

УДК 616-006.81

## Мониторинг качества жизни пациентов с меланомой сосудистой оболочки глаза на момент постановки диагноза и через 12 месяцев после лечения

С.В. Саакян, А.Г. Амирян, И.С. Миронова

ФГБУ «Московский НИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва

### РЕФЕРАТ

**Цель.** Мониторинг качества жизни (КЖ) пациентов с увеальной меланомой (УМ) различного возраста с учетом метода лечения в течение первого года наблюдения.

**Материал и методы.** Опрошены 123 чел. с первичной УМ в возрасте от 17 до 82 лет. Выделены три группы. В I группу вошли пациенты в возрасте от 17 до 25 лет. Во II группе – больные в возрасте от 27 до 59 лет. В III группу включены лица в возрасте от 60 до 82 лет. Каждая группа разделена на подгруппы в зависимости от вида лечения – органосохраняющего и ликвидационного. В качестве инструментов для оценки КЖ использованы опросники SF-36 и VF-14.

**Результаты.** Получены статистически значимые отличия при сравнении ответов пациентов после лазерного, лучевого и ликвидационного лечения. Через 12 мес. после начала лечения показатели КЖ пациентов с УМ в общей группе и группе органосохраняющего лечения достоверно выше по сравнению с показателями при первичном анкетировании, в то время как среди пациентов после энуклеации имела место обрат-

ная ситуация. Выявлена статистически значимая разница в субъективной оценке остроты зрения больного глаза у лиц после лазерного и лучевого лечения. Статистически значимых отличий в степени изменения бинокулярного зрения в зависимости от типа лечения у пациентов I и II групп не определено, в III группе получен достоверно лучший результат у пациентов после органосохраняющего лечения по сравнению с больными после энуклеации.

**Заключение.** Таким образом, нами определено, что основополагающим фактором, влияющим на изменения КЖ больных УМ через год после лечения, стал выбор метода лечения. Отсюда следует, что своевременная диагностика УМ, позволяющая применять органосохраняющие методы лечения, является залогом успеха в улучшении показателей КЖ больных УМ.

**Ключевые слова:** увеальная меланома, качество жизни. ■

**Авторы не имеют финансовых или имущественных интересов в упомянутых материале и методах.**

Офтальмохирургия. – 2016. – № 1. – С. 45-51.

### Для корреспонденции:

Саакян Светлана Владимировна, докт. мед. наук, профессор, начальник отдела офтальмоонкологии и радиологии;

Амирян Ануш Гамлетовна, канд. мед. наук, ведущ. научн. сотрудник отдела офтальмоонкологии и радиологии;

Миронова Ирина Сергеевна, очный аспирант отдела офтальмоонкологии и радиологии

ФГБУ «Московский НИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России

Адрес: 105062, Москва, ул. Садовая-Черногрозская, 14/19

E-mail: irramir@mail.ru

## ABSTRACT

**The quality of life monitoring in patients with uveal melanoma at diagnosis and 12 months after treatment**

S.V. Saakyan, A.G. Amiryany, I.S. Mironova

*The Moscow Helmholtz Research Institute of Eye Diseases, Moscow*

**Purpose.** The purpose of the study was the quality of life monitoring in patients with uveal melanoma (UM) depending on age and treatment type during the first year follow-up.

**Material and methods.** The study included 123 patients with primary UM aged from 17 to 82 years. Depending on the age the patients were divided into three groups: group I (17 to 25 years), II (27 to 59 years), III (60 to 82 years), and each group was divided into subgroups depending on the treatment type (eye-preserving or enucleation). As tools for the quality of life assessment the questionnaires SF-36 and VF-14 were used.

**Results.** Statistically significant differences in quality of life (QOL) were obtained comparing the responses of patients after laser treatment, radiation therapy and enucleation. The QOL indices of UM patients 12 months after the start of treatment in the basic group and the group of eye-preserving treatment were significantly higher compared with indices during the initial survey. Among the patients after enucleation occurred an

opposite situation. In the subjective assessment a statistically significant difference of visual acuity of the diseased eye was revealed in patients after the laser and radiation therapy. Statistically significant differences in the degree of binocular vision alteration depending on the type of treatment were not determined in patients of the groups I and II. In the group III a significantly better outcome was obtained in patients after eye-preserving treatment compared with patients after enucleation.

**Conclusion.** Thus, our study determined that the choice of treatment type was a fundamental factor affecting changes in QOL of UM patients 12 months after the treatment. Hence, a timely UM diagnosis, allowing the use of the eye-preserving treatment is the key to success in the improvement of quality of life for UM patients.

**Key words:** uveal melanoma, quality of life. ■

**No author has a financial or proprietary interest in any material or method mentioned.**

The Fyodorov Journal of Ophthalmic Surgery.– 2016.– No. 1.– P. 45-51.

В течение длительного времени критерий качества жизни (КЖ) человека рассматривался лишь в социальном аспекте. В 1948 г. ВОЗ формулирует принципиально новое определение здоровья как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия болезни, после чего в медицине появляются понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» и попытки оценить этот важный и неоднозначный параметр. КЖ является интегральной характеристикой, осуществляющей физическое, социальное и психологическое функционирование пациента. Первыми пациентами, КЖ которых стало предметом изучения в медицине, стали онкологические больные [6, 8, 11, 13, 19, 20, 22].

Пациенты с меланомой увеальной оболочки глаза (УМ) как наиболее часто встречаемой (почти 85%) первичной злокачественной внутриглазной опухолью представляют особое внимание для врачей-офтальмологов. Медицинская и социальная значимость своевремен-

но проводимой терапии определяется серьезным витальным прогнозом, утратой зрительных функций и в ряде случаев потерей глаза как органа [2, 3]. Система лечения УМ представлена двумя видами – органосохраняющими методами и ликвидационными. Доказано, что выбор органосохраняющих вариантов лечения предпочтительнее в плане лучшего витального прогноза, так как энуклеация не решает проблему неопластического процесса, не предотвращает развитие метастатической болезни и является серьезной моральной и физической травмой для пациента [1, 4, 5, 10, 24].

На сегодняшний день известны результаты мониторинга КЖ больных УМ, полученные ведущими мировыми офтальмоонкологами [7, 12, 14-18, 23]. Основопологающим фактором, в зависимости от которого сформировывались группы сравнения, являлся вид проведенного лечения. Количество публикаций весьма ограничено, представленные данные неоднозначны и порой противоречивы. Целый ряд неосвещенных вопросов, а именно факторов влия-

ния на КЖ возраста, пола, профессии, микросоциального статуса, в настоящее время продолжает оставаться открытым и может быть важным при планировании программ лечения и реабилитации пациентов с УМ.

Ранее нами было изучено КЖ пациентов с УМ в отдаленном периоде наблюдения [9, 21].

**ЦЕЛЬ**

Мониторинг КЖ пациентов с УМ различных возрастных категорий с учетом выбранного метода лечения в течение первого года наблюдения (на момент постановки диагноза и через 12 мес. после начала лечения).

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Исследуемую группу составили 123 чел. с первичной УМ в возрасте от 17 до 82 лет, обследованных и пролеченных на базе отдела офтальмоонкологии и радиологии ФГБУ «Московский НИИ ГБ им. Гель-

мгольца» Минздрава России в период с 2013 по 2015 гг., из них 91 чел. – женщины (74%) и 32 чел. – мужчины (26%).

Во всех случаях установлен монокулярный характер поражения. Диагноз меланомы сосудистой оболочки глаза базировался на данных проведенного стандартного офтальмологического обследования в сочетании с ультразвуковыми методами диагностики, флуоресцентной ангиографией и оптической когерентной томографией заднего отрезка глаза при необходимости. У больных, которым проведено удаление глаза, диагноз подтвержден морфологически.

В исследование включены лица, у которых на момент анкетирования зафиксировано отсутствие признаков развития метастатической болезни.

Исходя из поставленной цели исследования, все пациенты разделены на возрастные группы (табл. 1).

В I группу (6 чел.) вошли пациенты в возрасте от 17 до 25 лет. Средний возраст на момент начала лечения составил  $20,8 \pm 3,5$  года. Во II группе 63 чел. в возрасте от 27 до 59 лет (средний возраст на момент начала лечения –  $45,6 \pm 10,1$  года). В III группу включены 54 больных в возрасте от 60 до 82 лет (средний возраст на момент начала лечения –  $66 \pm 5,6$  года).

Кроме того, каждая из трех групп разделена на подгруппы в зависимости от вида проведенного лечения – органосохраняющего (лазерное лечение и брахитерапия) и ликвидационного (энуклеация).

В качестве инструмента для оценки КЖ больных УМ использован опросник для онкологических больных общего типа 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенный Бостонским институтом здоровья (36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал). Результаты исследования выражались в баллах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Считалось, что чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель КЖ больных. Выделялись физический компонент здоровья (физическое функционирование (ФФ)), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее состо-

Таблица 1

## Распределение пациентов по возрасту и видам лечения

	Органосохраняющее лечение		Ликвидационное лечение	Средний возраст на момент начала лечения $\pm$ станд. откл., гг.
	лазерное лечение	брахитерапия		
I n=6	–	6	–	$20,8 \pm 3,5$
II n=63	15	29	19	$45,6 \pm 10,1$
III n=54	16	23	15	$66 \pm 5,6$

Таблица 2

## Показатели КЖ в общей группе больных УМ, Ме[25%;75%]

	На момент постановки диагноза УМ	Через 12 мес. после начала лечения
ОСЗ	62[37;75]	67[45;82]
ФФ	85[70;95]	90[75;95]
РФФ	50[0;100]	50[0;100]
РЭФ	100[34;100]	100[67;100]
СФ	50[38;50]	50[50;50]
ИБ	100[100;100]	100[84;100]
ЖА	60[45;75]	70[60;80]
ПЗ	60[52;72]	72[64;80]

яние здоровья (ОСЗ) и психологический компонент здоровья (жизненная активность (ЖА)), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ)). Анкетирование мы проводили дважды, на момент постановки диагноза и через 12 мес. после начала лечения.

Помимо этого мы применяли опросник Visual Function Questionnaire-14 для проведения исследования зрительных функций пролеченного глаза и степени адаптации пациента к нарушению бинокулярного зрения.

Для статистической обработки результатов использовался пакет программ SPSS Statistics 17.0. Обработка полученных данных проводилась с применением непараметрических методов (критерии Манна-Уитни, Уилкоксона). Статистически значимыми считались отличия при  $p \leq 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 2 продемонстрированы результаты, полученные при обработке анкет-опросников КЖ (Ме; [25%; 75%]) всех пациентов с УМ, принявших участие в исследовании. Анализируя имеющиеся данные, можно утверждать, что усредненные значения показателей КЖ больных УМ оказались не хуже, чем аналогичные показатели у здоровых людей в популяции, принятые как  $50 \pm 10$  баллов.

Нами определены статистически значимые отличия в изменении КЖ общей группы больных в течение первого года после лечения по следующим шкалам опросника: ОСЗ ( $p=0,015$ ), ФФ ( $p=0,018$ ), ЖА ( $p<0,001$ ) и ПЗ ( $p<0,001$ ). Полученные результаты могут свидетельствовать об улучшении как физического, так и психологического компонентов здоровья больного УМ к

концу первого года наблюдения от момента начала лечения.

В период с 2013 по 2015 гг. на базе отдела офтальмоонкологии и радиологии ФГБУ «Московский НИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России пролечено 6 больных УМ (3 юноши и 3 девушки) в возрасте моложе 25 лет. Всем больным УМ молодого возраста проведено органосохраняющее лечение. Через 12 мес. после начала лечения по всем шкалам опросника лица молодого возраста отметили значительные улучшения уровня КЖ, что заключалось в полученных нами статистически значимых отличиях по шкалам ФФ ( $p=0,027$ ), РФФ ( $p=0,039$ ), ЖА ( $p=0,046$ ) и ПЗ ( $p=0,026$ ). Полученные результаты демонстрировали высокие адаптационные возможности больных УМ молодого возраста к своему физическому и эмоциональному состоянию, несмотря на наличие в анамнезе грозного онкологического заболевания с серьезным витальным прогнозом. Однако следует учитывать, что молодой возраст больных мог явиться определяющим фактором в степени адекватности восприятия тяжести своего заболевания.

Сравнительный анализ КЖ больных II группы на момент постановки диагноза и через 12 мес. после начала лечения показал, что у пациентов, пролеченных с использованием брахитерапии ( $n=29$ ), прослеживалась тенденция к улучшению уровня КЖ по всем шкалам опросника. Однако данные отличия в показателях КЖ на момент начала лечения и через 12 мес. статистически значимыми не явились ( $p>0,05$ ).

Статистически значимые отличия в динамике показателей КЖ нам удалось получить у лиц II группы после лазерного лечения ( $n=15$ ) по шкалам ОСЗ ( $p=0,018$ ), ФФ ( $p=0,06$ ), РФФ ( $p=0,017$ ), ЖА ( $p=0,005$ ) и ПЗ ( $p=0,01$ ).

В то же время диаметрально противоположенные результаты получены при оценке КЖ больных II группы, перенесших удаление глаза ( $n=19$ ), в отличие от лиц после органосохраняющего лечения. Через 1 год пациенты после удаления органа демонстрировали ухудшение КЖ по всем шкалам опросника, статистически значимые отличия получены по шкале РФФ ( $p=0,022$ ).

В III группе больных у пациентов после брахитерапии ( $n=23$ ) так же, как и во II группе, через 12 мес. после начала лечения выявлена тенденция к улучшению КЖ по всем шкалам предлагаемого опросника. Получены статистически значимые отличия по шкалам ЖА ( $p=0,019$ ) и ПЗ ( $p=0,014$ ). Аналогичная ситуация в улучшении показателей КЖ прослежена у пациентов старшего возраста, пролеченных с использованием лазерных методик ( $n=16$ ). Статистически значимые отличия определены по шкалам ОСЗ ( $p=0,045$ ), СФ ( $p=0,03$ ), ПЗ ( $p=0,006$ ).

Пациенты старшего возраста, перенесшие удаление глаза ( $n=15$ ), указали на ухудшение своего КЖ через год после операции по шкалам ЖА, ПЗ, РФФ, в то время как по шкалам ОСЗ и РФФ отметили некоторое улучшение уровня КЖ. Статистически значимых отличий в изменении КЖ у лиц старшего возраста после энуклеации в течение первого года наблюдения нами не получено ( $p>0,05$ ).

В целом при проведении мониторинга КЖ больных, глаза которых удалось сохранить с использованием органосохраняющих методов, без учета фактора возраста больного, мы выявили существенные улучшения уровня КЖ через год после начала лечения. Среди лиц после брахитерапии получены статистически значимые отличия по шкалам ОСЗ ( $p=0,006$ ), ФФ ( $p=0,011$ ), РФФ ( $p=0,022$ ), ЖА ( $p=0,001$ ) и ПЗ ( $p<0,001$ ). Среди лиц после лазерного лечения статистически значимыми явились отличия по шкалам ОСЗ ( $p=0,002$ ), ФФ ( $p=0,017$ ), СФ ( $p=0,015$ ), ЖА ( $p=0,004$ ) и ПЗ ( $p<0,001$ ). В группе больных после энуклеации без учета фактора возраста определены статистически значимые отличия по шкале ФФ ( $p=0,018$ ). Уровень КЖ через год после удаления глаза по указанной шкале оказался достоверно ниже, в то время как по большинству остальных шкал опросника имело место некоторое улучшение показателей КЖ через год после энуклеации ( $p>0,05$ ).

При сравнении КЖ больных после брахитерапии и лазерного лечения через год после начала лечения во всей исследуемой группе боль-

ных УМ нами показано, что уровень КЖ у пациентов после лазерного лечения через 1 год после начала лечения явился выше по сравнению с таковыми же после брахитерапии. Определены статистически значимые отличия по шкалам РФФ ( $p=0,002$ ) и ИБ ( $p=0,004$ ). В случае оценки показателей КЖ среди пациентов после брахитерапии и энуклеации через 1 год после лечения выявлено, что уровень КЖ больных после энуклеации достоверно ниже уровня КЖ больных после брахитерапии. Статистически значимыми получены отличия по шкалам ОСЗ ( $p=0,035$ ), РФФ ( $p=0,014$ ), ЖА ( $p=0,047$ ) и ПЗ ( $p=0,018$ ). Однако имела место обратная ситуация по шкале ИБ ( $p=0,048$ ), у лиц после энуклеации по данной шкале показатели КЖ достоверно выше по сравнению с лицами после брахитерапии.

Нам удалось определить влияние на КЖ исследуемых больных фактора пола пациента. Гендерное распределение оказалось следующим: в исследовании всего приняли участие 91 женщина (74%) и 32 мужчины (26%). Через 12 мес. от момента начала лечения все мужчины продемонстрировали статистически значимо лучший уровень КЖ по шкалам ФФ ( $p=0,001$ ) и ИБ ( $p=0,025$ ) по сравнению с женщинами. В группе брахитерапии определены статистически значимые отличия среди лиц мужского пола по сравнению с лицами женского пола по шкалам ФФ ( $p=0,003$ ), РФФ ( $p=0,058$ ), ИБ ( $p=0,021$ ) и ЖА ( $p=0,051$ ). Мужчины после брахитерапии продемонстрировали достоверно лучший уровень КЖ по сравнению с женщинами. В группах больных после лазерного лечения и энуклеации с учетом пола подобной ситуации не наблюдалось, статистически значимые отличия не определены ( $p>0,05$ ).

При проведении подробного анализа изменений в КЖ участвующих пациентов с УМ мы выяснили, что 20 пациентов (16,3%) были вынуждены поменять профессию в связи с наличием заболевания органа зрения и изменениями зрительных функций, а также с необходимостью придерживаться ряда рекомендаций, данных в послеоперационном периоде. Остальные 103 пациента (83,7%) продолжили свою профессиональ-

Таблица 3

## Острота зрения парного и пролеченного глаза

	Корригированная острота зрения парного глаза		Корригированная острота зрения пролеченного глаза	
	органосохраняющее лечение	энуклеация	лазерное лечение	брахитерапия
I n=6	1,0	–	0 (в 1 случае – 0,6)	
II n=63	1,0	1,0 (в 2 случаях – 0,9)	0,65±0,4 (0-1)	0,38±0,4 (0-1)
III n=54	0,77±0,3 (0,05-1)	0,81±0,24 (0,2-1)	0,47±0,42 (0-1)	0,25±0,29 (0-0,8)

Таблица 4

## Оценка зрительных функций через 12 мес. после начала лечения, Ме[25%;75%]

	Общий балл опросника			Зрительные функции больного глаза после лечения	
	органосохраняющее лечение		энуклеация	лазерное лечение	брахитерапия
	лазерное лечение	брахитерапия			
I n=6	–	100[85;100]	100[85;100]	–	42,5[41;61]
II n=63	100[90;100]	100[85;100]	85,7[75;89]	100[72;100]	42,5[41;61]
III n=54	100[61;100]	80[58;100]	65[50;75]	100[35,75;100]	50[33;81]

ную трудовую деятельность или на момент выявления внутриглазной опухоли и проведения лечения уже являлись пенсионерами. Уровень КЖ пациентов, вынужденных в связи с заболеванием изменить свою трудовую деятельность, достоверно ниже по шкалам РФФ и РЭФ, характеризующим степень влияния заболевания на повседневную деятельность и эмоциональное состояние. Определены статистически значимые отличия по шкалам РФФ и РЭФ ( $p=0,001$  и  $p=0,03$  соответственно).

В общей группе пациентов с УМ 49 чел. (39,8%) имели высшее образование, 74 – среднее (60,2%). С учетом фактора уровня образования больного статистически значимых отличий не получено ( $p>0,05$ ). Имела место тенденция в улучшении КЖ лиц с высшим образованием.

Анатомические и функциональные изменения глазного яблока, наступившие непосредственно из-за факта наличия агрессивно развивающегося опухолевого процесса, а также в результате проведенного

лечения, провоцировали неизбежное ухудшение зрительных функций в большинстве клинических случаев. Поэтому мы посчитали необходимым учитывать изменения остроты зрения пролеченного глаза, представленные в *табл. 3*, а также включить данный критерий при комплексной оценке КЖ наших пациентов.

Нами изучены зрительные функции пролеченного глаза в случае органосохраняющего лечения и степень адаптации пациента к изменению качества бинокулярного зрения в зависимости от факторов типа лечения и возраста с использованием опросника Visual Function Questionnaire-14. Полученные результаты представлены в *табл. 4*.

На основании данных, продемонстрированных в *табл. 4*, мы можем говорить о том, что основным фактором, влияющим на КЖ пациента с учетом состояния зрительных функций, явился тип проведенного лечения. Нами получены статистически значимые отличия во II и III возраст-

ных группах при оценке состояния зрения больного глаза в зависимости от проведенного лечения. Функциональные возможности больного глаза в случае лазерного лечения достоверно выше, чем в случае проведения брахитерапии ( $p=0,013$  и  $p=0,041$  для II и III групп соответственно). Статистически значимых отличий в степени изменения бинокулярного зрения в зависимости от типа лечения у пациентов I и II групп не определено, в то время как в III группе выявлен достоверно лучший результат у пациентов после органосохраняющего лечения по сравнению с больными после энуклеации ( $p=0,035$ ), что может свидетельствовать об ухудшении компенсаторных и адаптационных возможностей органа зрения у пациентов старшего возраста.

Таким образом, полученные результаты собственного исследования КЖ пациентов с УМ в течение первого года после лечения, осуществленного на большом клиническом материале, продемонстрирова-



ли преимущества органосохраняющих методик по сравнению с энуклеацией с позиции степени влияния заболевания на КЖ пациента с УМ и субъективной оценки больным своего состояния. Комплексный анализ данных позволяет нам говорить, что на данном этапе наблюдения первоочередным фактором, определяющим изменения КЖ пациента, явился тип проведенного лечения. В то время как в отдаленном периоде наблюдения (через 3 года и более после начала лечения) нами было показано отсутствие статистически достоверного влияния на уровень КЖ фактора выбора органосохраняющего или ликвидационного метода, за исключением пациентов старшей возрастной группы [9, 21].

## ВЫВОДЫ

1. В общей группе больных усредненные значения показателей КЖ не хуже, чем аналогичные показатели у здоровых людей в популяции.

2. Показано, что основополагающим фактором, влияющим на уровень КЖ пациента с УМ через 12 мес. после начала лечения, явился выбор метода лечения. Получены статистически значимые отличия при сравнении ответов пациентов после лазерного, лучевого и ликвидационного лечения. Уровень КЖ лиц после лазерного лечения достоверно выше по сравнению с уровнем КЖ пациентов после брахитерапии по шкалам РФФ ( $p=0,002$ ) и ИБ ( $p=0,004$ ). По шкалам ОСЗ ( $p=0,038$ ), РЭФ ( $p=0,014$ ), ЖА ( $p=0,047$ ), ПЗ ( $p=0,018$ ) пациенты после брахитерапии оценили свой уровень КЖ достоверно выше по сравнению с пациентами, перенесшими удаление глаза.

3. Через 12 мес. после начала лечения показатели КЖ пациентов с УМ в общей группе и группе органосохраняющего лечения достоверно выше по сравнению с показателями при первичном анкетировании на момент постановки диагноза. Получены статистически значимые отличия в общей группе больных по шкалам ОСЗ ( $p=0,015$ ), ФФ ( $p=0,018$ ), ЖА ( $p<0,001$ ) и ПЗ ( $p<0,001$ ); среди лиц после брахитерапии – по шкалам

ОСЗ ( $p=0,006$ ), ФФ ( $p=0,011$ ), РФФ ( $p=0,022$ ), ЖА ( $p=0,001$ ); среди лиц после лазерного лечения – по шкалам ОСЗ ( $p=0,022$ ), ФФ ( $p=0,017$ ), СФ ( $p=0,015$ ), ЖА ( $p=0,004$ ), ПЗ ( $p<0,001$ ).

4. Среди пациентов после энуклеации имела место обратная ситуация, статистически значимое ухудшение КЖ через год после начала лечения определено по шкале ФФ ( $p=0,018$ ).

5. Определена степень влияния фактора пола пациента. Уровень КЖ лиц мужского пола в общей группе больных УМ достоверно выше уровня КЖ лиц женского пола по шкалам ФФ ( $p=0,001$ ) и ИБ ( $p=0,025$ ).

6. С точки зрения зрительного восприятия выявлена статистически значимая разница в субъективной оценке остроты зрения больного глаза у лиц после лазерного и лучевого лечения ( $p=0,013$  и  $p=0,041$  во II и III группах). Статистически значимых отличий в степени изменения бинокулярного зрения в зависимости от типа лечения у пациентов I и II групп не определено, в то время как в III группе выявлен достоверно лучший результат у пациентов после органосохраняющего лечения по сравнению с больными после энуклеации ( $p=0,035$ ).

## ЛИТЕРАТУРА

- Амирян А.Г., Саакян С.В., Вальский В.В. Экстрабульбарный рост после органосохраняющего лечения увеальной меланомы // Российский офтальмологический журнал. – 2011. – № 2. – С. 15-19.
- Бровкина А.Ф. Органосохранное лечение внутриглазных опухолей (тенденции развития) // Вестник офтальмологии. – 2004. – № 1. – С. 22-25.
- Бровкина А.Ф. Современные аспекты лечения меланом хориоидеи, проблемы, дискуссионные вопросы // Вестник офтальмологии. – 2006. – № 1. – С. 13-26.
- Вальский В.В. Новые аспекты брахитерапии увеальной меланомы. – URL: <http://organum-visus.com/>. – 11.12.2013. – 2008.
- Гришина Е.Е., Давыдов Д.В., Стоюхина А.С. Энуклеация при Увеальной меланоме (анализ архивного материала) // Вестник Офтальмологии. – 2010. – № 1. – С. 30-34.
- Косенкова О.И., Макарова В.И. Проблема качества жизни в современной медицине // Экология человека. – 2007. – № 11. – С. 29-31.
- Панова И.Е., Мочалова А.С., Гюнтер Е.Ю. и др. Характеристика показателей качества жизни пациентов с меланомой хориоидеи при различных вариантах лечения // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2011. – № 14 (133). – С. 288-291.
- Петров В.И. Базисные принципы и методология доказательной медицины // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – № 2. – С. 3-9.
- Саакян С.В., Амирян А.Г., Миронова И.С. Качество жизни больных увеальной меланомой после лечения в отдаленные сроки наблюдения // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 3. – С. 41.
- Саакян С.В., Пантелева О.Г., Ширина Т.В. Оценка выживаемости больных увеальной меланомой после органосохраняющего лечения и энуклеации // Российский офтальмологический журнал. – 2011. – № 1. – С. 67-70.
- Франкл В.Е. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
- Amaro T.A., Yazigi L., Ervenne C. Psychological aspects and quality of life in uveal melanoma patients during the treatment process by ocular bulb remotion // Arq. Bras. Oftalmol. – 2006. – Vol. 69, № 6. – P. 889-894.
- ASCO. Outcomes of cancer treatment of technology assessment and cancer treatment guidelines // J. Clin. Oncology. – 1996. – Vol. 14, № 3. – P. 671-679.
- Brandberg Y., Damato B., Kivelä T. et al. EORTC Ophthalmic Oncology Task Force. EORTC Quality of Life Group. The EORTC ophthalmic oncology quality of life questionnaire module (EORTC QLQ-OP30). Development and pre-testing (Phase I-III) // Eye. – 2004. – Vol. 18, № 3. – P. 283-289.
- Brandberg Y., Kock E., Oskar K. et al. Psychological reactions and quality of life in patients with posterior uveal melanoma treated with ruthenium plaque therapy or enucleation: a one year follow-up study // Eye (Lond.). – 2000. – Vol. 14, Pt. 6. – P. 839-846.
- Chabert S., Velikay-Parel M., Zehetmayer M. Influence of uveal melanoma therapy on patients' quality of life: a psychological study // Acta Ophthalmol. Scand. – 2004. – Vol. 82, № 1. – P. 25-31.
- Chmielowska K., Tomaszewski K.A., Pogrzebielski A. et al. Translation and validation of the Polish version of the EORTC QLQ-OP30 module for the assessment of health-related quality of life in patients with uveal melanoma // Eur. J. Cancer Care. – 2013. – Vol. 22, № 1. – P. 88-96.

18. Frenkel S., Rosenne H., Hendler K. *et al.* Quality of life of uveal melanoma survivors // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – 2008. – Vol. 49, № 13. – P. 4480.

19. Johnson J.R., Temple R. Food and Drug Administration requirement for approval of anticancer drugs // Cancer Treat Reports. – 1985. – Vol. 65. – P. 1155-1157.

20. Saakyan S.V., Amiryan A.G., Mironova I.S. Long-term results of quality of life in uveal melanoma patients depending on age and treatment type //

OOG Meeting, 12-14th, March: Abstracts. – Moscow, 2015. – P. 31.

21. Saxena S., Orley J. WHOQOL Group. Quality of life assessment: The world health organization perspective // Eur. Psychiatry. – 1997. – Vol. 12, Suppl. 3. – P. 263-266.

22. Shumakers A., Wiklund I. A critical review dimension-specific measures of health-related quality of life used in cross-cultural research // Qual. Life Res. – 1993. – Vol. 2, № 6. – P. 397-432.

23. The Collaborative Ocular Melanoma Study Group. Quality of

Life After Iodine 125 Brachytherapy vs Enucleation for Choroidal Melanoma // Arch. Ophthalmol. – 2006. – Vol. 124. – P. 226-238.

24. The Collaborative Ocular Melanoma Study Group. Report № 26. Development of Metastatic Disease after Enrollment in the COMS Trials for Treatment of Choroidal Melanoma // Arch. Ophthalmol. – 2005. – Vol. 123, № 12. – P. 1639-1643.

Поступила 29.12.2015



# МИДРИМАКС®

фенилэфрин 5,0%  
тропикамид 0,8%

Уверенность врача в успехе

Эффективный и длительный мидриаз

Быстрое достижение максимального эффекта

Возможность воздействия на два механизма мидриаза

Контроль непредвиденных ситуаций время операции, контроль ригидности зрачка

Экономия времени и медикаментов на предоперационную подготовку



**Уникальная комбинация для диагностики и предоперационной подготовки в офтальмохирургии**



ООО «Сентисс Рус»  
111033, Москва, Золоторожский вал, д. 11, стр. 21  
Тел.: +7 (495) 229-76-63, факс: +7 (495) 229-76-64  
sentiss@sentisspharma.com  
www.sentiss.ru

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

