

НЕОБХОДИМОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМой С ГЛУБОКИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПАРЕЗОМ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ

*С.В. Пустовой, В.П. Берснев, Д.А. Гуляев, М.М. Тастанбеков
Санкт-Петербургская Медицинская Академия Последипломного Образования,
Российский Нейрохирургический Институт им А. Л. Поленова,
Санкт Петербург, Россия*

Сохранение функции лицевого нерва до сих пор является значимой проблемой хирургии опухолей мостомозжечкового угла. Последние достижения в диагностике и хирургической технике, позволившие в большинстве случаев сохранять анатомическую целостность лицевого нерва, не гарантируют сохранение его функции в послеоперационном периоде

Цель исследования: Оценить необходимость хирургической коррекции дисфункции лицевого нерва и применимость различных методик у пациентов, оперированных по поводу вестибулярной шванномы (ВШ) с глубоким послеоперационным парезом мимической мускулатуры.

Материалы и методы: В исследование включено 11 больных, перенесших операцию по поводу ВШ. У всех определялся глубокий парез мимической мускулатуры (по House-Brackmann Scale (HBS) VI степень) при анатомической целостности лицевого нерва. На 10-14 сут, через 4-6 и 8-12 мес выполнялась стимуляционная миография (СМГ). Корректирующие операции производились в сроки от 7 до 14 мес. Оценка по HBS производилась на 8 день и через 14-26 мес после удаления ВШ

Результаты и обсуждение: У 5 больных отмечено самопроизвольное восстановление функции лицевого нерва. До II степени по HBS у 1, III у 2, IV у 2 чел. Снижение амплитуды по сравнению со здоровой стороной в этой группе

составляло при первом исследовании СМГ от 70 до 90%, при втором от 60 до 80%

Корректирующие операции выполнены 6 больным. Из них у 3 произведена реиннервация: у 1 нисходящей ветвью подъязычного, добавочным нервом у 3 чел. У 2 пациентов выполнено динамическое подвешивание нижнего века и угла рта: в одном случае при сочетанном повреждении с IX, XII черепными нервами и в другом - при утрате электровозбудимости мимических мышц (обращение через 14 месяцев после удаления ВШ). При первом исследовании СМГ в этой группе больных снижение амплитуды составило от 80 до 100%, при втором от 90 до 100%. После корректирующих операций восстановление функции отмечено до III степени по HBS у 2, до IV у 4 чел.

Таким образом стимуляционная миография и в особенности ее динамика явилась значимым фактором при определении необходимости хирургической коррекции дисфункции лицевого нерва. Возможность приемлемого самопроизвольного восстановления отмечена при снижении амплитуды менее чем на 80% и при положительной динамике по данным повторных СМГ. В других случаях потребовалась коррекция. Реиннервация явилась методикой выбора при доступности нерва-донатора в сроки от 4 до 11 месяцев. Более позднее решение о проведении коррекции было сопряжено с утратой электровозбудимости и ограничило возможности проведением миофасциальной пластики.