

# **ЗАХВОРЮВАННЯ ОРБИТИ**

*Методичні вказівки  
для студентів та лікарів-інтернів*

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

# **ЗАХВОРЮВАННЯ ОРБИТИ**

***Методичні вказівки  
для студентів та лікарів-інтернів***

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 6 від 26.06.2019.

**Харків  
ХНМУ  
2019**

Захворювання орбіти : метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів /  
упоряд. П. А. Бездітко, М. В. Панченко, І. Г. Дурас та ін. – Харків :  
ХНМУ, 2019. – 16 с.

Упорядники    П. А. Бездітко  
                      М. В. Панченко  
                      І. Г. Дурас  
                      О. В. Яворський  
                      Я. В. Добриця  
                      О. П. Мужичук  
                      А. Ю. Савельєва  
                      О. О. Тарануха  
                      О. В. Заволока  
                      Д. О. Зубкова  
                      Є. М. Ільїна  
                      Д. М. Мірошнік  
                      О. М. Гончарь  
                      Л. І. Івженко

## Захворювання орбіти

### *Скарги*

Звичайними скаргами є набряк повік, екзофтальм, диплопія. Можуть також бути біль та зниження гостроти зору.

### *Найважливіші об'єктивні симптоми*

Екзофтальм (проптоз) та обмеження рухів очного яблука, що можна підтвердити при тесті форсованого повертання очного яблука. Часто відзначається утруднення репозиції очного яблука при натисканні.

### *Етіологія*

Переважно виявляють один або кілька наведених об'єктивних симптомів, проте є ще специфічні особливості, які допомагають диференціювати певні захворювання:

- Ураження допоміжного апарата ока при патології щитовидної залози. Ретракція і відставання верхніх повік. Не супроводжується болем, за винятком випадків ускладнення кератопатією оголеності. Ураження часто двобічне. На комп'ютерній томограмі визначається потовщення зовнішніх м'язів ока без залучення їх сухожилів.

- Запальний псевдотумор орбіти. Часто супроводжується болем. Як звичайно, гарячка і лейкоцитоз відсутні. На комп'ютерній томограмі зовнішні м'язи ока, у тому числі їх сухожилля, потовщені. Можуть бути уражені склера, жирова клітковина орбіти та слізна залоза. Захворювання швидко регресує під впливом системної кортикостероїдної терапії.

- Целюліт орбіти (набряк або флегмона орбіти). Переважно наявні гарячка і лейкоцитоз. На комп'ютерній томограмі окрім збільшення об'єму та рентгенологічної щільності орбітальної клітковини, як правило, виявляють ознаки риносинуситу, особливо часто гемісинуситу або пансинуситу.

- Пухлини орбіти. Можна пропальпувати об'ємний утвір. Спостерігається зміщення очного яблука в протилежний від пухлини бік. На комп'ютерній томограмі виявляють об'ємний утвір.

- Пухлини слізної залози. Пухлина локалізована в зовнішній третині верхньої повіки. Очне яблуко зміщене вниз і медіально, протоз на стороні ураження. На комп'ютерній томограмі виявляють пухлину слізної залози.

- Травма (наприклад, внутрішньоорбітальне стороннє тіло, ретробульбарний крововилив). Перебування стороннього тіла в орбіті може тривалий час не супроводжуватися жодними симптомами. Ретробульбарний крововилив може призводити до компресії зорового нерва. Діагноз встановлюють за допомогою комп'ютерної томографії або без ультразвукового дослідження орбіти.

- Васкуліт орбіти (гранульоматоз Вегенера, вузликівий періартеріїт). Найвні симптоми системного захворювання, особливо ураження синусів, нирок, легень, шкіри, гарячка, значне підвищення ШОЕ.

- Мукомікоз (ураження орбіти, носа та придаткових пазух у хворих з цукровим діабетом, імунодефіцитом та зі значним ослабленням організму). Патологія, загрозна для життя.

- Варикозне розширення вен. Значне розширення вен в межах орбіти призводить до пережованого (непостійного) екзофтальму при їх наповненні та дилатації (наприклад, під час проби Вальсальви або при нахиланні голови). Коли вени спадаються, проптоз відсутній. Розширені вени помітно на підсиленій комп'ютерній томограмі, зробленій під час проби Вальсальви. При відсутності змін на комп'ютерній томограмі доцільно провести МРТ з контрастуванням.

### *Диференційний діагноз*

- Артеріовенозна нориця (каротидно-кавернозна фістула). Ця патологія може імітувати захворювання орбіти. Вона є наслідком атеросклеротичного ураження судинної стінки, травми або виникає спонтанно. Екзофтальм пульсуючого характеру. При аускультатії ока можна прослухати судинний шум (його часто чує сам хворий). Виявляють артеріалізацію кон'юнктивальних судин та хемоз (набряк бульбарної кон'юнктиви). На комп'ютерній томограмі – значне збільшення верхньої очної вени, що супроводжується збільшенням орбітальної клітковини та зовнішніх м'язів ока.

- Тромбоз кавернозного синуса. Ознаки целюліту орбіти у поєднанні зі зниженням чутливості в зоні іннервації трійчастого нерва, розширення та млявість зіниці, парез III, IV і VI черепно-мозкових нервів непропорційно до ступеня набряку орбіти, порушення свідомості, нудота, блювання. Процес часто двобічний з швидким прогресуванням.

- Параліч черепних нервів. Може супроводжуватися помірним проптозом з обмеженням рухів очного яблука в певних напрямках. Відсутня резистентність при ретропульсії або тесті форсованого повертання очного яблука. На комп'ютерній томограмі орбіти зміни відсутні.

- Збільшення очного яблука (наприклад, при міопії). Може супроводжуватися псевдопроптозом. У великих, міопічних очах часто виявляють нахилений диск зорового нерва та перипапільярний набряк. При ультразвуковому дослідженні констатують аксіальне подовження ока.

- Енофтальм після травми (наприклад, після перелому дна орбіти). Може призводити до псевдопроптозу.

### *Обстеження*

1. Анамнез: початок гострий чи поступовий, біль, очний шум, гарячка, озноб, системні симптоми. Злоякісні пухлини в анамнезі, цукровий діабет, захворювання щитовидної залози, легенів та нирок. Висипки на шкірі. Травма.

2. Зовнішнє обстеження:
  - а) оглянути хворого для визначення проптозу; виміряти розмір проптозу за допомогою екзофтальмометра Гертеля;
  - б) оцінити можливе зміщення очного яблука; виміряти за допомогою лінійки відстань до перенісся;
  - в) провести дослідження на резистентність до ретропульсії; попросити хворого закрити очі і легко потисніть великим пальцем кожне очне яблуко в орбіту;
  - г) пропальпувати край орбіти для виявлення можливої пухлини;
  - д) виміряти ступінь косоокості з допомогою призми.
3. Обстеження ока: огляд зіниці, визначення поля зору, кольорового зору (за допомогою кольорових таблиць), внутрішньоочного тиску, обстеження зорового нерва і периферичної сітківки.
4. Комп'ютерна томографія орбіти (аксіальна та корональна проєкції).
5. При нечіткому діагнозі або необхідності уточнення розповсюдження пухлини доцільні МР-томографія й ультразвукове дослідження орбіти.
6. Обстеження вітальних функцій (насамперед визначення температури тіла).
7. За показаннями – лабораторні дослідження: розгорнутий аналіз крові, визначення рівня трийодтироніну, тироксину, тиреотропного гормону, ШОЕ, антинуклеарних антитіл, сечовини і креатиніну крові, цукру крові натще, посів крові на гемокультуру тощо.
8. Провести при потребі тест форсованого повертання очного яблука.
9. При необхідності – біопсія (залежно від діагнозу – пункційна, інцизійна або ексцизійна).

## **Стороннє тіло орбіти**

### ***Скарги***

Зниження гостроти зору, біль, диплопія (інколи перебіг безсимптомний), наявність травми в анамнезі.

### ***Основні об'єктивні симптоми***

Виявлення стороннього тіла орбіти за допомогою рентгенографії, комп'ютерної томографії і/чи ультразвукового дослідження орбіти.

### ***Інші симптоми***

При пальпації виявляють об'ємний утвір в орбіті; обмеження рухів ока; проптоз; почервоніння; набряк; екхімози повік; розрив повіки чи кон'юнктиви з крововиливом чи без нього. Наявність інертного стороннього тіла може не супроводжуватись жодними симптомами. Внаслідок травматичної нейропатії зорового нерва може виникнути порушення аферентної іннервації зіниці.

### ***Типи сторонніх тіл***

А. Погано переносимі (часто викликають запальний процес): органічного походження (дерев'яні), в деяких випадках – мідні.

Б. Відносно добре переносимі (як звичайно, супроводжуються помірною хронічною запальною реакцією): сплави міді з її вмістом < 85 % (латунь, бронза).

В. Добре переносимі (інертні): камінь, скло, пластмаса, залізо, свинець, сталь, алюміній та більшість інших металів.

### ***Обстеження***

1. Анамнез: по можливості визначити характер стороннього тіла, давність травми, вираженість симптомів.

2. Повне обстеження ока і орбіти: оцінка реакції зіниці, внутрішньочного тиску, обстеження сітківки (при наявності порушення аферентної іннервації зіниці і зниження зору визначити, чи можуть вони бути наслідком змін сітківки). Обстеження включає ретельний пошук вхідної рани.

3. Комп'ютерна томографія орбіти і головного мозку (аксіальна та корональна проекції). Виключити розрив очного яблука, визначити локалізацію стороннього тіла, виключити можливе ушкодження зорового нерва або ЦНС. Не можна проводити дослідження методом ядерно-магнітного резонансу при підозрі на металеве стороннє тіло чи неможливості виключення його наявності.

4. Двомірне ультразвукове обстеження орбіти при підозрі на стороннє тіло і неможливості його виявлення за допомогою комп'ютерної томографії.

5. Провести посів виділень з рани.

### ***Показання до хірургічного втручання і спроб видалення стороннього тіла:***

1. Ознаки інфекції (гарячка, проптоз, обмеження рухів, виражений хемоз, наявність отвору на орбіті при пальпації, абсцес на КТ).

2. Утворення нориці.

3. Ознаки компресії зорового нерва.

4. Наявність погано переносимого стороннього тіла, локалізація якого чітко встановлена.

5. Велике або з чіткими контурами стороннє тіло (незалежно від складу), яке можна легко видалити.

### ***Лікування***

1. Госпіталізація.

2. Системне (не місцеве) призначення антибіотиків, наприклад, цефазолін по 1 г внутрішньовенно кожні 8 год при виявленні "чистих" інертних сторонніх тіл. Якщо сторонній предмет забруднений, лікування може бути таким, як при целюліті орбіти.

3. Профілактика правця.

4. Хірургічне втручання і видалення стороннього тіла при наявності показань.

5. За наявності малого неорганічного стороннього тіла, що не вимагає оперативного втручання, госпіталізація не потрібна. Призначення антибіотиків per os і щоденне обстеження хворого.

#### ***Подальший нагляд за хворим***

Щоденне визначення гостроти зору, ступеня аферентного дефекту зіниці (при наявності), вимірювання внутрішньоочного тиску, оцінка рухомості очного яблука, проптозу, дискомфорту ока. При неускладненому перебігу і прийнятті рішення стороннє тіло не видаляти, хворого виписують на 4–10-й день госпіталізації. Призначають антибіотики per os, щоб завершити 10–14-денний курс. Повторний огляд хворого – через 1 тиждень, при виникненні ускладнень – раніше.

### **Пухлини орбіти у дорослих**

#### ***Скарги***

Екзофтальм, диплопія, зниження гостроти зору; перебіг може бути асимптомним.

#### ***Найважливіші об'єктивні симптоми***

Проптоз, зміщення очного яблука в протилежному напрямі відносно розміщення пухлини, новоутворення орбіти на комп'ютерній томограмі.

#### ***Інші симптоми***

Наявність пухлини при пальпації, обмеження рухів очного яблука, набряк диска зорового нерва, складки судинної оболонки.

#### ***Етіологія***

• Метастази. Трапляються переважно у середньому та похилому віці. Як правило, в орбіту метастазують пухлини грудної залози (найчастіше), легень, уrogenітальної системи (особливо простати), шлунково-кишкового каналу. При скірозному раку грудної залози може спостерігатися енофтальмія замість проптозу. На комп'ютерній томограмі візуалізується дифузне новоутворення з нечіткими краями, що може набувати форми прилеглих структур орбіти. Може спостерігатися деструкція кісток.

• Кавернозна гемангіома типово трапляється в молодому та середньому віці, симптоми з боку орбіти розвиваються поступово. На комп'ютерній томограмі візуалізується новоутворення з чіткими контурами, здебільшого всередині м'язового конуса. При ультразвуковому дослідженні в А-режимі – внутрішні ехосигнали високої амплітуди.

• Лімфоїдні пухлини. Звичайно трапляються в середньому віці. Поступовий початок та повільне прогресування. Типово розвиваються у верхньопередній ділянці орбіти. Можуть супроводжуватися підкон'юнктивальним



ураженням (кольору лосося), На комп'ютерній томограмі утвір неправильної форми, що відповідає формі кісток орбіти та очного яблука. Ерозія кісток відсутня. Ураження може бути без ознак системної лімфоми. Системна кортикостероїдна терапія менш ефективна, ніж при псевдотуморі орбіт.

- Менінгіома оболонки зорового нерва. Типово трапляється в жінок середнього віку, супроводжується неболючою, поступово прогресуючою втратою зору і помірним проптозом. Розвивається аномальна реакція зіниці при порушенні її аферентної іннервації паралельно зниженню гостроти зору. При офтальмоскопії видно набряк або атрофію зорового нерва. Утворення патологічних судинних колатералей навколо диска (оптикоциліарні шунти). Менінгіома, яка виникла всередині черепа, може поширюватися на вискову ямку. На комп'ютерній томограмі – тубулярне потовщення зорового нерва, інколи у вигляді "залізничної колії" (лінійна тінь усередині ураження).

- Локальна нейрофіброма. Трапляється в молодому і середньому віці з поступовим розвитком орбітальних симптомів. У деяких хворих виявляють нейрофіброматоз, але в більшості він відсутній. На комп'ютерній томограмі візуалізується утвір з чітким контуром у верхній частині орбіти (рідко – в нижній).

- Невринома (доброякісна шваннома). Спостерігають прогресуючий, неболючий проптоз. Зрідка поєднується з нейрофіброматозом. На комп'ютерній томограмі веретеноподібна або яйцеподібна пухлина з чітким контуром, що локалізується у верхній частині орбіти.

- Фібозна гістіоцитома. Трапляється в будь-якому віці. На комп'ютерній томограмі пухлина з чіткими контурами в будь-якій ділянці орбіти. До проведення біопсії неможливо відрізнити від гемангіоперицитоми (*див. наступий пункт*).

- Гемангіоперицитома трапляється в будь-якому віці. Відносно повільний розвиток симптомів. Переважно локалізується у верхній частині орбіти. На комп'ютерній томограмі може мати чіткі контури і не відрізнятися від кавернозної гемангіоми або фіброзної гістіоцитоми. Може поширюватися через кістки орбіти у вискову ямку і порожнину черепа. Ультразвукове дослідження (А-режим): помірна – середньої інтенсивності внутрішня ехогенність.

- Інші пухлини (дермоїдні кісти, остеоми, гематоцеле, лімфангіоми, поширення очних або навколоочних пухлин тощо).

### ***Обстеження***

1. Анамнез: визначити вік на час захворювання і швидкість прогресування; наявність у минулому болю голови, хронічних захворювань пазух носа, зляканих пухлин, травми (наприклад, гематоцеле, стороннє тіло орбіти, розрив дермоїдної кісти).

2. Повне офтальмологічне обстеження з визначенням гостроти зору, реакції зіниць, рухів ока, кольорового зору і поля зору обох очей, вимірювання зміщення очного яблука (від перенісся за допомогою лінійки), внутрішньоочного тиску, обстеження зорового нерва, виміряти проптоз (екзофтальмометр Гертеля).

3. Комп'ютерна томографія (аксіальна та коронарна проєкції) орбіти і мозку.

4. При необхідності подальшого обстеження – ультразвукографія та МР-дослідження орбіти.

5. При підозрі на метастази і невідомі первинні пухлини – проведення таких досліджень:

а) тонкоголкова аспіраційна біопсія або інцизійна біопсія для підтвердження діагнозу; при підозрі на рак грудної залози – проведення аналізу на рецептори естрогенів;

б) обстеження грудної залози і пальпація аксиллярних лімфатичних вузлів;

в) прицільне обстеження, ґрунтуючись на результатах біопсії (наприклад, рентгенографія грудної клітки, мамограма).

6. При підозрі на лімфому – призначення консультації спеціаліста і проведення загального обстеження (наприклад, розгорнутий аналіз крові, визначення білкових фракцій крові, біопсія кісткового мозку, комп'ютерна томографія черевної порожнини та мозку). При негативному результаті обстеження – інцизійна біопсія пухлини (бажане дослідження нефіксованої тканини). При позитивному результаті дослідження – лікування системної лімфоми і спостереження за реакцією пухлини орбіти на це лікування. Інколи для підтвердження діагнозу застосовують пункційну біопсію.

### *Лікування*

#### **Метастатичне ураження**

Системна хімотерапія відповідно до типу первинної пухлини. Локальне опромінення пухлини орбіти. Карциноїдні пухлини іноді підлягають резекції.

#### *Кавернозна гемангіома*

Повне видалення хірургічним шляхом при впливі на зорову функцію та з косметичною метою. При безсимптомному перебігу – повторний огляд кожні 6–12 міс.

#### *Мукоцеле*

1. Системно: антибіотики в післяопераційному періоді.

2. Хірургічне дренивання кісти та екзентерація уражених параназальних синусів.

### **Лімфоїдні пухлини**

При лімфоїдній гіперплазії та лімфомі орбіти без наявності системного захворювання призначають місцеву променеву терапію. Системна лімфома є показом до системної хіміотерапії.

#### *Менінгіома оболонки зорового нерва*

Оперативне лікування показане, якщо пухлина росте і призводить до порушення зору. В інших випадках хворий обстежується повторно кожні 3–6 міс. При необхідності застосовують клінічні та інструментальні методи (комп'ютерна томографія і МР-дослідження).

### **Локалізована нейрофіброма**

Хірургічне видалення пухлини показане при її збільшенні, яке викликає симптоми.

### **Неврилемома**

Таке ж, як при кавернозній гемангіомі.

### **Фібозна гістіоцитома**

Повне хірургічне видалення. Рецидиви більш агресивні і з великим потенціалом злякисності, інколи зумовлюють необхідність екзентерації орбіти.

#### *Гемангіоперицитома*

Повне хірургічне видалення (через можливість трансформації в злякисну пухлину та метастазування).

### **Подальший нагляд і ведення хворого**

Однозначних рекомендацій немає. Лікування не є ургентним, за винятком випадків ураження зорового нерва. Метастатичні захворювання вимагають лікування без затримки.

**Нейробластома:** комп'ютерна томографія черевної порожнини, дослідження сечі на наявність ванільмигдалевої кислоти (ВМК).

### **Лікування**

- Дермоїдні та епідермоїдні кісти: повне хірургічне видалення з непошкодженою капсулою. При розриві кісти її вміст може викликати гостру запальну реакцію.

- Капілярні гемангіоми: при легкому перебігу – спостереження. При необхідності для регресії пухлини місцево вводять кортикостероїди. Лікування необхідне при розвитку косоокості, анізетропії або амбліопії.

- Рабдоміосаркома (в більшості випадків лікування проводить дитячий онколог): при підтвердженні діагнозу шляхом біопсії призначити місцеву променеву терапію і системну хіміотерапію.

- Лімфангіома: хірургічне видалення проводиться при значній косметичній деформації, дисфункції ока (косоокість та амбліопія), компресійній нейропатії зорового нерва внаслідок гострого крововиливу в орбіту. Може рецидивувати після хірургічного видалення.

- Гліома зорового нерва: загальноприйнятого підходу немає. Проводять спостереження, променево або хірургічне лікування.

- Лейкоз (у більшості випадків лікування проводить дитячий онколог): системна хіміотерапія. Деякі лікарі застосовують лише опромінення орбіти, якщо системний лейкоз не підтверджено при біопсії кісткового мозку.

- Метастази нейробластоми (у більшості випадків лікування проводить дитячий онколог): місцеве опромінення та системна хіміотерапія.

- Плексиформна нейрофіброма: хірургічне видалення у випадку виражених симптомів та спотворення.

- Тератома: хірургічне видалення (інколи за участю нейрохірурга). При значних розмірах кісти попередньо можна аспірувати її вміст. У деяких випадках можливе збереження функції ока.

- ***Подальший нагляд за хворим***

При раптовому початку захворювання та прогресуванні пухлини необхідне негайне виключення злоякісності. Пухлини з повільним прогресуванням не вимагають ургентних заходів.

## Пухлини орбіти у дітей

Прояви: проптоз та/або зміщення очного яблука.

### ***Етіологія***

- Дермоїдні та епідермоїдні кісти. Можуть проявити себе як відразу після народження, так і в молодому віці, прогресують повільно, окрім випадків розриву кісти. Можуть розвиватися у верхній частині орбіти (особливо у верхньотемпоральній ділянці) або за її межами, зовні орбіти на верхній повіці та брові зі скроневого боку. Кіста, яка локалізована зовні орбіти, переважно є круглим неболючим утворенням з гладкою поверхнею. На комп'ютерній томограмі візуалізується утвір з чіткими контурами, що може робити заглибину у кістці стінки орбіти. При ультрасонографії виявляють кістозний утвір з добрим проведенням УЗ.

- Капілярна гемангіома. Виявляють у немовлят і маленьких дітей, прогресує повільно, локалізується у верхньоназальній частині орбіти. Може просвічувати через повіку у вигляді синюватого утвору або супроводжуватися червоними гемангіомами шкіри (сунічний невус), які бліднуть при натисканні. Проптоз може посилюватися під час плачу. Гемангіома може збільшуватися на першому році життя, але потім протягом кількох років спонтанно регресує. На комп'ютерній томограмі – утвір неправильної форми, який підсилюється контрастом.

- Рабдоміосаркома. Як звичайно, з'являється на сьомому році життя, але може траплятися як у немовлят, так і у дорослих. Це злоякісна пухлина, схильна до метастазування, характеризується раптовим виникненням і

швидким прогресуванням. Може супроводжуватися набряком повік, при пальпації виявляють пухлину в верхньоназальній частині повік або під кон'юнктивою, в анамнезі – носові кровотечі. Необхідна ургентна біопсія. На комп'ютерній томограмі, зазвичай, деструкція кістки. Пухлина може мати чіткий контур, переважно розташовується у верхній частині орбіти, особливо з назального боку.

- Лімфангіома. Виникає в перші десять років життя, з поступовим прогресуванням, проте стан може раптово погіршитися при кровотечі з пухлини. Проптоз є інтермітуючим, посилюється при респіраторних інфекціях верхніх дихальних шляхів. Можуть спостерігатися супутні лімфангіоми кон'юнктиви, повік, отофарингеальної ділянки (ураження кон'юнктиви має вигляд багатокammerної кісти). На комп'ютерній томограмі пухлина неправильної форми, без капсули. При ультразвуковому дослідженні виявляють кістозні утвори.

- Гліома зорового нерва (ювенільна пілоцитарна астроцитома). Виникає у віці 2–6 років, повільно прогресує. Зазвичай супроводжується зниженням гостроти зору та відносною аномальною реакцією зіниці при порушенні її аферентної іннервації. Можуть бути виявлені атрофія або набряк диска зорового нерва. Ця пухлина може поєднуватися з нейрофіброматозом (у цьому випадку може бути двобічне ураження). На комп'ютерній томограмі веретеноподібне збільшення зорового нерва. Патологічний процес може поширюватися на зоровий канал та хіазму.

- Лейкоз (гранулоцитарна саркома). Виникає в перші десять років життя, швидко призводить до одно- або двобічного проптозу, зрідка виникає припухлість вискової ямки внаслідок наявності пухлини. Зазвичай пухлина на кілька місяців випереджає появу симптомів лейкозу з боку крові чи кісткового мозку (особливо гострого мієлогенного лейкозу). На комп'ютерній томограмі пухлина з нерівними краями, інколи з ерозією кісток. Пухлина може поширюватися у вискову ямку. Гострий лімфобластний лейкоз теж може призводити до одно- або двобічного проптозу.

- Метастатична нейробластома. Виникає в перші кілька років життя. Проявляється раптовою появою одно- або двобічного проптозу, екхімозів на повіках, зміщенням очного яблука, переважно латеральної стінки орбіти.

- Плексиформна нейрофіброма. Виникає в перші десять років життя, є патогномонічною для нейрофіброматозу. Відзначають протоз, гіпертрофію повік, S-подібну деформацію верхньої повіки або пульсуючий проптоз. Може спостерігатися асиметрія обличчя, пальпуватися об'ємний утвір у передній частині орбіти. На комп'ютерній томограмі візуалізується дифузний, неправильної форми м'якотканинний утвір, може бути дефект верхньої стінки орбіти.

• Тератома. Наявна при народженні, проявляється різко вираженим проптозом, що може прогресувати. Зір часто втрачений внаслідок високого внутрішньоочного тиску, атрофії зорового нерва, постійного оголення рогівки. Відзначають трансілюмінацію пухлини. На комп'ютерній томограмі багатоканальна м'якотканинна пухлина і збільшення орбіти, можливе поширення пухлини в порожнину черепа.

### **Обстеження**

1. Анамнез: визначити час виникнення та швидкість прогресування, встановити, чи змінюється вираженість проптозу (наприклад, під час плачу), наявність носових кровотеч, системних захворювань.

2. Зовнішній огляд: обстеження з метою виявлення об'ємних утворень у передній частині орбіти, гемангіом на шкірі, утворення у висковій ямці. Вимірювання величини проптозу (за допомогою екзофтальмометра Гертеля) та зміщення очного яблука (виміряти відстань від перенісся за допомогою лінійки). Необхідне обстеження органів черевної порожнини.

3. Повне офтальмологічне обстеження, включаючи визначення гостроти зору, оцінки стану зіниці, кольорового зору, ВОТ, рефракції, обстеження зорового нерва.

4. Комп'ютерна томографія (аксіальна та коронарна проєкції) орбіти та мозку.

5. За необхідності подальшого обстеження – ультрасонографія орбіти або ЯМР- дослідження.

6. У випадках гострого початку і швидкого прогресування провести ургентну інцизійну біопсію з дослідженням заморожених або традиційно приготовлених препаратів та електронної мікроскопії для виключення агресивної злоякісної пухлини (рабдоміосаркоми).

7. Інші необхідні дослідження відповідно до робочого діагнозу (проводить дитячий онколог):

**Рабдоміосаркома:** фізикальне обстеження (особливо шукайте збільшені лімфатичні вузли), рентгенографія грудної клітки та кісток, аспіраційна біопсія кісткового мозку, люмбальна пункція, дослідження функції печінки.

**Лейкоз:** розгорнутий аналіз крові, дослідження кісткового мозку тощо.

## **Псевдотумор орбіти**

### **Скарги**

Перебіг може бути гострим, рецидивуючим або хронічним. Біль, виражене почервоніння ока, диплопія та зниження гостроти зору характерні для гострого перебігу. У дітей можуть спостерігатися супутні загальні скарги (у т.ч. гарячка), які нетипові для дорослих. При хронічному перебігу захворювання може розвинутися асимптоматичний проптоз.

### ***Найважливіші об'єктивні симптоми***

Проптоз та/або обмеження рухів очного яблука в більшості випадків – процес односторонній. На комп'ютерній томограмі орбіти видно потовщення задньої склери (або кільце потовщення склери, що оточує очне яблуко), жирової клітковини орбіти та слізної залози, потовщення зовнішніх м'язів ока (включаючи їх сухожилля). Деструкція кісток трапляється дуже рідко.

### ***Інші симптоми***

Почервоніння та набряк повік, збільшення слізної залози або наявність пухлини орбіти при пальпації, зниження гостроти зору, увеїт, підвищення внутрішньоочного тиску, гіперметропічний зсув, набряк або атрофія диска зорового нерва, зниження чутливості в зоні іннервації першої гілки трійчастого нерва, ін'єкція кон'юнктиви та її хемоз.

### ***Етіологія***

Процес ідіопатичний.

### ***Обстеження***

1. Анамнез: подібні епізоди в минулому. Наявність системних симптомів або захворювань. Злоякісні пухлини в анамнезі.
2. Повне обстеження ока, включаючи обсяг його рухів, екзофтальмометрію, вимірювання ВОТ, обстеження зорового нерва.
3. Оцінка вітальних функцій (насамперед звернути увагу на температуру тіла).
4. Комп'ютерна томографія орбіти (аксіальна та коронарна проекції).
5. Лабораторне дослідження крові при необхідності (при двобічному процесі або в атипових випадках): ШОЕ, розгорнутий загальний аналіз крові, антинуклеарні антитіла, сечовина, креатинін (для виключення васкуліту), цукор крові натще (для виключення мукоморікозу в хворих на цукровий діабет та при імунодефіциті). При підозрі на гранульоматоз Вегенера доцільний тест на наявність антинейтрофільних цитоплазматичних антитіл.
6. Біопсія орбіти (пункційна або інцизійна) при невпевненості в діагнозі, атиповій клініці, раку в анамнезі, а також у випадках гострого перебігу без реакції на системну кортикостероїдну терапію протягом кількох днів.

### ***Лікування***

Преднізолон 80–100 мг перорально 1 раз на день у поєднанні з профілактичною противиразковою терапією (наприклад, ранітидин перорально по 150 мг 2 рази на день). Променева терапія низькими дозами може бути застосована у випадках відсутності реакції на системну кортикостероїдну терапію, при рецидиві захворювання після відміни кортикостероїдів або якщо кортикостероїди протипоказані (див. довідник медикаментів).

### ***Подальший нагляд і ведення хворого***

Повторний огляд – через 3–5 днів. У випадку позитивного ефекту системної кортикостероїдної терапії початкову дозу вводять протягом 1–2 тиж, потім поступово знижують і відміняють через кілька місяців. При відсутності реакції на гормональну терапію показана біопсія (окрім випадків, коли діагноз не викликає сумнівів, у цьому разі розпочати променеве лікування). Під час системної кортикостероїдної терапії контролювати ВОТ.

### **Література**

Офтальмологія : підручник для студентів вищих навчальних закладів та лікарів-інтернів сімейної медицини / за заг. ред. П. А. Бездітка. – Харків, 2012. – 249 с.



*Навчальне видання*

# **ЗАХВОРЮВАННЯ ОРБИТИ**

## **Методичні вказівки для студентів та лікарів-інтернів**

Упорядники      Бездітко Павло Андрійович  
                         Панченко Микола Володимирович  
                         Дурас Інна Григорівна  
                         Добриця Ярослава Вікторівна  
                         Яворський Олександр Васильович  
                         Мужичук Олена Павлівна  
                         Савельєва Алла Юрійвна  
                         Тарануха Ольга Олексіївна  
                         Заволока Олеся Володимирівна  
                         Зубкова Дар'я Олександрівна  
                         Ільїна Євгенія Миколаївна  
                         Мірошнік Дмитро Михайлович  
                         Гончарь Олена Миколаївна  
                         Івженко Людмила Ігорівна

Відповідальний за випуск      І. Г. Дурас



Редактор Е. Є. Депрінда  
Коректор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Ум. друк. арк. 1,0. Зам. № 19-33779

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництва, виготовників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.