

мембрани Бруха, то їх гістогенетична приналежність повинна бути переглянута і остаточно встановлена на основі порівняння гістологічних, імуногістохімічних і молекулярно-генетичних патернів.

### **Fundamental reexamination of the histogenesis of intraocular pigmented tumors: choroidal melanomas - retinal pigment tumors**

Artemov A.V.

*Odesa, Ukraine*

A previously unknown pattern of formation of intraocular mushroom-shaped tumors has been identified and theoretically substantiated: the initial site of growth of these tumors is the cellular-tissue system, which is located exclusively inside the Bruch membrane, i.e. the origion of tumor growth is inside the spherical node. Tumors growing in the choroid cannot be the source of mushroom-shaped growth. This pattern is a particular manifestation of the pattern inherent in mushroom-shaped tumors of any localization: their initial growth point is located inside the spherical node. Based on this pattern, all mushroom-shaped intraocular pigmented tumors, by default, should be classified as tumors of the retinal pigment epithelium. As for pigmented tumors located in the choroid and not extending beyond Bruch's membrane, their histogenetic affiliation should be reviewed and finally established based on a comparison of histological, immunohistochemical and molecular genetic patterns.

---

### **Клінічний випадок органозберігаючого лікування меланоми хоріоїдеї**

Друмі Д. А., Чеботарьов Є. П., Полякова С. І.

*Державна установа «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)*

**Актуальність.** Найбільш розповсюдженою злоякісною пухлинною судинної оболонки ока є меланома хоріоїдеї, вона складає приблизно 85% усіх злоякісних пухлин увеального тракту, яка в 50% дає метастатичний процес.

**Мета.** Представити клінічний випадок органозберігаючого лікування меланоми хоріоїдеї.

**Матеріал і методи.** Була отримана заява про згоду пацієнта на розміщення його клінічної інформації у публікації.

У відділення мікрохірургічного лікування онкологічних захворювань ока звернулась пацієнтка К. 36 років зі скаргами на зни-

---

ження зору та випадіння поля зору на правому оці. Гострота зору хворого ока – 0,5 н/к, лівого – 1,0. Внутрішньоочний тиск (ВОТ) правого ока – 13,0 мм рт. ст., лівого – 11,0 мм рт. ст. (пневмо). Випадіння поля зору правого ока з назальної сторони на 20о. Ліве око – передній та задній відрізки ока без патологічних змін.

Для дообстеження правого ока використовували: офтальмоскопію, біомікроскопію, ультразвукову діагностику (УЗД) заднього відділу ока на якому апараті.

При біомікроскопії передній відрізок ока без патології, середовища ока прозорі. При офтальмоскопії правого ока на 11 годинах вздовж верхньої судинної аркади візуалізувалося слабкопігментоване, промінюче у скловидне тіло, об'ємне утворення шароподібної форми, яке вистоїть у скловидне тіло, межі пухлини нечіткі, з вторинним відшаруванням сітківки над та навколо пухлини.

Ультразвуковим скануванням правого ока на 11 годинах в задньому відділі ока виявлено новоутворення середньої ехогенності в оточенні вторинного відшарування сітківки, максимальна промінєція пухлини у скловидне тіло – 6,5 мм, протяжність основи – 11,0x12,0 мм, що відповідає стадії T2 за класифікацією TNM, розробленою Американським Об'єднаним Комітетом по Раку (AJCC) і Міжнародним Протираковим Союзом (UICC) у 2022 році.

На момент звернення до інституту ураження регіонарних лімфовузлів та метастатичного процесу в організмі пацієнта виявлено не було (T2N0M0)

За даними обстеження встановлено діагноз правого ока – злоякісне новоутворення судинної оболонки (МКХ 10), клінічно – меланома хоріоїдеї.

Враховуючи характер пухлини, її розміри та локалізацію на очному дні, хворій проведено органозберігаюче лікування у вигляді діод-лазерної транспупілярної термотерапії (ТТТ) з довжиною хвилі 810 нм за розробленою методикою (1 сеанс дії щодня, впродовж 4 днів) на апараті Quantel Medical Iris 810 з подальшою брахітерапією – підшиванням бетааплікатора стронцій-90/ітрій-90 (St90/It90) до склери в місці локалізації основи пухлини під контролем діафаноскопії на 8 діб. Отримана сумарна доза опромінення 2446 Гр (530 Гр на верхівку пухлини).

В подальшому хвора проводила повне контрольне обстеження як органа зору, так и всього організму кожні три місяці і отримувала курси ТТТ за розробленою методикою на остаточну пухлину. У загальній кількості з першим курсом лікування хвора отримала 6 курсів ТТТ. Термін спостереження – 2,5 роки.

**Результати.** Через 3 місяці спостереження встановлено, за даними УЗД, зменшення проміненція пухлини до 5,3 мм, протяжності основи – до 10,0x11,0 мм. Послідуючі кожні 3 місяці динаміка розмірів пухлини, за даними УЗД, була: проміненція у скловидне тіло – 5,1 мм, 4,8 мм, 4,5 мм, 4,2 мм, мм, а протяжність основи пухлини – 10x11мм, 10x11мм, 10x11мм, 10x10.5мм, відповідно. З моменту початку лікування і до останнього огляду проміненція пухлини зменшилась в 1,5 рази, протяжність основи – в перші 3 місяці на 1-2 мм і залишалась стабільною протягом всього часу спостереження.

У квітні 2024 року (через 20 міс після початку лікування) виявлено новоутворення печінки, яке підтверджено магнітно-резонансною томографією з гепатоспецифічним контрастом як метастатичний процес, з приводу чого хвора отримує хіміотерапевтичне лікування у загального онколога .

При цьому можна відмітити, що через 9 місяців після початку лікування і зменшення розмірів пухлини до 4,5 мм, пухлина за даними флуоресцентної ангіографії (ФАГ) не накопичувала флуоресцеїн, що свідчило про відсутність її активності. Така картина спостерігалась протягом року, при відсутності локального лікування. На останній термін обстеження розміри пухлини становили, за даними УЗД: проміненція – 4,2 мм, протяжність основи – 10 x 10.5 мм. Клінічно при офтальмоскопії: на очному дні візуалізується тканина пухлини темно-сірого кольору, без ознак активного росту, яка навколо оточена від здорових тканин аваскулярною зоною рубцевих змін. За даними ФАГ: пухлина та зона рубцевих змін навколо не накопичують флуоресцеїн. Такий локальний стан пухлини протягом року розцінюється нами як рубець.

### **Висновки.**

1. Рубець пухлини після органозберігаючого лікування меланоми хоріоїдеї може бути не обов'язково плоским, а мати товщину, за нашими даними – до 4,0 мм.

---

2. Досягнення локального результату у вигляді рубця на очному дні після органозберігаючо-го лікування (ТТТ + брахітерапія St90/It90) меланоми хоріоїдеї не запобігає розвитку метастатичного процесу.

### **A clinical case of organ-preserving treatment of choroidal melanoma**

Drumi D., Chebotarov Ye, Polyakova S.

*Odesa, Ukraine*

Clinical case of treatment of stage T2 choroidal melanoma using organ-preserving treatment - diode laser transpupillary thermotherapy (TTT) with a wavelength of 810 nm according to the developed method (1 session of action daily, for 4 days) on the Quantel Medical Iris 810 device with subsequent brachytherapy - sewing a beta applicator of strontium-90/yttrium-90 (St90/It90) to the sclera at the site of localization of the tumor base under diaphanoscopy control for 8 days. The total radiation dose received was 2446 Gy (530 Gy to the tumor apex). Further treatment and observation for 2.5 years with fixation of the local state of the tumor. During the last year of observation, the patient did not undergo local treatment due to the absence of signs of active tumor growth according to clinical and instrumental studies, however, in parallel, the patient developed a metastatic process, for which the patient receives chemotherapy treatment. At the time of the last examination (2.5 years), the local condition of the tumor: clinically, the tumor tissue on the fundus has no signs of active growth, is completely surrounded by an avascular scar zone and according to FAG does not accumulate fluorescein, we concluded that this condition on the fundus after the treatment corresponds to the tumor scar, despite the fact that its prominence is 4.2 mm.

---

### **Рівень експресії молекулярних маркерів активації лімфоцитів периферичної крові у хворих на меланому хоріоїдеї різних стадій**

Друмі Д.А., Цуканова І.В., Полякова С.І., Величко Л.М., Богданова О.В., Макарова М.Б.

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

**Актуальність.** В розвитку пухлинного процесу велику роль грає протипухлинна відповідь організму хворого на дію різних лікувальних факторів, що проявляється зміною молекулярного профілю лімфоцитів периферичної крові. У зв'язку з чим важливим є вивчення експресії молекулярних маркерів активації лімфоцитів периферичної крові та їх ролі у реалізації позитивного лі-