

**Висновки.** 1. Проведення СОКТ дозволяє отримати параметри ураженої ділянки та рівень її вистояння з точністю до десятка мікрон, що значно перевищує роздільну здатність ультразвукового сканування, визначити наявність початкових ознак злоякісного процесу при пігментних утвореннях на очному дні, уточнити характер та ступінь залучення до процесу ретинальної тканини, насамперед всього зовнішніх шарів сітківки. 2. Використання СОКТ дозволяє також виявити патологію, яка слабо проявляється офтальмоскопічно (при так званому «паркетному» очному дні, катарактогенезі тощо). 3. СОКТ сітківки при початкових меланомах хоріоїдеї макулярної та парамакулярної локалізації дозволяє уточнити характер, локалізацію, протяжність та динаміку патологічних змін макулярної області сітківки з аналізом топографічних особливостей та кількісних показників. 4. Можливості СОКТ дозволяють розширити спектр патологічних змін сітківки для уточнення діагнозу та проведення диференціальної діагностики, визначення тактики та перспективи лікування, прогноз щодо зорових функцій, особливо за наявності протипоказань для проведення флюоресцентної ангіографії. 5. Можливість відтворення дослідження при повторних проведеннях СОКТ та використання функції автоматичного комп'ютерного зіставлення отриманих результатів дозволяє відстежувати динаміку процесу та уточнювати тактику ведення пацієнтів.

## **ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ЕПІБУЛЬБАРНИХ НОВОУТВОРЕНЬ**

**Сафроненкова І. О.**

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

**Актуальність.** Новоутворення кон'юнктиви склери в середньому становлять близько 9% усіх пухлин очного яблука. В Україні, враховуючи її спекотний та сухий клімат, їх кількість зростає до 35%. Найчастіше хворіють чоловіки (58-88%) середнього віку (46±18 років). Пухлини переважно локалізуються в межах очної щілини, 88% з них – в ділянці лімба. Приблизно у 80% випадків епібульбарні пухлини мають доброякісний характер, а 20% - злоякісний. Епібульбарні пухлини становлять небезпеку для органу зору, а при злоякісних варіантах і для життя пацієнтів. Показники рецидиву становлять 12-50%, метастазування 22-30%. Тому своєчасна діагностика та лікування даної патології є необхідною.

**Ціль.** Оцінити результати діагностики методом імпресійної цитології (ІЦ) та радіокріохірургічного (РК) лікування епібульбарних новоутворень виконаних в офтальмоонкологічному

центру ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України» у 2000-2020 роках.

**Матеріал та методи.** Неінвазивне ІЦ дослідження фільтрами Millipore з подальшою мікроскопією отриманого матеріалу протягом 2-3 годин після його забору проведено 189 хворим (91 – з меланоцитарними пухлинами та 98 – з епітеліальними). Результати клінічного та ІЦ дослідження у пацієнтів з меланоцитарними та епітеліальними епібульбарними пухлинами порівнювалися з патоморфологічними. РК лікування проведено 58 хворим на епібульбарну меланому і 16 – з плоскоклітинною карциномою. Серед хворих з меланою було 33 чоловіки (56,9%) у віці 21 – 85 років (медіана 51) та 25 жінок (43,1%) у віці 26 – 79 років (медіана 57). Серед пацієнтів із плоскоклітинною карциномою чоловіків було 12 (75%) у віці від 28 до 82 років (медіана 66,3), жінок – 4 (25%) у віці від 36 до 73 років (медіана 57). У 10 випадках (17,2%) мали місце меланоми, що розвинулися *de novo*, у 19 випадках (32,8%) – з невуса та у 23 випадках (39,7 %) – у зонах первинно набутого меланозу (ПНМ). Первинних пухлин було 49 (84,5%), ятрогенних (рецидиви після висічення пухлини за місцем проживання) – 9 (15,5%). При карциномі первинні пухлини становили 5 (31,2%), а ятрогенні – 11 (68,8 %). Променева терапія проводилася 90Sr аплікаторами РД 40 Гр, СВД 280-480 Гр, (медіана 400). Кріодеструкція (КД) виконувалася пристроєм на основі дросельної мікрокріогенної системи при температурі -120...-90°C.

**Результати.** При меланоцитарних пухлинах, із 65 впевнено клінічно діагноз меланоми було поставлено лише у 40 (61,5 %) випадках. Методом ІЦ - значно вище, у 55 (84,6 %) випадках ( $p = 0,004$ ). Клінічно діагноз невуса, верифікованого патоморфологічно, був підтверджений лише у 15 із 26 випадків (57,7 %); а ІЦ – у 20 випадках (76,9 %) ( $p = 0,1$ ). У двох випадках (7,7%) мала місце гіпердіагностика (карцинома). При епітеліальних пухлинах правильний клінічний діагноз – рак поставлений лише у 8 випадках із 35 (22,9 %). За даними ІЦ - у 22 (62,9%) ( $p = 0,001$ ). Папіломи клінічно виявлено у 20 із 44 випадків (45,5 %), а методом ІЦ – у 29 випадках (65,9 %) ( $p = 0,05$ ). Після одного курсу РК лікування повна резорбція відбулася у 44 пацієнтів (84,6%) з меланою та у 9 (56,3%) – з карциномою. При меланомі у 8 випадках (13,8 %), з яких 6 були пухлини на фоні ПНМ, у термін від 1 місяця до року була потрібна додаткова КД. При меланомі рецидиви відмічені у 9 випадках (19,6 %), з них у 4 (6,9 %) пацієнтів з ПНМ. У 3 пацієнтів з меланою в терміни 3-15 місяців розвинулися метастази в регіонарні лімфовузли, а в одного через 22 місяці - віддалені метастази в легені. При епібульбарній карциномі рецидиви пухлини спостерігалися у 7 (43,7%) хворих на

ятрогенні пухлини. З них у двох пацієнтів виникли метастази в регіонарні лімфовузли через 6-13 місяців. Лікування метастазів проводилося в Інституті Раку у Києві.

**Висновки.** Метод ІЦ може забезпечити швидку діагностику у випадках, коли клінічна діагностика скрутна. Застосування ІЦ дозволяє діагностувати епібульбарну меланому у 84,6%, плоскоклітинну карциному – у 62,9% та папіломи – у 65,9% порівняно з клінічним діагнозом. Однак вона не замінює патоморфологічну діагностику. РК – ефективний спосіб лікування хворих на злоякісні епібульбарні пухлини.

Застосування РК впливу дозволяє розширити можливості органозбережного лікування хворих на цю патологію, отримати досить хороший функціональний та естетичний результат, що покращує якість життя таких пацієнтів.