

РЕТИНОБЛАСТОМА. МЕЛАНОБЛАСТОМА

ВЫПОЛНИЛ:
СТУДЕНТ ГРУППЫ ОЛД-503
МУБАРАКЗЯНОВ А.А.

РЕТИНОБЛАСТОМА

- (от лат. retina — сетчатка) — злокачественная опухоль сетчатки глаза.
- – злокачественное внутриглазное новообразование, развивающееся из нейроэктодермы сетчатки и встречающееся преимущественно у детей раннего возраста.
- Опухоль довольно редкая — наблюдается приблизительно у 1 на 15000—34000 новорожденных.



- Чаще всего ретинобластома обусловлена генетически.
- Случаи, когда у родителей, переболевших ретинобластомой, рождаются здоровые дети, составляют довольно небольшой процент от общего количества детей в таких семьях.





Рис. 4. Ретинобластома T2N0M0 правого глаза ребенка Р. Левый глаз – здоров

- Ретинобластома бывает односторонней или двусторонней. Двусторонняя форма чаще всего носит наследственный характер.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Согласно клинической классификации ретинобластомы по системе TNM, выделяют степени развития первичной опухоли:
- T1 – ретинобластома занимает до 25% глазного дна
- T2 – ретинобластома распространяется на площадь более 25%, но менее 50% поверхности сетчатки
- T3 – ретинобластома распространяется более чем на половину сетчатки или выходит за ее пределы, но сохраняет интраокулярное расположение
- T4 – ретинобластома выходит за пределы орбиты.
- N1 – имеются метастазы в регионарных (околоушных, подчелюстных, шейных) лимфоузлах.
- M1 - определяются отдаленные метастазы ретинобластомы в головном мозге, костном мозге, костях, печени и др. органах.

КЛИНИКА

- Клиническая картина ретинобластомы разнообразна и зависит от стадии развития процесса.
- **I – стадия покоя.** В этом периоде субъективные симптомы отсутствуют. При осмотре пораженного глаза выявляется **лейкокория** (симптом «кошачьего глаза») – белый зрачковый рефлекс, обусловленный просвечиванием опухолевой массы через зрачок. К ранним признакам ретинобластомы относят **потерю центрального и бинокулярного зрения**, вследствие чего может развиваться **косоглазие**.

- **II – стадия глаукомы.** Сопровождается **воспалительными явлениями в глазу** – гиперемией, светобоязнью, слезотечением, развитием иридоциклита и увеита. На фоне опухолевой инвазии отмечается **локальный болевой синдром**. Разрушение ретинобластомой трабекулярного аппарата приводит к затруднению оттока ВГЖ, увеличению внутриглазного давления и **возникновению вторичной глаукомы**.
- **III - стадия прорастания.** Характеризуется развитием **экзофтальма** различной степени выраженности, **инвазией** мягких тканей орбиты и разрушением ее стенок, прорастанием ретинобластомы в придаточные пазухи и субарахноидальное пространство.

- **IV – стадия метастазирования.** Протекает с выявлением **отдаленных диссеминированных очагов** в костном мозге, печени, трубчатых костях, головном мозге, костях черепа. Распространение ретинобластомы происходит по мягкой мозговой оболочке, зрительному нерву, лимфогенным и гематогенным путем. На этой стадии страдает общее состояние пациента: развивается **интоксикация, слабость, мозговые симптомы** (тошнота, рвота, головная боль).

ДИАГНОСТИКА

Дети с семейным анамнезом ретинобластомы должны находиться под постоянным наблюдением **офтальмолога**.

Триада симптомов: лейкокория, косоглазие, расширение зрачка с ослаблением его реакции на свет. При появлении данных признаков проводится тщательное офтальмологическое обследование ребенка.

- биомикроскопию,
- прямую и обратную офтальмоскопию,
- визометрию,
- тонометрию,
- гониоскопию,
- исследование бинокулярного зрения,
- экзофтальмометрию,
- измерение угла косоглазия.
- УЗИ глаза
- Для оценки распространенности ретинобластомы используются рентгенография орбиты, рентгенография околоносовых пазух, КТ и МРТ головного мозга, сцинтиграфия печени, остеосцинтиграфия.
- Часто делают биопсию красного костного мозга и спинномозговую пункцию. В зависимости от прогноза в отношении сохранения зрения все пациенты подразделяются на 5 групп. 1 самая благоприятная, 5 самая неблагоприятная.

ЛЕЧЕНИЕ

- На сегодняшний день существует стремление к максимально возможному консервативному лечению. **Два эффективных метода лечения** — криотерапия и фотокоагуляция, позволяющие сохранить глаз и зрение и практически не дающие осложнений. Но нужно помнить, что консервативное лечение эффективно лишь при небольших опухолях. **Показания к криотерапии: поражение переднего отдела сетчатки, к фотокоагуляции — поражение заднего отдела сетчатки.**
- **Химиотерапия** применяется в случаях массивного внутриглазного поражения, поражения зрительного нерва, при поражениях орбиты, при региональных метастазах.
- **Хирургическое лечение** назначают при массивном внутриглазном поражении; глаукоме, вызванной разрастанием сосудов опухоли; при отсутствии зрения и невозможности его восстановления. Это самый эффективный метод лечения, дающий лучшие результаты выживаемости.



МЕЛАНОБЛАСТОМА

- - злокачественное новообразование, происходящее из меланоцитов и поражающее веко, конъюнктиву или сосудистую оболочку глаза.
- Это наиболее распространенная внутриглазная опухоль взрослых составляет до 85% меланом



КЛАССИФИКАЦИЯ

С учетом локализации различают следующие виды меланомы глаза:

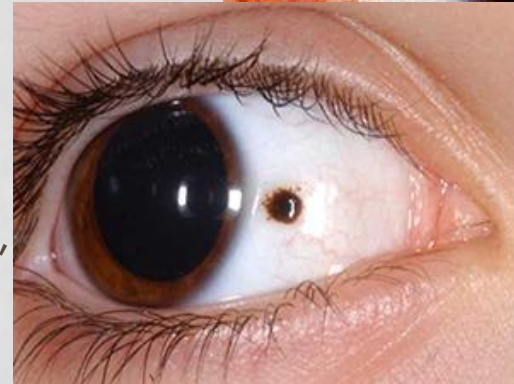
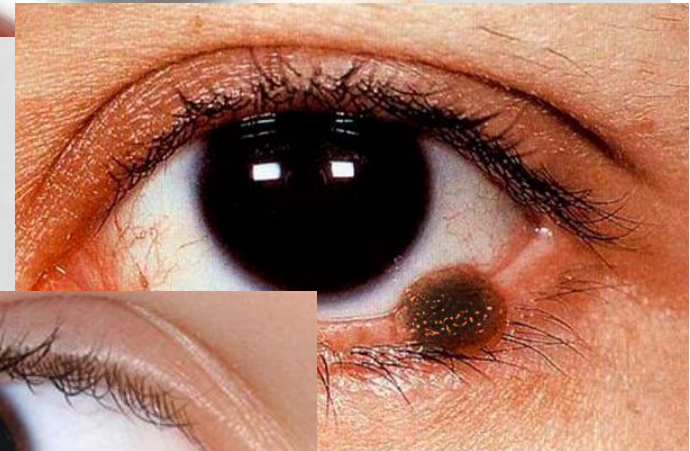
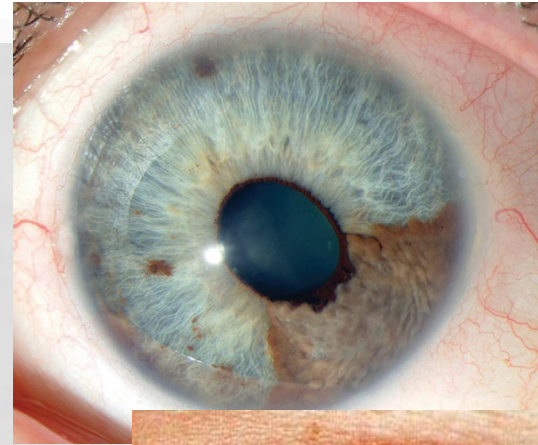
- **Меланома кожи века** – очень редкая и очень злокачественная опухоль.
- **Меланома конъюнктивы** – редкое новообразование высокой степени злокачественности.
- **Новообразования сосудистой оболочки**. Такие меланомы глаза подразделяются на опухоли собственно сосудистой оболочки (85%), новообразования ресничного тела (9%) и опухоли радужной оболочки (6%). Отличаются более благоприятным течением по сравнению с меланомами века и конъюнктивы.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **С учетом стадий меланомы** века классифицируют так же, как кожные пигментные образования. В процессе диагностики остальных меланом глаза используют классификацию TNM.
- **С учетом морфологических особенностей** меланомы глаза делятся на веретеноклеточные, эпителиоидные, фасцикулярные и смешанные. Самое благоприятное течение характерно для веретеноклеточных меланом глаза, самое злокачественное – для эпителиоидных. Опухоли сосудистой оболочки могут представлять собой узел (узловая форма) или расти «по плоскости» (диффузная форма).

КЛИНИКА

- Первым признаком может стать появление **пигментированного образования** в области глаза. Некоторые больные отмечают ошибки зрения – **мушки, вспышки или пятна**. Наблюдаются постепенное ухудшение зрения и **потеря периферического зрения**. В последующем меланома глаза увеличивается в размере, **прорастает близлежащие органы и ткани**, поражает регионарные лимфоузлы (шейные, подчелюстные, периаурикулярные), метастазирует в легкие, кости, почки, печень и т. д. Развитие метастазов сопровождается нарушением функции пораженных органов



ДИАГНОСТИКА

Диагноз меланомы глаза устанавливают на основании жалоб, анамнеза, данных осмотра и результатов дополнительных исследований.

- На начальном этапе выполняют **прямую и обратную офтальмоскопию**. При выявлении объемных образований осуществляют **биомикроскопию и диафаноскопию** глаза.
- Для выявления сосудистой сети, питающей меланому глаза, применяют **ангиографию сосудов сетчатки**.
- Для оценки состояния костей глазницы проводят **обзорную рентгенографию орбиты в двух проекциях**.
- Для исключения метастазов больного с меланомой глаза направляют на рентгенографию грудной клетки, **УЗИ** органов брюшной полости, **МРТ** печени, **УЗИ** почек, **КТ** почек, **КТ** головного мозга, **МРТ** головного мозга, рентгенографию костей скелета и другие исследования.

ЛЕЧЕНИЕ

- Лечебную тактику определяют индивидуально с учетом локализации опухоли, распространенности процесса и общего состояния организма пациента.
- При меланоме века выполняют хирургические вмешательства на фоне пред- и послеоперационной радиотерапии.
- Меланому глаза иссекают с участком здоровых тканей, для устранения дефекта применяют кожную пластику. При поражении близлежащих структур возможно увеличение объема операции.
- При остальных видах меланомы глаза осуществляют экзентерацию орбиты либо энуклеацию глаза в сочетании с пред- и послеоперационной лучевой терапией.
- При небольших опухолях радужной оболочки проводят иридэктомию, лазерную коагуляцию или диатермокоагуляцию, при ограниченных новообразованиях конъюнктивы – локальную эксцизию.
- Органосохраняющие операции при меланоме глаза выполняют после детального обследования, подтверждающего ограниченность процесса. На III стадии использование органосохраняющих методик сомнительно, на IV – противопоказано.