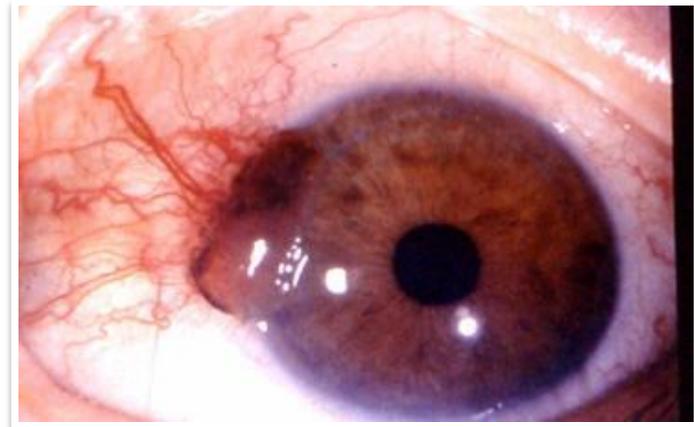


# Опухоли конъюнктивы



Выполнила: Патрина А.А.

# ОПУХОЛИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ:

Доброкачественные



Промежуточные



Злокачественные



# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Растут медленно;

Не озлокачествляются;

Имеют капсулу;

Не метастазируют.



# ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Растут быстро;

Инфильтративный рост;

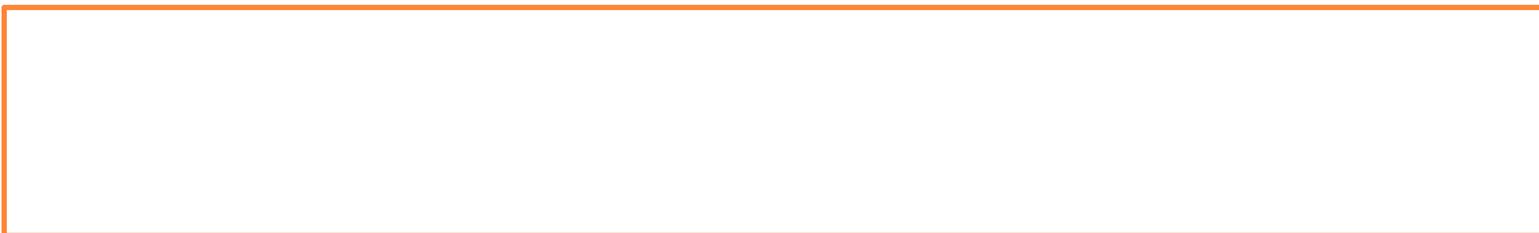
Не имеют капсулу;

Метастазируют.

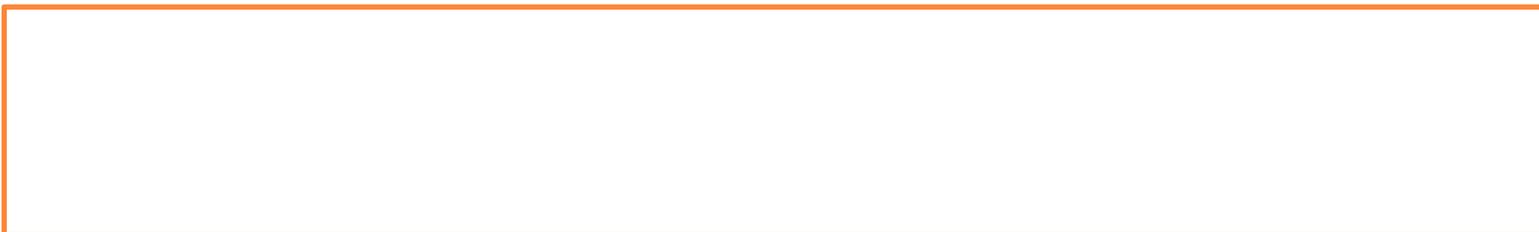


# По морфологии:

Исходящие из эпителия



Исходящие из субэпителиальных слоев



# Исходящие из эпителия:

- **Доброкачественные**

- Полип
- Папиллома
- Киста железы Краузе
- Невус стационарный
- Меланоз врожденный

- **Промежуточные**

- Эпителиома Бовена
- Невус прогрессирующий
- Меланоз приобретенный

- **Злокачественные**

- Меланома
- Чешуйчато-клеточный рак



# Исходящие из субэпителиальных слоев ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ:

Дермоид

Гемангиома

Липодермоид

Лимфангиома

Фиброма



# Полипы

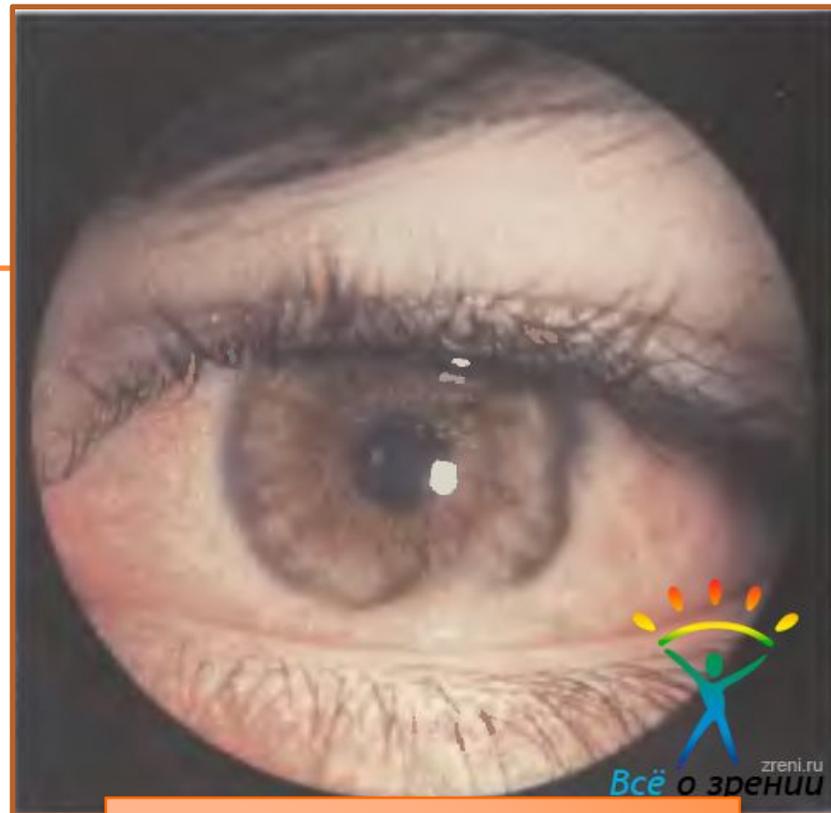


Полип конъюнктивы. Гнойное отделяемое по краю нижнего века, ресницы в средней части слипшиеся. Из-за края нижнего века выступает розоватое мясистое образование, касающееся роговицы.

□ Обычно возникает вследствие неправильного лечения халязиона или мейбومیита. Выглядит как мясистое образование с широким или узким основанием. Лечение хирургическое. Истинные папилломы встречаются редко. У детей они представлены узелками красно-розового цвета на тонкой ножке, у взрослых - ороговевающими выростами, локализующимися вблизи лимба.

# ПАПИЛЛОМА

- Папиллома это довольно частая опухоль конъюнктивы. Вокруг опухоли может быть выраженная сосудистая реакция. Папилломы часто распространяются на роговицу. Клинически они трудноотличимы от рака, но в отличие от него более подвижны, имеют узкое основание, под опухоль можно подвести шпатель.



Папилломы, локализующиеся в области полулунной складки, слезного мясца и конъюнктивы глазного яблока, обычно протекают без явлений ороговения.



- Клинически представляют собой красноватые, обильно васкуляризованные сосочковые разрастания на тонкой ножке, напоминающие тутовую ягоду или цветную капусту. Иногда бывают множественными, часто рецидивируют, но малигнизация их наблюдается редко. *Лечение:* криодекструкция или лазерэксцизия, хирургическое удаление новообразования.



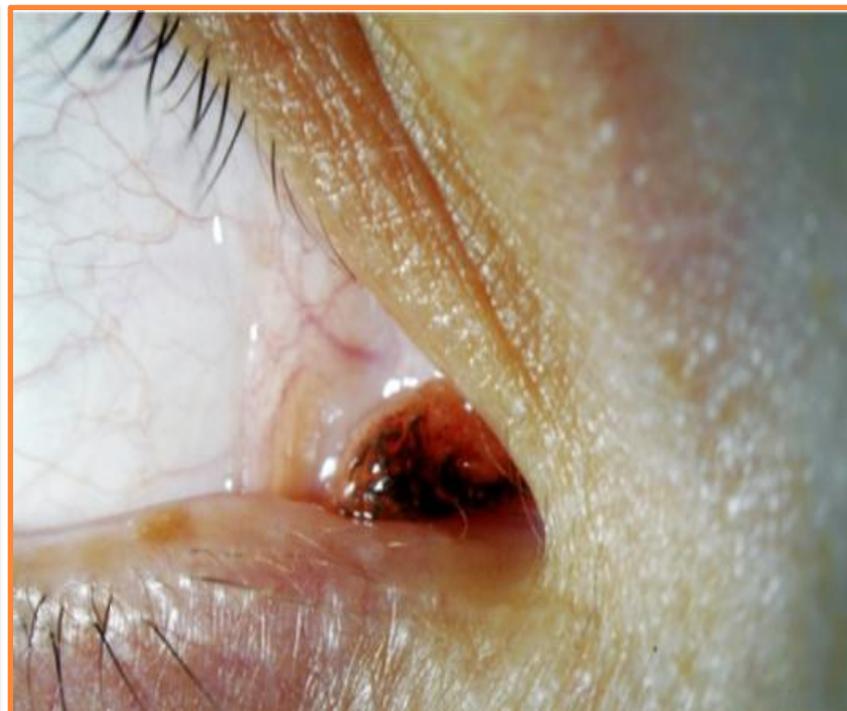
## КИСТА ЖЕЛЕЗЫ КРАУЗЕ

- Локализуется в своде конъюнктивы, чаще нижнем. Может достигать больших размеров, содержимое прозрачное. Лечение хирургическое (прокол стенки кисты).

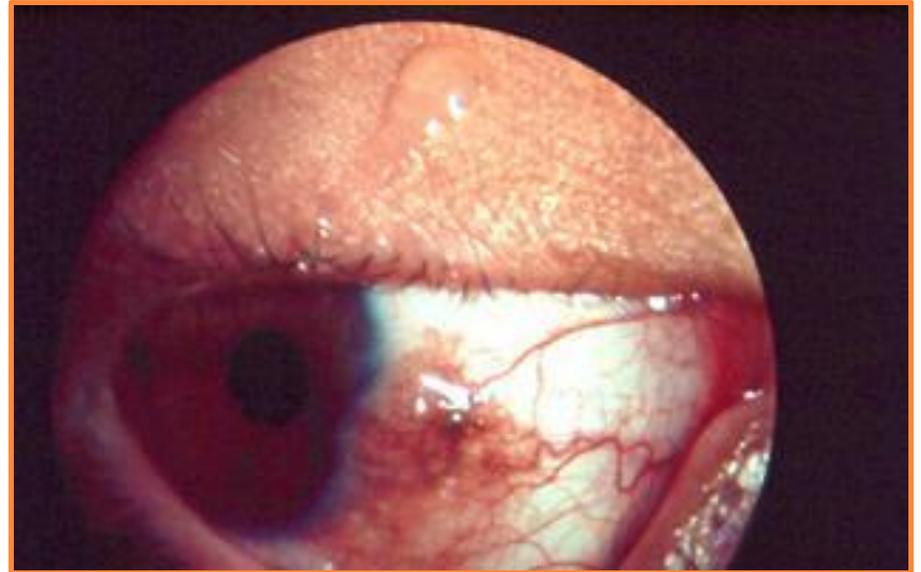


# НЕВУС КОНЬЮНКТИВЫ

- Невус конъюнктивы, обычно проявляется как пятно различной степени окраски: он желтоватого до интенсивно коричневого или даже чёрного. Наиболее частая локализация – лимб (место перехода роговицы в склеру), но они могут встречаться и в других местах – на слёзном мясце, полулунной складке и интермаргинальном крае век



□ Как правило, невусы конъюнктивы – плоские или слабо проминирующие образования, легко смещаемые от склеры стеклянной глазной палочкой. Исключение составляют невусы области лимба. Они могут присутствовать с рождения, но чаще не обнаруживаются до тех пор, пока не приобретут заметную пигментацию. 30 % невусов конъюнктивы у детей – амеланотичны .

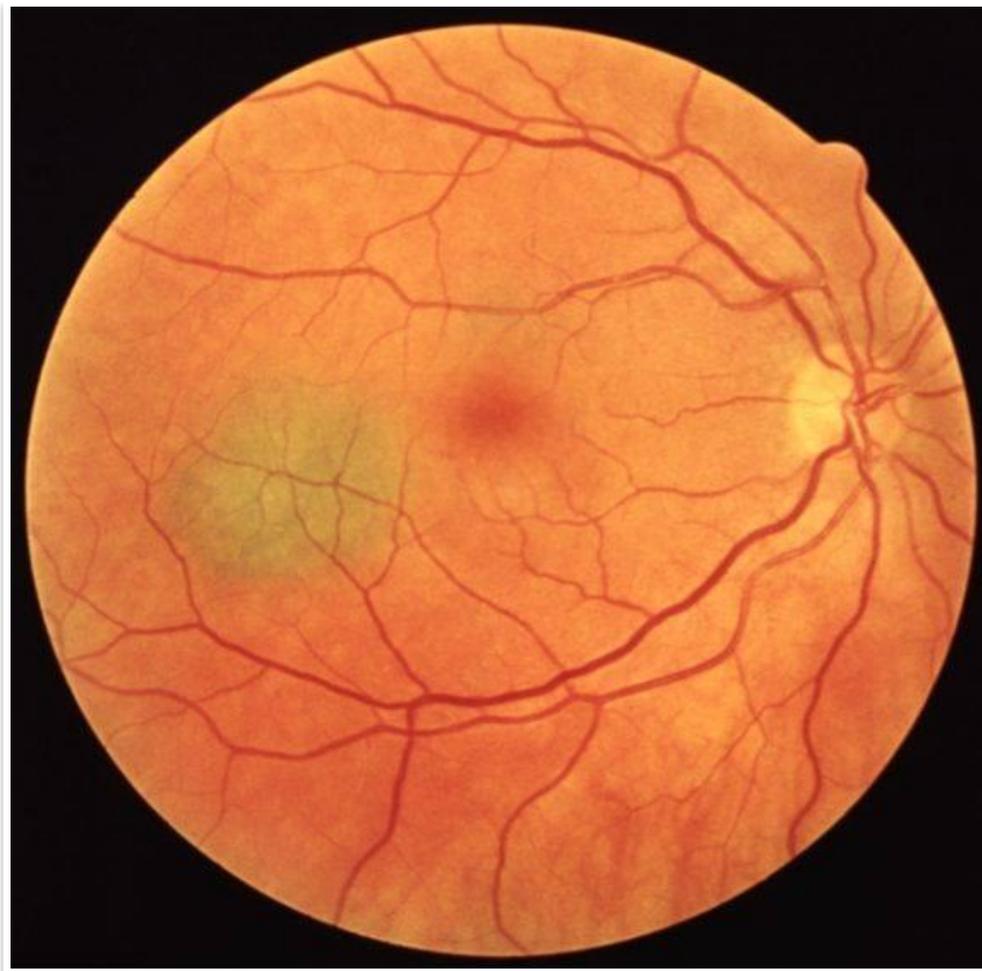


□ Клиническая картина невусов отличается чрезвычайным разнообразием. Различаются не только степень пигментации, но и размеры образования, степень выстояния над плоскостью конъюнктивы, васкуляризация. Границы опухоли при биомикроскопии могут быть как четкими, так и размытыми с нежным венчиком подводящих сосудов.



Беспигментные невусы выглядят розоватыми или желтоватыми образованиями с хорошо развитой сетью изломанных сосудов.

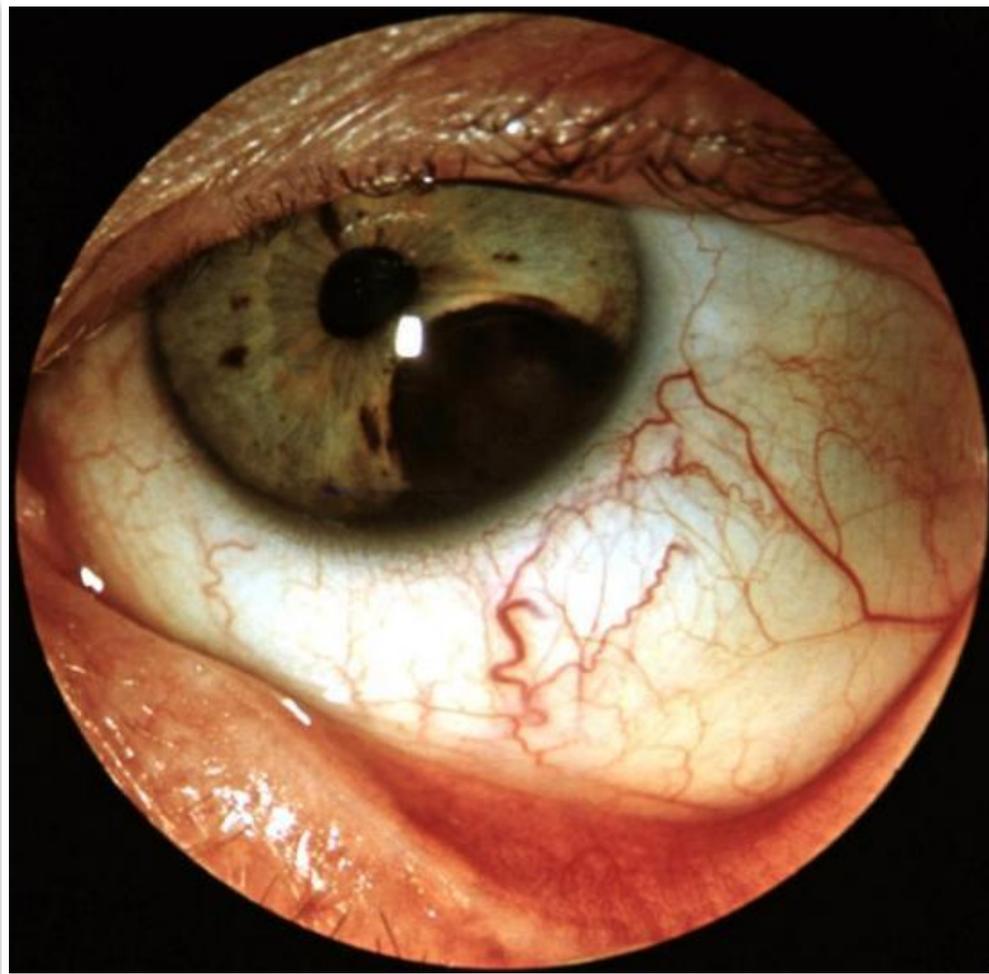




- Стационарные невусы – доброкачественные образования, не меняющиеся с течением времени и не представляющие угрозы для жизни. Они не требуют лечения или удаления. Достаточно лишь следить за ними в динамике. Для этого необходимо с периодичностью 1 раз в год посещать врача-офтальмолога и показывать ему невусный нарост. Как правило, при стационарных невусах, пациент и сам не отмечает каких-либо проблем со зрением.

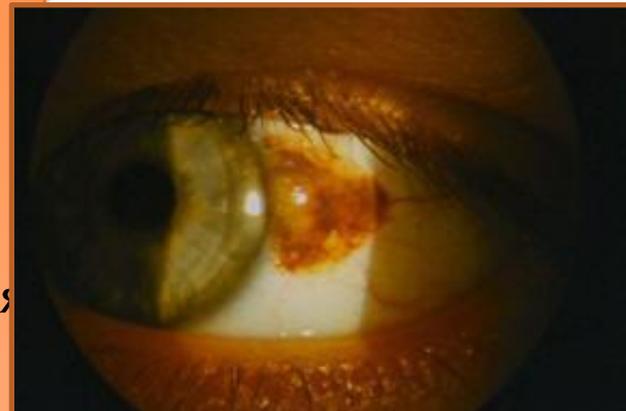


□ Прогрессирующие невусы возникают, если родинка увеличивается в размерах, меняет свой вид. Дополнительными симптомами могут служить ухудшение зрения, сокращение поля видимости и другие проблемы со зрением, которые пациент может заметить и до врачебного осмотра. В случае прогрессирующего невуса хориоидеи, помимо увеличения объема нароста, врач может заметить дистрофический характер изменений в пигментном эпителии и прилежащей сетчатке. В некоторых случаях может произойти их отслойка.



□ **Клиническими признаками активизации роста невусов конъюнктивы служат:**

- увеличение размеров пятна
- появление зоны воспаления вокруг образования
- усиление васкуляризации в виде появления пучка приводящих телеангиоэктатических сосудов, которые в толще опухоли формируют сеть изломанных сосудов
- изменение характера пигментации — пестрота окраски-, чередование участков желтоватого цвета с почти черными;
- рост не только по толщине, но и по глубине в субконъюнктивальную ткань
- размытость границ образования с появлением венчика пигментации
- при локализации невуса в паралимбальной зоне - появление локального отека средних слоев роговицы.



## ЛЕЧЕНИЕ.

- Стационарные невусы подлежат наблюдению. Лучший способ оценки клинического состояния является фотографирование с занесением в базу данных. При документальном подтверждении роста показано широкое иссечение образования в пределах здоровых тканей.
- Хирургические методы (радио- , электро- и лазерэксцизия) – остаются единственными на сегодняшний момент радикальными способами лечения прогрессирующих невусов.



# Меланоз

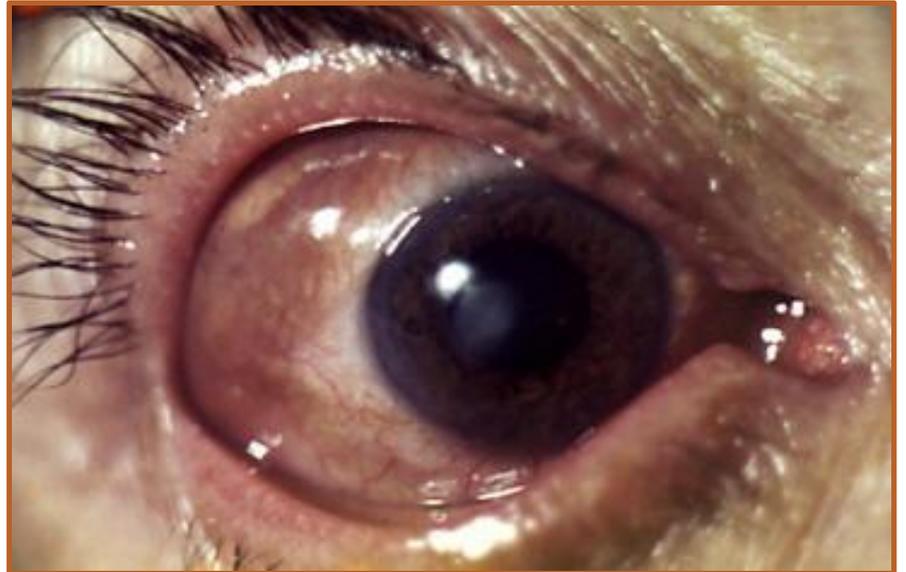
В конъюнктиве и склере может встречаться редкий вид врожденной или приобретенной аномалии пигментации – меланоз. Он обусловлен увеличением интенсивности пигментации.



Диагноз меланоз клинически ставится на основании выраженной пигментации тканей глаза. Определение типа меланоза основывается на трех основных положениях. Необходимо точно установить, является ли каждый конкретный случай врожденной или приобретенной патологией. Врожденный меланоз является первичным. Приобретенный меланоз бывает первичным и вторичным.

# Врожденный меланоз

- Врожденный меланоз конъюнктивы, как правило, сочетается с гиперпигментацией сосудистого тракта глаза. Врожденный меланоз протекает бессимптомно. Клинически меланоз проявляется наличием голубовато-серых пигментированных участков различной интенсивности пигментации в субконъюнктиве и/или эписклере.



## Вторичный приобретенный меланоз

- Двусторонний приобретенный меланоз почти всегда вторичный. Своим происхождением вторичный меланоз, скорее всего, обязан метаболическим или токсическим факторам и не является предрасполагающим моментом к развитию злокачественной меланомы. Вторичный приобретенный меланоз может возникнуть при аддисоновой болезни, беременности, некоторых опухолях, например, при феохромоцитоме. Он может развиваться при продолжительном системном применении некоторых лекарственных препаратов, например, хлорпромазина или эпинефрина. Усиление меланогенеза отмечено при инстилляциях в конъюнктивальный свод ксалатана. Вторичный приобретенный меланоз может развиваться в ответ на воспаление в конъюнктиве вирусного или бактериального происхождения. Интенсивная пигментация настолько ступшевывает клиническую картину, что становится причиной ошибочного диагноза — злокачественной меланомы.



Рис. 20.9. Меланома конъюнктивы и орбиты, развившаяся на фоне первичного приобретенного меланоза конъюнктивы.



## Первичный приобретенный меланоз



- Первичный приобретенный меланоз (primary acquired melanosis -РАМ) – представляет собой пигментированное заболевание конъюнктивы с высокой частотой малигнизации. Синонимы: атипичная меланоцитарная гиперплазия, злокачественная меланома *in situ*, предраковый меланоз. Синоним предраковый меланоз связан с именем американского офтальмолога Reese, который продолжительный период времени наблюдал пациентов с этой патологией и первым обратил внимание на высокую частоту перерождения меланоза в меланому. Согласно данным этого офтальмолога переход в злокачественную меланому имеет место в 17 % случаев, смертность при этом оставляет 40 %.

## Лечение.

- ❑ Врачебная тактика при меланозах зависит от клинических проявлений. Слабо или умеренно выраженный меланоз без признаков клеточной атипии и прогрессирования (стадия 1А) на первом этапе подлежит простому наблюдению. Диспансерное наблюдение за больными РАМ следует проводить каждые 3 месяца.
- ❑ При появлении клеточной атипии и клинических симптомов прогрессирования (стадия 1В), подтвержденного официально с помощью фотографической документации, может быть использована брахитерапия. Ряд офтальмологов из-за высокого риска озлокачествления рекомендуют безотлагательно производить широкое иссечение пораженной конъюнктивы с местной химиотерапией митомицином С.
- ❑ Другие офтальмоонкологи склоняются к мысли, что при РАМ с признаками клеточной атипии целесообразно использовать монотерапию Митомицином С. Инстилляции 0,04-0,02% раствора митомицина С назначаются х 4 раза в день в течение 28-30 дней в качестве местной химиотерапии. Отмечен хороший эффект с частичной или даже полной регрессией.
- ❑ Наличие первичных признаков малигнизации требует применения тактики, адекватной для меланомы конъюнктивы (см. Ниже). Своевременное и правильное лечение имеет первостепенное значение при этой патологии и является основным видом профилактики малигнизации.

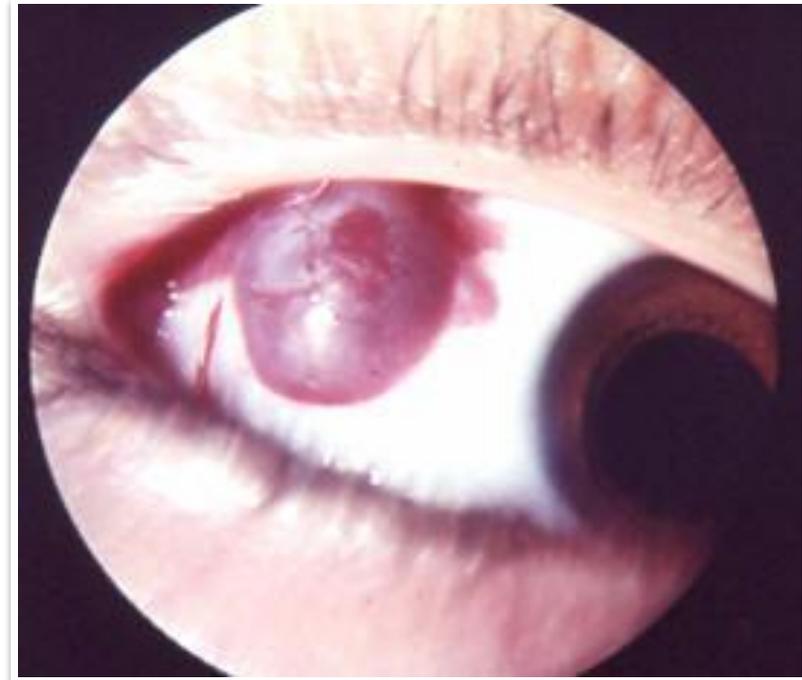
# Дермоид



- Наряду с перечисленными образованиями на глазу довольно часто встречаются врожденные образования – дермоиды. Дермоид (dermoid) – врожденная гамартома беловато-желтого цвета, плотной консистенции доброкачественного характера. Состоит из соединительной ткани, выстланной многослойным плоским эпителием, с пучками волос, волосяных луковиц, потовыми железами, жиром, мышечной тканью. Дермоиды чаще возникают в наружном углу глаза, но могут развиваться и паралимбально.

# ОПУХОЛИ КОНЬЮНТИВЫ АНГИОГЕННОГО И ЛИМФОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Конъюнктивa обильно снабжена кровеносными и лимфатическими сосудами, которые в норме не просматриваются. В ряде случаев эти сосуды или их клеточные элементы могут стать источниками развития широкого спектра опухолей. Эта группа заболеваний подразделяется на: доброкачественные и злокачественные. В свою очередь среди доброкачественных опухолей сосудистого генеза выделяют гемангиомы и лимфангиомы



*Гемангиома конъюнктивы с распространением в орбиту.*



## Капиллярная гемангиома

- абсолютно доброкачественное образование, чаще всего врожденного генеза и проявляется с момента рождения или несколькими неделями позже. В 30,2 % случаев пациенты с этой патологией имеют сочетанное поражение нескольких областей, например, конъюнктивы глаза и век и/или орбиты. Реже капиллярные гемангиомы ассоциируются с распространенным гемангиоматозом висцеральных органов.



*Капиллярная гемангиома с распространением в своды*

**Капиллярные гемангиомы** слегка возвышаются над плоскостью конъюнктивы, врастают в неё и деформируют в ходе роста, изменяя глазную щель. В случае распространения этой формы опухоли в толще верхнего века у пациента развивается опущение верхнего века с соответствующим сужением глазной щели.

- **Лечение** капиллярных гемангиом зависит от формы и размера. При плоскостных формах роста успешно применяется криотерапия. В случаях узловых форм небольшого размера может быть рекомендована погружная диатермокоагуляция без использования инфильтрационной анестезии, но под инстилляцией 2% раствора дикаина. Введение анестетика под конъюнктиву может препятствовать достижению оптимальной температуры в зоне коагуляции, гася патоморфический эффект. При опухолях значительных размеров возможно несколько этапов диатермокоагуляции. Эффективность этого метода может быть усилена с помощью локального или системного введения стероидов или интерферонов. Добавление этих лекарственных препаратов ускоряет регрессию образования и приводит к формированию плоского атрофического рубца. Однако в литературе описаны осложнения, связанные с приемом стероидов. Они включают окклюзию центральной артерии сетчатки, некроз и депигментацию век, линейную атрофию подкожного жира, супрессию надпочечников и другие .
- В качестве альтернативных методов могут быть предложены лазертерапия, хирургическое удаление и обкалывание опухоли интерферонами или стероидами, как самостоятельные способы лечения или в комбинации друг с другом.  
Приобретенная капиллярная гемангиома подлежит простому наблюдению, поскольку не несет злокачественный потенциал. Хирургическому лечению подлежат растущие гемангиомы или создающие проблемы косметического характера.

▣ **Гемлимфангиомы** редко встречаются как самостоятельное проявление патологии конъюнктивальных сосудов, чаще они являются поверхностным составляющим компонентом глубокой диффузной орбитальной лимфангиомы у детей. В последнем случае их клинические симптомы выявляются уже в первую декаду жизни ребенка и проявляются многофокусными проминирующими над поверхностью глаза образованиями различных размеров, состоящими из дилатированных лимфатических сосудов, с кистообразными и ампулообразными формированиями на их концах. В большинстве случаев кисты и ампулообразные «мешочки» на концах лимфатических сосудов заполнены компонентами крови. Эти образования носят название «шоколадных» кист. Они погружены в утолщенную, желтовато-розовую конъюнктиву.

▣ **Гистологически лимфангиома** представлена клубочком дилатированных сосудистых каналов с порочно развитой стенкой, кистовидными полостями выстланными одним слоем эндотелиальных клеток. Каналы заполнены лимфой и/или кровью. Рисунок опухоли напоминает железистую ткань. Опухоль бедна стромальными элементами, капсула отсутствует.



*Гемлимфангиома  
конъюнктивы с  
распространением в  
орбиту.*



- **Лимфангиома** может развиваться в любом возрасте. Эта опухоль встречается гораздо реже, чем гемангиома. Хотя, как правило, она носит врожденный характер и проявляется в раннем возрасте, медленно прогрессируя с ростом ребенка
- Характер роста лимфангиомы может быть как диффузным, так и отграниченным. Растет образование в основном медленно. В литературе описаны случаи спонтанной регрессии и склероза образования. Излюбленное место локализации лимфангиом - конъюнктива глазного яблока и век, в область полулунной складки, слезного мясца. Клинически лимфангиомы проявляются как опухолевидные, проминирующие над поверхностью конъюнктивы образования, состоящие из клубочков дилатированных сосудов, заполненных прозрачной опалесцирующей или желтоватой жидкостью, мало смещаемой стеклянной палочкой от подлежащих тканей глаза. Они имеют тестоватую консистенцию.





**Рис. 135** Лимфангиома Смещение глазного яблока



**Рис. 136** Глиома зрительного нерва

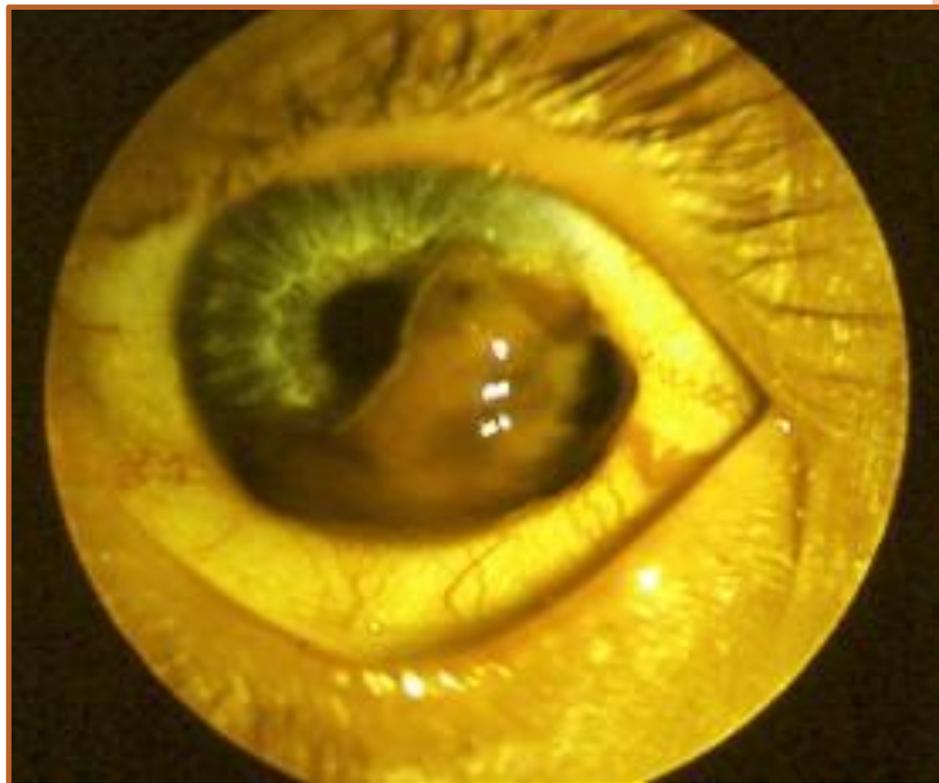
## □ Лечение.

- Лечение конъюнктивальных гемлимфангиом часто неблагоприятное занятие, поскольку ни полное хирургическое удаление, ни радиотерапия не могут устранить их полностью. Использование СО<sub>2</sub>- лазера является полезным приложением к хирургическим и радиотерапевтическим методам. Тем не менее, и он не дает полного клинического эффекта. Его применение показано в случаях маленьких, нераспространенных лимфангиом □. Маленькие лимфангиомы могут быть удалены с помощью одного СО<sub>2</sub> лазера или радионожа. В лечении больших по диаметру опухолей предпочтительна брахитерапия.
- Прогноз при своевременно начатом лечении, как правило, хороший. Однако при прорастании в орбиту опухоль может создавать угрозу для зрительных функций из-за сдавления опухолью зрительного нерва. Прогноз для жизни превосходен.



# Меланома конъюнктивы

Редкая злокачественная опухоль. Она составляет всего 1,6 % от всех нежных форм меланом. Болеют в основном пожилые люди в возрасте старше 60 лет, хотя и у детей это новообразование встречается. Пик заболеваемости составляет 55,6 лет.



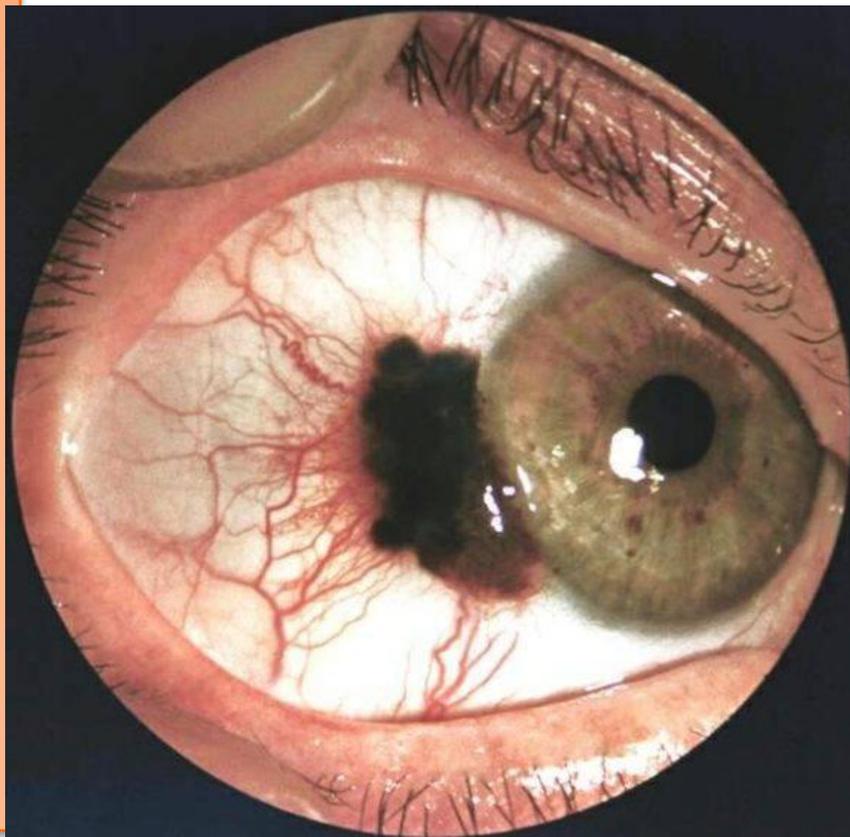
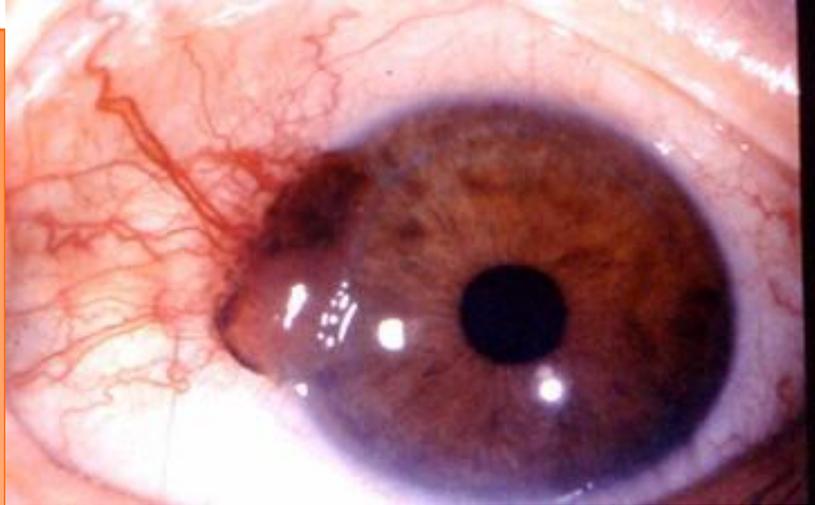
Меланомой конъюнктивы чаще страдают светлокожие пациенты



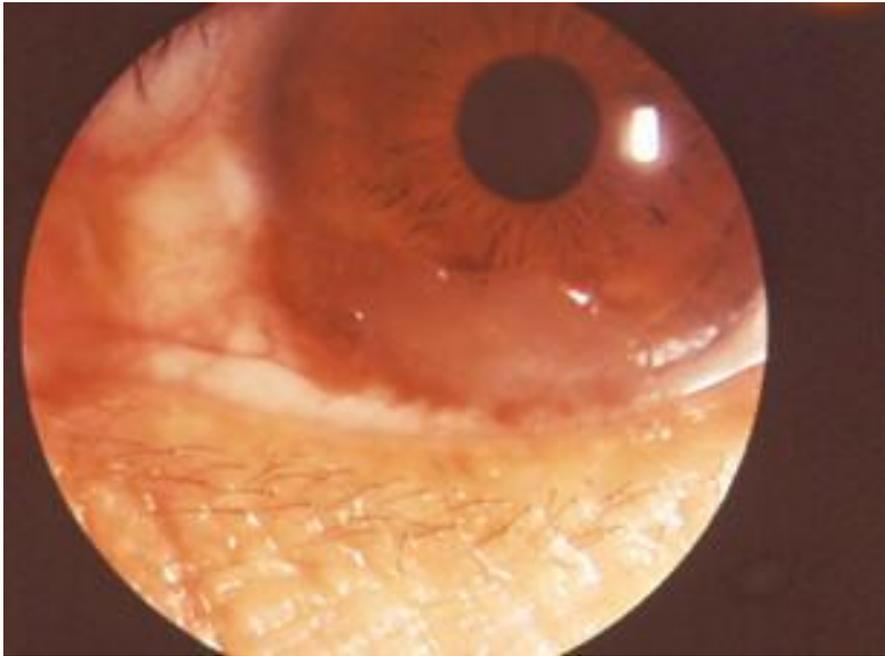
## *Клиническая*

*картина* пигментированной меланомы конъюнктивы довольно типична. Чаще всего опухоль локализуется в области лимба или слёзного мясца, но может расти и на конъюнктиве века.

Новообразование представляет собой один или несколько проминирующих узлов различной степени пигментации от розового с пигментными вкраплениями до почти чёрного цвета. По краям опухоли, как правило, видны «пигментные дорожки». Окружает опухоль венчик мелких радиально идущих сосудов, отходящих от застойных расширенных эписклеральных сосудов. Опухоль плотная, ограниченно смещаемая или неподвижная (при врастании в склеру). Встречаются одиночные узлы на «ножке» (узловая форма) или разрозненные образования с тенденцией к слиянию.



- Затруднения в диагностике вызывают беспигментные формы меланомы. В этом случае опухоль представлена желтовато-розоватыми плотными массами с различной степенью выстояния над поверхностью конъюнктивы, окруженными сетью эктатически расширенных сосудов.



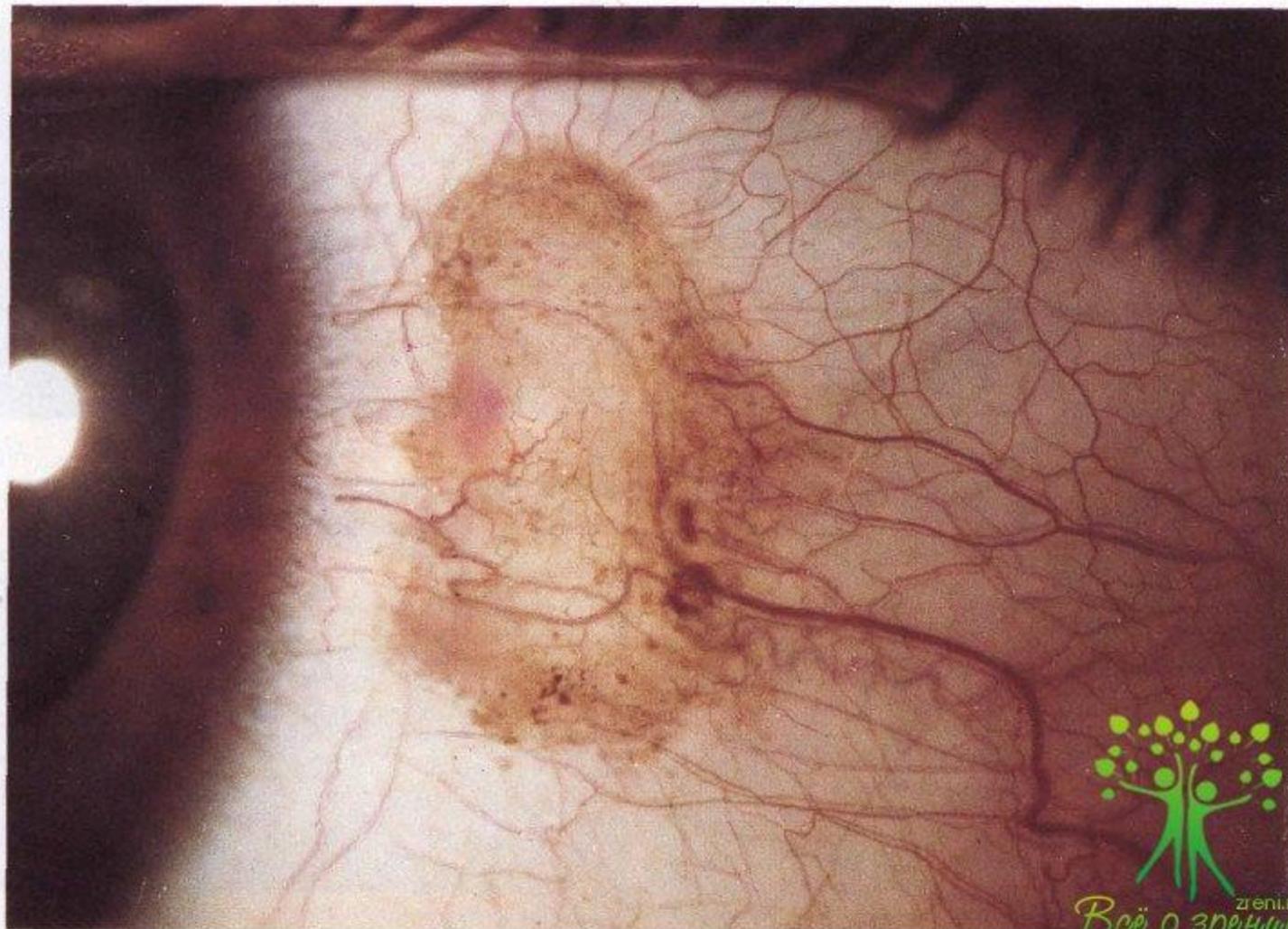
*Малопигментированная меланома*



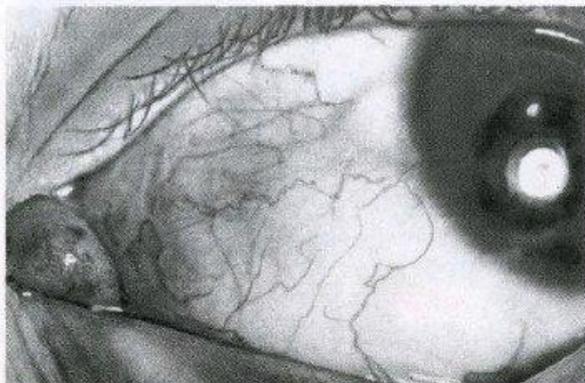
*Беспигментная меланома*



□ Слабопигментированная меланобластома  
конъюнктивы глазного яблока



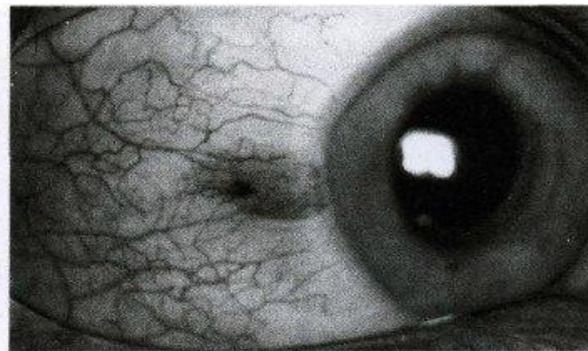
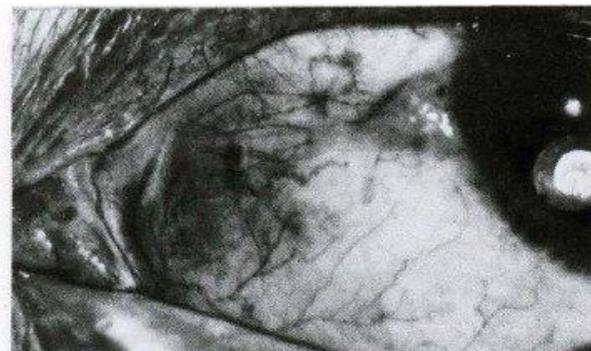
a<sub>1</sub>



a<sub>2</sub>

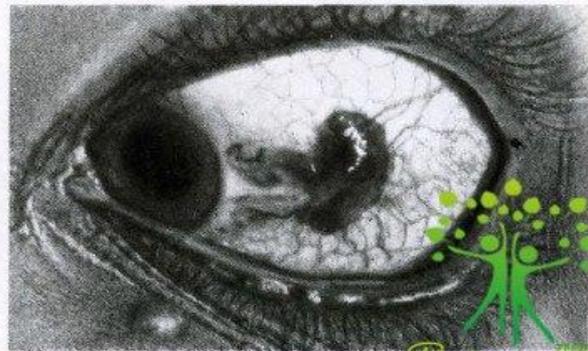
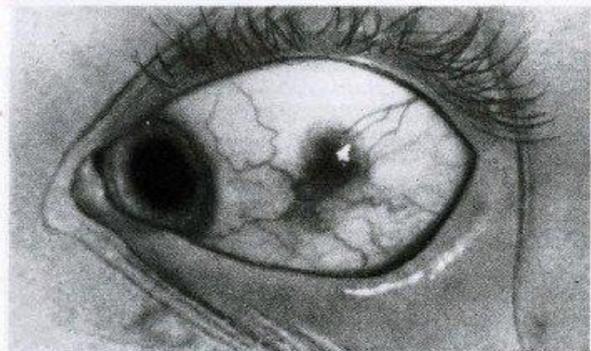


zreni.ru  
Всё о зрении



b<sub>1</sub>

b<sub>2</sub>

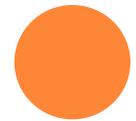


zreni.ru  
Всё о зрении

b<sub>1</sub>

b<sub>2</sub>

Слабопигментированные новообразования конъюнктивы склеры (а-в). Слева - фотоснимки в обычном видимом свете, справа - в ультрафиолетовых лучах, на которых контуры новообразований выявлены значительно более отчетливо.



- Меланома, развившаяся в области лимба, нередко распространяется на роговицу и вызывает помутнение её периферических отделов в форме серпа или полумесяца с эрозированием или даже изъязвлением эпителия над зоной распространения опухоли. Быстро растущая меланома часто изъязвляется и кровоточит.
- Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины, данных цитологического исследования мазка-отпечатка с поверхности эрозированного участка опухоли или данных теста радиофосфорной индикации с  $^{32}\text{P}$ .



□ Вид лечения зависит от стадии заболевания, на которой оно диагностировано.

В лечении локализованной меланомы (стадии T1-2N0M0) применяют комбинации различных методов. Возможны локальная лазер- или радиозэксцизия опухоли с применением двойной криофиксации. Хороший эффект дают пред- и интраоперационные аппликации и постоперационные инстилляциии митомицина С.

Одним из эффективных методов лечения, который может использоваться самостоятельно или в комбинации с другими методами лечения - брахитерапия.

Глубокое распространение опухоли в толщу склеры с ростом внутрь глаза (стадия T3-4N0M0, ) требует энуклеации.

Распространение меланомы в своды и орбиту (стадия T4N0M0) (чаще всего при локализации в области слёзного мясца) требует расширения объёма оперативного вмешательства до экзентерации с предварительной лучевой терапией (УМПП).



# Чешуйчато-клеточный рак конъюнктивы

Чешуйчато-клеточный рак конъюнктивы наблюдается редко. К провоцирующим факторам относят ультрафиолетовое облучение, папилломатозный вирус человека и ВИЧ-инфекцию.

Чаще **опухоль** диагностируют у лиц старше 50 лет. Она может располагаться в любом отделе конъюнктивы. Первыми признаками заболевания являются локальная гиперемия и утолщение конъюнктивы. Опухоль может иметь вид папилломатозного беловато-розового узла и даже белесоватого птеригиума в сочетании с элементами воспаления. Границы ее нечеткие, на поверхности в опухолевых сосочках хорошо видны хаотично расположенные нежные собственные сосуды



Опухоль характеризуется достаточно медленным ростом. Агрессивность ее обусловлена инвазией в глубже лежащие ткани, разрушением роговицы, склеры и прорастанием опухолевых масс в полость глаза. Выбор метода лечения определяется локализацией и размерами опухоли. При небольших опухолях, расположенных на лимбе и роговице, выраженный эффект дает инсталляция митомицина С по специальной схеме в течение 2 нед. Возможна комбинация локального иссечения опухоли с криодеструкцией. При локализации опухоли вне лимба и роговицы показана брахитерапия в сочетании с локальной лазеркоагуляцией или электроэксцизией либо широкая эксцизия с одновременными криоапликациями по раневой поверхности.

