

## Acoustic schwannoma surgery — techniques of facial and cochlear nerve preservation

Tetsuo KANNO

Fujita Health University, Japan,

Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,  
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN

TEL:+91-562-93-9253

FAX:+91-562-93-3118

E-mail: tkanno@fujita-hu.ac.jp

Surgery for acoustic schwannoma is still one of the most difficult surgeries in neurosurgery. The difficulty is mostly due to functional preservation of facial and cochlear nerves.

Although the ideal treatment is the total removal, the preservation of the functions still can not obtain 100% by any experts. On the other hand, radiotherapy has been developed more recently. The combination of the surgery and radiotherapy has now shifted to the new era, because the mechanical advancement of the radiotherapy is also developing very fast.

Concerning the preservation of the facial nerve, the author will present the following points; there are 4 parts of facial nerve seen intra-operatively.

— REZ of facial nerve

— a part of the facial nerve running along parallel to the brain stem

— the so-called «last 10mm», which is seen just before its entry into the internal meatus

— the bottom of the internal meatus

The most difficult part to preserve is the so-called «last 10mm», because this part usually shows a curve with wide fanning. It is the most fragile part. When the size of tumor is large or giant, it may be better to leave small pieces of the tumor tissue on it. If it shows regrowth in the follow-up, then radiotherapy should be the combined modality of treatment.

Concerning the preservation of the cochlear nerve, it needs experience to identify the nerve because most of them can not always be identified by the figure on the tumor surface and for by intra-operative monitoring. The procedure of the so-called «collect the fanning fibers and make the nerve» is still one of the techniques.

These points will be presented mainly by the video demonstration.

### Сравнение качества жизни у больных краниофарингиомами

Кариев Г. М., Тухтаев Н. Х., Алтыбаев У. У.

Республиканский научный центр  
нейрохирургии, Республика Узбекистан,  
г. Ташкент-700000, ул. Каблуква, 5,  
134-10-83, kariev@bcc.com.uz.

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ изучения качества жизни больных оперированных по поводу краниофарингиом.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах наблюдений над 71 больным с краниофарингиомами. По методу операций больные разделены на три группы: пунктионное опорожнение, эндоскопическое опорожнение с биопсией и микрохирургическое удаление с эндоскопической ассистенцией. В общей слож-

ности больным проведено 93 операции, что составило 1,2 хирургических вмешательства на больного. Возраст больных колебался от 1,6 месяцев до 59 лет. По полу мужского — 47,9%, женского — 52,1%. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 10 лет. Для оценки качества жизни использована шкала Карновского.

**Результаты и обсуждение.** Полученные результаты свидетельствовали о том, что при выписке во всех 3 группах наблюдалось одинаковая тенденция повышения качества жизни на 4-5 баллов. Катамнестические данные во всех трех группах отличались. Так если в 1 и 3 группах качество жизни в первый год после операции повышалось на 3-6 баллов, во второй группе оно снизилось на 2 балла. Но более интересна дальнейшая тенденция. В период от 1 до 3 лет в первой и третьей группах наступало ухудшение качества жизни значительно в первой группе на 10 баллов, т.е. больные обслуживающие себя самостоятельно, стали нуждается порой в помощи (по Карновскому). А во второй группе качество жизни больных к 3 годам стало повышаться и к 4-5 годам после операции достигали самых высоких показателей в группах, т.е. у больных была нормальная активность с усилием.

Таким образом, все три метода операций при краниофарингиомах улучшают качество жизни больных. Но если пунктионный метод в дальнейшем требует повторных операций и ухудшается качество жизни больных. То эндоскопический метод также, несмотря на повторные операции, не ухудшает качество жизни больных. Микрохирургическое удаление опухоли отличается стабильной повышением качества жизни больных.

**Выводы:** 1. Определение качества жизни больных позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимого лечения.

2. Паллиативные операции при краниофарингиомах хотя и улучшают качество жизни, но в дальнейшем приводят к значительному снижению ее качества.

3. Наиболее приемлемым в плане улучшения качества жизни являются удаление опухоли микрохирургическим путем с эндоскопической ассистенцией.

### Сравнение качества жизни у больных с краниофарингиомами

Кариев Г. М., Алтыбаев У. У.,  
Тухтаев Н. Х., Асадуллаев У. М.

Республиканский Научный Центр  
Нейрохирургии, г. Ташкент 700000,  
ул. Каблуква 5, (+99871) 1341585,  
kariev@bcc.com.uz

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ изучения качества жизни больных, оперированных по поводу краниофарингиом.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах наблюдений над 71 больным с краниофарингиомами. В общей сложности больным проведено 95 операций, что составило 1,3 хирургических вмешательства на больного. Возраст больных колебался от 2 до 63 лет. По полу больные распределились следующим образом: лиц женского пола — 33 (46,5%), — мужского 38 (53,5%). Сроки наблюдения от 6 месяцев до 10 лет. По методу операции больные

распределены на 3 группы: пункционное опорожнение, эндоскопическое опорожнение и микрохирургическое удаление. Для оценки качества жизни использована шкала Карновского.

**Результаты и обсуждение.** Полученные результаты свидетельствовали о том, что в ближайшие послеоперационные сроки отмечается улучшение качества жизни у больных в первой группе на 10 баллов, во второй группе на 15 баллов и в третьей группе на 7 баллов. В отдаленные сроки отмечалось стабильное повышение качества жизни во второй и третьей группах, и больные достигали 80 баллов по шкале Карновского. В первой группе качество жизни в динамике снижалось из-за частых рецидивов болезни, что требовало проведения повторных операций.

Таким образом, все три метода операций при краниофарингиомах улучшают качество жизни больных. Но если пункционный метод в дальнейшем требует повторных операций и ухудшается качество жизни больных. То эндоскопический метод также, несмотря на повторные операции, не ухудшает качества жизни. Микрохирургическое удаление опухоли отличается стабильным повышением качества жизни больных.

**Выводы:** 1. Определение качества жизни больных позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимого лечения.

2. Паллиативные операции при краниофарингиомах хотя и улучшают качество жизни, но в дальнейшем требуют проведения повторных вмешательств.

3. Наиболее приемлемыми в плане улучшения качества являются микрохирургические и эндоскопические операции.

### Качества жизни больных с окклюзионной гидроцефалией опухолевого генеза.

*Холиков Н. Х., Кариев Г. М.*

*Республиканский научный центр нейрохирургии, Республика Узбекистан, г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcs.com.uz.*

**Цель исследования:** изучение результатов хирургического лечения при окклюзионной гидроцефалии опухолевого генеза

**Материалы и методы:** Проанализированы результаты лечения 67 больных в возрасте от 11 месяцев до 65 лет находившихся в РНЦНХ с 1999—2003 гг. Анализу подвергнуты катamnестические данные 50 больных, полученных при повторном обращении пациентов к врачу, что составляет 74,6% от общего числа оперированных больных. Средняя длительность катamnеза: 30,2 месяца. По уровню окклюзии ликворных путей больные были разделены на 2 группы:

Первую группу составили 23 больных с бивентрикулярной гидроцефалией.

Во вторую группу вошли 44 больных с тривентрикулярной гидроцефалией. Качества жизни больных оценивалось по индексу Карновского. Предоперационный ИК у больных был 60—80 баллов.

Вентрикулоцистерностомия по Торкильдсену (ВЦСТ) произведена 43 больным, эндоскопическая

фенестрация дна III желудочка (ЭВЦСТ-III) 24 больным.

**Результаты и их обсуждение.** После ВЦСТ в послеоперационном периоде улучшение состояния с регрессом гипертензионно-гидроцефальной симптоматики отмечено у 32 (74,41%) больных. Инфекционно-воспалительных осложнений наблюдались у 20,9% больных.

В раннем послеоперационном периоде умерли 9,3% больных.

После ЭВЦСТ в послеоперационном периоде регресс гипертензионно-гидроцефального синдрома отмечен у 83,3% больных. Инфекционно-воспалительных осложнений наблюдались у 20,9% больных.

Послеоперационная летальность составил 12,5% больных. В отдаленном периоде ИК возрастает незначительно. Наибольшее значение он имеет в группе с уровнем окклюзии на уровне задних отделов III желудочка и водопровода мозга которым произведена ЭВЦСТ-III. Качество жизни хуже и риск развития инфекционно — воспалительных осложнений выше у пациентов которым произведена ВЦСТ.

**Заключение:** отсутствие различий в качестве жизни больных в отдаленном периоде после ВЦСТ и ЭВЦСТ-III, а также большое количества инфекционно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде после ВЦСТ позволяет сделать вывод о целесообразности применения ЭВЦСТ-III при тривентрикулярной гидроцефалии опухолевого генеза.

### Дисфункции лицевого нерва при опухолях мосто-мозжечкового угла

*Муминов М. Д., Кариев Г. М.*

*Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент*

*Республиканский научный центр нейрохирургии, Республика Узбекистан, г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcs.com.uz.*

Нарушение иннервации мимической мускулатуры при опухолях боковой цистерны моста представляет большую социальную проблему в нейроонкологии.

Хирургическое лечение стойких поражений лицевого нерва в настоящее время является единственными эффективными методом восстановления произвольной двигательной функции мимических мышц.

**Цель:** изучить результаты хирургической коррекции дисфункции лицевого нерва у больных с опухолями боковой цистерны моста.

**Материал и методы:** за период с 2000 по 2006 годы у 74 больных оперированных по поводу опухоли мосто-мозжечкового угла было произведено 21 операции по восстановлению функции лицевого нерва с помощью реиннервации его ствола. Качество жизни больных оценивалось по шкале Карновского, а функция лицевого нерва оценивалась по шкале House-Brackmann'a.

**Результаты и их обсуждения:** анатомическая целостность лицевого нерва была сохранена у 66 больных (89,19%). 53 (62,26%) отмечали хорошую функцию лицевого нерва (1—2ст. по шкале House-Brackmann). Из них 20 больных (37,74%) отмечали