

МЕТОДЫ ОРГАНСОХРАННОГО ЛЕЧЕНИЯ УВЕАЛЬНЫХ МЕЛАНОМ (случай из клиники).

Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г. Баку.

Меланома хориоидеи относится к наиболее часто встречающимся внутриглазным новообразованиям, составляя почти 80 % от общего их числа. Меланома хориоидеи характеризуется крайне неблагоприятным прогнозом, как в отношении зрительных функций, так и жизни больного, в связи с высоким риском метастазирования [2].

С учетом расширяющихся возможностей раннего выявления начальных стадий хориоидальных меланом, чрезвычайно актуальной проблемой является разработка органосохранных методов лечения, сочетающих в себе принципы радикальности в отношении новообразования с одновременным сохранением зрительных функций.

Долгие годы единственным методом лечения злокачественных внутриглазных новообразований являлась энуклеация [1].

Однако, в связи с развитием медицины и науки вообще, с 50-х годов XX века возникло новое направление – органосохранное.

Суть его заключается в локальном разрушении опухоли с помощью лазерного излучения, термо- или криотерапии, трансклеральной или эндорезекции опухоли.

В настоящее время наиболее распространенным методом органосохранного лечения внутриглазных злокачественных опухолей является брахитерапия [2, 3].

Брахитерапия проводится радионуклидными β-аппликаторами.

Идею разрушения опухоли с помощью контактного облучения высказал в 80-х годах XX века С. Stallard. После первоначально предложенных кобальтовых офтальмоаппликаторов, которые вызывали серьезные осложнения, были созданы более щадящие, но не менее мощные стронциевые ($^{90}\text{Sr}+^{90}\text{I}$), рутениевые ($^{106}\text{Ru}+^{106}\text{Rh}$) и йодные (^{125}I) офтальмоаппликаторы.

Офтальмоаппликатор представляет собой герметичный контейнер из нержавеющей стали в форме сферического сегмента толщиной 1 мм, внутри которого помещена матрица с радиоактивным веществом. (Рис. 1)



Рис. 1. Внутриглазные офтальмоаппликаторы

Показаниями к брахитерапии увеальных меланом является единственный опухолевый очаг, толщина опухоли не более 5 мм, максимальный диаметр не более 14 мм, задний край опухоли должен отстоять от диска зрительного нерва на 3 мм, при юкстапапиллярной локализации опухоль не должна окружать диск зрительного нерва более 120° его окружности [3, 4].

До настоящего времени нет единых критериев оценки эффективности брахитерапии. Эффективность брахитерапии оценивают не ранее 6-8 месяцев, когда появляются признаки уплощения опухоли и вокруг формируется четкий хориоретинальный рубец. Признаками стабилизации являются ровная поверхность остаточного новообразования, наличие запустевших сосудов на поверхности, стабильная проминенция. При полной регрессии опухоль замещается хориоретинальным рубцом [5].

С целью привлечения внимания к брахитерапии – как к радикальному и органосохранному методу лечения увеальных меланом и дальнейшего распространения этого метода в Азербайджане хотели бы представить вашему вниманию следующий случай.

Большая Р.А., 49 лет, обратилась в мае 2008 г. в Азербайджанский НЦО им. академика З.Алиевой, с жалобами на ухудшение зрения в левом глазу. При офтальмоскопии был выявлен проминирующий очаг серо-аспидного цвета, наличие полей оранжевого пигмента и друз. Больной было проведено УЗИ обследование, при котором было выявлено грибовидное образование с вторичной отслойкой сетчатки и размерами $h=5,6$ мм, d основания = 14 мм. (Рис. 2)



Рис. 2. Меланома хориоидеи. В-сканирование

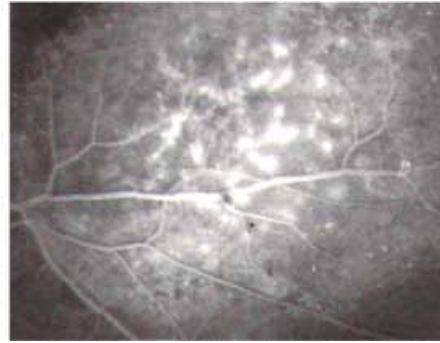


Рис. 3. Меланома хориоидеи. Метод ангиографии.

При флюоресцентной ангиографии в конце венозной фазы наблюдался симптом «hots spots», а также длительная флюоресценция, характерные для меланомы. (Рис. 3)

Также больной было проведено УЗИ печени, рентген осмотр легких и общий осмотр онколога, где не было выявлено метастазов.

Брахитерапия была проведена в Российском институте глазных болезней им.Гельмгольца.

По окончании лечения больная находилась под динамическим наблюдением в Национальном Центре Офтальмологии. Через 2 месяца после брахитерапии $visOS=0.04$, $h=4,5$ мм, d основания =14 мм. Через 5 месяцев – проминенция уменьшилась, опухоль местами уплостилась, $h=2,5$ мм, d основания =11 мм (Рис.4). Повторное УЗИ печени, рентген осмотр легких не обнаружили каких-либо патологических очагов. Пациент в данный момент находится под наблюдением.



Рис. 4. Больная Р.А. За 2 мес. до и после брахитерапии

Процесс резорбции опухоли обычно продолжается в течении 8-10 мес., иногда 12-16 мес. Если за это время опухоль не подверглась полной регрессии, то целесообразно проводить разрушающую лазеркоагуляцию, либо повторную брахитерапию [6].

Проведение брахитерапии при меланомах сосудистой оболочки позволяет сохранить глаз как орган, что улучшает качество жизни больного и препятствует метастазированию опухоли в отдаленные органы.

Выявление рецидивов в отдаленные сроки наблюдения (больше 5 лет) свидетельствует о необходимости пожизненного наблюдения у офтальмолога и онколога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.Г. Выживаемость больных после энуклеации по поводу меланомы хориоидеи // Опухоли и опухолеподобные заболевания органа зрения. М., 1990,– с.8-9.
2. Бровкина А.Ф., Вальский В.В., Гусев Г.А. и др.; Под редакцией Бровкиной А.Ф. Офтальмоонкология; руководство для врачей. М.: Медицина, 2002, 424 с.
3. Бровкина А.Ф., Зарубей Г.Д. Об эффективности брахитерапии при увеальных меланомах // Офтальмол. журн., 1993, с.1-4.

4. Кружкова Г.В., Гришина Е.Е. Возможности ультразвуковой биометрии в дифференциальной диагностике начальных меланом и невусов хориоидеи // Вестник офтальмологии, 199, №6, с.44-46.
5. Линник Л.Ф., Яровой А.А., Семинова Т.С., Булгакова Е.С., Моисенко Г.Л., Захарова Н.К. Местные метастазы меланомы хориоидеи после брахитерапии, осложненной отслойкой сосудистой оболочки. Москва, 221 с.
6. Милосердова Е.А., Колесникова М.А. Анализ отдаленных результатов органосохранного лечения больных с меланомой сосудистого тракта. Рязань, 241 с.

Balayeva R.N.

XORİOİDAL MELANOMALARIN ORQANQORUYUCU MÜALİCƏ ÜSULLARI (kliniki hal)

Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh.

XÜLASƏ

Damarlı qişanın melanomalarında braxiterapiyanın aparılması gözün orqan kimi saxlanılmasına imkan yaradır, bu da xəstənin həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırır, və digər orqanlarda metastazların inkişafının qarşısını alır. Sonrakı illərdə residivlərin olması (5 ildən artıq) oftalmoloqun və onkoloqun daimi nəzarətinin vacibliyini göstərir.

Balayeva R.N.

METHODS OF THE ORGANOPRESERVING TREATMENT OF THE CHOROİDAL MELANOMAS (clinical case).

National Ophthalmology Centre named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku.

SUMMARY

BrachitheraPy in the vascular layer melanomas makes it feasible to remain the eye as an organ that improves the patients life quality and prevents the metastatic spreading of tumour to the remote organs.

Revealing of the recurrences in the long terms of observation (more than 5 years) testifies the necessity of the life control at the ophthalmologist and oncologist.