

УДК 616-006

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ВНУТРИГЛАЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ

© В.А. Мачехин

Ключевые слова: хориоидея; злокачественная меланома; гистология.

Проведен клинико-гистологический анализ историй болезни 130 больных с внутриглазными опухолями, находившихся на лечении в Тамбовском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» с 1990 по 2010 гг. Средний возраст пациентов составил 64,8 лет, но 8 % были в возрасте от 1 года до 39 лет. Преобладали злокачественные опухоли хориоидеи и цилиарного тела (86,2 %), в то время как в радужке злокачественная меланома была выявлена только в 17 %. Гистологическое исследование удаленных глаз выявило злокачественную меланому в 95 %. Подробно проанализировано 6 глаз, в которых злокачественного процесса не было обнаружено.

Внутриглазные опухоли являются редкой патологией глаза, приводящей в большинстве случаев не только к тяжелым последствиям в отношении зрительных функций, но и для жизни больного. Здесь речь идет о злокачественных внутриглазных новообразованиях, которые по данным литературы составляют 70–80 % всех опухолей внутри глаза. Сведения о распространенности этого заболевания довольно противоречивы. По данным А.Ф. Бровкиной [1], выявляемость злокачественных новообразований хориоидеи во Франции составляет 7 случаев на 1 млн населения в год, в Скандинавских странах – 10–12 человек, в Москве и Оренбурге – 10–12 больных на 1 млн населения ежегодно. По данным других авторов [2–4], этот показатель составил 12 больных на 1 млн населения в Вологодской области, 22 больных в Уральском и Западно-Сибирском регионах и до 63 больных на 1 млн населения в ряде других регионов. По данным Челябинского онкологического диспансера, эта цифра составляет 6–8 человек на 100 тыс. взрослого населения.

Клиника, диагностика и лечение злокачественных внутриглазных опухолей была детально описана в многотомном Руководстве по глазным болезням еще 60 лет назад [5], и она во многом предвосхитила все те методы диагностики и лечения, которые офтальмологи применяют и в настоящее время [6–9]. В XX в. радикальным методом лечения злокачественных опухолей хориоидеи считалась ранняя энуклеация с отсечением большого участка зрительного нерва за глазом, позволявшая сохранить жизнь больного в последующие 5–10 лет и более [10–11]. В настоящее время, имея такие мощные средства лечения, как лазер, протонотерапия, брахитерапия, транспупиллярная термотерапия, химиотерапия, при своевременном выявлении злокачественного внутриглазного новообразования можно полностью разрушить опухоль, не только сохранив глаз как косметический орган, но у части больных даже какое-то зрение [12–16].

Остается одна, но главная проблема – раннее выявление заболевания, – которую, при существующем недостатке кадров, чрезмерной их загруженности и отсутствии реальной профилактической направленно-

сти здравоохранения, решить трудно. Внутриглазная опухоль чаще всего развивается в экваториальной или приэкваториальной области глазного яблока, и поэтому увидеть ее без расширения зрачка (к сожалению, это часто имеет место на амбулаторном приеме) не представляется возможным. И только когда растущая опухоль закрывает своей массой доступ света к заднему полюсу глаза, приводя к снижению зрения, больной обращается к офтальмологу. Практически у большинства этих больных единственным радикальным методом лечения остается удаление глаза. Если же опухоль развивается в заднем полюсе глаза, захватывая частично область желтого пятна и приводя к ранним нарушениям зрения, заставляющим пациента немедленно обратиться к офтальмологу, то только в этих случаях возможно сохранение глаза и жизни больного.

Цель работы – провести клинико-гистологический анализ историй болезни всех пациентов с внутриглазными опухолями, находившихся на стационарном лечении в Тамбовском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» в 1990–2010 гг.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карточек и историй болезни 130 первичных пациентов, находившихся на стационарном лечении и оперированных в филиале по поводу различных внутриглазных опухолей, проведен анализ больных по полу и возрасту, локализация и клинические особенности опухолей. Патогистологическое исследование удаленных глаз, а в ряде случаев блок-эксцизия удаленных опухолей проводились в патологоанатомическом бюро Тамбовской областной больницы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациентов с внутриглазными опухолями составил 64,8 лет с преобладанием в возрастной группе старше 40 лет. Однако, как можно видеть из табл. 1, они встречаются и у детей, и у молодых людей (8 %). Женщины составили 60, мужчины – 40 %.

Таблица 1

Распределение больных с внутриглазными опухолями по возрастным группам

Возраст	1–9	10–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–80	Всего
Муж.	5	–	1	–	6	13	9	18	52
Жен.	2	–	1	1	10	16	24	24	78
Всего	7	–	2	1	16	29	33	42	130

В самую многочисленную и наиболее тяжелую группу вошли больные с опухолями собственно сосудистой оболочки – 109 человек (83,9 %), опухоли радужки наблюдалось 12 больных (9,2%) и опухоли цилиарного тела – у 9 пациентов (6,9 %).

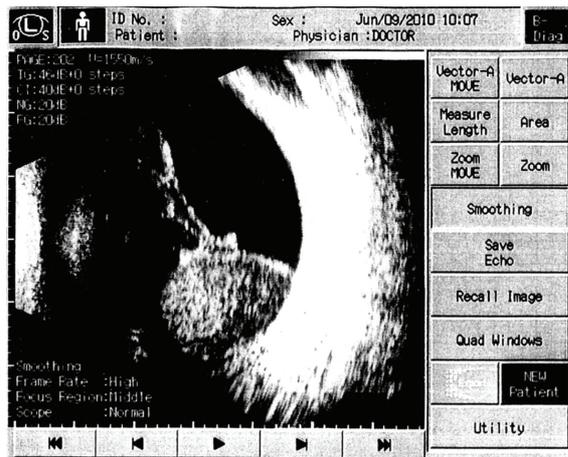
Опухоли радужки в большинстве случаев были представлены пигментированными или слабопигментированными и медленно растущими образованиями, которые располагались преимущественно в периферических отделах радужной оболочки и занимали не более одного сектора. Из практики известно, что опухоли радужки чаще всего имеют доброкачественный характер, поэтому в течение многих месяцев и даже лет они находятся под наблюдением офтальмолога, и только при прогрессировании опухоли в сторону угла передней камеры проводилось ее удаление. Трудности в дифференциальной диагностике доброкачественного или злокачественного характера опухоли могут возникать при диффузном невусе радужки, аденоме пигментного листка радужки, но в этих случаях ультразвуковая биомикроскопия переднего отдела глаза позволяет четко увидеть структуру и распространенность процесса в радужке. В случае распространения опухоли до корня радужки производили ее иссечение в пределах 2–3 мм от края опухоли, иногда с частичным иссечением прилежащего цилиарного тела. При гистологическом исследовании удаленной радужки у двух пациентов была выявлена меланома веретенчатостроения, в двух случаях подозрение на меланому. У остальных больных в четырех случаях были обнаружены кисты радужки, в трех – пигментный невус и в одном – бородавчатая папиллома. Таким образом, злокачественный характер опухоли радужки, по нашим данным, был выявлен только у двух больных (17 %).

Раннее выявление *опухоли цилиарного тела*, в отличие от опухолей радужной оболочки, представляет собой трудную задачу, поскольку спереди ее прикрывает радужка, при нормальном или слегка расширенном зрачке она может быть недоступна осмотру в проходящем свете или при офтальмоскопии. В этих случаях только ультразвуковая биомикроскопия может дать четкое представление о расположении и границах опухоли, и если она занимает не более одного квадранта глазного яблока в экваториальной зоне, то возможно ее удаление в пределах здоровой ткани (иридоциклхориоидэктомия) с сохранением глаза и зрительных функций, что и было произведено нами у двух пациентов. У всех девяти больных с опухолями цилиарного тела (по нашему материалу) гистологическое исследование выявило пигментную эпителиоидную меланому, и они были направлены в областной онкологический диспансер для проведения общего обследования и химиотерапии.

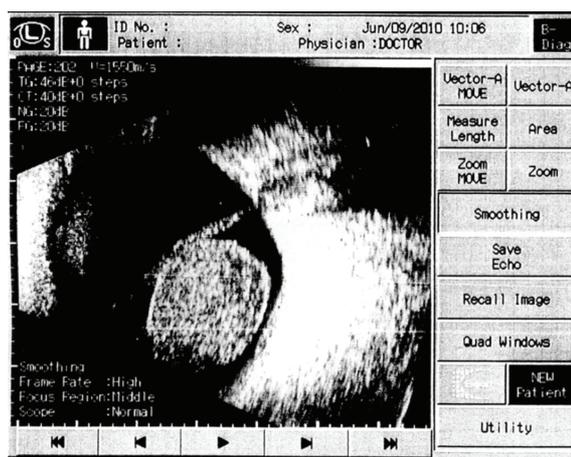
Опухоли хориоидеи. У 109 больных при обследовании были выявлены большие объемные образования сосудистой оболочки, подтвержденные при ультразвуковом В-сканировании, компьютерной томографии или МРТ. У большинства больных этой группы острота зрения составляла 0,1–0,2 и менее, вплоть до светознущения и полной потери зрения. Нередко наличие внутриглазной опухоли сопровождалось повышением внутриглазного давления и клинической картиной терминальной болящей глаукомы. При наличии высокой остроты зрения мы направляли пациентов в московские офтальмоонкологические центры для подтверждения диагноза и проведения лучевой терапии, но нередко они возвращались назад с рекомендациями «удалить глаз» и проводить дальнейшее лечение и наблюдение по месту жительства.

У 103 больных гистологическое исследование подтвердило злокачественный характер опухоли, причем в 40 % случаев был поставлен диагноз веретенчатостроительной меланомы, которая считается более благоприятной в плане прогноза для жизни, чем меланома эпителиоидного или смешанного (эпителиоидного и веретенчатостроительного) типа [9, 14, 17], которые имели место у остальных больных. В одном случае был поставлен диагноз злокачественной опухоли неясного генеза, в двух – было выявлено прорастание опухоли по зрительному нерву в полость орбиты. Трое детей в возрасте 1, 4 и 4 года были направлены в Москву с диагнозом ретинобластома на консультацию и возможное лечение, но во всех трех случаях глаза были удалены, т. к. гистологическое исследование показало наличие дифференцированной или недифференцированной ретинобластомы [18, 19]. Этим детям проводилась химиотерапия.

Большой интерес представляют 6 пациентов, у которых при клиническом диагнозе злокачественной внутриглазной опухоли злокачественный характер новообразования гистологически не был подтвержден. Эту группу составили 4 женщины в возрасте 34, 41, 62 и 67 лет и двое мужчин в возрасте 53 и 76 лет. У всех больных этой группы зрение составило «ноль» – светознущение. У двух больных, поступивших с клиникой терминальной болящей глаукомы, при ультразвуковом сканировании было выявлено наличие внутриглазной опухоли. В остальных случаях клиническое и ультразвуковое исследование также не вызвало сомнений в диагнозе. Данные гистологического обследования были следующие: 1) миолеммома; 2) кавернозная гемангиома с отслойкой и очаговым глиозом сетчатки; 3) капиллярная гемангиома с очагами хронического воспаления; 4) опухоль, имеющая строение кавернозной гемангиомы, расположенной рядом с диском зрительного нерва; 5) в полости глазного яблока имеется сгу-



а)



б)

Рис. 1. Данные ультразвукового В-сканирования, подвергнутые ретроспективному анализу

сток крови с элементами организации, в сетчатке – разрастание грануляционной ткани с сосудами, воспалительной инфильтрацией, данных за опухолевый рост нет; б) в глазном яблоке картина хронического увеита, иридоциклита, хрусталик несколько увеличен в размере, спаян частью с роговицей, цилиарное тело с участками фиброза, хронической воспалительной инфильтрацией, неравномерным полнокровием сосудов, сетчатка на ограниченном участке отслоена кровоизлияниями, зрительный нерв обычный, признаков опухолевого процесса не выявлено.

Остановимся более подробно на последнем случае. Больная (34 лет) обратилась с жалобами на отсутствие зрения в левом глазу в течение двух месяцев и появление сильных болей в этом глазу в последние 3 дня. По месту жительства больной были назначены инстилляции тимолола, и она была направлена на консультацию в наш филиал. При обследовании выявлено следующее: Vis OD = 1,0, Vis OS – правильное светоощущение; внутриглазное давление в правом глазу – 20 мм рт. ст., в левом – 50 мм рт. ст. Объективно: в левом глазу отмечен выраженный отек и помутнение роговицы, не позволяющие осмотреть глубже лежащие отделы глазного яблока. При ультразвуковом В-сканировании было обнаружено наличие опухоли в заднем отделе глаза. Учитывая данные обследования, отсутствие эффекта от проводимой гипотензивной терапии, больной была произведена энуклеация. Результат гистологического исследования был неожиданным. Анализируя ретроспективно данные ультразвукового В-сканирования (рис. 1а, 1б), можно было бы обратить внимание на то, что если на рис. 1а «опухолевое» образование как будто связано с сосудистой оболочкой глаза, то на рис. 1б четко видно отсутствие этой связи. Кроме того, можно отметить слишком четкие границы образования, которые, скорее всего, больше похожи на хрусталик, чем на опухоль. Подвел и недостаточно четкий сбор анамнеза: вероятно, несколько месяцев назад у больной был сильный удар по левому глазу, приведший к вывиху хрусталика в стекловидное тело с сопутствующими симптомами увеита и развитием вторичной глаукомы. Если бы все эти моменты были учтены, то, возможно, прежде чем удалять глаз, было бы проведено более

активное гипотензивное лечение, включая и хирургическое, для сохранения глаза у молодой женщины в косметических целях.

Как видно из представленных выше гистологических заключений, основной причиной, симулирующей злокачественную меланому хориоидеи, является внутриглазная гемангиома, которая хотя и является доброкачественной по природе, но приводит к неизбежной потере зрения. Ниже мы приводим пример, когда интуитивное чувство заставляет нас наблюдать какое-то время за такими больными.

Больной Г. (53 лет) обратился 6 марта 2002 г. с жалобами на отсутствие зрения в левом глазу. Семь лет назад лечился по месту жительства по поводу дистрофии сетчатки, а последние 2–3 месяца по поводу вторичной глаукомы этого же глаза. При обследовании: Vis OD = 1,0, Vis OS = «0»; внутриглазное давление в правом глазу составляет 19 мм рт. ст., в левом – 47 мм рт. ст. Объективно OS: застойная инъекция глаза, отек роговицы, зарастание зрачка, глубже лежащие отделы глаза не просматриваются. При ультразвуковом В-сканировании в нижнем сегменте глаза было выявлено новообразование размером 4,5 мм на 9,7 мм и вторичная отслойка сетчатки (рис. 2а). Учитывая, что при транссклеральной и транспупиллярной диафаноскопии затемнений внутри глаза не было обнаружено, 14 марта 2002 г. первым этапом была произведена антиглаукоматозная операция (полная фильтрующая иридэктомия), которая нормализовала внутриглазное давление на фоне инстилляций окупресса. В декабре 2002 г. через колобому радужки удалось провести офтальмоскопию, при которой был виден серый диск зрительного нерва и начинающаяся от макулярной области к нижней периферии отслойка сетчатки. Динамическое наблюдение продолжалось в апреле и декабре 2003 г., в марте 2004 г. и в сентябре 2004 г., когда ультразвуковое В-сканирование выявило увеличение проминирования опухоли до 5,44 мм, т. е. на 1 мм по сравнению с первоначальным результатом (рис. 2б), принято решение глаз удалить, несмотря на то, что клинически и объективно, и субъективно глаз оставался спокойным. Гистологическое заключение (№ 4) свидетельствовало о наличии кавернозной гемангиомы.

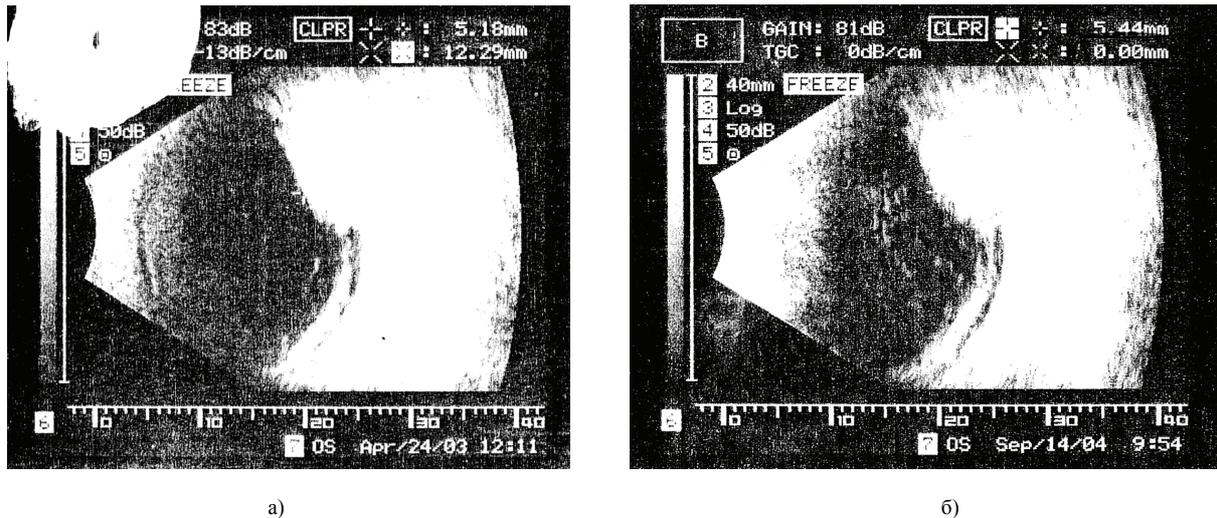


Рис. 2. Данные ультразвукового В-сканирования в нижнем сегменте глаза: а) март 2002 г.; б) сентябрь 2004 г.

ВЫВОД

Среди 130 внутриглазных опухолей злокачественная меланома была подтверждена гистологически в 114 случаях, что составило 88 %. В основном она располагалась в собственно сосудистой оболочке (хориоиде) и в цилиарном теле, гораздо реже – в радужной оболочке. Вместе с тем наше исследование показало, что среди клинически предполагаемой внутриглазной злокачественной меланомы имеют место и доброкачественные процессы (в основном гемангиомы). Дифференцировать их клинически очень трудно [20], однако тщательно собранный анамнез, внимательный подход при анализе данных ультразвукового сканирования, необходимость в сомнительных случаях динамического наблюдения при одновременном проведении симптоматического лечения позволили бы избежать ненужной энуклеации, сохранив глаз как косметический орган.

ЛИТЕРАТУРА

- Бровкина А.Ф. Дифференциальная диагностика меланомы хориоидеи // Офтальмологические ведомости. 2008. Т. 1. № 4. С. 68-76.
- Иойлев Э.Н., Фрадкина И.А. Анализ злокачественных опухолей глазного яблока // Опухоли и опухолевидные заболевания органа зрения: тезисы научно-практической конференции. М., 1998. С. 28-31.
- Максименко А.Н., Байраммурадов Р.А., Никитенко Л.А. Некоторые аспекты эпидемиологии внутриглазных злокачественных новообразований в Туркменской ССР // Диагностика и лечение внутриглазных опухолей: сб. научных трудов. М., 1986. С. 144-145.
- Важенин А.В., Панова И.Е. Избранные вопросы онкоофтальмологии. М., 2006. 156 с.
- Шепкалова В.М., Хоросьян-Тадэ А.А. Новообразования сосудистого тракта // Руководство по глазным болезням. М.: Медгиз, 1960. Т. 2. Кн. 2. С. 109-134.
- Терентьева Л.С. Внутриглазные опухоли // Опухоли глаза, его придатков и орбиты / под ред. Н.А. Пучковской. Киев, 1978. С. 109-134.
- Бровкина А.Ф. Офтальмоонкология: пособие для врачей. М.: Медицина, 2002. 424 с.
- Зиангирова Г.Г., Лихванцева В.Г. Опухоли сосудистого тракта глаза. М.: Изд-во «Последнее слово», 2003. 456 с.
- Кански Д.Д. Внутриглазные опухоли // Клиническая офтальмология. М.: Изд-во «Логосфера», 2006. Гл. 11. С. 317-347.
- Бровкина А.Ф. Энуклеация в лечении меланомы хориоидеи // Вестник офтальмологии. 1984. № 3. С. 35-36.
- Волков В.В. О показаниях к энуклеации в лечении больных с внутриглазной меланомой // Вестник офтальмологии. 1983. № 2. С. 3-6.
- Кравченко И.З., Сорокин Е.А. Изучение клинического лазеро-деструктивного лечения меланомы хориоидеи с наличием вторичной экссудативной отслойки сетчатки // Кубанский научный медицинский вестник. 2011. № 1. С. 121-124.
- Белый Ю.А., Терещенко А.В., Володин П.Л., Каплан М.А. Лечение сосудистой оболочки глаза большого размера методом фотодинамической терапии с препаратом фотодитазин (клинический случай) // Российский биотерапевтический журнал. 2008. Т. 7. № 4. С. 53-56.
- Жидкова А.С., Панова И.Е., Куренков С.А., Пилот А.В. Кликоморфологическая характеристика при увеальной меланоме // Хирургия. 2009. № 1. С. 88-92.
- Яровой А.А. Органосохранное и функционально-сберегающее лечение меланом хориоидеи на основе брахитерапии с рутением 106 и лазерной транспупиллярной термотерапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2010. 48 с.
- Бородин Ю.И., Вальский В.В., Саакян С.В. Канчели И.Н., Клёнов Г.И., Ломанов М.Ф., Луговцов О.В., Луговцова О.Г., Похвата В.П., Хорошков В.С. Протонная лучевая терапия опухолей сосудистой оболочки глаза и орбиты // Альманах клинической медицины. 2008. № 17 (1). С. 292-295.
- Циммерман Л.Е., Собин Л.Г. Гистологическая классификация опухолей глаза и его придатков // Женева. ВОЗ. 1984. 80 с.
- Ушакова Т.Л. Современные подходы к лечению ретинобластомы // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина, РАМН, 2011. Т. 22. № 2. С. 41-48.
- Ушакова Т.Л., Горюнцева О.Е., Матвеева И.И., Павловская А.И., Хозяйкина О.В., Кошечкина Н.А., Поляков В.Г. Анализ ошибок диагностики ретинобластомы // Российский офтальмологический журнал. 2011. № 3. С. 69-72.
- Бровкина А.Ф. Роль высокочастотного дуплексного сканирования в дифференциальной диагностике увеальных меланом и ограниченных гемангиом хориоидеи // Вестник офтальмологии. 2005. № 6. С. 3-5.

Поступила в редакцию 4 июня 2012 г.

Machekhin V.A. HISTOLOGICAL VERIFICATION OF INTRAOCULAR TUMORS

We conducted a clinical histological analysis of 130 case histories of patients with intraocular tumors, treated at IRTC "Eye Microsurgery", Tambov branch from 1990 till 2010. Patients' average age was 64.8 years old, but 8 % of them were from 1 to 39 years old. Malignant choroid tumors and tumors of ciliary body prevailed, whereas malignant melanoma of iris was revealed in 17 % of cases. Histological investigation of the removed eyes revealed malignant melanoma in 95 % of cases. 6 eyes, which hadn't any malignant process, were analyzed in detail.

Key words: choroid; malignant melanoma; histology.