

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПСЕВДОТУМОР ОРБИТЫ

*Алтайский государственный медицинский университет,
кафедра офтальмологии с курсом ДПО, г. Барнаул*

Мальцева А. Д.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Макогон С.И.

E-mail: vyk_msi@mail.ru

На примере клинического случая представлены методы диагностики, на основании которых можно подтвердить диагноз псевдотумора орбиты. В зависимости от выраженности процесса, в лечении используются консервативный и хирургический методы лечения. Гистологическое исследование также подтверждает диагноз псевдотумор орбиты, исключая другие заболевания.

Ключевые слова: *орбита, псевдотумор орбиты, воспаление орбиты, аутоиммунное воспаление.*

Актуальность

Псевдотумор – это термин, объединяющий группу заболеваний, в основе возникновения которых лежат неспецифические воспалительные изменения в тканях орбиты. В зависимости от локализации очага воспаления, выделяют первичный идиопатический миозит, локальный васкулит орбиты (патологический фокус располагается в орбитальной клетчатке) и дакриoadенит (очаг поражения локализуется в слезной железе) [1]. Диагноз ставится после гистологического исследования патологически измененной ткани, полученной во время диагностической орбитотомии. Для этих заболеваний характерно внезапное начало с симптомами, напоминающими проявления злокачественных опухолей орбиты, абсцесса

Цель: представить клинический случай воспалительного псевдотумора орбиты.

Материалы и методы

В офтальмологическое отделение поступила пациентка М., 48 лет, с жалобами на припухлость верхнего века слева, во внутреннем отделе, покраснение, зуд. Считает себя больной с марта 2023 г., когда появилась припухлость и покраснение верхнего века слева. К офтальмологу не обращалась. Самостоятельно капала Диклофенак, без эффекта. Травмы, операции отрицает. Из анамнеза жизни: пациентка соматически здорова.

Офтальмологический статус:

Visus OD=0,05 н/к, OS =1,0

ВГД по Маклакову 17/17 мм рт. ст.

Правый глаз: веки не изменены, конъюнктива бледно-розовая, патологического отделяемого нет, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага передней камеры прозрачная, радужка структурна, пигментная кайма сохранена, зрачок круглый, 3-3,5мм, реакция на свет живая, хрусталик прозрачный, стекловидное тело прозрачное, без грубых структурных изменений.

Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии и вены нормального калибра, ход сосудов не изменен. Макула имеет форму горизонтально расположенного овала. Макулярная область: очаговой патологии не обнаружено. На видимой периферии сетчатки без патологических изменений.

Левый глаз: верхнее веко опущено, отечно, гиперемировано во внутренних отделах (рис. 1). При пальпации во внутреннем углу в толще века определяется безболезненное, бугристое, «уходящее» в орбиту образование до 10*10 мм (в пределах пальпации). Конъюнктива во внутреннем углу глаза гиперемирована. Патологического отделяемого нет, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага передней камеры прозрачная, радужка структурна, пигментная кайма сохранена, зрачок круглый, 3-3,5 мм, реакция на свет живая, хрусталик прозрачный, стекловидное тело прозрачное, без грубых структурных изменений.



Рисунок 1. Внешний вид пациента в день обращения

Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии и вены нормального калибра, ход сосудов не изменен. Макула имеет форму горизонтально расположенного овала. Макулярная зона без изменений. На видимой периферии сетчатки без патологических изменений.

Дополнительные методы исследования. МСКТ орбиты от 20.04.2023 г.: отмечается уплотнение клетчатки верхнего века слева с нечеткими контурами 28*10*16 мм с выраженным контрастным усилением (рис. 2).

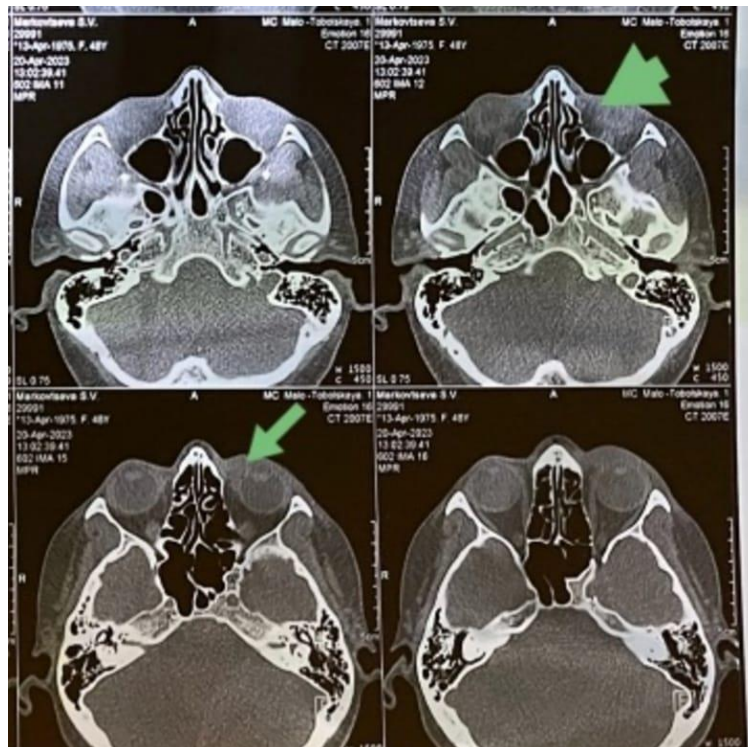


Рисунок 2. МСКТ орбиты

После противовоспалительного лечения (кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты) назначена

контрольная явка с результатами обследований для оперативного лечения. Проведена транскутанная орбитотомия с удалением новообразования левой орбиты. Заключение гистологического исследования: воспалительный псевдотумор.

При осмотре на 7 день после снятия швов: края раны адаптированы, рубцовой деформации нет. Пациентка выписана с контролем у офтальмолога через 3 месяца после лечения.

Заключительный диагноз: воспалительный псевдотумор слева.

Результаты и обсуждение

Постановка диагноза псевдотумора затруднена без проведения визуализирующих методов исследования. Методом выбора можно считать МСКТ, особенно с дополнительным контрастированием, что позволяет четко визуализировать орбитальную жировую клетчатку, мышцы, воздух [2], которая и была проведена в нашем клиническом случае. На этапе выбора адекватного метода лечения больных с псевдотумором орбиты могут возникнуть определенные сложности. Выбор тактики зависит от размеров, локализации, наличия воспалительного процесса. В лечении данного заболевания применяются различные методы: консервативный, хирургический.

Хирургические подходы в удалении псевдотумора оказываются эффективными и позволяют технически провести радикальное удаление образования.

Заключение

Комплексное клинико-офтальмологическое обследование и дополнительные методы исследования позволяют повысить информативность ранней дифференциальной диагностики.

Хорошим результатом в лечении пациентов с псевдотумором орбиты следует считать полное удаление опухоли, максимальное сохранение функции вовлеченного органа и достижение наилучшего косметического результата.

Список литературы:

1. Офтальмоонкология / под ред. А.Ф. Бровкиной. М.: Медицина, 2002: 124-127.
2. Дроздова Е.А., Семенова Л.Е. Неспецифическое воспаление орбиты: особенности диагностики и лечения. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2018; 1(73): 77-81.

Как цитировать:

Мальцева А. Д. Воспалительный псевдотумор орбиты. Материалы конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в офтальмологии» 16-17 мая 2024 г., г. Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2024; 3 (29): 268-272.
