

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

З МАТЕРІАЛАМИ IV МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

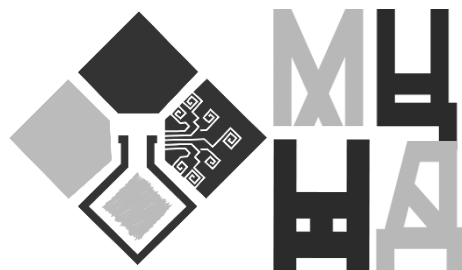
15 ЛИСТОПАДА 2024 РІК

М. КИЇВ, УКРАЇНА

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ
ГАЛУЗЕЙ НАУКИ»**



ЗБІРНИК НАУКОВИХ
ПРАЦЬ З МАТЕРІАЛАМИ
IV Міжнародної
наукової конференції



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ НАУКИ

| 15 листопада 2024 рік
м. Київ, Україна

Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2024

Організація, від імені якої випущено видання:

ГО «Міжнародний центр наукових досліджень»

Номер запису організації в Єдиному реєстрі громадських об'єднань: 1499141.

Голова оргкомітету: Сотник С.Г.

Верстка: Бабиш Ю.В.

Дизайн: Бондаренко І.В.

Рекомендовано до видання Вченою Радою Інституту науково-технічної інтеграції та співпраці. Протокол № 62 від 14.11.2024 року.



Конференцію зареєстровано Державною науковою установою у сфері управління Міністерства освіти і науки «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» в базі даних науково-технічних заходів України на поточний рік та бюлетені «План проведення наукових, науково-технічних заходів в Україні» (**Посвідчення № 356 від 12.06.2024**).

Збірник наукових праць з матеріалами конференції видано офіційно суб'єктом видавничої справи зі **Свідоцтвом ДК № 7860 від 22.06.2023**.

Матеріали конференції знаходяться у відкритому доступі на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0).

А 43 **Актуальні питання розвитку галузей науки:** збірник наукових праць з матеріалами IV Міжнародної наукової конференції, м. Київ, 15 листопада, 2024 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2024. — 672 с.

ISBN 978-617-8440-21-3

DOI 10.62731/mcnd-15.11.2024

Викладено матеріали учасників IV Міжнародної наукової конференції «Актуальні питання розвитку галузей науки», яка відбулася 15 листопада 2024 року у місті Київ.

УДК 082:001

© Колектив учасників конференції, 2024

© ГО «Міжнародний центр наукових досліджень», 2024

ISBN 978-617-8440-21-3

© ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024

СЕКЦІЯ XXV. МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

ДИВНОСТІ ГІСТОМОРФОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ ГЕМАНГІОМИ ХОРІОІДЕЇ

Артьомов Олександр Валентинович

канд. мед. наук, завідувач лабораторії патоморфології та електронної мікроскопії
ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМНУ», Україна

Литвиненко Маріанна Валеріївна

канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри гістології, цитології, ембріології та
патологічної морфології з курсом судової медицини
Одеський національний медичний університет, Україна

Кривда Григорій Федорович

д-р. мед. наук, професор, професор кафедри гістології, цитології, ембріології та
патологічної морфології з курсом судової медицини
Одеський національний медичний університет, Україна

Яворський Борис Ігорович

канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри гістології, цитології, ембріології та
патологічної морфології з курсом судової медицини
Одеський національний медичний університет, Україна

Ларсон Лариса Миколаївна

асистент кафедри гістології, цитології, ембріології та патологічної морфології
з курсом судової медицини
Одеський національний медичний університет, Україна

Вступ. У клінічній практиці гемангіома хоріоїдеї зустрічається винятково. Більшість авторів вважає, що одна гемангіома хоріоїдеї припадає на 100-120 внутрішньоочних меланом. Зазвичай пухлина виявляється за зниженням зору, рідше як випадкова знахідка при офтальмологічному огляді. Патологічний процес практично завжди локалізується на одному оці, частіше зліва і з скроневої сторони, віддаючи перевагу юкстапапілярній зоні. На відміну від меланоми,

гемангіома хоріоїдеї частіше має біло-жовтий або жовтувато-рожевий відтінок і слабку проміненцію, що не перевищує 3-4 мм.

З цієї причини гемангіоми хоріоїдеї можуть бути прийняті за метастази або безпігментні меланоми і вкрай рідко діагностуються клінічно. Найбільш надійним підтвердженням гемангіоми є практично нульовий приріст за кілька років спостережень, проте зрозуміло, що це недопустимо для пацієнта. Тому, зазвичай, діагноз гемангіоми ставиться тільки після енуклеації і нерідко стає несподіваним для клініциста. Тим не менш, незважаючи на недоліки клінічної діагностики та доброякісний статус новоутворення, енуклеація є цілком виправданим способом лікування, оскільки, будучи наданим самому собі, процес завершується масивним відшаруванням сітківки, внутрішньоочними крововиливами, незворотною втратою зору та атрофією ока.

Гістоморфологічна діагностика гемангіоми хоріоїдеї, на відміну від клінічної, не викликає жодних труднощів: пухлина представлена виключно комплексом різко розширених судин синусоїдно-кавернозного виду, заповнених кров'ю. Судини в пухлині щільно прилягають один до одного, так що строма практично відсутня, будучи представленою лише відсунутими на периферію нечисленними меланоцитами судинної оболонки. У гемангіомі хоріоїдеї не можна виявити будь-які недиференційовані клітини ангіобластичного типу, що виділяє її серед гемангіом інших локалізацій, у тому числі кавернозних гемангіом орбіти, які близькі до них за характером ангіоматозних патернів. Таким чином, гістоморфологічна картина гемангіоми хоріоїдеї очевидна для постановки діагнозу, проте викликає ряд питань щодо клінічної поведінки пухлини та її походження. У своїх попередніх дослідженнях ми вже звертали увагу на те, що гістоморфологічна картина, яка характеризує гемангіому хоріоїдеї, не стикається з клінічними наслідками, що явно вказує на агресивний характер процесу [1,2].

Цікаво відзначити, що вже при незначному вистоянні – в 1,5-2 мм - гемангіома може спричинити відшарування сітківки та дегенерацію нейроепітелію. За деструктивним впливом на тапеторетинальні структури доброякісна гемангіома нерідко показує перевагу над увеальними метастазами, які, маючи злоякісний характер, проте не виявляють тенденції до інвазії мембрани Бруха, а також значно рідше викликають субретинальні крововиливи. Закономірне здивування з

приводу того, чому морфологічно доброякісна пухлина робить такий руйнівний вплив на тапеторетинальні структури, спонукає до цілеспрямованого вивчення цих структурних змін.

Мета. Дане дослідження спрямоване на аналіз гістоморфологічних паттернів, що характеризують патологічні зміни в тапеторетинальній зоні, що супроводжують гемангіому хоріоїдеї.

Матеріал і методи дослідження. З метою аналізу змін у тапеторетинальній зоні проведено гістоморфологічне дослідження еноклейованих очей із гемангіомою. Було вивчено 14 гемангіом хоріоїдеї, що становлять клінічний матеріал, отриманий за період з 2018 по 2024 р. Для детального вивчення стану тапето-ретинальної зони досліджувалося не менше 10 серійних зрізів (у деяких випадках до 35 зрізів з одного пухлинного вузла). Зрізи робилися з парафінових блоків, використовувалося стандартне фарбування гематоксилін-еозином. Гістологічна картина зіставлялася із клінічною.

Результати та їх обговорення. У всіх 14 випадках при гемангіомах хоріоїдеї у тапето-ретинальній зоні були виявлені зміни пігментного епітелію та порушення цілісності мембрани Бруха, які особливо виражені в ділянках найбільшого вистояння хоріоїдального вузла. У 8 випадках у пігментному епітелії мала місце пухлиноподібна проліферація, іноді з утворенням мікровузлів до 0,5 мм у найбільшому розмірі, на що ми звернули особливу увагу у попередньому дослідженні [2]. В окремих випадках ці мікровузли нічим не відрізнялися від відомих як доброякісні меланоми пігментного епітелію [3]. Наявність таких проліфератів зазначали і раніше, проте не надали їм особливого значення, вважаючи їх випадковими реактивними змінами [4,5]. Однаково уявлення про доброякісне ангіоматозне новоутворення, яким вважається гемангіома хоріоїдеї, не може пояснити розвиток такого важкого ускладнення як ексудативно-геморагічне відшарування сітківки, для якої, як відомо, необхідне порушення цілісності мембрани Бруха. Також треба враховувати, що гемангіома хоріоїдеї є в основному комплексом судин, які не порушують кровопостачання та доставку поживних речовин, що не стикається з абіотрофічними процесами, в результаті яких мембрана Бруха піддається деструкції. Це в окремих випадках супроводжується формуванням хоріо-ретинальної спайки у вигляді пухлиноподібної гліальної проліферації (рис.1 и 2).

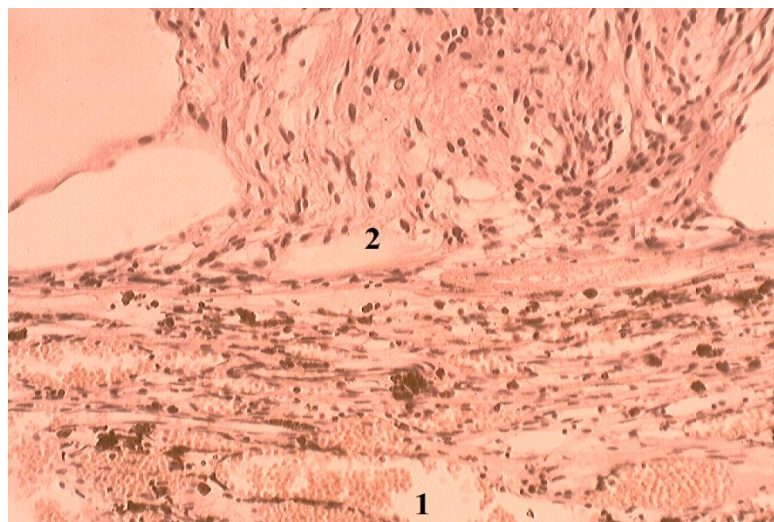


Рис. 1. Комплекс розширених судин гемангіоми (1). Хоріо-ретиальна спайка з добре помітною неоваскуляризацією та пухлиноподібною проліферацією (2). Мембрана Бруха не візуалізується. Забарвлення гематоксилін-еозин. 36.100х

На малюнку 2 чітко видно гліальний характер пухлиноподібної проліферації. З погляду топографії процесу очевидно, що він обумовлений метапластичною трансформацією пігментного епітелію сітківки. Іноді реакція пігментного епітелію набуває характеру остеобластичної метаплазії з утворенням кісткової тканини над увеальною гемангіомою (рис.3).

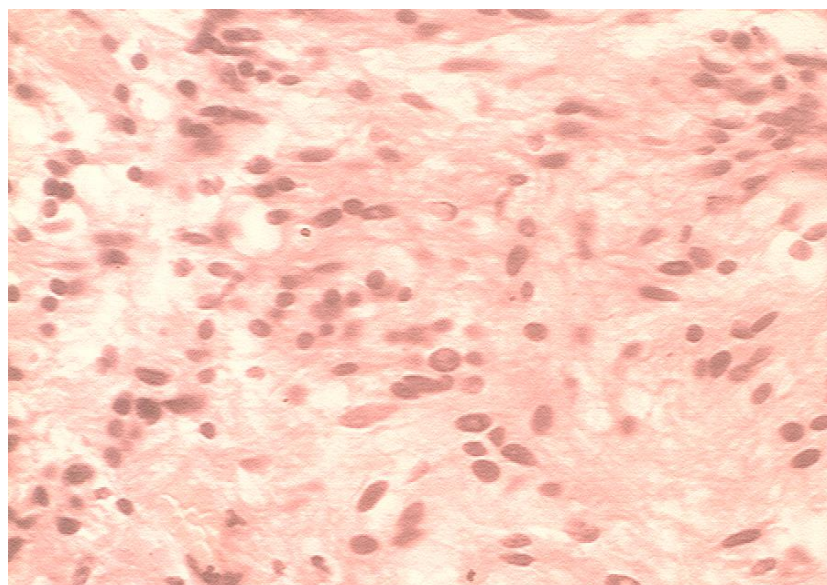


Рис. 2. Деталь попереднього малюнка. Гістологічна картина характерна для гліальної пухлини. Забарвлення гематоксилін-еозин. 36.400х

Таким чином, морфологічні патерни вказують на те, що зростання увеальної гемангіоми постійно супроводжується пухлиноподібно-метапластичною реакцією пігментного епітелію сітківки, а в окремих випадках - хоріоїдальною неоваскуляризацією з формуванням хоріо-ретиальної спайки.

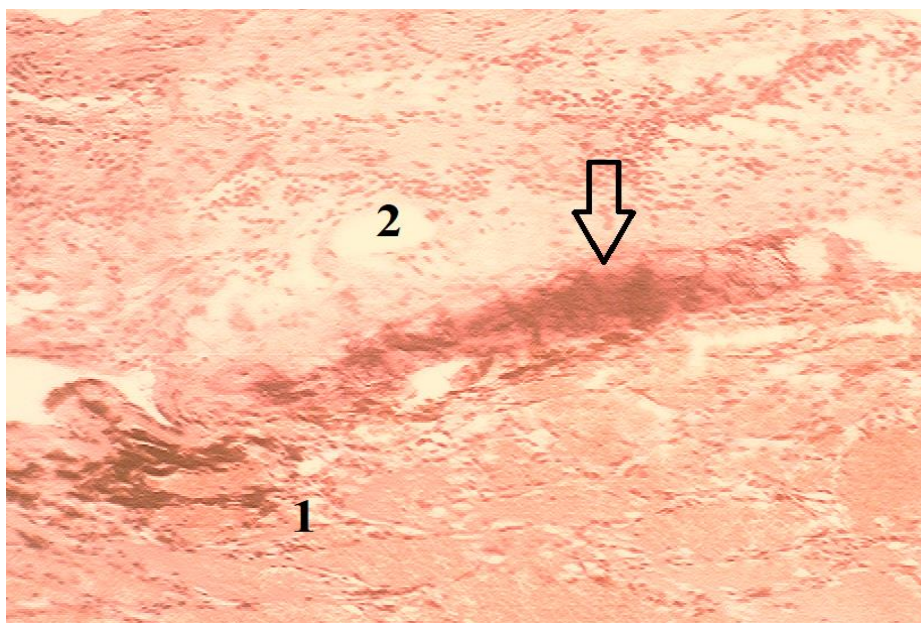


Рис. 3. Осередок остеобластичної метаплазії пігментного епітелію: стрілкою показаний фрагмент кісткової тканини сформованої на межі увеальної гемангіоми (1) та хоріо-ретиальної спайки (2). Забарвлення гематоксилін-еозин. Зб.100х

Звертає увагу постійна присутність неопластичних проліфератів пігментного епітелію в тапеторетиальній зоні при гемангіомах хоріоїдеї. Їхню присутність не можна пояснити впливом ангіоматозного вузла в хоріоїдеї, оскільки при метастазах у хоріоїдею пухлинні вузли навіть великих розмірів не викликають подібної реакції з боку пігментного епітелію. Метастази в хоріоїдею, що мають агресивну течію, ніколи не викликають тих змін, які можна побачити при гемангіомах. Навпаки, пігментний епітелій при метастазах не проліферує, а демонструє атрофічні патерни, як і вся сітківка.

Також слід зауважити, що доброякісні увеальні невуси, які за своєю проміненцією іноді наближаються до увеальних гемангіом, ніколи не викликають деструктивних змін з боку мембрани Бруха та тапето-ретиальної зони в цілому. Дані клінічні прояви увеальних невусов

цілком вписуються в їхній доброякісний характер і, навпаки, дисонують з поведінкою гемангіом, які також мають доброякісний характер.

Висновок. Аналіз гістоморфологічних патернів увеальних гемангіом, у порівнянні з відомими патернами увеальних невусів і метастазів в хоріоїдею, вказує на те, що пухлиноподібні та метапластичні проліферати в тапето-ретинальній зоні, що формуються клітинами пігментного епітелію, є не реакцією на зростання хоріоїдальної гемангіоми, а самостійною патологією. Хоріоїдальна неоваскуляризація та розвиток хоріо-ретинальної спайки на тлі неопластичної проліферації пігментного епітелію є умовою для формування внутрішньоочних меланом, особливо тих, що згодом набувають грибоподібної форми [1]. Цей процес іноді супроводжується вираженою неоваскуляризацією, але вона відрізняється від патернів, що мають місце в хоріоїдеї при гемангіомі. Хоча раніше ми вже висловлювали думку, що розглядає гемангіому хоріоїдеї як вторинний (неопластичний) ангиоматоз, пов'язаний з неопластичним зростанням у пігментному епітелії сітківки, проте поки що для цього немає достатніх фактів. Необхідне подальше вивчення характеру неопластичних змін у тапето-ретинальній зоні при гемангіомах хоріоїдеї, у тому числі із залученням імуногістохімічних досліджень, які дозволять уточнити характер неопластичної проліферації. Так чи інакше, необхідно усунути протиріччя, пов'язане з уявленням про доброякісність гемангіоми хоріоїдеї, яка не відповідає клінічній картині даної патології, що, як правило, закінчується, як і при внутрішньоочних меланомах, енуклеацією ока. Погляд на гемангіому хоріоїдеї як вторинний ангиоматоз, що ініціюється неопластичним процесом у тапеторетинальній зоні, дозволяє зрозуміти, чому морфологічно доброякісний процес має такий несприятливий клінічний перебіг і співвіднести з цим лікувальний підхід щодо даної патології. Однак поки це лише погляд, для затвердження якого потрібні нові спостереження, частиною яких можуть стати представлені тут спостереження.

Список використаних джерел:

1. Artemov A. Mushroom intraocular growth: new histogenetic concept of intraocular melanoma//Odessa: Interprint, 2008.-250 p.
2. Артемов А.В., Бурячковский Э.С. Гемангиома хориоидеи как вторичный неопластический ангиоматоз//Ключові питання наукових досліджень у сфері медицини у XXI ст.: Матеріали

науково-практичної конференції (Одеса 20-21 квітня 2018 року). ГО «Південна фундація медицини», 2018.-112с., С.83-87.

3. Reese A., Jones J. Benign melanomas of the retinal pigment epithelium //Amer. J. Ophthalmol.- 1956-v.42- p.207-212.
4. Intraocular Tumors, Atlas and Reference / Jerry A. Shields, Carol L. Shields; transl. from English under the editorship of V.G. Likhvantseva. - М.: Publishing house Panfilova, 2018. - 608 p. (p. 259-281).
5. Вит В.В. Опухолевая патология органа зрения: [Монография]: в 2х томах. 2009. Т.1/В.В. Вит-Одеса: Астропринт.-616 с.