

Таким чином, гістоморфологічне та ІГХ-дослідження спільно дозволили встановити, що спочатку діагностована увеальна пухлина є метстазом нейроендокринної карциноми бронхолегеневого генезу.

Висновки. Незважаючи на те, що переважна більшість увеальних метастазів мають макро та мікроскопічні (гістоморфологічні) відмінності від первинних внутрішньоочних пухлин, рідкісні варіанти нейрогенних, зокрема, нейроендокринних карцином можуть створювати труднощі в діагностиці. У такому разі додаткове ІГХ дослідження дозволяє поставити точний діагноз.

УЛЬТРАЗВУКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ КОН'ЮНКТИВИ СКЛЕРИ

Сафроненкова І. О., Єлагіна В. А.

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

Актуальність. Лікування злоякісних епібульбарних новоутворень залежить від сукупності факторів ризику. До них відносяться розміри, товщина, гістологічний тип пухлини. Меланоми з товщиною до 2 мм і менше мають найкращий прогноз. Якщо пухлина досягає товщини 2 мм і більше, збільшується ризик виникнення регіонарних та дистантних метастазів. Тому, об'єктивне встановлення розмірів пухлини, а також ураження стінок очного яблука є актуальним.

Мета. Вивчити ультразвукові (УЗ) особливості злоякісних епібульбарних новоутворень при первинній діагностиці і в процесі спостереження у динаміці.

Матеріал і методи дослідження. УЗ дослідження проведено на апараті «Aviso», частота ультразвукового випромінювання 50 МГц: визначалися розміри пухлини, товщина склери під пухлиною і з контрлатерального боку, визначалася ехогенність пухлини.

Обстежено 75 хворих на епібульбарну меланому (ЕМ) і епібульбарну карциному (ЕК) до лікування і в динаміці спостереження (на протязі року, кожні 3 місяці).

Результати дослідження. При ЕК і ЕМ довжина і висота новоутворень статистично значимо не відрізняється. Тоді як товщина склери під пухлиною при всіх гістологічних типах пухлини менше, ніж на контрлатеральному боці, в середньому на 17,9 %.

Нами проведено вивчення пов'язаності параметрів пухлини різних гістологічних типів з найближчими результатами радіокріохірургічного лікування (повна або часткова резорбція пухлини). Встановлено, що при частковій резорбції ЕМ товщина склери під пухлиною була в 1,3 рази тонше (0,42 мм), ніж при

повній розробції (0,53 мм) ($\chi^2 = 3,13$, $p=0,006$). При ЕМ і ЕК значимо частіше зустрічалася середня ехогенність пухлини (відповідно $\chi^2 = 3,1$, $p=0,004$; $\chi^2 = 4,3$, $p=0,006$). Встановлена спряженість характеру ехогенності пухлини різного гістогенезу з її рецидивом. Рецидив ЕМ і ЕК спостерігався тільки при середньої ехогенності пухлини ($\chi^2 = 6,01$, $p = 0,004$).

Встановлено, що на 6 місяці спостереження з 6 випадків склеромаляції у 5 (95 %) - товщина склери під пухлиною не перевищувала 0,30 мм. Обчислення відношення шансів (OR) – відношення ймовірності розвитку склеромаляції до ймовірності того, що її не буде, показало, що наявність товщини склери під пухлиною $\leq 0,30$ мм, може розглядатися як фактор ризику розвитку склеромаляції, при цьому шанси його розвитку підвищуються у 7,7 рази (OR=7,7, 95% ДІ 3,2÷53,8).

Висновки. УЗ дослідження показало, що товщина склери під пухлиною при всіх гістологічних типах пухлини менше, ніж на контрлатеральному боці на 17,9 %.

При ЕМ і ЕК значимо частіше зустрічається середня ехогенність пухлини і рецидив ЕМ і ЕК спостерігався тільки при її середньої ехогенності.

Наявність товщини склери під пухлиною $\leq 0,30$ мм, є фактором ризику розвитку склеромаляції, при цьому шанси його розвитку підвищуються у 7,7 рази (OR=7,7, 95% ДІ 3,2÷53,8).