



Рис.3. "Эндодок" – адаптер для введения и фиксации "ТахоКомба" во время эндохирургического вмешательства (Хаслунд Никомед Фарма АГ, Австрия).

Мы считаем, что внедрение этого инструмента позволит более широко применять "ТахоКомб" при лапароскопических операциях.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ I СЕКМЕНТА ПОДКЛЮЧИЧНЫХ АРТЕРИЙ

*П.О. Казанчян, И.А. Михайлов, П.Г. Сотников,
О.А. Алуханян
МОНИКИ*

История реконструктивной хирургии окклюзирующих поражений подключичных артерий насчитывает немногим более 40 лет. В 1957 г. M.De Bakey и соавт. [9] сообщили об успешной трансаортальной эндартерэктомии из первого сегмента подключичной артерии. Последующие годы ознаменовались разработкой и внедрением в практику новых методик операций для коррекции кровотока при наличии окклюзии I сегмента указанной артерии. Были предложены менее травматичные экстраторакальные доступы для выполнения этих вмешательств. В настоящее время накоплен достаточный опыт выполнения этих операций. Тем не менее, целый ряд вопросов, касающихся как тактических, так и технических аспектов лечения окклюзии I сегмента подключичной артерии, остается нерешенным, вызывая разноречивые суждения среди клиницистов. Так, спорен вопрос о показаниях к операции. Одна группа авторов [4, 7, 10, 15] считают показанием к операции наличие позвоночно-подключичного синдрома обкрадывания, указывая на его непредсказуемость и угрозу усугубления нарушения мозгового кровообращения вплоть до развития инсульта в вертебробазиллярном бассейне при нарастании степени обкрадывания. Другая группа авторов [13, 16, 17, 21] прибегают к операции при клинической мани-

фестации поражения вертебробазиллярной недостаточностью или брахиальной ишемией, придерживаясь выжидательной тактики при его асимптомном течении. При этом ни те ни другие авторы не акцентируют внимания на характере и степени обкрадывания мозгового кровотока в условиях различных физических нагрузок. Между тем, это обстоятельство может стать решающим при решении вопроса о тактике лечения.

Нет единого мнения среди клиницистов и о выборе метода хирургической коррекции. С внедрением в практику экстраторакальных вмешательств большинство авторов отдает предпочтение операции транспозиции подключичной артерии в общую сонную [15, 19, 20]. Однако есть сообщения о применении различных шунтирующих операций, при этом отмечается тенденция к отдаче предпочтения операции сонно-подключичного шунтирования [9, 11], хотя некоторые авторы используют операцию подключично-подключичного перекрестного шунтирования [6, 18], обосновывая свою концепцию малой травматичностью и технической простотой метода.

Шунтирующие операции поднимают еще один нерешенный вопрос, а именно – вопрос о выборе пластического материала. Здесь также нет единого мнения. Одни авторы [5, 20] отдают предпочтение аутовене, другие [8, 12] – протезам из политетрафторэтилена, считая, что они более дееспособны в отдаленные сроки после операции по сравнению с аутовеной.

В литературе мало освещены и вопросы о хирургической тактике при сочетании окклюзии I сегмента подключичной артерии с поражениями других брахиоцефальных ветвей аорты. Между тем, подобные случаи далеко не редки в повседневной практике, что вполне закономерно с учетом системного характера атеросклероза – основной причины окклюдизирующих поражений брахиоцефальных артерий.

Наконец, мало сообщений об отдаленных результатах операций с четким отражением динамики синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания и клинического эффекта в плане регресса вертебробазиллярной недостаточности и брахиальной ишемии.

Представленная работа посвящена изложению нашей тактики по вышеуказанным вопросам лечения окклюзий I сегмента подключичных артерий.

С 1991 по 1997 гг. нами обследовано 75 больных с окклюдизирующими заболеваниями подключичных артерий. Больные были в возрасте от 35 до 69 лет (в среднем 58,9 лет). Мужчин было 56 (74,7%), женщин – 19 (25,3%). Поражение левой подключичной артерии встречалось у 56 больных, правой – у 21. У двух больных поражение было двусторонним. Причиной поражения в 69 наблюдениях (92%) был атеросклероз, в 3 (4%) – неспецифический аортоартериит, в 3 (4%) – тромбоз, развившийся после травматического повреждения.

Изолированные поражения подключичных артерий были выявлены у 16 больных (21,3%), у 59 больных (78,6%) имелось нарушение гемодинамики в других артериальных бассейнах. При этом окклюзирующие поражения сонных артерий наблюдались у 54 больных (72%), позвоночных артерий – у 23 больных (30,6%). Асимптомное течение окклюзирующего поражения подключичной артерии было выявлено у 22 больных (29,3%). Клиника сосудисто-мозговой недостаточности была выявлена у 51 больного (68%).

Симптомы брахиальной ишемии (слабость мышц верхней конечности, быстрая утомляемость при физической нагрузке, онемение, парестезия) встречались у 21 больного (28%). В 17% наблюдений сосудисто-мозговая недостаточность сочеталась с брахиальной ишемией. Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания был выявлен у 73 больных (97,3%). Тяжесть сосудисто-мозговой недостаточности оценивалась нами по классификации А.В.Покровского; при этом I степень сосудисто-мозговой недостаточности (асимптомное течение) была констатирована у 22 больных (29,3%), II степень (транзиторные ишемические атаки) – у 23 (30,7%), III степень (дисциркуляторная энцефалопатия) – у 19 (25,3%). Ранее перенесли острое нарушение мозгового кровообращения в каротидном бассейне (IV стадия сосудисто-мозговой недостаточности) 9 больных (12%).

Клиническая картина вертебробазилярной недостаточности отличалась многообразием и мозаичностью неврологической симптоматики. Ведущими были общемозговые, кохлеовестибулярные, стволо-мозжечковые, заднеполушарные, стволовые, гипоталамо-стволовые и корковые нарушения. Общемозговые расстройства были выявлены у 64 больных (85,3%); они проявлялись периодическими головными болями различной интенсивности и частоты. Кохлеовестибулярные расстройства – системные головокружения, звон в ушах, снижение слуха – обнаружены у 59 больных (78,7%). Стволо-мозжечковые расстройства, представленные нарушением (шаткостью) походки и координации движений, отмечены у 43 больных (57,3%). У 21 больного (28%) были выявлены заднеполушарные и корковые нарушения (ощущение пелены перед глазами, мерцающие скотомы, преходящий амавроз).

У больных с сочетанным поражением подключичных и сонных артерий сосудисто-мозговая недостаточность, как правило, более выражена, чем у больных с изолированным поражением подключичных артерий. Так, если в общей группе больных I степень сосудисто-мозговой недостаточности была выявлена у 23 больных (30,7%), II – у 23 (30,7%), больных, III – у 19 (25,3%), IV – у 9 (12%), то в группе больных с сочетанным поражением подключичных артерий с артериями каротидного бассейна (54 человека) I степень сосудисто-мозговой недостаточности отмечалась у 9 больных (16,7%), II – у 20 (37,0%), III – у 17 (31,5%), IV – у 9 больных (16,7%).

Окончательный диагноз и показания к операции у большинства больных ставился на основании ультразвуковых методов исследования, перед которыми ставились следующие задачи:

II. КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

- определение ретроградного кровотока по позвоночной артерии и его линейной скорости, характера "стил"-синдрома (постоянный, переходный или латентный);
- определение объемной скорости ретроградного кровотока по позвоночной артерии;
- определение протяженности и характера (окклюзия или стеноз) поражения подключичной артерии;
- наличие и характер сочетанного поражения сонных артерий;
- оценка функционального состояния вилизиева круга.

Ультразвуковые исследования выполнялись в следующем объеме:

- ультразвуковая доплерография со спектральным анализом доплеровского сигнала;
- триплексное сканирование;
- транскраниальная доплерография.

В редких случаях, при недостаточной информативности перечисленных выше ультразвуковых методик (продолжительное поражение подключичной артерии), мы прибегали к рентгеноконтрастной ангиографии.

При решении вопроса об операции мы исходили не только от наличия «стил»-синдрома как такового, но и изучали степень обкрадывания мозгового кровотока в условиях дозированной нарастающей физической нагрузки. Мы считаем, что изучение объема обкрадывания мозгового кровотока у больных с окклюзирующими поражениями подключичной артерии необходимо проводить при физической нагрузке, что более соответствует условиям реальной жизни.

Нами разработана функциональная нагрузочная проба, методика которой заключается в следующем. Больной находится в положении лежа на спине. В руке держит веревку, на другом конце которой находится груз массой 0,25 кг. Веревка перекинута через блок. Больной совершает сгибательные движения в локтевом суставе, при этом плечо и верхний плечевой пояс остаются неподвижными, позволяя ультразвуковым датчиком лоцировать позвоночную артерию и посредством триплексного сканирования определять объемную скорость кровотока. Работа, совершенная больным по поднятию груза, рассчитывается по формуле:

$$A = M \times G \times H \times N,$$

где А – работа, совершенная больным (Дж);

М – масса груза (кг);

G – ускорение свободного падения (9,8 м/с²);

Н – высота, на которую поднимается груз (м);

N – количество подъемов груза.

Измерение объемной скорости ретроградного кровотока производилось дискретно в момент совершения больным работы в 36, 72, 108 и 144 Дж.

Данная проба была проведена у 25 больных с различным типом синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания. У 20

больных (80%) до проведения пробы с физической нагрузкой был диагностирован постоянный синдром обкрадывания, у 5 (20%) – переходный. Окклюзию или стеноз первого сегмента левой подключичной артерии имели 22 человека (88%), правой – трое (12%). Объемная скорость ретроградного кровотока по позвоночной артерии до проведения физической нагрузки колебалась в пределах от 22,05 до 183,20 мл/мин (средняя $102,63 \pm 80,57$ мл/мин).

Совершить работу в 144 Дж смогли 22 пациента (88%) из 25, трое (12%) пожаловались на слабость в руке, возникшую при нагрузке в 108 Дж, ввиду чего проба была прекращена. При совершении работы в 144 Дж увеличение объемной скорости ретроградного кровотока по позвоночной артерии в 3 раза и более было отмечено у 3 больных (12%), в 2-3 раза – у 8 (32%), в 1,5-2 раза – у 10 (40%). У одного больного объемная скорость ретроградного кровотока по позвоночной артерии за время совершения работы в 144 Дж увеличилась меньше чем в 1,5 раза. С учетом полученных результатов решался вопрос о показаниях к хирургическому лечению и его этапности.

Показанием к операции у больных с окклюзией I сегмента подключичной артерии мы считаем наличие синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания и увеличение объемной скорости ретроградного кровотока по позвоночной артерии при совершении большим работы в 144 Дж более чем в 1,5 раза.

При сочетании поражения подключичной артерии с контрлатеральной сонной артерией, первым этапом выполняли реконструкцию сонной артерии, затем – подключичной. При ипсилатеральной локализации поражения сонной артерии также первым этапом производили ее реконструкцию, однако при наличии анатомических условий и достаточной толерантности головного мозга к ишемии, мы расширяли объем операции и производили реконструкцию обеих артерий.

При наличии поражения обеих сонных артерий первым этапом выполняли реконструкцию сонной артерии с гемодинамически более значимым поражением, затем реконструкцию противоположной сонной артерии, и третьим этапом – реконструкцию подключичной артерии. Если вторым этапом планируется выполнение реконструкции сонной артерии, ипсилатеральной с подключичной, то при наличии вышеуказанных условий объем операции расширяем, сочетая каротидную эндартерэктомию с реконструкцией подключичной артерии.

Указанная тактика направлена на улучшение мозгового кровотока, повышение толерантности головного мозга к ишемии, что, в свою очередь, создает условия для последующей реконструкции подключичной артерии, сопровождающейся пережатием общей сонной артерии.

Среди различных видов реконструкций мы отдаем предпочтение – как методу выбора – транспозиции подключичной артерии в общую сонную, т.е. выполняем из поперечного надключичного дос-

тупа с обязательным пересечением наружной «ножки» кивательной мышцы (см. таблицу).

Количество выполненных операций

Операция	Количество	
	абс.	%
Резекция подключичной артерии с реплантацией в общую сонную артерию	46	59,7
Сонно-подключичное шунтирование:	28	36,4
- аутоvenозное	18	64,3
- аллопротезом	10	35,7
Сонно-подключичное перекрестное аутоvenозное шунтирование	2	2,6
Подключично-подмышечное перекрестное аутоvenозное шунтирование	1	1,3

Преимущества данного метода над другими видами реконструкций подключичной артерии очевидны: коррекция кровотока достигается без применения пластического материала, при помощи одного анастомоза. Однако следует отметить, что для свободы имплантации артерии в общую сонную артерию (без натяжения), приходится лигировать щитошейный ствол и внутреннюю грудную артерию, что можно считать недостатком метода.

При планировании одномоментной реконструкции сонной и подключичной артерий, операцию проводим из продольного разреза по медиальной поверхности кивательной мышцы с пересечением ее внутренней ножки.

Операцию сонно-подключичное шунтирование производим при переходе окклюзирующего процесса на II и III сегменты артерии, а также при возникновении технических трудностей для выполнения транспозиции подключичной артерии в общую сонную артерию. В качестве пластического материала мы используем как аутовену (при адекватном ее диаметре), так и протезы из политетрафторэтилена («Gore-Tex» и «Витафлон»).

От перекрестных шунтирующих видов операций мы практически отказались и применяем их в исключительных ситуациях.

Мы располагаем опытом 77 операций, из них 51 (66,2%) была выполнена при наличии изолированного поражения подключичной артерии; 26 (33,8%) – при сочетанных поражениях подключичных и сонных артерий. В последней группе больных было выполнено 14 (53,8%) одномоментных и 12 (46,2%) поэтапных реконструкций подключичных и сонных артерий. Резекция подключичной артерии с реплантацией в общую сонную артерию выполнялась в 46 (59,7%) наблюдениях, сонно-подключичное шунтирование – в 28 (36,4%), в 18 наблюдениях (64,3%) в качестве пластического материала использовалась аутовена, а в 10 (35,7%) – протезы из политетрафторэтилена фирм «Gore» и «Экофлон». Сонно-подключичное аутоvenозное перекрестное шунтирование было вы-

полнено у двух больных (2,6%). У одного больного (1,3%) была выполнено подключично-подмышечное перекрестное шунтирование.

Летальных исходов в ближайшем послеоперационном периоде не было. У одного больного в первые часы после операции транспозиции подключичной артерии в общую сонную артерию развилось кровотечение из области операционной раны. Причиной кровотечения была неперевязанная артериальная ветвь. У 3 больных (4%) в ближайшем послеоперационном периоде отмечена лимфорея, которая у двоих на 6-8-е сутки самостоятельно прекратилась, у одного – исчезла после повторной операции и ушивания лимфатического протока.

У всех больных, перенесших операцию транспозиции подключичной артерии в общую сонную артерию, в первые часы после операции отмечено появление пульсации на лучевой артерии и уменьшение разности артериального давления между конечностями до нормальных величин (<20 мм рт.ст.). Восстановление магистрального кровотока по подключичной артерии констатировано по данным триплексного сканирования. Регресс клиники вертебробазиллярной недостаточности в данной группе больных констатирован у 23 больных (74,2%) из 31 (у 15 больных поражение подключичной артерии до операции протекало асимптомно).

В группе больных, которым была выполнена операция сонно-подключичного шунтирования, снижение градиента артериального давления между верхними конечностями было менее выражено: у 8 больных (28,6%) сохранялась разница артериального давления более 20 мм рт.ст. Тем не менее, во всех наблюдениях произошла смена ретроградного кровотока в позвоночной артерии на антеградный, и регресс неврологической симптоматики наблюдался у 14 больных из 19 (73,7%).

В сроки от 6 месяцев до 5 лет было повторно обследовано 42 больных. Ни у кого из повторно обследованных больных не отмечено прогрессирования сосудисто-мозговой недостаточности. У 40 из них отдаленные результаты хирургического лечения были оценены как хорошие: отмечался частичный или полный регресс неврологической симптоматики и полный регресс ишемии верхних конечностей, сохранялся восстановленный антеградный кровоток по позвоночной артерии – как у больных после операции транспозиции подключичной артерии в общую сонную, так и после операции сонно-подключичного шунтирования. В группе больных после транспозиции подключичной артерии в общую сонную градиент артериального давления между верхними конечностями находился в пределах 10 мм рт.ст. Разность артериального давления между верхними конечностями у больных, перенесших сонно-подключичное шунтирование, оставалась в пределах 20 мм рт.ст. У одного больного (3,1%) был констатирован тромбоз шунта (в качестве пластического материала была использована аутовена). У одного больного (3,1%) при повторном триплексном сканировании был зафиксирован магистрально-измененный кровоток по подклю-

чичной артерии, что было расценено нами как результат несоответствия диаметров трансплантата и подключичной артерии.

В последние годы большинство авторов придерживаются мнения, что больные с окклюзией I сегмента подключичной артерии и синдромом позвоночно-подключичного обкрадывания нуждаются в хирургическом лечении лишь при наличии клинических симптомов поражения – клиники вертебробазилярной недостаточности или ишемии верхней конечности [9, 15, 20]. Мы считаем, что выявление у больного постоянного синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания и увеличения обкрадывания мозгового кровотока на фоне физической нагрузки в 1,5 и более раз является показанием к операции. Разработанная и внедренная нами в клиническую практику функциональная проба с дозированной физической нагрузкой наглядно демонстрирует, что объем обкрадывания мозгового кровотока в условиях реальной жизни может увеличиваться в несколько раз, а следовательно невозможно предсказать степень циркуляторных расстройств мозгового кровообращения, особенно если речь идет о больных с мультифокальным поражением брахиоцефальных ветвей аорты. Нашу точку зрения по данному вопросу разделяет ряд отечественных авторов [1 - 5].

Мы считаем, что оптимальным методом реваскуляризации подключичной артерии и прекращения обкрадывания мозгового кровотока по позвоночной артерии является реплантация подключичной артерии в общую сонную. Эта операция импонирует своей простотой, достижением адекватной коррекции кровотока без применения пластического материала, одним сосудистым анастомозом, возможностью выполнения эндартерэктомии из устья позвоночной артерии и хорошими отдаленными результатами [5, 19, 20]. К шунтирующим операциям у данного контингента больных мы прибегаем в условиях затрудненного доступа (у тучных больных с короткой шеей) и при пролонгированных поражениях и кальцинозе подключичной артерии. Выбирая пластический материал для сонно-подключичного шунтирования, мы использовали как аутовену, так и аллопротезы из политетрафторэтилена.

Касаясь вопроса изучения отдаленных результатов хирургического лечения окклюдированных поражений I сегмента подключичных артерий, мы согласны с теми немногочисленными авторами, которые акцентировали свое внимание на этом вопросе [19, 20], – наиболее длительного положительного эффекта позволяет добиться операция транспозиции подключичной артерии в общую сонную.

Также необходимо отметить, что у данной категории больных невозможно непосредственно соотнести гемодинамический и клинический эффект хирургического лечения. Несмотря на высокую клиническую эффективность операции (регресс неврологической симптоматики отмечен у 37 из 50 больных, имевших клинику вертебробазилярной недостаточности до операции), у ряда больных реконструкция подключичной артерии и ликвидация синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания не оказала влияния на неврологический статус. Этот факт мы связываем с наличием у

больных как поражений позвоночных артерий, так и интракраниальных поражений артерий головного мозга.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы.

1. Учитывая непредсказуемость объема обкрадывания мозгового кровотока и опасность усугубления циркуляторных расстройств мозгового кровообращения, больные с окклюзией I сегмента подключичной артерии нуждаются в хирургическом лечении, независимо от клинической манифестации поражения.

2. Операцией выбора при окклюзии I сегмента подключичной артерии является резекция подключичной артерии с имплантацией ее в общую сонную артерию.

3. При выполнении шунтирующих операций у больных с окклюзией I сегмента подключичной артерии в качестве пластического материала могут быть использованы как аутовена (при подходящем ее диаметре), так и протезы из политетрафторэтилена.

4. Операция транспозиции позвоночной артерии в общую сонную артерию позволяет добиться более стойкого гемодинамического эффекта в отдаленном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грозовский Ю.Л. Экстраторакальные операции при проксимальных поражениях ветвей дуги аорты / Автореф. докт. дисс. – М., 1984.
2. Гвинджилия Г.Ю. Сравнительная оценка различных реконструктивных операций при окклюдированных поражениях подключичных артерий / Автореф. канд. дисс. – М., 1987.
3. Покровский А.В., Казанчян П.О., Буяновский и др. // Хирургия. – 1989, №9. – С. 23-29.
4. Покровский А.В., Кованева Р.А., Гучев Е.И., Федин А.И. Диагностика и показания к хирургическому лечению окклюдированных заболеваний брахиоцефальных артерий. – М., 1978. – 18 с.
5. Казанчян П.О., Скрылев С.И., Матюшов Ю.С., Рудакова Т.В. // Хирургия. – 1994, №7. – С. 8-11.
6. Bentley F.R., Hollier L.H., Batson R.C. // Amer. Surg. – 1982, №2. P.70-74.
7. Crawford E.S., Stowe C.L., Powers R.W. // Surgery. – 1983. – V. 94, №5. – P.781-791.
8. Criado F.J., Queral L.A. // Eur. J. vasc. Surg. – 1995. – Dec. – P. 717-723.
9. De Bakey M.E., Crawford E.S. // Surg. Gynec. Obstet. – 1957. – V.105, № 2. – P. 129-135.
10. De Bakey M.E., Crawford E.S., Morriz G.C. Cooley D.A. // Ann. Surg. – 1961. – V.154, №4. – P. 129-135.
11. Derin G.P., Ballotta E. // J. cardiovasc. Surg. – 1981. – V.22, №6. – P.32-538.
12. Fry W.R., Martin J. D., Clageett G. P., Fry W.J. // J. vasc. Surg. – 1992. – V. 15. – P. 83-89.
13. Harper J.A., Golding A.L., Mazzel E.A., Cannon J.A. // Surg. Gynec. Obstet. – 1967. – V. 124, №6. – P. 1212-1218.
14. Law M.M., Colburn M.D., Moore W.S. et al. // Stroke. – 1995. – V. 26. – P. 1565-1571.
15. Mingoli A., Feldhaus R.J., Farina C. et al. // Eur. J. vasc. Surg. – 1992. – № 6. – P. 26-30.
16. Posner M.P., Riles Th.S., Ramirez A.A. et al. // Amer. J. Surg. – 1983. – V. 145, №5. – P. 644-646.
17. Rob C.G. // J. cardiovasc. Surg. – 1978. – V. 19, №5. – P. 487-492.
18. Rosenthal D., Ellinson R.G. (Jr.), Clark M.D. // J. Cardiovasc. Surg. – 1988. – V.29. – P. 191-195.

19. Schardey h.m., Meyer G., Rau H.G. et al. // Eur. J. vasc. Surg. – 1996. – № 12. – P. 431-436.
20. Van der Vliet J.A., Palamba H.W., Scarn D.M. et al. // Eur. J. vasc. Surg. – 1995. – №9. – P.454-458.
21. Wylie E.J., Effeney D.J. // Surg. Clin. North Amer. – 1979. – V. 59, № 4. – P. 669-680.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА

И.А. Качков, Р.Г. Биктимиров, Б.А. Филимонов
МОНИКИ

Цель современной хирургии невринома слухового нерва состоит в тотальном удалении опухоли без ухудшения неврологической симптоматики в послеоперационном периоде и в социально-трудовой реабилитации больных.

По данным различных авторов, на 1 млн. населения обнаруживается 8-12 опухолей VIII нерва в год, чаще – у лиц трудоспособного возраста.

Невринома (нейрофиброма, невролеммома, шваннома) VIII нерва – наиболее часто встречающаяся опухоль мостомозжечкового угла (ММУ). По статистике она составляет от 5 до 13% от всех опухолей полости черепа и 1/3 опухолей задней черепной ямки. Невринома является доброкачественной опухолью, озлокачивается она очень редко.

По статистическим данным, эти опухоли часто поражают лиц трудоспособного возраста (20-60 лет, средний возраст – 50 лет). У женщин невринома слухового нерва встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин [5]. Билатеральные невриномы слуховых нервов встречаются при нейрофиброматозе [13].

Опухоль растет из шванновских клеток вестибулярной порции VIII нерва. Локализуется чаще в концевой части слухового нерва у входа во внутренний слуховой проход. Дальнейший рост опухоли возможен, как в сторону слухового прохода, так и в сторону ММУ. В зависимости от размеров и направления роста опухоли, она может сдавливать мозжечок, мост, V и VII черепные нервы, каудальную группу черепных нервов.

Рост опухоли variabelен. Большинство опухолей растет медленно (2-10 мм в год). Многие опухоли достигают больших размеров или образуют кисту, прежде чем станут клинически значимыми.

Макроскопически опухоль выглядит как образование обычно неправильной формы, бугристое, окруженное капсулой, желтоватого оттенка. Опухоль обычно не врастает в окружающие ткани, на разрезе иногда видны кисты.

Микроскопическое исследование: тип Антони А и тип Антони В. При типе Антони А формируются компактные клетки с вытянутыми ядрами, часто напоминающими палисад. При типе Антони В образуются различные узоры звездообразных клеток и их длинных отростков.