

УДК 617.731—006.48—073.75

Ю. Г. АКОПЯН

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ГЛИОМЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Глиома зрительного нерва относится к нередким по своей локализации видам интракраниальных опухолей. Глиомы или глиобластомы составляют самую значительную группу опухолей головного мозга. По данным ряда авторов [9, 10, 14], глиомы составляют две трети всех первичных опухолей, исходящих из зрительного нерва. При дальнейшем росте указанные опухоли проникают в полость черепа, охватывая хиазму, и переходят на другой зрительный нерв, нередко прорастая в мозговую ткань и желудочки мозга. В связи с этим отмеченные опухоли клинически классифицируются как внутриглазные, ретробульбарные и внутричерепные. Помимо этого, по гистологической структуре опухоли указанной группы делятся на фиброматоз зрительного нерва, эндотелиому и фибросаркому. Фиброматоз зрительного нерва, по мнению Буэрс [8], имеет интрадуральное происхождение, а эндотелиома и фибросаркома — экстрадуральное.

Глиома имеет более или менее доброкачественное течение, смертельные исходы наблюдаются лишь при тяжелых мозговых осложнениях в результате прорастания опухолей в мозговую ткань. Клиническая картина при глиоме характерна. В течение долгого времени опухоль развивается в мышечной воронке канала, и поэтому движения глазного яблока не ограничиваются. Имеющийся экзофтальм в это время носит характер прямого перемещения глаза вперед без бокового его смещения. Острота зрения при глиоме зрительного нерва страдает рано. На глазном дне, по данным некоторых авторов [11, 13, 15], уже в начальных стадиях обнаруживается застойный сосок. При прорастании опухоли в черепную полость часто отмечаются симптомы повышения внутричерепного давления. В каждом случае первостепенное значение приобретает выяснение вопроса о степени развития опухоли и ее прорастания как в хиазму, так и зрительный нерв другой стороны и в собственно мозговую ткань. В связи с этим важную роль играет рентгенологическое исследование.

Определяемое на рентгенограммах увеличение размеров зрительного отверстия и ряд сопутствующих симптомов дают возможность дифференцировать различную степень прорастания опухоли зрительного нерва в канал, глазницу и черепно-мозговую полость.

Ряд авторов [1, 2, 4—7, 12] считают, что глиома зрительного нерва является типичным заболеванием для молодого возраста. Опухоли же, исходящие из оболочек зрительного нерва, чаще встречаются после 20 лет, причем преобладают у женщин.

Нами было обследовано 22 больных с глиомой зрительного нерва (15 женщин и 7 мужчин). Наибольшее число больных находилось в возрасте от 1 до 10 лет (20 чел.) и двое—18 и 20 лет.

Давность заболеваний по данным анамнеза колебалась от двух недель до пяти лет: 1 месяц — у 6, 1 год — у 9, 2 г. — у 2, 3 г. — у 2, 4 г. — у 2 и 5 лет — у 1 больного. Таким образом, у подавляющего большинства давность заболевания была до 1 г. (15 чел.). У всех больных был выражен в той или иной степени экзофтальм. Величина его колебалась в пределах от 2 до 15 мм. Помимо смещения глаза кпереди, у 7 больных было отмечено отклонение его кнаружи. Подвижность глазного яблока не всегда была ограничена. Так, из 22 больных это имело место только у 5.

При офтальмоскопическом исследовании на глазном дне у всех больных выявлена вторичная атрофия зрительного нерва. Острота зрения была различной—от 0 и неправильной светопроекции до 0,02—0,03. При исследовании внутриглазного давления четких данных, имеющих диагностическое значение, не получено.

Рентгенологическое исследование произведено во всех случаях, сделаны обзорные снимки черепа и специальные снимки в области глазниц [12].

Основным симптомом при глиоме зрительного нерва явилось увеличение зрительного отверстия на стороне опухоли (17 больных). Концентрическое равномерное расширение зрительного канала в преобладающем числе случаев имело четкие контуры, за исключением одной больной, у которой целостность стенок пораженного канала была нарушена с височной стороны. В ряде случаев отмечался остеопороз стенок отверстия. Двухстороннее поражение зрительного канала с расширением отверстия наблюдалось у 5 больных, что дало основание предполагать о поражении хиазмы.

Форма увеличенного зрительного отверстия соответствовала форме этого же отверстия со здоровой стороны. В большинстве случаев (14 чел.) она была овальной при овальной форме зрительного отверстия на здоровой стороне, в одном случае — круглой при тех же условиях. Это обстоятельство свидетельствует о том, что, во-первых, форма зрительного отверстия соответствует форме сечения проходящего через канал зрительного нерва и, во-вторых, что опухоль в начальной фазе развивается концентрически.

Помимо увеличения зрительных отверстий, при анамнезе рентгенограмм нами был выявлен ряд других признаков, имеющих значение для постановки диагноза: увеличение орбиты и затенение структуры ее тканей, отмечающиеся преимущественно при внутриглазничном распространении опухоли. Остеопороз костей турецкого седла, увеличение числа

пальцевых вдавлений в костях свода, удлинение зубцов венечного шва и ряд других признаков свидетельствовали о внутричерепном распространении опухоли.

Приводим наши наблюдения.

Больная Г., 5 лет, девочка, жалуется на головные боли, потерю зрения в правом глазу. Давность заболевания 4,5 года. Правый глаз — экзофтальм = 12 мм. Острота зрения: правый глаз — 0, левый — 1,0.

Рентгенологически (рис. 1, А, Б) отмечается значительное увеличение размеров правого зрительного отверстия (10×7 мм). Левое отверстие нормальных размеров (6×4 мм). Диагноз: глиома правого зрительного нерва (подтвержден при хирургическом вмешательстве).

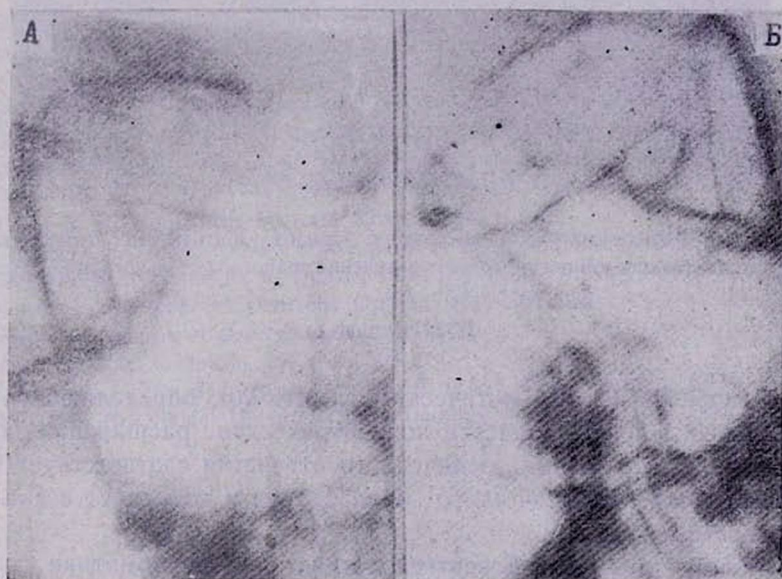


Рис. 1. А. Левое зрительное отверстие нормальных размеров. Б. Увеличение правого зрительного отверстия.

Больная К., 3 г. 8 мес., девочка, жалуется на головные боли, потерю зрения с обеих сторон. Давность заболевания 2 мес. Выраженный экзофтальм — правый глаз = 19, левый = 15 мм. Соски зрительного нерва бледные, границы ступеваны. Острота зрения на обоих глазах = 0.

На рентгенограммах (рис. 2, А, Б) отмечено концентрическое увеличение зрительного отверстия с обеих сторон, больше справа. Стенки четко контурированы с истончением краев отверстия, увеличение размеров правой орбиты с остеопорозом стенок. На обзорных рентгенограммах определяется усиление пальцевых вдавлений и увеличение их числа в задних отделах. Спинка турецкого седла остеопоротична.

На основании рентгенологических данных с учетом офтальмологических и краткого анамнеза диагностирована глиома правого зрительного нерва с прорастанием в орбиту и полость черепа, а также с переходом на хиазму и противоположный зрительный нерв. Диагноз подтвержден при хирургическом вмешательстве и гистологическом исследовании.

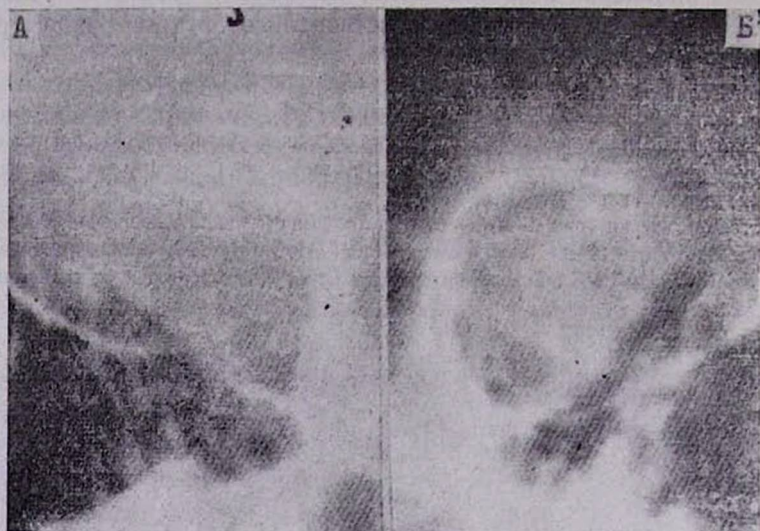


Рис. 2. А. Концентрическое увеличение левого зрительного отверстия.
Б. Значительное концентрическое увеличение правого зрительного отверстия.

В ы в о д ы

1. Основным рентгенологическим симптомом, определяющим глиому зрительного нерва, является концентрическое расширение канала зрительного нерва. Форма увеличенного отверстия соответствует исходной форме этого анатомического образования и совпадает с аналогичным отверстием.

2. В силу характерной рентгенологической симптоматики глиомы зрительного нерва и большой разрешающей способности при учете клинических данных рентгенологический метод приобретает первостепенное значение в клинической диагностике указанного новообразования.

3. В далеко зашедших случаях отмеченных опухолей рентгенологический метод исследования в значительной мере способствует уточнению степени внутричерепного и внутриорбитального распространения опухоли.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступило 22/IX 1971 г.

Յու. Գ. ՀԱԿՈՅԱՆ

ՌԵՆՏԳԵՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՏԵՍՈՂԱԿԱՆ ՆԵՐՎԻ
ԳԼԻՈՄԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ու մ

Տեսողական ներվի գլիոմայի հիմնական ռենտգենոլոգիական ախտանիշը
ախտողական ներվի խողովակի համաչափ լայնացումն է:

լաշնացած բացվածքի ձևը համապատասխանում է նախնական անատոմիական վիճակին և համընկնում է առողջ կողմի հետ:

Նորագոյացության առկայությունը հաստատելու հարցում առաջնակարգ նշանակություն են ստանում ռետգենոլոգիական հետազոտության տվյալները: Հիվանդության ուշացած դեպքերում ռետգենոլոգիական հետազոտությունը օգնում է պարզելու (և ճշտելու) ուռուցքի տարածվածության աստիճանը ներդանդային և ներակնակապճային շրջաններում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Балтин М. М. Рентгенодиагностика и рентгенотерапия в офтальмологии. М., 1951.
2. Бархаш С. А. Офтальмологический журнал, 1864, 1, стр. 3.
3. Жагерин А. Г. Дисс. канд. М., 1954.
4. Казак А. Д. Вестник офтальмологии, 1969, 5, стр. 17.
5. Курышкин П. М. Труды III съезда глазных врачей Украины. Киев, 1959, стр. 183.
6. Панфилова Г. В. Дисс. докт. Одесса, 1967.
7. Файзуллин М. Х. Опухоли хиазмы. Казань, 1967.
8. Byers W. C. Stud. Roy. Victoria Hosp., 1901, 1, 1.
9. Lagrange F. Tumeurs de l'orbite paroi et conte nu. Paris, 1909.
10. Loeblein W. Graefes Arch. Ophth., 1909, 73, 335.
11. Nover A., Ziellinski H. Deutsche Ophth., 1956, 1957, 936.
12. Reese A. Tuumor of the eye. London, 1951.
13. Ryan H. Brit. J. Ophth., 1953, 37, 506.
14. Sattler C. H. Die boesartige Geschwuelste des Auges. Leipzig, 1926.
15. Walsh F. B. Clinical—Neuro—Ophthalmology. Baltimore, 1947.