

ETIOPATHOGENETIC THERAPY OF PATIENTS WITH RETROBULBAR NEURITIS SYNDROME

Drozdovskaya V. S., Goncharova N. A., Denisov L. A.

Kharkov, Ukraine

There were studied the results of treatment of 75 patients of retrobulbar neuritis syndrome. The use of complex treatment, including anti-inflammatory, immunocorrecting, nootropic, antioxidant and rheocorrecting means allowed to achieve positive effects in 81.3 % of cases.



УДК 617.764.1-002.2-006-036-079.4

**ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ СИМПТОМАТИКИ
В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОДУКТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ
СЛЕЗНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

С. И. Полякова, ст. научн. сотр., д-р мед. наук

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины»

На підставі кореляційного аналізу клінічної симптоматики хронічного продуктивного запалення (ХПВСЖ — 117 хворих) і пухлин слъзозової залози епітеліального генезу (ПСЗЕГ — 110 хворих), а також комп'ютерної симптоматики у 81 хворого з новоутвореннями слъзозової залози різного генезу вивчена значимість кожного із симптомів для їх диференціації.

Встановлено, що найбільше диференційне значення мають симптоми, які характеризують стан повік (набряк, птоз), стан пальпіруємої новоутвореної тканини (консистенція, форма її зростання, рухомість), що дозволяє з високим ступенем достовірності диференціювати запальний процес від пухлинного ($\Delta \% = 25,5$, $p = 0,0001$).

На комп'ютерній томограмі для ХПВСЖ (76,2 % випадків) характерна наявність м'якотканинного компонента з гомогенною структурою, чіткими межами і у всіх випадках неправильною формою. У більшості хворих (76,1 % випадків) відмічалось також розширення зовнішнього прямого м'яза ока з підвищенням його щільності. Денситометрична щільність слъзозової залози при запальному процесі була в середньому +60 ОХ.

Ключевые слова: слезная железа, хроническое продуктивное воспаление, опухоли эпителиального генеза, дифференциальная диагностика

Ключові слова: слъзозова залоза, хронічне продуктивне запалення, пухлини епітеліального генезу, диференційна діагностика

Введение. Поражение слезной железы опухолевым либо воспалительным процессом дает сходную клиническую картину, характерную для объемного процесса в слезной железе и обусловленную ее месторасположением в орбите. Это вызывает определенные трудности при их дифференциации, что нередко затрудняет выбор правильной тактики лечения. По данным литературы, хроническое продуктивное воспаление в слезной железе встречается так же часто, как и опухолевый процесс — в 50–60 % случаев. В связи с тем что в большинстве случаев опухоли слезной железы являются высокозлокачественными, приводя в 50 % случаев к гибели больного, своевременная ранняя диагностика, а следовательно и выбор правильной тактики лечения, являются залогом проведения адекватного лечения и улучшения жизненного прогноза [2, 5, 6, 9–17].

Целью нашего исследования было определить информативность клинической и компьютерной симптоматики для дифференциации хрониче-

ского продуктивного воспаления слезной железы (ХПВСЖ) от опухолей слезной железы эпителиального генеза (ОСЖЭГ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проведен сравнительный анализ клинической симптоматики у 227 больных с новообразованиями в слезной железе, лечившихся в ГУ «Институт ГБ и ТТ им. В. П. Филатова НАМН Украины» с 1989 по 2008 г. Из них хроническое продуктивное воспаление диагностировано у 117 больных, опухоли эпителиального генеза у 110.

Среди 117 больных с воспалительными процессами в слезной железе мужчин было 45 (38,5 %), женщин — 72 (61,5 %). Средний возраст больных составил (45,1±16,1) лет, минимальный возраст — 12, максимальный — 82 года. Правая орбита была поражена у 60 (51,3 %) больных, левая — у 49 (41,9 %), обе орбиты — у 8 (6,8 %) больных.

Среди 110 больных с новообразованиями слезной железы эпителиального генеза мужчин было 49 (44,5 %), женщин — 61 (55,5 %). Средний возраст (M±SD) больных

составил $(45,8 \pm 16,6)$ года, минимальный возраст — 14, максимальный — 75 лет. Правая орбита была поражена у 69 больных (62,7 %), левая — у 41 (37,3 %).

Всем больным с новообразованиями слезной железы проведено общепринятое клиническое обследование и обследование органа зрения. При обследовании органа зрения методом пальпации тщательно изучалось местоположение новообразованной ткани в орбите, ее форма, характер поверхности, связь с окружающими тканями. Определялась степень выстояния глазного яблока из орбиты при помощи экзофтальмометра Гертеля, его репозиция (смещение вглубь орбиты) — пальцевым методом, визуальную подвижность глазного яблока в различные стороны.

Для оценки информативности компьютерных симптомов для дифференциации новообразований, развивающихся в слезной железе, нами были изучены особенности компьютерно-томографических (КТ) признаков у 81 больного с различными новообразованиями слезной железы ретроспективно после верификации гистологического диагноза. КТ исследования орбит проводились в Диагностическом центре ООО «Исма-Инвест» на томографе «Somatom CR» («Сименс», Германия) по общепринятым методикам [1].

В ходе выполнения исследования была создана электронная база данных, содержащая информацию о больных с новообразованиями слезной железы. В зависимости от характера данных, полученных в ходе исследования, применялись соответствующие методы статистического анализа.

В исследовании двух и более групп по качественному признаку применялся анализ таблиц сопряженности с расчетом χ^2 статистики Пирсона [7, 8].

Для оценки количественных показателей рассчитывали среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). При оценке количественных показателей более чем в двух группах использовался однофакторный дисперсионный анализ с последующим применением критерия множественного сравнения Ньюмана-Кейлса [3, 4]. Использовался также непараметрический ранговый критерий Манна-Уитни для определения различий в двух независимых группах [7].

Биометрический анализ проведен с использованием статистического пакета Statistica 9.0. База данных сформирована средствами MS Access.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В результате сбора анамнеза у больных с ХПВСЖ удалось установить, что заболевание, как правило, начиналось остро, с появления отека верхнего века и пальпируемой ткани в верхне-наружном отделе орбиты в области слезной железы. С момента проявления первых признаков заболевания до обращения к врачу проходило от нескольких дней и месяцев до 1 года. Жалобы на отек верхнего века при обращении больного к окулисту по месту жительства приводили к постановке неправильного диагноза — конъюнктивита с последующим неправильным лечением и усугублением течения заболевания.

Сравнительный анализ частоты встречаемости клинической симптоматики у больных с ХПВСЖ и ОСЖЭГ позволил установить те симптомы, которые являются информативными для дифференциации этих процессов (табл. 1).

Установлено, что при ХПВСЖ птоз верхнего века встречается почти так же часто, как и при

ОСЖЭГ (79,1 % и 87,2 % соответственно), но достоверно чаще сопровождается его отеком ($\Delta \%=25,5$, $p=0,0001$), что более характерно для воспалительной реакции тканей.

При анализе таких симптомов, как консистенция, состояние поверхности, подвижность, форма роста, которые характеризуют состояние обнаруживаемой новообразованной ткани в области слезной железы, установлено, что для дифференциации воспалительного процесса от опухоли имеют значение консистенция пальпируемой ткани и ее подвижность. При ХПВСЖ пальпируемая ткань в области слезной железы достоверно чаще имеет мягкую консистенцию, чем при опухоли ($\Delta \%=65,4$, $p=0,00001$). Поверхность образования в слезной железе при воспалительном процессе и при развитии опухоли одинаково часто бывает как бугристой, так и гладкой ($\chi^2=0,15$, $p=0,69$). Новообразованная ткань в слезной железе при воспалительном процессе чаще бывает подвижной, чем при опухоли ($\Delta \%=15,7$, $p=0,009$). Форма роста новообразованной ткани при воспалении чаще бывает узловатая ($\Delta \%=12,9$) и плоскостная ($\Delta \%=16,8$), значительно реже встречается диффузная форма роста ($\Delta \%=20,7$, $p=0,0001$). Анализ смещений глазного яблока новообразованной тканью в слезной железе показал, что в большинстве случаев как при воспалении, так и при опухоли оно происходит кнутри (47,0 % и 59,1 % соответственно), вместе с тем, отсутствие смещения глаза чаще наблюдается при воспалении ($\Delta \%=23,6$, $p=0,0001$). Подвижность глазного яблока практически одинаково часто как при воспалении, так и при опухоли ограничена кверху-кнаружи (53,8 % и 58,2 % соответственно), отсутствие ограничения подвижности глазного яблока отмечается в два раза чаще при воспалении ($\Delta \%=14,6$, $p=0,03$). Репозиция глазного яблока при воспалении в слезной железе страдает реже, чем при опухоли ($\Delta \%=36,4$, $p=0,0001$). Степень экзофтальма при ХПВСЖ была вдвое меньше, чем при развитии опухоли и в среднем составила $(2,9 \pm 1,9)$ мм, при опухолях — $(5,6 \pm 2,8)$ мм ($p=0,001$).

Таким образом, анализ данных клинической симптоматики показал, что несмотря на одинаковый симптомокомплекс, характерный для поражения слезной железы как опухолью, так и воспалительным процессом, проявления клинических симптомов имеют различную степень выраженности. Так, при ХПВСЖ чаще встречаются следующие симптомы: отек век, мягкая консистенция опухоли, подвижная или малоподвижная новообразованная ткань, узловатая и плоскостная форма роста новообразованной ткани, отсутствие смещения и нарушения подвижности глазного яблока, свободная репозиция глаза. Это позволяет дифференцировать воспалительный процесс от опухоли с высокой степенью достоверности ($p=0,0001$).

Различия в частоте встречаемости клинических симптомов у больных хроническим продуктивным воспалением слезной железы (ХПВСЖ) и опухолями слезной железы эпителиального генеза (ОСЖЭГ)

Клинические признаки	ХПВСЖ (n=117)	ОСЖЭГ (n=110)	Δ %	χ ²	p	
	n (%)	n (%)				
Отек век	66 (56,4)	34 (30,9)	25,5	15,0	0,0001	
Консистенция опухоли:						
	плотная	34 (29,1)	104 (94,5)	65,4	102,0	0,00001
мягкая	83 (70,9)	6 (5,5)	65,4			
Подвижность опухоли:						
	подвижная	28 (23,9)	9 (8,2)	15,7	14,0	0,009
	малоподвижная	27 (23,1)	19 (17,3)	5,7		
неподвижная	62 (53,0)	83 (75,5)	22,5			
Форма роста опухоли:						
	узловатая	45 (38,5)	28 (25,6)	12,9	17,9	0,0001
	плоскостная	59 (50,4)	37 (33,6)	16,8		
диффузная	13 (11,1)	35 (31,8)	20,7			
Смещение глаза:						
	кпереди	21 (17,9)	12 (10,9)	7,0	56,7	0,0001
	книзу	7 (6,0)	0	6,0		
	книзу-кнутри	0	26 (23,6)	23,6		
	кнутри	55 (47,0)	65 (59,1)	12,1		
	кверху-кнаружи	0	1 (0,9)	0,9		
отсутствует	34 (29,1)	6 (5,5)	23,6			
Подвижность глаза:						
	в полном объеме:	33 (28,2)	15 (13,6)	14,6	10,5	0,03
	ограничена:					
	кверху-кнаружи	63 (53,8)	64 (58,2)	4,4		
во все стороны	1 (0,9)	4 (3,6)	2,7			
отсутствует	1 (0,9)	4 (3,6)	2,7			
Репозиция глаза:						
	свободна	51 (43,6)	8 (7,2)	36,4	45,5	0,0001
	затруднена	46 (39,3)	50 (45,5)	6,2		
невозможна	20 (17,1)	52 (47,3)	29,2			

Примечание: p — уровень значимости различий по критерию сопряженности χ².

Анализ компьютерных томограмм (КТ) показал, что новообразования в области слезной железы визуализируются на КТ в верхне-наружном отделе орбиты соответственно локализации слезной железы в виде мягкотканного компонента различной структуры, формы и плотности в зависимости от особенностей происхождения и степени анаплазии новообразования.

ХПВСЖ установлено нами у 21 больного. На КТ у 16 больных (76,2 % случаев) новообразование определялось в виде мягкотканного компонента с гомогенной структурой, четкими границами и во всех случаях с неправильной формой. У большинства больных (76,1 % случаев) отмечалось также расширение наружной прямой мышцы глаза с повышением ее плотности. Денситометрическая плотность псевдоопухоли слезной железы составляла в среднем +60 ЕХ (рис. 1).

Сравнительный анализ томограмм новообразований слезной железы различного генеза показал, что КТ симптомы ХПВСЖ отличаются от опухолей слезной железы эпителиального генеза — негомогенная структура, нечеткие контуры

и неправильная форма — при злокачественных опухолях (рис. 2); негомогенная структура, четкие контуры, правильная форма — при доброкачественных опухолях (рис. 3)) и при опухолях лимфоидного генеза — гомогенная структура, неправильная форма, нечеткие контуры (рис. 4).



Рис. 1. Компьютерная томограмма хронического продуктивного воспаления слезной железы

Частота встречаемости компьютерно-томографических (КТ) симптомов при новообразованиях слезной железы различного происхождения

КТ признак	Гистологический тип опухоли								Всего n / %
	плеоморфная аденома (n = 17)		аденокарцинома, аденокистозная карцинома (n = 25)		лимфома (n = 18)		ХПВСЖ (n = 21)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Структура опухоли:									
гомогенная	2	11,8	3	12,0	18	100,0	16	76,2	39
негомогенная	15	88,2	22	88,0	—	—	5	23,8	42
Контур опухоли*:									
четкие	15	88,2	3	12,0	—	—	16	76,2	34
нечеткие	2	11,8	22	88,0	18	100,0	5	23,8	47
Поражение мышц опухоли	—	—	18	72,0	—	—	16	76,1	34
Изменение костных структур	10	58,8	18	72,0	—	—	—	—	28
Плотность опухоли (ЕХ)	+56		+38		+30		+60		
Форма опухоли:									
овальная	7	41,2	—	—	—	—	—	—	7
круглая	8	47,0	—	—	—	—	—	—	8
неправильная	2	11,8	25	100,0	18	100,0	21	100,0	66
		3,0		37,9		27,3		31,8	100,0

Примечание: * — p — уровень значимости различий по критерию сопряженности = 0,0000; $\chi^2 = 24,0$.

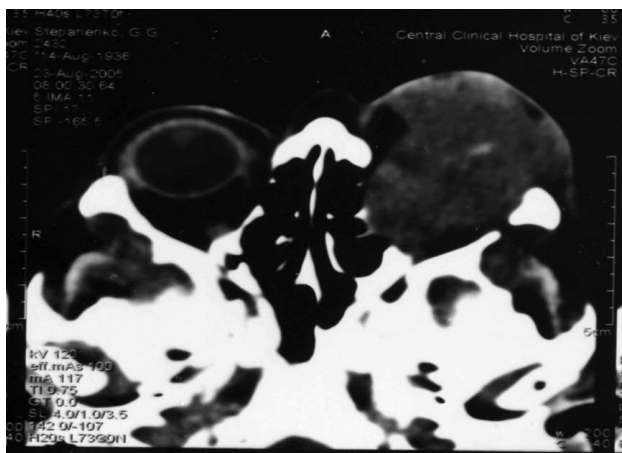


Рис. 2. Компьютерная томограмма аденокарциномы слезной железы

Таким образом, КТ признаки при новообразованиях слезной железы позволяют дифференцировать их между собой, что дает возможность на раннем этапе дифференциальной диагностики предположить природу и характер новообразования слезной железы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ клинической симптоматики показал, что наличие отека и птоза верхнего века является одним из первых проявлений развития патологического процесса в слезной железе, о чем следует

помнить окулисту и при таких жалобах не забывать пальпировать область верхнего века и верхне-наружного отдела орбиты. При наличии пальпируемой новообразованной ткани в области слезной железы следует помнить о том, что при дифференциальной диагностике ХПВСЖ от ОСЖЭГ необходимо обращать внимание на состояние пальпируемой новообразованной ткани (консистенция, форма роста и подвижность опухоли, состояние ее поверхности) и обязательно проводить КТ исследование для уточнения диагноза.



Рис. 3. Компьютерная томограмма плеоморфной аденомы слезной железы

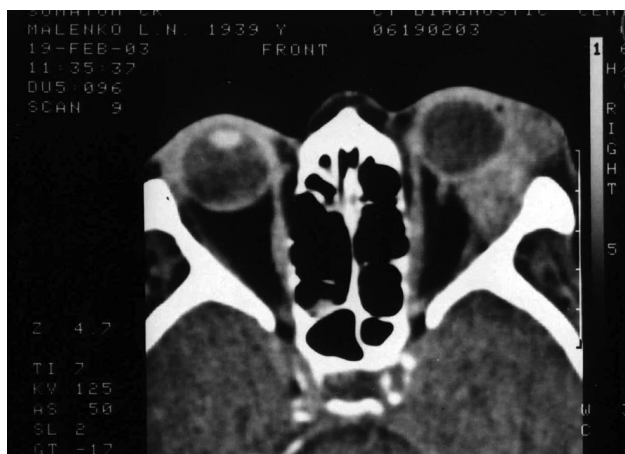


Рис. 4. Компьютерная томограмма опухоли слезной железы лимфоидного генеза

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкіна Т. М. Рентгенівська комп'ютерна, спіральна комп'ютерна, магнітно-резонансна томографія в діагностиці поширених пухлин основи черепа, навколоносових пазух : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.23 «Проміньова діагностика, проміньова терапія» / Т. М. Бабкіна. — Київ, 1999. — 31 с.
2. Бровкина А. Ф. Болезни орбиты : [руководство для врачей] / Алевтина Федоровна Бровкина. — [2-е изд.] — М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 256 с.
3. Гланц Стентон. Медико-биологическая статистика. Практика / Стентон Гланц. — Москва, 1999. — 386 с.
4. Гублер Е. В. Вычислительные методы диагностики / Е. В. Гублер. — Л., 1987. — 97 с.
5. Офтальмоонкология : Руководство для врачей / [А. Ф. Бровкина, В. В. Вальский, Г. А. Гусев и др.] ; под ред. А. Ф. Бровкиной. — М. : «Медицина», 2002. — 424 с.
6. Полякова С. И. Дифференциальная диагностика и эффективность лечения новообразований слезной

железы различного гистогенеза : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.08 «Глазные болезни» / С. И. Полякова. — Одесса, 1988. — 17 с.

7. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных / О. Ю. Реброва. — Москва : Медиа Сфера, 2002. — 305 с.
8. Юнкеров В. И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В. И. Юнкеров, С. Г. Григорьев. — Санкт-Петербург, 2002. — 215 с.
9. Adenoid cystic carcinoma arising in the inferior orbit without evidence of lacrimal gland involvement / S. C. Lin, H. C. Kau, C. F. Yang [et al.] // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. — 2008, Jan. — Feb. — 24 (1). — P. 74–6.
10. Carcinosarcoma of the Lacrimal Gland Arising From a Pleomorphic Adenoma / M. Takahira, H. Minato, M. Takahashi [et al.] // Am. J. Ophthalmol. — 2005. — Vol. — 140. — P. 337 — 340.
11. Currie Z. I. Long-term risk of recurrence after intact excision of pleomorphic adenomas of the lacrimal gland / Z. I. Currie, G. E. Rose // Arch. Ophthalmol. — 2007, Dec. — 125 (12). — P. 1643–6.
12. Cystic carcinoma ex pleomorphic adenoma of the lacrimal gland / M. Takahira, H. Minato, M. Takahashi [et al.] // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. — 2007, Sep. — Oct. — 23 (5). — P. 407–9.
13. Hartman L. J. C. An unusual tumour of the lacrimal gland / L. J. C. Hartman, M. P. Mourits, M. R. Canninga-van Dijk // Br. J. Ophthalmol. — 2003. — Vol. 87. — P. 363–371.
14. Henderson J. W. Orbital tumors / J. W. Henderson. — New-York : Raven Press. — 1994. — 448 p.
15. Rose G. E. Pleomorphic adenoma of the lacrimal gland / Geoffrey E. Rose, John.E. Wright // Brit. J. Ophthalmol. — 1992. — v. 76. — № 7. — P. 398 — 401.
16. Rosenbaum P. Acinic Cell Carcinoma of the Lacrimal Glands / P. Rosenbaum, P. Mahadevia, L. Goodman // Arch. Ophthal. — 1995. — Vol. 113, № 6. — P. 781–785.
17. Unusual progression of pleomorphic adenoma of the lacrimal gland / T. Myazaki, T. Yamasaki, K. Moritake [et al.] // Neurol. Med. Chir. — Tokyo. — 2005. — Vol. 45. — P. 407–410.

INFORMATION VALUE OF CLINICAL AND COMPUTER SYMPTOMATOLOGY IN DIFFERENTIATION OF CHRONIC PRODUCTIVE INFLAMMATION IN THE LACRIMAL GLAND

Polyakova S. I.

Odessa, Ukraine

On the basis of the correlation analysis of the clinical symptomatology of chronic productive inflammation (CPILG — 117 patients) and tumors of the lacrimal gland of epithelial genesis (TLGEG- 110 patients) as well as computer symptomatology in 81 patients with neoplasms of the lacrimal gland of different genesis there was studied the significance of each of the symptoms for their differentiation.

It is established that of the greatest differential value are the symptoms, which characterize the state of the eyelid (edema, ptosis), the state of the palpated newly formed tissue (consistency, the form of growth, mobility), which allow to differentiate with the high degree of reliability the inflammatory process from the tumor ($\Delta\% = 25.5$, $p = 0.0001$).

On the computer tomogram CPILG (76.2 % of cases) is characteristic of the presence of the soft tissue component with the homogeneous structure, with clear borders and irregular shape in all cases. In the majority of patients (76,1 % of cases) there was also noted the expansion of the external straight muscle of the eye with an increase in its density. The densitometric density of the inflammatory process of the lacrimal gland was on the average +60 EX.