



УДК 616.831.72-006-089-085

А. С. Мустафаева (Ph.D), К.Б. Нурғалиев, Л.Р. Асенова,
А.Т. Имангожаева, Ж.Е. Сағатбекова

АО «Национальный центр нейрохирургии», г. Астана

РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ МОСТО – МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА

Освещаются основные задачи ранней нейрореабилитации в нейроонкологии, представлен опыт применения комплексного восстановительного лечения больных, оперированных по поводу опухолей мосто – мозжечкового угла (ММУ). Проведен анализ исходов восстановительного лечения у больных данной нозологии. На фоне проводимого комплексного восстановительного лечения у пациентов, оперированных по поводу опухолей мосто – мозжечкового угла, отмечается положительная динамика восстановления вестибулярных и двигательных дисфункций, дисфункции VII пары черепно-мозговых нервов (ЧМН), психо-эмоционального статуса и, как следствие этого, улучшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: опухоли мосто-мозжечкового угла, ранняя реабилитация, качество жизни

Введение

Внемозговые опухоли мосто-мозжечкового угла (ММУ) составляют 6-8% среди всех интракраниальных объемных образований [7]. Невринома (нейрофиброма, невролеммома, шваннома) VIII нерва – наиболее часто встречающаяся опухоль мосто-мозжечкового угла. По статистике, на ее долю приходится от 5 до 13% от всех опухолей полости черепа и 1/3 опухолей задней черепной ямки [4, 10]. Наиболее часто опухоль поражает лиц трудоспособного возраста – от 20 до 60 лет (средний возраст – 50 лет). У женщин невринома VIII нерва встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин [6, 8, 11].

Несмотря на достигнутые в настоящее время значительные успехи в хирургическом лечении опухолей ММУ, высокая степень инвалидизации больных, значительный социальный, экономический ущерб, наносимый обществу, вызывает все возрастающий интерес к проблеме восстановительного лечения пациентов данной нозологии [8]. Согласно данным литературы, наиболее важным фактором, определяющим нарушение качества жизни пациентов, являются сочетанные дисфункции V, VII, VIII пары черепно-мозговых нервов, бульбарные и вестибулярные нарушения [7].

Основными задачами ранней нейрореабилитации пациентов, перенесших операции по поводу удаления опухолей ММУ, являются создание условий для благоприятного течения компенсаторно-восстановительных процессов в головном мозге, купирование стрессовой реакции, восстановление функциональных нейродинамических отношений и нарушенных функций, профилактика и лечение осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, профилактика развития контрактур и патологических синкезий со стороны мимической мускулатуры, восстановления координаторных, психо-эмоциональных и когнитивных нарушений [1, 2, 3, 5, 9].

Повышение эффективности ранней реабилитации больных, оперированных по поводу опухолей ММУ требует дальнейшей разработки новых оптимальных методов восстановительного лечения и их научного обоснования, оценки эффективности, опре-

деления показаний и противопоказаний проводимых процедур.

Цель исследования

Изучение результатов комплексного восстановительного лечения больных, оперированных по поводу удаления опухолей ММУ, с дальнейшим сравнительным анализом исходов лечения и качества жизни больных данной нозологии.

Материалы и методы

В основу нашего исследования положены результаты комплексного лечения 36 больных, оперированных по поводу удаления опухолей ММУ, находившихся на восстановительном лечении в отделении нейрореабилитации АО «НЦН» в период с мая 2012 года по декабрь 2013 года.

Обследование больных, оперированных по поводу удаления опухолей ММУ, при поступлении основывалось на применении методов диагностики, позволяющих адекватно оценить состояние больных до и после курса лечения.

Общепринятый диагностический комплекс включал в себя клинико-неврологический осмотр, нейроофтальмологическое исследование, нейровизуализационные методы (КТ, СКТ, МРТ), а также скрининг-исследования когнитивных и двигательных функций (шкала спастичности Ашфорд, шкала нарушений жизнедеятельности Раппопорт, шкала Nause-Brackmann, шкала MMSE).

В комплекс восстановительного лечения мы относили медикаментозную терапию, занятия лечебной физкультурой (ЛФК) по различным методикам, курсы иглорефлексотерапии, занятия с психологом, логопедом. По окончании курса лечения было повторено комплексное исследование, оценивающее эффективность проведенного реабилитационного воздействия. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартных методов обработки научных исследований.

Результаты и их обсуждение

Среди обследованных пациентов преобладали женщины – 61,1 % (n=22), мужчины составили 38,9 %



(n=14), что подтверждается данными литературы [6,8]. Основное число пострадавших (33 пациента – 91,6%) составили лица до 60 лет, т.е. лица наиболее трудоспособного возраста.

В 91,7% наблюдений (n=33) была диагностирована невринома (нейрофиброма, невролеммома, шваннома) VIII нерва, в 5,5% (n=2) – менингиома мосто-мозжечкового угла, у 1 пациента (2,8%) – эпидермоидная киста.

Клиническая картина у пациентов, перенесших операции по поводу удаления опухолей ММУ в наших наблюдениях была представлена гипертензионным, вестибуло-атактическим синдромами, очаговой симптоматикой, нарушениями слуха.

Среди пациентов гипертензионный синдром отмечался в 9 наблюдениях (25%), вестибуло-атактический синдром наблюдался у 30 пациентов (83,3%).

В 3 (8,3%) наблюдениях отмечался правосторонний гемипарез, у 5 (13,9%) больных парез был слева. Периферический парез лицевого нерва различной степени выраженности по шкале Hause-Brackmann отмечался у 33 пациентов (91,6%).

Бульбарный синдром отмечался в 12 наблюдениях (33,4%). Нарушения слуха различной степени выраженности отмечались у 30 пациентов (83,4%).

В комплекс медикаментозного лечения входили средства, воздействующие на специфические нейромедиаторные системы (холина альфосцерат (глиатилин) в суточной дозе 1000 мг, корректоры мозгового кровообращения (винпоцетин в суточной дозе 10-20 мг), антихолинэстеразные средства (галантамин (нивалин) в суточной дозе 5-10 мг, прозерин 0,05%-1 мл), ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции (L-Лизина эсцинат в суточной дозе 10 мл), диуретики (ацетазоламид в суточной дозе 250 мг).

Физиопроцедуры проводились в 72,2% (26) наблюдений. Физиотерапевтическое лечение (ФТЛ) было представлено применением терапии синусоидальными модулированными токами (СМТ) в 19,2% (у 5 пациентов), щадящим массажем лица, шейно-воротниковой зоны (ШВЗ) 19 пациентам (73%), массажем паретичных конечностей в 30% случаев (у 8 пациентов).

Лечебная физическая культура (ЛФК) проводилась всем (100%) нашим пациентам. Структура ЛФК была представлена аналитической, дыхательной, мимической гимнастикой, упражнениями на координацию и равновесие, упражнениями на восстановление мелкой моторики, лечением положением (лейкопластырное натяжение лица).

Занятия с психологом включали в себя экспериментально-психологическое обследование, психолого-коррекционные занятия, рациональную психотерапию, аутотренинг, занятия в сенсорной комнате, нейролингвистическое программирование, АРТ-терапию.

Занятия с логопедом проводились у пациентов с различными нарушениями деятельности артикуляционного аппарата (у 27 пациентов) и включали в себя дыхательные упражнения, направленные на увеличение глубины речевого вдоха и речевого выдоха, артикуляционный массаж мимической мускулатуры, артикуляционная гимнастика, развитие громкого, продолжительного, модулированного голоса, формирование связной речи, преодоление расстройств речевого программирования.

Иглорефлексотерапия (ИРТ) является одним из перспективных методов восстановительного лечения. ИРТ в нашем исследовании проводилась в 66,7% (у 24 пациентов). ИРТ в нашем исследовании проводилась по следующей методике: на начальном этапе (первые 2-3 дня) проводится воздействие только на дистальные точки – ХЭ-ГУ, ЦЗУ-САН-ЛИ, ЯН-ЛИНЬ-ЦУАНЬ, ЦЗИН-ГУ, ЧУНЬ-ЯН, ВАЙ-ГУАНЬ, в течение 15-20 минут. В дальнейшем воздействие продолжается на аурикулярные точки и точки воротниковой зоны. Первые три дня воздействие проводится на обе стороны лица с легкой вибрацией игл на пораженной стороне с дальнейшим (с 3-4 процедуры) переходом на пораженную сторону. Это точки ЯН-БАЙ, ТУУ-ВЭЙ, СЫ-БАЙ, ТУН-ЦЗЫ-ЛЯО, ДИ-ЦАН, ИН-СЯН, СЯ-ГУАНЬ, ШАНЬ-ГУАНЬ, СЫ-ЧЖУ-КУН. Курс лечения в среднем составлял 10-15 дней.

Оценка исходов восстановительного лечения больных, оперированных по поводу удаления опухолей ММУ, осуществлялась на основании динамики клинико-неврологической симптоматики.

При оценке исходов восстановительного лечения было отмечено, что у больных, перенесших операцию по поводу удаления опухолей ММУ, благоприятный исход, характеризующийся полным регрессом общемозговой симптоматики, полной или частичной социальной адаптацией, разрешением очаговой симптоматики до степени, обеспечивающей независимость от постороннего ухода, наблюдались у 17 (47,2%) больных.

Относительно благоприятный исход, в наших наблюдениях характеризовался неполным и медленным регрессом неврологического дефицита в виде сохранения когнитивных расстройств, частых головных болей, разрешением очаговой симптоматики до степени, обеспечивающей неполную социальную адаптацию и отмечались в 13 (36,1%) наблюдениях.

Сомнительный исход лечения в виде снижения уровня адаптации и возможным срывом компенсаторных механизмов, выраженной дисфункцией мимических мышц, постоянной или частичной зависимости от постороннего ухода наблюдались в 6 (16,7%) случаях.

Таким образом, положительные (благоприятные и относительно благоприятные) результаты лечения отмечались у 30 (83,3%) больных данной нозологии.

Выводы

1. Динамика восстановления нарушенных функций находится в непосредственной зависимости от раннего нейрохирургического и восстановительного лечения.

2. Комплексное восстановительное лечение, включающее медикаментозное лечение, физиопроцедуры, занятия ЛФК, курсы иглорефлексотерапии, занятия с логопедом, психологом, позволяет создать наиболее адекватные условия для благоприятного протекания компенсаторно-регенераторных механизмов в головном мозге за счет восстановления нарушенной ауторегуляции мозгового кровообращения, стабилизации процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, что способствует оптимизации исходов раннего восстановительного лечения и, как следствие этого, улучшение качества жизни пациентов.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2002. – С. 420-433.
2. Епифанов В. А., Епифанов А.В. Реабилитация в неврологии / В.А.Епифанов, А.В. Епифанов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – С. 9-14, 184, 331-353.
3. Гурленя, А.М. Физиотерапия в неврологии / А.М. Гурленя, Г.Е. Багель. – М.: Медлит., 2008. – С. 213-215.
4. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Опухоли нервной системы // Неврология и нейрохирургия. – М.: Медицина, 2000. – С. 423-424.
5. Кадыков А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шапаронова. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс – информ, 2014. – С. 9-25
6. Качков И.А., Подпорина И.В. Невринома VIII пары черепно-мозговых нервов / Российский медицинский журнал, 1998 г, – № 9.
7. «Поленовские чтения»: материалы XIII научно-практической конференции : 2014. – С. 283.
8. Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей / Под ред. Б.В. Гайдара. – СПб.: Гиппократ, 2002. – стр. 393, 424.
9. Разумов, А.Н. Восстановительная медицина: 15 лет новейшей истории – этапы и направления развития / А.Н. Разумов, И.П. Бобровницкий // Вестн. восст. мед. – 2008. № 3. – С. 7-13.
10. Knisely J. P. S., Suh J. H., Tsien C. Central Nervous System // Handbook of Radiation Oncology / edited by Haffty B. G., Wilson L. D. – Sudbury, MA: Jones and Barlett publishers. – P. 238-239. – 797 p.
11. Sampath P, Long D. M. Chapter 65. Acoustic Neuroma // Youmans Neurologic Surgery. – 5th. – Philadelphia: Saunders, 2004. – Vol. 1. – P. 1147-1168.

ТҮЙІНДЕМЕ

А. С. Мустафаева (Ph.D), К.Б. Нурғалиев, Л.Р. Асенова,
А.Т. Имангожаева, Ж.Е. Сағатбекова

«Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ, Астана қ.

КӨПІР-МИШЫҚ БҰРЫШЫ ІСІКТЕРІНЕ ОПЕРАЦИЯ ЖАСАЛҒАН НАУҚАСТАРҒА ЕРТЕ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ЕМІН ҚОЛДАНУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Мақалада нейроонкологиядағы нейрооңалтудың ерте әдістерінің негізгі міндеттері баяндалады және де көпір-мишық бұрышының (КМБ) ісіктерінің себебінен операция жасалған науқастарға кешенді қалпына келтіру емін қолдану тәжірибесі ұсынылады. Сонымен қатар осы нозологиямен ауыратын науқастардың қалпына келтіру емінің нәтижелеріне талдау жасалды. Көпір-мишық бұрышының ісіктеріне операция

жасалған пациенттерде жүргізілген кешенді қалпына келтіру емінің негізінде вестибулярлы қозғалыс бұзылыстарының, бассүйек – ми жүйкелерінің (БМЖ) VII жұбы дисфункциясының, психо-эмоционалдық жай-күйінің оң динамикасы және осының себебінен пациенттердің өмір сапасының жақсаруы байқалды.

Негізгі сөздер: Көпір-мишық бұрышының ісіктері, нейрооңалтудың ерте әдістері, өмір сапасы.

SUMMARY

A. S. Mustafayeva (Ph.D), K.B. Nurgaliyev, L.R. Asenova,
A.T. Imangozhayeva, Zh.E. Sagatbekova
«National centre for neurosurgery» JSC, Astana city

THE RESULTS OF EARLY REHABILITATION OF PATIENTS OPERATED ON FOR TUMORS OF THE CEREBELLOPONTINE ANGLE

The article describes the main tasks early rehabilitation treatment in the neurooncology. Represents the experience of a comprehensive rehabilitation of patients operated on for tumors of cerebellopontine angle and analysis of the outcomes. On the background of the comprehensive rehabilitation treatment in patients operated on for tumors of the cerebellopontine

angle, were positive dynamics of recovery of motor and vestibular dysfunction, dysfunctions cranial nerves, psycho-emotional status and, as a consequence, improve the quality life of patients.

Key Words: Tumor of cerebellopontine angle, early rehabilitation, quality of life.