

КОСМЕТИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОРБИТЫ

ДОКТМО, клиника нейрохирургии

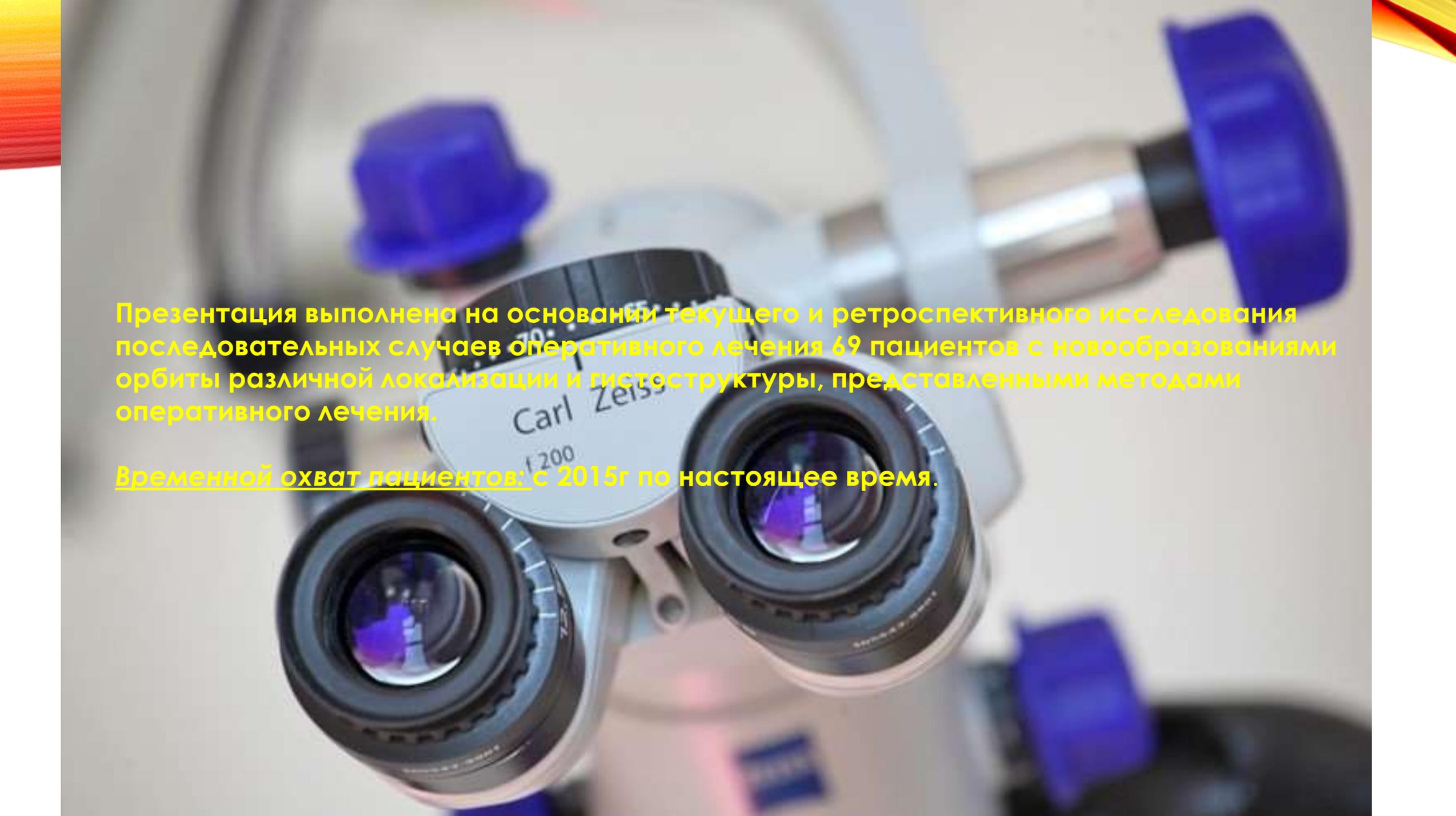
ДонНМУ им.М.Горького

Врач-нейрохирург **Листратенко А.И**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой
нейрохирургии ДонНМУ им. М. Горького **Кардаш А.М.**

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии
ФИПО ДонНМУ им. М. Горького **Смирнова А.Ф.**

Врач-нейрохирург **Листратенко Д.А.**



Презентация выполнена на основании текущего и ретроспективного исследования последовательных случаев оперативного лечения 69 пациентов с новообразованиями орбиты различной локализации и гистоструктуры, представленными методами оперативного лечения.

Временной охват пациентов: с 2015г по настоящее время.

- Опухоли орбиты и краниоорбитальной области представляют собой гетерогенную группу новообразований, развивающихся из различных гистогенетических типов тканей, могут сопровождаться утратой зрительных функций и инвалидизацией больного.
- За последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа пациентов с новообразованиями орбитальной области, которые составляют 1-3% от всех злокачественных новообразований, 23-25% от всех новообразований органа зрения.

ВИДЫ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРБИТЫ

Злокачественные

Рабдомиосаркома

ЗН слёзной железы

Гемангиоперицитома

Лимфома

Метастатические опухоли

Опухоли из околоносовых пазух и
полости черепа

Меланома



Доброкачественные

Гемангиома

Липома

Фиброма

Невринома

Менингиома

Остеома

Плеоморфная аденома слёзной
железы

Гельминтозные поражения орбиты

Передне-мозговые грыжи

ВИДЫ ОРБИТОТОМИЙ

1. Орбитотомия:

- -транскутаным (под- и наднадкостничным доступами)
- -трансконыюктивальным доступом.

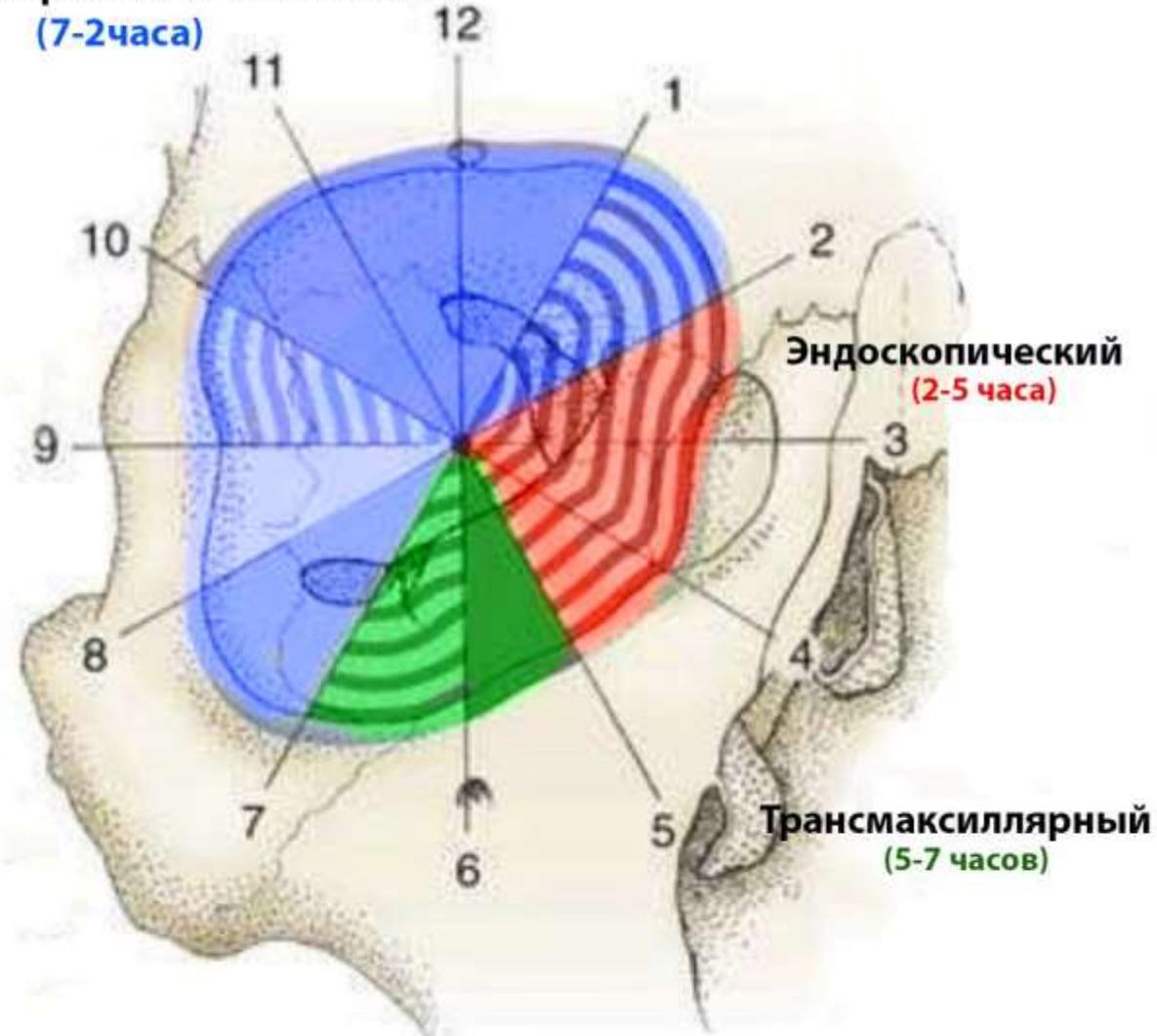
2. Экстракраниальные доступы

- -латеральная орбитотомия,
- -трансмаксиллярная орбитотомия,
- -трансэтмоидальная и транссфеноидальная орбитотомия.

3. Транскраниальные доступы:

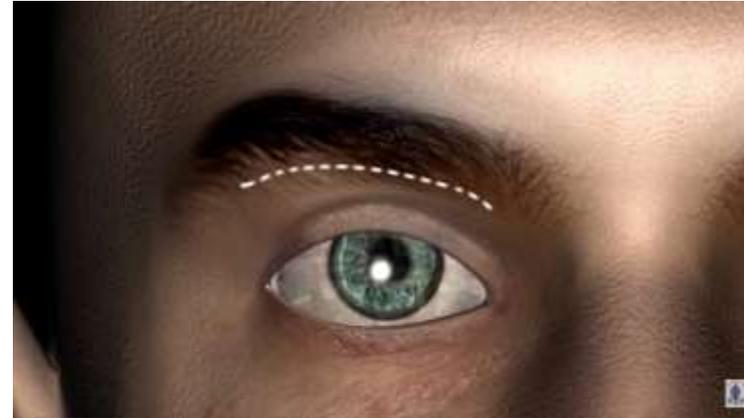
- -фронтально-орбитальный и субфронтальный,
- -фронтально-орбито-зигоматический,
- -птериональный.

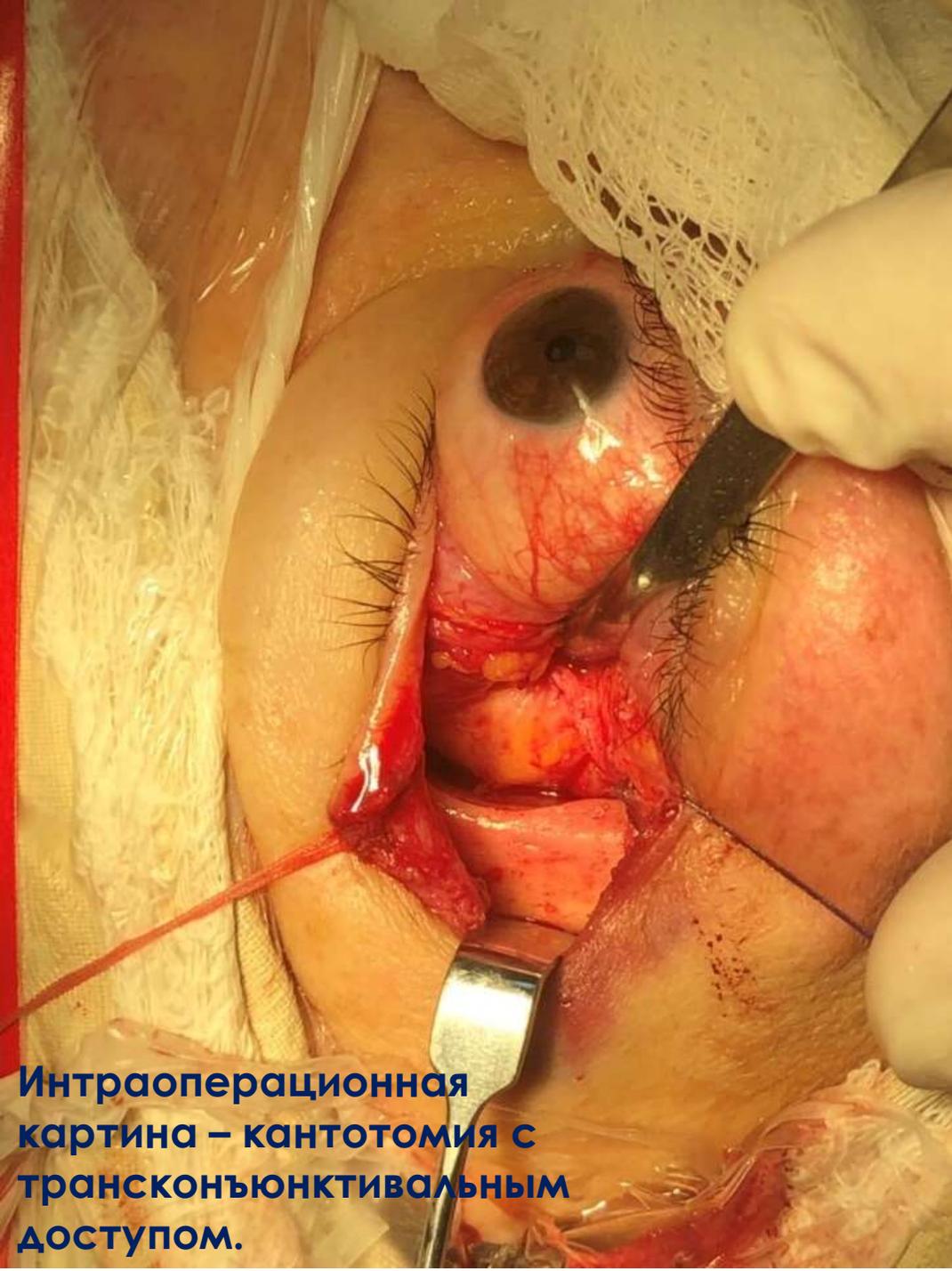
Фронтально-орбито-зигоматический
(7-2 часа)



ХАРАКТЕРИСТИКА ДОСТУПОВ

- Транскутанный и трансконъюнктивальный доступы идеальны для новообразований в капсуле, размером менее 2см в диаметре, поверхностной локализации в различных хирургических квадрантах орбиты.
- Верхняя транскутанная орбитотомия проводится только поднадкостнично для избежания повреждений леватора



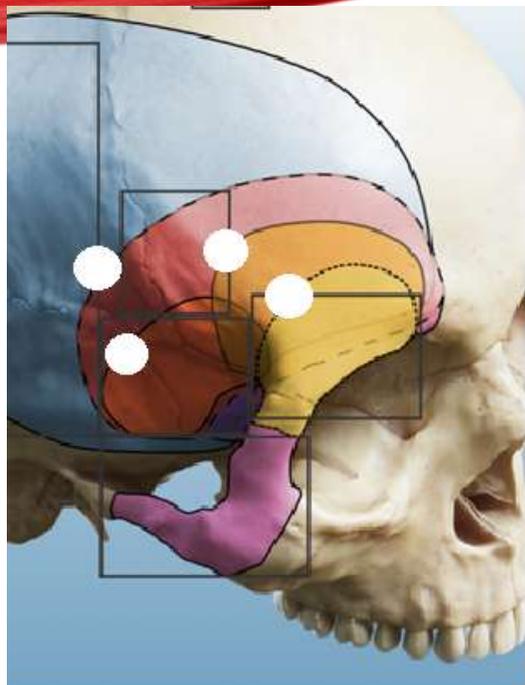


Интраоперационная картина – кантотомия с трансконъюнктивальным доступом.

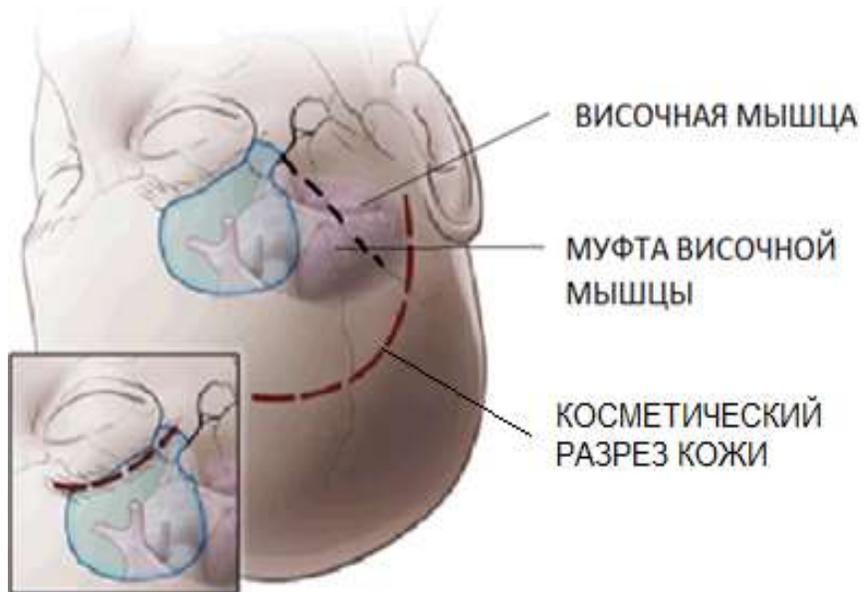
- **Комбинированный транскутанно-трансконъюнктивальный доступ по Смит** применяется при инкапсулированных опухолях размером менее 2.0 см в диаметре, независимо от того, в каком хирургическом квадранте находится опухоль.

FOZ (фронтально-орбито-зигоматический доступ)

- Транскраниальная орбитотомия выполняется, как правило, для удаления краниоорбитальных опухолей, опухолей орбиты гигантских размеров (более 2.0 см в диаметре), вызывающих резкое сдавление структур орбиты, опухолей вовлекающих в процесс костные структуры.
- Универсальным, на наш взгляд, является **FOZ** и его модификации.
- Американскими коллегами проведен ретроспективный анализ осложнений после костнопластической орбитотомии.
- Оказалось, что использование микрохирургической техники, УЗА, диатермокоагуляции, свело к минимуму количество функциональных осложнений и косметических дефектов.



Размеры трепанационного окна краниальной части.



Косметические разрезы мягких тканей при фронто-орбито-зигоматическом доступе.



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Энофтальм (2)
- Диплопия (1,2)
- Снижение остроты зрения (1,2)
- Экзофтальм (1,2)
- Птоз/ полуптоз (1,2)
- Слабость лобных мышц (1,2)
- Нарушения чувствительности кожи лба:
- гипестезия, - дизестезия (1,2)

1- Стойкие нарушения,
2- Преходящие нарушения

КОСМЕТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Дистрофия височной мышцы (1)
- Птоз/полуптоз (1,2)
- Дистопия глазного яблока (1,2)
- Параорбитальный отёк (2)
- Хемоз (2)

1- Стойкие нарушения,
2- Преходящие нарушения

ЭНОФТАЛЬМ

- Преходящий энофтальм возникает после удаления объёмных новообразований, приводящих к уменьшению объёма параорбитальной клетчатки



До операции



1-й день после операции



14-й день после операции



ДИПЛОПИЯ

Стойкая диплопия связана с повреждением наружных мышц глаза при:



- 1) оперативном вмешательстве (чаще при транскутанном, транскоъюнктивальном доступах)
- 2) ущемлением периорбиты между костными краями (транскраниальные доступы)

ПТОЗ/ ПОЛУПТОЗ

Стойкий птоз – в результате повреждения мышцы, поднимающей верхнее веко. Чаще всего может возникать при транскутанном доступе. Требуется оперативной коррекции.

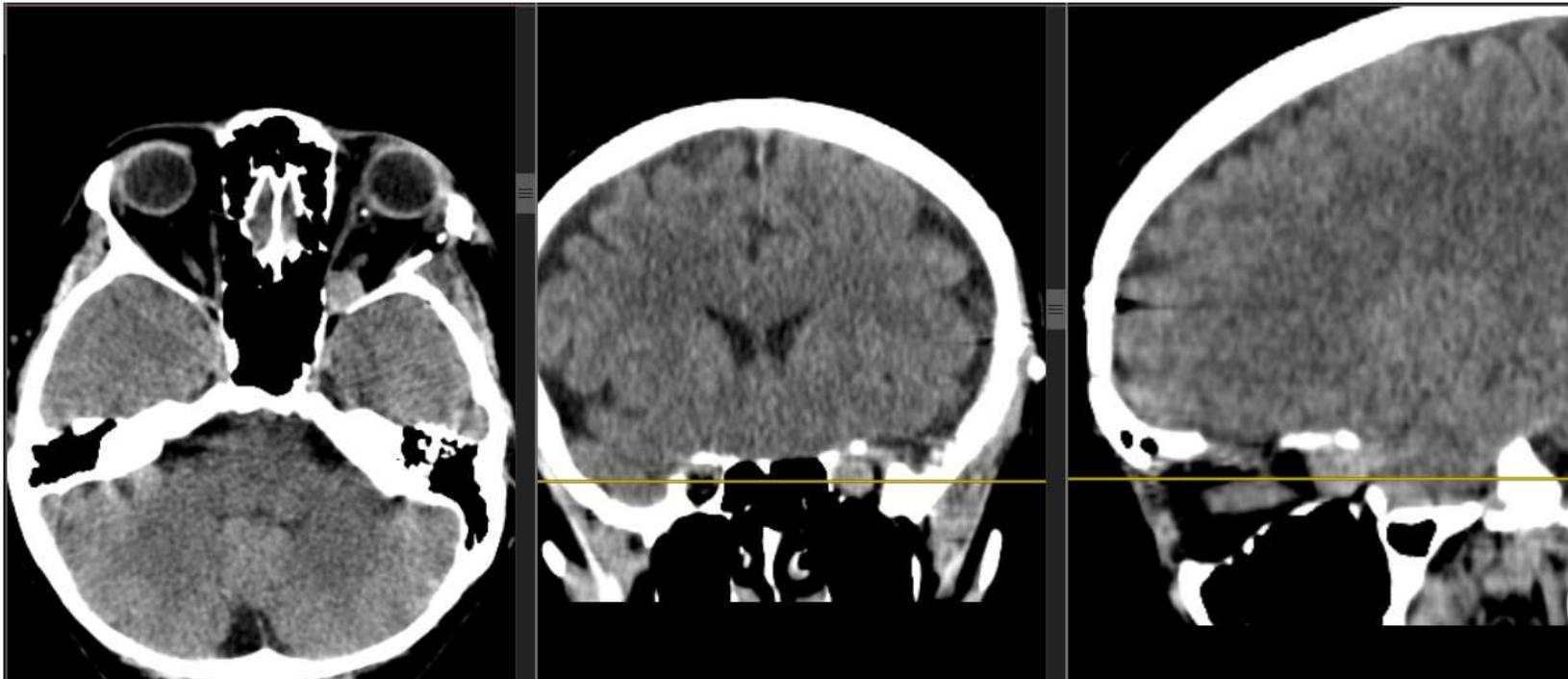
Преходящий птоз, полуптоз – обусловлен интраоперационным воздействием на верхнюю ветвь глазодвигательного нерва при межмышечном доступе к новообразованию орбиты.

Чаще всего восстанавливается через 1-6 месяцев.



СНИЖЕНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

- Редкое осложнение, чаще всего при работе у апикальной части орбиты рядом со зрительным нервом, либо с образованием самого зрительного нерва



- После удаления новообразования орбиты, вследствие снижения внутриорбитального давления, острота зрения улучшалась

ДИСТРОФИЯ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЫ

Возникает при транскраниальных доступах.

Чаще всего вследствие погрешностей при интраоперационном восстановлении целостности височной мышцы.

Либо при повторных операциях в этой области.



ХИМОЗ

Преходящее осложнение при трансконъюнктивальном доступе, связано с отёком конъюнктивы в послеоперационном периоде.

Регресс на 3 – 14 сутки с момента операции.



ПАРАОРБИТАЛЬНЫЙ ОТЁК

Преходящее осложнение при всех оперативных пособиях на орбите.

Регресс на 7 – 20 сутки с момента операции



СЛАБОСТЬ ЛОБНЫХ МЫШЦ, НАРУШЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ БРОВЕЙ, НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ

- Как результат сдавления ветви лицевого, I ветви тройничного нерва при воздействии на них во время транскраниального доступа.
- Приходящее нарушение, чаще всего регрессирует через 1-6 месяцев, не влияет на косметический результат, качество жизни пациента.
- Выявляется при тщательном неврологическом осмотре.

ВЫВОДЫ

- Возможные послеоперационные осложнения при орбитотомии зависят от:
 - 1) Характера, величины и локализации патологического процесса, связи его с окружающими структурами орбиты.
 - 2) Выбора хирургического доступа.
 - 3) Индивидуальной реакции организма пациента на хирургическое вмешательство.
 - 4) Субъективной оценки пациентом имеющихся осложнений, влияния их на качество жизни.

При оценке послеоперационных осложнений трудно правильно дифференцировать осложнения связанные с доступом от осложнений, связанных с хирургическим лечением патологии.

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ:

Листратенко Александр Иванович

Врач-нейрохирург высшей категории

ДОКТМО 2НХО – отделение нейроонкологии,
патологии детского возраста



• **+38(050)-347-00-88**



• **+38(071)-362-53-91**



• **bezara22@gmail.com**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!