
Клінічні особливості і результати лікування ідіопатичного запалення м'яких тканин орбіти в дитячому віці

Боброва Н. Ф., Троніна С. А., Сорочинська Т. А.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМНУ» (Одеса, Україна)

Проаналізовані клінічні особливості, види лікування та їх результати у 36 дітей в віці від 4 до 17 років (середній вік $11,7 \pm 3,2$ років) з різними формами ідіопатичного запалення м'яких тканин орбіти (ІЗО). З урахуванням різноманітності клінічних проявів ІЗО, диференціальна діагностика має свої особливості в залежності від форми ІЗО та передбачає виключення інфекційних, пухлинних, посттравматичних, гранульоматозних процесів орбітальної локалізації, а також тіреοїдної орбітопатії. Найбільш частою формою ІЗО у дітей є хронічне вогнищеве запалення. Основним методом лікування ІЗО є комплексна протизапальна терапія із застосуванням системних кортикостерοїдів у випадках хронічних форм. При відсутності ефекту консервативного лікування та загрози для зорових функцій показано хірургічне лікування.

Клинические особенности и результаты лечения идиопатического воспаления мягких тканей орбиты в детском возрасте

Боброва Н. Ф., Тронина С. А., Сорочинская Т. А.

ГУ «Інститут глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМНУ» (Одесса, Украина)

Идиопатическое воспаление орбиты (ИВО, синонимы: продуктивное воспаление орбиты, неспецифическое воспаление орбиты, устаревшее - псевдоопухоль орбиты) представляет собой неинфекционное воспалительное состояние орбитальных структур без какой-либо идентифицируемой местной или системной причины. ИВО составляет до 8–10% всех поражений орбиты (Shields J.A. et al., 2004; Тронина С.А., Боброва Н.Ф., Сорочинская Т.А., 2017).

Цель работы – анализ клинических особенностей, видов лечения и их результатов у детей с идиопатическим воспалением орбиты.

Материал и методы. В отделе офтальмопатологии детского возраста под наблюдением находилось 36 детей и подростков в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст $11,7 \pm 3,2$ лет), которые были преимущественно направлены с предварительными диагнозами различных доброкачественных и злокачественных новообразований орбиты.

Острое орбитальное воспаление было диагностировано в отделе у 7 детей (19,4 %), хронический процесс у 29 (80,6 %).

Острое воспаление мягких тканей орбиты протекало в виде миозита (3 детей – 8,3 %), диффузного орбитального целлюлита (3 детей – 8,3 %), дакриoadенита (1 ребенок – 2,8 %). Хроническое ИВО - в форме очагового воспаления с формированием пролиферативного опухолеподобного образования (26 детей – 72,2 %), дакриoadенита (3 детей – 8,3 %). У 9 детей (31,0 %) в хронический воспалительный процесс были вовлечены как мягкие ткани, так и другие орбитальные структуры - слезная железа, экстраокулярные мышцы, мышца леватора верхнего века. К редким следует отнести 3 клинических случая - вовлечения оболочек глазного яблока, наличия аутоиммунного кератита и увеита на фоне очагового ИВО. В всех случаях острого ИВО заболевание было односторонним, при хроническом, двустороннее поражение наблюдалось у 3 детей (10,3 %), причем у двух из них в виде дакриoadенита.

Очаговое поражение в подавляющем большинстве случаев (22 ребенка – 75,9 %) располагалось в верхних отделах орбиты, определялось пальпаторно в виде плотного умеренно болезненного образования, малоподвижного, распространяющегося вглубь орбиты, сращенного с надкостницей орбитальной стенки. Редко наблюдалось локализация в нижних отделах орбиты (1 ребенок), интраканальная апикальная (1 ребенок) и ретробульбарная (2 детей). У 12 детей (41,4 %) отмечено снижение зрительных функций, связанное с развитием компрессионной нейропатии зрительного нерва. У 4 детей заболевание протекало на фоне иммунодефицитных состояний.

Хронический дакриoadенит проявлялся наличием уплотнения и увеличением размеров слезной железы, умеренной болезненностью ее при пальпации, развитием типичного S-образного блефароптоза с большей степенью выраженности в латеральной половине.

У всех детей в качестве средств визуализации применялись КТ или МРТ орбит, позволившие уточнить характер и локализацию воспалительных явлений.

Основным видом лечения была местная и общая противовоспалительная терапия. При этом для купирования острого воспаления местно использовались как антибактериальные, так и противовоспалительные стероидные средства, общая нестероидная, антигистаминная терапия. При хронических формах ИОВ помимо местной, использовалась и системная терапия кортикостероидами, а также инфузионная терапия и физиотерапевтическое лечение (электрофорез противовоспалительных, рассасывающих средств).

У 8 детей (27,6 %) с хроническим очаговым ИВО в случаях неэффективности консервативного лечения и при наличии симптомов компрессионной нейропатии зрительного нерва и угрозе необратимых зрительных нарушений применялось хирургическое лечение – наружная орбитотомия с тотальным удалением новообразования. Во всех случаях патогистологическое исследование подтвердило клинический диагноз.

Результаты. Во всех случаях острого ИВО в результате проведенного лечения достигнуто стихание явлений воспаления с уменьшением болезненности и степени экзофтальма и сужения глазной щели до полной нормализации. Рецидивов в отдаленном периоде не наблюдалось.

У детей с хроническими формами ИОВ проведено от 1 до 4 курсов противовоспалительной терапии (в среднем $1,6 \pm 0,8$). В результате лечения достигнуто значительное уменьшение размеров воспалительного очагового образования вплоть до полной резорбции, купирование экзофтальма и блефароптоза на стороне поражения у всех детей. Безрецидивное течение после 1 проведенного курса лечения отмечено у 13 детей (44,8 %). Повторные курсы консервативной терапии проведены у 10 детей (34,5 %), из них у 6 детей (20,7 %) - в связи с обострением хронического процесса и у 4 детей (13,8 %) они носили плановый характер и имели целью достижение полной резорбции остаточного воспалительного очага.

В результате хирургического лечения был верифицирован диагноз и удален очаг хронического воспаления, что у подавляющего числа больных привело к выздоровлению. Только у 1 ребенка через 3 года после орбитотомии развилось обострение воспалительного процесса, купированное 2 курсами консервативной терапии.

Заключение. Верификация ИВО является сложной диагностической проблемой и, по существу, является диагнозом исключения. С учетом разнообразия клинических проявлений, дифференциальная диагностика имеет свои особенности в зависимости от формы ИОВ и предполагает исключение инфекционных, опухолевых, посттравматических, гранулематозных процессов орбитальной локализации, а также тиреоидной орбитопатии. Наиболее частой формой ИВО в педиатрической практике является хроническое очаговое воспаление, что, по-видимому, связано с особенностями иммунореактивности и склонности к процессам пролиферации в данной возрастной группе. Основным методом лечения ИВО является комплексная противовоспалительная терапия с использованием системных кортикостероидов в случаях хронических форм. При отсутствии клинического эффекта консервативного лечения и угрозе для зрительных функций показанным является хирургическое лечение.