

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ГЛАЗНИЦЫ, СИМУЛИРУЮЩИЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ



Общие сведения

Выделяют несколько воспалительных заболеваний, имеющих большое значение в дифференциальной диагностике опухолей глазницы. Наиболее важные из них — тиреоидная офтальмопатия (thyroid-related ophthalmopathy — TRO) и идиопатическое негранулематозное воспаление глазницы (idiopathic nongranulomatous orbital inflammation — INOI) (воспалительный псевдотумор, синдром идиопатического воспаления глазницы — idiopathic orbital inflammatory syndrome, IOIS). Кроме того, существует несколько бактериальных, грибковых и идиопатических гранулематозных процессов, которые также могут развиваться в глазнице.

Тиреоидная офтальмопатия — часто встречающееся аутоиммунное заболевание, обычно связанное с гипертиреозом. Богатая номенклатура этого любопытного состояния противоречива и запутанна, она включает в себя такие определения, как болезнь Грейвса, орбитопатия Грейвса, офтальмопатия Грейвса, тиреоидная болезнь глаза, тиреоидная орбитопатия, тиреоидная офтальмопатия, дистиреоидная орбитопатия, дистиреоидная офтальмопатия, тиреоид-зависимая орбитопатия, тиреоид-ассоциированная орбитопатия и тиреоид-ассоциированная офтальмопатия. Для обозначения этого состояния мы избрали термин «тиреоидная офтальмопатия», поскольку это состояние обычно связано с дисфункцией щитовид-

ной железы и, кроме глазницы, поражает и другие структуры глаза (веки, конъюнктиву).

Тиреоидная офтальмопатия обычно поражает глазодвигательные мышцы и имеет довольно характерную картину. В некоторых случаях это заболевание может клинически и рентгенологически симулировать новообразование. Клинической картине, патогенезу, патологической анатомии и лечению тиреоидной офтальмопатии посвящены многочисленные статьи и монографии, в настоящей главе мы цитируем лишь наиболее значимые и современные из них (1–20).

Клиническая картина

Клинически у пациента с тиреоидной офтальмопатией обычно наблюдаются характерный односторонний или двусторонний экзофтальм, ретракция века, отставание верхнего века при взгляде вниз, отек век и гиперемия и отек конъюнктивы. В клинически более выраженных случаях у пациента развивается диплопия, обнажение роговицы, кератопатия и отек диска зрительного нерва вследствие сдавления зрительного нерва в глазнице.

Подходы к диагностике

Хотя существует множество лабораторных тестов, позволяющих оценить функцию щитовидной железы и диагностировать тиреоидную офтальмопатию, большинство

ТИРЕОИДНАЯ ОФТАЛЬМОПАТИЯ

клиницистов используют лишь основные анализы — на трийодтиронин (Т3), общий и свободный тироксин (Т4) и тиреотропный гормон (thyroid-stimulating hormone — TSH). Лучевые исследования глазницы стали надежным методом диагностики тиреоидной офтальмопатии. При компьютерной томографии и магнитной резонансной томографии выявляется характерное увеличение размеров прямых мышц без заметных изменений их сухожилий и жировой клетчатки глазницы. Эти информативные диагностические методы все шире применяются вместо ультразвукового исследования (9, 10).

Патологическая анатомия

При интраоперационном осмотре или изучении макропрепарата глазодвигательные мышцы увеличены в размерах и уплотнены до плотности резины. При гистологическом исследовании определяется инфильтрация пораженных увеличенных мышц лимфоцитами, плазматическими клетками и отдельными тучными клетками (19).

Лечение

В зависимости от тяжести процесса и развивающихся осложнений лечение тиреоидной офтальмопатии требует лишь наблюдения, применения кортикостероидов, лучевой терапии, выполнения тарзорафии или декомпрессии глазницы. Тактика лечения подробно описана в ответствующих руководствах (11–18).

Избранные ссылки

Обзоры

- Bartalena L, Wiersinga WM, Pinchera A. Graves' ophthalmopathy: State of the art and perspectives. *J Endocrinol Invest* 2004;27:295–301.
 - Prabhakar BS, Bahn RS, Smith TJ. Current perspective on the pathogenesis of Graves' disease and ophthalmopathy. *Endocr Rev* 2003;24:802–835.
 - Chavis PS. Thyroid and the eye. *Curr Opin Ophthalmol* 2002;13:352–356.
 - Hatton MP, Rubin PA. The pathophysiology of thyroid-associated ophthalmopathy. *Ophthalmol Clin North Am* 2002;15:113–119.
 - Bradley EA. Graves ophthalmopathy. *Curr Opin Ophthalmol* 2001;12:347–351.
 - Bahn RS. Understanding the immunology of Graves' ophthalmopathy. Is it an autoimmune disease? *Endocrinol Metab Clin North Am* 2000;29:287–296.
 - Wang Y, Smith TJ. Current concepts in the molecular pathogenesis of thyroid-associated ophthalmopathy. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2014;55:1735–1748.
 - Edmunds MR, Huntback J, Durrani OM. Are ethnicity, social grade, and social deprivation associated with severity of thyroid-associated ophthalmopathy? *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2014;30:241–245.
- ### Лучевая диагностика
- Konuk O, Atasver T, Unal M, et al. Orbital gallium-67 scintigraphy in Graves' ophthalmopathy. *Thyroid* 2002;12:603–608.
 - Rabinowitz MP, Carrasco JR. Update on advanced imaging options for thyroid-associated orbitopathy. *Saudi J Ophthalmol* 2012;26(4):385–392.
- ### Лечение
- Bartalena L, Pinchera A, Marcocci C. Management of Graves' ophthalmopathy: reality and perspectives. *Endocr Rev* 2000;21:168–199.
 - Clauser L, Galie M, Sarti E, et al. Rationale of treatment in Graves ophthalmopathy. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:1880–1894.
 - Gorman CA, Garrity JA, Fatourechi V, et al. The aftermath of orbital radiotherapy for Graves' ophthalmopathy. *Ophthalmology* 2002;109:2100–2107.
 - Gorman CA, Garrity JA, Fatourechi V, et al. A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study of orbital radiotherapy for Graves' ophthalmopathy. *Ophthalmology* 2001;108:1523–1534.
 - Chu YK, Kim SJ, Lee SY. Surgical treatment modalities of thyroid ophthalmopathy. *Korean J Ophthalmol* 2001;15:128–132.
 - Inoue Y, Tsuboi T, Kouzaki A, et al. Ophthalmic surgery in dysthyroid ophthalmopathy. *Thyroid* 2002;12:257–263.
 - Larsen DA, Ehlers N, Bek T. Thyroid-associated orbitopathy (TAO) treated by lateral orbital decompression. *Acta Ophthalmol Scand* 2004;82:108–109.
 - Hahn E, Paperriere N, Millar BA, et al. Orbital radiation therapy for Graves ophthalmopathy: measuring clinical efficacy and impact. *Pract Radiat Oncol* 2014;4:233–239.
- ### Гистология
- Hufnagel TJ, Hickey WF, Cobbs WH, et al. Immunohistochemical and ultrastructural studies on the exenterated orbital tissues of a patient with Grave's disease. *Ophthalmology* 1984;91:1411–1419.
- ### Клинические случаи
- Hornbeak DM, Tamhankar MA, Eckstein LA. No light perception vision from compressive thyroid orbitopathy. *Orbit* 2014;33:72–74.

● ТИРЕОИДНАЯ ОФТАЛЬМОПАТИЯ



Рисунок 26.1. Тиреоидная офтальмопатия с характерными экзофтальмом и ретракцией век, больше на правом глазу, у женщины 35 лет.



Рисунок 26.2. Тиреоидная офтальмопатия с двусторонним симметричным экзофтальмом и ретракцией век у женщины 43 лет.



Рисунок 26.3. КТ, аксиальная проекция: типичное увеличение глазодвигательных мышц при отсутствии изменений их сухожилий. В данном случае поражена, в основном, внутренняя прямая мышца.



Рисунок 26.4. КТ, корональная проекция, срез через среднюю часть глазницы: увеличение размеров некоторых прямых мышц.



Рисунок 26.5. Макропрепарат глазного яблока и глазодвигательных мышц, удаленный посмертно у больного тяжелой тиреоидной офтальмопатией. Обратите внимание на выраженное увеличение размеров всех глазодвигательных мышц (предоставлено Ralph C. Eagle, Jr, MD).

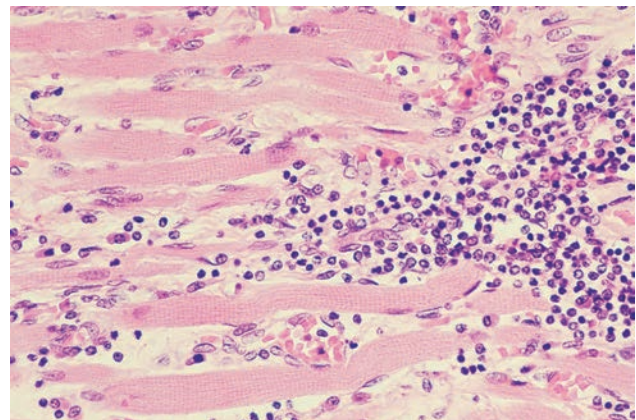


Рисунок 26.6. Гистологический препарат глазодвигательной мышцы больного тиреоидной офтальмопатией: наблюдается инфильтрация мышцы клетками хронического воспаления (гематоксилин-эозин, $\times 100$) (предоставлено Ralph C. Eagle, Jr, MD).

● ТИРЕОИДНАЯ ОФТАЛЬМОПАТИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ



Рисунок 26.7. Женщина средних лет с характерным отеком и ретракцией век и эзотропией левого глаза.

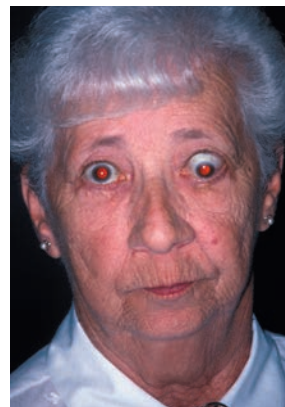


Рисунок 26.8. Женщина с ретракцией верхнего века правого глаза и тяжелым поражением левого глаза — глазное яблоко смещено вниз.



Рисунок 26.9. Двусторонняя ретракция век, вызывающая характерный «тиреоидный взгляд» у мужчины 27 лет.

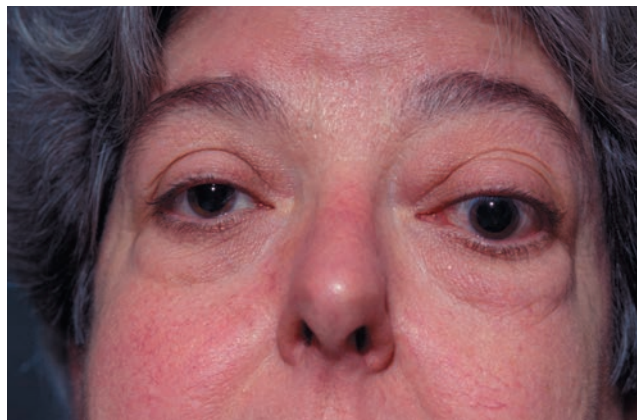


Рисунок 26.10. Односторонняя тиреоидная офтальмопатия левой глазницы у женщины 57 лет. В данном случае наблюдается левосторонний экзофтальм, отек и ретракция века выражены меньше.



Рисунок 26.11. КТ, аксиальная проекция: та же пациентка, что и на рисунке 26.10; определяется выраженное увеличение размеров внутренней прямой мышцы левого глаза; другие глазодвигательные мышцы заметно не увеличены. Обратите внимание на отсутствие изменений сухожилия прямой мышцы. Не связанный с тиреоидной офтальмопатией миозит часто сопровождается поражением сухожилия.

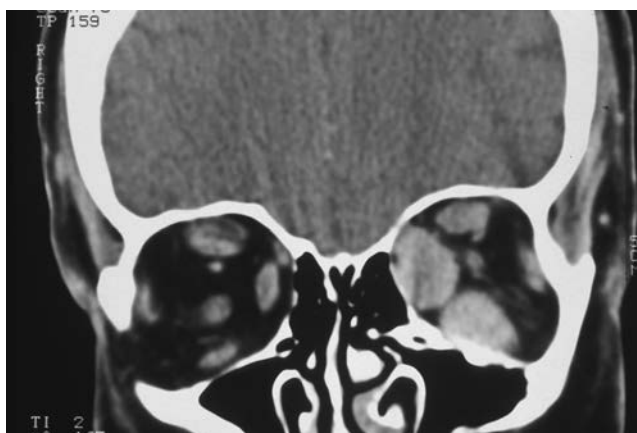


Рисунок 26.12. КТ, корональная проекция: та же пациентка, что и на рисунке 26.10; выраженное увеличение размеров внутренней и нижней прямых мышц левого глаза.

ЦЕЛЛЮЛИТ ГЛАЗНИЦЫ

Общие сведения

Острый целлюлит глазницы представляет собой инфекционное поражение мягких тканей глазницы и прилегающих структур. Он может развиваться и у детей, и у взрослых. Чаще всего заболевание развивается в результате распространения инфекции из лобных или решетчатых пазух (1–9). Однако целлюлит может возникать вследствие распространения инфекции, в том числе при травме, из прилегающих структур, например, при дакриоцистите и конъюнктивите. Мукоцеле и мукопиоцеле, которые также могут проникать в глазницу из придаточных пазух носа, описаны в главе 27. Инфекционное воспаление глазницы подразделяется на пять категорий (2):

Группа 1: Пресептальный целлюлит

Группа 2: Целлюлит глазницы

Группа 3: Субпериостальный абсцесс

Группа 4: Абсцесс глазницы

Группа 5: Тромбоз кавернозного синуса

Следуя традиционной терминологии, мы используем термин «целлюлит глазницы», обобщающий все эти категории. Хотя классификация предполагает последовательный прогресс заболевания, он наблюдается не всегда, и клинические проявления процесса варьируют в широких пределах.

Клинические признаки

Клинические проявления целлюлита глазницы зависят от причины, вызвавшей заболевание, его категории и тяжести. Больные обращаются к врачу по поводу различных сочетаний боли, отека век, конъюнктивальной инъекции, наличия отделяемого, экзофтальма, смещения глазного яблока и диплопии. Тромбоз кавернозного синуса (группа 5) вызывает сильные жалобы и до открытия антибиотиков часто приводил к летальному исходу. В некоторых случаях абсцесс глазницы локализуется и имитирует кисту или новообразование. У детей рабдомиосаркома и другие злокачественные опухоли могут вызывать симптомы воспаления и также должны включаться в дифференциальный диагноз (6). Также следует помнить, что некротизирующаяся ретинобластома вызывает вторичное воспаление и имитирует целлюлит глазницы (7, 8).

Подходы к диагностике

Сбор анамнеза и физикальное обследование должны быть направлены на выявление этиологического фактора. Лучевые исследования, такие как КТ и МРТ, позволяют выявить первичную инфекцию придаточных пазух носа, определить распространенность поражения глазницы и классифицировать инфекционный процесс.

Патологическая анатомия

Патологоанатомические изменения при целлюлите глазницы зависят от источника инфекции и этиологии возбудителя. Гистологически ткани инфильтрируются или замещаются клетками острого или хронического воспаления, часто удается идентифицировать патогенный микроорганизм. Чаще всего выделяются *Streptococcus sp.*, *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*. В прошлом наиболее частым возбудителем была *Haemophilus influenzae*, особенно среди детей, однако после введения специфической вакцинации этот микроорганизм стал встречаться редко.

Лечение

Лечение обычно требует микроскопии, бактериологического исследования экссудата и назначения соответствующей антибиотикотерапии (9). Часто оказывается эффективным оперативное дренирование. Прогноз обычно благоприятный, за исключением случаев тяжелого тромбоза кавернозного синуса.

Избранные ссылки

Обзоры

1. Murphy C, Livingstone I, Foot B, et al. Orbital cellulitis in Scotland: Current incidence, aetiology, management and outcomes. *Br J Ophthalmol* 2014;98:1575–1578.
2. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 1970;80:1414–1428.
3. Shovlin JP. Orbital infections and inflammations. *Curr Opin Ophthalmol* 1998;9:41–48.
4. Tovilla-Canales JL, Nava A, Tovilla y Pomar JL. Orbital and periorbital infections. *Curr Opin Ophthalmol* 2001;12:335–341.
5. Hornblass A, Herschorn BJ, Stern K, et al. Orbital abscess. *Surv Ophthalmol* 1984;29:169–178.
6. Cota N, Chandna A, Abernethy LJ. Orbital abscess masquerading as a rhabdomyosarcoma. *J AAPOS* 2000;4:318–320.
7. Shields JA, Shields CL, Suvarnamani C, et al. Retinoblastoma manifesting as orbital cellulitis. *Am J Ophthalmol* 1991;112:442–449.
8. Mullaney PB, Karcioglu ZA, Huaman AM, et al. Retinoblastoma associated orbital cellulitis. *Br J Ophthalmol* 1998;82:517–521.
9. Lee S, Yen MT. Management of preseptal and orbital cellulitis. *Saudi J Ophthalmol* 2011;25:21–29.

● ЦЕЛЛЮЛИТ И АБСЦЕСС ГЛАЗНИЦЫ



Рисунок 26.13. Острый вторичный целлюлит глазницы, вызванный этмоидитом, и субпериостальный абсцесс у трехлетнего ребенка; наблюдается отек век и блефароптоз.



Рисунок 26.14. КТ, аксиальная проекция: пациент, представленный на рисунке 26.13; наблюдается этмоидит и субпериостальный абсцесс левой глазницы.



Рисунок 26.15. На фото глазного дна восьмилетней девочки с ограниченным абсцессом глазницы, сдавливающим зрительный нерв, видны отек и гиперемия диска зрительного нерва правого глаза.



Рисунок 26.16. КТ, аксиальная проекция: пациентка, представленная на рисунке 26.15; в глазнице определяется четко ограниченное образование. При МРТ отмечается накопление гадолиния на периферии образования.

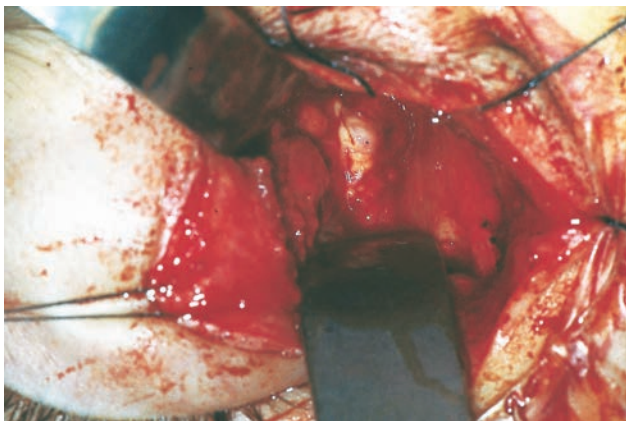


Рисунок 26.17. Во время операции обнаружен абсцесс, из которого выделилось желтое гнойное содержимое. При микроскопии и культуральном исследовании никаких микроорганизмов не выявлено.



Рисунок 26.18. Диск зрительного нерва два месяца спустя. После дренирования абсцесса и лечения антибиотиками широкого спектра отек диска быстро разрешился.

ИДИОПАТИЧЕСКОЕ НЕГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ГЛАЗНИЦЫ (ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПСЕВДОТУМОР, СИНДРОМ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ГЛАЗНИЦЫ)

Общие сведения

Термин «неспецифическое воспаление глазницы» (nonspecific orbital inflammation — NOI) традиционно используется для описания негранулематозного воспалительного процесса в глазнице, не имеющего видимой причины (1–20). Иногда это состояние обозначают термином «псевдотумор». Однако последний термин можно применить к любому состоянию, симулирующему новообразование, в том числе к гранулематозному воспалению, абсцессу и амилоидозу. Поэтому мы избегаем термина «псевдотумор» и предпочитаем называть это состояние идиопатическим неспецифическим воспалением глазницы или синдромом идиопатического воспаления глазницы (14). Это состояние и его определение являются источником значительной путаницы; когда процесс будет изучен более глубоко и будут выделены более специфические этиологические факторы, его классификация и терминология изменятся.

В собственной серии наблюдений авторов из 1264 объемных образований глазницы 98 случаев идиопатического негранулематозного воспаления глазницы составили 74% всех инфекционно-воспалительных заболеваний и 8% от всех образований глазницы (1). В исследовании опухолей глазницы у пожилых пациентов, эта патология составила 8% от всех образований у пациентов в возрасте старше 60 лет (12). Идиопатическое негранулематозное воспаление глазницы поражает и детей, и взрослых (3). Средний возраст на момент постановки диагноза — около 45 лет, заболевание описано у пациентов в возрасте от 2 до 92 лет. Примерно 25% случаев — двусторонние (8). В зависимости от пораженных тканей и локализации в глазнице идиопатическое негранулематозное воспаление глазницы подразделяется на подкатегории: миозит, дакриoadенит, переднее, диффузное и заднее (апикальное) воспаление (2).

Клиническая картина

Клиническая картина идиопатического негранулематозного воспаления глазницы зависит от подкатегории заболевания. Миозит поражает одну или несколько прямых мышц и характеризуется острым началом, болями, усиливающимися при движениях глаз, и инъекцией в области прикрепления мышц. Центральное зрение, как правило, не страдает. Дакриоаденит проявляется отеком височной части верхнего века и прилегающей конъюнктивы, болями и возникновением болезненного объемного образования в области слезной железы. Центральное зрение обычно не страдает. Передний вариант характеризуется болями, отеком век, хемозом конъюнктивы и ограничением подвижности глаза. У больного

могут развиваться признаки диффузного увеита и отслойки сетчатки, картина, аналогичная симптоматике болезни Narada. При диффузном варианте развиваются те же симптомы, что и при переднем, однако они протекают тяжелее, экзофтальм более выражен. Апикальный вариант идиопатического негранулематозного воспаления глазницы сопровождается более тяжелыми болями, ухудшением зрения и ограничением подвижности глазного яблока, но менее выраженным воспалением переднего отрезка. Боль особенно сильна при поражении глазного яблока. Болящая офтальмоплегия аналогична картине синдрома Толоса–Ханта (Tolosa–Hunt) (10).

В некоторых случаях идиопатическое негранулематозное воспаление распространяется за пределы глазницы в придаточные пазухи носа и головной мозг. У некоторых пациентов отмечаются лишь минимальные жалобы и проявления, указывающие на поражение головного мозга, и осложнение диагностируется только при лучевых исследованиях (19). В тяжелых случаях изредка вследствие сдавления глазного яблока или сосудистых структур глазницы развивается обструкция центральной артерии и вены сетчатки (20).

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз идиопатического негранулематозного воспаления глазницы включает в себя различные воспалительные состояния и новообразования. Миозит может очень напоминать тиреоидную орбитопатию или метастатическую карциному. Любой вариант следует дифференцировать от липомы, метастатической карциномы и других четко отграниченных или диффузных объемных образований.

Диагностика

Изменения на КТ и МРТ зависят от локализации и распространенности поражения. При миозите отмечается увеличение размеров одной или нескольких мышц, часто сопровождающееся изменениями их сухожилий, что помогает дифференцировать это состояние от тиреоидной офтальмопатии, при которой поражения сухожилий не развивается. При дакриoadените наблюдается увеличение слезной железы и признаки ее воспаления, может развиваться картина, аналогичная картине разрыва дермоидной кисты. При переднем или диффузном поражении наблюдается нечетко отграниченное объемное образование, утолщение хориоидеи и отслойка сетчатки. При апикальном варианте развивается диффузное или нечеткое объемное образование верхушки глазницы, вызывающее сдавление нервов и мышц. Как мы уже упоминали, иногда при лучевых исследованиях выявляется экстраорбитальное распространение идиопатического

негранулематозного воспаления глазницы (19). У пациентов с классической клинической картиной биопсия глазницы обычно не показана, за исключением случаев неэффективности медикаментозной терапии (см. раздел «Лечение»).

Патологическая анатомия

При идиопатическом негранулематозном воспалении глазницы наблюдается инфильтрация пораженных тканей клетками хронического воспаления, в основном лимфоцитами и плазматическими клетками, при отсутствии гранулематозного воспаления. У детей, как правило, наблюдается большее количество эозинофилов. При хронизации процесса отмечаются выраженные фиброз и склероз.

Лечение

Когда клинически заподозрено идиопатическое негранулематозное воспаление глазницы, в качестве первичной терапии назначаются пероральные кортикостероиды (взрослым обычно 80–100 мг преднизона ежедневно, при лечении детей дозу уменьшают) примерно на пять дней, после чего препарат постепенно отменяют. В большинстве случаев наблюдается выраженный эффект, за исключением случаев развития обширного фиброза. При отсутствии эффекта терапии стероидами показана тщательно спланированная инцизионная биопсия с целью исключения злокачественного новообразования. При гистологическом подтверждении диагноза в резистентных к стероидам случаях назначаются цитотоксические препараты или лучевая терапия. Часто развиваются рецидивы и требуются повторные курсы терапии (10). Изредка из-за тяжелого фиброза или некупируемых болей возникает необходимость выполнения экзентерации глазницы.

Недавно возник интерес к применению инфлюксимаба — противоопухолевых моноклональных антител к фактору некроза опухолей- α (15, 16). Этот препарат использовался прежде всего в резистентных к стандартной терапии случаях миозита. Также он применялся при тяжелых двусторонних поражениях. Для оценки эффективности этого метода лечения требуется большее количество пациентов и более длительные сроки наблюдения.

Избранные ссылки

Обзоры

1. Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions: the 2002 Montgomery Lecture, part 1. *Ophthalmology* 2004;111: 997–1008.
2. Rootman J, Nugent R. The classification and management of acute orbital pseudotumors. *Ophthalmology* 1982;89:1040–1048.
3. Mottow LS, Jakobiec FA. Idiopathic inflammatory orbital pseudotumor in childhood. I. Clinical characteristics. *Arch Ophthalmol* 1978;96:1410–1416.
4. Mombaerts I, Koornneef L. Current status in the treatment of orbital myositis. *Ophthalmology* 1997;104:402–408.
5. Mannor GE, Rose GE, Moseley IF, et al. Outcome of orbital myositis. Clinical features associated with recurrence. *Ophthalmology* 1997;104:409–414.
6. Foley MR, Moshfeghi DM, Wilson MW, et al. Orbital inflammatory syndromes with systemic involvement may mimic metastatic disease. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2003;19:324–327.
7. Gordon LK. Diagnostic dilemmas in orbital inflammatory disease. *Ocul Immunol Inflamm* 2003;11:3–15.
8. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation: distribution, clinical features, and treatment outcome. *Arch Ophthalmol* 2003;121:491–499.
9. Jacobs D, Galetta S. Diagnosis and management of orbital pseudotumor. *Curr Opin Ophthalmol* 2002;13:347–351.
10. Wasmeier C, Pfadenhauer K, Rosler A. Idiopathic inflammatory pseudotumor of the orbit and Tolosa-Hunt syndrome — are they the same disease? *J Neurol* 2002;249: 1237–1241.
11. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation: ocular mechanisms and clinicopathology. *Ophthalmol Clin North Am* 2002;15:121–126.
12. Demirci H, Shields CL, Shields JA, et al. Orbital tumors in the older adult population. *Ophthalmology* 2002;109:243–248.
13. Espinoza GM. Orbital inflammatory pseudotumors: etiology, differential diagnosis, and management. *Curr Rheumatol Rep* 2010;12:443–447.
14. Shields JA, Shields CL. Orbital pseudotumor versus idiopathic nongranulomatous orbital inflammation. Commentary. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2013;29(5)349.

Лечение

15. Wilson MW, Shergy WJ, Haik BG. Infliximab in the treatment of recalcitrant idiopathic orbital inflammation. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2004;20:381–383.
16. Garrity JA, Coleman AW, Matteson EL, et al. Treatment of recalcitrant idiopathic orbital inflammation (chronic orbital myositis) with infliximab. *Am J Ophthalmol* 2004; 138:925–930.

Клинические случаи

17. Oguz KK, Kiratli H, Oguz O, et al. Multifocal fibrosclerosis: a new case report and review of the literature. *Eur Radiol* 2002;12:1134–1138.
18. Reittner P, Riepl T, Goritschnig T, et al. Bilateral orbital pseudotumour due to Ormond's disease: MR imaging and CT findings. *Neuroradiology* 2002;44:272–274.
19. Mahr MA, Salomao DR, Garrity JA. Inflammatory orbital pseudotumor with extension beyond the orbit. *Am J Ophthalmol* 2004;138:396–400.
20. Foroozan R. Combined central retinal artery and vein occlusion from orbital inflammatory pseudotumour. *Clin Exp Ophthalmol* 2004;32:435–437.

● ИДИОПАТИЧЕСКОЕ НЕГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ГЛАЗНИЦЫ У ВЗРОСЛЫХ



Рисунок 26.19. Острое воспаление глазницы. Экзофтальм, отек век и конъюнктивная инъекция у мужчины 48 лет на фоне жалоб на острую боль в глазу и ухудшение зрения.



Рисунок 26.20. Картина глазного дна левого глаза пациента, представленного на рисунке 26.19; наблюдается отек диска зрительного нерва вследствие сдавливания зрительного нерва.



Рисунок 26.21. КТ, аксиальная проекция: пациент, представленный на рисунке 26.19; диффузное поражение всех тканей глазницы и сдавление зрительного нерва.

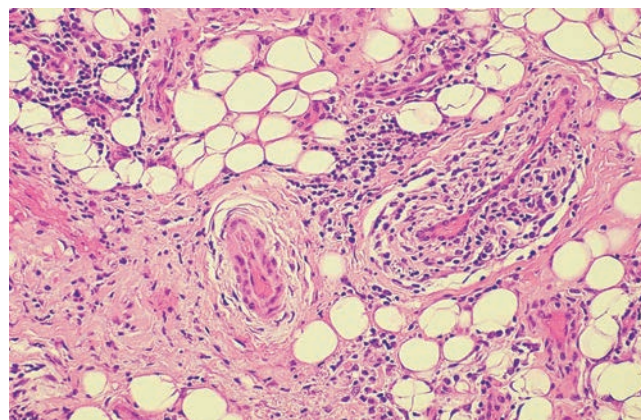


Рисунок 26.22. При гистологическом исследовании объемного образования пациента, представленного на рисунке 26.19; отмечается хроническое негранулематозное воспаление жировой клетчатки глазницы (гематоксилин-эозин, $\times 50$).



Рисунок 26.23. Хроническое воспаление глазницы. Двусторонний экзофтальм, больше справа, у мужчины 57 лет с хронической неинтенсивной двусторонней глазной болью.

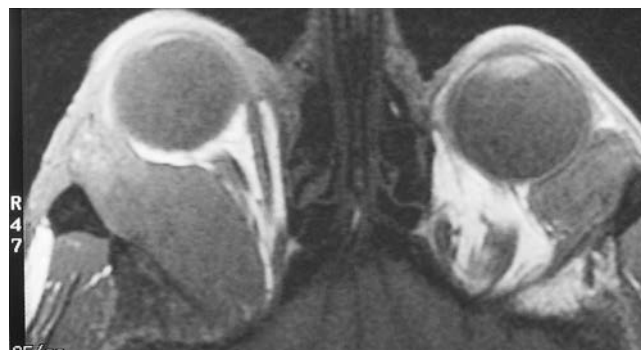


Рисунок 26.24. МРТ, аксиальная проекция, режим T1: пациент, представленный на рисунке 26.23. Обратите внимание на объемные образования глазниц с обеих сторон, поражающие слезные железы, наружные прямые мышцы и прилегающие мягкие ткани. При гистологическом исследовании биоптатов подтвержден диагноз склеротического идиопатического воспаления.

● ИДИОПАТИЧЕСКОЕ НЕГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ГЛАЗНИЦЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР СИМПТОМОВ



Рисунок 26.25. Идиопатическое негранулематозное воспаление глазницы в форме миозита. Престарелый пациент с экзофтальмом и отеком обоих век правого глаза, однако, инъекция отсутствует. Боли в правой глазнице минимальны.

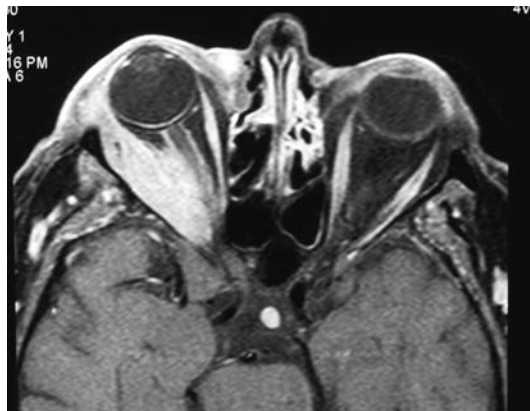


Рисунок 26.26. МРТ, аксиальная проекция, режим Т1: пациент, представленный на рисунке 26.25. В режиме с подавлением сигнала от жира и гадолиниевым усилением определяется увеличение размеров и усиление контрастности наружной прямой мышцы и поражение прилегающих мягких тканей.



Рисунок 26.27. МРТ, корональная проекция: пациент, представленный на рисунке 26.25, тот же режим. Обратите внимание на выраженное увеличение контрастности наружной прямой мышцы и смещение зрительного нерва кнутри.



Рисунок 26.28. Женщина средних лет с блефароптозом и покраснением обоих век правого глаза.

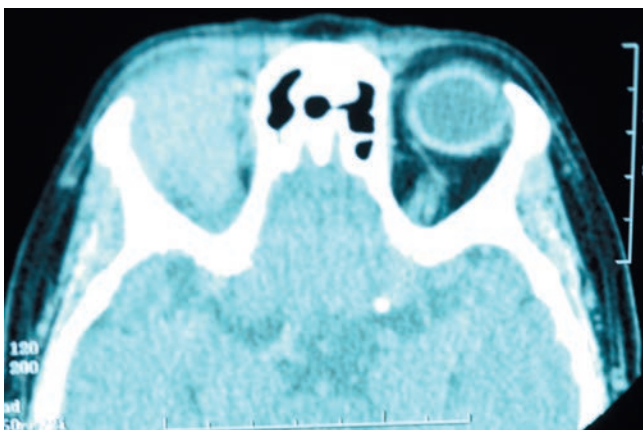


Рисунок 26.29. КТ, аксиальная проекция: пациентка, представленная на рисунке 26.28; в верхней части глазницы определяется диффузное объемное образование.



Рисунок 26.30. КТ, корональная проекция: пациентка, представленная на рисунке 26.28; определяется диффузное объемное образование в верхней части глазницы.

● ИДИОПАТИЧЕСКОЕ НЕГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ГЛАЗНИЦЫ У ДЕТЕЙ



Рисунок 26.31. Острый отек и птоз верхнего века левого глаза у четырехлетнего ребенка.



Рисунок 26.32. КТ, аксиальная проекция: диффузное нечетко ограниченное воспаление мягких тканей левой глазницы.



Рисунок 26.33. Отек век, экзофтальм, смещение кнаружи правого глаза у 12-летней девочки на фоне жалоб на легкую боль.

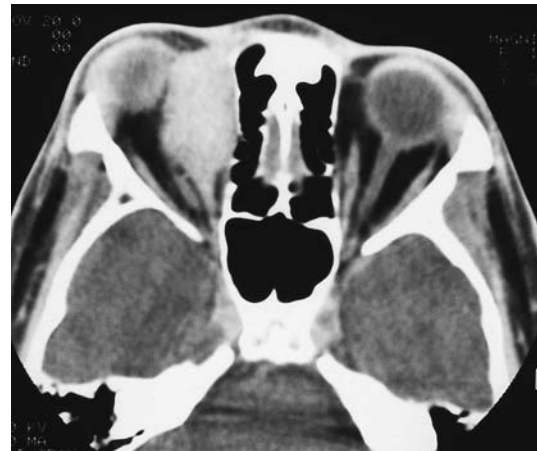


Рисунок 26.34. КТ, аксиальная проекция: пациентка, представленная на рисунке 26.33; значительное увеличение размеров внутренней прямой мышцы правого глаза. Терапия пероральными кортикостероидами оказала выраженный лечебный эффект.



Рисунок 26.35. Экзофтальм, отек и гиперемия век у двухлетнего ребенка.



Рисунок 26.36. Внешний вид того же ребенка вскоре после начала курса пероральных кортикостероидов, отмечается выраженное уменьшение воспалительных изменений. Боли прошли. Биопсия не потребовалась.

● ОСТРЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ МИОЗИТ ГЛАЗНИЦЫ

Этот вариант идиопатического негранулематозного воспаления глазницы поражает исключительно глазодвигательные мышцы, зачастую какую-либо одну мышцу. Из методов лечения предпочтительным является применение системных кортикостероидов; часто развиваются рецидивы. Лучевая терапия как метод профилактики рецидивов может оказаться неэффективной.



Рисунок 26.37. Остро возникшее покраснение, развившееся после появления объемного образования в верхних эпibuльбарных тканях у восьмилетнего мальчика. Была заподозрена рабдомиосаркома, выполнена биопсия, диагностировано негранулематозное воспаление.

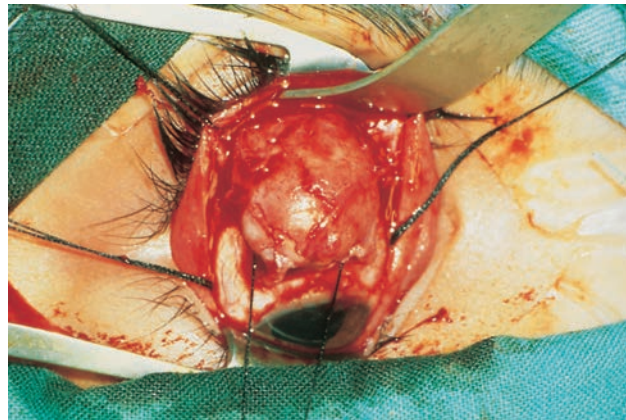


Рисунок 26.38. Вид во время операции, тот же пациент, что и на рисунке 26.37. Обратите внимание: шов проведен под верхней прямой мышцей, выделенное образование, как оказалось, развилось в самой мышце. Гистологически диагностировано негранулематозное воспаление.



Рисунок 26.39. Правосторонний экзофтальм и блефароптоз у мужчины 34 лет.

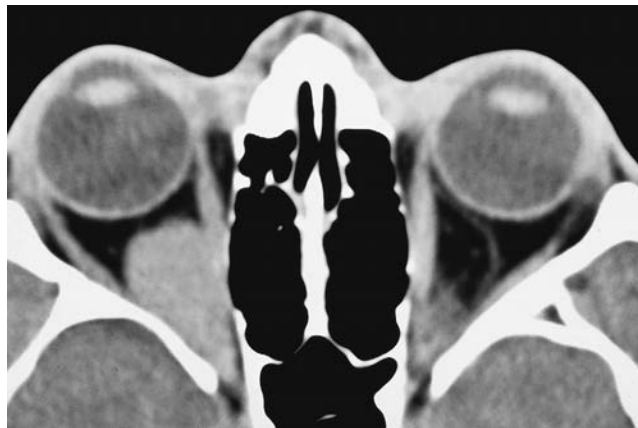


Рисунок 26.40. КТ, аксиальная проекция: пациент, представленный на рисунке 26.39. Обратите внимание на объемное образование с ровными контурами, лежащее, как кажется, в мышечной воронке.

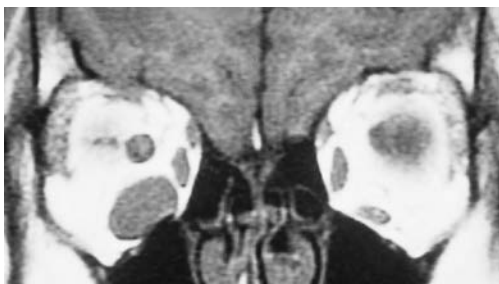


Рисунок 26.41. МРТ, корональная проекция: пациент, представленный на рисунке 26.39; в правой глазнице определяется объемное образование, соответствующее увеличенной нижней прямой мышце. Были назначены, а затем постепенно отменены, пероральные кортикостероиды.



Рисунок 26.42. МРТ, корональная проекция (три недели спустя): выраженный клинический эффект, нижняя прямая мышца приняла нормальные размеры.

ЧАСТЬ 3 ОПУХОЛИ ГЛАЗНИЦЫ

Глава 26	Воспалительные процессы глазницы, симулирующие новообразования	435
	Тиреоидная офтальмопатия	435
	Целлюлит глазницы	439
	Идиопатическое негранулематозное воспаление глазницы (воспалительный псевдотумор, синдром идиопатического воспаления глазницы)	441
	Иммуноглобулин G4-ассоциированное заболевание	447
	Туберкулез глазницы	448
	Грибковые инфекции глазницы: аспергиллез и мукормикоз	450
	Аспергиллез глазницы — аллергический грибковый синусит	451
	Саркоидоз глазницы	454
	Гранулематоз глазницы с полиангиитом (гранулематоз Вегенера)	456
	Болезнь Кимуры и ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией	459
Глава 27	Кистозные образования глазницы	462
	Дермоидная киста глазницы	462
	Простая первичная киста глазницы конъюнктивального происхождения	470
	Тератома глазницы (тератоматозная киста)	476
	Врожденное кистозное глазное яблоко	480
	Колобоматозная киста глазницы (микрофтальм с кистой)	483
	Цефалоцеле глазницы	488
	Мукоцеле глазницы	492
	Эпителиальная респираторная киста глазницы	495
	Паразитарная киста глазницы	497
Глава 28	Сосудистые и геморрагические новообразования глазницы	501
	Капиллярная гемангиома глазницы	501
	Кавернозная гемангиома глазницы	507
	Гемангиоперицитоме глазницы	515
	Лимфангиома глазницы	519
	Варикоз глазницы	527
	Различные сосудистые образования глазницы: сосочковая внутрисосудистая гиперплазия эндотелия и гломусная опухоль глазницы	533
	Ангиосаркома глазницы	535
	Гематома глазницы	537
Глава 29	Опухоли периферических нервов глазницы	539
	Шваннома (неврилеммома) глазницы	539

	Нейрофиброма глазницы	545
	Параганглиома глазницы (хемодектома)	551
	Различные нейрогенные опухоли глазницы: гранулярноклеточная опухоль, ампутиционная неврома и злокачественная опухоль оболочек периферических нервов	557
Глава 30	Опухоли зрительного нерва, оболочек мозга и другие нейрогенные опухоли	562
	Ювенильная пилоцитарная астроцитома зрительного нерва (глиома зрительного нерва)	562
	Злокачественная астроцитома зрительного нерва	569
	Менингиома зрительного нерва	571
	Менингиома крыла клиновидной кости, прорастающая в глазницу	576
	Примитивная нейроэктодермальная опухоль и первичная нейробластома глазницы	580
Глава 31	Миогенные опухоли глазницы	583
	Рабдомиосаркома глазницы	583
	Злокачественная рабдоидная опухоль глазницы	593
	Лейомиома глазницы	595
	Лейомиосаркома глазницы	596
Глава 32	Опухоли фиброзной соединительной ткани глазницы	598
	Узелковый фасциит и фиброма глазницы	598
	Фиброматоз, миофиброматоз и миофиброма глазницы	603
	Фиброзная гистиоцитома глазницы	607
	Солитарная фиброзная опухоль глазницы	612
	Фибросаркома глазницы	616
Глава 33	Опухоли хрящевой, костной ткани, костно-фиброзные опухоли глазницы	618
	Остеома глазницы	618
	Остеосаркома глазницы	622
	Фиброзная дисплазия глазницы	625
	Оссифицирующая фиброма глазницы	629
	Гигантоклеточная репаративная гранулема	632
	Картилягинозная хондрома глазницы	634
	Хондросаркома глазницы	636
Глава 34	Липоматозные и миксоматозные опухоли глазницы	640
	Пролапс жировой клетчатки глазницы	640
	Дермолипома конъюнктивы/глазницы	645
	Липома и миксома глазницы	650
	Миксома глазницы	654
Глава 35	Гистиоцитарные опухоли глазницы	658
	Ювенильная ксантогранулема глазницы	658
	Лангергансоклеточный гистиоцитоз глазницы (эозинофильная гранулема)	662
	Болезнь Эрдгейма–Честера глазницы	668
	Болезнь Розаи–Дорфмана глазницы (синусный гистиоцитоз с массивной лимфаденопатией)	671
	Некробиотическая ксантогранулема и многоядерноклеточная ангиогистиоцитома	674
Глава 36	Первичные меланоцитарные опухоли глазницы	677
	Меланома глазницы, развивающаяся из глазного меланоцитоза и голубого невуса	677
	Меланомы глазницы, развивающиеся <i>de novo</i>	680

	Меланоцитарная гамартома и меланоцитарная нейроэктодермальная опухоль глазницы	682
Глава 37	Первичные эпителиальные опухоли слезной железы	685
	Введение: новообразования слезной железы	685
	Протоковая эпителиальная киста слезной железы (дакриопс)	688
	Плеоморфная аденома слезной железы (доброкачественная смешанная опухоль)	692
	Плеоморфная аденокарцинома слезной железы	698
	Аденокистозная карцинома слезной железы	700
	Первичная протоковая карцинома слезной железы	707
	Гистологическое строение первичных эпителиальных злокачественных опухолей слезной железы	710
Глава 38	Метастатический рак глазницы	713
	Метастатический рак глазницы	713
	Лимфома глазницы: атипичные формы	739
Глава 39	Лимфоидные опухоли глазницы и лейкозы	730
	Неходжкинские лимфомы глазницы	730
	Лимфома глазницы: атипичные формы	739
	Плазмоцитома и лимфоплазмоцитоидная опухоль глазницы	741
	Плазмобластная лимфома глазницы	745
	Лимфома Беркитта глазницы	747
	Посттрансплантационное лимфопролиферативное расстройство глазницы	749
	Поражение глазницы при лейкозе (миелоидная саркома)	752
Глава 40	Вторичные опухоли глазницы	756
	Вторичные опухоли глазницы	756
Глава 41	Хирургическое лечение опухолей глазницы	771
	Хирургическое лечение опухолей глазницы	771