

Ծայրամասային եղջերաթաղանթի հիվանդությունների բնութագիրը՝ նեոպլազիաների վերլուծությամբ և կլինիկական դեպքերի քննարկմամբ

Հ.Ս.Հովհաննիսյան, Ն.Գ.Վարդանյան, Ա.Վ.Հովսեփյան

Մ.Հերացու անվ. ԵրԴԲՀ, ակնաբուժության ամբիոն
375060, Երևան, Ֆուչիկի փ. 30

Բանալի բառեր՝ ծայրամասային եղջերաթաղանթ, լիմբային դերմոիդ, եղջերաթաղանթի/
շաղկապենու ներէպիթելային նորագոյացություն, ամնիոտիկ թաղանթի
պատվաստում

Ծայրամասային եղջերաթաղանթ (ԾԵ) իրենից ներկայացնում է կոռնեոսկլերալ լիմբին հարող եղջերաթաղանթի 2մմ-անոց հատված: ԾԵ առանձնահատկություններն են հարակից լիմբել լիմբի անոթային ցանցին, սպիտապատյանին, էպիսկլերային, շաղկապենուն և եղջերաթաղանթի էպիթելային ցողունային բջիջների տեղադրությունը, որոնցից առաջանում են եղջերաթաղանթի բոլոր էպիթելային բջիջները: Յուրույնային բջիջների բացակայության դեպքում եղջերաթաղանթի մակերեսը լավանում է շաղկապենացման (կոնյունկտիվիզացման) միջոցով, որն ավարտվում է էպիթելի անկանոնությամբ և մակերեսային անոթավորմամբ:

ԾԵ իր նյութափոխանակային պահանջները մասամբ բավարարում է լիմբի անոթային ցանցի միջոցով, ուստի անոթային ցանցի ցանկացած ախտաբանական փոփոխություն (մասնավորապես վասկուլիտները), իր ազդեցությունն է գործում ԾԵ-ի վրա: Վասկուլիտները կարող են հանգեցնել ԾԵ-ի արյունամատակարարման խանգարմանը: Բացի այդ, անոթային ցանցից մի շարք նյութերի թափանցումը ԾԵ կարող է առաջացնել վերջինիս պոտորում: Մյուս կողմից, ԾԵ-ի մեջ իմունադեֆուլինների և կոմպլեմենտի կուտակումը այս գոտին դարձնում է ենթակա մի շարք բորբոքային հիվանդությունների, որոնք կարող են ուղղված լինել կամ էկզոգեն հակածիճների, կամ սեփական հյուսվածքի դեմ: Շաղկապենուն, էպիսկլերային և սպիտապատյանին մոտ գտնվելու պատճառով վերոհիշյալ թա-

ղանթների ախտահարումների (տրախոմա, գարմանային կերատոկոնյունկտիվիտ, վերին լիմբային կերատոկոնյունկտիվիտ, էպիսկլերիտ, սկլերիտ) դեպքում պրոցեսի մեջ կարող է ներգրավվել նաև ԾԵ-ը:

ԾԵ-ի հիվանդությունների դասակարգումը

1. Նեոպլաստիկ
 - ա) Լիմբային դերմոիդ
 - բ) Եղջերաթաղանթի/շաղկապենու ներէպիթելային նորագոյացություն (ԵՆՆ)
2. Դեգեներատիվ
3. Հարակից հյուսվածքների հետ զուգակցված
4. Բորբոքային/հոգային
5. Վարակային (ինֆեկցիոն)

Եղջերաթաղանթի նորագոյացությունները (նեոպլազիաները) հազվադեպ են հանդիպում: Դրանցից է լիմբային դերմոիդը, որը բնածին է, չի պրոգրեսիվում, չի ենթարկվում չարորակ դեգեներացիայի, գրեթե միշտ տեղակայված է ստորին քունքային լիմբի շրջանում և կազմված է հաստ դերմայանման կոլագենից, որի մեջ գտնվում են մի շարք հավելյալ կառուցվածքներ (մազեր, ճարպագեղձեր կամ քրտնագեղձեր, ճարպ): Բուժումն ուղղված է կոսմետիկ արատի վերացմանը: Ուռուցքի մակերեսային տեղակայման դեպքում այն հեռացվում է լամելյար դիսեկցիայի միջոցով: Իսկ եթե լիմբային դերմոիդը

ընդգրկում է եղջերաթաղանթի և կարծրեցող խորը շերտերը, անհրաժեշտ է կատարել լամելյար փոխապատկաստում:

Առաջնային ձեռքբերովի մեղանոցը և երկրորդային չարորակ մեղանոցները լիմբի շրջանի կամ ԾԵ-ի նկատմամբ որևէ յուրահատուկ հակում չունեն: Այս դեպքում վերոհիշյալ շրջանները կարող են ընդգրկվել երկրորդաբար՝ պերի-լիմբալ շաղկապենուց պիգմենտային բջիջների միգրացիայի միջոցով: Սակայն եղջերաթաղանթի/շաղկապենու ներէպիթելային նորագոյացությունը (ԵՆՆ) (corneal/conjunctival intraepithelial neoplasia – CIN) գրեթե միշտ ընդգրկում է լիմբը, հավանաբար այն պատճառով, որ այս ուռուցքները ծագում են էպիթելային ցողունային բջիջներից: Ռիսկի խմբին են պատկանում արևի ուղղակի ճառագայթների տևական ազդեցությամբ ենթարկված սպիտակամաշկ անձինք, ինչպես նաև մարդու պապիլոմավիրուսի 16 և 18 շտամներով վարակվածները [1-3]:

ԵՆՆ-ը կարող է դրսևորվել թեթև դիսպլազիայից մինչև ինվազիվ թեփուկավոր բջջային կարցինոմայի (երբ ճեղքվում է էպիթելի հիմային թաղանթը) տեսքով: Դիսպլազիան հյուսվածաախտաբանորեն բնութագրվում է բջիջների հիպերպլազիայով, ատիպիկությամբ, հիմային էպիթելի հաստնացման ապակազմավորմամբ (maturational disorganization) և կախված էպիթելի ներգրավման աստիճանից կարող է լինել թեթևից մինչև ծանր: Էպիթելի ամբողջ հաստությունն ընդգրկող դիսպլազիան կոչվում է carcinoma in situ: ԵՆՆ-ը կարող է դրսևորվել ժելատինային զանգվածի կամ լայն, հարթ հիմքով, ծուփավոր եզրերով բարձրացած վահանիկի տեսքով, որը տեղակայվում է լիմբի շրջանում, տարածվում է շրջագծով և առաջացնում աչքի չափավոր գրգռվածություն [4]: Հազվադեպ, եղջերաթաղանթի օջախները ծագում են լիմբի բարձրակ օջախից, ինչպիսիք են պտերիգիոմը և պինգվեկուլան կամ de novo [4, 5]:

Ախտորոշումը կատարվում է ըստ բնորոշ կլինիկական պատկերի, իսկ կասկածելի դեպքերում կատարվում է բիոպսիա և Papanicolaou-ի ցիտոլոգիական հետազոտություն: ԵՆՆ-ի բուժումն ընդգրկում է լամելյար դիսսեկցիան՝ ռեզեկցիայի և շաղկապենային եզրի կրիոթերապիայի հետ: Կրիոթերապիան զգալիորեն նվազեցնում է ռեցիդիվների քանակը [6, 7]: ԵՆՆ-ի վիրահատական բուժման ժամանակակից եղա-

նակ է հանդիսանում ամնիոտիկ թաղանթի պատվաստումը, որը ներկայումս կիրառվում է նաև Ս. Վ. Մալայանի անվան ակնաբուժական կենտրոնում:

Նյութեր և մեթոդներ

2005–2006 թթ. Ս. Վ. Մալայանի անվան ակնաբուժական կենտրոն են ընդունվել 2 հիվանդ (67 և 86 տարեկան)՝ զանգատվելով աչքում օտար մարմնի զգացումից և աչքի կոսմետիկ տեսքից:

Օբյեկտիվորեն հիվանդների մոտ հայտնաբերվել է լայն, հարթ հիմքով, ծուփավոր եզրերով բարձրացած վահանիկ, որը մի դեպքում տեղակայված էր ստորին, մյուս դեպքում՝ վերին լիմբի շրջանում: Բնորոշ կլինիկական պատկերի հիման վրա ախտորոշվել է *եղջերաթաղանթի կարցինոմա in situ*: Կատարվել է նեոսյազիայի վիրահատական հեռացում, թերմոկոագուլյացիա և ամնիոտիկ թաղանթի պատվաստում: Հեռացված նեոսյաստիկ հյուսվածքը ուղարկվել է հյուսվածաբանական հետազոտության, որը հաստատել է կլինիկական ախտորոշումը: Հետվիրահատական շրջանում հիվանդներին նշանակվել են հակաբիոտիկ և ստերոիդի համակցված աչքի կաթիլներ (Neladex, Maxitrol)՝ 1 կաթիլից, օրը 4 անգամ, 2 շաբաթ տևողությամբ:

Արդյունքները և դրանց բնագրությունը

Հիվանդների մոտ 2 շաբաթ անց արձանագրվել է էպիթելի լրիվ ռեզեկցիայի և նշանակվել են արհեստական արցունքի կաթիլներ: 6 ամիս անց հիվանդները կրկին հետազոտվել են: Նորագոյացության ռեցիդիվ չի դիտվել, եղջերենու էպիթելը եղել է հարթ, հիվանդները աչքի արտաքին տեսքի հետ կապված որևէ զանգատ չեն ներկայացրել:

Այսպիսով, ամնիոտիկ թաղանթի կիրառումը՝ նորագոյացության ռեզեկցիայից հետո, զգալիորեն արագացնում է էպիթելի ռեզեկցիայի, կամիում է բորբոքային պրոցեսի զարգացումը, ապահովում է հիվանդի նշանակալից հարմարավետությունը (ցավի, սուր ծակոցի զգացման բացակայություն) և նպաստում է արագ ապաքինմանը:

Поступила 02.02.07

Характеристика болезней периферической роговицы с анализом неоплазий и обсуждением клинических случаев

А. С. Оганесян, Н. Г. Варданян, А. В. Овакимян

Периферическая роговица представляет собой 2 мм участок роговицы, примыкающий к корнеосклеральному лимбу. Вследствие нахождения вблизи от склеры, эписклеры и конъюнктивы, при поражении этих оболочек роговица тоже может быть вовлечена в процесс.

Неоплазии роговицы (лимбальный дермоид, корнеальная/конъюнктивальная интраэпителиальная неоплазия – КИН) встречаются редко. Лечение КИН включает ламеллярную диссекцию вместе с резекцией и криотерапией конъюнктивального края. Последняя значительно уменьшает количество рецидивов. В 2005-2006 гг. в Офтальмологический центр им. С. В. Малайяна поступили 2 больных с клиническим диагнозом *карцинома*

in situ роговицы, который подтвердился после гистологического исследования. Неоплазия была удалена хирургическим путем, была сделана термокоагуляция и пересадка амниотической мембраны. Повторное исследование больных через 6 месяцев после операции не выявило рецидивов неоплазии, а эпителий роговицы был плоским.

Таким образом, пересадка амниотической мембраны после резекции неоплазии заметно ускоряет регенерацию эпителия, предотвращает развитие воспалительного процесса, обеспечивает комфорт больного и способствует быстрому выздоровлению.

Characteristics of peripheral corneal diseases with analysis of neoplasia and discussion of clinical cases

H.S. Hovhannisyan, N.G. Vardanyan, A.V. Hovakimyan

The peripheral cornea is the 2 mm of the cornea adjacent to the corneoscleral limbus. The most important difference between the peripheral and central cornea is the proximity of the former to the limbal vascular arcades. Because of its proximity to the conjunctiva, episclera and sclera, the peripheral cornea may also be involved in the process when these membranes are affected. Neoplastic diseases of the cornea (mainly limbal dermoid tumor and corneal/conjunctival intraepithelial neoplasia (CIN)) are uncommon. Management of CIN consists of lamellar dissection, surgical excision and cryotherapy of the conjunctival margin of the resection. The latter significantly reduces the recurrence rate. During 2005-2006 2 patients were

admitted to Ophthalmological Center after S. V. Malayan with clinical diagnosis of carcinoma in situ of peripheral cornea, which furtherly was confirmed by histological examination. Surgical excision of the neoplasia, thermocoagulation and amniotic membrane grafting were performed. The patients were examined 6 months later and no recurrence of the neoplasia was found, the corneal epithelium was regular and smooth. So, application of amniotic membrane grafting significantly enhances epithelial regeneration, prevents development of inflammatory process, provides noticeable comfort for patients and contributes to quick recovery.

Литература

1. *McDonnell J.M., Mayr A.J., Martin W.J.* DNA of human papillomavirus type 16 in dysplastic and malignant lesions of the conjunctiva and cornea, *N. Engl. J. Med.*, 1989, 320: 1442-1446.
2. *Lauer S.A., Malter J.S., Meier J.R.* Human papillomavirus type 18 in conjunctival intraepithelial neoplasia, *Am. J. Ophthalmol.*, 1990, 110: 23-27.
3. *Scott I.U., Karp. C.L., Nuovo G.J.* Human papillomavirus 16 and 18 expression in conjunctival intraepithelial neoplasia, *Ophthalmology*, 2002, 109: 542-547.
4. *Waring G.O. 3rd, Roth A.M., Ekin's M.B.* Clinical and pathologic description of 17 cases of corneal intraepithelial neoplasia, *Am. J. Ophthalmol.*, 1984, 97: 547-559.
5. *Cambell R.J., Bourne W.M.* Unilateral central corneal epithelial dysplasia, *Ophthalmology*, 1981, 88: 1231-1238.
6. *Fraunfelder F.T., Wingfield D.* Management of intraepithelial conjunctival tumors and squamous cell carcinomas, *Am. J. Ophthalmol.*, 1983, 95: 359-363.
7. *Peksayar G., Soyuturk M.K., Remiryon M.* Long-term results of cryotherapy on malignant epithelial tumors of the conjunctiva, *Am. J. Ophthalmol.*, 1989, 107: 337-349.