

Селективная вестибулотомия как метод лечения пациентов с болезнью Меньера

М.С. Семенов, Л.Т. Лепсверидзе, А.О. Гуца, Н.С. Алексеева

В статье представлен впервые публикуемый в России опыт применения селективной вестибулотомии у пациентов с болезнью Меньера: 16 пациентам выполнена селективная вестибулотомия корешка VIII нерва, точнее, его части – верхнего вестибулярного нерва, с последующим полным регрессом приступов системного головокружения. Вестибулотомия осуществлялась как микрохирургически, так и эндоскопически из key hole ретросигмовидного доступа размером 1,5/1,5 см. Катамнез наблюдения пациентов составил более года, за этот период рецидивов приступов головокружения не отмечено. В раннем послеоперационном периоде у пациентов оценивался слух по шкале Гарднера–Робертсона (Gardner and Robertson-Modified Hearing Classification). Функцию лицевого нерва оценивали по шкале Хауса–Бракманна (House–Brackmann score). Также все пациенты в сроки 3–6 мес после вмешательства заполняли опросник, составленный в отделении на основании шкалы American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgeons.

Ключевые слова: селективная ризотомия, вестибулотомия, невралгия VIII нерва, зона Оберштейна–Рейдса, периферический вестибулярный синдром, головокружение.

Введение

В настоящее время при болезни Меньера (БМ) на территории Российской Федерации доступен только один метод коррекции имеющихся координаторных нарушений – лазерная деструкция полукружных каналов. При этом в послеоперационном периоде отмечается значимое снижение слуха на стороне выполненной операции. Эффективность проведения шунтирующей операции по поводу имеющегося гидропса лабиринта до сих пор дискутабельна. Несмотря на неугасающий интерес врачей к проблеме БМ в последние годы, предлагаемые методы лечения заболевания разнообразны и зачастую малоэффективны. Существующие теории развития БМ крайне разнятся (анатомическая, генетическая, иммунологическая, сосудистая, аллергическая и метаболическая) и не отражают полностью всех патоморфологических изменений при этом заболевании. Многие авторы склоняются к мнению о полиэтиологичности БМ и выделяют “факторы, вызывающие” и “факторы, предрасполагающие” к развитию указанной патологии [1].

Максим Сергеевич Семенов – канд. мед. наук, науч. сотр. нейрохирургического отделения ФГБНУ “Научный центр неврологии”, Москва.

Леван Теймуразович Лепсверидзе – врач-нейрохирург нейрохирургического отделения ФГБНУ “Научный центр неврологии”, аспирант кафедры нейрохирургии хирургического факультета ФГБОУ ДПО “Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования” МЗ РФ, Москва.

Артем Олегович Гуца – докт. мед. наук, зав. нейрохирургическим отделением ФГБНУ “Научный центр неврологии”, профессор РАН, Москва.

Наталья Степановна Алексеева – докт. мед. наук, вед. науч. сотр. научно-консультативного отделения с лабораторией неврологии ФГБНУ “Научный центр неврологии”, Москва.

Контактная информация: Семенов Максим Сергеевич, Msemenov1983@gmail.com

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

Болезнь Меньера может дебютировать как с вестибулярных, так и со слуховых (снижение слуха, заложенность уха, ушной шум) симптомов [4]. Головокружение при БМ тягостное – системное, сопровождающееся спонтанным нистагмом, атаксией, координаторными расстройствами, выраженными вегетативными проявлениями (гиперсаливация, гипергидроз, флуктуации артериального давления, диспепсические расстройства). Продолжительность приступа колеблется 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. ААО–HNS (American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery – Американская академия отоларингологии и хирургии головы и шеи) опубликовала критерии “очевидной” БМ [2].

Трудности в постановке диагноза БМ зачастую связаны с тем, что пациенты, у которых болезнь начинается с приступов головокружения, не могут четко описать свои жалобы. Кроме того, имеется ряд заболеваний и состояний, сопровождающихся сходными вестибулярными расстройствами.

Все существующие в настоящее время способы и методы лечения направлены на облегчение переносимости больным приступов головокружения, они несущественно изменяют течение заболевания и связаны с риском развития глухоты. При явной неэффективности консервативного

лечения целесообразно проведение различных хирургических вмешательств, как щадящих (слухосохраняющих), так и деструктивных [2, 5]. Пересечение вестибулярного нерва с целью прекращения афферентной импульсации способствует исчезновению вестибулярных расстройств. Этот метод является одним из наиболее щадящих и эффективных у пациентов с выраженной атаксией и трудно купируемыми головокружениями [6].

Материал и методы

За период 2015–2016 годов было прооперировано 16 пациентов с подтвержденным диагнозом БМ согласно имеющимся критериям. Показанием к проведению операции служили приступы неконтролируемого системного головокружения, не поддающегося медикаментозной коррекции. Все выявленные при отоневрологическом осмотре нарушения заносили в формализованную базу с последующим анализом полученных результатов.

Всем пациентам на дооперационном этапе выполнялись магнитно-резонансная томография (МРТ) в стандартных режимах + FIESTA на область VIII нерва с двух сторон, аудиография, метод вестибулярных вызванных потенциалов. Проведение МРТ было обязательным для исключения органической природы поражения (опухоль, нейроваскулярный конфликт и т.д.).

В 6 случаях процедура была выполнена микрохирургически, в 10 – эндоскопически (“портассистлируемая” методика), с применением инструментов для внутрижелудочковой хирургии.

Хирургическое вмешательство осуществлялось из 4–5-сантиметрового парамедианного разреза и 1,5-сантиметрового ретросигмовидного доступа (рис. 1).

Затем в зависимости от используемой методики (микрохирургическая, эндоскопическая) осуществлялся доступ к акустико-фациальной группе нервов с последующей идентификацией вестибулярной порции, диссекцией и ее пересечением (рис. 2).

После завершения основного этапа вмешательства проводился гемостаз с последующим послойным ушиванием раны.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов оценивался слух по шкале Гарднера–Робертсона (Gardner and Robertson-Modified Hearing Classification (GRS)), функция лицевого нерва по шкале Хауса–Бракманна (House–Brackmann (HB)). Также все пациенты в сроки 3–6 мес после вмешательства заполняли опросник, составленный в отделении на основании шкалы ААО–HNS.

Результаты

Выполнено 6 микрохирургических и 10 эндоскопических селективных вестибулотомий. Регресс системного головокружения достигнут у всех 16 пациентов, однако полный регресс имевшихся координаторных нарушений наблюдался только в 78% случаев. У всех 16 пациентов в



Рис. 1. Селективная вестибулотомия корешка VIII нерва: а – внешний вид трепанации; б – вид операционной раны после заживления.

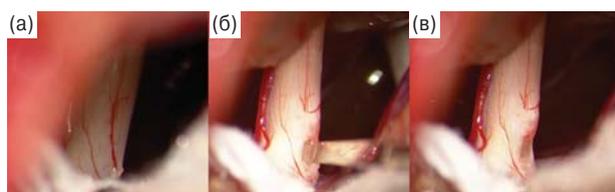


Рис. 2. Этапы хирургического вмешательства: а – акустико-фациальная группа после осуществления доступа к понтомежулярной цистерне; б – отделение верхнего вестибулярного нерва от слухового; в – вид невротомии верхнего вестибулярного нерва.

послеоперационном периоде функция лицевого нерва оценивалась как HB1, что свидетельствовало о полной ее сохранности. При оценке слуха в послеоперационном периоде по шкале GRS изменений не отмечено.

Выявленные изменения вестибулярной функции у пациентов на дооперационном этапе заключались в одностороннем ее угнетении. У всех пациентов также наблюдались изменения походки при уменьшении выраженности координаторных нарушений, сохранение асимметрии вестибулярной возбудимости с отсутствием раздражения на стороне операции.

Выписка из стационара осуществлялась на 5-е сутки. Появления новой неврологической симптоматики не отмечено. При контрольном посещении через 6 мес признаков рецидивирования системного головокружения не выявлено.

В 1 случае (6%) имела место постоперационная ликворея, устраненная путем пластики ячеек сосцевидного отростка. Инфекционных осложнений не отмечалось.

Летальных исходов в серии не было.

Заключение

Проведен анализ данных небольшой группы пациентов с БМ, которым была выполнена селективная вестибулотомия корешка VIII нерва. Всем пациентам диагноз был поставлен с учетом имеющихся критериев при прогрессирующем снижении слуха.

Таким образом, селективная вестибулотомия корешка VIII нерва является безопасным методом нейрохирургической помощи пациентам с БМ. Трудности лечения пациентов с БМ и частая неэффективность консервативной терапии делают нейрохирургическое вмешательство одним из доступных методов лечения, несмотря на деструктивный характер операции. Анализ данных большого количества пациентов и опыта селективной ризотомии позволит оценить уровень эффективности этого нейрохирургического вмешательства и определить его место в структуре доступных методов лечения пациентов с БМ.

Список литературы

1. Семенов М.С., Гуца А.О., Лепсверидзе Л.Т., Арестов С.О., Алексеева Н.С. Обзор клинического случая микроваскулярной декомпрессии у пациента с невралгией преддверно-улиткового

го нерва, проявляющиеся кохлео-вестибулярным синдромом. Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова 2014; 6(4): 59–61.

2. Monsell E.M. New and revised reporting guidelines from the Committee on Hearing and Equilibrium. American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation, Inc. Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 113(3): 176–178.
3. Семенов М.С., Гуца А.О., Лепсверидзе Л.Т., Алексеева Н.С., Арестов С.О., Кашеев А.А., Древал М.Д., Полторако Е.Н. Эндоскопическая селективная ризотомия верхнего вестибулярного нерва у пациента с болезнью Меньера. Нервные болезни 2015; 4: 50–52.
4. Бабияк В.И., Ланцов А.А., Базаров В.Г. Клиническая вестибулология. СПб.: Гиппократ 1996; 336с.
5. Setty P., Babu S., LaRouere M.J., Pieper D.R. Fully endoscopic retrosigmoid vestibular nerve section for refractory Meniere disease. J Neurol Surg B Skull Base 2016; 77(4): 341–349.
6. Сагалович Б.М., Пальчун В.Т. Болезнь Меньера. М.: Медицинское информационное агентство 1999; 525с.

Selective Vestibular Nerve Section in Treatment of Meniere's Disease

M.S. Semenov, L.T. Lepsveridze, A.O. Guscha, and N.S. Alekseeva

In the paper, the first published case of selective vestibular nerve section in patients with Meniere's disease is provided. Sixteen patients underwent selective vestibular nerve section of the upper part of vestibulocochlear nerve radix with regression of systemic vertigo attacks in a follow-up period. Vestibular nerve section was performed using both microsurgical and endoscopic technique with 1.5/1.5 cm keyhole retrosigmoid approach. Patients follow-up lasted more than 1 year during which no single case of systemic vertigo was recorded. In early postoperative period, patients' hearing was assessed using Gardner and Robertson-Modified Hearing Classification (GRS). Facial nerve function was assessed using House–Brackman (HB) score. In addition, each patient 3 to 6 months after surgery completed questionnaire developed by the Department based on American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgeons score.

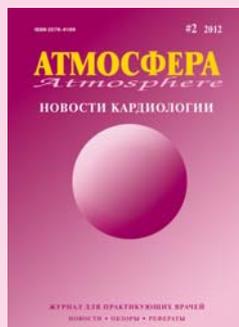
Key words: selective rhizotomy, vestibular nerve section, vestibulocochlear neuralgia, Obersteiner–Redlich zone, peripheral vestibular syndrome, vertigo.



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

“АТМОСФЕРА. НОВОСТИ КАРДИОЛОГИИ”

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 760 руб., на один номер – 380 руб. Подписной индекс 37211.

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