Увеальная меланома

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C69.3, C69.4, C69.8 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Ассоциация онкологов России, Ассоциация специалистов по проблемам меланомы

Увеальная меланома — редкая злокачественная опухоль меланоцитов хориоидеи, цилиарного тела или радужки; она относится к 3,7–5% всех меланом. Рекомендация охватывает диагностику, органосохранное и ликвидационное лечение локальных форм, терапию метастазов и пожизненное наблюдение.

Главное

- При ухудшении зрения, искажении предметов, появлении «шторки», расширенных сосудов глаза, изменении цвета радужки или пятен пациента направляют к офтальмологу; при тяжести в правом подреберье, тошноте, изжоге и отрыжке ищут возможное поражение печени. Для тщательного сбора жалоб и анамнеза: УУР B, УДД 3; для выявления симптомов возможных метастазов в печени: УУР C, УДД 5.
- Перед локальным лечением необходимо исключить отдалённые метастазы. При локальной форме лечение проводят в специализированном офтальмологическом отделении и выбирают с учётом размера и расположения опухоли, зрительных функций и согласия пациента.
- Консервативную терапию увеальной меланомы не проводят.
- Рутинная адъювантная терапия после радикального локального хирургического или лучевого лечения не назначается из-за отсутствия однозначных данных об эффективности; при возможности предпочтительно участие в клинических исследованиях. УУР B, УДД 3.
- Чаще всего метастазы поражают печень; при изолированных печёночных метастазах тактика зависит от резектабельности, функции печени и объёма поражения: возможны резекция, изолированная химиоперфузия, стереотаксическая лучевая терапия, радиочастотная абляция или трансартериальная химиоэмболизация.
- После лечения требуется пожизненное наблюдение офтальмолога и онколога. После лучевой терапии, лазерного лечения или локальной эксцизии офтальмолог осматривает пациента каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев в последующие 2 года, затем ежегодно при отсутствии рецидива.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез, уточнить нарушения зрения, искажение предметов, «шторку» перед глазом, сосудистые изменения и изменение радужки; при подозрении на метастазы уточнить симптомы со стороны печени.
2. Выполнить внешний осмотр глаза, оценить периорбитальные ткани и положение глаза в орбите; при подозрении на внутриглазную опухоль направить пациента к онкологу для дополнительных исследований. УУР C, УДД 5 и УУР C, УДД 4 соответственно.
3. Провести визометрию, тонометрию, биомикроскопию и офтальмоскопию; при иридоцилиарной или иридоцилиохориоидальной локализации добавить гониоскопию. Офтальмоскопию выполняют при максимальном мидриазе, если нет противопоказаний.
4. Для оценки внутриглазной опухоли выполнить УЗИ глазного яблока и сканирование глазницы; при иридоцилиарной локализации — УЗИ переднего отдела глаза. Для небольшой постэкваториальной меланомы хориоидеи при прозрачных оптических средах использовать ОКТ.
5. При установленной первичной УМ выполнить биохимический анализ крови с ЩФ, ГГТ, АСТ, АЛТ, ЛДГ и общим билирубином. УУР B, УДД 2.
6. Для исключения метастатического поражения выполнить МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и КТ органов грудной полости; при невозможности МРТ брюшной полости допустима КТ с внутривенным болюсным контрастированием. При неврологических симптомах добавить МРТ головного мозга с контрастированием.
7. При наличии морфологического материала, полученного после хирургического лечения или ТИАБ, проводят молекулярное профилирование опухоли; для прогноза оценивают цитогенетические и мутационные изменения, а при расхождении результатов ориентируются на худший вариант.

Лечение

- При клинически установленной локальной УМ проводят локальное лечение в специализированном офтальмоонкологическом отделении. Тактику выбирают персонально с учётом клинической картины, биометрических показателей опухоли, зрительных функций и согласия пациента.
- Блокэксцизия показана при опухоли иридоцилиарной зоны, распространяющейся не более чем на 1/4 окружности. Её не проводят при вторичной гипертензии, отсутствии зрения, неоваскуляризации радужки, анулярном росте по структурам угла передней камеры, экстрабульбарном росте или тяжёлой сопутствующей соматической и психической патологии. УУР С, УДД 4.
- Энуклеацию рассматривают при проминенции более 6–7 мм, диаметре основания более 16 мм, вторичной гипертензии, тотальной отслойке сетчатки, организовавшемся гемофтальме, непрозрачности оптических сред, экстрабульбарном росте, распространении на диск зрительного нерва, анулярной юкстапапиллярной меланоме хориоидеи, отсутствии зрения или отказе от органосохранного лечения. При крупном узле в орбите выполняют экзентерацию. УУР С, УДД 4.
- Брахитерапию применяют при меланоме цилиарного тела и хориоидеи: аппликаторы с Ru106 + Rh106 — при проминенции до 6–7 мм, с Sr90 + Y90 — при толщине до 3,0 мм. Аппликатор должен перекрывать опухоль на 2 мм; доза составляет 120–140 Гр на вершину опухоли для Ru106 + Rh106 и 160–180 Гр для Sr90 + Y90. УУР В, УДД 3.
- При начальной меланоме хориоидеи возможна лазерная терапия: разрушающая лазерная коагуляция — при толщине до 1,5 мм и диаметре основания до 10 мм; транспупиллярная термотерапия — при толщине до 2,5 мм и диаметре основания до 10 мм. УУР С, УДД 5.
- При изолированных метастазах в печени возможны: радикальная резекция при единичных операбельных очагах и интервале более 5 лет от лечения первичной опухоли до появления метастазов; изолированная химиоперфузия при удовлетворительном состоянии, сохранной функции печени и поражении не более 50% печени с мелфаланом 1,5 мг/кг в течение 60 минут; ТАХЭ при поражении не более 75%, без тромбоза портальных вен и обструкции желчных путей. Для ТАХЭ указаны доксорубицин 100 мг, гемцитабин 1–2 г или карбоплатин 450 мг на одну эмболизацию.
- При метастатической УМ, ECOG 0–1, ожидаемой продолжительности жизни более 12 недель, удовлетворительной функции печени и нормальном ЛДГ используют комбинированную иммунотерапию блокаторами PD-1 и CTLA4 либо монотерапию блокатором PD-1. Для комбинации: ниволумаб 1 мг/кг и ипилимумаб 3 мг/кг внутривенно каждые 21 день, всего до 4 введений, затем поддерживающий ниволумаб 3 мг/кг или 240 мг каждые 14 дней либо 480 мг каждые 28 дней до прогрессирования или непереносимости.
- При прогрессировании на блокаторах PD-1/CTLA4 или противопоказаниях к ним при ожидаемой продолжительности жизни более 12 недель проводят моно- или полихимиотерапию. Варианты из текста: дакарбазин 1000 мг/м² внутривенно в 1-й день каждые 28 дней или 250 мг/м² в 1–5-й дни каждые 28 дней; темозоломид 150 мг/м² внутрь в 1–5-й дни каждые 28 дней; паклитаксел 175 мг/м² и карбоплатин AUC 5 внутривенно каждые 21 день.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с жалобами на ухудшение зрения, искажение предметов, «шторку», сосудистые изменения глаза или пятна на радужке направляют к офтальмологу.
- При подозрении или выявлении интраокулярной УМ направляют в офтальмологическое отделение, специализирующееся на лечении онкологических заболеваний глаз. Все случаи УМ рекомендуется направлять на очную или телемедицинскую консультацию для получения второго мнения.
- При выявлении или подозрении на метастазы пациента направляют к врачу-онкологу; при подтверждённом метастатическом процессе лечение проводят в онкологической медицинской организации.
- Госпитализация нужна при осложнениях опухоли или лечения, требующих экстренной или неотложной помощи, а также при необходимости сложных интервенционных исследований или специализированного противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.
- Консультация в центре амбулаторной онкологической помощи или первичном онкологическом подразделении должна состояться не позднее 5 рабочих дней после направления; начало специализированной помощи — не позднее 14 календарных дней после гистологической или инструментальной верификации либо установления предварительного диагноза при отсутствии показаний к патологоанатомическому исследованию.

Частые вопросы

Какие симптомы должны насторожить в отношении увеальной меланомы?

Основные жалобы — ухудшение зрения, искажение предметов, «шторка» перед глазом, расширенные извитые сосуды на поверхности глаза, изменение цвета радужки или появление пятен. При таких симптомах пациента направляют к офтальмологу.

Какие исследования рекомендуются при подозрении на увеальную меланому?

Рекомендуются визометрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, а при соответствующей локализации — гониоскопия. Для оценки распространённости выполняют УЗИ глаза и глазницы, а для поиска метастазов — МРТ брюшной полости с контрастом и КТ грудной полости.

Когда при увеальной меланоме нужна энуклеация?

Показания включают проминенцию опухоли более 6–7 мм, диаметр основания более 16 мм, вторичную гипертензию, тотальную отслойку сетчатки, экстрабульбарный рост, распространение на диск зрительного нерва, отсутствие зрения и отказ пациента от органосохранного лечения. УУР С, УДД 4.

Кому подходит брахитерапия и какие дозы используются?

Брахитерапию применяют главным образом при меланоме цилиарного тела и хориоидеи. Ru106 + Rh106 используют при проминенции до 6–7 мм с дозой 120–140 Гр, а Sr90 + Y90 — при толщине до 3,0 мм с дозой 160–180 Гр на вершину опухоли; УУР В, УДД 3.

Как лечить метастатическую увеальную меланому?

При подходящем общем состоянии и сохранной функции печени первой линией, если нет возможности участия в клиническом исследовании, рассматривают комбинацию блокаторов PD-1 и CTLA4 либо блокатор PD-1. При прогрессировании или противопоказаниях к иммунотерапии используют моно- или полихимиотерапию.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/100-uvealnaya-melanoma. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/100_2