

Восстановление функции лицевого нерва в хирургии опухолей задней черепной ямки

Каурова Т.А., Гуляев Д.А., Васькова Н.Л., Левинина М.В., Иванов Д.С.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Современное развитие нейрохирургических и анестезиологических технологий дает возможность радикально удалить распространенные опухоли основания черепа и задней черепной ямки, обеспечивая длительную ремиссию заболевания. Выполнение таких оперативных вмешательств часто сопровождается повреждением лицевого нерва, что сопряжено с развитием комплекса функциональных нарушений вызванных периферическим параличом лицевой мускулатуры (косметический дефект, трофические изменения роговицы, нарушение артикуляции речи) и, как следствие, развития тревожно-депрессивных расстройств. Это определяет необходимость использования интраоперационного нейрофизиологического мониторинга для идентификации и сохранения лицевого нерва, а в противном случае – выполнения реконструктивно-восстановительных операций, для устранения вышеуказанных нарушений и повышения качества жизни.

Цель исследования: усовершенствование алгоритмов реабилитации пациентов с повреждением лицевого нерва, оперированных по поводу опухолей основания черепа.

Материал и методы исследования: Работа основана на результатах лечения 170 пациентов с данной патологией, находящихся на лечении с 2010 по 2017 гг. Средний возраст больных – 45 лет. Среди пациентов преобладали женщины (69%). В исследование вошли больные с вестибулярными шванномами (61%), менингиомами (25%), параганглиомами (8%), невриномами яремного отверстия (1,8%), базально-клеточным раком (1,2%), хордомами (1,4%) и больные с шванномами барабанной части лицевого нерва (1,6%). Всем пациентам выполнено микрохирургическое удаление опухоли с использованием нейрофизиологического мониторинга – трансназальная электростимуляция лицевого нерва и электромиография. Это позволяло

идентифицировать лицевой нерв уже на ранней стадии удаления опухоли, сохранить его и оценить состояние лицевой мускулатуры в конце операции. В 36 случаях после радикального удаления опухоли у пациентов развился паралич лицевой мускулатуры в связи с гигантскими размерами опухоли и вовлечением в ее капсулу лицевого нерва либо разрушения его опухолью. Пациентам с шванномами барабанной части лицевого нерва совместно с оториноларингологом в качестве доступа выполнялась антростоидотомия, тимпанотомия, микрохирургическое удаление опухоли, при этом из-за выраженной инвазии опухолью лицевого нерва, сохранить его не представлялось возможным. После операции у пациенток полностью восстановился слух, но развился паралич лицевой мускулатуры.

Для восстановления функции мимической мускулатуры в отсроченном послеоперационном периоде (не позднее 2 месяцев) выполнялась реиннервация лицевого нерва путем создания экстракраниального анастомоза со стволом добавочного нерва (26), ветвью добавочного нерва к кивательной мышце (5) и нисходящей ветвью подъязычного нерва (3). Оценка результатов лечения осуществлялась при помощи шкал Karnofsky и Hous-Brackman. Во всех случаях удалось добиться хорошего косметического и функционального результата. У 2 пациентов реиннервация лицевого нерва добавочным нервом проводилась симультантно с удалением опухоли и функциональный результат при этом соответствовал IV степени, что было обусловлено, медленной и слабой регенерацией лицевого нерва на фоне заживления основной операционной раны.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов после удаления опухоли с параличом лицевой мускулатуры отмечалось снижение показателя социальной активности в среднем до 71,2%. Через 12 месяцев после выполнения реиннервации лицевого нерва у больных восстановление функции лицевого нерва соответствовало I-III степени. Во всех случаях

имело место увеличение показателя социальной активности, в среднем до 82,3%.

Выводы. 1. Применение нейрофизиологического мониторинга при удалении опухоли основания черепа облегчает идентификацию лицевого нерва, снижая риск его повреждения, однако при инвазии ствола лицевого нерва данная методика теряет смысл

2. При отсутствии рецидива заболевания больным в отсроченном периоде мы считаем наиболее оптимальным проведение реиннервации лицевого нерва для устранения вышеуказанных функциональных нарушений через 1.5-2 месяца после удаления опухоли, восстановление лицевого нерва одновременно с удалением опухоли может приводить к снижению репаративно-морфологических процессов

3. По нашим наблюдениям наиболее оптимальным оказалось в использовании в качестве нерва-донора ствола добавочного нерва. Данная методика дала наиболее высокие функциональные результаты при минимальном неврологическом дефиците