

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## Реферат

«Меланома сосудистого тракта»

Работу выполнила:  
ординатор кафедры офтальмологии  
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева  
Сафронова А.С.

Работу проверила:  
заведующая кафедрой офтальмологии  
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева  
д.м.н., проф. Козина Е.В.

Красноярск 2017г.

## **Меланома радужки.**

Частота встречаемости 7% от всех видов злокачественных новообразований глаз.

У пациентов с голубыми или серыми радужками возникает в 3 раза чаще, чем с радужками коричневого цвета.

Одинаково часто встречаются как у мужчин, так и у женщин.

Чаще развивается в нижних отделах радужки.

Формы:

- Узловая
- Диффузная
- Смешанная

Поверхность опухоли неровная, глубина передней камеры неравномерная. Цвет меланомы варьируется от светлого до темно-коричневого.

### **• Рост.**

Врастая в строму радужки, опухоль может имитировать кисту.

При соприкосновении меланомы с задним эпителием роговицы возникает ее локальное помутнение.

Прорастая дилататор радужки, опухоль приводит к изменению формы зрачка: его край на стороне опухоли уплощается, не реагирует на мидриатики.

Опухоль может заполнить заднюю камеру, вызвав компрессию хрусталика, его помутнение и дислокацию кзади.

Вследствие прорастания опухоли в угол передней камеры нарушается отток внутриглазной жидкости, развивается стойкая, не поддающаяся медикаментозной терапии внутриглазная гипертензия.

### **• Диагностика и лечение.**

Диагноз устанавливают на основании результатов биомикроскопии, гониоскопии, диафаноскопии и флюоресцентной иридоангиографии.

Иридэктомия показана при небольших опухолях с иридопластикой для снижения послеоперационной светобоязни.

Иридоциклэктомия проводят при опухолях, врастающих в угол передней камеры.

Лучевую терапию проводят с использованием аппликаторов (брахитерапия) или наружного облучения радиочувствительных опухолей.

Энуклеация показана при диффузно растущих опухолях.

Прогноз для жизни, как правило, благоприятный

Метастазирование наблюдается в 5- 15 % случаев при больших опухолях.

### **Меланома цилиарного тела.**

Около 10% увеальных меланом возникают в зоне цилиарного тела.

Через широкий зрачок хорошо виден четко отграниченный узел округлой формы, чаще темного цвета.

В течение длительного периода времени заболевание протекает бессимптомно.

Беспигментная меланома имеет розоватый оттенок, в ней хорошо визуализированы собственные сосуды.

В секторе, где локализуется опухоль, видны застойные, расширенные, извитые эписклеральные сосуды («сторожевые» сосуды). На поздних стадиях развивается вторичная глаукома.

- **Рост.**

Опухоль может прорасти склеру, формируя под конъюнктивой узел, чаще темного цвета.

При проращении опухоли в дилататор изменяется форма зрачка. Зрачок не реагирует на свет.

В результате давления на хрусталик может появиться астигматизм, сублюксация хрусталика или катаракта.

Проращение по корню радужки может имитировать меланому радужки.

Отслойка сетчатки может возникать при распространении опухоли в задние отделы глаза.

Круговой (аннулярный) рост указывает на плохой прогноз, поскольку ранняя диагностика в таких случаях затруднена.

- **Диагностика и лечение.**

В диагностике используются биомикроскопия, микроцикроскопия при широком зрачке, гониоскопия и диафаноскопия.

При лечении локализованных меланом ресничного тела можно ограничиться ее удалением (частичная ламеллярная склероувеэктомия).

Иридоциклоэктомия показана при небольших и средних опухолях, занимающих не более 1/3 окружности угла передней камеры. Возможны такие осложнения, как гемофтальм, отслойка сетчатки, неполная резекция опухоли.

Энуклеацию выполняют при больших опухолях и поражении передних отделов хориоидеи. Вторичная глаукома как результат инвазивного роста по шлеммову каналу также является показанием для энуклеации.

Лучевую терапию (брахитерапию или наружное облучение) проводят в исключительных случаях.

### **Меланома хориоидеи.**

Встречается в 84 % от всех видов злокачественных новообразований глаз.

Проявляется чаще в 6 декаде жизни (от 50 до 80 лет).

Бессимптомную опухоль выявляют случайно.

Более половины меланом локализуется за экватором.

Опухоль, как правило, растет в виде солитарного узла .

Обычно больные предъявляют жалобы на ухудшение зрения, фотопсии и морфопсии.

По мере роста опухоли окраска ее может стать более интенсивной (иногда даже темно-коричневой) или же остается желтовато-розовой, беспигментной. Увеличение толщины меланомы вызывает дистрофические изменения в мембране Бруха и пигментном эпителии сетчатки, в результате чего нарушается целостность стекловидной пластинки и опухоль прорастает под сетчатку - формируется так называемая грибовидная форма меланомы с широким основанием.

- **Диагностика.**

Чрезвычайно трудно распознать меланому хориоидеи. Уточнить диагноз помогают дополнительные методы исследования (ультразвуковое сканирование, компьютерная томография).

Необходимо провести тщательное обследование больного с целью исключения метастазов. Следует помнить, что при первичном обращении к офтальмологу метастазы обнаруживают у 2-6,5 % больных с крупными опухолями и у 0,8 % с небольшими меланомами.

Веретеноклеточная меланома метастазирует почти в 15 % случаев. Частота метастазирования эпителиоидной меланомы достигает 47 %

Меланома метастазирует гематогенным путем, чаще всего в печень (до 85 %), второе место по частоте возникновения метастазов занимают легкие.

- **Лечение.**

Основной метод лечения меланомы хориоидеи - энуклеация глаза.

При наличии признаков прорастания опухоли за пределы глаза показана экзентерация орбиты.

При небольших опухолях выполняются органосохраняющие методы лечения, целью которых является сохранение глаза и зрительных функций. К таким методам относятся лазеркоагуляция, гипертермия, криодеструкция, лучевая терапия (брахитерапия и облучение опухоли узким медицинским протонным пучком).

Прогноз всегда серьезный. Зависит от стадии заболевания, клеточного строения опухоли.

После лечения больные должны находиться под наблюдением практически до конца жизни. После лучевой терапии и локального удаления опухоли врач должен осматривать больных каждые 3 мес. в первые 2 года, затем 2 раза в год в течение 3-го и 4-го года, далее 1 раз в год.

## **Список литературы.**

Линник Л.Ф. Иридоциклэктомия, как метод удаления опухолей радужной оболочки, прорастающих в цилиарное тело // Вестн. офтальмологии.- 1966.-№ 2.- 15 с.

Бровкина А.Ф. и др. Офтальмоонкология: Руководство для врачей.- М.: Медицина, 2002.- 424 с.

Катаргина Л.А., Архипова Л.Т. Увеиты: Патогенетическая иммуносупрессивная терапия.- М., 2004.-100 с.

Краснов М.Л. Элементы анатомии в клинической практике офтальмолога.-М.: Медгиз, 1952.-106 с.

Пачес А.И., Бровкина А.Ф., Зиангирова Г.Г. Клиническая онкология органа зрения.- М.: Мед. 1980.-325 с.

Рациональная фармакотерапия в офтальмологии: Руководство для практических врачей / Под общ. ред. Е.А. Егорова.- М., 2004.-953 с.

## Рецензия

на реферат по офтальмологии

Ординатора Сафроновой Анны Сергеевны.

на тему: «Меланома сосудистого тракта»

Работа посвящена актуальной проблеме увеальной меланоме, так как она одна из наиболее распространенных опухолей глаза. Частота составляет 1 случай на 100000 населения .

В своей работе Сафронова. А.С. проанализировала и оценила важность применения нового научно-теоретического подхода, отразила своевременную значимость диагностики и лечения данного заболевания, что способствуют снижению риска развития метастазов, сохранению высокой остроты зрения, комфортности зрения, устранению или предупреждению энуклеации.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, правильно оформлен.

Считаю, что реферат Сафроновой Анны Сергеевны «меланома сосудистого тракта» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».

Заведующая кафедрой офтальмологии

с курсом ПО им. Проф. М.А. Дмитриева

д.м.н., проф. Козина Е.В.

