

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЯХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ОРБИТЫ

А. Ю. Лазарев, В. П. Сакович, О. М. Шуголь

ГБУЗ СО СООД «Онкология», Центр нейроонкологии

Свердловской области;

ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

Минздравоохранения России, г. Екатеринбург

Первичные опухоли орбиты – достаточно разнородная группа, отличающаяся структурной вариабельностью в пределах небольшого анатомического пространства. Большинство подобных опухолей являются доброкачественными. Чаще всего клиническая картина отражает локализацию и распространение опухолевого процесса в орбите и за ее пределами. Согласно топографо-анатомическим принципам выделяются новообразования центрального или внутреннего хирургического пространства. Оперативные вмешательства по удалению таких новообразований часто сопряжены с риском травмы нервно-сосудистых, мышечных компонентов орбиты. С другой стороны, опухолевый рост угрожает потере или нарушению зрительных функций. Это обстоятельство имеет большое значение при интракраниальном направлении роста.

В связи с этим актуальным является рассмотрение вопроса о показаниях и вариантах хирургического вмешательства при опухолях орбиты данной локализации.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 25 пациентов с первичными опухолями орбиты за 5-летний период, проходивших лечение в нашей клинике. У всех больных опухоль располагалась во внутреннем хирургическом пространстве и не имела признаков злокачественного роста. Средний возраст больных составил 38 лет (от 6 до 75 лет), из них мужчин было 11 (44 %), женщин – 14 (56 %). На дооперационном этапе всем больным проводилось клиничко-неврологическое, офтальмологическое обследование. Для более точной локализации и распространения опухоли в орбите нейровизуализация (КТ и МРТ) применялась с контрастным усилением. Таким образом, на основе полученных данных выявлено 15 (60 %) случаев опухоли зрительного нерва, из которых 6 (24 %) – глиомы, у 2 больных (8 %) с интракраниальным ростом. У 9 больных (36 %) определена типичная томографическая картина менигиомы. В пяти (20 %) наблюдениях опухоль исходила из оболочки нерва, у 2 (8 %) пациентов узел располагался в конусном пространстве и в одном случае рост опухоли был с медиальной стенки ор-

биты в центральное пространство. Интракраниальный рост менингиом зафиксирован в двух наблюдениях. Томографические признаки сосудистых опухолей (ангиомы) определены у 4 (16 %) пациентов. Офтальмологическая картина была достаточно разнообразной. В большинстве случаев выявлены симптомы нарушения остроты зрения со стороны опухоли, экзофтальм выявлен у 7 больных, нарушения функции глазодвигательных нервов – в пяти наблюдениях. В ряде случаев клиническая симптоматика имела несколько проявлений, что позволило объединить их в орбитальный синдром. При этом важно отметить наличие более выраженной симптоматики при больших размерах опухолевого процесса. В плане предоперационной подготовки, с учетом характерных томографических признаков, предоперационная биопсия образований не проводилась.

Результаты и обсуждение. Учитывая локализацию и объем опухоли, хирургическое вмешательство в данной группе больных выполнялось транскраниальным доступом. Основными подходами при этом были фринорбитальный – в 22 (88 %) случаях и модифицированный орбито-зигматический – у 3 (12 %) больных. Отправной точкой при выборе межмышечного подхода к опухоли являлась ее локализация во внутреннем пространстве орбиты относительно оси зрительного нерва и наличие внутричерепного роста. В большинстве случаев (22 – 88 %) удаление опухоли выполнено через центральный межмышечный подход, у 3 больных – одновременно с интракраниальным доступом. При более латеральной локализации опухоли применялся латеральный межмышечный подход – 3 (12 %) случая. У одной пациентки опухоль удалена комбинированно через центральный и латеральный межмышечный доступ, в одном случае применен медиальный вариант доступа. При менингиомах и глиомах зрительного нерва проведено радикальное вмешательство, опухоли, не относящиеся к зрительному нерву, удалялись микрохирургически с анатомическим сохранением орбитального содержимого. Послеоперационные результаты морфологии во всех случаях соответствовали томографическим и нейроофтальмологическим данным.

В послеоперационном периоде выявлены осложнения в виде симптомов, отсутствовавших до операции. Среди осложнений в пяти случаях развилась недостаточность глазодвигательного нерва в виде ограничения подвижности глазного яблока. В трех случаях определялся птоз верхнего века с полным регрессом в течение первого месяца после операции у двух больных. У всех больных, не имевших нарушения остроты зрения в дооперационном периоде, ее удалось сохранить. У

одной пациентки выявлена стойкая нейропатия второй ветви тройничного нерва.

Сроки наблюдения в медиане составили 3 года. Все оперированные пациенты трудоспособны, с хорошим качеством жизни и социально адаптированы. Рецидивов опухоли не выявлено.

Современное развитие нейрохирургии совместно с офтальмологией позволило внедрить в практику экстраорбитальные хирургические доступы, необходимость которых достаточно очевидна и обоснованна при новообразованиях внутреннего хирургического пространства. Наличие грубых нарушений остроты зрения, дефицита глазодвигательных нервов, а также интракраниальный рост опухоли зрительного нерва может служить объективным показателем к проведению операции в радикальном объеме.

Успех хирургического вмешательства по сохранению зрительных функций зависит от выбранного межмышечного подхода к опухоли.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ С НИЗКИМ ИРРИГАЦИОННЫМ ПОТОКОМ

*Б. В. Лаптев, О. В. Шиловских, О. Б. Фечин, А. Н. Ульянов
МНТК «Микрохирургия глаза», г. Екатеринбург*

Факоэмульсификация является общепризнанным «золотым стандартом» удаления катаракты. Одним из неперенных условий успешности операции является стабильность передней камеры во время проведения операции, что достигается соотношением входящего и аспирируемого объема ирригационного раствора.

Объем поступающего в переднюю камеру ирригационного раствора (ирригационный поток) в первую очередь зависит от высоты бутылки с ирригационным раствором и диаметра ирригационного рукава (sleeve) и может быть увеличен или уменьшен изменением высоты бутылки с ирригационным раствором. Объем аспирируемой жидкости (аспирационный поток) в факоэмульсификационных системах с перистальтической помпой зависит от скорости вращения помпы и в меньшей степени от диаметра входного отверстия факоиглы и потока разреза. Стабильность передней камеры в ходе выполнения факоэмульсификации, продвижение и фиксация фрагментов хрусталика к ультразвуковой игле, а также предотвращение схлопывания передней камеры после прорыва окклюзии обеспечивается превалированием ирригационного потока над аспирируемым.