

Отмечены значительные различия в качестве жизни пациентов с увеальной меланомой различного пола и возраста. Так, у мужчин был выявлен более высокий уровень итоговой оценки качества жизни преимущественно за счёт физического состояния ($p \leq 0,05$), их социальная и повседневная активность в меньшей степени ограничивается эмоциональными проблемами.

Отмечено, что один из основных факторов, влияющих на показатели качества жизни, — острота зрения. Установлена зависимость показателей качества жизни пациентов с увеальной меланомой от остроты зрения больного и непоражённого глаза. Так, пациенты с остротой зрения непоражённого глаза меньше 0,3 имели достоверно более низкие показатели как качества жизни в целом, так и отдельных его блоков, за исключением физической составляющей. Статистический анализ показал наличие корреляции между показателями качества жизни пациентов и остротой зрения непоражённого глаза ($r=0,3186$).

ВЫВОДЫ

1. Достоверно более высокие показатели качества жизни пациентов в отдалённом периоде наблюдения за счёт блоков социального/семейного и повседневного благополучия выявлены после энуклеации в сравнении с проведением органосохраняющего лечения при меланоме сосудистой оболочки глаза (хориоидеи).

2. Выполнение органосохраняющего лечения (брахитерапии, транспупиллярной термотерапии) сопряжено со статистически значимым снижением суммарного показателя качества жизни за счёт блоков социального/семейного, повседневного и эмоционального благополучия, что следует учитывать при мониторинговании больных в послеоперационном периоде, в котором целесообразны психокорректирующие меро-

приятия при диспансерном ведении пациентов.

3. Параметры качества жизни у больных меланомой хориоидеи находятся в прямой зависимости от остроты зрения непоражённого глаза ($r=0,3186$).

4. С учётом половой принадлежности выявлены статистически значимо более высокие показатели качества жизни у мужчин независимо от вида лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполухин О.И., Чернышёв И.В., Сивков А.В. и др. Сравнительная оценка качества жизни больных раком простаты после радикальной простатэктомии и брахитерапии. — 2009. — <http://samara.uroweb.ru/articles/id-25> (дата обращения: 01.06.2013).
2. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. — 2000. — Т. 2, №1-2. — С. 25-28.
3. Миллер С.В., Чойизонов Е.Л., Балацкая Л.Н. и др. Оценка качества жизни больных раком лёгкого после комбинированного лечения // Сибир. онкол. ж. — 2003. — №3. — С. 3-6.
4. Новицкий А.В., Сухонос Ю.А., Петленко С.В. Прогностическое значение общего качества жизни у больных злокачественными лимфомами // Рос. биомед. ж. «Медлайн. Ру». — 2009. — Т. 10 (Онкология). — http://www.medline.ru/public/pdf/10_012.pdf (дата обращения: 01.06.2013).
5. Aaronson N.K. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients // Cancer. — 1991. — Vol. 67, N 3. — P. 844-950.
6. Detmar S.B., Aaronson N.K. Quality of life assessment in daily clinical oncology practice: a feasibility study // Eur. J. Cancer. — 1998. — Vol. 34, N 8. — P. 1181-1186.
7. Hicks J.E., Lampert M.H., Gerber L.H. et al. Functional outcome update in patients with soft tissue sarcoma undergoing wide local excision and radiation // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1985. — Vol. 66. — P. 542-543.
8. Rosenberg S.A. Soft tissue sarcoma of the extremities. Atlas of extremity sarcoma surgery. — Philadelphia: Lippincott, 1984. — P. 1-17.

УДК 617.77-006.63-031.81-06: 617.77-006.6

НО02

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ВЕК С ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ ХАРАКТЕРОМ ПОРАЖЕНИЯ

Ирина Евгеньевна Панова^{1,2}, Ирина Сергеевна Суло^{1*}, Ирина Алексеевна Кученкова^{1,2},
Армине Эдиковна Аракелян^{1,2}

¹Челябинская государственная медицинская академия,

²Челябинский областной клинический онкологический диспансер

Реферат

Цель. Выявление клинико-эпидемиологических особенностей базальноклеточного рака кожи век при первично-множественном характере поражения.

Методы. Исследуемую группу составили 53 пациента с базальноклеточным раком кожи век при первично-множественном поражении, контрольную группу — 98 больных с солитарными формами базальноклеточного рака кожи век, у которых в течение 7 лет не диагностировано первично-множественного поражения. Диагностика злокачественной патологии органа зрения основывалась на данных анамнеза, комплексного офтальмологического клинико-инструментального обследования. Методами верификации базальноклеточного рака кожи век служили цитологическое и патогистологическое исследования. Для оценки распространённости процесса проводили магнитно-резонансную и компьютерную томографию орбиты, головного мозга, органов брюшной полости.

Результаты. При первично-множественном поражении базальноклеточный рак кожи век статистически зна-

чимо чаще встречается в группе пациентов в возрасте 70 лет и старше (58,49% больных), в то время как солитарный базальноклеточный рак кожи век диагностируют в более молодой возрастной группе — 30–59 лет (24,49%). Опухолевый процесс при первично-множественном поражении локализуется на коже наружного угла глазной щели (13,20%), представлен преимущественно узловой формой (64,15%), морфологически преобладает дифференцированный вариант опухолевого строения. Базальноклеточный рак кожи век с первично-множественным характером поражения диагностируют у 1,64% больных злокачественными новообразованиями органа зрения, преимущественно (69,81%) с появлением двух опухолей, развившихся метакронно, в сочетании со злокачественными эпителиальными опухолями кожи, раком молочной железы, матки, почек, прямой кишки.

Вывод. Клинические особенности базальноклеточного рака кожи век с первично-множественным характером поражения: возраст 70 лет и старше, верификация в T₁N₀M₀ стадии заболевания (71,70%), преимущественно в виде узловой формы (64,15%), гистоморфологически превалирует дифференцированный вариант строения.

Ключевые слова: первично-множественное поражение, базальноклеточный рак, клиническая картина.

CLINICAL FEATURES OF PRIMARY MULTIPLE EYELID BASAL CELL CARCINOMA I.E. Panova^{1,2}, I.S. Suslo¹, I.A. Kuchenkova^{1,2}, A.E. Arakelyan^{1,2}. ¹Chelyabinsk State Medical Academy, Chelyabinsk, Russia, ²Chelyabinsk Regional Clinical Oncology Center, Chelyabinsk, Russia. **Aim.** Identification of clinical and epidemiological features of primary multiple eyelid basal cell carcinoma. **Methods.** 53 patients with multiple eyelid basal cell carcinoma were included in the main group, the control group included 98 patients with solitary forms of eyelid basal cell carcinoma, who were not diagnosed with primary multiple lesions during 7 years of follow-up. Diagnosis of a malignant disease of the eye was based on the disease history, complex ophthalmic clinical and instrumental examinations, the diagnosis of multiple eyelid basal cell carcinoma was verified by cytological and histological examination. Magnetic resonance imaging and computed tomography of the orbit, brain, abdominal cavity were used to assess the area of malignancy. **Results.** Primary multiple eyelid basal cell carcinoma was diagnosed mainly in elderly patients over 70 years old (58.49% of patients), whereas a solitary basal cell carcinoma was significantly more common in patients of the younger age group — from 30 to 59 years old (24.49% of patients). Neoplastic process in primary multiple eyelid basal cell carcinoma was mainly localized on the skin of the outer canthus (13.20%), presenting mainly as nodular form (64.15%), with differentiated tumor dominating morphologically. Primary multiple eyelid basal cell carcinoma is diagnosed in 1.64% of patients with tumors of organ of vision, with two metachronous tumors in most of the cases (69.81%), associated with skin epithelial malignant tumors, breast, uterine, kidney and rectal cancer. **Conclusion.** The clinical features of primary multiple eyelid basal cell carcinoma are the following: age of 70 years and over, verification at T₁N₀M₀ cancer stage, predominantly nodular form (64.15%), with differentiated tumor dominating morphologically. **Keywords:** primary multiple tumor, basal cell carcinoma, clinical picture.

Первично-множественные опухоли — одна из сложнейших проблем в онкологии. Возникновение более одной злокачественной опухоли является биологическим феноменом, поднимающим значительное количество вопросов, касающихся канцерогенеза, диагностики, лечения, диспансеризации и лечения данной категории больных [1, 7, 9]. За последние годы наряду с увеличением онкологической заболеваемости произошло перераспределение в её структуре, в том числе среди злокачественных опухолей органа зрения [1, 3, 8]. Доля первично-множественного поражения у пациентов со злокачественными новообразованиями органа зрения в Челябинской области варьирует за период с 2001 по 2010 гг. в диапазоне от 1,30 до 3,51% (в среднем 2,64%), на долю первично-множественных злокачественных опухолей экстраокулярной локализации приходится 3,44% [1, 3, 4].

Цель данного исследования — выявление клинико-эпидемиологических особенностей базальноклеточного рака кожи век при первично-множественном характере опухолевого поражения.

Клинико-эпидемиологическое исследование выполнено на базе Челябинского областного клинического онкологического диспансера на основе ретроспективного анализа «Извещений о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (форма №090/у), амбулаторных карт больных и историй болезни (форма №003/у) за 2001–2010 гг. Исследуемую когорту составили 3220 первичных больных со злокачественными опухолями органа зрения, в их числе муж-

чин 1383 (42,9%), женщин 1837 (57,1%), средний возраст составил 59±0,2 года. Диагноз базальноклеточного рака кожи век установлен у 709 больных, среди них мужчин 272 (38,36%), женщин 437 (61,64%), средний возраст 65,5±5,6 года.

Диагностика злокачественной патологии органа зрения основывалась на данных анамнеза, комплексного клинико-инструментального, лабораторного обследования, включающего цитологическое и гистологическое исследование. Офтальмологическое и общее клинико-инструментальные обследования выполняли в стандартном объёме. Для оценки распространённости процесса проводили магнитно-резонансную и компьютерную томографию головного мозга, органов брюшной полости. Основными методами верификации базальноклеточного рака кожи век служили цитологическое и патогистологическое исследования. Градацию стадий опухолевого процесса проводили по системе TNM (6-й пересмотр, 2003) [6].

Сравнительный анализ клинико-эпидемиологических признаков проведён в двух группах пациентов: исследуемая группа (ИГ) — 53 пациента с базальноклеточным раком кожи век при первично-множественном поражении, контрольная группа (КГ) — 98 больных с солитарными формами базальноклеточного рака кожи век. Для корректного подбора КГ мы провели изучение сроков возникновения вторых опухолей в ИГ. Установлено, что при базальноклеточном раке с первично-множественным характером поражения вторая и третья опухоли чаще возникали в сроки до 7 лет (67,4 и 78,6% соответственно),

Распределение пациентов с базальноклеточным раком кожи век при первично-множественном и солитарном поражении в возрастном-половом аспекте

Возраст, годы	ИГ, абс. (%±m), n=53			КГ, абс. (%±m), n=98		
	Всего	Мужчины, n=19	Женщины, n=34	Всего	Мужчины, n=39	Женщины, n=59
0-29	—	—	—	—	—	—
30-59	3 (5,66±3,2)	3 (15,79±8,4)	—	24 (24,49±4,3)*	16 (41,02±7,9)	8 (13,56±4,5)
60-69	19 (35,85±6,6)	7 (36,84±11,1)	12 (35,29±8,2)	33 (33,67±4,8)	14 (35,89±7,7)	19 (32,20±6,1)
70 и более	31 (58,49±6,8)*	9 (47,37±11,5)	22 (64,71±11,0)	41 (41,84±5,0)	12 (30,77±7,4)	29 (49,15±6,5)

Примечание: ИГ – исследуемая группа; КГ – контрольная группа; m – стандартная ошибка; *статистическая значимость различий между группами ($p < 0,05$).

через 7 лет они присутствовали у 32,6 и 21,4% больных. Это определило целесообразность включения в КГ больных с солитарными формами базальноклеточного рака кожи век тех пациентов, у которых в течение 7 лет не диагностировано первично-множественного поражения.

Для статистической обработки полученных результатов использованы стандартные методы параметрической и непараметрической статистики с применением компьютерной программы «Statistica 6.0». Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [2, 5].

Результаты, представленные в табл. 1, свидетельствуют, что базальноклеточный рак кожи век с первично-множественным характером поражения диагностируют у 1,64% больных со злокачественными новообразованиями органа зрения. Он характеризуется развитием двух опухолей (69,81%), преимущественно метакронным вариантом опухолевого процесса (67,93%), сочетанием со злокачественными эпителиальными опухолями кожи, молочной железы, матки, почки, прямой кишки ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ распределения пациентов с базальноклеточным раком кожи век при первично-множественном поражении в сравнении с солитарными формами базальноклеточного рака кожи век в возрастном-половом аспекте также отражен в табл. 1.

Как показал сравнительный анализ, базальноклеточный рак кожи век при первично-

множественном поражении достоверно чаще встречается в группе пациентов 70 лет и старше (58,49% больных), в то время как солитарные формы диагностируют в более молодой возрастной группе – 30-59 лет (24,49% пациентов). Статистически значимых различий по полу между ИГ и КГ не выявлено.

Изучение частоты распределения больных в ИГ и КГ по стадиям позволило установить, что в ИГ базальноклеточный рак кожи век диагностируют в стадии $T_1N_0M_0$ у 71,70% больных, в $T_2N_0M_0$ – у 15,10%, в $T_{2-4}N_0M_0$ – у 13,20% больных, в то время как в КГ данные показатели составили 55,1, 27,55 и 17,35% соответственно. Нами выявлено достоверное преобладание частоты выявления неопластического процесса в стадии $T_1N_0M_0$ у больных базальноклеточным раком кожи век при первично-множественном характере поражения, в то время как в КГ преобладала стадия заболевания $T_2N_0M_0$.

Периокулярно базальноклеточный рак может поражать нижнее или верхнее веко, внутренний или наружный угол глаза, а также распространяться на две и более анатомические зоны. Сравнительный анализ частоты поражения различных анатомо-топографических зон параорбитальной области в зависимости от вариантов течения базальноклеточного рака кожи век представлен в табл. 2.

Базальноклеточный рак кожи век при первично-множественном поражении в сравнении

Локализация неопластического процесса у больных базальноклеточным раком кожи век при первично-множественном и солитарном поражении

Локализация опухоли	ИГ (n=53)		КГ (n=98)	
	Абс.	(%±m)	Абс.	(%±m)
Нижнее веко	26	49,06±6,9	63	64,29±4,8*
Веконосная складка, кожа области внутреннего угла глазной щели	11	20,75±5,5	20	20,41±4,1
Верхнее веко	9	16,98±5,0	12	12,24±3,3
Кожа области наружного угла глазной щели	7	13,20±4,6*	1	1,02±1,0
Распространённое поражение	0	—	2	2,04±1,4

Примечание: ИГ – исследуемая группа; КГ – контрольная группа; m – стандартная ошибка; *статистическая значимость различий между ИГ и КГ ($p < 0,05$).

с солитарными формами статистически значимо чаще обнаруживали на коже наружного угла глазной щели, в КГ — на коже нижнего века (см. табл. 2).

В соответствии с целью исследования мы изучили частоту клинических форм базальноклеточного рака: узловой, язвенной, поверхностной и склеродермоподобной. В ИГ узловая форма выявлена у 64% больных, язвенная — у 23%, поверхностная — у 11%, склеродермоподобная — у 2% пациентов, в то время как при солитарном характере поражения узловая форма диагностирована у 48% больных, язвенная — у 37%, поверхностная — у 12%, склеродермоподобная — у 3%. Сравнительный анализ ИГ и КГ показал статистически значимое превалирование узловой формы при базальноклеточном раке кожи век с первично-множественным характером поражения.

Результаты анализа различных вариантов гистологического строения базальноклеточного рака кожи век у пациентов ИГ и КГ за период 2001–2010 гг. свидетельствуют о превалировании дифференцированного варианта строения опухолей при базальноклеточном раке кожи век при первично-множественном характере поражения (17,5% в сравнении с 4,3% КГ), в то время как при солитарных формах преобладал недифференцированный вариант (74,5% в сравнении с 62,5% в ИГ).

ВЫВОДЫ

1. Базальноклеточный рак кожи век с первично-множественным характером поражения диагностируют у 1,64% больных злокачественными новообразованиями органа зрения, преимущественно (69,81%) с появлением двух опухолей, развившихся метакронно, в сочетании со злокачественными

эпителиальными опухолями кожи, раком молочной железы, матки, почек, прямой кишки ($p < 0,05$).

2. Базальноклеточный рак кожи век с первично-множественным характером поражения в отличие от солитарных форм заболевания развивается в возрасте 70 лет и старше (58,49%), диагностируется в стадии заболевания $T_1N_0M_0$ (71,70%), преимущественно в виде узловой формы (64,15%, $p < 0,05$), превалирует дифференцированный вариант гистоморфологического строения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Важенин А.В., Бехтерева Е.И., Бехтерева С.А., Гюлов Х.Я.* Очерки первичной множественности злокачественных опухолей. — Челябинск: Иероглиф, 2000. — 313 с.
2. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 459 с.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена, 2012. — 239 с.
4. *Панова И.Е., Важенин А.В.* Избранные вопросы онкоофтальмологии. — М.: Изд-во РАМН, 2006. — 153 с.
5. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.
6. *TNM-классификация злокачественных опухолей* / Под ред. Н.Н. Блинова. 6-е изд. — СПб.: Эскулап, 2003. — 244 с.
7. *Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х.* Первично-множественные злокачественные опухоли. — М.: Медицина, 2000. — С. 7-22.
8. *Friedman G.D., Tekawa J.S.* Association of basal cell skin with other cancer // *Cancer Causes contr.* — 2000. — Vol. 11, N 10. — P. 891-897.
9. *Godcell G.* Recognizing the sings of skin cancer // *News Times.* — 2003. — Vol. 99, N 31. — P. 44-45.

УДК 612.015.11: 612.111.19: 617.713-002-002.44: 612.084: 616.9-092.9-022.7

НО03

ЛОКАЛЬНЫЙ И СИСТЕМНЫЙ АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГНОЙНОЙ ЯЗВЕ РОГОВИЦЫ

Александр Вячеславович Колесников, Алексей Владимирович Шулькин, Ольга Игоревна Баренина, Валентина Ивановна Коноплева*

Рязанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Изучение системного и локального свободнорадикального статуса при экспериментальной гнойной язве роговицы.

Методы. Исследование выполнено на кроликах-самцах породы шиншилла со средней массой тела 3500±200 г. 10 интактных кроликов (10 глаз) служили контролем. На 40 животных (40 глаз) моделировали стафилококковую гнойную язву роговицы по методике Н.А. Адамовой (1999). На 3-и, 7-е, 14-е и 21-е сутки эксперимента животных забивали. В гомогенате роговицы и лизате эритроцитов определяли концентрацию малонового диальдегида, уровень безбелковых тиоловых групп, активность супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы и глутатион-S-трансферазы. Полученные данные обрабатывали с применением однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), теста Ньюмена-Кейсла.

Результаты. У всех животных гнойная язва сформировалась в течение 12–24 ч после внесения культуры стафилококка. С 1-х по 3-и сутки опыта клиническая картина гнойной язвы соответствовала стадии инфильтрации. С 3-х по 7-е сутки эксперимента развивался отёк век, гнойное отделяемое сохранялось, в ряде случаев даже увеличивалось. С 7-х по 21-е сутки инфильтрация роговицы уменьшалась как по площади, так и по интенсивности. В 11,1% случаев начался процесс формирования рубцового помутнения роговицы. Развитие экспериментальной