

2. Выявленные закономерности структурно-функциональных взаимоотношений следует учитывать при проведении хирургических вмешательств у пациентов с пресбиопией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Bumm V.B.* Строение зрительной системы человека. — Одесса: Астропринт, 2003. — 664 с.

2. *Страхов В.В., Минеева Л.А., Бузыкин М.А.* Инволюционные изменения аккомодационного аппарата глаза человека по данным ультразвуковой биометрии и биомикроскопии // Вестн. офтальмол. — 2007. — Т. 123, №4. — С. 32–35.

3. *Розанова О.И., Шуко А.Г., Михалевич И.М., Малышев В.В.* Закономерности структурно-морфологических изменений глазного яблока человека при развитии пресбиопии // Рос. офтальмол. ж. — 2011. — Т. 44, №1. — С. 62–66.

4. *Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., Узунян Д.Г.* Ультразвуковая биомикроскопия в диагностике патологии переднего сегмента глаза. — М.: Издательский центр «Микрохирургия глаза», 2007. — 128 с.

5. *Eskridge J.* Review of ciliary muscle effort in pres-

byopia // *Amer. J. Optometric Physiol. Optics.* — 1984. — Vol. 6. — P. 133–138.

6. *Dubbelman M., Van Der Heijde G.L.* The shape of the aging human lens: curvature, equivalent refractive index and the lens paradox // *Vis. Res.* — 2001. — Vol. 41. — P. 1867–1877.

7. *Glasser A., Campbell M.C.* Biometric, optical and physical changes in the isolated human crystalline lens with age in relation to presbyopia // *Vis. Res.* — 1999. — Vol. 39. — P. 1991–2015.

8. *Kasthurirangan S., Markwell E.L., Atchison D.A.* MRI study of the changes in crystalline lens shape with accommodation and aging in humans // *J. Vision.* — 2011. — Vol. 25, N 3. — P. 11–14.

9. *Loewenfeld I.E.* The pupil: anatomy, physiology and clinical applications. — Ames, Ia: Iowa State University Press, 1993. — 130 p.

10. *Pallikaris I., Plainis S., Charman W.N.* Presbyopia. — Danvers: Slack incorporated, 2012. — 318 p.

11. *Pavlin C.J., Foster F.S.* Ultrasound biomicroscopy of the eye. — New York: Springer-Verlag, 1995. — 214 p.

12. *Strenk S.A., Semmlow J.L., Strenk L.M., Munoz P.* Age-related changes in human ciliary muscle and lens: a magnetic resonance imaging study // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* — 1999. — Vol. 40, N 6. — P. 1162–1169.

УДК 617.742: 617.741-004.1-089.87-073.582-089.168

HO05

ТЕХНОЛОГИЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ПРИ ОБШИРНОМ РАЗРУШЕНИИ ВОЛОКОН ЦИННОВОЙ СВЯЗКИ

Дмитрий Иванович Иванов, Дмитрий Борисович Бардасов*

Екатеринбургский центр «Микрохирургия глаза»

Реферат

Цель. Представить особенности технологии и оценить результаты выполнения факоемульсификации при обширных дефектах цинновой связки.

Методы. Через роговичный тоннельный доступ размером 2,2 мм на подушке из адгезивного вискоэластика осуществляли факоемульсификацию предварительно стабилизированного с помощью капсульного кольца хрусталика. Имплантировали интраокулярную линзу с подшиванием к радужке. В исследование вошли 36 пациентов (42 глаза), которым была выполнена факоемульсификация катаракты по представленной методике. Мужчин было 23 (63,9%), женщин 13 (36,1%). Острота зрения до операции колебалась в пределах от 0,01 до 0,7, в среднем $0,2 \pm 0,18$, уровень внутриглазного давления от 15 до 25 мм рт.ст. (в среднем $19,2 \pm 4,5$ мм рт.ст.). Величина роговичного астигматизма до операции была от 0 до 2,25 дптр, в среднем $0,87 \pm 0,63$ дптр.

Результаты. Из послеоперационных осложнений зарегистрированы воспалительная реакция на 3 (7,1%) глазах, послеоперационный десцеметит — 3 (7,1%) глаза, внутриглазная гипертензия — 9 (21,4%) глаз. Все осложнения были купированы консервативно в течение 3–5 дней после операции. На 2-е сутки острота зрения составила в среднем $0,56 \pm 0,12$, через 1 мес — $0,70 \pm 0,16$, через 6 мес — $0,75 \pm 0,21$, через 1 год — $0,74 \pm 0,19$. Роговичный индуцированный астигматизм через 1 год после операции варьировал от 0 до 1,5 дптр, в среднем $0,39 \pm 0,16$ дптр.

Вывод. Представленная технология факоемульсификации относительно безопасна, эффективна и позволяет в минимальные сроки реабилитировать пациентов, имеющих сочетание катаракты с грубыми дефектами связочного аппарата.

Ключевые слова: факоемульсификация, дефекты цинновых связок.

TECHNOLOGY OF PHACOEEMULSIFICATION IN EXTENSIVE ZONULAR DEFECTS OF ZINN LIGAMENT FIBERS *D.I. Ivanov, D.B. Bardasov. Interbranch Scientific and Research Complex «Eye Microsurgery», Ekaterinburg, Russia.* **Aim.** To describe the technique and to assess the results of phacoemulsification in eyes with extensive zonular defects of Zinn ligament fibers. **Methods.** Phacoemulsification was performed through a 2.2-mm corneal tunnel incision on adhesive viscoelastic bed. The lens was stabilized with a capsular tension ring. The operation was finished with intraocular implantation and its suturing to the iris. The study included 36 patients [42 eyes, 23 males (63.9%), 13 females (36.1%)] in whom phacoemulsification has been performed. Visual acuity before surgery ranged from 0.01 to 0.7 (mean 0.2 ± 0.18). Intraocular pressure ranged from 15 to 25 mm Hg (mean 19.2 ± 4.5 mm Hg). Corneal astigmatism value before surgery ranged from 0 to 2.25 D (mean 0.87 ± 0.63 D). **Results.** Postoperatively the following complications were observed: an inflammatory reaction in 3 eyes (7.1%), inflammation of Descemet's membrane in 3 (7.1%) cases, ocular hypertension in 9 (21.4%) eyes. All the complications were drug treated within 3–5 days. On the second day mean visual acuity was assessed as 0.56 ± 0.12 , 1 month after surgery — 0.70 ± 0.16 , 6 months after surgery — 0.75 ± 0.21 , and 1 year after surgery — 0.74 ± 0.19 . Corneal induced astigmatism

1 year after the surgery ranged from 0.0 to 1.5 D (mean 0.39 ± 0.16 D). **Conclusion.** The presented technology of phacoemulsification is relatively safe, effective and provides a possibility to rehabilitate patients with cataract combined with extensive zonular defects of Zinn ligament fibers in minimal terms. **Keywords:** phacoemulsification, Zinn ligament defects.

В настоящее время разработано множество технологий выполнения факэмульсификации при патологии цинновой связки. Широко используют различные модификации разомкнутых внутрикапсульных колец, которые заводят в экваториальную зону капсульного мешка через капсулорексис перед началом факэмульсификации, чем обеспечивают расправление и поддержание свода мешка [1, 3–6, 9]. Кроме того, существуют специальные техники фиксации мешка в зоне дефекта связок, применяют различные модели крючков и фиксирующих устройств [2, 3, 10, 12]. Эти устройства и техники эффективны в ситуации, когда дефект волокон связки составляет не более половины окружности. Однако в тех случаях, когда связка разрушена на протяжении больше половины окружности, вышеописанные способы не дают достаточной стабилизации капсульного мешка и не могут обеспечить необходимую безопасность адекватного проведения факэмульсификации.

Цель работы — представить особенности технологии и оценить результаты выполнения факэмульсификации при обширных дефектах цинновой связки.

Техника операции включает относительную стабилизацию дислоцированного хрусталика с помощью вискоэластика. Для этого в плоской части цилиарного тела с помощью троакара устанавливают порт калибра 25G, затем через порт заводят канюлю в направлении заднего полюса хрусталика и подают непосредственно под хрусталик вискоэластик, смещая хрусталик вверх, а канюлей центрируя, приводят его в естественное анатомическое положение (рис. 1).

Далее через роговичный тоннельный доступ в переднюю камеру вводят раствор мидриатика и адгезивный вискоэластик (рис. 2).

После этого выполняют капсулорексис (рис. 3).

В случаях успешного проведения капсулорексиса устанавливают внутрикапсульное кольцо диаметром 13 мм, которое вводят в экваториальную зону мешка через парацентез и капсулорексис на 8–9 ч условного циферблата, при этом второй конец кольца оставляют снаружи глаза (рис. 4).

Затем выполняют гидродиссекцию и гидроделинцию.

Следующий этап технологии — факэмульсификация (рис. 5). Её проводят с использованием технологии «OZiL IP» на особых, шадящих свя-

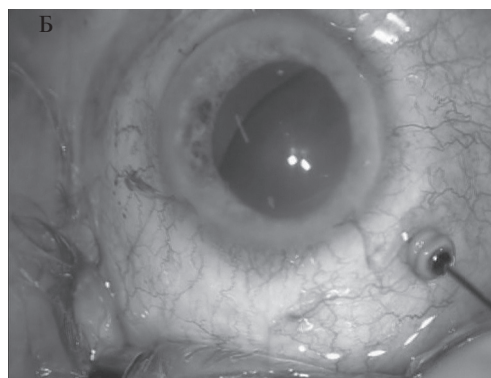
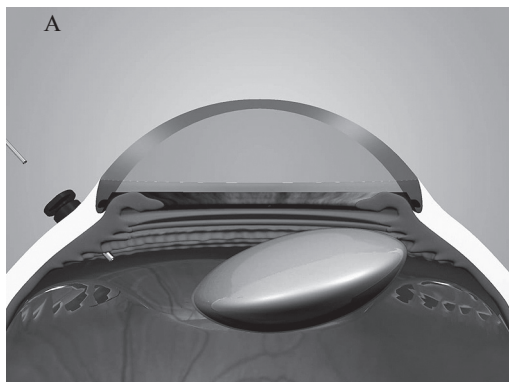


Рис. 1. Состояние переднего отрезка перед операцией после установки порта 25G: А — схематичное изображение переднего отрезка глаза с обширным дефектом цинновой связки; Б — вид в проходящем свете.

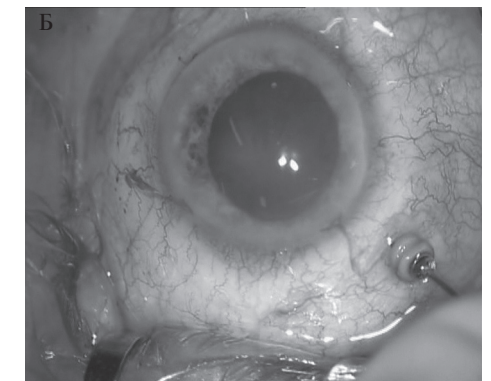
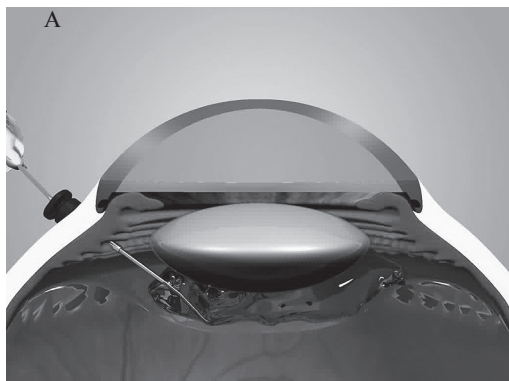


Рис. 2. Этап репозиции хрусталика с относительной стабилизацией с помощью вискоэластика, вводимого через порт за задний полюс: А — схематичное изображение; Б — вид в проходящем свете.

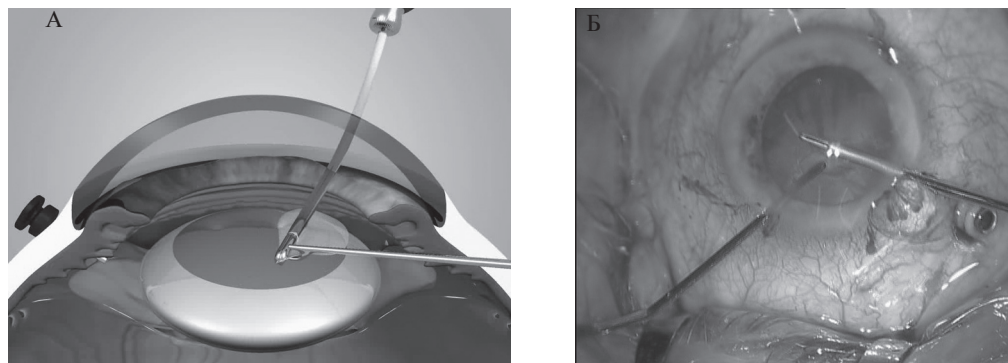


Рис. 3. Этап выполнения бимануального капсулорексиса: А — схематичное изображение; Б — вид в проходящем свете.

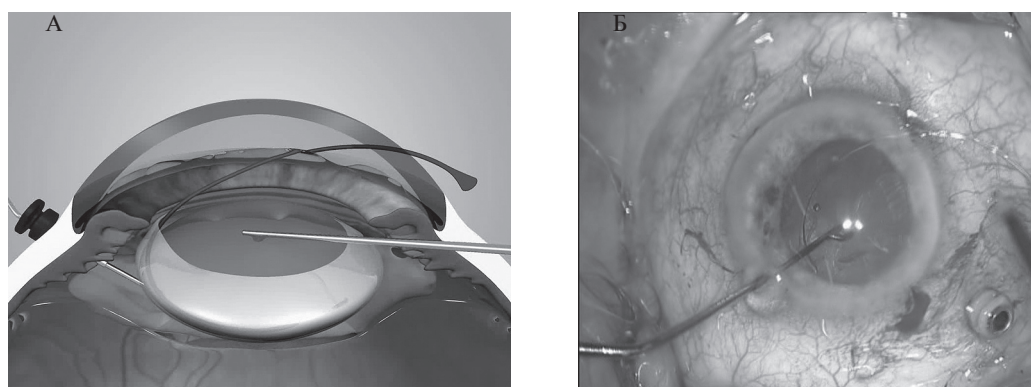


Рис. 4. Этап введения внутрикапсульного кольца, ущемлённого в парацентезе: А — схематичное изображение; Б — вид в проходящем свете.

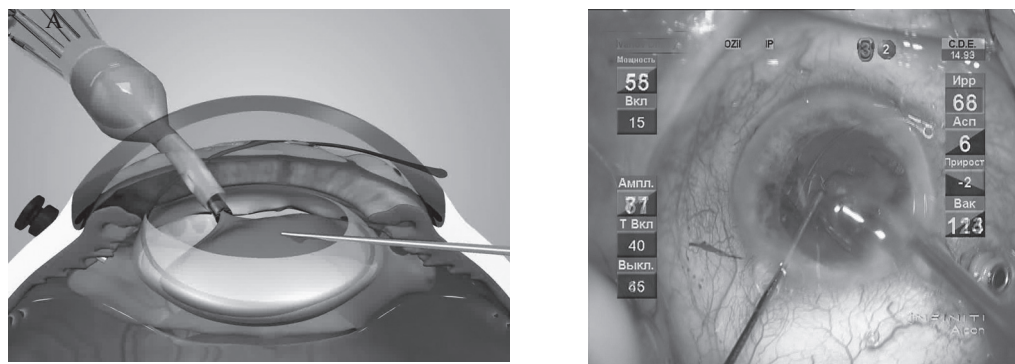


Рис. 5. Этап факэмульсификации на шадящих режимах с применением фиксированного в парацентезе внутрикапсульного кольца (указано стрелкой): А — схематичное изображение; Б — вид в проходящем свете.

зочный аппарат режимах. Для этого уменьшают высоту бутылки и потоки аспирации. Один из примеров параметров факэмульсификации представлен на рис. 5Б. Техника удаления ядра включает внедрение иглы факэмульсификатора в субстанцию ядра хрусталика с последующим использованием техники факочопа (механического разлома) и дальнейшей аспирацией. Манипуляции с фрагментами ядра целесообразнее проводить в зоне, перекрытой внутрикапсульным кольцом, что исключает тракции на свод капсульного мешка в момент аспирации.

В случаях смещения хрусталика в ходе факэмульсификации через порт под хрусталик вводят порцию вискоэластика, восстанавливая его естественное анатомическое положение, кроме того, через основной разрез также вискоэластиком заполняют капсульный мешок и выводят оставшиеся фрагменты хрусталика в зону зрачка, что облегчает их удаление без риска разрыва капсульного мешка. После удаления содержимого мешка внутрикапсульное кольцо обычно эксплантируют, а мешок аспирируют наконечником факэмульсификатора или выводят с по-

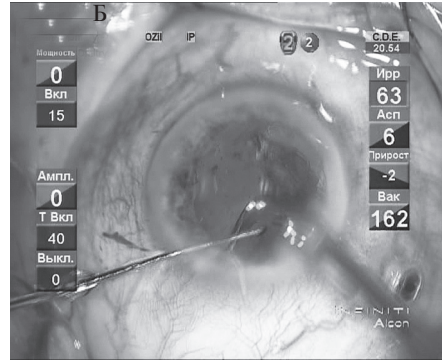
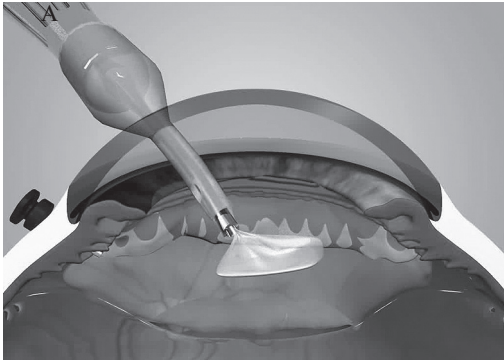


Рис. 6. Этап аспирации капсульного мешка: А – схематичное изображение; Б – вид в проходящем свете.

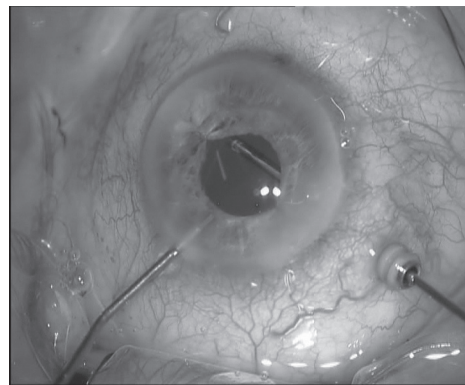
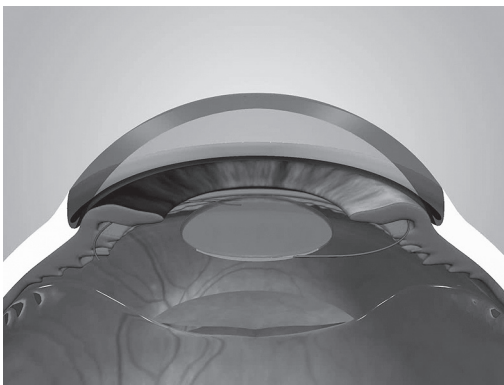


Рис. 7. Заключительный этап операции, интраокулярная линза подшита, удаление вискоэластика из задней камеры с помощью иглы витреотома: А – схематичное изображение; Б – вид в проходящем свете.

мощью капсульного пинцета (рис. 6).

Затем имплантируют трёхсоставную интраокулярную линзу с последующей её фиксацией к радужке или склере. Следующим этапом удаляют вискоэластик из передней камеры глаза (рис. 7), замещая его изотоническим раствором натрия хлорида, после чего выводят остатки вискоэластика из задней камеры через порт путём повышения давления в передней камере, углубив её изотоническим раствором натрия хлорида. Для активной аспирации вискоэластика можно использовать иглу витреотома, введённую через установленный порт (см. рис. 7Б).

Операцию заканчивают восстановлением офтальмоноуса изотоническим раствором натрия хлорида.

В исследование вошли 36 пациентов (42 глаза), которым была выполнена факосмульсификация с применением капсульного кольца по представленной выше технологии. В 36 глазах (85,7%) дефект связочного аппарата хрусталика был связан с инволюционным зонулолизисом на фоне псевдоэкзофолиативного синдрома, в остальных 6 глазах (14,3%) этиологическим фактором была тупая травма глаза. Возраст пациентов варьировал от 29 до 72 лет, в среднем составляя $62,4 \pm 11,7$ года, мужчин было 23 (63,9%), женщин 13 (36,1%). Острота зрения до операции составляла от 0,01

до 0,7 с коррекцией (в среднем $0,2 \pm 0,18$), уровень внутриглазного давления – от 15 до 25 мм рт.ст. (в среднем $19,2 \pm 4,5$ мм рт.ст.). Срок наблюдения составил не менее 12 мес.

Операции были выполнены в период с 2010 по 2012 гг. на базе Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза». Для оценки эффективности операций важными параметрами служили острота зрения с максимальной коррекцией и величина индуцированного астигматизма. Динамика остроты зрения до и после операции представлена на рис. 8.

Острота зрения с максимальной коррекцией до операции колебалась от 0,005 до 0,7 (в среднем $0,08 \pm 0,15$), на 2-е сутки после операции – от 0,1 до 0,95 (в среднем $0,56 \pm 0,12$), через 1 мес – от 0,25 до 1,0 ($0,70 \pm 0,16$), через 3 мес – от 0,2 до 1,0 ($0,71 \pm 0,14$), через 6 мес – от 0,3 до 1,0 ($0,75 \pm 0,2$), через 1 год – от 0,3 до 1,0 ($0,74 \pm 0,19$).

Динамика индуцированного роговичного астигматизма в среднем по группе представлена на рис. 9.

Средняя величина индуцированного астигматизма на 2-е сутки после операции составила $0,67 \pm 0,11$ дптр, через 1 мес – $0,52 \pm 0,20$ дптр, через 3 мес – $0,44 \pm 0,24$ дптр, через 6 мес – $0,42 \pm 0,15$ дптр, через 1 год – $0,39 \pm 0,16$ дптр. Безопасность предлагаемой операции оценивали по количеству ин-

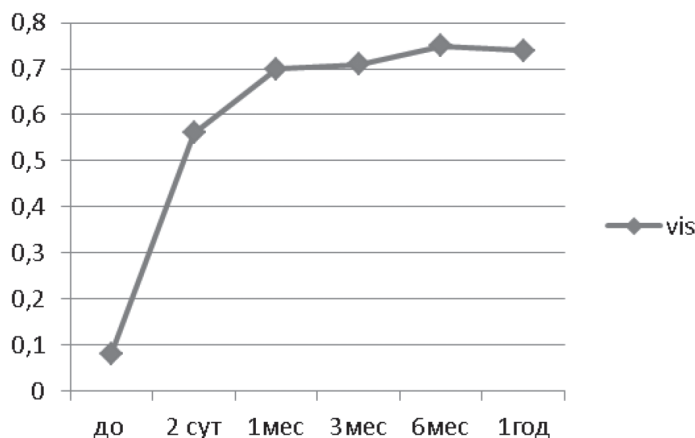


Рис. 8. Острота зрения до и после операции.

тра- и послеоперационных осложнений, а также по потере эндотелиальных клеток через 1 год после операции.

Наиболее серьёзное осложнение в ситуациях с нарушением капсульной поддержки — разрыв капсульного мешка с дислокацией фрагментов хрусталика в стекловидное тело. В анализируемой группе данное осложнение встретилось в 1 случае, что потребовало дополнительного вмешательства. Фрагмент был удалён из полости стекловидного тела после субтотальной витрэктомии на поверхности перфторуглеродистого соединения, введённого в полость глаза.

Разрыв капсульного мешка без дислокации фрагментов зарегистрирован в 3 случаях.

В 3 случаях зафиксировано выпадение стекловидного тела. Выпавшие в рану волокна удаляли витреотомом.

Из ранних послеоперационных осложнений в 3 глазах (7,1%) развился умеренный иридоциклит. Было отмечено 9 случаев послеоперационной гипертензии (21,4%), которую купировали консервативно в течение 2–3 дней. В 3 глазах (7,1%) был зарегистрирован десцеметит.

Среди поздних послеоперационных осложнений в 1 (2%) случае развился кистозный макулярный отёк, который разрешился после назначения стероидной терапии.

Плотность эндотелия роговицы измеряли с помощью эндотелиального микроскопа «Томеу ЕМ-3000» до операции и через 1 год после её проведения. Плотность эндотелиальных клеток до операции составила в среднем 2460 ± 370 (1590–3350), через 1 год — 2281 ± 445 (1050–2980). Потеря эндотелиальных клеток составила 7%.

Особенности факэмульсификации при де-

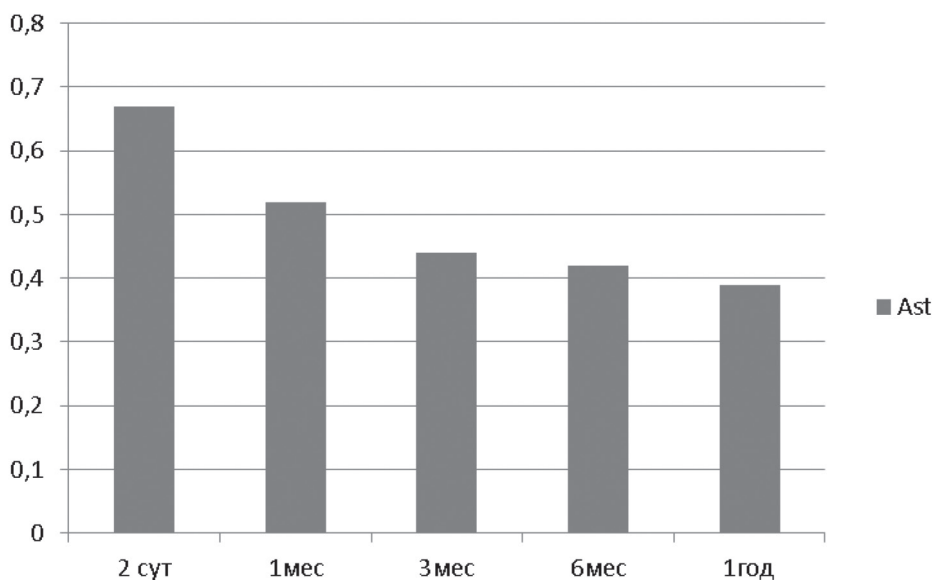


Рис. 9. Динамика индуцированного астигматизма после операции.

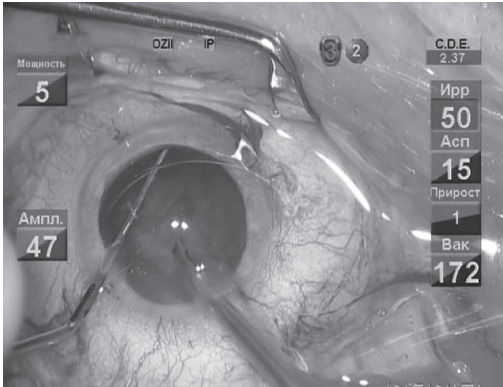


Рис. 10. Вариант рекомендуемых параметров факэмульсификации при работе с дефектами цинновой связки.

фектах связочного аппарата хрусталика обусловлены, с одной стороны, специальными техническими приёмами, устройствами и средствами [1, 2, 4, 5, 7, 9], с другой стороны — особыми режимами факэмульсификатора [1, 3]. В настоящее время предложены разные варианты внутрикапсульных колец, специальных фиксирующих устройств, техник с применением вискоэластических препаратов с различными свойствами. Однако при существующем широком выборе технологий и опыте их применения в случаях обширных дефектов цинновой связки у офтальмохирурга нет ощущения безопасности предлагаемых технологий.

Трудности создаёт непосредственно этап самой факэмульсификации, которую предпочтительно выполнять при сочетании ряда условий [1, 2]. Важный момент безопасного вмешательства — стабилизация хрусталика для выполнения капсулорексиса и удаления хрусталика. Относительной стабилизации достигают введением вискоэластика непосредственно под хрусталик. Вискоэластик вводят через порт 25G, который устанавливают в проекции плоской части цилиарного тела. Возможность выполнения кругового капсулорексиса служит показанием к проведению следующих этапов технологии. В случаях высокой подвижности хрусталика капсулорексис выполняют бимануально с помощью пинцета и шпателя.

Векторы сил при проведении капсулорексиса направлены в противоположных направлениях. Пинцет тянет капсулу вверх, а хрусталик отдавливается книзу шпателем. Это одно из условий технической возможности проведения капсулорексиса. При дефектах капсулорексиса тактика меняется на использование технологии транскapsулярной факофрагментации.

Следующий приём, обеспечивающий безопасность операции, — дополнительная стабилизация хрусталика с помощью внутрикапсульного кольца, ущемлённого в роговичном парацентезе. Кольцо поддерживает хрусталик в горизонтальной плоскости и расправляет капсульный мешок, что также необходимо для профилактики

разрыва капсулы в момент факэмульсификации. При смещении хрусталика в ходе факэмульсификации его центрируют вискоэластиком и канюлей, введённой через установленный порт. Наличие порта также облегчает введение вискоэластика непосредственно под хрусталик или его фрагменты, что повышает степень безопасности даже при нарушении целостности капсулы.

Режим работы факэмульсификатора при обширных дефектах цинновой связки имеет свои особенности, на рис. 10 показан вариант рекомендуемых параметров.

Для профилактики дислокации фрагментов хрусталика в стекловидное тело высоту ирригационной ёмкости желательнее опустить до минимальных значений (50–65 см). Другой важный параметр — уровень аспирации, который необходимо снизить до 15 мл/мин, значения вакуума достаточно выставить на уровне 300–350 мм рт.ст. Подобное сочетание гидродинамических параметров прибора позволяет, с одной стороны, щадяще, а с другой стороны — достаточно управляемо удалять содержимое капсульного мешка.

ВЫВОДЫ

1. Использование известных ранее технологий, приёмов, технических устройств и веществ в определённой последовательности и с учётом некоторых нюансов позволило обеспечить безопасную и эффективную хирургию в описанных тяжёлых клинических случаях.

2. Представленная технология позволяет удалять хрусталик с обширными дефектами связочного аппарата и имплантировать интраокулярную линзу через малый тоннельный доступ (1,9–2,2 мм), что соответствует современным требованиям хирургии катаракты. Технология может быть рекомендована к применению в офтальмохирургической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иошин И.Э. Факэмульсификация. — М.: Апрель, 2012. — 101 с.
2. Паштаев Н.П. Хирургия подвывихнутого и вывихнутого в стекловидное тело хрусталика. — Чебоксары, 2006. — 137 с.
3. Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., Толчинская А.И. Интраокулярная коррекция в хирургии осложнённых катаракт. — М.: Новое в медицине, 2004. — 176 с.
4. Assia E.I., Ton Y., Michaeli A. Capsule anchor to manage subluxated lenses: initial clinical experience // J. Cataract Refract. Surg. — 2009. — Vol. 35, N 8. — P. 1372–1379.
5. Cionni R.J., Osher R.H. Management of profound zonular dialysis or weakness with a new endocapsular ring designed for sclera fixation // J. Cataract Refract. Surg. — 1998. — Vol. 24, N 10. — P. 1299–1306.
6. Dick H.B. Closed foldable capsular rings // J. Cataract Refract. Surg. — 2005. — Vol. 31, N 3. — P. 467–471.
7. Lam D., Young A., Leung A. et al. Scleral fixation of a capsular tension ring for severe ectopia lentis // J. Cataract Refract. Surg. — 2000. — Vol. 26, N 4. — P. 609–612.
8. Lim M.C.C., Jap A.H.E., Wong E.Y.M. Surgical

management of late dislocated lens capsular bag with intraocular lens and endocapsular tension ring // J. Cataract Refract. Surg. — 2006. — Vol. 32, N 3. — P. 533-535.

9. Menapace R., Findl O., Georgopoulos M. et al. The capsular tension ring: designs, applications, and techniques // J. Cataract Refract. Surg. — 2000. — Vol. 26, N 6. — P. 898-912.

10. Nishimura E., Yaguchi S., Nishihara H. et al. Capsular

stabilization device to preserve lens capsule integrity during facoemulsification with a weak zonule // J. Cataract Refract. Surg. — 2006. — Vol. 32, N 3. — P. 392-395.

11. Oh J., Smiddy W.E. Pars plana lensectomy combined with pars plana vitrectomy for dislocated cataract // J. Cataract Refract. Surg. — 2010. — Vol. 36, N 7. — P. 1189-1194.

12. Sergienko N.M., Kondratenko Y.N., Yakimov A.K. Capsule fixation device for cataract surgery // Eur. J. Ophthalmol. — 2009. — Vol. 19, N 1. — P. 143-146.

УДК 617.711-006.81-079.5-031.8-036.8

НО06

МЕЛАНОМА КОНЬЮНКТИВЫ. ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ЗА 55 ЛЕТ?

Елена Евгеньевна Гришина*, Андрей Михайлович Андрейченко, Ольга Фёдоровна Федотова

Офтальмологическая клиническая больница Департамента здравоохранения, г. Москва

Реферат

Цель. Изучить изменения клинических характеристик меланомы конъюнктивы за период 55 лет по данным онкологического отделения Московской офтальмологической клинической больницы.

Методы. В настоящей статье изучена динамика клинических характеристик меланомы конъюнктивы за 55-летний период. Сравниваются две группы пациентов: в первую группу вошли пациенты, лечившиеся и находившиеся под наблюдением в Московской офтальмологической клинической больнице в период между 1956 и 1970 гг., вторую группу составили пациенты, лечившиеся и находившиеся под наблюдением в больнице с 1982 по 2013 гг. Изучена медицинская документация (амбулаторные карты, истории болезни больных, патогистологические заключения, анкеты пациентов, проходивших бета-аппликационную терапию).

Результаты. За прошедший 55-летний период заболеваемость меланомой конъюнктивы не увеличилась. Меланоме конъюнктивы стали выявлять преимущественно у больных старшего возраста, однако распределение пациентов по полу не изменилось. В последние годы при первичном обращении пациентов отмечено преобладание опухолей маленьких размеров. Частота выявления пигментированных опухолей осталась неизменной. В обеих группах чаще встречались опухоли в области лимба и бульбарной конъюнктивы, то есть в просвете открытой глазной щели, а также на слёзном мясе и полулунной складке. Это связано с повышенной инсоляцией указанных отделов конъюнктивы. Общая 10-летняя выживаемость больных меланомой конъюнктивы все годы оставалась высокой (более 80%).

Вывод. Преобладание опухолей маленьких размеров свидетельствует о том, что в последние десятилетия улучшилась диагностика пигментных новообразований конъюнктивы; это связано с совершенствованием офтальмологического оборудования, повышением онкологической настороженности и возможностью направления пациентов в специализированные офтальмоонкологические центры.

Ключевые слова: меланоме конъюнктивы, стадия, выживаемость, заболеваемость.

CONJUNCTIVAL MELANOMA. WHAT HAS CHANGED OVER 55 YEARS? E.E. Grishina, A.M. Andreichenko, O.F. Fedotova. *Ophthalmological Clinical Hospital of Moscow Health Department, Moscow, Russia.* **Aim.** To study the changes of conjunctival melanoma clinical characteristics over 55 years according to data of oncological department of Moscow ophthalmological clinical hospital. **Methods.** The change of conjunctival melanoma clinical characteristics over 55 years was studied. Two patient groups were compared. Group I included patients who were treated and observed in Moscow ophthalmological clinical hospital in 1956-1970, group II included patients who were treated and observed in Moscow ophthalmological clinical hospital in 1982-2013. Medical charts (i.e., case records, clinical histories, pathohistological reports, questionnaires of patients who received beta-applicator therapy etc.) were analyzed. **Results.** Over 55 years, the prevalence of conjunctival melanoma did not increase. In recent years, conjunctival melanoma has been diagnosed mainly in older patients, however, sex distribution has not changed. Nowadays, small size tumors dominated in primary patients while tumor pigmentation remain unchanged. Tumors localized at corneal limbus and bulbar conjunctiva, i.e. at palpebral fissure, as well as at lacrimal caruncle and plica semilunaris, were still the most frequent, which is associated with intensive insolation of these areas. Total 10-year survival rate in conjunctival melanoma patients was high (>80%) over the whole period. **Conclusion.** Small size tumors predominance indicates that conjunctival pigment tumors diagnostics improved over recent decade due to ophthalmic equipment development, oncological suspicion increase and the possibility to refer patients to specialized ophthalmic oncological centers. **Keywords:** conjunctival melanoma, stage, survival rate, prevalence.

Меланоме конъюнктивы — достаточно редкая опухоль [2, 7], по данным разных авторов, диагностируемая с частотой 0,02-0,08 на 100 000 населения и составляющая около 1-3% всех злокачественных опухолей вспомогательного аппарата глаза [4, 14]. Встречается в возрасте 19-80 лет, в основном у белокожих [3, 10]. Мужчины страдают несколько чаще женщин [6].

Меланоме конъюнктивы — опухоль, которая часто рецидивирует, метастазирует и является угрожающим жизни новообразованием [13, 15]. 10-летняя смертность больных меланомой конъюнктивы достигает 30% [5].

Первичная меланоме конъюнктивы может поражать любые её отделы, но преимущественно локализуется в области глазной щели [11], редко располагается обособленно на роговице без распространения на конъюнктиву [12]. Помимо ин-