

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ НЕВРИНОМ ВЕСТИБУЛОКОХЛЕАРНОГО НЕРВА

*М.М. Тастанбеков, В.Е. Олюшин, В.П. Берснев, Т.Н. Фадеева,
И.А. Руслякова, П.Г. Гоман, С.В. Пустовой*
Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт
им. проф. А.Л.Поленова, Санкт-Петербург, Россия

В лечении больных большими и гигантскими невринами вестибулокохлеарного нерва основными проблемами являются их исходное тяжелое состояние до операции, высокий риск развития осложнений после операции в результате дисфункции ствола мозга и черепно-мозговых нервов.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов хирургического лечения 145 пациентов с невринами VIII нерва больших и гигантских размеров, оперированных за последние 5 лет. К большим опухолям нами отнесены неврины размером 3-4 см., к гигантским – более 4 см. Тяжесть состояния в момент поступления в клинику у 9 (6,2%) больных оценивалась в 20 баллов по шкале Karnofsky, 30-40 баллов имели 22 (15,2%) пациента, 50-60 баллов – 93 (64,1%), 70-80 баллов – 18 (12,4%) и 3 (2,1%) поступили с минимальными симптомами заболевания (90 баллов).

Для компенсации состояния у тяжелых больных в 7 (4,8%) наблюдениях в качестве первого этапа хирургического лечения производилась ликворорунтирующая операция. Подавляющее большинство пациентов – 143 (98,6%) оперировано ретросигмовидным доступом. В 2 случаях гигантские неврины удалялись комбинированным супра-субтенториальным доступом. Предварительное опорожнение большой затылочной цистерны через небольшой разрез в ТМО в 134 (92,4%) операциях позволило избежать предварительной вентрикулопункции. Доступы всегда осуществлялись с резекцией латерального полюса полушария мозжечка, что снижало риск развития тракционных осложнений. Внутрикапсулярное удаление производилось следующим этапом для уменьшения в размерах опухоли. Резекция задней стенки внутреннего слухового прохода производилась высокооборотным бором и позволяла безопасно найти и выделить интраканальную часть лицевого нерва. Диссекция лицевого нерва производилась после определения направления его хода с помощью трансканальярной электродиагностики. Завершающим этапом

является удаление остатков капсулы опухоли после отделения их от других нервов, сосудов и ствола мозга.

Применение интраоперационного мониторинга ЭЭГ и акустических вызванных стволовых потенциалов (АСВП) позволяло своевременно выявлять ухудшение функционального состояния головного мозга и произвести своевременную коррекцию тактики и техники вмешательства. Для облегчения нахождения и верификации лицевого нерва в процессе оперативного вмешательства у 54 больных использованы биполярная или коаксиальная диагностическая электростимуляция лицевого нерва (ток от 1 до 10 мА) с регистрацией вызванных потенциалов с мимических мышц.

Результаты и их обсуждение: Опухоль удалена тотально в 78 (53,8%) наблюдениях, субтотальное удаление с оставлением участков капсулы неврины, сильно сращенных со стволом и/или черепными нервами, произведено у 43 (29,7%) пациентов. Остальным 24 (16,5%) больным новообразование удалено лишь частично.

Наиболее частыми осложнениями в ближайшем послеоперационном периоде явились: инфекционные осложнения (менингит) – 21 (14,3%), кровоизлияние в остатки или ложе опухоли с нарушением кровообращения в стволе – 6 (4,1%). Также к частым осложнениям могут быть отнесены назальная ликворея – 8 (5,5%) наблюдений, из них у 5 ликворея устранена установкой продленного люмбального дренажа, а в 3 случаях пришлось проводить ликворорунтирующую операцию. В целом, состояние больных при выписке в среднем на 10 баллов по шкале Karnofsky ниже, чем при поступлении. Ухудшение функции лицевого нерва различной степени выраженности после операции отмечено у 112 (77,2%), дисфункция тройничного нерва в 18 (12,4%) наблюдениях, каудальной группы нервов – 16 (11%), глазодвигательных нервов – 5 (3,4%). Послеоперационная летальность составила 2,8% – четыре пациента, поступившие в поздней стадии заболевания с гигантскими опухолями.