективне дослідження 2400 хворих ЗЕП шкіри повік, які проходили лікування в інституті ім. В.П.Філатова за період 1986 -2008 рік. Встановлено переважання в структурі ЗЕП шкіри повік базальноклітинного раку (83,3%) з переважним ураженням нижньої повіки (83,3%), внутрішнього кута очної щілини (17,2%) і ураженням декількох анатомо-топографічних зон із залученням орбіти і очного яблука (16,9%).

Ключевые слова: злокачественные эпителиальные опухоли кожи век и периорбитальной области, структура, характер поражения

Злокачественные эпителиальные опухоли (ЗЭО) кожи одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний. Более 80,0 % этих опухолей возникают на коже головы и шеи, а из них, до 10,0 – 11,0 % поражают кожу век в прилежащих зонах. В структуре всех злокачественных опухолей органа зрения удельный вес ЗЭО кожи век составляет 75 % [3]. Частота встречаемости рака кожи в Америке, Австралии, Европе и странах СНГ продолжает увеличиваться, превышая темпы роста других злокачественных новообразований [5-7]. Характерными чертами ЗЭО кожи являются выраженное многообразие клинических форм, широкая палитра клинико-морфологических характеристик и особенности клинического течения. Цель работы - изучение распространенности, клинико-морфологических особенностей, результатов лечения ЗЭО кожи век и окулоорбитальной области.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 2400 больных ЗЭО кожи век, лечившихся в офтальмоонкологическом центре ГУ «Институте ГБ и ТТ им. В.П.Филатова НАМН Украины», за период с 1986 по 2008 гг. Для этого была создана электронная база данных, содержащая информацию о результатах обследования и лечения больных ЗЭО кожи век. Численные параметры заносились в базу в цифровом выражении, а качественные характеристики формализованы в виде порядковых показателей. Для оценки количественных показателей рассчитывали среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). В исследовании двух и более групп по качественному признаку применялся анализ таблиц сопряженности с расчетом χ^2 статистики Пирсона. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Статистический анализ проведен с использованием лицензионного пакета «Statistica 9.0». База данных сформирована средствами MS Access.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Временной тренд обращаемости больных ЗЭО кожи век в институт им. В.П.Филатова представлен на рис. 1. Из данных представленных на этом рисунке видно, что с 1994 по 1997 год наблюдается спад обращаемости больных ЗЭО кожи век, что обуслов-

лено неблагоприятной экономической ситуацией в Украине и, как следствие – снижением жизненного и материального уровня населения. В целом же заболеваемость раком кожи век по данным обращаемости в Институт сохраняется на постоянном уровне с тенденцией к повышению после 2004 года.

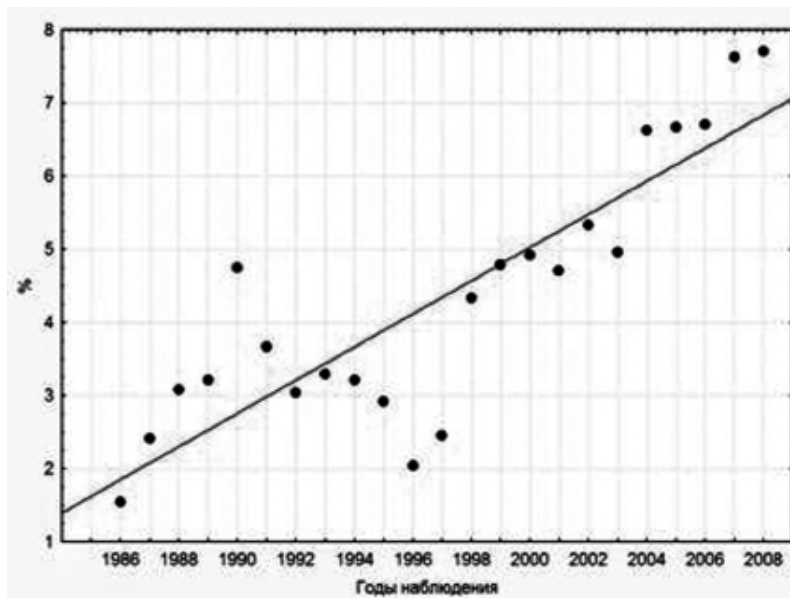


Рис. 1. Временной тренд обращаемости больных ЗЭО кожи век в Институт (по годам).

Из 2400 обследованных больных преобладали женщины – 1420 (59 %) в возрасте от 26 до 96 лет ($65 \pm 12,3$). Мужчин было 980 (41 %) в возрасте от 19 до 91 года ($64 \pm 64,11,9$). Такое распределение больных, по половому признаку, наблюдается в странах СНГ [3]. В Америке, Европе и Австралии напротив, заболеваемость ЗЭО кожи среди мужского контингента преобладает над женским [4]. Это объясняется разным соотношением женского и мужского населения в этих странах. 1471 (61 %) больных были жителями города, 929 (39 %) – сельской местности, однако это соотношение было другим при запущенных ЗЭО век стадии T_3 , где жители села составили 56,2 % против 43,8 % городских жителей. Таким образом, запущенные ЗЭО кожи век выявлялись у жителей сельской местности в 1,3 раза чаще, чем у городских жителей.

Обращаемость больных по областям не отражает общую заболеваемость ЗЭО кожи век в Украине, а выявляет явное преобладание пациентов, проживающих вблизи офтальмоонкологического центра. Так жители Одессы и Одесской области представлены 1595 (66,5 %) пациентами, тогда как другие области в совокупности составили 805 (33,5 %). Частота обращаемости больных из этих областей варьирует от 2 (0,1 %) до 192 (8,0 %).

Первичное обращение зарегистрировано у 1947 (81,7 %) больных ЗЭО кожи век, а 453 (18,8 %) – поступили с рецидивами после лечения по месту

жительства. Пациентам из последней группы с рецидивирующими опухолями проводилось хирургическое лечение (56,1 %), близкофокусная лучевая терапия (14 %), криотерапия (12,9 %), хирургическое и лучевое лечение (8 %), лечение народными средствами (5 %) и диатермокоагуляция (4 %). Таким образом, наибольшее число больных с рецидивами ЗЭО кожи век поступало в Институт после хирургического лечения по месту жительства. Это еще раз подтверждает тот факт, что традиционное иссечение опухоли в пределах клинически «здоровых» тканей приводит к высокой частоте рецидивов (от 7,1 % до 25,9 %) [2]. Различий в структуре обращаемости первичных и больных с рецидивами опухоли по годам не отмечено.

Частота поражения правого и левого глаза была одинаковой, соответственно 1199 (50 %) и 1196 (49,8 %). Оба глаза были вовлечены в опухолевый процесс всего в 5 случаях (0,2 %).

У подавляющего большинства пациентов – 2000 (83,3 %) был выявлен базальноклеточный рак кожи (БКР). Остальные больные распределялись следующим образом: плоскоклеточный рак – 222 (9,3 %), метатипический – 133 (5,5 %), аденокарцинома – 45 (1,9 %). В 2005-2008 гг. отмечается увеличение плоскоклеточного рака с 8,6 % до 11,2% и метатипического рака – с 4,6 до 7,7 % по сравнению с 1988-1998 годами (соответственно $\chi^2 = 6,7$, $p=0,03$; $\chi^2 = 6,6$, $p=0,01$). Среди пациентов с базальноклеточным

раком, чаще встречается солидный вариант 1724 (86,2 %), реже – с железистой дифференцировкой – 232 (11,9 %). Из групп особых форм БКР обнаружен только склеродермоподобный вариант – 15 (0,8 %). Таким образом, морфологическая характеристика ЗЭО кожи век довольно многообразна и эта тенденция, как показали наши исследования, с годами не изменяется.

Наиболее распространенной локализацией опухоли было нижнее веко – 1138 (47,4 %) и внутренний угол глазной щели – 412 (17,2 %). Реже опухоль локализовалась в наружном углу – 266 (11,1 %), скате носа – 362 (15,1 %), верхнем веке – 207 (8,6 %) и на других участках периорбитальной области – 15 (0,6 %). Эти данные говорят в пользу дизэмбриогенетической теории происхождения ЗЭО кожи век, так как новообразования чаще развиваются в области эмбриональных лицевых щелей смыкания [3].

Особо необходимо отметить группу из 406 (16,9 %) больных, у которых имело место поражение нескольких анатомо-топографических зон с вовлечением структур вспомогательного аппарата глаза, глазного яблока, орбиты и периорбитальных областей. Среди них, в 154 (6,4 %) случаях новообразование распространялось на подлежащие мягкие ткани с захватом конъюнктивы сводов, у 119 (4,9 %) пациентов в опухолевый процесс были вовлечены как своды, так и спайки век. У 133 (5,5 %) – наблюдалось прорастанием опухоли в передний отдел орбиты с поражением конъюнктивы и оболочек глазного яблока в 19 случаях. У 18 пациентов – опухоль выходила за пределы орбиты и прорастала в придаточные пазухи носа (3 случая) и полость черепа (9 случаев).

По клиническому типу, узловая и язвенная форма опухоли встречались почти с одинаковой частотой – 1147 (47,8 %) и 1081 (45,0 %) соответственно. Значительно реже встречалась плоскостная форма – 97 (4,1 %) и инфильтративная – 75 (3,1 %). При этом, отмечается рост плоскостной формы новообразования за период с 2005 по 2008 по отношению к периоду 2000–2004 с 0,6 % до 4,0 % соответственно ($\chi^2 = 8,8, p=0,01$).

По классификации pTNM Международного Противоракового Союза (UICC) и Американского Объединенного Комитета по Раку (AJCC) (7 издание, 2010 г.), на момент обращения у 249 (10,4 %) пациентов была I стадия опухолевого процесса, у 838 (34,9 %) – стадия IIa, у 932 (38,8 %) – стадия IIb, у 374 (15,6 %) – стадия IIIa и у 5 (0,3 %) – стадия IIIb. Таким образом, преобладали пациенты с запущенными опухолями IIb и III стадий (54,7 %) опухоли. Кроме того, в 2005–2008 годах отмечается увеличение количества больных с III стадией с 8,9 % до 18,1 % по сравнению с периодом 1988–1998 ($\chi^2 = 11,8, p=0,0006$).

Установлено, что большинство пациентов ЗЭО кожи век (60,7 %) обращаются за медицинской по-

мощью при длительности заболевания от 1 года до 5 лет (медиана 3,9), 34,3 % – от 5 до 16 лет (медиана 6,8) и только 5 % – до года. И. хотя эти сведения носят субъективный характер, так как основываются на данных анамнеза, однако могут служить ориентировочным критерием для проведения параллелей между длительностью заболевания и стадией. В первый год заболевания с T₁ стадией обратилось 84,3 % больных. При длительности заболевания более 5 лет значительно чаще встречаются запущенные опухоли T_{2a-3} стадии (66,1 %) и с язвенной формой (59,6 %). Обращение пациентов с язвенной формой опухоли в более поздние сроки связано, вероятно, с цикличностью течения заболевания, когда периоды изъязвления сменяются периодами рубцевания и опухоль приобретает агрессивный характер, так как поверхностный рост со временем замедляется и опухоль прогрессирует в глубину [3].

Распределение больных с различными клиническими формами по стадиям показало, что узловая форма одинаково часто встречается в T₁ и T₂ стадиях (39,3 % и 37,8 % соответственно), а язвенная и плоскостная – в T₂ стадии (63,2 % и 81,2 % соответственно). Инфильтративная форма опухоли чаще диагностировалась в стадии T₃ (44%). В 311 случаях наблюдался множественный характер поражения кожи БК раком.

У 9 больных наблюдались метастазы БК рака (6 случаев) и ПК (3 случая) в регионарные лимфоузлы, а в двух случаях имели место метастазы в легкие.

ВЫВОДЫ

1. По данным обращаемости в институт им. В.П.Филатова, заболеваемость раком кожи век с 1986 по 2008 г. сохраняется на постоянном уровне с тенденцией к повышению после 2004 года.

2. Несмотря на доступность визуального контроля за состоянием век, имеет место позднее обращение населения за медицинской помощью, преимущественно в поздних (T_{2a-3}) стадиях (54,7 %) и с преобладанием язвенной формы (59,6 %) заболевания.

3. Запущенные (T_{2a-3} стадии) ЗЭО кожи век являются у жителей сельской местности в 1,3 раза чаще, чем у городского населения.

4. Преобладающим в структуре ЗЭО кожи век является базальноклеточный рак (83,3%) с преимущественным поражением нижнего века (83,3 %), внутреннего угла глазной щели (17,2 %) и поражением нескольких анатомо-топографических зон с вовлечением орбиты и глазного яблока (16,9 %).

5. Рецидивы после лечения ЗЭО кожи век чаще происходят после хирургического лечения (56,1 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Буйко А.С. Эпителиальные опухоли кожи век: криодеструкция или скальпель. Ч.2: отдаленные результаты (14 лет) криогенного лечения злокачествен-

ных эпителиальных опухолей стадии T 1-3 кожи век // Офтальмол. журн. – 2000. – №3. – С.11 – 15.

2. Буйко А.С. Злокачественные эпителиальные опухоли кожи век: встречаемость, факторы риска, классификация, диагностика, методы лечения и их результативность // Офтальмол. журн. – 2009. – №1-2. – С.49 – 59.

3. Важенин А.В. Избранные вопросы онко-офтальмологии / А.В. Важенин, И.Е. Панова.– М.: Издательство РАМН, 2006. – 156 с.

4. Rapid and Continuous Increases in Incidence Rates of Basal Cell Carcinoma in the Southeast Netherlands Since 1973/ de E. Vries, M. Louwman,

M. Bastiaens et al. // J.Invest.Dermatol. – 2004. – V.123. – P. 634 – 638.

5. Incidence Estimate of Nonmelanoma Skin Cancer in the United States, 2006 / Rogers H.W., Weinstock M.A., Harris A.R. et al. // Arch. Dermatol. – 2010. – V.146.– № 3. – P. 283 – 287.

6. Need for a New Skin Cancer Management Strategy / van der Geer S., Reijers H.A., van Tuijl H.F. J. M. et al.// Arch. Dermatol. – 2010. – V.146.– № 3. – P.332 – 336.

7. Stern R.S. Prevalence of a History of Skin Cancer in 2007 // Arch. Dermatol. – 2010. – V.146. – № 3. – P.279 – 282.