

Б.М. Азнабаев, Э.А. Латыпова, Т.Р. Мухамадеев  
**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ  
 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРБИТЫ**  
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
 Минздрава России, г. Уфа*

Проанализированы клинические особенности неспецифических воспалительных заболеваний орбиты (НВЗО) неизвестной этиологии у 29 пациентов на основании воспалительного орбитального симптомокомплекса (отек, боль в орбите, ограничение движения глаза, экзофтальм), данных методов диагностики: рентгенографии, компьютерной томографии (КТ) и по показаниям магнитно-резонансной томографии (МРТ) орбиты, черепа, околоносовых пазух и результатов лабораторных и гистологических исследований. По локализации очага воспаления у 16 пациентов наблюдали идиопатический дакриoadенит, у 8 – орбитальный миозит, у 4 – идиопатическое воспаление переднего отдела орбиты и у 1 – вершинное воспаление орбиты. Эффективность лечения при НВЗО во всех случаях была достигнута противовоспалительной терапией.

**Ключевые слова:** неспецифические воспалительные заболевания орбиты, воспалительные заболевания орбиты, идиопатический дакриoadенит, идиопатический миозит экстраокулярных мышц.

B.M. Aznabaev, E.A. Latypova, T.R. Mukhamadeev  
**CLINICAL ASPECTS OF NONSPECIFIC INFLAMMATIONS OF THE ORBIT**

Clinical features of nonspecific inflammatory diseases of the orbit of unknown etiology in 29 patients were evaluated. The evaluation was based on the set of orbital inflammatory symptoms (swelling, pain in the orbit, limitation of eye movement, exophthalmos) and on data of diagnostic methods (X-ray, CT, MRI of the orbit, skull, paranasal sinuses, the results of laboratory and histological studies). According to location of inflammation there were 16 patients with idiopathic dacryoadenitis, 8 patients with orbital myositis, 4 patients with nonspecific anterior orbital inflammation, and 1 patient with apical orbital inflammation. The success in treatment in all cases of nonspecific inflammatory diseases of the orbit was achieved using anti-inflammatory therapy.

**Key words:** nonspecific inflammatory disease of the orbit, inflammatory disease of the orbit, idiopathic dacryoadenitis, idiopathic myositis of extraocular muscles.

Неспецифические воспалительные заболевания орбиты (НВЗО), традиционно известные под названием «псевдотуморы», характеризуются неопухолевым объемным поражением орбиты неизвестной этиологии (идиопатические). В настоящее время многие исследователи полагают, что в основе этих заболеваний лежат аутоиммунные нарушения воспалительной природы. С внедрением в клиническую практику современных методов исследования (КТ, МРТ, иммунопатологических, молекулярных генетических) и при тщательном клиническом анализе в последние десятилетия стало возможным достичь большей специфичности в определении проявлений и характера этих болезней [9]. В первой половине двадцатого столетия уже была распознана природа некоторых разновидностей орбитальных псевдоопухолей, таких как гранулема Вегенера, саркоид Бека, гранулема при узелковом периартрите [5]. К сожалению, определение специфичности этих заболеваний невозможно без данных исследования биопсийного материала.

НВЗО – заболевание, поражающее все мягкотканые структуры орбиты продолжительностью течения не менее 1 месяца, клинически «симулирующее» опухоль, нередко с поражением зрительного нерва (ЗН) с ухудшением или потерей зрения, а патогистологически представляющее воспалительный процесс неизвестной этиологии. Среди причин,

вызывающих синдром экзофтальма, они занимают второе место по частоте после опухолей орбиты [2].

Следует отметить, что неспецифические воспалительные заболевания орбиты в практике офтальмологов встречаются нечасто, диагностируются еще реже, чем возникают, особенно на амбулаторном приеме, вследствие чего часть их проходит под другими диагнозами.

В этой связи целью нашей работы явился анализ клинических особенностей неспецифических воспалительных заболеваний орбиты на основании литературных данных и собственных наблюдений.

#### **Материал и методы**

Были обследованы 29 пациентов (18 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 2 до 70 лет (в том числе 5 детей 2-15 лет) с НВЗО, пролеченных в Уфимском НИИ глазных болезней и офтальмологическом отделении городской клинической больницы № 10 г. Уфы. По локализации очага воспаления у 16 пациентов наблюдали идиопатический дакриoadенит, у 8 – миозит экстраокулярных мышц, у 4 – идиопатическое воспаление переднего отдела орбиты и у 1 – вершинное воспаление орбиты. В диагностике учитывались анамнез, офтальмологический статус, общее состояние пациентов, данные рентгенографии, компьютерной томографии (КТ) и по показаниям магнитно-резонансной томографии (МРТ) ор-

биты, черепа, околоносовых пазух, результаты лабораторных и гистологических исследований. По показаниям проведены консультации смежных специалистов (оториноларинголога, терапевта, ревматолога, фтизиатра и др.), при хронических опухолевых процессах проведена ультразвуковая доплерография сосудов орбиты с последующей консультацией онколога. Лечение НВЗО в большинстве случаев состояло в назначении антибиотиков, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и кортикостероидов (КС).

### **Результаты и обсуждение**

Особенностью НВЗО является наличие клинических признаков воспаления с острым или подострым течением в начале заболевания: боли в области орбиты, ограничение подвижности глазного яблока, отек век и конъюнктивы (до хемоза), диффузная инфильтрация тканей орбиты разной интенсивности, экзофтальм, нередко поражение зрительного нерва [3,6,7,9].

Биопсийный материал при НВЗО представляет собой полиморфно-клеточную (лимфо- и плазмочитарную) инфильтрацию, переходящую в реактивный фиброз без заметного разрушения структуры тканей орбиты [1,3,5].

Клинические проявления НВЗО определяются локализацией воспалительного очага в орбите и подразделяются на: идиопатический дакриoadенит, орбитальный миозит, неспецифическое воспаление переднего отдела орбиты, диффузное идиопатическое воспаление орбиты, апикальное (вершинное) воспаление орбиты [1,7,9].

Клиническое течение имеет несколько вариантов. Через несколько недель возможны ремиссия под влиянием медикаментозного лечения или спонтанно без последствий или продолжительное интермиттирующее течение с рецидивами и последующими ремиссиями и тяжелое продолжительное течение, приводящее к прогрессирующему фиброзу орбитальных тканей, характеризующемуся экзофтальмом, офтальмоплегией в сочетании с блефароптозом и вовлечением в процесс зрительного нерва [3,4,7].

**Идиопатический дакриoadенит** – наиболее распространенная форма НВЗО. Клинически проявляется болью, отеком и птозом преимущественно наружной трети верхнего века, характерными для дакриoadенита с S-образной деформацией его края; сужением глазной щели; смещением глазного яблока книзу и внутрь; хемозом конъюнктивы в верхневисочном сегменте, нередко экзофтальмом без признаков сдавления ЗН. Воспа-

лительный процесс может протекать остро или хронически, поражая слезную железу моно- или билатерально [1,8]. Визуализирующие исследования (КТ, МРТ) выявляют очаг воспаления, локализованный в слезной железе часто с распространением процесса на теноннову капсулу и экстраокулярные мышцы вблизи слезной железы.

Дифференциальный диагноз включает вирусный и бактериальный дакриoadенит и специфические воспаления, такие как синдром Сьегрена (системное коллагеновое заболевание с прогрессирующим угнетением слезных и других желез внешней секреции), болезнь Микулича (прогрессирующее симметричное увеличение слезных и слюнных желез при системном заболевании лимфатического аппарата), лимфома глазницы (опухоль орбиты с локализацией чаще в области слезной железы при системном заболевании кроветворных органов), гранулематоз Вегенера (генерализованный некротизирующий васкулит аутоиммунного генеза), саркоид Бека (доброкачественный лимфогранулематоз), склерозирующее воспаление и другие, окончательный диагноз при которых устанавливается после гистологического исследования патологической ткани.

Лечение дакриoadенита неизвестной этиологии состоит в большинстве случаев в назначении антибиотиков, НПВС и КС. У 16 из 29 пациентов (57%) с НВЗО симптоматика заболевания соответствовала клинике дакриoadенита с острым или подострым началом заболевания. Из них у 11 взрослых заболевание развивалось постепенно, в течение 1-3 месяцев, когда в области слезного мешка появилась плотная на ощупь припухлость, уходящая вглубь орбиты. Заболевание протекало с умеренно выраженными воспалительными явлениями в наружном углу глаза, и до госпитализации эти пациенты длительно наблюдались у офтальмолога по поводу конъюнктивита. А у 5 детей (2-15 лет) дакриoadенит проявился остро, в течение 7-10 дней, болью, припухлостью, покраснением кожи верхнего века в наружной ее части без нагноения, смещением глазного яблока книзу и внутрь, ограничением его подвижности, умеренным экзофтальмом с распространением отека на ткани орбиты, височную область и соответствующую половину лица. Дакриoadенит у детей, как правило, протекал с повышением температуры, недомоганием (нарушение сна и аппетита), головной болью, и они госпитализировались по экстренным показаниям. Для иллюстрации приводим следующие наблюдения.

**Клинический пример № 1.** Наблюдается пациентка М., 15 лет, с острым двусторонним дакриoadенитом. Заболела остро, за 10 дней до поступления появилась болезненная припухлость в наружном секторе верхних век обоих глаз после гриппозного состояния, перенесенного «на ногах» с субфебрильной температурой. При поступлении: двустороннее, симметричное, пальпаторно умеренно болезненное уплотнение слезных желез. Глазные щели сужены и S-образно деформированы нависающими веками, особенно их наружной частью. Глазные яблоки несколько смещены внутрь и книзу. Конъюнктивит в наружном углу гиперемирован, отечна, без гнойного отделяемого. Визуальная функция обоих глаз не нарушена. Клинические анализы крови показали умеренный лейкоцитоз и повышение СОЭ.

На КТ отмечалось симметричное увеличение в объеме и усиление контрастности слезных желез. Околоушные, подчелюстные и подъязычные железы, лимфоузлы в воспалительный процесс не были вовлечены. Околоносовые пазухи удовлетворительно пневматизированы, костных деструктивных изменений не выявлено.

Лечение проводили с применением КС (дексазон в инъекциях парабульбарно и инстилляциях), НПВС (диклофенак 3,0 мл внутримышечно) и антибиотиков (нормакс системно и местно), через 8 дней пациентка была выписана с благоприятным исходом.

**Клинический пример № 2.** Пациентка С., 44-х лет, жалобы на появление уплотнения в наружной трети верхнего века, покраснение, отек наружного угла век правого глаза около 3 мес. Лечение глазными каплями по поводу конъюнктивита эффекта не дало.

Объективно: OD – умеренный экзофтальм, движение глазного яблока в полном объеме, глубжележащие отделы без особенностей. В наружном углу век конъюнктивит гиперемирован, утолщен, вены полнокровные, извитые, кожа век не изменена, слезная железа увеличена, пальпаторно – умеренно плотной консистенции, пальпебральная ее часть, видимая со стороны конъюнктивы, неровная, бугристая.

На МРТ орбит с внутривенным контрастированием (Омнискан 10 мл) справа выявлено дополнительное объемное образование овальной формы размерами 1,5x1,3x1,4 см, прилегающее к глазному яблоку, к верхней прямой мышце, с признаками инфильтрации слезной железы. Правосторонний экзофтальм на 0,25 см. Зрительные нервы обоих глаз

симметричные, размеры 5,0/5,5 мм, экстраокулярные мышцы также симметричные. Выявлены признаки кисты правой верхнечелюстной пазухи. Заключение МРТ: признаки объемного образования правой орбиты.

Поскольку опухолевидный процесс продолжительный, проводили доплерографическое исследование орбиты, выявившее объемное образование правой слезной железы размерами 1,5x1,4 см. Внутритканевой кровотока – артериального типа средней васкуляризации, внутринодулярный кровотока справа –  $V_{max}$  0,15;  $V_{min}$  0,04; RI 0,76. Заключение: очаговое (объемное) образование в проекции слезной железы справа. Выраженное снижение кровотока в артериях орбиты справа, вероятно, характерно для хронического дакриoadенита. Данных за новообразование не выявлено. Больная консультирована ревматологом, фтизиоокулистом, оториноларингологом, онкологом. Патологии не выявлено.

После комплексного обследования был установлен диагноз идиопатический дакриoadенит, что подтвердилось положительным результатом лечения противовоспалительными препаратами.

**Орбитальный миозит** характеризуется воспалением одной или нескольких наружных мышц глаза на протяжении от сухожильного кольца у вершины орбиты до места их прикрепления к склере. Заболевание встречается нечасто. Первый случай миозита экстраокулярных мышц был описан в 1903 г. Gleason J.E. [5]. Этиология заболевания до конца неизвестна, но причинными факторами могут быть ревматизм, ревматоидные заболевания, реже другие инфекционные, аллергические процессы, аутоиммунные нарушения.

Клиническая картина во многом определяется степенью вовлечения мышц в воспалительный процесс и характеризуется болью, ощущением дискомфорта, двоением, ограничением подвижности и репозиции глаза, очаговой конъюнктивальной инъекцией, наиболее выраженной над местом прохождения пораженной мышцы, легким экзофтальмом (рис.1), в некоторых случаях отеком век и птозом. Симптомы могут проявляться как самостоятельно, так и на фоне системных заболеваний [2,3].



Рис. 1. Пациентка Г., 48 лет. Идиопатический миозит правой орбиты

Воспалительная инфильтрация глазных мышц нередко переходит в ретробульбарную жировую клетчатку, зрительный и цилиарные нервы, орбитальные сосуды. В таких случаях выставить диагноз затрудняют присоединяющиеся к миозиту тенонит, увеит, папиллит, иногда целлюлит орбиты.

Для диагностики орбитальных миозитов применяется комплекс специальных методов: рентгенография, КТ, МРТ, УЗИ, ангиография, электромиография глазных мышц, неврологическое обследование, биохимические анализы крови, иммунологическое исследование, биопсия и др. На КТ (МРТ) наиболее характерным признаком идиопатического миозита является резкое утолщение одной (реже двух) прямой мышцы глаза на всем протяжении (рис. 2). Данные электромиографического исследования обнаруживают ограничение подвижности глаза при миозите, обусловленное поражением мышц глазодвигательного аппарата, а не нейрогенными расстройствами [5].



Рис. 2. Та же пациентка. КТ орбиты, аксиальная проекция. Утолщение глазодвигательных мышц справа

Гистологические изменения при орбитальном миозите сводятся к воспалительной инфильтрации между гипертрофированными мышечными волокнами. Инфильтрат состоит из компактного кольца лимфоцитов, окруженного нейтрофильными и эозинофильными лейкоцитами. Воспалительный процесс начинается в соединительнотканной строме, которая позже утолщается в связи со склерозом и фиброзом [2, 9].

Дифференциальную диагностику проводят с заболеванием Грейвса (эндокринной миопатией), обычно отличающимся безболезненным началом, асимметричным медленным прогрессированием, ретракцией верхних век, связанными с дисфункцией эндокринной системы. Кроме того, клиническая картина эндокринной офтальмопатии дополняется оценкой биологической активности тиреоидных гормонов в крови, на КТ – ограниченным увеличением экстраокулярных мышц, уменьшающимся в направлении к месту прикрепления мышц к склере.

Метастатическая или локально инфильтративная неоплазия в экстраокулярных

мышцах также похожи на НВЗО. В то же время боли являются редким клиническим признаком метастатических опухолей, а экзофтальм – частым. Возможно развитие миозита при флегмоне орбиты, для которой прежде всего характерны явления общей интоксикации организма (слабость, головные боли, высокая температура, лейкоцитоз, ускорение СОЭ и др.) [1]. В лечении пациентов с орбитальным миозитом эффективны НПВС, КС. В случае рецидивирующего или упорного течения могут потребоваться антиметаболиты (метотрексат и др.), радиотерапия.

Нами наблюдались 8 пациентов (из них 7 женщин) с орбитальным миозитом. Заболевание в 7 случаях развивалось постепенно в течение 3-8 мес. (в 2 случаях с переходом заболевания в стадию фиброза), в одном – остро.

**Клинический пример № 3.** У женщины Х., 67 лет, появились боли в левой орбите, усиливающиеся в течение 2 недель, экзофтальм, двоение, отек век. Поступила в стационар с диагнозом флегмона орбиты. При поступлении: слева выраженный экзофтальм, глазное яблоко отклонено внутрь, движение его ограничено кнаружи, отек век и конъюнктивы (хемоз) в наружном углу глаза. На КТ утолщение наружной прямой мышцы глаза в поперечнике по всей длине, контуры ее нечеткие, плотность повышена. Прилежащая ткань орбиты имеет гомогенную структуру с умеренным повышением ее плотности, присутствует экзофтальм.

Эндокринологом и другими специалистами была исключена патология эндокринных и близлежащих с орбитой органов. Терапевтом установлен обменно-дистрофический деформирующий артрозо-артрит. После клинического обследования выставлен диагноз неспецифическое воспаление левой орбиты, острый миозит. Учитывая острый процесс в орбите, в лечении применяли антибиотики (внутривенно (в/в) цефалоспорины, парабульбарно (п/б) гентамицин) в сочетании со стероидами и НПВС (п/б дексаметазон, в/м и внутрь диклофенак). Местно глазные капли: 0,3 % раствор офлоксацина, 0,1 % раствор дексаметазона 4-6 инстилляций в день. На фоне проводимой терапии наступило купирование острого воспалительного процесса в орбите в течение 14 дней и регрессирование орбитального миозита.

**Идиопатическое воспаление переднего отдела орбиты и диффузное идиопатическое воспаление орбиты** достаточно редко встречаются в клинической практике НВЗО. При идиопатическом воспалении переднего

отдела орбиты патология ограничивается передними его отделами и прилежащей поверхностью глазного яблока и клинически проявляется болью, отеком век, экзофтальмом, сопутствующими конъюнктивитом, увеитом, тенонитом, папиллитом, ретинитом, нередко со снижением зрения.

Диффузное идиопатическое воспаление орбиты клинически напоминает воспаление переднего отдела орбиты, но, как правило, имеет более тяжелое течение и характеризуется диффузными воспалительными изменениями орбиты и более значительным снижением остроты зрения, обусловленным присоединившейся отслойкой сетчатки или поражением ЗН. Характерной особенностью данной патологии глазницы является появление резких, приступообразных болей в глазу с иррадиацией в соответствующую половину головы, что не соответствует степени выраженности клинических проявлений в глазу. На КТ, МРТ выявляются обусловленное отеком кольцевидное затемнение, окружающее глазное яблоко, характерное для воспалительного процесса в передней части глазницы, или воспалительный отек вокруг зрительного нерва, локально в склере, хориоиде. При диффузном воспалении видно затемнение тканей орбиты и глазного яблока [1].

В нашей практике мы наблюдали 4 пациентов с неспецифическим воспалением переднего отдела орбиты, из них в 2-х случаях с типичными вышеописанными клиническими признаками, в остальных 2-х случаях – в виде псевдотумора (рис. 3).



Рис. 3. Пациентка Х., 76 лет. Неспецифическое воспаление левой орбиты. Сопутствующее заболевание – ревматоидный артрит

**Клинический пример № 4.** Представим два случая неспецифического воспаления переднего отдела орбиты, наблюдавшихся у матери и дочери. У женщины 47 лет на протяжении полутора лет наблюдались резко возникающие приступообразные боли то в одном, то в другом глазу. Боли сопровождались отеком, покраснением слизистой глазного яблока, которые спонтанно исчезали через 2-3 дня (рис. 4). Назначенное офтальмологом лечение по поводу конъюнктивита результатов не дало. Пациентка была госпитализирована на обследование и лечение с диагнозом неспецифическое воспаление переднего отде-

ла левой орбиты. Через 6 дней поступила дочь (21 год) с сильными болями в левом глазу. Объективно при поступлении в обоих случаях слева были отмечены: невыраженные диффузная отечность век и псевдоптоз, инъекция сосудов эпibuльбарной конъюнктивы, эписклеры и склеры, умеренная болезненность глазного яблока при движении (рис. 5). Во втором случае, кроме этого, наблюдалось явление переднего увеита в виде обильного выпота воспалительного экссудата во влагу передней камеры и преципитатов на эндотелии роговицы, в связи с чем ухудшилось зрение с 1,0 до 0,7. Зрачок медикаментозно расширился максимально, равномерно.



Рис. 4. Идиопатическое воспаление переднего отдела орбиты (у матери)



Рис. 5. Идиопатическое воспаление переднего отдела орбиты (у дочери)

При КТ черепа, орбиты, околоносовых пазух патологии не выявлено. Лишь на сканограммах МРТ отмечено легкое диффузное затемнение ткани орбиты в переднем ее отрезке вокруг глазного яблока слева.

После назначения КС системно и местно на третьи сутки был снят болевой синдром. В дальнейшем КС сменили на НПВС внутрь. После курса лечения пациентки были выписаны с клиническим выздоровлением, острота зрения у дочери восстановилась до 1,0.

Нами проводилось гистологическое исследование биопсийного материала у двух пациенток с подозрением на идиопатическое воспаление переднего отдела орбиты. В обоих случаях в верхнем секторе глазного яблока под конъюнктивой визуализировалось плоское опухолевидное образование овальной формы, пальпаторно мягкой консистенции, желтой окраски и с четкими контурами, неплотно сращенное с близлежащими тканями орбиты. Конъюнктив над ним была умеренно инъецирована. В одном случае гистологически была выявлена полиморфно-клеточная воспалительная инфильтрация. Процесс регрессировал после противовоспалительного лечения.

В другом – характерные гистологические признаки лимфомы орбиты: монотонная

пролиферация зрелых лимфоцитов, митозы лимфобластных клеток. В последнем случае пациентка с диагнозом лимфома орбиты была направлена в онкоофтальмологический центр Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

При **апикальном (вершинном) неспецифическом воспалении орбиты** в клинической картине выступают симптомы компрессии ЗН (затуманивание зрения, а затем и его резкое снижение, на глазном дне развивается оптическая нейропатия), могут беспокоить боль при движении глаза, диплопия. При КТ, МРТ обнаруживается воспалительный фокус у вершины орбиты. Чтобы выставить диагноз апикального неспецифического воспаления орбиты, необходимо исключить большое количество заболеваний, поражающих вершину орбиты (ангиосаркому, лимфому, ангиомиомиому, вторичные опухоли из околоносовых пазух, метастазы, синдром Толоса-Ханта, гранулематоз Вегенера, грибковые инфекции). Апикальное неспецифическое идиопатическое орбитальное воспаление может быть похожим на миозит и обычно вовлекает мышцы у вершины орбиты, однако наряду с типичными признаками миозита характерна оптическая нейропатия.

**Клинический пример № 5.** Мужчина Г., 36 лет, был госпитализирован с диагнозом псевдотумор левой орбиты, неврит зрительного нерва. Заболел остро, за 5 дней до поступления в стационар на фоне ОРВИ резко появились боли за левым глазом, периодически усиливающиеся, отек, покраснение век, увеличение и выпячивание левого глазного яблока, резкое ухудшение зрения в течение 3 дней.

Объективно при поступлении острота зрения левого глаза определялась на уровне движения руки. Выраженный экзофтальм, офтальмоплегия, мягкие ткани орбиты, веки умеренно отечны, не напряжены, кожа гиперемирована. Глазное дно – диск зрительного нерва гиперемирован, границы отечные, вены сетчатки расширены, полнокровны. Правый глаз практически здоров, острота зрения 1,0. Экзофтальмометрические показатели правого и левого глаза соответственно равны 18/26 мм. Заключение МРТ: экзофтальм, выраженный отек ретробульбарной клетчатки и воспалительная инфильтрация мышц левой орбиты; неврит зрительного нерва; на МРТ – признаки левостороннего верхнечелюстного синусита, этмоидита. Результаты триплексного УЗИ орбиты: справа – без патологии, слева – опухолевидное образование неправильной формы, с нечеткими краями, локализованное во внут-

реннем хирургическом пространстве с вовлечением экстраокулярных мышц и зрительного нерва. Контуры экстраокулярных мышц неровные, нечеткие, отечные, утолщенные (в поперечнике 6-11 мм). Диаметр ЗН справа – 4,5 мм; слева – 10 мм, неравномерное утолщение. Репозиция левого глаза отрицательная. Ультразвуковое триплексное сканирование глазных артерий выявило асимметрию кровотока по глазной и центральной артериям сетчатки с признаками снижения в сосудах слева. Заключение: синдром вершины левой орбиты. Псевдотумор левой орбиты с вовлечением экстраокулярных мышц. Сдавление глазной артерии с ишемической оптикопатией. Со стороны ЛОР-органов и полости рта патологии специалистами не выявлено.

После полного обследования пациента был установлен заключительный диагноз апикальное воспаление левой орбиты, ишемическая оптикопатия. На фоне проведенной терапии с применением антибиотиков, КС, НПВС, противоотечной и витаминотерапии, спазмолитиков, ангиопротекторов, гирудотерапии восстановились движение и репозиция левого глаза, но наступила атрофия зрительного нерва, характерная для синдрома вершины орбиты. В данном случае развитие заболевания в орбите с манифестными проявлениями воспалительных признаков после перенесенной ОРВИ, адекватность противовоспалительной терапии предполагают инфекционную природу патологии в орбите, а катаральные изменения слизистой околоносовых пазух на пораженной стороне, возможно, возникли транзиторно в ответ на воспалительный фокус в орбите.

**Заключение.** Неспецифические воспалительные заболевания орбиты являются сложной патологией не только в плане дифференциальной диагностики с опухолевыми и гранулематозными процессами в орбите, но и в том, что они протекают в виде разных клинических форм с неоднозначными клиническими проявлениями. Среди последних в наших наблюдениях преобладали идиопатический дакриоаденит и орбитальный миозит (82,8%). Комплексное исследование с применением методов КТ, МРТ, УЗ доплерографии позволило определить не только локализацию, форму и границы патологического процесса в орбите, но также провести дифференциальную диагностику воспалительного и опухолевого процессов орбиты. Более информативным методом, позволяющим отличить НВЗО от истинного новообразования, по-прежнему остается гистологическое исследование биопсийного материала.

**Сведения об авторах статьи:**

**Азнабаев Булат Маратович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой офтальмологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: (347) 223-24-21. E-mail: office@optimed-ufa.ru.  
**Латыпова Эльмира Анваровна** – к.м.н., доцент кафедры офтальмологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: (347) 223-24-21.  
**Мухамадеев Тимур Рафаэльевич** – к.м.н., доцент кафедры офтальмологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: (347) 277-62-62. E-mail: photobgmu@gmail.com.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Азнабаев, Б.М. Флегмоны и другие воспалительные заболевания орбиты / Б.М. Азнабаев [и др.]. – М., 2012. – 296 с.
2. Бикбов, М.М. Комплексная диагностика заболеваний орбиты / М.М. Бикбов, А.Ф. Габдрахманова, И.В. Верзакова. – Уфа, 2008. – С.78-98.
3. Бровкина, А.Ф. Болезни орбиты: руководство для врачей / А.Ф. Бровкина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 256 с.
4. Бровкина, А.Ф. Болезни орбиты / А.Ф. Бровкина. – М.: Медицина, 1993. – 240 с.
5. Меркулов, И.И. Клиническая офтальмология. Книга первая. Заболевания век, слезного аппарата и орбиты / И.И. Меркулов. – Харьков: Издательство Харьковского университета, 1966. – 348 с.
6. Национальное руководство по офтальмологии / под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетоной, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1017 с.
7. Тейлор, Д. Детская офтальмология / Д. Тейлор, К. Хойт. – М.: Издательство БИНОМ, 2007. – 248 с.
8. Терапевтическая офтальмология / под ред. М.Л. Краснова, Н.Б. Шульпиной. – М.: Медицина, 1985. – С. 192-193.
9. Rootman, J. Diseases of the Orbit: A Multidisciplinary Approach. Second Edition / J. Rootman. – 2003. 579 p.

УДК 617.711-004.1

© С.Г. Анисимова, Н.К. Мазина, Т.В. Абрамова, 2014

С.Г. Анисимова, Н.К. Мазина, Т.В. Абрамова  
**КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ РЕГУЛЯТОРА ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА  
 ПРИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СЛЕЗОПРОДУКЦИИ  
 ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА**

*ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»  
 Минздрава России, г. Киров*

В анализ были включены результаты обследования 51 (102 глаза) пациента с синдромом сухого глаза (ССГ) профессиональной этиологии. Одна группа получала 2 курса цитофлавина в течение 25 дней с перерывом 1 месяц, другая, контрольная, – плацебо. Вывод: приём цитофлавина пациентами с профессиональной патологией органа зрения в виде ССГ обеспечил достоверный сдвиг показателей слезопродукции и качества слезы в диапазон нормальных значений, причем величина позитивных сдвигов оказалась выше на фоне меньшей выраженности офтальмопатологии у офисных работников. Полученные данные свидетельствуют о том, что цитофлавин может усилить выработку нормальной слезной жидкости и использоваться в качестве профилактического и лечебного средства при профессиональной офтальмопатологии.

**Ключевые слова:** цитофлавин, синдром сухого глаза, электрогазосварщик, бухгалтер.

S.G. Anisimova, N.K. Mazina, T.V. Abramova  
**CLINICAL EFFECTS OF ENERGY METABOLISM REGULATOR  
 AT THE CORRECTION OF TEAR PRODUCTION VIOLATIONS  
 OF PROFESSIONAL GENESIS**

The analysis included a survey of 51 patients with dry eye syndrome of professional etiology (102 eyes). One group received 2 courses of cytoflavin within 25 days with a break of one month, the other, the control one - placebo. Conclusion: patients with professional pathology dry eye syndrome taking cytoflavin showed a significant shift of tears production and quality of the tears into the normal range, and the magnitude of positive changes was higher with less severity of ophthalmopathology in office workers. These data suggest that cytoflavin can increase the production of normal lachrymal fluid and can be used as a preventive and therapeutic agent for professional ophthalmopathology.

**Key words:** cytoflavin, dry eye syndrome, welder, accountant.

Актуальность синдрома сухого глаза (ССГ) для клинической практики в последние годы стремительно возрастает [11]. Нарушения слезопродукции в виде синдрома ССГ проявляются жжением в глазах, чувством песка за веками, болями в области глазниц и лба, дискомфортом при движении глаз, гиперемией конъюнктивы, что резко снижает качество жизни и работоспособность [8]. В практике офтальмолога патология слезопродукции, как правило, наблюдалась у лиц по-

жилого возраста, однако в последние годы она стала встречаться очень часто в относительно молодом возрасте, в связи с увеличением профессиональных факторов риска [4,12].

Согласно статистическим данным частота профессиональной офтальмопатологии по Кировской области среди всех профессиональных заболеваний составляет более 1%, по России 6,4%. Среди них заболевания глаз электрогазосварщиков (лучевая катаракта,