



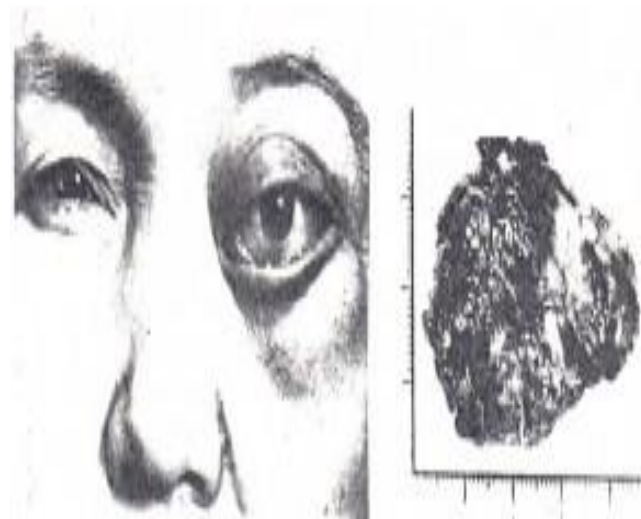


Опухоли орбиты

- 
- Частота новообразований составляет 50-70% от всех заболеваний глазницы. В большинстве случаев (до 80%) они являются первичными, развиваются из тканей глазницы. Вторичные опухоли прорастают в глазницу из полости черепа, околоносовых пазух или являются метастатическими.

- 
- Клинические признаки опухолей глазницы разнообразны, в большинстве случаев обусловлены увеличением содержимого глазницы и изменением в связи с этим топографоанатомических соотношений ее тканей и структур. Клиническая картина новообразования зависит от его характера, размеров, локализации, темпов и направления роста.

- дним из наиболее частых и ведущих симптомов опухоли глазницы является экзофтальм. Он может отсутствовать в случаях пристеночного расположения опухоли в переднем отрезке глазницы. Экзофтальм без смещения глазного яблока наблюдается при опухолях, расположенных в мышечной воронке. При доброкачественных новообразованиях экзофтальм увеличивается, как правило, медленно, в случаях злокачественных опухолей процесс нарастает быстро в течение нескольких недель и даже дней.



- Нарушение подвижности глазного яблока наблюдается при экзофтальме, сочетающемся с боковым смещением глаза, а в случаях резко выраженного экзофтальма и без смещения глазного яблока. Подвижность глазного яблока нарушается прежде всего в сторону расположения опухоли. Ограничение подвижности глаза может быть следствием образования механического препятствия в виде узла, опухоли, сдавления нервно-мышечного аппарата глаза и прорастания злокачественной опухоли в одну или несколько наружных мышц глаза. В далеко зашедших стадиях наблюдаются-наружная офтальмоплегия, частичный или полный птоз.

- изменения глазного дна при новообразованиях глазницы разнообразны. При расположении опухоли у ее вершины в глубине мышечной воронки развивается нисходящая, или первичная, атрофия зрительного нерва. Различные стадии застойного соска зрительного нерва вплоть до вторичной атрофии наблюдаются при новообразованиях, расположенных как внутри, так и вне мышечной воронки, либо развиваются при непосредственном воздействии опухоли на зрительный нерв, или в результате повышения внутриорбитального давления и нарушения венозного оттока. Давление новообразования на склеральную капсулу глаза может быть причиной локальной складчатости мембраны Бруха; в этих случаях при офтальмоскопическом исследовании видны тонкие сероватые полосы (исчерченность сетчатки). Более редкими изменениями являются кровоизлияния, образование очагов дегенерации и отслойка сетчатки, эмболия центральной артерии сетчатки.

Доброкачественные опухоли

Гемангиома врожденная сосудистая опухоль. В глазнице чаще встречаются ангиомы трех видов:

капиллярные, кавернозные и рацемозные.

Капиллярные представляют собой скопление расширенных и удлинённых капилляров.

Кавернозные ангиомы. Они состоят из расширенных альвеол, заполненных кровью, стромы и наружной капсулы.

Рацемозные ангиомы у детей наблюдаются редко.

- Наиболее частой локализацией гемангиом глазницы является мышечная воронка, но опухоль может располагаться и пристеночно. Основным симптомом гемангиом глазницы является медленно нарастающий экзофтальм со смещением глазного яблока или без него в зависимости от локализации опухоли.

- Наряду с экзофтальмом и смещением глазного яблока наблюдаются синюшность и припухлость кожи век (рис. 136), подкожные узлы мягкоэластической консистенции, конгломераты мелких сосудов в конъюнктиве глазного яблока. При наклоне головы, кашле, крике, натуживании экзофтальм увеличивается, в покое возвращается в исходное состояние. Репозиция глаза свободная. Часто возникают подкожные и подконъюнктивальные кровоизлияния. При кровоизлияниях в глазницу экзофтальм резко увеличивается. Течение опухоли доброкачественное. Рост опухоли, как правило, медленный. Более интенсивно новообразование увеличивается в раннем детстве и в пубертатном периоде.



Рис. 136.
Гемангиома орбиты.

- Лимфангиома. Опухоль развивается из лимфатических сосудов характеризуется медленным ростом. У детей лимфангиома встречается реже гемангиом. По клинической картине опухоль напоминает гемангиому, но в ее полостях содержится не кровь, а лимфа. Установление диагноза облегчается при наличии расширенных лимфатических сосудов конъюнктивы (рис. 137).



Рис. 137.
Лимфангиома орбиты.

- Дермоидная киста. Дермоид — врожденная кистозная опухоль.
- Располагаясь в передней части глазницы, дермоидные кисты дают скудную орбитальную симптоматику: небольшое смещение и ограничение подвижности глазного яблока. При ретробульбарной локализации наблюдаются экзофтальм, выраженное смещение глазного яблока, ограничение его подвижности. Достигая значительных размеров, опухоль сдавливает зрительный нерв, следствием чего может быть атрофия зрительного нерва, снижение остроты зрения.
- Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины и результатов рентгенологического исследования. При рентгенографии выявляют истончение, а иногда сквозной дефект костной стенки глазницы в месте прилегания опухоли.
- Течение заболевания доброкачественное. Наиболее интенсивный рост дермоида происходит в первые 2-3 года жизни и в пубертатном периоде

- Глиома зрительного нерва. Глиома - первичная доброкачественная опухоль зрительного нерва.
- Опухоль возникает за счет разрастания глиальной ткани вследствие инфильтративного роста (истинные глиомы) или гиперплазии глиальной.
- Размеры опухоли от горошины до гусиного яйца, форма веретенообразная, поверхность гладкая. В толще опухоли вследствие перерождения ткани могут возникать кистозные полости с жидким или слизистым содержимым. Возможно сочетание опухоли с сейрофиброматозом.

- Клиническая картина глиомы зрительного нерва складывается из трех основных симптомов экзофтальма (рис. 139), изменений глазного дна, снижения зрения. Экзофтальм прогрессирует медленно; как правило, глазное яблоко выпячивается вперед без бокового смещения и ограничения подвижности, что обусловлено расположением опухоли в мышечной воронке. Экзофтальм с боковым смещением глазного яблока свидетельствует либо об эксцентричном росте опухоли, либо о наличии в ткани ее кистозной полости. Репозиция глазного яблока при глиоме зрительного нерва резко затруднена или чаще невозможна. При опухолях больших размеров и резкой протрузии глазного яблока может отмечаться несмыкание глазной щели, вследствие чего высыхает роговица и в ней развиваются дистрофические процессы вплоть до прободения и гибели глаза.



Рис. 139.
Глиома зрительного нерва.

- Ранним признаком глиомы зрительного нерва является снижение остроты зрения, обусловленное сдавлением волокон зрительного нерва. Нарушения зрения обычно предшествуют развитию экзофтальма, однако у детей, как правило, их выявляют поздно. В поле зрения при глиоме появляются скотомы и секторальные выпадения. Зрительные функции по мере роста опухоли и увеличения экзофтальма прогрессивно снижаются вплоть до слепоты пораженного глаза.
- Глазное дно в ранней стадии развития опухоли может оставаться нормальным, однако довольно быстро появляются признаки нарастающей первичной атрофии зрительного нерва, нередко сочетающейся с явлениями застоя вследствие сдавления путей оттока тканевой жидкости. Может возникнуть тромбоз центральной вены сетчатки с кровоизлияниями на глазном дне.
- Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, характерных клинических признаков, результатов рентгенологического исследования. На рентгенограмме отмечают расширение глазницы, истончение ее стенок, и, что особенно характерно, -одностороннее увеличение диаметра канала зрительного нерва при сохранности его костных стенок.

- **Нейрофиброма.** Нейрофиброма — доброкачественная опухоль, являющаяся местным проявлением общего системного заболевания — нейрофиброматоза, или болезни Реклингхаузена. Опухоль развивается из пери- и эндоневрия периферических нервов и, по современным представлениям, является дисплазией нейроэктодермальной ткани, причины которой неизвестны.
- **Постоянными симптомами заболевания являются** опухоли нервных стволов и их кожи, пигментные пятна кофейного цвета на коже, непостоянными - пороки развития, нарушения психического и физического развития, изменения костей скелета в виде асимметрии, нарушения их формы и величины и др.

- Поражение органа зрения при нейрофиброматозе наблюдается примерно в 1/5 случаев. Различают три формы заболевания:
- плексиформную — изолированное поражение верхнего века и глазницы;
- *fibroma molluscum* — множественные мягкие узелки, рассеянные на коже лица и шеи;
- половинная гипертрофия лица, включающая и гипертрофию верхнего века.

- Плексиформная нейрофиброма наиболее часто локализуется в области верхнего века и в глазнице, может распространяться на кожу лба, виска, у корня носа, над скуловой костью, на твердое и мягкое небо. Опухоль представляет собой мягкое, безболезненное образование с нечеткими границами, в толще которого пальпируются плотные, извилистые, переплетающиеся между собой тяжи. Кожа над образованием растянута, морщинистая, имеет коричневую или синюшную окраску из-за расширения подкожных вен. Верхнее веко гипертрофировано, частично или полностью опущено.
- При орбитальной локализации наблюдаются экзофтальм, смещение глазного яблока, двоение, нередко — первичная атрофия зрительного нерва или застойный сосок с исходом в атрофию и снижением зрения. Разрастание нейрофибром по отросткам ресничных нервов может привести к поражению глазного яблока. В этих случаях светлые мелкие узелки появляются в склере, в области лимба, роговице, радужке, ресничном теле, хориоиде, сетчатке, диске зрительного нерва.

- Диагноз устанавливают на основании характерных клинических признаков поражения органа зрения в сочетании с общими проявлениями нейрофиброматоза. При рентгенологическом исследовании наиболее часто выявляют увеличение вертикального размера глазницы, дефекты и утолщение стенок, расширение канала зрительного нерва и верхней глазничной щели, изменения в области турецкого седла.



Рис. 140.
Нейрофиброматоз.

- **Остеома.** Это редко встречающаяся опухоль, растущая из костной ткани. Первичные формы, поражающие непосредственно стенки глазницы, встречаются редко. Как правило, опухоль является вторичной и исходит из костной ткани смежных околоносовых полостей: чаще — из лобной и решетчатой, реже — из основной или верхнечелюстной. Развиваются остеомы, видимо, в раннем детском возрасте, но обнаруживают их чаще на втором-третьем десятилетии жизни, так как опухоли могут длительное время протекать бессимптомно.
- Существует несколько разновидностей остеомы - компактная губчатая, смешанная. Остеома растет медленно, прогрессирует, может прорасти в полость черепа. Наиболее часто располагается в верхневнутреннем углу глазницы, представляет собой плотное, гладкое, безболезненное выбухание костной стенки. При значительных размерах новообразования появляются экзофтальм, смещение глазного яблока и ограничение его подвижности, затруднение репозиции, двоение, застойный сосок зрительного нерва с возможным исходом во вторичную атрофию, снижение остроты зрения.

Злокачественные опухоли (саркомы)

- Наиболее ранним и частым симптомом заболевания является вначале преходящий, а затем постоянный отек верхнего века.- Первым симптомом может быть диплопия, но дети, как правило,, не фиксируют на ней внимание. В дальнейшем появляются чувство тяжести, распирания в глазнице, болезненность при движении глазного яблока, парестезии в области лица, головы. Выраженная стадия саркомы характеризуется экзофтальмом, смещением и ограничением подвижности глазного яблока (рис. 141). Появляется хемоз. При пальпации определяется гладкое или бугристое образование мягкой, эластичной или плотной консистенции. Репозиция глазного яблока затруднена. Экзофтальм быстро нарастает. При массивных опухолях на глазном дне возникают застойные явления с исходом во вторичную атрофию и снижением зрения. Вследствие резкого экзофтальма появляется лагофтальм. Из-за невозможности сомкнуть веки и сдавления сосудисто-нервного пучка в глазнице роговица высыхает и быстро разрушается.

- Наиболее ранним и частым симптомом заболевания является вначале преходящий, а затем постоянный отек верхнего века.- Первым симптомом может быть диплопия, но дети, как правило,, не фиксируют на ней внимание. В дальнейшем появляются чувство тяжести, распирания в глазнице, болезненность при движении глазного яблока, парестезии в области лица, головы. Выраженная стадия саркомы характеризуется экзофтальмом, смещением и ограничением подвижности глазного яблока (рис. 141). Появляется хемоз. При пальпации определяется гладкое или бугристое образование мягкой, эластичной или плотной консистенции. Репозиция глазного яблока затруднена. Экзофтальм быстро нарастает. При массивных опухолях на глазном дне возникают застойные явления с исходом во вторичную атрофию и снижением зрения. Вследствие резкого экзофтальма появляется лагофтальм. Из-за невозможности сомкнуть веки и сдавления сосудисто-нервного пучка в глазнице роговица высыхает и быстро разрушается.



Рис. 141.
Саркома орбиты.

- Течение заболевания прогрессирующее, при более злокачественных формах наблюдается быстрый рост в течение дней и недель. Более дифференцированные саркомы развиваются медленнее. Разрушая окружающие ткани, опухоль распространяется в околоносовые полости. Развиваются метастазы в лимфатических узлах, головном мозге, внутренних органах.
- Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, характерной клинической картины: течения заболевания, результатов рентгенологического, ультразвукового, радиоизотопного исследований, артерио- и венографии. При рентгенографии и томографии на ранних этапах развития новообразования обнаруживают только затемнение глазницы, значительно позднее могут выявляться дефекты костных стенок, признаки прорастания опухоли в окружающие области. Наиболее достоверным методом исследования является биопсия опухоли.