

## **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МЕЛАНОМОЙ ХОРИОИДЕИ**

*Алтайский государственный медицинский университет,  
кафедра офтальмологии с курсом ДПО, г. Барнаул*

**Николаева А. Д.**

Научный руководитель: д.м.н., доцент Макогон С.И.

E-mail: [vyk\\_msi@mail.ru](mailto:vyk_msi@mail.ru)

---

*Представленным клиническим случаем хотели обратить внимание врачей офтальмологов на необходимость корректного обследования пациента при направлении на хирургическое лечение по поводу катаракты. У пациентки при проведении обследования обнаружена меланома хориоидеи, занимающая более половины объема стекловидного тела с повышением внутриглазного давления. В результате вместо экстракции катаракты пациентке проведена энуклеация глазного яблока.*

**Ключевые слова:** меланома хориоидеи, энуклеация глазного яблока.

---

### **Актуальность**

Среди злокачественных опухолей глаза меланома является самой распространенной. Около 95% всех глазных меланом приходится на сосудистый (уvealный) тракт глаза (передний – радужка и цилиарное тело, задний – хориоидея), оставшиеся 5% разделяют между собой меланомы конъюнктивы, орбиты и века [1]. Меланома хориоидеи имеет узловую форму роста или, реже, диффузную. Рост данной опухоли может сопровождаться косвенными признаками: отслойка сетчатки, увеит, иридоциклит, склерит, рубеоз радужки, расширение эписклеральных сосудов, гемофтальм, вторичная гипертензия, эндофтальмит, помутнение хрусталика, субатрофия глаза. Необходимо отметить, что в последние годы офтальмологи стали чаще выявлять увеальную меланому на более ранних стадиях, несмотря на то, что маленькие меланомы протекают бессимптомно и процент их диагностики во всем мире невелик [2]. В России

в 76% случаев при первичном осмотре диагностируют большие и средние увеальные меланомы [3]. Витальный прогноз при меланоме хориоидеи всегда серьезен, а поздняя диагностика этой опухоли его резко отягощает.

Исходя из этого, необходимость своевременной постановки диагноза и проведения соответствующего лечения актуальна во всех случаях увеальной меланомы.

**Цель:** представить клинический случай тактики ведения пациента при увеальной меланоме.

### **Материалы и методы**

Пациентка Ч., 72 лет, 11.05.2023 г. поступила на стационарное лечение с жалобами на слепоту правого глаза. Наблюдалась в поликлинике по месту жительства, отмечала постепенное безболезненное снижение остроты зрения в течение года и была направлена на оперативное лечение катаракты правого глаза. Было проведено офтальмологическое обследование, включающее визометрию, определение уровня внутриглазного давления (ВГД), биомикроскопию переднего сегмента глаза, офтальмоскопию, периметрию и ультразвуковое исследование глазных яблок. Объективный офтальмологический статус правого глаза на момент обращения: острота зрения OD 0 (ноль); ВГД 34 мм рт. ст. Биомикроскопия: положение век правильное, веки плотно прилегают к главному яблоку, конъюнктивы гладкая, блестящая, склера не изменена. Роговица прозрачная, поверхность гладкая, блестящая, чувствительность сохранена, передняя камера мелкая, влага прозрачная. Радужка серого цвета, рисунок четкий, новообразованные сосуды по зрачковому краю с 6 до 9 часов. Зрачок в центре радужки, круглый, ригидный. Хрусталик мутный, положение правильное (рис. 1). Рефлекса нет, стекловидное тело не просматривается. Глазное дно не просматривается. Периметрию провести невозможно.

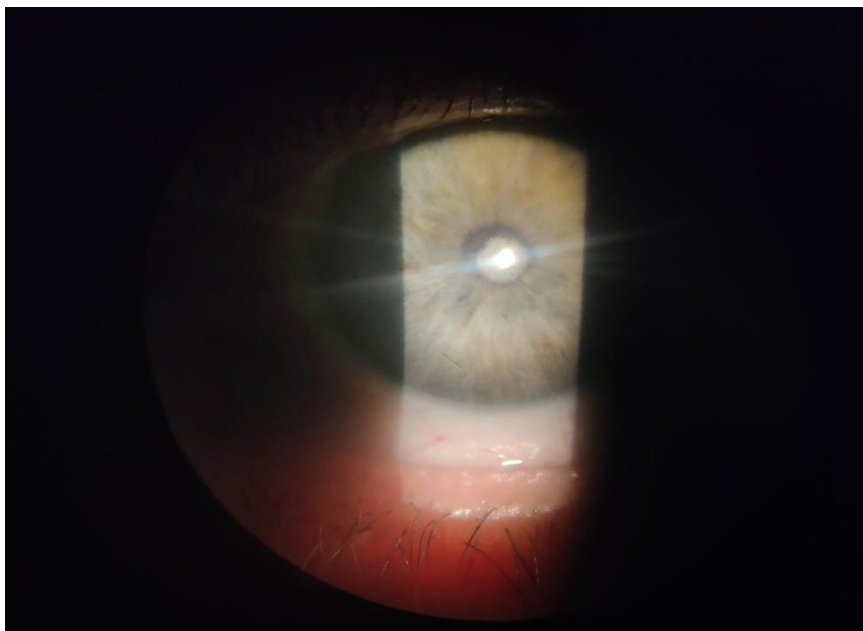


Рисунок 1. Передний отрезок правого глаза на момент поступления

Острота зрения OS 0,3 с коррекцией sph +2,0Д = 0,6; ВГД 20 мм рт. ст.; поле зрения в пределах нормы. Биомикроскопия: передний отрезок глазного яблока без особенностей, определяется помутнение хрусталика в кортикальных слоях, положение правильное. На глазном дне изменений не выявлено.

Результат УЗИ глазных яблок от 11.05.2023 г. OD: ПЗО 22,8 мм, стекловидное тело неоднородно, лоцируются пленчатые линейные включения, отграничивающие вялоподвижную эхогенную взвесь. Отслойка сетчатки в проекции слепого пятна на 1,3 мм. Латеральное ДЗН лоцируется объемное образование, распространяющееся в просвет стекловидного тела в направлении цилиарного тела, размерами 14,6x14,5 мм средней эхогенности, неоднородной структуры за счет участков повышенной эхогенности без четких контуров, при ЦДК с единичными цветовыми локусами, образование расположено на основании размером 3,7 мм, имеет питающий сосуд, кровоток низкоскоростной, высокорезистентный (11 см/с, RI – 0,92). OS: ПЗО 21,6 мм (рис. 2).

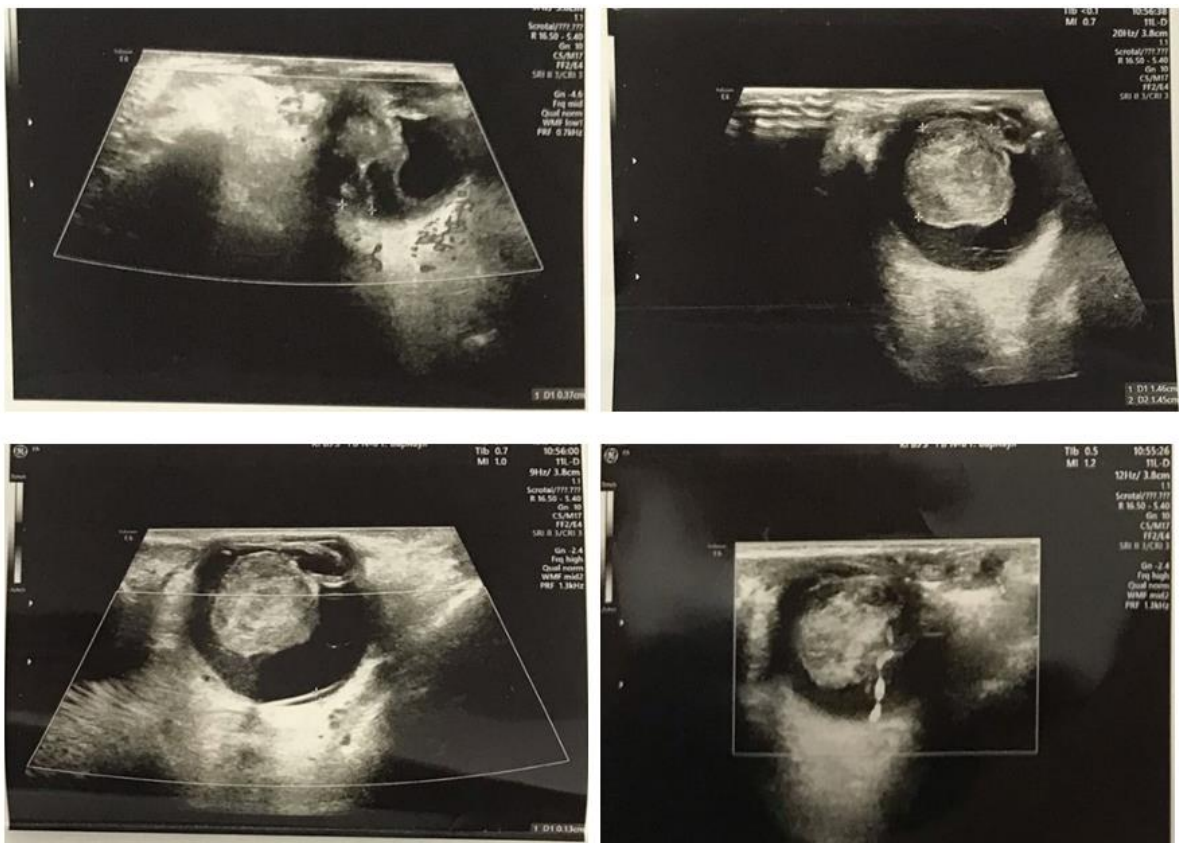


Рисунок 2. УЗИ правого глазного яблока

Был поставлен предварительный диагноз: новообразование хориоидеи OD. Вторичная гипертензия OD. Гемофтальм OD. Зрелая катаракта OD. Гиперметропия 1 ст. OS. Незрелая катаракта OS. Рекомендовано хирургическое лечение – энуклеация OD. Согласно клиническим рекомендациям, показаниями к энуклеации являются: проминенция меланомы хориоидеи и/или меланомы цилиарного тела более 7 мм, диаметр основания опухоли свыше 16 мм, вторичная гипертензия, тотальная отслойка сетчатки, организовавшийся гемофтальм, непрозрачность оптических сред, экстрабульбарный рост опухоли [4].

Материал направлен на гистологию. Заключение гистологического исследования от 17.05.2023: увеальная меланома хориоидеи, эпителиально-клеточный тип, с прорастанием склеральных каналов. Пациентке после операции рекомендуется протезирование (рис. 3).

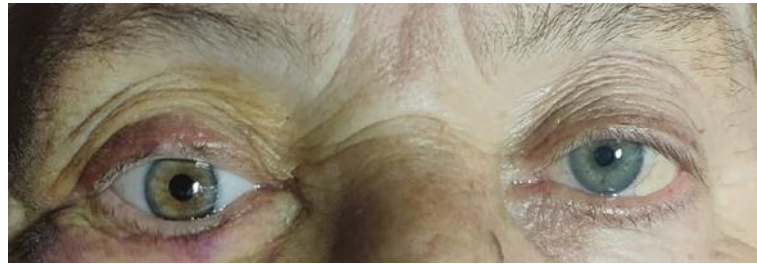


Рисунок 3. Внешний вид пациентки после протезирования

Затем пациентка направляется на дальнейшее обследование и наблюдение к офтальмоонкологу. Рекомендуется пожизненное наблюдение за пациентами, пролеченными по поводу увеальной меланомы, осмотр офтальмолога каждые 6 месяцев в течение двух лет, далее 1 раз в год [4].

### **Результат и обсуждение**

Тактика ведения таких пациентов состоит из целого комплекса факторов: размеры опухоли, распространение меланомы внутри глаза и за его пределами, локализация опухоли, состояние зрительных функций пораженного и парного глаза, планируемые осложнения, возраст больного и его соматическое состояние.

Лечение при подтвержденном диагнозе меланомы хориоидеи рекомендуется проводить безотлагательно. Однако клиническая картина увеальной меланомы многообразна и может симулировать различную офтальмологическую патологию, что может приводить к ряду диагностических ошибок. Так, больным может быть установлен ошибочный диагноз отслойка сетчатки, что послужит поводом для проведения витрэктомии и затруднения в связи с этим дальнейшей диагностики и лечения [5]. Диагностику может осложнять цилиохориоидальное расположение опухоли, при котором развивается вторичная катаракта и глаукома, что опять же приводит к ошибкам лечения.

Большие размеры увеальной меланомы, наряду с ее предэкваториальной локализацией и экстрасклеральным распространением, возраст пациентов более 65 лет являются

неблагоприятными прогностическими факторами в выживаемости больных [6]. К сожалению, именно эти факторы наблюдаются у данной больной.

### **Заключение**

Своевременная постановка диагноза и проведение соответствующего лечения необходимы для органосохраняющих операций. В данном случае пациентка долго не знала о своем заболевании, и увеальная меланома прогрессировала до значительных размеров, что привело к единственному возможному лечению – энуклеации правого глаза.

### **Список литературы:**

1. Singh AD, Turell ME, Topham AK: Uveal melanoma: trends in incidence, treatment, and survival. *Ophthalmology*. 2011; 118(9): 1881-1885. <https://doi.org/10.1016/j.opthta.2011.01.040>.
2. Vicente N, Saornil MA, García-Álvarez C, et al. Uveal melanoma: clinical characteristics, treatment and survival in a series of 500 patients. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2013; 88(11): 433–8. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2013.06.003>
3. Панова И.Е., Пилат А.В., Бухтиярова Н.В. и др. Многокомпонентное лечение увеальной меланомы. *Офтальмохирургия*. 2007; (2): 24-27.
4. Клинические рекомендации «Увеальная меланома: локальная форма», Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей офтальмологов», 2020 г. – С. 44
5. Амирян А.Г., Панферова О.В., Саакян С.В. Неадекватная тактика ведения пациентов с увеальной меланомой (анализ трех клинических случаев). *Head and Neck/Голова и шея*. 2021; 9(3): 67-71. <https://doi.org/10.25792/HN.2021.9.3.67-71>
6. Гришина Е.Е. Лернер М.Ю., Гемджян Э.Г. Анализ выживаемости больных увеальной меланомой при органосохранном и ликвидационном лечении. *Альманах клинической медицины*. 2018; 46(1): 68-75. <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2018-46-1-68-75>

---

**Как цитировать:**

Николаева А. Д. Тактика ведения пациента с меланомой хориоидеи. Материалы конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в офтальмологии» 16-17 мая 2024 г., г. Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2024; 3 (29): 244-250.

---