

---

распространения и проминенции) и ее гистологического типа. Преимущественно использовалась брахитерапия стронциевыми аппликаторами различного диаметра и конфигурации, источник излучения стронций-90 + иттрий-90, разовая очаговая доза (РД) 40 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) от 120 до 400 Гр в режиме фракционирования 1-2 сеанса в день 5 раз в неделю. Толщина опухоли, подлежащей брахитерапии, не должна превышать 4 мм, перекрытие бета-аппликатором видимых границ опухоли должно составлять 3-4 мм с каждой стороны. Реже, при местнораспространенных злокачественных новообразованиях использовалась телегамматерапия, аппарат «АГАТ-С» с источником излучения кобальт-60, РД=2,0-2,5 Гр, СОД=25-40 Гр, в режиме ежедневного фракционирования 5 раз в неделю. Криодеструкция проводилась по окончании облучения с использованием разработанного криодеструктора на основе микрокриогенной баллонной дроссельной системы, температура рабочего наконечника минус (90-140) °С, экспозиция одной криоаппликации - от 20 до 60 с, количество криоаппликаций за 1 сеанс - 1-3. Криодеструкция, как правило, выполнялась за 1 сеанс с перекрытием всей площади поражения 1-3 мм здоровых окружающих тканей, в редких случаях - поэтапно в 2 приема с интервалом между криовоздействиями в 7-14 дней. Комбинированное лечение проведено 129 больным в возрасте 18-83 лет (73 мужчины, 56 женщин) со следующими заболеваниями: папилломатоз конъюнктивы, в том числе и местнораспространенный с тотальным поражением конъюнктивы и роговицы – 41 больной (31%), плоскоклеточный рак – 20 (15%), прогрессирующий невус – 55 (42%), меланома конъюнктивы – 15 (12%).

**Результаты.** Резорбция опухоли наступает через 2-3 месяца при эпителиальных опухолях и через 6-10 месяцев при пигментных новообразованиях.

Полная резорбция после первого курса лечения достигнута при папилломатозе – у 34 больных (83%), при прогрессирующем невусе – у 40 (98%), при плоскоклеточном раке – у 18 (90%), при меланоме – у 13 больных (87%). В случае неполной резорбции больным проводились дополнительные курсы лечения (сеансы криодеструкции или повторные курсы комбинированного лечения). Сроки наблюдения больных составили от 6 месяцев до 10 лет. В указанной группе больных генерализации опухолевого процесса не наблюдалось. Таким образом, сочетанное применение брахитерапии и криодеструкции позволяет достичь высокой эффективности лечения, в большинстве случаев сохранить высокие зрительные функции и достичь хорошего косметического результата.

**Заключение:** эпибульбарные опухоли являются достаточно редким заболеванием. Выбор оптимальной тактики лечения зависит от гистологического типа опухоли и правильной оценки степени распространенности заболевания. Предпочтение следует отдавать комбинированным способам лечения, позволяющим повысить эффективность лечения, сократить число и тяжесть осложнений, сохранить функции и эстетику органа зрения.

### **Radiocryosurgical treatment of epibulbar tumors, the preliminary results**

*Bouiko A. S., Yelagina V. A., Safronenkova I. A., Zaytseva L. Z.*

*SI "Filatov Eye Diseases and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine"; City Clinical Hospital No 112 (Odessa, Ukraine)*

An organ-preserved method was developed for treatment of epibulbar tumors of different histogenesis. It consists of reduced course of radiotherapy (brachytherapy or  $\gamma$ -therapy) followed by cryodestruction. Treatment was carried out in 129 patients with papillomatosis (31%), squamous cell carcinoma (15%), progressive nevus (42%), and conjunctival melanoma (12%). Complete resorption after the first course of treatment was achieved in 83% patients with papillomatosis, in 98% - with progressive nevus, in 90% - with squamous cell carcinoma, in 87% - with melanoma. In the case of incomplete resorption patients underwent additional treatment courses (cryodestruction or repeated course of combined treatment). The follow-up period was from 6 months to 10 years. In this group of patients, tumor generalization was not observed. Thus, the combined use of radiotherapy and cryodestruction allows to achieve a high efficiency of treatment, to maintain high visual functions in most cases and to achieve a good aesthetic result.

### **Иммуноткорректирующее действие тилорона у больных увеальной меланомой в процессе комбинированного органосохраняющего лечения**

*Величко Л. Н., Вит В. В., Малецкий А. П., Богданова А. В.*

*Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)*

**Актуальность.** Выбор метода лечения пациентов с увеальной меланомой (УМ) больших размеров остается предметом дискуссии. В лечении данных пациентов важно изучение молекулярно-биологических механизмов, обеспечивающих на реализацию позитивного лечебного эффекта - регрессии опухолевого процесса.

**Цель** – изучить эффективность комплексной терапии (фотокоагуляция +  $\beta$ -аппликационная терапия + тилорон) у больных увеальной меланомой больших размеров.

**Материал и методы.** Исследование проведено у 83 больных УМ. Исследуемые больные были разделены на две группы. I группа состояла из 43 больных УМ, фотокоагуляцию и  $\beta$ -аппликационную терапию которым проводили на фоне индуктора интерферона – тилорона. II группа, контрольная, состояла из 40 больных, получавших фотокоагуляцию и  $\beta$ -терапию без иммунологической коррекции. Тилорон назначался в дозе 125 мг 2 раза

в неделю, два дня подряд, в течение пяти недель - на один курс 1,25 г препарата. Затем с месячным перерывом больной получал всего 5 курсов. В процессе лечения у больных УМ проводилось исследование иммунологического статуса и уровня экспрессии молекулярных маркеров активации лимфоцитов (CD7+, CD38+, CD25+, CD45+, CD54+, CD54+, CD150+, CD95+) – гистоиммуноцитохимическим методом в динамике лечения через 3, 6 и 9 месяцев. У пациентов с УМ, получавших тилорон на фоне комбинированной терапии, исходное выстояние опухоли было достоверно выше и составило 7,4 (SD 3,1) мм, против 5,8 (SD 2,9) мм,  $p=0,001$ .

**Результаты.** У больных УМ через 9 месяцев после приема тилорона отмечено значимое увеличение уровня экспрессии CD95+ и CD25+, CD38+, CD54+ по сравнению с исходным уровнем. В группе пациентов с УМ, проходивших комбинированную терапию без тилорона к 9 месяцам отмечено значимое увеличение по сравнению с исходным уровнем экспрессии CD95+, CD150+, CD45+ и CD7+. В группе больных, получавших тилорон, к 9 месяцам содержание естественных киллеров CD16+ было значимо выше, чем у пациентов не получавших тилорон. Отмечено также значимое увеличение фагоцитарной активности нейтрофилов в группе больных, получавших тилорон по сравнению с пациентами, не получавшими иммунологическую коррекцию.

**Заключение.** Проведение иммунологической коррекции расширило возможности сохранения глаза у больных УМ больших размеров. Несмотря на то, что в группе больных увеальной меланомой, получавших тилорон на фоне комбинированной терапии, размер опухоли был достоверно выше, неудачи органосохраняющего лечения составили 7,4% против 23,8% в группе пациентов, не получавших иммунологическую коррекцию. Таким образом, положительный эффект применения тилорона у больных УМ заключается в том, что удается разрушить опухоли большого размера и получить положительный результат в виде сохранения глаза в процессе комбинированной терапии чаще, чем у пациентов, не получавших тилорон.

### **Immunocorrection effect of the drug tiloron in patients with uveal melanoma during combined organ-preserving treatment**

*Velichko L. N., Vit V. V., Maletskiy A. P., Bogdanova A. V.*

*SI "Filatov Eye Diseases and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine" (Odessa, Ukraine)*

It is established that inclusion of tiloron into the complex therapy of patients with uveal melanoma allows to destruct tumors of the large size as well as to contribute to reduction in the enucleation rate. The positive effect of using tiloron in patients with uveal melanoma is associated with authentic increase of the expression level of CD54+ and CD95+ molecules promoting a positive result of the organ-preserving treatment.

### **Ефективність застосування позитронно-емісійної томографії в діагностиці пацієнтів з увеальною меланомою**

*Денисюк Л. І., Петренко О. В., Петренко І. М.*

*Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»  
(Київ, Україна)*

**Актуальність.** Увеальна меланома - первинна злоякісна внутрішньоочна пухлина, яка становить 15% від меланом всіх локалізацій і майже 85% від усіх внутрішньоочних новоутворень та відноситься до ряду надзвичайно агресивних пухлин, що визначає вкрай неблагоприятний прогноз по відношенню як до зорових функцій, так і тривалості життя хворого (Бровкіна А.Ф., 2006; Панова І.С. 2007). Метастазує меланома гематогенним шляхом, найчастіше в печінку (до 93%), а також в легені (24%), кістки (16%), та інші органи (Бровкіна А.Ф. 2002; Damato B., 1999). Великий відсоток (74,53%) виявлення метастазів припадає на перші 3 - 4 роки з моменту постанови діагнозу (Damato B., 1999).

Високотехнологічний діагностичний метод ядерної медицини - позитронно-емісійна томографія (ПЕТ-КТ), дозволяє виявити хворобу на самих ранніх стадіях. В основі цього методу лежить можливість за допомогою спеціального детектуючого обладнання (ПЕТ-сканера) відстежувати розподіл в організмі біологічно активних сполук, мічених позитрон-випромінюючими радіоізотопами.

**Мета роботи.** Вивчити ефективність застосування позитронно-емісійної томографії в діагностиці пацієнтів з увеальною меланомою.

**Матеріал та методи.** Нами було рекомендовано провести ПЕТ-КТ в рамках контрольного обстеження, пацієнту з увеальною меланомою після попередньо проведеного органозберігаючого лікування з 4-річним терміном спостереження. Пацієнт, перебуваючи на обліку в онколога, регулярно проходив обстеження (МРТ, УЗД, ФГ ОЧП). Пацієнт чоловічої статі, 34 роки. Радіофармпрепарат, що застосовувався для дослідження: 18F-FDG, активністю 320 МБк вводився в/венно. Дослідження проведено натще, попередньо здійснено пероральне водне навантаження. Область обстеження: все тіло + ОГП на 180 хв. Показник цукру на момент обстеження: 4,3 ммоль/л.

**Результати.** На момент обстеження виявлено ПЕТ-КТ ознаку вторинного ураження паренхіми правої легені (1 ділянка), в S 10, метаболічним розміром 9\*7 мм, з патологічним накопиченням FDG 1.6 на 60 хв та 2.0 на 180 хв. Зростання показника SUV (Standart Uptake Value — стандартизований рівень захоплення), при