

Тактические вопросы хирургического лечения опухолей зрительного нерва

В.П. Сякович, О.М. Шуголь

Клиника нервных болезней и нейрохирургии
Уральской Государственной Медицинской Академии,
Уральский межтерриториальный нейрохирургический центр
им. проф. Д.Г. Шефера, Екатеринбург

Первичные новообразования зрительного нерва имеют нейрогенное происхождение и подразделяются на опухоли исходящие из его стволовой части-глиомы и из оболочек-менингиомы. Особенности роста опухолей зрительного нерва определяют различие клинических проявлений, несмотря на их схожесть. Оба вида новообразований являются доброкачественными процессами, но "локальная злокачественность" их выражается в том, что они могут распространяться до хиазмы, вызывая амавроз не только на стороне расположения опухоли, но и на противоположном глазу. В ряде случаев, опухоль распространяясь на гипоталамическую область, третий желудочек мозга может вызвать тяжелые нейроэндокринные нарушения, приводить к окклюзионной гидроцефалии, что существенно отражается на прогнозе заболевания.

В настоящее время в литературе накоплен большой материал по вопросам клиники и дифференциальной диагностики при новообразованиях зрительного нерва. МРТ-диагностика с контрастирующим усилением в большинстве случаев разрешает многие вопросы диагностики и тактики хирургического лечения.

Тем не менее, на практике довольно часто дискутируются вопросы: кто должен оперировать опухоль орбитальной порции зрительного нерва - (офтальмо-хирург или нейрохирург)? Каковы сроки выполнения операции при сохраненных высоких зрительных функциях и уровень необходимой неврэктомии?

Анализируя наш опыт наблюдения и хирургического лечения 16 пациентов с опухолями зрительного нерва, мы пришли к выводу, что единственно правильным является одномоментный транскраниальный доступ с визуальным осмотром орбитальной и интракраниальной частей зрительного нерва, с последующей его резекцией сразу за глазным яблоком и перед хиазмой, независимо от наличия визуальных изменений в нерве, т.к. макроскопическая граница опухоли не всегда совпадает с ее истинным распространением. Обязательное гистологическое исследование маркированного прехиазмального конца нерва и отсутствие в нем опухолевых клеток, гарантирует излечение и сохранение зрения на противоположном глазу.

Считаем, что при ранней диагностике, независимо от состояния зрительных функций, радикальное хирургическое лечение опухолей зрительного нерва заключается в его одномоментном краниоорбитальном иссечении.