

УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОРБИТЫ МЕТОДОМ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОРБИТОТОМИИ ПО МЕТОДУ КРЕНЛЕЙНА-БЕРКЕ

Авторами описаны случаи удаления опухолей орбиты, расположенных у ее вершины и во внутреннем хирургическом пространстве, методом костно-пластической орбитотомии по методу Кренлейна-Берке. Метод малотравматичен, позволяет удалять большие орбитальные опухоли с сохранением высоких зрительных функций и хорошим косметическим эффектом.

Актуальность

Первичные опухоли орбиты являются сложной патологией не только в плане дифференциальной диагностики с вторичными опухолями, псевдотуморозными, гранулематозными и сосудистыми процессами орбиты, но и в плане определения тактики лечения – главным образом выбора вида хирургического доступа, т.к. основным методом лечения первичных опухолей орбиты является хирургическое удаление. Основным принципом выбора доступа – обеспечить максимально эффективный подход к опухоли, который позволит провести ее предельно радикальное удаление с минимальным травмированием структур орбиты и минимальным косметическим ущербом. Выбор хирургического доступа зависит главным образом от локализации новообразования. По данным литературы (А.Ф. Бровкина, 2002) и нашему опыту, наиболее сложными для хирурга являются опухоли, расположенные у вершины орбиты и во внутреннем хирургическом пространстве (особенно в случаях узкой орбиты), так как удаление таких опухолей сопряжено с наибольшей операционной травмой, чреватой нарушениями функций экстраокулярных мышц, повреждением сосудов, периферических нервов и зрительного нерва и другими осложнениями, что может быть причиной стойкого снижения зрительных функций и нарушения моторной деятельности век и глаза. В данной ситуации, как правило, единственным способом удаления опухоли орбиты является костно-пластическая орбитотомия по методу Кренлейна-Берке, которая представляет хирургу наилучший обзор орбиты, доступ к опухоли и возможность удалить ее с минимальной травматизацией интраорбитальных структур. Вместе с тем, это вмешательство является технически бо-

лее сложным, чем простая орбитотомия, и выполняется значительно реже.

Цель

Оценить результаты удаления первичных опухолей орбиты с использованием метода костно-пластической орбитотомии по методу Кренлейна-Берке.

Материал и методы

Прооперировано 4 пациента.

Все пациенты предъявляли жалобы на протрузию пораженного глаза кпереди. В 2^х случаях беспокоило двоение при взгляде в стороны. Одну пациентку беспокоили умеренные боли в заинтересованной орбите. Длительность анамнеза составила в среднем 4 года.

При объективном исследовании получены следующие данные. Острота зрения не была значительно снижена и колебалась от 0,4 до 1,0. Расширение слепого пятна больного глаза отмечалось у 3^х пациентов. Внутриглазное давление было нормальным, функция век не была нарушена во всех случаях. Направление протрузии глазного яблока во всех случаях было прямо вперед, репозиция была затруднена незначительно (в конце исследования), ограничения подвижности глаза не отмечали ни в одном случае. Пальпация у всех больных была безболезненной, при ней дополнительную мягко-эластическую плюскань удалось пропальпировать в глубине орбиты у одного пациента. Экзофтальм составил от 4 до 13 мм. На глазном дне во всех случаях определяли продавленность заднего полюса. Застойный диск зрительного нерва 1^й степени наблюдали у 3^х пациентов. По данным β-сканирования и КТ во всех случаях опухоль располагалась ретробульбарно, занимала все внутреннее хирургическое пространство, имела четкие контуры, гетерогенную

структуру, распространяясь от заднего полюса глаза до вершины орбиты, размеры ее составляли от 20×20×30 до 32×27×28 см. Зрительный нерв в 3^х случаях визуализировался на КТ на всем протяжении и был смещен опухолью, в одном случае зрительный нерв в орбите просматривался не на всем протяжении, «теряясь» в опухоли.

Всем пациентам была выполнена костно-пластическая орбитотомия по описанной методике Кренлейна-Берке с временной резекцией наружной стенки орбиты с последующей ее репозицией и фиксированием костного лоскута на место посредством сшивания краев надкостницы. Во всех случаях опухоль удалена в капсуле.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. У одного пациента отмечалось нарушение проходимости центральной артерии сетчатки со снижением остроты зрения с 0,4 до 0,02, которое было купировано с помощью медикаментозной терапии с последующим восстановлением зрения до исходного уровня. У всех больных отмечали временное частичное нарушение функций прямых мышц с ограничением подвижности глаза различной степени. В срок до 3^х месяцев функция прямых мышц восстанавливалась.

По данным патогистологического исследования в одном случае выявлена злокачественная фиброзная гистиоцитома, в 3^х – инкапсулированная кавернозная гемангиома.

Пациенты наблюдаются регулярно в течении 2,5 – 4 лет. При последнем осмотре выявлены следующие результаты. Острота зрения после операции в 3^х случаях осталась прежней, в одном – повысилась с 0,6 до 0,8. Данных за продолженный рост опухоли при инструментальных исследованиях и объективном осмотре не выявлено. При общем онкологическом обследовании признаков генерализации процесса нет. Область оперированного глаза без види-

мых изменений. Положение глаза правильное. Деформации наружной стенки орбиты (зоны резекции кости) не определяется. Пальпация глаза и периорбитальной зоны безболезненна. Экзофтальма нет. В одном случае отмечается незначительное ограничение подвижности глаза кнутри. На глазном дне застойных явлений диска зрительного нерва не определяется. Косметическим результатом все пациенты довольны. По данным КТ отмечены послеоперационные изменения в оперированной орбите с наличием умеренных рубцовых изменений, данных за наличие продолженного роста опухоли не получено.

Выводы

По нашим данным костно-пластическая орбитотомия по методу Кренлейна-Берке при первичных опухолях орбиты выполнялась в 5,5% случаев от всех орбитотомий. Показаниями к ней является локализация опухоли у вершины орбиты и в ее внутреннем хирургическом пространстве. Наш опыт показал, что правильно технически выполненная, по показаниям, с использованием микрохирургической техники костно-пластическая орбитотомия по методу Кренлейна-Берке позволила малотравматично удалить большие орбитальные опухоли, занимающие практически всю полость орбиты и превышающие по своим размерам размеры глаза, с сохранением высоких зрительных функций и хорошим косметическим эффектом.

Таким образом, костно-пластическая орбитотомия по методу Кренлейна-Берке является оптимальным методом хирургического лечения при опухолях орбиты, расположенных в ее задних отделах, т.е. в ситуациях, когда хороший подход к опухоли орбиты не может быть обеспечен путем транскутанной или трансконъюнктивальной простой орбитотомии.