

исследования различных заболеваний. Такой подход к исследованиям менее затратный, а более мощный анализ в более короткое время (10 центров с 40 пациентами ежегодно обеспечат 1000 случаев через 2,5 года) позволит собрать массив данных, необходимый для сравнения методов диагностики и лечения. Ведущие офтальмоонкологи мира считают, что анализ данных центров на основе доказанного позволит сделать статистически значимые заключения и прольет свет на методы, которые не работают (The First Eye Cancer Working Day, Paris, 2015). Однако требования к проведению исследования мультицентром весьма жесткие, начиная от протокола первичного осмотра пациента, кончая протоколом наблюдения после лечения, но результаты его позволяют выбирать наиболее целесообразный путь использования ограниченных медицинских ресурсов для оптимальной помощи возможно большему числу людей.

**Результаты** проведенного нами долгосрочного (1986-2016) проспективного популяционного исследования криохирургического метода лечения злокачественных эпителиальных опухолей (ЗЭО) кожи век I-IIa стадий (7th Edition AJCC and ICOO Staging Eyelid Tumors, 2010) у 2681 пациента показали: а) реальность оказания оптимальной помощи большому числу пациентов при ограниченных медицинских ресурсах; б) срок выполнения такого исследования несколькими центрами, учитывая необходимость должных сроков наблюдения, мог бы быть сокращен не менее, чем в три раза. Результаты этого исследования: при сроках наблюдения от 1 года до 23 лет, медиана 3 года, частота рецидивов составляла 4,4%. В процессе исследования периодически проводился анализ данных лечения, занесенных в электронную таблицу, и по его результатам проводилась корректировка методики лечения. В итоге: в период 1990-2000 гг. частота рецидивов составляла 6,5%, а в период 2001-2012 она статистически значимо ( $\chi^2 = 9.7$ ;  $p=0.002$ ) снизилась до 3,2%. Способы оценки отдаленных результатов лечения включали: контрольный осмотр по протоколу - 3 мес, 6 мес, 1 год и далее один раз в год до 5 лет, ответ на письменный запрос, телефонная связь. В основном, большинство пациентов были вполне удовлетворены функциональным и косметическим результатом. Что касается частоты рецидивов, то наш показатель 3,2% вполне сопоставим с таковыми – 1,0-3,0% при хирургическом лечении опухоли с гистологическим контролем краев раны после ее иссечения.

**Выводы.** В процессе выполнения данной работы стала очевидной целесообразность создания условий для входа в мировую офтальмоонкологическую сеть биоинформатики (СБИ), которая на основе протоколов связывает как специалистов, так и врача с пациентом. Без нее реальное участие в работе конкретного мультицентра невозможно. Развитие этого пути в системе здравоохранения Украины определено совместным приказом МЗ и НАМН Украины от 11.03.2011 №141, 21 «Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги» на засадах доказової медицини».

### **Some modern concepts of scientific ophthalmooncological research quality and ways of their result estimate**

*Bouiko A. S., Yelagina V. A., Safronenkova I. A.*

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

A retrospective analysis of the results of cryosurgical treatment for epithelial malignant tumors I-IIa stages (7th Edition AJCC and ICOO Staging Eyelid Tumors, 2010) of eyelids skin of 2,681 consecutive patients over a long-term (1986-2016) was performed. Its results have shown necessity of contact between international eye cancer specialists through a bio-informatics grid (BIG) which, on the basis of special research reports, will connect both experts, and the doctor with the patient. Such approach decreases the impact of single-center sample bias by creating a more heterogeneous (robust) patient population that will provide appropriate quality of research results; thus, it will increase medical care quality and effectiveness of available resource use.

### **Радиокриохирургическое лечение эпibuльбарных новообразований, предварительные результаты**

*Буйко А. С.<sup>1</sup>, Елагина В.А.<sup>1</sup>, Сафроненкова И.А.<sup>1</sup>, Зайцева Л.З.<sup>2</sup>*

*Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины»<sup>1</sup>; Городская клиническая больница №11<sup>2</sup> (Одесса, Украина)*

**Введение.** Эпibuльбарные опухоли составляют около 9% всех опухолей глаза и представлены практически всеми гистологическими типами (эпителиальные, меланоцитарные, лимфоидные, мягкотканые и др.). В последние годы отмечаются тенденция к появлению их у все более молодых пациентов, агрессивный характер роста, склонность к их рецидивированию и малигнизации. При общепринятом (до 90%) хирургическом лечении эпibuльбарных новообразований возникают проблемы в случае удаления опухоли больших размеров или с локализацией в области лимба и роговицы, а также лечения рецидивов опухоли, что определяет актуальность поиска альтернативных органосохраняющих методов лечения.

**Материал и методы.** Нами был разработан способ органосохраняющего лечения эпibuльбарных опухолей различного гистогенеза, заключающийся в последовательном применении редуцированного курса лучевой терапии и последующей криодеструкции. Вид лучевой терапии определялся, исходя из размеров опухоли (площади

---

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