

Мурзаева Д.А., Киселева М.А., Самойлова Е.Н.
**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ**

*Научный руководитель: д-р мед. наук Забродская Ю.М.**

Кафедра биологии

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

**Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт*

им. проф. А. Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Шванномы представляют собой доброкачественные опухоли оболочек периферических и интракраниальных нервов, происходящие из шванновских клеток. Новообразование может манифестировать, как спорадически, так и в связи с генетическими опухолевыми синдромами, такими как нейрофиброматоз второго (NF2), реже первого (NF1) типа. Опухоли могут развиваться по всему телу билатерально. Одной из сложных для хирургического вмешательства локализаций является преддверно-улитковый нерв (8 пара черепно-мозговых нервов), из которого развиваются вестибулярные шванномы.

Цель: изучить клинические проявления вестибулярных шванном и частоту послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование, в которое был включен 131 пациент со средним возрастом 46 лет (возрастной диапазон 18-80 лет) с верифицированным диагнозом шваннома в ММУ со следующим гендерным распределением: 83 (63%) женщин и 48 (37%) мужчин. Был проведен анализ историй болезни пациентов и проведена устная беседа с каждым из исследуемых для уточнения анамнеза заболевания.

Результаты и их обсуждение. По результатам анализа нашей выборки у 74 пациентов (56%) опухоль располагалась в левом ММУ, у остальных 57 (44%) – справа. Рецидив после тотального удаления опухоли отмечался у 10 человек (8%). Также был диагностирован нейрофиброматоз 2 типа у 2 исследуемых (1,5%), и нейрофиброматоз 1 типа у 1 пациента (0,7%). В послеоперационном периоде наиболее частым осложнением был парез лицевого нерва у 20 пациентов (15,3%), птоз - 1 человек (0,7%), госпитальная пневмония - 1 (0,7%), ликворея - 2 человека (1,5%). У 85 больных (65%) наблюдалось одностороннее снижение слуха, у 26 пациентов (20%) была односторонняя анакузия. Так, клиника нарушений слуха выявлялась у 111 пациентов (85%), часть из пациентов также отмечали шум в ушах – 33 человека (25%). Дополнительно были изучены симптомы, связанные с размером опухоли: наиболее характерными симптомами для опухолей мостомозжечкового угла больших размеров были проявления общемозговой симптоматики – головные боли у 75 человек (57%), тошнота у 13 (10%), астенический синдром у 35 (27%), снижение памяти у 6 (5%) пациентов. Были оценены и поражения других нервов вследствие хирургического вмешательства (послеоперационные осложнения): у 70 человек (53%) наблюдалось нарушение чувствительности лица, у 92 человек (70%) были лицевые боли, также наблюдались парестезии у 17 (13%) пациентов; признаки мозжечковой атаксии: шаткость походки у 74 человек (56%), головокружения у 71 (34%), вестибулярно-атактический синдром у 40 больных (31%); нарушение зрения у 28 (21%), диплопия у 11 (8%), поперхивание у 17 (13%), дисфония у 4 (3%) пациентов. Также шванномы Grade IV по Коос компремируют ствол головного мозга, нарушая ликвородинамику и вызывая гипертензионно-гидроцефалический синдром.

Выводы: клиническая картина вестибулярных шванном представлена в основном тремя основными группами симптомов: признаками поражения черепных нервов (преимущественно чувствительных корешков) с нарушениями слуха (85%) до полной потери (20%); стволовыми симптомами и мозжечковыми нарушениями. В послеоперационном периоде часто наблюдаются осложнения, связанные с поражением лицевого нерва с нарушением чувствительности и болевым синдромом, а также парезом лицевого нерва (15%).