

---

## **Коррекция иммунных нарушений индуктором интерферона при комбинированном лечении увеальной меланомы**

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

*ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМНУ» (Одесса, Украина)*

**Актуальность.** Актуальным для клинической практики является разработка эффективных методов иммунологической коррекции. Накопленный опыт органосохраняющего лечения больных увеальной меланомой (УМ) свидетельствует о том, что системный подход к лечению данных больных позволит не только расширить возможности органосохраняющего лечения, но и улучшить прогноз в отношении жизни больного.

**Цель исследования.** Изучить целесообразность включения иммунокорригирующей терапии (тилорон) в комплекс органосохраняющего лечения (фотокоагуляция +  $\beta$ -терапия) больных с увеальной меланомой.

**Материал и методы.** Исследование проведено у 83 больных УМ, которые были разделены на две группы. I группа состояла из 43 больных УМ, ксеноновую фотокоагуляцию (ФК) и  $\beta$ -терапию (Sg 90) которым проводили на фоне индуктора интерферона - тилорона. II группа (контрольная) состояла из 40 больных, проходивших ФК 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.

**Результаты.** Включение тилорона в комплекс лечения больных УМ (ФК +  $\beta$ -терапия) позволило нормализовать иммунологический статус. Содержание CD8+ достигло уровня нормы. Отмечено значимое по сравнению с уровнем до начала лечения увеличение содержания CD16+ - естественных киллеров (до лечения  $8,0 \pm 4,2\%$ , после лечения  $16,8 \pm 4,4\%$ ,  $p < 0,05$ ). Также отмечена нормализация иммунорегуляторного индекса. Выявлено значимое увеличение фагоцитарной активности нейтрофилов (с  $64,0 \pm 16,2\%$  до  $70,4 \pm 14,6\%$  после лечения,  $p < 0,05$ ).

Проведение комплексной терапии, включающей тилорон, у больных УМ сопровождалось значимым увеличением доли больных с нормальным содержанием лимфоцитов ( $\chi^2=5,8$ ,  $p=0,002$ ). В контрольной группе данные показатели не достигали уровня нормы. Отмечено значимое по сравнению с исходным уровнем увеличение экспрессии FAS-рецептора CD95+ с  $190,1 \pm 18,3$  кл/мкл до  $493,6 \pm 73,9$  кл/мкл после лечения ( $p < 0,05$ ).

Следует отметить, что в группе больных с УМ, которым была проведена комплексная терапия (ФК +  $\beta$ -терапия + тилорон), результат органосохраняющего лечения (полная, частичная регрессия и стабилизация опухолевого процесса) была достигнута в 92,6%, тогда как в контрольной группе в 76,2% случаев. Также выявлено, что у больных УМ, которым проводилась комплексная терапия (ФК +  $\beta$ -терапия + амиксин IC), послеоперационный период протекал без выраженных воспалительных явлений.

Анализ результатов лечения в группе больных, которым проводилась комбинированная терапия (ФК +  $\beta$ -терапия) без иммунологической коррекции, показал, что в 14,4% случаев была проведена энуклеация в связи с выраженными воспалительными явлениями и вторичной глаукомой.

**Вывод.** Анализ результатов органосохраняющего лечения больных с УМ показал, что комплексный подход к лечению (ФК +  $\beta$ -терапия + тилорон) позволяет достичь положительный результат в 92,6% случаев.

## **Correction of immune disorders interferon inducer in the combined treatment for uveal melanoma**

**Maletskyi A. P., Velychko L. N., Vit V. V., Bogdanova A. V.**

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

The development of effective methods of immune correction is relevant for clinical practice. Purpose: to examine the feasibility of including immunotherapy (tilorone) into a complex organ-saving treatment (photocoagulation +  $\beta$ -application therapy) in patients with uveal melanoma. In patients with uveal melanoma, who underwent therapy complex (photocoagulation +  $\beta$ -application therapy) and tilorone, was achieved positive result in 92.6% (full, partial tumor regression and stabilization process) vs. 76.2% in the control group. The patients with uveal melanoma, who underwent combined therapy with the use of immunological correction, had of the control group, enucleation was performed due to severe inflammation and secondary glaucoma.

## **Возможные хирургические подходы при устранении обширных дефектов тканей век, окулоорбитальной и лобной областей: случаи из практики**

**Малецкий А. П.**

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

**Введение.** Офтальмохирургу в своей клинической практике приходится сталкиваться с обширными дефектами век и окулоорбитальной области вследствие травм или обширных дефектов, полученных после удаления опухолей, особенно – злокачественных. Выбор хирургического подхода при устранении обширных дефектов

---

с сохранением органа зрения может представлять интерес для практических врачей. В связи с этим, мы хотим поделиться теми редкими случаями, с которыми мы столкнулись в своей клинической практике.

**Цель исследования** – изучить клиническую эффективность возможных хирургических подходов при устранении обширных дефектов тканей век, окулоорбитальной и лобной областей.

**Материал и методы.** Анализ результатов лечения проведен на 7 больных (все мужчины) в возрасте от 32 до 73 лет.

Первую группу (3 больных) составили пациенты с отсутствием век и обширным дефектом мягких тканей окулоорбитальной области, у которых была кранио-фациальная травма, при сохранении высоких зрительных функций. Вторую группу (4 пациента) составили больные, у которых имелись обширные дефекты мягких тканей, возникшие при резекции злокачественной опухоли, а также разрушение мягких тканей обширным раком кожи и в одном случае - тяжелым деструктивным воспалительным процессом.

**Результаты.** У трех больных с отсутствием век и обширным дефектом мягких тканей окулоорбитальной области было произведено закрытие дефекта с сохранением органа зрения. У двух больных частично сохраненная конъюнктива глазного яблока, была отсепарована до лимба, завернута на роговицу и сшита шелком (№8-0), а затем с внутренней поверхности плеча взят кожный лоскут, которым был покрыт дефект с фиксацией его к краям раны с помощью шелка (№6-0). Накладывалась повязка на 8 суток (очень важно выдержать данный срок для хорошего приживания трансплантата). В одном случае отсутствовала конъюнктива глазного яблока, поэтому использовался свободный лоскут слизистой с губы (диаметр=14 мм) для покрытия роговицы и фиксации ее по лимбу с помощью шелка (№8-0), а затем была мобилизована жировая клетчатка для покрытия глазного яблока. В дальнейшем для закрытия дефекта был взят лоскут с плеча. Тактика послеоперационного периода идентична описанной в двух первых случаях.

У двух больных с обширным канцером век, окулоорбитальной и лобной областей была иссечена опухоль на уровне надкостницы, а образовавшийся дефект был выполнен свободным кожным лоскутом, в одном случае взятым с плеча, а во втором – с передней брюшной стенки.

У одного больного канцером кожи мягкие ткани были разрушены в лобно-теменной области до костных структур. В данном случае после удаления опухоли образовавшийся дефект был восполнен мягкими тканями, перемещенными с теменной области, дефект в теменной области закрыт свободным кожным лоскутом, взятым с передней брюшной стенки. Кроме того, дополнительно был сформирован круглый шагающий стебель (по методике В.П. Филатова).

У пациента с дефектом мягких тканей щеки на фоне воспалительного процесса было произведено закрытие дефекта с помощью кожно-жирового лоскута на сосудистой ножке, взятого с предплечья. Сосуды были подшиты к лицевой артерии и вене, а трансплантат фиксирован шелковыми узловатыми швами (№6-0). У всех больных был достигнут положительный результат.

**Выводы.** При закрытии обширных дефектов мягких тканей век, окулоорбитальной и лобной областей необходим индивидуальный подход в выборе хирургической тактики лечения, при этом следует учитывать степень и характер поражения.

## **Possible surgical approaches to the elimination of extensive defects of eyelid tissues, oculoorbital and frontal areas: practical examples**

*Maletsky A. P.*

*Filatov Institutes of Eye Diseases and Tissue Therapy (Odessa, Ukraine)*

The research paper presents the treatment results of 7 patients with extensive defects of eyelid tissues, oculoorbital and frontal areas that have undergone a variety of surgical approaches in the obturation of defects, including free skin and mucosa grafting, Filatov-Gillies tubed pedicel and grafting on a vascular pedicel. Positive clinical result was achieved in all cases.

## **Профілактика та корекція післяопераційних ускладнень у пацієнтів після блефаропластики нижньої повіки**

*Николюк А. М.*

*Івано-Франківський національний медичний університет (Івано-Франківськ, Україна)*

**Актуальність.** Операції з хірургічної корекції вікових змін шкіри повік, усунення орбітальних гризових пакетів, відновлення контуру очної щілини набули неабиякої популярності в Україні. Складність анатомічної будови та індивідуальні особливості тканин повік вимагають у хірурга уважної передопераційної оцінки, ретельного планування і вибору методики для запобігання ускладнень.

**Мета.** Аналіз частоти виникнення та причин післяопераційних ускладнень у пацієнтів після блефаропластики нижньої повіки.

**Матеріал і методи.** Проведено аналіз результатів блефаропластики нижньої повіки у 50 пацієнтів (100 очей) віком 32-67 років, 46 жінок, 4 чоловіків. У 45 пацієнтів було проведено первинну блефаропластику, у 5 – повтор-