

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева
Зав. кафедрой: д.м.н., доцент, Козина Е.В.

Реферат

ЗНО орбиты (локальные формы).

Выполнила: Климкина Е.С.

Ординатор 1 года обучения

Проверила: ассистент кафедры

Балашова П.М.

Красноярск, 2022

Содержание

Введение.....	3
1. Виды ЗНО орбиты	3
2. Патогенез	4
3. Классификация ЗНО орбиты.....	4
4. Клиническая картина.....	5
5. Диагностика.....	6
6. Лечение.....	7
7.Диспансерное наблюдение и реабилитация.....	7
Заключение.....	8
Список литературы.....	9

Введение

Злокачественные новообразования орбиты составляют примерно 1/3 от всех ее опухолей. Они могут быть первичными, вторичными (прорастающими в орбиту с соседних анатомических структур, чаще всего из придаточных пазух носа) и метастатическими. Из первичных злокачественных опухолей орбиты наиболее часто встречаются саркомы, рак слезной железы и лимфомы.

1. Виды ЗНО орбиты

Рабдомиосаркома – высокозлокачественная опухоль. Выделяют три типа: альвеолярный, эмбриональный и смешанный. Опухоль чаще встречается в детском возрасте, хотя может развиваться и у взрослых. Опухоль чаще локализуется в верхневнутреннем квадранте орбиты, рано инфильтрирует леватор и экстраокулярные мышцы, приводя к птозу, смещению глаза, ограничению его подвижности. У детей клиническая симптоматика нарастает в течение нескольких недель, у взрослых – в течение нескольких месяцев. Часто рост опухоли сопровождается болевым синдромом. Возможно прорастание в смежные анатомические области, гематогенное метастазирование.

Рак слезной железы. Морфологически выделяют аденокарциному, развившуюся в плеоморфной аденоме и спонтанно возникающие аденокистозную и мукоэпидермоидную аденокарциномы. Как правило, опухоль появляется в зрелом возрасте, чаще у женщин. Рак в плеоморфной аденоме слезной железы растет медленно, годами. Аденокистозный рак развивается в более молодом возрасте, редко у детей.

Неходжкинская лимфома (НХЛ) орбиты - это гетерогенная группа злокачественных заболеваний лимфоидной системы, которая характеризуется патологической клональной пролиферацией В, Т, В и Т лимфоцитов или НК-клеток (киллеры). Процесс чаще всего локализуется в лимфоузлах, но возможно экстранодальное поражение, к которому относится и поражение орбиты. Лимфомы орбиты относятся, как правило, к периферическим экстранодальным, они происходят из лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками. В последнее десятилетие участились случаи первичной локализации лимфомы в орбите. Чаще опухоль поражает одну орбиту. Двусторонний процесс наблюдается у 5% больных. Болеют чаще лица среднего возраста.

Метастатические опухоли орбиты – вторичное поражение тканей орбиты, связанное с первичной локализацией опухоли в других органах (молочной железе, легких и т.д.). При метастатическом поражении тканей орбиты преимущественно развивается безболезненный экзофтальм со смещением глаза. Рано появляются офтальмоплегия и

диплопия. При раке молочной железы характерно развитие энофтальма в сочетании с офтальмоплегией и затруднением репозиции.

2. Патогенез

Растущая в орбите опухоль приводит к сдавлению и инфильтрации внутриорбитальных структур – зрительного нерва, глазодвигательных мышц, сосудов, что определяет клинические проявления заболевания.

3. Классификация злокачественных опухолей орбиты

В настоящее время актуальным является седьмое издание Классификации TNM объединённого американского комитета по раку (American Joint Committee on Cancer, AJCC), опубликованное в 2009 г.

• Саркома глазница

T – первичная опухоль

Tx – оценка первичной опухоли невозможна.

T0 – первичная опухоль не обнаружена.

T1 – опухоль размерами до 15 мм в наибольшем измерении.

T2 – опухоль размерами более 15 мм в наибольшем измерении без поражения глазного яблока или костных стенок орбиты.

T3 – опухоль любых размеров с инвазией орбитальных тканей и/или костных стенок.

T4 – опухоль с поражением глазного яблока или соседних структур – век, височной ямки, носовой полости, придаточных пазух носа и/или головного мозга.

N – регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфоузлами являются следующие: предушные, подчелюстные, шейные.

N0 – регионарные лимфатические узлы не поражены.

N1 – поражение регионарных лимфатических узлов.

M – отдаленные метастазы

M0 – нет отдаленных метастазов.

M1 – определяются отдаленные метастазы.

• Рак слезной железы

Tx – оценка первичной опухоли невозможна.

T0 – первичная опухоль не обнаружена.

T1 – опухоль размерами до 2,5 см, ограниченная слезной железой.

T2 – опухоль размерами 2,5 – 5 см, ограниченная слезной железой.

T3 – опухоль с поражением надкостницы.

T3a – опухоль размерами до 5 см с поражением надкостницы слезной ямки.

T3b – опухоль размерами более 5 см с поражением надкостницы.

T4 – опухоль с распространением на мягкие ткани орбиты, зрительный нерв или глазное яблоко с наличием или отсутствием поражения кости; опухоль с распространением за пределы глазницы и поражением соседних тканей и органов, включая головной мозг.

Регионарными лимфоузлами являются следующие: предушные, подчелюстные, шейные.

Nx – лимфоузлы не могут быть оценены.

N0 – регионарные лимфатические узлы не поражены.

N1 – поражение регионарных лимфатических узлов.

Mx – наличие отдаленных метастазов не может быть оценено.

M0 – нет отдаленных метастазов.

M1 – определяются отдаленные метастазы.

Гистопатологическая классификация G

Gx – дифференцировка опухоли не определена.

G1 – высокодифференцированная опухоль.

G2 – умеренно дифференцированная опухоль, включая железисто-кистозную карциному без солидного компонента.

G3 – низкодифференцированная опухоль, включая железисто-солидную карциному с солидным компонентом.

G4 – недифференцированная опухоль.

• НХЛ классифицируются в соответствии с 4-й редакцией (2008) опухолей кроветворной и лимфоидной ткани ВОЗ. В настоящее время все лимфомы относятся к злокачественным опухолям, нет деления на лимфомы с низкой, промежуточной и высокой степенью злокачественности. Также отсутствует разделение лимфом на индолентные и агрессивные.

4. Клиническая картина

Основным клиническим признаком новообразования орбиты является экзофтальм, который может быть осевым и со смещением. Тип экзофтальма зависит от локализации опухоли в орбите. Осевой экзофтальм появляется в тех случаях, когда новообразование расположено во внутреннем хирургическом пространстве за глазом. Экзофтальм со смещением появляется при локализации опухоли за глазом и парабульбарно, глаз смещается всегда в сторону, противоположную локализации патологического очага.

Степень экзофтальма может быть различной. Для злокачественной опухоли более характерно быстрое нарастание экзофтальма.

Несмыкание глазной щели при большом выстоянии глаза из орбиты часто вызывает поражение роговицы вплоть до образования язвы.

Нередко при злокачественной опухоли орбиты нарушается подвижность глаза. Степень нарушения подвижности может быть различной – от небольшого ограничения в одну сторону до полной офтальмоплегии. Нарушение подвижности глаза обусловлено сдавлением какой-либо мышцы растущей опухолью, инфильтрацией мышцы, сдавлением глазодвигательного и отводящего нервов.

Сдавление или прорастание опухолью леватора приводит к появлению птоза. Этот симптом характерен для злокачественных опухолей, расположенных под верхней орбитальной стенкой.

Боль в орбите и соответствующей половине головы появляется рано при локализации опухоли в заднем отделе орбиты. Боль связана со сдавлением с инфильтрацией глазодвигательных мышц и надкостницы.

Сдавление зрительного нерва растущей опухолью вызывает появление застойного диска зрительного нерва или его первичную атрофию.

Хемоз конъюнктивы, отек век часто сопровождают рост злокачественной опухоли орбиты, они возникают из-за нарушения оттока венозной крови вследствие сдавления вен.

5. Диагностика

1. Жалобы и анамнез

Больной предъявляет жалобы на экзофтальм, снижение зрения, нарушение подвижности глаза, диплопию, боль в орбите, отек век и периорбитальных тканей.

2. Физикальное обследование

Возможны следующие клинические признаки: экзофтальм (осевой, со смещением); несмыкание глазной щели при большом выстоянии глаза из орбиты; нарушение подвижность глаза вплоть до полной офтальмоплегии; птоз из-за сдавления или прорастание опухолью леватора; боль в орбите и соответствующей половине головы, состояние диска зрительного нерва; наличие хемоза конъюнктивы, отека.

3. Лабораторная диагностика

- общий и биохимический анализ крови, общего анализа мочи;
- Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия при опухолях орбиты, локализующихся преимущественно парабульбарно и в средней ее трети

- Трепанобиопсия для определения гистогенеза новообразований орбиты, для выбора адекватной тактики лечения; при невозможности выполнения эксцизионной биопсии новообразования.

4. Инструментальная диагностика

Ультразвукового исследования, компьютерной томографии (КТ) или (магнитно-резонансной томографии) МРТ.

6. Лечение

Тактику лечения злокачественных опухолей орбиты определяет офтальмолог, но при необходимости пациент должен быть проконсультирован радиологом, химиотерапевтом, гематологом, общим онкологом и другими специалистами с целью выработки единой схемы лечения.

После клинического обследования и уточнения разрабатывается план лечения пациента с учетом индивидуальных анатомо-топографических особенностей орбиты, размеров опухоли, ее типа, степени инвазии в орбитальные ткани, состояния костных стенок, регионарных лимфоузлов, наличия отдаленных метастазов.

Предпочтение рекомендуется отдать органосохраняющему лечению. Лечение злокачественной опухоли орбиты комбинированное (операция + ЛТ (лучевая терапия)) или комплексное (операция + ЛТ + ПХТ (полихимиотерапия)). После полного удаления даже небольшой злокачественной опухоли из орбиты рекомендуется проведение в послеоперационном периоде лучевой или химиотерапии, поскольку адьювантное лечение существенно повышает шансы на полное излечение заболевания. Рекомендуется соблюдать предписанные сроки между определенными этапами лечения.

5. Диспансерное наблюдение и реабилитация.

При отсутствии рецидива дальнейшие осмотры проводят 1 раз в год. Помимо общепринятого клинического обследования выполняют УЗИ орбиты, КТ или МРТ. Один – два раза в год пролеченным пациентам проводят рентгенографию легких и ультразвуковое исследование органов брюшной полости для исключения метастазов. В случае выявления отдаленных метастазов первичной опухоли лечение продолжают в онкологическом учреждении. После экзентерации орбиты рекомендуется экзопротезирование.

Заключение

Таким образом, на сегодняшний день ранняя диагностика онкологических заболеваний не утратила своей актуальности и абсолютной значимости в распознавании «смертельного врага», когда еще на ранних стадиях, эффективность лечения достигает высокий коэффициентный показатель.

Литература.

1. Кански, Д. Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Пер. с англ.// Д. Кански. – М.: Логосфера, 2012.
2. Офтальмология: национальное руководство // ред. С.Э. Аветисов, Е.А. Егоров, Л.К. Мошетова, В.В.Нероев, Х.П. Тахчиди. – 2ое изд – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.-944с.
3. <http://avo-portal.ru/doc>
4. <https://eyepress.ru/Default.aspx>
5. <https://www.atlasophthalmology.net>