

УДК 616.831.72-006-06+617.7-092

© Коллектив авторов, 2013.

СТАН ОРГАНУ ЗОРУ У ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ МОСТО-МОЗОЧКОВОГО КУТА

***В. І. Цимбалюк, В. М. Конах, *В. А. Васюта, В. В. Кіреєв**

Кафедра офтальмології Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця (завідуючий кафедрою чл.-кор. НАМН України, професор Г.Д. Жабоедов), 01601, Україна, г.Київ, бульвар Т.Шевченка,13; E-mail: docvita@mail.ru
**Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова АМН України» (директор акад. НАМН України, професор Є.Г. Педаченко), 04050, Україна, г.Київ, ул. Платона Майбороди (Мануильського), 32.*

OPHTHALMOLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH ANGULUS PONTocerebellaris TUMORS

V. I. Tsimbaluk, V. M. Konakh, V. A. Vasyuta, V. V. Kireyev

SUMMARY

This is the study about neuroophthalmological manifestations of angulus pontocerebellaris tumors (APT). We had examined 178 patients (62.6% women, 37.4% men) in age from 21 to 70 years. Analysis of best corrected visual acuity showed that most patients (90.1%) with newly diagnosed APT had visual acuity 0.7 or higher. The reduction of visual acuity was associated both with additional eye pathology and with irreversible optic nerve changes in his atrophy stage, which we noted in 3.9% of patients. About a third of patients (29.7%) had signs of increased intracranial pressure. In the fundus in these cases we have seen stagnant discs (41.5%). Oculomotor abnormalities in patients occurred in 16.3% of cases. The majority of patients (85.4%) tear production was normal. Mild "Dry eye" had been detected in 14.6% of patients. On the side where APT was determined in half of the patients (52.3%) corneal reflex was decreased.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ МОСТО – МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА

В. И. Цимбалюк, В. М. Конах, В. А. Васюта, В. В. Киреев

РЕЗЮМЕ

Работа посвящена изучению нейроофтальмологических проявлений новообразований мосто-мозжечкового угла (ММУ). Обследовано 178 больных (женщин 62,6%, мужчин 37,4%), в возрасте от 21 до 70 лет. Анализ визометрии с коррекцией показал, что большинство пациентов (90,1%) с впервые выявленной опухолью ММУ имели остроту зрения 0,7 и выше. Ухудшение остроты зрения было связано как с сопутствующей патологией, так и с необратимыми изменениями зрительного нерва в стадии атрофии, которые мы констатировали у 3,9% больных. Около трети больных (29,7%) имели признаки повышенного внутричерепного давления. На глазном дне в этих случаях мы наблюдали застойные диски (41,5%). Глазодвигательные нарушения у больных встречались в 16,3% случаев. У большинства больных (85,4%) определялась нормальная слезопродукция. Синдром «сухого» глаза легкой степени определялся у 14,6% больных. На стороне где определялось новообразование ММУ у половины пациентов (52,3%) имело место снижение роговичного рефлекса.

Ключові слова: пухлини мосто-мозочкового кута, окорухові порушення, слъозопродукція, синдром «сухого ока», рогівковий рефлекс.

В останні роки в усьому світі спостерігається збільшення кількості хворих з пухлинами головного мозку. За даними Національного Канцер-реєстру захворюваність на первинні новоутворення головного мозку в 2010 році становила 4,71 випадків на 100 000 населення, тоді як в 2009 році цей показник був 4,35. Збільшується і рівень хворих з пухлинами мосто-мозочкового кута (ММК), який становить 12-13% всіх пухлин головного мозку. Серед пухлин вищезгаданої локалізації найчастіше зустрічаються невриноми присінкові – завиткового нерву, які первинно розвиваються з його периферичної частини в межах слухового каналу, а потім розповсюджуються у ММК [1,3,6,7]. На жаль відомості про нейроофтальмологічні прояви новоутворень ММК у медичній літературі висвітлені недостатньо.

Метою нашого дослідження стало вивчення стану органу зору у хворих з новоутвореннями ММК.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Проведений аналіз стану органу зору у хворих з пухлинами ММК, що лікувалися у клініці субтенторіальних пухлин ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України» у 2009 – 2011 роках. За 3 роки було обстежено 178 пацієнтів (66 чоловіків та 112 жінок). В ході офтальмологічного обстеження визначались: гострота зору з корекцією, внутрішньочинний тиск, наявність лагофтальму, чутливість рогівки за рогівковим рефлексом, стан окорухового апарату ока, включаючи оцінку його функціонального стану за В.М. Ждановою (2009) [2] у балах, де приймалися до уваги діапазон рухів очного яблука по горизонталі, вертикалі за Головіним,

кут косоокості за Гіршбергом, наявність птозу, мідріазу, диплопії, що оцінювалось у балах (кількість балів 45 – 31 свідчила про умовно високі показники функціонального стану, 30 – 16 - середні або добрі, 0 – 15 балів – низькі або незадовільні) та показники слъзопродукції (тест Ширмера).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

За результатами ретроспективного аналізу госпіталізованих у відділення субтенторіальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії АМН України» у 2009-2011 роках хворих було встановлено, що відсоток госпіталізованих хворих, у яких після дослідження в клініці субтенторіальних пухлин була виявлена пухлина ММК, коливався від 29,1% до 45,5%, що у середньому за 3 досліджені роки склало 36,03% хворих. Вік госпіталізованих

хворих з пухлинами ММК коливався від 21 до 70 років. У чоловіків максимальна кількість хворих з пухлинами ММК була зареєстрована у віці від 51 до 60 років (33 пацієнти (39,7%)), в той час як у жінок найбільше пацієнтів було у віці від 41 до 50 років (64 пацієнти (46%)), які належали до категорії соціально активних людей працездатного віку. Статевий аналіз госпіталізованих пацієнтів свідчить про те, що серед хворих з новоутвореннями ММК переважають жінки. Так відсоток жінок у яких була виявлена пухлина ММК за досліджений період становив 62,6%, в той час як у чоловіків цей показник становив 37,4%.

Найбільш типові скарги хворих, яким під час дослідження була виявлена пухлина ММК відображає таблиця 1.

Таблиця 1

Аналіз офтальмологічних скарг хворих з новоутворенням мосто-мозкового кута

Скарги	Абс. число	%
1. Зниження гостроти зору	55	24,7
2. Сухість в очах	54	24,3
3. Затуманювання зору	47	21,2
4. Різна гострота зору протягом доби	46	20,7
5. Двоїння	22	9,9
6. Сльозотеча	13	5,9
7. Болі в ділянці ока	5	2,3
8. Сльозотеча під час їжі	2	0,9

Як видно з таблиці 1 найбільш типовою скаргою хворих с пухлинами ММК була скарга на зниження гостроти зору. Проте в ході офтальмологічного дослідження було з'ясовано, що дана скарга пов'язана не тільки з нейроофтальмологічною

симптоматикою, але й з супутньою очною патологією, яку мали хворі при госпіталізації в нейрохірургічний стаціонар. Дані про виявлену супутню офтальмологічну патологію відображає таблиця 2.

Таблиця 2

Характеристика супутньої очної патології у хворих з новоутвореннями мосто-мозкового кута

Супутня патологія ока	Абс. число	%
Катаракта	27	12,2
Дистрофія сітківки	14	6,3
Іридоцикліти (хронічні)	2	0,9
Амбліопія	1	0,5
Глаукома	9	4,1
Деструкція скловидного тіла	3	1,4
Діабетична ангіоретинопатія	9	4,1
Косоокість	0	0
Гіпертонічна ангіопатія сітківки	10	4,5
Гіперметропія	11	0
Міопія	9	0
Атрофія зорових нервів	1	1,4

Третьою за частотою скаргою по кількості хворих, що її пред'являли, було «затуманювання» зору. Хворі по різному описували цей стан: «треба покліпати очима, щоб краще бачити», «зір то краще, то гірше», «сітка або перешкода перед очима». Цей симптом мали 21,2% хворих. Пов'язаний він більшою мірою з гіпертензивно-гідроцефальним синдромом, що супроводжувався змінами на очному дні застійного характеру, головними болями, нудотою, блювотою. Різну гостроту зору протягом доби мали спостерігали у 20,7% хворих. Ця скарга, на нашу думку, пов'язана з обнубіляціями внаслідок підвищення внутрішньочерепного тиску. Саме тому ми отримали аналогічний відсоток, у порівнянні з хворими, що скаржились на «затуманювання» зору. Можна сказати, що ці дві скарги дещо подібні.

На двоїння, що зникало при закритті одного ока скаржились 9,9% хворих. Особливістю даної скарги було те, що інтенсивність двоїння у всіх хворих з цією скаргою збільшувалось при наростанні головного болю, хвилюванні, фізичні напрузі.

Скарги на слезотечу внаслідок ослаблення мигального рефлексу та збільшення подразнення очного яблука пилом, повітрям відмічали 5,9% хворих. При цьому у двох хворих ми з'ясували, що слезотеча виникала під час їжі, що в літературі називають

феноменом «крокодилячих сліз». Причиною цього феномену у хворих с пухлиною ММК може бути триваліт тиск пухлини, що призводить до демієлінізації аксонів лицьового нерва, що в свою чергу викликає генералізацію збудження під час жування.

Дослідження візометрії з корекцією показало, що переважна більшість пацієнтів (90,1%) з вперше виявленою пухлиною ММК мали гостроту зору 0,7 і вище. Погіршення гостроти зору, як показав аналіз даних було пов'язане, як з супутньою патологією (таблиця 2), так і з незворотними змінами зорового нерва в стадії його атрофії, які ми констатували у 3,9% хворих. В цьому сенсі, звертає на себе увагу той факт, що близько третини хворих (29,7%), що госпіталізуються вперше з приводу виявленої пухлини ММК, мають ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску. На очному дні даний патологічний стан проявляється застійними дисками зорових нервів. Частіше ми спостерігали початкові застійні диски (41,5%), найрідше – застійні диски в стадії атрофії.

Окоухові порушення при новоутвореннях ММК прямо пов'язані з анатомо-топографічними особливостями розташування новоутворення. Частота враження окоухових нервів у пацієнтів з виявленими пухлинами ММК відображає таблиця 3.

Таблиця 3

Частота враження окоухових нервів у пацієнтів з пухлинами мосто-мозочкового кута

Вражені черепно-мозкові нерви	Абс. Число	%
III (окоуховий нерв)	4	2,3
IV (блоковий нерв)	2	1,1
VI (відвідний нерв)	7	3,9
IV, VI	7	3,9
III, IV, VI	9	5,1
Всього	29	16,3

Аналізуючи характер окоухових порушень у хворих з новоутвореннями ММК приходимо до висновку, що дані зміни зустрічаються у 16,3% хворих.

Як видно з даних, поданих в таблиці 3 найбільш часто (5,1%) мало місце поєднане враження окоухових нервів. Поясненням характеру пошкодження функції окоухових нервів є особливості характеру росту пухлини. Так, при переважно оральному рості, пухлина вип'ячується в ділянку обхідної цистерни і прилягає до нижньої поверхні медіальних відділів намету мозочка. При такому варіанті розташування пухлини (передньо – нижній варіант) пухлина спаюється з VI нервом. В подальшому пухлина зміщує назвні та верх стовбур задньої мозкової артерії, здавлює кавернозний синус, що приводить до дисфункції всіх окоухових нервів.

У разі каудального напрямку росту пухлини, вона, опускаючись нижче краю нижньої оливи,

прилягає до зовнішньої поверхні стовбурової артерії, де на капсулі пухлини розташовуються венозні стовбури піальної сітки продовгуватого мозку, що пояснює ізолюване враження лише VI окоухового нерва [4,7].

Іншим варіантом враження відвідного нерва є переважне розповсюдження новоутворення у медіальному напрямку, коли пухлина росте у напрямку бокової поверхні моста і нижньої поверхні середньої ніжки мозочка. При такому варіанті росту пухлини значно страждає піальна венозна сітка вентральної поверхні моста і продовгуватого мозку. Венозні судини значно здавлюються та деформуються, що супроводжується враженням лише корінця відвідного нерва. При більших розмірах новоутворення (так званий тотальний варіант) вище перераховані порушення значно збільшуються і супроводжуються стискуванням та деформацією

стовбура мозку у ділянці цистерни, що, в свою чергу поєднується зі притисканням до мосту VI нерва. IV нерв потоншується та деформується лише у випадках супратенторіального розповсюдження пухлини [4,7].

Функціональний стан хворих з окооруховими порушеннями має істотне значення. Іноді навіть при високих зорових функціях хворих з окооруховими порушеннями турбує значна диплопія, яка утруднює са-

мообслуговування, побутову та соціальну активність пацієнтів. Оцінку функціонального стану хворих з окооруховими порушеннями проводили за допомогою спеціальної шкали, запропонованої В. М. Ждановою (2009) [2], яку ми доповнили.

Результати вивчення функціонального стану окоорухових порушень у хворих з пухлинами ММК відображає таблиця 4.

Таблиця 4

Аналіз функціонального стану хворих з окооруховими порушеннями внаслідок новоутворень мосто – мозочкового кута у 2009 – 2011 роках.

Бали	Абс. число	%
Умовно високий функціональний стан (45 – 31 бал)	170	95,5
Середній функціональний стан (30 – 16 балів)	6	3,4
Низький (незадовільний) функціональний стан (0 – 15 балів)	2	1,1
Всього	178	100

Таким чином більшість хворих 95,5% мали умовно високий функціональний стан. Його погіршення можна пояснити розмірами пухлини

та тривалістю захворювання.

Результати дослідження загальної сльозопродукції за тестом Ширмера відображає таблиця 5.

Таблиця 5

Показники сльозопродукції (тест Ширмера) у хворих з пухлиною мосто-мозочкового кута

Варіант сльозопродукції	Абсолютне число	%
Нормальна сльозопродукція (т. Ширмера >15мм/5хв)	152	85,4
Синдром сухого ока легкого ступеня (т. Ширмера 10-14 мм/5 хв)	26	14,6
Синдром сухого ока середнього ступеня (т. Ширмера 6-9 мм/5 хв)	0	0
Синдром сухого ока важкого ступеня (т. Ширмера <5мм/5хв)	0	0
Всього хворих	178	100

Як видно з наведених у таблиці 6 даних у переважній більшості хворих з виявленою пухлиною ММК (85,4%) мала місце нормальна сльозопродукція. Синдром «сухого ока» легкого ступеню зустрічається в 14,6 % випадків. При цьому, нами не було виявлено жодного випадку з синдромом «сухого ока» середнього та важкого ступеню у даної категорії хворих.

При дослідженні рогівки було з'ясовано, що з боку розташування новоутворення ММК на боці враження у половини пацієнтів (52,3%) має місце зниження рогівкового рефлексу.

ВИСНОВКИ

Нами було проаналізовано офтальмологічний статус хворих з пухлинами ММК до хірургічного лікування. Найбільш розповсюдженими є скарги на зниження зору, неможливість закрити око(лагофтальм), сухість в очах, затуманювання зору. Серед супутньої очної патології переважали катаракта, дистрофія сітківки, гіпертонічна ангіопатія сітківки. Дослідження візометрії з корекцією показало, що переважна більшість пацієнтів (90,1%) з вперше виявленою пухлиною ММК мали гостроту

зору 0,7 і вище. Погіршення гостроти зору, як показав аналіз даних була пов'язана, як з супутньою очною патологією, так і з незворотними змінами зорового нерва в стадії його атрофії, які ми констатували у 3,9% хворих. В цьому сенсі, звертає на себе увагу той факт, що близько третини хворих (29,7%), що госпіталізуються вперше з приводу виявленої пухлини ММК, мають ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску. На очному дні даний патологічний стан проявляється застійними дисками зорових нервів.

При дослідженні рогівки було з'ясовано, що з боку розташування новоутворення ММК у половини пацієнтів (52,3%) має місце зниження рогівкового рефлексу, що свідчить про ураження трійчастого нерва.

Особливості росту пухлини мосто-мозочкового кута пояснює характер окоорухових порушень у 16,3 % хворих, які проявляються спочатку враженням відвідного нерва, а в подальшому всіх окоорухових нервів. Показником цих порушень є бальна шкала оцінювання функціонального стану

окорухових порушень з врахуванням рухомості очних яблук, оцінки кута косоокості, наявності птозу, мідріазу, диплопії. В офтальмологічному статусі враження лицьового нерва призводить до часткового зниження загальної сльозопродукції у 14,6% хворих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злотник Э.И. Невриномы слухового нерва. / Злотник Э.И., Склют И.А. - Минск.: Беларусь, 1970. -184 с.
2. Жданова В. М. Оцінювання функціонального стану хворих з окоруховими порушеннями Український неврологічний журнал.-2009-№4 – С. 78 -82.
3. Лицевой нерв в хирургии невринома слухового нерва / Э.И. Злотник, И.А. Склют, А. Ф. Смянович, Е. А. Короткевич. - Минск.: Беларусь, 1978.-142с.
4. Мачерет Є. Л. Пухлини головного мозку // Нервові хвороби /За редакцією С. М. Віничука, Є. Г. Дубенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 539. – 696 с.
5. Раздольский И. Я. Невринома слухового нерва // Клиника опухолей головного мозга. – Л.: Медгиз, 1957. – С. 173–182. – 224 с.
6. Шанько Ю.Г. Результаты хирургического лечения 500 невринома преддверно-улиткового нерва 3–4 стадии. //Матеріали IV з'їзду нейрохірургів України. – Дніпропетровськ, 2008. – С.116
7. Winn H. R. Youmans Neurologic Surgery/H. R. Winn; 5th Edition. – Philadelphia: Saunders, 2004. – Vol. 1. – Chapter 65. – P. 1147–1168.