



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАСТВОЛОВЫХ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА.

В.И. Сипитый³, В.А. Чмут¹, В.Н. Куцын³, О.А. Сторчак², А.В. Генкин², П. В. Лахтин³

¹ Кафедра нейрохирургии, Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

² Нейрохирургическое отделение, Харьковская областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, Харьков, Украина

³ Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Цель. Провести анализ результатов хирургического лечения больных с парастволовыми невринами слухового нерва с использованием интраоперационной видеоэндоскопии и микрохирургии.

Материалы и методы. Работа основана на анализе обследования 71 больного. Для диагностики применялись: магнитно-резонансная томография (МРТ) с ангиографией (МРА) спиральная компьютерная томография (СКТ).

По гистологической структуре опухоли соответствовали невриноме слухового нерва. Из 71 обследуемых женщин было 42 и мужчин 29 человек.

По размерам опухоли подразделялись на 4 типа: маленькие до 10 мм у 10 больных, средние от 10 до 30 мм у 25 больных, большие от 30 до 50 мм у 30 больных, гигантские от 50 мм у 6 больных.

Топографо-анатомические параметры ухоли, размеры, плотность, степень прорастания и васкуляризация определялись при помощи данных СКТ, МРТ, МРА. Соответственно полученным данным выбирался операционный доступ I - субокципитальный 62 больных, (87,3% ± 4,35%), II - односторонняя транстенториальная субокципитальная краниотомия 9 больных, (12,7% ± 0,6%).

Опухоль удалялась интракапсулярно с использованием видеоэндоскопии и микрохирургии, фрагментарным методом тотально или субтотально. Во время операции проводилась регистрация биоэлектрической активности стволово-парастволовых отделов мозга, при помощи компьютерной системы DXNT-32 позволяющей корректировать ход операции и осуществлять профилактику осложнений.

Результаты. Тотальное удаление невринома произведено у 35 больных (49,3% ± 2,5%), субтотальное у 32 больных (45,7% ± 2,4%), частичное у 4 больных (5,6% ± 0,3%). Анатомическая целостность лицевого нерва сохранена у 65

(91,5% ± 4,3%) больных. После операции наблюдались хорошие результаты в 50 случаях (70,42% ± 3,52%), удовлетворительные в 17 (23,9% ± 1,09%), неудовлетворительные с летальным исходом в 4 (5,6% ± 0,28%) случаях. Функциональные исходы оценивались по шкале Карновского - из 71 больного в сроки до 10 лет: 50 (70,42% ± 3,52%), вернулись к прежнему роду деятельности, у 17 (23,9% ± 1,09%), – деятельность частично ограничена.

Выделена группа 4 больных (5,63% ± 0,28%) у которых имело место развитие ишемических расстройств в стволе мозга с отеком и дислокацией после хирургического лечения. Выявленные факторы риска развития осложнений при удалении опухолей больных могут быть приняты во внимание при выборе хирургической тактики и способствовать разработке путей их профилактики.

Выводы.

1. Применение интраоперационной видеоэндоскопии в сочетании с микрохирургией при удалении парастволовых невринома слухового нерва является высокоэффективным радикальным методом, снижающим процент летальности, сократить послеоперационный период реабилитации.
2. Нейрофизиологический интраоперационный мониторинг с применением компьютерной системы DXNT-32 позволяет проводить коррекцию хода операций предупреждая интраоперационные осложнения.

Ключевые слова: парастволовые невриномы, СКТ, МРТ, МРА микрохирургический метод, ЭЭГ-мониторинг, видеоэндоскопия.

ДИСФУНКЦІЯ ЧЕРЕПНИХ НЕРВІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ ПО ВИДАЛЕННЮ МЕНІНГІОМ МОСТО-МОЗОЧКОВОГО КУТА: ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА

Сірко А.Г.^{1,2}, Кирпа І.Ю²

¹ ДУ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

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

Мета роботи - покращити функціональні результати лікування хворих з менінгіомами мосто-мозочкового кута (ММК) шляхом поглибленої доопераційної діагностики, застосування сучасних хірургічних технологій та методологічних підходів.





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.^{1,2}, Кирпа І.Ю.²

¹ДУ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

² 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.

