



Висновки: Незважаючи на відносно невелику частоту поширеності ЕП ЗЧА знання особливостей діагностики, хірургічної техніки та післяопераційного ведення хворих дозволяє правильно встановити діагноз, провести тотальне видалення пухлини з мінімальним рівнем ускладнень.

Ключові слова: епідермоїди, холестеатоми, задня черепна ямка, мосто-мозочковий кут, четвертий шлуночок головного мозку, хірургічне лікування, діагностика.

СИМПТОМАТИЧНА НЕВРАЛГІЯ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ

Сірко А.Г.^{1,2}, Романуха Д.М.¹

¹ДУ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»
Дніпро, Україна

За даними світової літератури, поєднання пухлин мостомозочкового кута (ММК) і невралгії трійчастого нерва (НТН) складає від 3% до 16%, в середньому – $8 \pm 4,5\%$. Здебільшого НТН виникає при холестеатомах ММК – $47 \pm 16,5\%$, менингіомах – $35 \pm 16,3\%$, вестибулярних шванномах – $17 \pm 10,1\%$ та інших новоутвореннях – $1 \pm 2,7\%$.

НТН при новоутвореннях ММК, переважно, зумовлена компресією V черепного нерва пухлинними масами. Однак, присутні роботи, що повідомляють про поєднання патології в межах одного клінічного спостереження: пухлини ММК і НТН, спричиненої саме нейроваскулярним конфліктом (НВК).

Мета. Проаналізувати частоту, клінічні особливості симптоматичної невралгії трійчастого нерва (НТН) у хворих з пухлинами мостомозочкового кута (ММК) до та після хірургічного лікування.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне дослідження результатів лікування хворих з пухлинами ММК, які знаходились в КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» з 2010 по 2018 рік включно.

Результати. До дослідження було включено 11 хворих із симптоматичною НТН, що склало 6,5% від загальної вибірки (168 пухлин ММК).

Наші результати дещо різняться із світовими, щодо гістологічної структури пухлин. У 4 хворих НТН була викликана вестибулярною шванною, у 3 – менингіомою, у 3 – епідермоїдною кістою та 1 – шванною трійчастого нерва.

У 8 випадках, на відміну від класичної НТН, біль був тупий, значно триваліший та у 7 поєднувався з онімінням обличчя на іпсилатеральній стороні.

У 9 пацієнтів невралгія була викликана компресією нерва пухлиною, а в 2 – НВК, що поєднувався з пухлиною ММК (вестибулярною шванною чи менингіомою). Поєднану патологію було виявлено при проведенні магнітно-резонансної томографії та підтверджено інтраопераційно. Одночасно з видаленням пухлин було проведено мікроваскулярну декомпресію трійчастого нерва.

В післяопераційному періоді всі хворі відмітили позитивну динаміку за рахунок зменшення проявів больового синдрому. Однак, у 5 – явища гіпестезії залишалися на доопераційному рівні, що поступово регресували при контрольних оглядах через 3, 6 та 12 місяців.

Висновки.

1. Частота виникнення симптоматичної невралгії у хворих з пухлинами ММК у нашому дослідженні склала – 6,5%.
2. Всі пацієнти з НТН повинні проходити МРТ головного мозку з обов'язковим включенням в протокол дослідження режимів візуалізації черепних нервів, з метою візуалізації НВК або інших причин, що викликають невралгію.
3. У випадках поєднання пухлини з судинною компресією поряд з видаленням пухлини слід виконувати ревізію корінця трійчастого нерва та при необхідності мікроваскулярну декомпресію.

Ключові слова: невралгія трійчастого нерва, пухлина мостомозочкового кута, симптоматична невралгія, вторинна невралгія.

ХИРУРГИЯ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Сирко А.Г.^{1,2}, Кирпа И.Ю.¹

¹КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»,

²ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Цель исследования: изучить клинические и компьютерно-томографические особенности резидуальных ВШ, провести анализ хирургического лечения резидуальных ВШ.





Материал и методы: Из 84 пациентов з ВШ, оперированных в клинике нейрохирургии КУ «Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова» в период с 2010 по 2017 год автором статьи, 7 пациентов поступили с резидуальными ВШ. Гигантскими резидуальными ВШ являются те, диаметр которых превышает 4,5 см, а крупными - те, у которых диаметр больше 3,5 см. В этом исследовании было 4 гигантских и 3 крупных резидуальных ВШ.

Оперировано 7 женщин в возрасте от 51 до 64 лет (средний возраст $57,3 \pm 4,8$ года). В пяти случаях до поступления в нашу клинику была выполнена одна операция, а в 2 случаях - по две. Размер опухоли при первой операции колебался от 32 до 41 мм. Всех пациентов оперировали ретросигмовидным доступом, осуществляя в ходе операции мониторинг лицевого нерва в случаях сохраненного лицевого нерва, а также мониторинг каудальных черепных нервов. Средняя продолжительность операции составила $294,3 \pm 88,3$ мин. Средний период послеоперационного наблюдения составил 1,9 года (диапазон - от 1 года до 4 лет).

Результаты: Полного удаления резидуальных ВШ смогли добиться во всех случаях. Послеоперационное анатомическое сохранение лицевого нерва оказалось возможным у всех 4 пациентов, у которых лицевой нерв до операции функционировал. Кратковременное нарушение функции лицевого нерва отмечено у 2-х пациентов, и в одном случае отмечен временный паралич каудальных черепных нервов. Послеоперационной летальности не отмечалось.

Выводы:

1. Вероятность повторного роста после неполного удаления ВШ обычно высока. Пациенты должны подвергаться тщательному клиническому наблюдению с регулярным МРТ-обследованием.
2. Крупные и гигантские резидуальные ВШ встречаются редко. Полной резекции с низким уровнем осложнений и смертности можно добиться с помощью ретросигмовидного доступа. Основные трудности для хирурга представляют зарубцевавшаяся ткань и сцепление с мозговым стволом, черепными нервами и сосудами.

Ключевые слова: резидуальные вестибулярные шванномы, невриномы слухового нерва, хирургическое лечение, ретросигмовидный доступ, повторные операции, лицевой нерв.



SINCE 2015



Projects Inn
PROFESSIONAL CONGRESS ORGANIZER



www.projects-inn.com

member
unic.org.ua

