



**Матеріал та методи дослідження.** Проведено проспективний аналіз результатів обстеження та лікування 43 послідовних хворих з менінгіомами ММК, які знаходились на лікуванні в нейрохірургічному відділенні КЗ «ДОКЛМ» з 2010 по 2017 рік включно. Всі хворі, включені до дослідження, прооперовані першим автором роботи.

До операції всім хворим виконано клініко-неврологічне, отоневрологічне та аудіометричне обстеження, МРТ головного мозку з в/в підсиленням, СКТ-ангіографію головного мозку за спеціальною програмою.

Прооперовано 37 (86%) жінок та 6 (14%) чоловіків. Вік хворих коливався від 31 до 76 років, у середньому -  $55,4 \pm 10,1$  років. У 22 хворих пухлини були розташовані зліва, у 21 - справа. Тип А поширення пухлини за класифікацією T. Matsushima встановлено у 6 (14%) спостереженнях, тип В - у 5 (11,6%) спостереженнях, тип С - у 16 (37,2%) спостереженнях, тип D - у 15 (34,9%), тип Е - у одному (2,3%) випадку.

В проведеному дослідженні переважали великі та гігантські менінгіоми, які склали 83,7% всієї групи.

**Результати дослідження:** У 38 (88,4%) хворих виконали тотальне видалення солідної частини пухлини з коагуляцією матрикса, у 5 (11,6%) - субтотальне видалення.

Поява нового неврологічного дефіциту у вигляді дисфункції ЧН відзначена у 16 (37,2%) хворих. У 11 (68,7%) із 16 випадків дисфункції черепних нервів відзначали повне відновлення функції ЧН, а у 5 (31,3%) - стійкий неврологічний дефіцит.

Летальність в досліджуваній групі хворих складала 2,3%.

#### **Висновки.**

1. Доопераційне ретельне обстеження хворих з визначенням типу пухлини, локалізації матриксу, положення ЧН, судин дозволяє правильно спланувати хірургічне втручання.
2. Застосування сучасних технологій та обладнання дозволяє виконати радикальне видалення пухлини з задовільними функціональними результатами.

**Ключові слова:** менінгіоми мостомозочкового кута, черепні нерви, периопераційна дисфункція черепних нервів, хірургічне лікування, лицьовий нерв, слуховий нерв, трійчастий нерв, каудальна група черепних нервів.

## **ЕПІДЕРМОЇДИ ЗАДНЬОЇ ЧЕРЕПНОЇ ЯМКИ: СУЧАСНА СТРАТЕГІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

Сірко А.Г.<sup>1,2</sup>, Кирпа І.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Мета: вивчення частоти поширення, сучасних підходів в діагностиці та лікуванні епідермоїдних пухлин (ЕП) задньої черепної ямки (ЗЧЯ), аналіз отриманих результатів.

**Матеріал та методи дослідження:** проведено аналіз обстеження та лікування 10 останніх послідовних випадків ЕП ЗЧЯ, які були прооперовані в нейрохірургічному відділенні КЗ «ДОКЛМ» в період з 2010 по 2017 рік включно. Всі хворі були прооперовані першим автором роботи.

Видалення ЕП проводили з використанням операційних мікроскопів (OPMI VARIO 700 та S88 - Carl Zeiss), звичайного аспілятора, пінцета для видалення пухлин, мікродисектора та пластинчатого ножа. Обов'язковим в хірургії ЕП ЗЧЯ є використання ендоскопів.

#### **Результати лікування.**

Прооперовано 10 хворих: 7 жінок та 3 чоловіків у віці від 23 до 58 років. У 8 хворих ЕП були розташовані в ММК, а у 2 - в ІV шлуночку. Розподіл спостережень ЕП ММК був представлений наступним чином (згідно класифікації Kuba H. et al., 2000): Ia - 1 хворий, Ic - 2 хворих, Id - 1 хворий, Ie - 1 хворий. Троє хворих мали гігантські ЕП ММК зі значним поширенням: в одному випадку - Ib+Ic, в двох інших - Ib+Ic+Id.

Всі ЕП ММК видалені через стандартний ретросигмовидний субокципітальний доступ, а ЕП ІV шлуночка - через стандартний теловелярний доступ. Методика ендоскопічної асистенції з метою контролю пухлини була використана в усіх випадках ЕП, як ММК так і ІV шлуночка.

У 9 хворих (7 ЕП ММК + 2 ЕП ІV шлуночку) виконано тотальне видалення ЕП ЗЧЯ. В одному випадку при контрольній МРТ виявлено 2 фрагмента залишку пухлини, до 2-3 мм в діаметрі, що були сховані з місцем входу/виходу корінця ЧН до стовбуру мозку. Цей випадок ми віднесли до субтотального видалення пухлини. Це було одне з перших наших спостережень. При контрольному МРТ дослідженні на протязі 5 років ознак продовженого росту пухлини не виявлено.





**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.<sup>1,2</sup>, Романуха Д.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup> 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 – менингіоною, 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 менингіоною). 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.<sup>1,2</sup>, Кирпа И.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»,

<sup>2</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

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

