
Висновки. 1. Через 1 місяць після ін'єкції суміші спиртів в ЗН спостерігаються НВ та гліальні клітини, як з патологічними змінами, так і із структурою близькою до нормальної. Після ін'єкції 100% метанолу зміни деструктивного характеру в тканинах ЗН, особливо в гліальних клітинах, більш значущі.

2. Через 3 місяці в тканинах ЗН, як після ін'єкції суміші спиртів, так і після ін'єкції 100% метанолу, ультраструктура більш відновлена в порівнянні з місячним строком, але ще залишаються НВ і, гліальні клітини, в стані альтерації, з перевагою в ЗН після ін'єкції 100% метанолу.

Література

1. Молчанюк Н. І. Вплив суміші 40% розчину етанолу і 100% метанолу на ультраструктуру зорового нерву щурів. /Н. І. Молчанюк. //Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Філатовські читання-2021», 20–21 травня. – 2021 р. – Одеса. – С. 313 – 315.
2. Icel E. Effects of adenosinetriphosphat on methanol-induced experimental optic nerve damage in rats: biochemical and histopathological evaluation. /E. Icel, H. Suleyman, G.N. Yazici, N. Bakan, & M. Sunar. //Cutan Ocul Toxicol. – 2020, – V.39, N. 3. – P. 244–248.
3. Nurieva O. Occupational Medicine, First Faculty of Medicine, Charles University and General Clinical and genetic determinants of chronic visual pathway changes after methanol - induced optic neuropathy: four-year follow-up study. /O. Nurieva, J.A., Hubacek, P. Urbana, J. Hlusicka et al.. // Clinical toxicology. –2019, – V.57, N. 6. – P. 387–397.
4. Vaneckova S. Imaging findings after methanol intoxication (cohort of 46 patients). /S.Vaneckova, S. Zakharov, J. Klempir, E. Růžička, & M. Vaneckova. // Neuro Endocrinol. Lett. –2015, – V.36, N. 8. – P. 737–744.

Використання транспупілярної термотерапії за розробленою методикою в лікуванні меланом хоріоїдеї стадії T1 малих розмірів

Полякова С. І., Цуканова І. В.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

Актуальність. Транспупілярна діод-лазерна (810 нм) термотерапія (ТТТ) використовується в лікуванні меланоми хоріоїдеї як монотерапія, так і в комбінації з іншими методами. Меланоми хоріоїдеї (МХ) малих розмірів, які вистоять у скловидне тіло, за даними літератури, до 3,5-4 мм і зустрічаються в 5-21% випадків від всіх МХ, будучи початко-

вою стадією захворювання, потребують особистого підходу при визначенні тактики лікування.

Мета дослідження: вивчити результати 15-річного використання ТТТ за розробленою методикою в лікуванні меланом хоріоїдеї стадії Т1 малих розмірів (вистояння до 3 мм і протяжність основи до 12 мм).

Матеріал і методи. Розроблена методика діод-лазерної (810 нм) ТТТ, яка складається з одноразової щоденної дії на МХ діод-лазерного випромінювання (810 нм) 4 дні поспіль (патент України №102890). ТТТ проводилась на офтальмокоагуляторі "Iridis Quantel medical" (Франція) в безперервному режимі дії, з поступовим підвищенням потужності від 200 мВт до 1800 мВт (індивідуальний підбір). Діаметр лазерної плями коливався від 1,25 до 4,0 мм, експозиція дії була 1 хвилину, кількість аплікацій залежала від розмірів протяжності пухлини. Повторні курси дії проводились при необхідності з інтервалом 2,5-3 місяці протягом року.

Результати 15-річного використання ТТТ за розробленою методикою вивчені у 88 пацієнтів з МХ стадії Т1 малих розмірів (вистояння до 3 мм і протяжність основи до 12 мм). Середній вік пацієнтів – 55,9(12,8) років. Жінок – 63 (71,6%), чоловіків – 25 (28,4%). Локальний результат лікування оцінювався як позитивний (повне або часткове рубцювання пухлини) або негативний (відсутність ефекту або продовжений ріст пухлини). Віддаленні результати лікування оцінювались за виживаністю хворих і розвитком метастатичного процесу.

На момент початку лікування метастазів у жодного пацієнта виявлено не було. Строки спостереження за хворими склали від 12 до 180 місяців.

Результати. Встановлено, що ефективність ТТТ МХ стадії Т1 малих розмірів залежить від початкових параметрів пухлини (вистояння в скловидне тіло, протяжність основи, площа пухлини) і локалізації її на очному дні.

Позитивний локальний результат лікування досягнуто у 92,05% (81,5% пацієнтів – повне рубцювання, 18,5% – часткове), негативний – у 7,95% пацієнтів. Негативний локальний результат в 2,8 рази частіше спостерігався при більших розмірах пухлини, ніж при менших (10,0% проти 3,57%, відповідно, а також при парацентральної (42,9%) і юкстапапілярної (57,1%) локалізації пухлини.

Такі клінічні характеристики пухлини як пігментація, форма, чіткість меж, наявність вторинного відшарування сітківки та його локалізації статистично значимо на результат лікування не впливають.

Розроблено діагностичний тест прогнозування локального результату ТГТ за розробленою методикою в залежності від початкового вистояння МХ в скловидне тіло на підставі ROC-аналізу (чутливість тесту – 88,2%, специфічність – 82,4%; $p=0,0001$), при значенні вистояння пухлини в скловидне тіло, за даними ультразвукового сканування, більше 2 мм можливо очікувати найгірший локальний результат.

На момент проведення дослідження всі пацієнти живі. Разом з тим, у 5 (5,7%) із 88 пацієнтів виявлені метастази в різні органи: печінка – 1 (строк спостереження – 11 років, живе після виявлення метастазу – 3 роки); легені – 1 (строк спостереження – 5 років, живе після виявлення метастазу – 3 роки); бронхи – 1 (строк спостереження – 3 роки, живе після виявлення метастазу – 1 рік); дерма – 1 (строк спостереження – 3 роки, живе після виявлення метастазу – 1 рік); пряма кишка – 1 хворий (строк спостереження – 6 років, живе після виявлення метастазу – 3 роки).

Висновки. 1. Розроблена методика ТГТ дозволяє в лікуванні меланом хоріоїдеї стадії Т1 малих розмірів (вистояння до 3 мм і протяжність основи до 12 мм) отримати локальний позитивний результат в 92,05% випадків і може бути використана як монотерапія.

2. Вистояння меланом хоріоїдеї більше 2 мм є прогностично менш благоприємним для отримання позитивного локального результату лікування.

3. Початкова стадія пухлинного процесу – стадія Т1 і малі розміри пухлини не гарантують запобігання розвитку метастатичної хвороби.

Література

1. Булгакова Е. С. Лечение малых меланом хориоидеи методом транспупиллярной диод-лазерной термотерапии : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.08 / Е. С. Булгакова. – М., 2005. – 26 с.
2. Патент України на корисну модель № 102890 «Спосіб лікування хворих на меланому хоріоїдеї стадії Т1» / Н. В. Пасєчнікова, В. О. Науменко, С. І. Полякова, І. В. Цуканова; заявник і патентовласник ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України». – №U201504836; заявл. 18.05.2015; опубл. 25.11.2015; Бюл. № 22. – С. 3.
3. Пятилетняя выживаемость при увеальной меланоме / С. В. Саакян, А. Ю. Цыганова, А. Г. Амирян и др. // Евразийский онкологич. журн. – 2018. – Т. 6, № 1. – С. 121-125.
4. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М., Медиа Сфера, 2002. – 312 с. – ISBN 5-89084-013-4.

-
5. *Choroidal vascular patterns after transpupillary thermotherapy of choroidal melanoma / E. Midena, V. de Belvis, S. Zaltron [et al.] // Invest. Ophthalmol. Vis Sci. (ARVO Abstract). – 2001. – Vol. 42, № 4. – P. 444. – Abstract nr 2394.*
 6. *Currie Z. I. Retinal vascular changes associated with transpupillary thermotherapy for choroidal melanomas / Z. I. Currie, I. G. Rennie, J. F. Talbot // Retina. – 2002. – Vol. 20, № 6. – P. 620-626.*
 7. *De Potter P. Adjuvant indocyanine green in transpupillary thermotherapy for treatment for choroidal melanoma / P. De Potter, J. Jamart // Ophthalmology. – 2003. – Vol. 110, № 2. – P. 406-414.*
 8. *Harbour J. W. Rate of resolution of exudative retinal detachment after plaque radiotherapy for uveal melanoma / J. W. Harbour, S. Ahmad, M. Ei-Bash // Arch. Ophthalmol. – 2002. – Vol. 120, № 11. – P. 1463-1469.*
 9. *Keunen J. E. E. Transpupillary thermotherapy of choroidal melanoma with or without brachytherapy : a dilemma / J. E. E. Keunen, J. G. Journee-de Korver, J. A. Oosterhuis // Br. J. Ophthalmol. – 1999. – Vol. 83. – P. 1212-1213.*
 10. *Midena E. Choroidal vascular changes after transpupillary thermotherapy for choroidal melanoma / E. Midena, E. Pilotto, V. de Belvis // Ophthalmology. – 2003. – Vol. 110, № 11. – P. 2216-2222.*
 11. *Oosterhuis J. A. Transpupillary thermotherapy: results in 50 patients with choroidal melanoma / J. A. Oosterhuis, J. G. Journee-de Korver, J. E. Keunen // Arch. Ophthalmol. – 1998. – Vol. 116, № 2. – P. 157-162.*
 12. *Primary transpupillary thermotherapy for small choroidal melanoma in 256 consecutive cases : outcomes and limitations / C. L. Shields, J. A. Shields, N. Peres [et al.] // Ophthalmology. – 2002. – Vol. 109, № 2. – P. 225-234.*
 13. *Robertson D. M. Transpupillary thermotherapy as primary treatment for small choroidal melanomas / D. M. Robertson, H. Buettner, S. R. Bennett // Arch. Ophthalmol. – 1999. – Vol. 117. – P. 1512-1519.*
 14. *Shields C. L. Transpupillary thermotherapy for choroidal melanoma. Tumor control and visual results in 100 consecutive cases / C. L. Shields, J. A. Shields, J. Cater // Ophthalmology. – 1998. – Vol. 105, № 4. – P. 581-605.*
 15. *Stoffelns B. M. Fluorescein and ICG angiography in choroidal melanoma treated with transpupillary thermotherapy (TTT) / B. M. Stoffelns // Abstract. Xth International congress of ocular oncology : final programme and abstract book. – Amsterdam, the Netherlands. – June 17-20, 2001. – P. 299.*
 16. *Transpupillary hyperthermia of malignant choroid melanoma : initial experiences / H. Schneider, K. Fischer, R. F. Fietkau [et al.] // Ophthalmology. – 1998. – Vol. 95, № 11. – P. 765-770.*
 17. *Transpupillary thermotherapy for small choroidal melanoma : results in 25 patients / V. Primavera, V. Russo, C. Laculli [et al.] // Abstract. Xth International congress of ocular oncology : final programme and abstract book. – Amsterdam, the Netherlands. – June 17-20, 2001. – P. 292.*

18. *Transpupillary thermotherapy in choroidal melanomas* / J. A. Oosterhuis, H. G. Journee-de Korver, H. M. Kakebeeke-Kemme [et al.] // *Arch. Ophthalmol.* – 1995. – Vol. 113, № 3. – P. 315-321.

Концентрація фактора росту ендотелію судин в склоподібному тілі і особливості вітректомії у пацієнтів з проліферативною діабетичною ретинопатією після інтравітреальної ін'єкції різних доз афліберсепта

Пономарчук Віра С., Уманець М. М., Велічко Л. М.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України» (Україна, Одеса)

Актуальність. Вітректомія (ВЕ) вважається ефективним методом лікування проліферативної діабетичної ретинопатії (ПДРП). Ряд авторів у своїх дослідженнях повідомляли про введення препаратів інгібіторів ФРЕС в якості допоміжної терапії перед ВЕ значно зменшуючи інтраопераційні геморагічні ускладнення, скорочуючи час хірургічного втручання, і, отже, покращуючи хірургічні результати [1-4].

Мета. Визначити рівень фактору росту ендотелію судин в склоподібному тілі і особливості вітректомії у хворих на проліферативну діабетичну ретинопатію після попереднього інтравітреального введення різних доз афліберсепта.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 75 хворих (75 очей) з ПДРП, Пацієнти були розподілені на 3 групи. 1 група контролю (31 очей), цим пацієнтам проводилася тільки ВЕ, 2 група (17 очей) за 3 - 5 діб до ВЕ пацієнтам проводилася інтравітреальна ін'єкція 1,0 мг афліберсепта, 3 група (27 очей) за 3 - 5 діб до вітректомії пацієнтам проводилася інтравітреальна ін'єкція 2,0 мг афліберсепта. На 3-5 добу після інтравітреальної ін'єкції всім пацієнтам виконувалась стандартна трьохпортова 25G вітректомія.

Результати. Рівень ФРЕС в групі контролю коливався від 15,60 до 2659 пг/мл і в середньому склав $997,0 \pm 151,8$ пг/мл. Рівень ФРЕС в групі пацієнтів яким попередньо вводили 1,0 мг афліберсепта коливався від 12,40 до 2210 пг/мл і в середньому склав $439,3 \pm 170,0$ пг/мл. Рівень ФРЕС в групі пацієнтів, яким попередньо вводили 2,0 мг афліберсепта коливався від 9,10 до 1915 пг/мл і в середньому склав $391,7 \pm 96,8$ пг/мл. Є статистично значущі відмінності в рівні ФРЕС в склоподібному тілі між групою контролю і двома групами після інтравітреального введення різних доз афліберсепта ($p_{1-2} = 0,008$, $p_{1-3} = 0,01$). Тривалість операції в групі контролю в середньому склала $43,7 \pm 1,0$ хв, в групі паці-