

ускладнень у процесі терапії (вторинна глаукома, постпроменева катаракта, склеромаліяція). Хірургічне видалення пухлини не завжди дозволяє уникнути таких інтраопераційних ускладнень, як гемофтальм, відшарування сітківки та ін.

Мета роботи. Визначити тактику лікування меланом іридоциліохоріоїдальної області.

Матеріал та методи. Аналіз результатів резекції пухлини меланоми іридоциліохоріоїдальної області проведено у 92 хворих (вік 53,2±14,3 років). У 62 випадках пухлина розташовувалась в іридоциліарній зоні, проміненція (3,2±1,8) мм, довжина (5,7±2,0) мм, у 30 - у ціліохоріоїдальній зоні, проміненція (6,8±1,7) мм, довжина (9,8± 1,5) мм. У 50 з 62 пацієнтів з іридоциліарною меланою гострота зору до операції була 0,1-1,0, у 12 - нижче 0,1. У 9 з 30 пацієнтів з ціліохоріоїдальною меланою гострота зору була 0,1-1,0, у 21 - нижче 0,1. Середній термін спостереження (27,3 ±1,5) місяця.

За клітинною будовою меланоми іридоциліохоріоїдальної області розподілялися наступним чином: 1. веретеноклітинна А - 19; 2. верете-ноклітинна Б - 11; 3. веретеноклітинна А-Б-15; 4. змішана-33; 5. епітеліоїдна - 14.

Результати. При резекції меланоми іридоциліарної області у 2 із 62 пацієнтів відзначалася інтраопераційна гіфема. У ранньому післяопераційному періоді ускладнень не було, у 50 із 62 пацієнтів вдалося зберегти високу гостроту зору від 0,1 до 1,0, у 12 хворих у післяопераційному періоді зір знизився через набряк рогівки та часткового гемофтальму.

При резекції меланоми ціліохоріоїдальної області нами був відзначений інтра- та післяопераційний період гемофтальм у 4 з 30 пацієнтів. У 7 із 9 пацієнтів вдалося зберегти гостроту зору 0,1-1,0.

Висновки. Вибір правильної тактики лікування меланом іридоциліохоріоїдальної області дозволяє зменшити ризик виникнення інтраопераційних та післяопераційних ускладнень та, отже, зберегти високі зорові функції.

СПЕКТРАЛЬНА ОПТИЧНА КОГЕРЕНТНА ТОМОГРАФІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ПОЧАТКОВИХ МЕЛАНОМ ХОРИОІДЕЇ ПАРАМАКУЛЯРНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Полякова С. І., Цуканова І. В., Іваницька О. В., Журавок Ю. О.

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

Актуальність. Меланоми хоріоїдеї (МХ) найчастіша неопластична патологія ока пацієнтів і належить до групи надзвичайно злоякісних пухлин. Пік захворюваності припадає на 4-6 декади життя.

Диференціальна діагностика МХ базується на даних офтальмоскопічної картини, флуоресцентної ангиографії (ФАГ) та ультразвукового сканування (УЗ). При макулярній та парамакулярній локалізаціях МХ одним із додаткових методів дослідження є спектральна оптична когерентна томографія (СОКТ), що дозволяє з високою роздільною здатністю виявляти більш тонкі диференціально-діагностичні ознаки початкових стадій пухлини. Своєчасна діагностика МХ на ранніх стадіях розвитку дозволяє вибрати найбільш правильну тактику лікування та отримати ефективний результат.

Мета роботи – оцінити інформативність СОКТ при діагностиці початкових меланом хоріоїдеї макулярної та парамакулярної локалізацій.

Матеріал та методи. Проаналізовано результати обстеження 12 пацієнтів віком 52-78 років із пігментними утвореннями очного дна (12 очей). Для проведення досліджень використовувався томограф Spectralis OCT (Heidelberg Engineering, Німеччина). Стандартна процедура обстеження на цьому томографі дозволяє отримувати зображення без розширення зіниці, але, оскільки при обстеженні даної групи пацієнтів була необхідність і доцільність візуалізації та парамакулярних і, по можливості, периферичних відділів сітківки, хворі проходили томографію в умовах медикаментозного мідріазу у звичайному та EDI-OCT (покращена глибина зображення) режимах. Оцінка результатів дослідження проводилася за зображеннями сітківки в лінійних сканах та протоколу аналізу "MacularThicknessMap" (за можливості).

Результати та обговорення. У всіх 12 пацієнтів було виявлено вогнище, в межах якого характерна структура хоріоїдеї не визначалася: зовнішні та середні шари хоріоїдеї були екрановані на рівні хоріокапілярів лінійною ділянкою високої оптичної щільності. У 7 пацієнтів, за даними СОКТ, пігментоване вогнище представляло собою невус без ознак малігнізації, у 3 - невус з невеликою (до 60 мкм) промінністю шару пігментного епітелію без порушення структури зовнішніх шарів сітківки. У двох осіб (2 ока) – були виявлені явні структурні прояви малігнізації процесу (дільниці нерівномірної гіпертрофії пігментного епітелію, наявність перифокального відшарування нейроепітелію, порушення структури, аж до повного руйнування, фоторецепторного апарату тощо). Ступінь промінності афектного локусу в порівнянні з навколишньою сітківкою була до 230 мкм. Результати проведеної цим 2 хворим на ФАГ підтвердили симптоматику, характерну для меланом хоріоїдеї.

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