

С. В. Саакян, О. А. Иванова, Г. П. Захарова

МЕЛАНОЦИТАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОНЬЮНКТИВЫ У ДЕТЕЙОтделение офтальмоонкологии и радиологии ФГБУ "Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца"
Минздравсоцразвития России

Опухоли эпibuльбарной локализации составляют 14,6% от всей опухолевой патологии органа зрения, и 52% из них приходится на невусы конъюнктивы, в 86% невусы встречаются в детском возрасте. Проведен анализ клинической картины, данных анамнеза, гистологической картины и отдаленных результатов у 478 пациентов детского возраста с гистологически подтвержденным невусом конъюнктивы.

Ключевые слова: меланоцитарные опухоли конъюнктивы, невус у детей

MELANOCYTIC LESIONS OF THE CONJUNCTIVA IN THE CHILDREN

S.V. Saakyan, O.A. Ivanova, G.P. Zakharova

The tumours of epibulbar localization account for 14.6% of all neoplastic pathology of the organs of vision. Up to 52% of these tumours are conjunctival nevi of which 86% occur in the childhood. The present study is focused on the analysis of the clinical picture of this condition, medical histories, histological findings, and late consequences of pathology based on the results of examination of 478 children.

Key words: melanocytic tumours of the conjunctiva, nevus, children

На долю опухолей и придаточного аппарата глаза приходится 24% от всех новообразований органа зрения, среди них поражение конъюнктивы наблюдают в 30% случаев. Подавляющее количество новообразований конъюнктивы доброкачественные (99%) и диагностируются чаще в детском и юношеском возрасте [2]. Несмотря на распространенность патологии, до настоящего времени не определена единая тактика ведения больных с новообразованиями конъюнктивы. В ряде случаев пациенты необоснованно долго находятся под наблюдением офтальмологов. Вместе с тем, по данным литературы, от 3 до 25% невусов конъюнктивы имеют тенденцию к малигнизации, только 5% от всех диагностированных меланом возникают *denovo*, а в 20% случаев развиваются из предшествующего невуса и в 75% – из первично приобретенного меланоза [2].

Клиническая картина невусов конъюнктивы многообразна. Невус может быть пигментным и беспигментным, располагаться на любой части бульбарной конъюнктивы и крайне редко на конъюнктиве век, его медленное развитие в ряде случаев приводит к дифференциально-диагностическим ошибкам, чем и объясняются различные подходы к лечению невусов конъюнктивы: от выжидательной тактики длительного наблюдения до радикальной лучевой терапии. Используют различные хирургические техники – эксцизию, электроэксцизию, криодеструкцию, однако не соблюдаются правила онкологических операций – абластичность, атравматичность и антибластичность [3]. Еще одним сдерживающим фактором своевременного удаления опухоли является мнение ряда авторов [1] о возможном развитии астигматизма и снижения зрения при удалении невусатерилимбальной локализации, что приводит к увеличению длительности анамнеза и повышает риск малигнизации опухоли и это тем более недопустимо, так как внедрение в практику нового вида хирургической техники – радиоволновой – позволило решить основные задачи хирургического лечения невуса конъюнктивы [4] – абластичное удаление опухоли без формирования грубого рубца и послеоперационного астигматизма.

Целью нашей работы является изучение особенностей клинической картины эпibuльбарных невусов, морфологических аспектов этой патологии, определение протокола лечения невусов конъюнктивы.

Материал и методы. Нами проанализированы истории болезни 478 пациентов в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст $9,5 \pm 5,1$ года) (рис. 1) с гистологически подтвержденным диагнозом невуса конъюнктивы за период с 2003 по 2009 г. Всем больным проведено рутинное офтальмологическое обследование. Больным с паралимбальным расположением опухоли выполнена авторефрактометрия и оптическая когерентная томография переднего отрезка глаза. Все пациенты прооперированы с использованием радиоволновой и электрохирургии. Больные разделены на возрастные группы: от 1 до 6 лет – 64 пациента, от 7 до 12 лет – 185 и от 13 до 17 лет – 218 пациентов. Средний срок послеоперационного наблюдения составил $5,4 \pm 3,2$ года.

Результаты и обсуждение. При анализе данных анамнеза и клинической картины в возрастных группах выявлены следующие особенности. Чаще всего первые признаки невуса в виде розового или светло-коричневого пятна на конъюнктиве появлялись в первые 5 лет жизни (65,7%), во второе пятилетие жизни

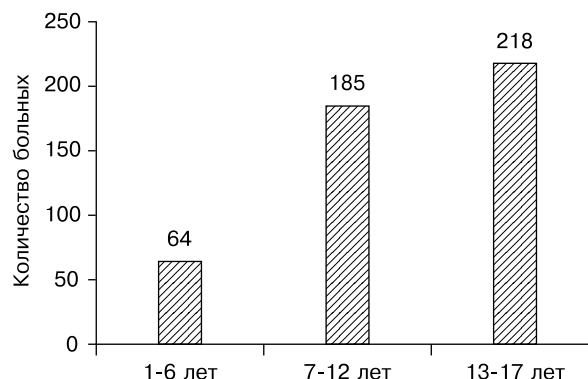


Рис. 1. Распределение пациентов с диагнозом невуса конъюнктивы по возрасту (на момент поступления в стационар).

– у 1/3 наблюдаемых нами пациентов (30,8%), только у 16 (3,5%) пациентов первые клинические проявления возникли в более старшем возрасте. Одним из доказанных факторов риска появления и роста невуса (более 50,7% пациентов) является длительная инсоляция.

По локализации невусы конъюнктивы подразделяются на – невусы бульбарной конъюнктивы, невусы области лимба, невусы полулунной складки и невусы слезного мясца (рис. 2, см. вклейку). Все невусы конъюнктивы делятся на пигментированные и беспигментные, отмечено преобладание беспигментных невусов в возрасте до 12 лет. При биомикроскопии в клинической картине невусов конъюнктивы выявлены схожие клинические симптомы. Так у 84,5% (404 больных) пациентов отмечены собственные сосуды в стромах образования, у 284 (59,5%) пациентов – кисты в стромах образования, приводящие сосуды зафиксированы у 76% (363) пациентов, скопление пигмента отдельными участками в стромах образования, так называемая гнездная пигментация, отмечена у 25% (119) пациентов.

По гистологическому строению выделяют несколько типов невусов конъюнктивы: интраэпителиальные, расположенные только в эпителии конъюнктивы, пограничные или юнкциональные невусы, образования, расположенные на границе эпителия и собственной пластинки конъюнктивы, сложные невусы которые формируют невусные клетки как в эпителии так и в собственной пластинке конъюнктивы. Ювенильные невусы (ювенильная меланома, доброкачественная ювенильная меланома, невус Спитца) представляют собой веретенообразные и эпителиоидные невусные клетки, часть из которых имеет признаки атипии. Гистологическая картина настолько напоминает меланому, что отличить эти два новообразования может только опытный патоморфолог. В нашем исследовании во всех возрастных группах преобладали сложные невусы, однако отмечено преобладание интраэпителиальных невусов только в первых двух возрастных группах и увеличение количества сложных невусов в группе пациентов старше 12 лет.

Среди обследуемых выявлено 12 (2,5%) невусов с малигнизацией (рис. 3, см. вклейку). При появлении признаков малигнизации в гистологической картине мы отмечали диффузный характер роста невуса, исчезновение ячеистых структур невуса на большом протяжении, появление гиперхромности и полиморфизма клеток и ядер, усиление пигментации в глубине образования (рис. 4, см. вклейку). Средний возраст больных в этой группе составил $15,08 \pm 1,4$ года, в то время как средний возраст возникновения подобных невусов – $5,7 \pm 3,9$ года. Это является доказательством того, что длительное наблюдение за меланоцитарными поражениями может приводить к их малигнизации (рис. 5, см. вклейку). В клинической картине пациентов с невусами с признаками малигнизации отмечен ряд особенностей: у большинства пациентов (11 человек) образование было пигментированным, у всех пациентов определяли собственные сосуды образования, гнездная пигментация выявлена у 9 человек, а кисты в стромах образования, напротив, обнаружены только у 2 пациентов.

Аutoreфрактометрия проведена 68 пациентам с локализацией невуса в зоне лимба. Предоперационный астигматизм выявлен у 9 больных, 6 из которых по месту жительства проведено лечение – криодеструкция и электроэксцизия. Контрольная autoreфрактометрия

Сравнительная оценка биомикроскопии и ОКТ

Признак	Биомикроскопия	ОКТ
Собственные сосуды	+	-
Приводящий сосуд	+	-
Гнездная пигментация	+	+
Кисты	+	+
Поверхность образования	+	+
Структура образования	±	+
Окружающие ткани	±	+
Границы	-	+
Структура конъюнктивы	-	+
Подлежащие ткани	-	+
Истинные размеры образования	-	+

выполнена через 3 мес после операции, и выявлены изменения кривизны роговицы у тех же 9 больных. Таким образом, наличие невуса конъюнктивы, расположенного в зоне лимба, не вызывает астигматизм. Криодеструкция и любое повторное хирургическое лечение паралимбального невуса конъюнктивы могут приводить к появлению послеоперационного астигматизма.

Части больных проведена оптическая когерентная томография (ОКТ) переднего отрезка глаза. При ОКТ невуса конъюнктивы выявлены множественные разнокалиберные кисты у всех больных, гладкая поверхность конъюнктивы, возможность дифференцировки слоев конъюнктивы. В таблице наглядно приведены клинические и ОКТ – признаки новообразований конъюнктивы и показана информативность метода. Внедрение в практику врача современных методов диагностики позволило выявлять доклинические признаки прогрессирования новообразования и снижать риск малигнизации доброкачественной опухоли.

Заключение

Невус конъюнктивы – доброкачественное новообразование, развивающееся чаще в школьном возрасте, повышенная инсоляция является фактором риска возникновения и прогрессирования невуса. Появление первых признаков прогрессирования новообразования является абсолютным показанием к его хирургическому лечению с соблюдением всех правил онкологических операций и обязательному гистологическому исследованию удаленного материала. Локализация невуса в зоне лимба и его адекватное хирургическое лечение не приводят к появлению астигматизма и снижению зрения. Выжидательная тактика длительного наблюдения недопустима при появлении признаков активного роста, так как может привести к малигнизации невуса конъюнктивы и перерождению его в меланому.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев А.-Г. Д., Исмаилов М. И. Изменение рефракции и aber-метропических показателей глаза при эпibuльбарных новообразованиях // Достижения и перспективы офтальмоонкологии: Сборник трудов юбил. науч.-практ. конф. – М., 2001. – С. 39–40.
2. Бровкина А. Ф. Офтальмоонкология: Руководство для врачей. – М., 2002. – С. 207–228.
3. Вит В. В. Клиническая и патоморфологическая диагностика меланоцитарных поражений конъюнктивы // Офтальмол. журн. – 1998. – № 5. – С. 329–336.

4. Гарито Д. Радиохирургия – прошлое, настоящее, будущее // Материалы Конгресса "Радиоволновая хирургия на современном этапе". – М., 2004. – С. 10–13.

Поступила 20.02.12

Сведения об авторах: Саакян С. В., д-р мед. наук, проф., руководитель отд-ния офтальмоонкологии и радиологии ФГБУ "Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца";

Иванова О. А., канд. мед. наук, врач отд-ния офтальмоонкологии и радиологии ФГБУ "Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца"; Захарова Г. П., канд. мед. наук, врач отд-ния патогистологии ФГБУ "Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца".

Для контактов: Иванова Ольга Андреевна, 105062, Москва, ул. Садовая-Черногрозская, 14/19, МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Телефон: 624-57-29.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617.7-053.03-085

Э.И. Сайдашева^{1,3}, А.П. Скоромец^{1,3}, Е.Ю. Крюков^{2,3}, Н.З. Котина³

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЗРИТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

¹Кафедра детской офтальмологии (зав. – Э.И. Сайдашева), ²кафедра детской неврологии и нейрохирургии (зав. – проф. А.С. Иова) ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», ³ГУЗ «Детская больница № 1» (главный врач – проф. А.В. Каган), Санкт-Петербург

Изучена эффективность включения лекарственных препаратов пептидной природы кортексина и ретиналамина в схему комплексного лечения зрительных расстройств центрального генеза у детей раннего возраста. Проведено лечение 57 детей в возрасте от 28 дней до 1 года с атрофией зрительного нерва. У абсолютного большинства (48, 84%) пациентов отмечена положительная динамика: в 8 (14%) случаях уменьшился перипапиллярный отек, границы диска зрительного нерва стали более четкими; у 12 (21%) детей сократилась амплитуда, а в 3 (5,3%) случаях исчез нистагм; у 25 (43,7%) детей уменьшился угол косоглазия. Системные осложнения (аллергические реакции) не возникли ни в одном случае наблюдения. Показана высокая эффективность использования данных препаратов в лечении зрительных расстройств у детей.

Ключевые слова: младенец, расстройства зрительных функций, кортексин, ретиналамин, эффективность терапии

UP-TO-DATE APPROACHES TO THE CORRECTION OF VISUAL DISORDERS IN THE YOUNG CHILDREN

E.I. Saidasheva, A.P. Skoromets, E.Yu. Kryukov, N.Z. Kotina

This study was designed to estimate the efficacy of the introduction of peptide drugs, such as cortexin and retinalamin, in the combined treatment of visual impairment of central genesis in the young children. A total of 57 children at the age from 28 days to 1 year presenting with optic nerve atrophy were given combined therapy. The absolute majority of the patients (48.84%) showed positive dynamics of visual disorders and 8 (14%) of them had peripapillary oedema reduced by the above treatment with clear-cut boundaries of the optic disk. The amplitude decreased in 12 (21%) children, the nystagmus disappeared in 3 (5.3%) cases, and squint angle improved in 25 (43.7%) children. None of the patients developed systemic complications (in the form of allergic reactions). On the whole, the study has demonstrated the high efficacy of cortexin and retinalamin for the treatment of visual impairment in young children.

Key words: infants, impairment of visual functions, cortexin, retinalamin, therapeutic efficacy

Тяжелые формы повреждения головного мозга в перинатальном периоде развития нередко приводят к возникновению грубых дефектов зрения. Чаще всего они связаны с гипоксически-ишемическим поражением мозга, пери- и интравентрикулярными кровоизлияниями, перивентрикулярной лейкомаляцией, прогрессирующей гидроцефалией различного генеза (постгеморрагическая и др.). Данные патологические состояния могут являться причиной развития вторичной атрофии зрительного нерва (АЗН) и связанных с ней глазодвигательных расстройств (косоглазие, нистагм), способствующих значительному снижению остроты зрения уже в младенческом возрасте. Несмотря на наличие множества этиологических факторов, приводящих к АЗН, структурные изменения зрительного нерва имеют много общих признаков: деструкцию нервных волокон, замещение их соединительной и глиальной тканью, облитерацию капилляров. Изменения происходят и в аксонах и в глиальных клетках [3].

Учитывая, что в РФ в структуре инвалидности по зрению в детском возрасте АЗН занимает ведущее место, в настоящее время диагностику, лечение и реабилитацию таких больных рассматривают как важную медико-социальную проблему [1, 5, 7]. Традиционные подходы к лечению АЗН у взрослых пациентов предусматривают активное использование препаратов, оказывающих сосудистое, нейропротекторное, ноотропное и метаболическое действие, а также аминокислотных композитов и витаминов. Для многих из указанных лекарственных средств характерно комплексное действие. Широко и эффективно используют физиотерапевтические методы лечения у взрослых пациентов и детей поствербального возраста. Однако в современной офтальмонейропедиатрии отсутствуют работы, касающиеся оптимальных схем лечения АЗН начиная с неонатального возраста. В то же время междисциплинарный (взаимодействие врачей смежных специальностей – неонатологов, неврологов, офталь-