

# Воспалительные заболевания век с позиции офтальмоонколога

Е.Е. Гришина

Московский областной НИИ им. М.Ф. Владимирского

## РЕЗЮМЕ

У онкологических больных при сниженном иммунитете, на фоне специфического противоопухолевого лечения могут развиваться различные воспалительные заболевания век. Многие опухоли также могут протекать под видом воспалительных заболеваний век. В статье описываются клинические симптомы основных воспалительных заболеваний век в свете дифференциальной диагностики с опухолями век.

В пользу опухоли говорят нетипичная картина воспалительного заболевания, отсутствие болевого синдрома, неэффективность противовоспалительного лечения. Диагноз опухоли окончательно устанавливается после морфологического исследования биоптата.

При отсутствии уверенности в диагнозе воспалительного заболевания век целесообразно воздерживаться от назначения тепловых процедур, физиотерапии или инъекций глюкокортикоидов. Все подозрительные на опухоль образования должны подвергаться биопсии с обязательным морфологическим исследованием биоптата.

**Ключевые слова:** абсцесс век, флегмона век, Т-клеточная лимфома кожи век; халязион, аденокарцинома мейбомиевой железы; ячмень, саркома Капоши век; блефарит, базальноклеточный рак, карцинома *in situ*.

**Для цитирования:** Гришина Е.Е. Воспалительные заболевания век с позиции офтальмоонколога // РМЖ. Клиническая офтальмология. 2017. № 3. С. 190–193.

## ABSTRACT

Inflammatory eyelid diseases from an ophthalmic oncologist's perspective  
Grishina E.E.

M.F. Vladimirsrky Moscow Regional Clinical and Research Institute

In cancer patients with reduced immunity, various inflammatory diseases of the eyelids can develop against the background of specific antitumor treatment. But many tumors can also occur as inflammatory diseases of the eyelids.

The article describes the clinical symptoms of the main inflammatory diseases of the eyelids in the light of differential diagnosis with tumors of the eyelids. The clinical picture of tumors of the eyelids, masked under inflammatory diseases, is highlighted. Particular attention is paid to the description of T-cell lymphoma of the skin of the eyelids, adenocarcinoma of the meibomian gland, Kaposi's sarcoma, skin cancer with spread to the rib edge of the eyelid, and precancerous skin diseases.

An atypical picture of an inflammatory disease, a lack of pain syndrome, an ineffectiveness of anti-inflammatory treatment, "out-of-eye" manifestations of the disease (lymphoma, Kaposi's sarcoma) are the signs of the tumor. The diagnosis of the tumor is finally established after the morphological examination of the biopsy specimen.

**Key words:** abscess of the eyelids, phlegmon of the eyelids, T-cell lymphoma of the skin of the eyelids; chalazion, adenocarcinoma of the meibomian gland; sty, Kaposi's sarcoma; blepharitis, basal cell carcinoma, carcinoma *in situ*.

**For citation:** Grishina E.E. Inflammatory eyelid diseases from an ophthalmic oncologist's perspective // RMJ. Clinical ophthalmology. 2017. № 3. P. 190–193.

Воспалительные заболевания век многообразны. В зависимости от этиологического фактора различают инфекционные и неинфекционные блефариты, мейбومیиты, дерматиты и т. д. По течению заболевания они делятся на острые и хронические. По локализации процесса выделяют поражение всех тканей века, воспаление края века, воспаление желез века. Возможно изолированное воспаление кожи век – дерматит, чаще аллергического генеза.

Острое воспаление может распространяться на все ткани века и быть ограниченным или разлитым. Ограниченное острое гнойное воспаление века – абсцесс. Если острое гнойное воспаление приобретает разлитой характер, развивается флегмона. Острое гнойное воспаление возникает после различных повреждений кожи, укусов насекомых, эпиляции бровей, выдавливания ячменя. Острое гнойное воспаление век у маленьких детей нередко развивается при синуситах.

Веки богаты железами, имеющими различное строение и выполняющими разные функции. В толще хрящевой пластинки расположены многочисленные железы альвеолярного строения с длинными выводными протоками, идущими параллельно друг другу, – мейбомиевые железы. Через тарзальную конъюнктиву они просвечивают в виде желтоватых вертикальных полос. Устья выводных протоков видны у «серой линии» края века в виде мелких точек. Мейбомиевы железы представляют собой разновидность сальных желез. Основная функция мейбомиевых желез – формирование липидного слоя прекорнеальной пленки.

Для мейбомиевых желез характерен голокриновый тип секреции, т. е. продукция липидов мейбомиевыми железами сопровождается разрушением клеток желез. При закупорке выводного протока железы липиды попадают в хрящевую пластинку, вызывая хроническое гранулематозное воспаление с гигантоклеточной реакцией – халязион.

У ресниц располагаются сальные железы Цейса по две у каждого волосяного фолликула. Секрет желез Цейса выделяется в волосяной фолликул. При хроническом продуктивном воспалении железы Цейса развивается так называемый краевой халязион.

Острое гнойное воспаление сальных или потовых желез с формированием локального абсцесса называется наружным ячменем. Острое гнойное воспаление мейбомиевой железы приводит к развитию внутреннего ячменя.

Двустороннее воспаление краев век или блефарит, как правило, имеет хроническое течение. Стафилококковый блефарит сопровождается изъязвлением краев век, трихиазом и выпадением ресниц.

Хорошо известно, что под видом халязиона может скрываться рак мейбомиевой железы, однако и другие опухоли могут маскироваться под воспалительные заболевания век. На основании анализа диагностических ошибок позволим себе их описать и прокомментировать.

Как правило, диагноз рака мейбомиевой железы устанавливается после оперативного лечения «халязиона» и гистологического исследования удаленного материала. Если гистологическое исследование не проводится, то это приводит к многократному удалению «рецидивирующего халязиона» и позднему выявлению аденокарциномы мейбомиевой железы. Так, в нашем институте проходила лечение больная, которой в лечебном учреждении по месту жительства 4 раза проводили операции по поводу «халязиона» верхнего века правого глаза. Гистологическое исследование удаленного материала не проводилось! При поступлении больная предъявляла жалобы на боли в правом глазу, его легкое покраснение, уплотнение в толще верхнего века. При осмотре правого глаза обращали на себя внимание уплотнение в средней трети верхнего века без четких границ с деформацией утолщенного реберного края, трихиаз. Эрозии в верхней половине роговицы обусловили роговичный синдром: светобоязнь, слезотечение, боль. На конъюнктиве верхнего века в средней трети были видны рубцы. Пальпация и УЗИ периферических лимфатических узлов не выявили их увеличение. Была проведена биопсия образования верхнего века. Гистологическое исследование биоптата «халязиона» подтвердило предположение о раке мейбомиевой железы. Больная была направлена на локальную дистанционную лучевую терапию опухоли верхнего века правого глаза.

Аденокарцинома сальной железы встречается преимущественно на веках и чрезвычайно редко развивается на

коже других областей. В основном страдают лица пожилого возраста, чаще женщины. Преобладают опухоли из мейбомиевых желез, реже развиваются опухоли из эпителия сальных желез Цейса и еще реже – из сальных желез слезного мясца и брови. Высокая степень злокачественности аденокарциномы мейбомиевой железы определяется быстрым метастазированием в регионарные лимфоузлы и отдаленные органы [1]. На ранних стадиях опухоль напоминает халязион. Это обстоятельство диктует необходимость обязательного гистологического исследования тканей при оперативном лечении любого халязиона, но особенно это важно в случаях его рецидивирующего течения. По мере роста аденокарциномы мейбомиевой железы, в отличие от халязиона, возникает не только уплотнение, но и деформация хряща. Отмечаются втянутость в межреберном пространстве века и трихиаз (рис. 1).

В межреберном пространстве появляются плотные массы желтоватого цвета. Иногда опухоль прорастает хрящ век с формированием на конъюнктиве серовато-красноватых кровотокающих разрастаний [2]. В большинстве случаев аденокарцинома мейбомиевой железы сопровождается односторонним конъюнктивитом, блефаритом, мейбomioитом и выраженным синдромом «сухого глаза». Возможны случаи мультицентрического роста опухоли. Основным методом лечения аденокарциномы мейбомиевой железы является дистанционная лучевая терапия [3].

Особого внимания требует установление диагноза халязиона у больных различными злокачественными опухолями в генерализованной стадии заболевания. У больных с ослабленным иммунитетом во время химиотерапии нередко развиваются дисфункция мейбомиевых желез, мейбomioиты и блефариты, что способствует появлению халязиона. Однако нельзя исключить возможность метастатического поражения век. На ранних этапах метастаз в веко может выглядеть как обычный халязион. Опухоль быстро увеличивается в размерах, прорастает пальпебральную конъюнктиву с образованием сероватых, легко кровоточащих при прикосновении псевдогрануляций.

Клинические проявления метастатических опухолей придаточного аппарата глаза встречаются редко и изучены плохо. Чаще всего в веки метастазируют рак молочной железы, рак легкого, опухоли желудочно-кишечного тракта, меланомы. Метастатическое поражение придаточного аппарата глаз часто сочетается с другими метастазами в глаз или орбиту, но, главное, всегда возникает на фоне поражения других органов, что определяет плохой прогноз для жизни. Если общее



Рис. 1. Аденокарцинома верхнего века левого глаза

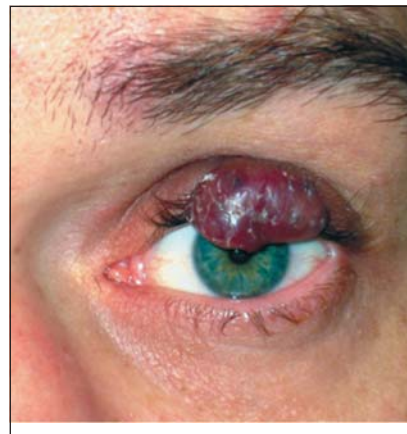


Рис. 2. Саркома Капоши верхнего века левого глаза



Рис. 3. Саркома Капоши кожи плеча того же больного

состояние больного позволяет провести хирургическое лечение халязиона, удаленный материал обязательно должен подвергаться гистологическому исследованию [4].

В последнее время участились ошибки в диагностике другой опухоли – саркомы Капоши. Для этой опухоли наиболее типичным является поражение кожи. Излюбленная локализация кожных опухолей: ноги, лицо и гениталии. На коже появляются безболезненные пятна или папулы разнообразных оттенков – от нежно-розового до ярко-красного цвета. Приблизительно у 20% больных саркомой Капоши в процесс вовлекаются веки и конъюнктива [5]. Такие изменения кожи век нередко диагностируют как ячмень (рис. 2, 3).

Так, мужчина, 30 лет, был направлен на консультацию в наш институт с диагнозом «ячмень верхнего века, резистентный к противовоспалительной терапии». Получал сухое тепло, 5 сеансов УВЧ-терапии. При осмотре на верхнем веке правого глаза диагностировано безболезненное образование кожи ярко-красного цвета около 1,5 см в диаметре. Образование появилось 1 нед. назад и быстро увеличилось в размерах. Три дня назад аналогичное образование возникло на правой щеке. При детальном расспросе больного выяснилось, что он ВИЧ-инфицирован и состоит на учете в противο-СПИДовом центре по месту жительства. Последние 4 мес. на прием не являлся. Лечения не получал. Было высказано предположение о саркоме Капоши. Диагноз опухоли подтвержден морфологически. Больной направлен на лечение основного заболевания к инфекционисту.

Изменения конъюнктивы при саркоме Капоши обычно локализуются в сводах и имеют вид мелких красноватых узелков. Реже развивается большой безболезненный узел мягкой консистенции, который ошибочно принимают за грануляционный полип при халязионе. Иногда появляется плоская опухоль конъюнктивы ярко-красного цвета, которая имитирует субконъюнктивальное кровоизлияние.

Саркома Капоши – редкое заболевание, которое, как правило, возникает на фоне иммунодефицита. Возраст больных – 30–40 лет. ВИЧ-инфицированные лица заболевают саркомой Капоши в 300 раз чаще, чем основное население [6]. К группе риска развития саркомы Капоши относятся также больные, получающие иммуносупрессоры после пересадки органов.

Хочется подчеркнуть, что при появлении безболезненных кожных пятен и папул красного цвета у больных с иммунодефицитом необходимо прежде всего исключить сар-

кому Капоши. Такие изменения кожи век редко бывают изолированными и сочетаются с поражением кожи на других участках тела [7].

Согласно современным представлениям о патогенезе саркомы Капоши, пусковым механизмом развития заболевания являются нарушение иммунного статуса и возникающая при этом повышенная продукция клетками многих цитокинов: ИЛ-6, ИЛ-1, ФНО и др. В отличие от нормальных мезенхимальных клеток, опухолевые клетки саркомы Капоши особенно чувствительны к воздействию клеточных ростовых факторов. Высокая продукция цитокинов вызывает экспрессию гена *tat*, который играет ключевую роль в патогенезе опухоли – обеспечивает миграцию опухолевых клеток. Кроме того, он стимулирует ангиогенез опухоли – эндотелиальные клетки начинают формировать новую капиллярную сеть.

Саркома Капоши у лиц, не страдающих ВИЧ-инфекцией, обычно имеет торпидное течение и не требует системной терапии. Саркома Капоши у ВИЧ-инфицированных больных развивается быстро и часто сопровождается поражением внутренних органов. Такие больные нуждаются прежде всего в лечении основного заболевания – ВИЧ-инфекции.

Большие сложности у офтальмологов вызывает диагностика Т-клеточной лимфомы век. Опухоль сопровождается такими изменениями, как отек и уплотнение века, гиперемия кожи. Такое состояние принимают за абсцесс века. Так, больному 47 лет с жалобами на отечность и несколько болезненное уплотнение обоих век правого глаза без флюктуации, резкую нечетко отграниченную гиперемию кожи век с поверхностным изъязвлением на отдельных участках провели вскрытие «абсцесса». Выделилось небольшое количество сукровичного отделяемого. В связи с неэффективностью местной и общей противовоспалительной терапии был направлен на консультацию к офтальмоонкологу. При первичном осмотре привлекало внимание несоответствие выраженности клинических симптомов, болевого синдрома и отсутствие общей реакции организма в виде повышенной температуры тела, лейкоцитоза и изменения лейкоцитарной формулы. Из анамнеза известно, что он страдает Т-клеточной кожной неходжкинской лимфомой. Несколько месяцев назад в области правого предплечья появились изменения кожи, аналогичные описанным выше. Начат курс противоопухолевого лечения Т-клеточной лимфомы. Была проведена биопсия ново-



Рис. 4. Грибовидный микоз (вариант Т-клеточной кожной лимфомы) век правого глаза



Рис. 5. Грибовидный микоз кожи правого предплечья того же больного

образования кожи век правого глаза. Диагноз Т-клеточной кожной лимфомы века подтвержден морфологически.

В коже преобладают Т-лимфоциты, поэтому кожная лимфома часто бывает Т-клеточной. Для этого вида опухоли характерна инфильтрация дермы опухолевыми Т-лимфоцитами. На границе эпидермиса и дермы развиваются множественные микроабсцессы, которые обуславливают появление очагов болезненной гиперемии кожи и ее поверхностное изъязвление. Установление правильного диагноза у данного пациента стало возможным благодаря грамотно собранному анамнезу, осмотру «внеглазных» проявлений заболевания, оценке клинических симптомов заболевания века (рис. 4, 5). Считается, что поражение век при грибовидном микозе (варианте Т-клеточной лимфомы) ассоциируется с плохим витальным прогнозом [8].

Особый интерес представляет дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний края век (блефарита и мейбومیита) и злокачественной опухоли кожи век с преимущественным ростом вдоль реберного края века. Такой рост опухоли встречается при базальноклеточном раке кожи (рис. 6), плоскоклеточном раке кожи и предраковых заболеваниях (болезни Боуэна). Морфологически эпителиома Боуэна имеет все признаки рака. Атипичные кератоциты объединяются в сосочкоподобные структуры. Возникают очаги паракератоза. Появляются клеточный полиморфизм, атипичные митозы, многоядерные клетки. Но процесс не распространяется глубже базальной мембраны эпидермиса. При отсутствии своевременного лечения опухоль трансформируется в плоскоклеточный рак [9].

Стафилококковый блефарит нередко проявляется изъязвлением кожи и неправильным ростом ресниц. Язвенный

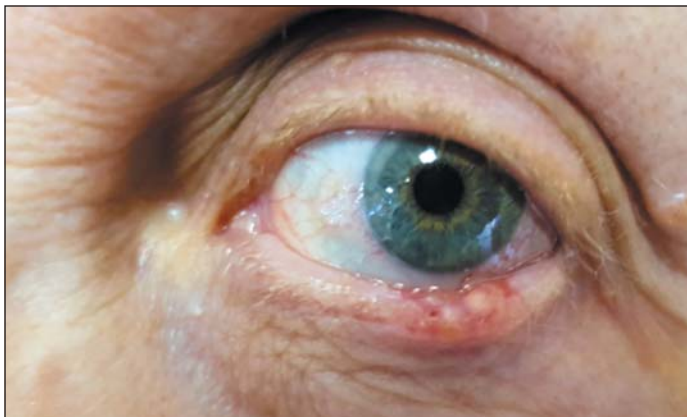


Рис. 6. Базальноклеточный рак кожи нижнего века левого глаза



Рис. 7. Карцинома in situ нижнего века левого глаза

блефарит – двусторонний процесс, хотя выраженность симптомов может быть неодинаковой на разных участках век.

При локализации злокачественной опухоли кожи у края века обращает на себя внимание нарушение роста ресниц. Реберный край представляется утолщенным, наблюдается локальная гиперемия пальпебральной конъюнктивы. Нередко поверхность опухоли изъязвляется.

Карцинома *in situ*, или эпителиома Боуэна, на коже век встречается крайне редко. Клинически имеет вид бляшек небольших размеров (несколько мм в диаметре) темно-красного цвета с чешуйками на поверхности (рис. 7).

После снятия чешуек обнажается мокнущая бугристая поверхность опухоли. При локализации новообразования у ресничного края нарушается рост ресниц [10].

Таким образом, при локальном поражении одного века в виде изъязвления реберного края и локального выпадения ресниц, при отсутствии эффекта от противовоспалительного лечения необходимо исключить новообразование кожи века.

В заключение считаем важным отметить, что у онкологических больных при сниженном иммунитете, на фоне специфического противоопухолевого лечения могут развиваться различные воспалительные заболевания век. Но и многие опухоли могут протекать под видом воспалительных заболеваний век. Это так называемый «маскарадный синдром». В пользу опухоли говорят нетипичная картина воспалительного заболевания, отсутствие болевого синдрома, неэффективность противовоспалительного лечения. Диагноз опухоли окончательно устанавливается после морфологического исследования биоптата. При удалении халязиона гистологическое исследование удаленного материала является залогом успешного лечения.

При отсутствии уверенности в диагнозе воспалительного заболевания век целесообразно воздерживаться от назначения тепловых процедур, физиотерапии или инъекций глюкокортикоидов. Все подозрительные на опухоль образования должны подвергаться биопсии с обязательным морфологическим исследованием биоптата.

### Литература

- Shields J.A., Demirci H., Marr B.P. et al. Sebaceous carcinoma of the eyelids: personal experience with 60 cases // *Ophthalmology*. 2004. Vol. 111(12). P. 2151–2157.
- Gerber D.M., Meyer P., Messerli J.O. et al. Masquerade of sebaceous gland carcinoma as a rapidly recurring "chalazion", a case report // *Klin Monbl Augenheilkd*. 2001. Vol. 218(5). P. 391–393.
- Бровкина А.Ф., Вальский В.В., Гусев Г.А. и др. Офтальмоонкология / под ред. А.Ф. Бровкиной. М.: Медицина, 2002. С. 192–204 [Brovkina A.F., Valsky V.V., Gusev G.A. et al. *Ophthalmooncology*. Ed. by A.F. Brovkina. M.: Meditsina Publishers, 2002. P. 192–204 (in Russian)].
- Гришина Е.Е. Злокачественные новообразования глаза и его придаточного аппарата // *Энциклопедия клинической онкологии* / под ред. М.И. Давыдова. М.: РИЦ, 2004. С. 519–533 [Grishina E.E. Malignant tumors of the eye and its adnexa // *Encyclopedia of Clinical Oncology*. Ed. By M.I. Davidov. M.: RLS, 2004. P. 519–533 (in Russian)].
- Гришина Е.Е. Опухоли вспомогательного аппарата глаза // *Руководство по клинической офтальмологии* / под ред. А.Ф. Бровкиной и Ю.С. Астахова. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 161–185 [Grishina E.E. Tumors of eye and its adnexa. In book "A management on clinical ophthalmology". Ed. by A.F. Brovkina, Y.S. Astakhov. M.: Medical news agency, 2014. P. 161–185 (in Russian)].
- Joshi U., Ceena D.E., Ongole R. et al. AIDS related Kaposi's sarcoma presenting with palatal and eyelid nodule. // *J Assoc Physicians India*. 2012. Vol. 60. P. 50–53. Review.
- Teixeira A.I., Neno M., Badura R. et al. Kaposi Sarcoma of the eyelid as an initial manifestation of AIDS // *Dermatol Online J*. 2016. 22(7). pii: 13030/qt2jw6t7cs.
- Gül U., Soyly S., Aslan E. et al. Uncommon presentation of mycosis fungoides: eyelid margin involvement // *J Dermatol*. 2008. Vol. 35(9). P. 581–554.
- Вит В.В. Опухолевая патология органа зрения. Одесса: Астропринт, 2009. Т. 1. С. 27–64 [Vit V.V. Tumoral pathology of an organ of vision. Odessa: Astroprint, 2009. Vol. 1. P. 42–47 (in Russian)].
- Tzoutzos K., Batistatou A., Kitsos G. et al. Retrospective clinicopathological study of 129 cancerous and 18 precancerous lesions of the eyelids in // *North-Western Greece. Int Ophthalmol*. 2017. Vol. 37(1). P. 203–208.