

Эндоскопическая селективная ризотомия верхнего вестибулярного нерва у пациента с болезнью Меньера

М.С. Семенов, А.О. Гуца, Л.Т. Лепсверидзе, Н.С. Алексеева, С.О. Арестов, А.А. Кащеев, М.Д. Древаль, Е.Н. Полторако

В статье представлен клинический пример успешного хирургического лечения пациента с выраженными приступами головокружения, являющегося проявлением кохлеовестибулярного синдрома при болезни Меньера. Выполнена селективная вестибулотомия корешка VIII нерва (его части – верхнего вестибулярного нерва) с последующим полным регрессом приступов системного головокружения. Для вестибулотомии использовалась стандартная оптика фирмы Karl Storz, набор инструментов для микрохирургии “key hole” (хирургия “замочной скважины”). Катамнез наблюдения составил 12 мес, за этот период рецидива приступов головокружения не отмечено.

Ключевые слова: болезнь Меньера, периферический вестибулярный синдром, селективная ризотомия, вестибулотомия.

Несмотря на возросший в последние годы интерес к проблеме болезни Меньера (БМ), этиология и предлагаемые методы лечения заболевания остаются предметом постоянных дискуссий. Существует несколько теорий развития БМ. Согласно анатомической теории, БМ может быть связана с патологией строения височной кости, в частности с пониженной пневматизацией клеток сосцевидного отростка и гипоплазией вестибулярного канала, при этом эндолимфатический мешок малых размеров зачастую неправильно расположен позади лабиринта. Согласно генетической теории, БМ представляет собой аутосомно-доминантное заболевание с определенными идентифицированными кандидатными генами. Иммунологическая теория подтверждается обнаружением иммунных комплексов в структурах эндолимфатического мешка у пациентов с БМ. Существует еще как минимум три теории патогенеза БМ (сосудистая, аллергическая, метаболическая), однако многие авторы склоняются к полиэтиологичности этого заболевания и выделяют “вызывающие” и “предрасполагающие” факторы в развитии БМ [1].

ФГБНУ “Научный центр неврологии”, Москва.

Максим Сергеевич Семенов – канд. мед. наук, науч. сотр. нейрохирургического отделения.

Артем Олегович Гуца – профессор, зав. нейрохирургическим отделением.

Леван Теймуразович Лепсверидзе – врач-нейрохирург нейрохирургического отделения, аспирант.

Наталья Степановна Алексеева – докт. мед. наук, вед. науч. сотр. научно-консультативного отделения.

Сергей Олегович Арестов – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. нейрохирургического отделения.

Алексей Алексеевич Кащеев – врач-нейрохирург нейрохирургического отделения.

Максим Дмитриевич Древаль – врач-нейрохирург нейрохирургического отделения, аспирант.

Екатерина Николаевна Полторако – врач-нейрохирург нейрохирургического отделения.

Клиническая картина БМ в подавляющем большинстве случаев (80–90%) характеризуется односторонним поражением с возможным вовлечением в патологический процесс и второго лабиринта. В последнем случае следует говорить о двустороннем заболевании [2, 3].

Дебютировать БМ может как с вестибулярных, так и со слуховых (снижение слуха, заложенность уха, ушной шум) симптомов. С годами слух постепенно снижается, вплоть до полной глухоты. Головокружение при БМ тягостное, системное, сопровождающееся спонтанным нистагмом, атаксией, координаторными расстройствами, выраженными вегетативными проявлениями (гиперсаливация, гипергидроз, флуктуации артериального давления, диспептические расстройства). Продолжительность приступа – от нескольких минут до нескольких дней (status meniericus). Выраженность головокружения также может быть различной: от легких “предвестников” до бурной реакции, во время которой больной принимает вынужденное положение на боку, соответствующем больному уху (или направлению быстрого компонента спонтанного нистагма).

В 1995 г. Американская академия отоларингологии и хирургии головы и шеи (The American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery, AAO-HNS) выделила следующие диагностические критерии “очевидной” БМ:

- два или более самопроизвольно возникающих приступа головокружения продолжительностью 20 мин и более;
- потеря слуха, подтвержденная данными аудиологических исследований, по меньшей мере в одном случае;
- шум в ушах или ощущение заложенности в ухе на стороне патологии [4].

Диагностика классической формы БМ основывается на характерных клинических проявлениях и данных аудиометрии. Трудности в постановке диагноза могут быть связаны с тем, что многие пациенты, у которых болезнь начинается

с приступов головокружения, не могут четко описать свои жалобы. Кроме того, существует ряд других заболеваний и состояний, сопровождающихся вестибулярными расстройствами.

Лечение БМ является эмпирическим, поскольку нет единого взгляда на этиопатогенез заболевания. Все существующие в настоящее время способы лечения направлены на облегчение переносимости больным приступов головокружения, но не изменяют значительно течение заболевания и не предотвращают развитие тугоухости. При явной неэффективности консервативного лечения целесообразными являются различные хирургические вмешательства, как щадящие (слухосохраняющие), так и деструктивные [3, 5]. Пересечение вестибулярного нерва с целью прекращения афферентной импульсации способствует исчезновению вестибулярных расстройств. Данный метод является одним из щадящих и при этом весьма эффективных у пациентов с выраженной атаксией и трудно купируемыми головокружениями.

Представляем **пример лечения пациентки с БМ 38 лет**, имеющей выраженные приступы головокружения (частотой до 5 раз в сутки) и снижение слуха со стороны поражения класса 5 по классификации Gardner–Robertson [4].

Из *анамнеза* известно, что указанная симптоматика беспокоит больную на протяжении последних 5 лет. В динамике отмечается нарастание интенсивности и частоты приступов, а также прогрессирующее снижение слуха слева. Наблюдается у отоневролога с диагнозом БМ, проводимое медикаментозное лечение – без должного эффекта.

Осмотр отоневролога при поступлении: спонтанный нистагм влево, единичный, истощающийся, при этом руки и туловище не отклоняются в сторону медленного компонента; на аудиограмме отмечается незначительное повышение порогов слева на 5–10 дБ по кости и воздуху в диапазоне частот 500–2000 Гц, на других частотах пороги не изменены; определяется костно-воздушный разрыв по всей тон-шкале. В пробе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполняет с мимопаданием, при проведении вращательной пробы отмечается выраженное снижение вестибулярной возбудимости слева в виде отсутствия послевращательного нистагма, справа – нистагм примерно 10–12 с, мелкий, истощающийся. Таким образом, у пациентки выявляется нарушение вестибулярной функции слева в стадии выраженного угнетения (неполная центральная компенсация).

Характерная особенность приступа – постоянная необходимость в принятии горизонтального положения для субъективной коррекции головокружения (рис. 1).

Пациентке проведено нейрохирургическое вмешательство – селективная эндоскопическая вестибулотомия верхнего вестибулярного нерва: из разреза размером 5 см в заушной области выполнено скелетирование чешуи височной и затылочной кости. В области астериона прове-

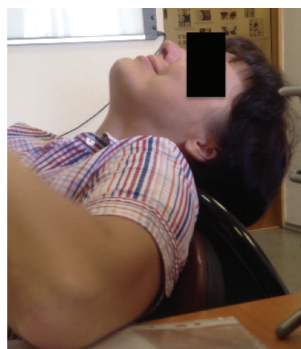


Рис. 1. Внешний вид пациентки во время приступа выраженного головокружения.

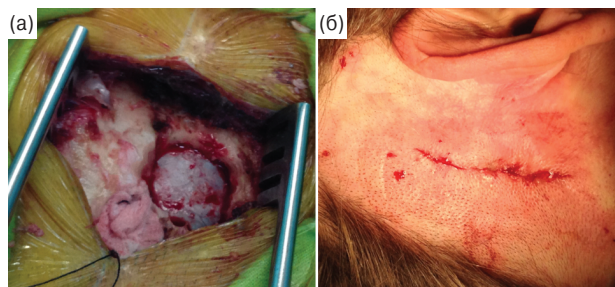


Рис. 2. Вид операционной раны после наложения трепанационного отверстия (а) и внешний вид разреза после ушивания кожи (б).

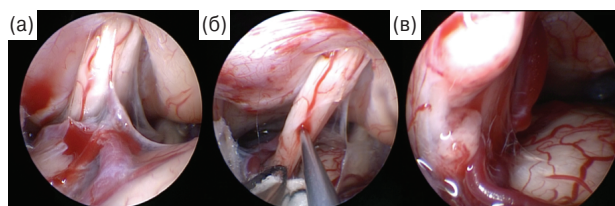


Рис. 3. Ход операции: а – акустико-фациальная группа после осуществления доступа к понтомедулярной цистерне; б – отделение верхнего вестибулярного нерва от слухового; в – вид невротомии верхнего вестибулярного нерва.

дена трепанация размером 1 см, из которой при помощи стандартной эндоскопической оптики Karl Storz выполнена селективная ризотомия верхнего вестибулярного нерва (рис. 2, 3).

Все манипуляции проводились только под контролем эндоскопа, использовались микрохирургические инструменты для “key hole” хирургии (хирургия “замочной скважины”).

В результате проведенного вмешательства в раннем послеоперационном периоде отмечено изменение характера головокружений, а также исчезновение приступообразных атактических атак.

Контрольный осмотр отоневролога: улучшение походки (уменьшение координаторных нарушений), отсутствие системного головокружения. Спонтанный нистагм вправо – мелкий истощающийся, влево – II степени, средней живости, вверх – единичные тонические толчки. Сохраняется асимметрия вестибулярной возбудимости с отсутствием раздражения на стороне операции.

Пациентка выписана на 5-е сутки без нарастания неврологической симптоматики. При повторных осмотрах через 6 и 12 мес признаков рецидивирования приступов атаксий не наблюдалось.

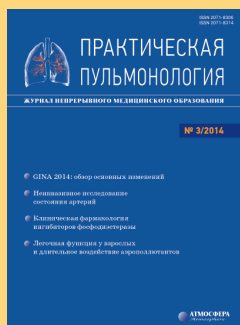
Таким образом, трудности лечения пациентов с БМ и нередкая неэффективность консервативной терапии делают нейрохирургическое вмешательство одним из привлекательных методов лечения, несмотря на деструктивный характер операции (пересечение нервных волокон). Данное вмешательство проведено с использованием эндоскопического метода, что соответствует одной из важных тенденций современной неврологии – широкому использованию малоинвазивных и эндоскопических технологий в хирургическом лечении заболеваний нервной системы [6]. Проведение систематического исследования, связанного с включением большего числа пациентов и расширением опыта селективной ризотомии, позволит более точно опре-

делить роль нейрохирургического вмешательства в лечении пациентов с БМ.

Список литературы

1. Сагалович Б.М., Пальчун В.Т. Болезнь Меньера. М.: МИА, 1999.
2. Бабияк В.И., Ланцов А.А., Базаров В.Г. Клиническая вестибулология. СПб.: Гиппократ, 1996.
3. Пятякина О.К. Лечебная тактика при вестибулогенном головокружении // Consilium Medicum. 2001. № 15. Прилож. С. 9–12.
4. Monsell E.M. New and revised reporting guidelines from the Committee on Hearing and Equilibrium. American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery Foundation // Otolaryngol. Head Neck Surg. 1995. V. 113. P. 176–178.
5. Семенов М.С., Гуца А.О., Лепсверидзе Л.Т. и др. Обзор клинического случая микроваскулярной декомпрессии у пациента с невралгией преддверно-улиткового нерва, проявляющиеся кохлео-вестибулярным синдромом // Рос. нейрохир. журн. 2014. Т. VI. № 4. С. 59–61.
6. Суслина З.А., Иллариошкин С.Н., Пирадов М.А. Неврология и нейронауки – прогноз развития // Анн. клин. и экспер. неврол. 2007. № 1. С. 5–9.

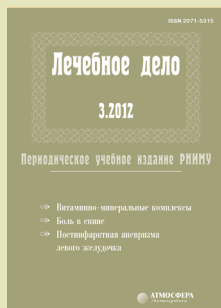
Журналы издательства "Атмосфера"



Продолжается подписка на журнал
непрерывного медицинского образования

“ПРАКТИЧЕСКАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ”

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 960 руб., на один номер – 480 руб.
Подписной индекс 81166.



Продолжается подписка на научно-практический журнал

“Лечебное дело” —

периодическое учебное издание РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 480 руб., на один номер – 240 руб.
Подписной индекс 20832.

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.
Редакционную подписку на любой журнал издательства “Атмосфера” можно оформить на сайте <http://atm-press.ru> или по телефону: (495) 730-63-51