

M. S. Gudym, A. A. Oblyvach
**Surgical treatment of tumours of crano-orbital localization
 and eye socket**

Aim. To improve surgical treatment of patients with the tumours of crano-orbital localization and eye socket on the basis of optimization of surgical techniques and taking into account current information of neurovisualization.

Objective and methods. There were treated 81 patients with the tumours of crano-orbital localization and eye socket, middle age was 44 years. All the patients underwent clinical, neurological and neuro-ophthalmological evaluation, CT, MRI, craniography.

Results. 81 patients with the tumours of crano-orbital localization and eye socket underwent 87 operations. A total oncotomy was attained in 60 cases (74%), radical subtotal in 16 cases (20%) and subtotal in 5 cases (6%). Radicalism of surgical interventions was tested by spiral computed tomography control on the next day after an operation. The improvement was observed in 72 patients (89%), stabilization in 8 patients (10%), deterioration in 1 patient (1%). Lethal cases were not registered.

Conclusions. The multidisciplinary cooperation between ophthalmologists and neurosurgeons, optimization of medical tactic, use of clear algorithms of examination, improvement of microsurgical technique made it possible to avoid lethal cases, eliminate pathological processes maximally radically with a minimum cosmetic defect and it lead to the minimum postoperative complications in patients with the tumours of eye socket and crano-orbital localization.

Key words: crano-orbital tumour, eye socket, multidisciplinary cooperation.

Відомості про автора:

Гудим Максим Степанович - лікар-нейрохірург, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги. Адреса: Київ, вул. Братиславська, 3.

Обливач Андрій Анатолійович - лікар-нейрохірург, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги. Адреса: Київ, вул. Братиславська, 3.

УДК 616.8-089

© **О.В. ЖЕЛЕЗКО, В.М. ЖДАНОВА, 2014**
О.В. Железко, В.М. Жданова

**ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ
 ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАЦІЮ
 НЕВРОТИЗАЦІЇ ЛИЦЬОВОГО НЕРВА
 ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад.
 А.П.Ромоданова», м. Київ**

Вступ. Під час видалення невриноом вестибуло-кохлеарного нерва не завжди вдається зберегти анатомічну цілісність лицьового нерва, в такому випадку виконують операції невротизації лицьового нерва. Найкращі результати отримують при одночасному використанні декількох нервів-донорів.

Мета. Розробити комплекс відновного лікування хворих, що перенесли операцію невротизації лицьового нерва.

Матеріали та методи. Повне випадіння функції лицьового нерва підтверджено результатами клінічного та електронейроміографічного дослідженнями. Проведено аналіз відновного лікування 94 хворих, яким була виконана операція невротизації.

Результати. Лікувальні заходи включали такі методи, як: магніто-лазерна терапія, електроміостимуляція, краніосакральна терапія, гірудотерапія, масаж, спеціальний комплекс лікувальної фізкультури, при наявності депресивних розладів застосовували когнітивно-поведінкову психотерапію. Методи підбирали індивідуально, враховуючи період відновлення.

Висновки. Розроблений нами комплекс відновного лікування значно підвищує ефективність лікування хворих, що перенесли операцію невротизації лицьового нерва, покращує якість їх життя.

Ключові слова: лицьовий нерв, невротизація, відновне лікування, фізіотерапевтичне лікування, лікувальна фізкультура, психотерапія

ВСТУП

Травматичні пошкодження лицьового нерву (ЛН) – складна медична проблема, якщо при частковому пошкодженні можна сподіватись на регенерацію та відновлення, то при порушенні анатомічної цілісності відновлення його функції не можливе [3]. Розрізняють травматичні та ятрогенні пошкодження, інколи під час нейрохірургічних втручань, не вдається зберегти анатомічну цілісність ЛН, наприклад, під час видалення великих вестибуло-кохлеарних невриною (VIII ЧН). Другим етапом оперативного лікування хворих проводиться невротизація ЛН: зшивається периферичний відрізок пошкодженого нерву з центральним відрізком нерва-донора, який являється менш функціонально значимим. Як нерв-донор використовують під'язиковий (IX) ЧН, гілки непошкодженого ЛН, рухові гілки II шийного нерву, низхідну гілку під'язикового (IX) ЧН [1,2]. Використання цих нервів-донорів має свої переваги та недоліки. Всі види анастомозів призводять до появи співдружних рухів, які сприймаються пацієнтами, як важкі побічні ефекти. Якщо, наприклад, формується анастомоз додаткового нерву з ЛН (при умові проростання та проходження імпульсів до м'язів обличчя), то при спробі хворого підняти плече або повернути голову в сторону ураження, з'являються скорочення мимічної мускулатури, що потребують тривалого процесу перенавчання. Найкращі результати спостерігаються при одночасному використанні декількох нервів-донорів, випадіння функції яких суттєво не вплине на неврологічний статус[4]. Задовільним результатом післяопераційного відновлення вважають III ступінь за шкалою House-Brackmann [5].

Відомо, що порушення функції мимічних м'язів надзвичайно важко сприймаються хворими. Усвідомлення косметичного дефекту та акцентуація на ньому призводить до того, що пацієнти уникають зустрічі зі знайомими, обмежують коло спілкування, інколи парез ЛН призводить до інвалідизації

(актори, вчителі). Якщо ж він зберігається протягом тривалого часу, це впливає на психічний стан хворого, підвищує внутрішню напругу, може стати причиною розвитку тривожних та депресивних розладів. Статистично достовірна наявність в такій групі пацієнтів з астенічною депресією. Грубий парез мімичних м'язів, інколи, сприяє виникненню такого важкого ускладнення, як трофічне ураження рогики ока (ерозивний кератит) та привести до сліпоти. У зв'язку з цим повноцінне відновлення функції ЛН є не тільки вагомим клінічним, але й соціальним питанням, обумовлює актуальність проблеми лікувальної тактики та пошуку нових ефективних методів лікування.

Мета. Розробити комплекс відновного лікування хворих, що перенесли операцію невротизації ЛН.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено аналіз відновного лікування 94 хворих, що знаходились в Інституті нейрохірургії з 2007 по 2014рр. У всіх пацієнтів причиною ураження ЛН було хірургічне втручання з приводу невриноми VIII ЧН. Повне випадіння функції ЛН підтверджено результатами клінічного та електронейроміографічного дослідженнями. Операція невротизації ЛН виконана всім пацієнтам, середній вік яких складав 42,5 років. Серед хворих більшість склали жінки – 56 пацієток (64%), чоловіки – 38 пацієнтів (36%). Хірургічне лікування проводилось в строки 1-6 місяців з моменту пошкодження ЛН. Як метод реконструктивного втручання було виконано невротизацію дистального відрізка ЛН різними нервами-донорами: у 62 хворих лише низхідною гілкою під'язикового нерву(XII), у 32 хворих – комбіновано: низхідною гілкою під'язикового (XII) та гілкою додаткового нерву(XI). В ранній післяопераційний період хворі проходили курси відновного лікування у фізіотерапевтичному відділенні Інституту.

Відновлення функції ЛН оцінювали за шестиступеневою шкалою House-Brackmann, при якій нормальна функція ЛН відповідає I ступеню, а повний параліч мімичних м'язів – VI [5], задовільним результатом післяопераційного відновлення вважають 3 ступінь. У всіх пацієнтів перед початком відновного лікування був повний параліч мімичних м'язів - VI ступінь. Функціональний стан ЛН оцінювали по наступним параметрам: симетрія обличчя в спокої та під час функціонального навантаження, ступінь функціонування окремих гілок ЛН (наморщування лоба, об'єм змикання повік, відведення куточка рота), тонус м'язів, наявність синкінезії та контрактур.

Психоемоційний стан оцінювали за суб'єктивною шкалою виявлення депресії [6]. Відповідно до якої 0-13 балів – відсутність депресії виявлено у 17хворих (18,1%), 14-26 балів – початкові симптоми депресії, що розвивається виявлено у 56 (59,5%), 27-39балів – наявна депресія - у 21 хворих (22,3%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відновні заходи повинні починатись в ранній післяопераційний період та бути направлені на профілактику дистрофічних змін у денервованих м'язах, формування в корі нового функціонального рухового центру, відновлення провідності ЛН та мотивування хворого на наполегливе самостійне тренування.

Основними принципами є ранній початок, неперервність, поступовість та комплексність. Комплекс лікувальних заходів підбирався індивідуально, у відповідності до стану хворого.

Відновний період після операції невротизації ЛН умовно можна розділити на 3 періоди. Перший період - від операції до появи перших активних рухів м'язів (близько 4-6 місяців); другий період – період співдружних рухів м'язів та м'язів нерву, який було використано для невротизації, третій період - відновлення самостійних рухів м'язів.

У першому періоді проводилась роз'яснювально-мотиваційна робота з пацієнтом. Застосовувались такі фізіотерапевтичні методи: магніто-лазерна терапія (МЛТ), електроміостимуляція (ЕМС), краніосакральна терапія, ґрудотерапія, масаж, спеціальний комплекс лікувальної фізкультури (ЛФК). МЛТ хворі отримували з метою зменшення набряку в зоні оперативного втручання, покращення якості заживлення та активізації пластичних процесів в денервованих тканинах. Для цього ми використовували апарат МІТ-МТ, МЛТ-аплікатор (північний полюс магніту), який генерує синій спектр розміщували на зону післяопераційного рубця, а МЛТ-аплікатор червоного спектру (південний полюс) - на проекцію рухового центру кори головного мозку. Напруженість магнітного поля складала 30 мТл, потужність оптичного потоку червоного спектру не перевищувала 35 мВт, синього – до 20 мТл. Частота модуляції оптичного потоку та магнітного поля становила 9,4 Гц. Час процедури - 20 хвилин.

ЕМС на першому етапі проводилась з метою профілактики гіпотрофії денервованих м'язів, використовували апарат «Ампліпульс-4» з точковим електродом. Процедури хворі отримували щоденно, протягом 10-15 хвилин, на курс 10 процедур. Ґрудотерапію застосовували з метою покращення мікроциркуляції та лімфовідтоку, профілактики спайкового процесу. Сеанси проводили 2-3 рази на тиждень, приставляли в середньому по 3 п'явки на навколоушну область зі сторони ураження. Краніосакральну терапію застосовують, як метод супроводу пацієнтів з метою активізації захисних сил та відновлення функціональної активності систем організму, 2-3 сеанси на курс лікування. Спеціальний комплекс ЛФК поєднували з самомасажем та пасивними рухами на ураженій стороні за допомогою рук.

У другому періоді проводилась ЕМС, ультразвукова терапія, масаж та спеціальний комплекс ЛФК. ЕМС на другому етапі використовували з метою нарощування об'єму м'язів та відновлення їх довільного скорочення. Особливістю ЕМС було використання під час стимуляції дзеркала для закріплення результату на рівні кори головного мозку та сполучення м'язів рухів з імітацією різних емоційних станів. Виконання спеціального комплексу ЛФК сполучається з рухами м'язів того нерва, який було взято за нерв-донор.

На третьому етапі основна увага приділялась виконанню спеціального комплексу ЛФК, що сполучається з вправами направленими на роз'єднання сполучених рухів м'язів та м'язів того нерва, який було взято за нерв-донор. Акцентується увага на навчання довільного контролю рухів м'язів

мускулатури в сполученні з «mimetherapy» та питанням соціальної адаптації. Якщо ж у хворого спостерігались ознаки тривожно-депресійного синдрому, проводили тілесно-орієнтовану когнітивно-поведінкову психотерапію. В результаті застосування розробленого нами комплексу відновного лікування у всіх хворих спостерігалось відновлення функції ЛН до 2 ступеню за шкалою House-Brackmann, а також регрес депресивних розладів.

ВИСНОВКИ

Запропонований та розроблений нами метод відновного лікування значно підвищує ефективність лікування хворих, що перенесли операцію невротизації ЛН, покращує якість їх життя.

Література

1. Сузовых С. В. Комбинированное хирургическое лечение больных с невротической лицевой нерва: дис. ... канд. мед. наук / С. В. Сузовых. - Москва, 2008. - 240 с.
2. Предупреждение интраоперационных осложнений в хирургии невринома вестибулокохлеарного нерва / М. М. Тастанбеков, В. П. Берснев, В. Е. Олюшин [и др.] // Материалы 4-го съезда нейрохир. Украины. - Днепропетровск, 2008. - С. 120-121.
3. Bambakidis N. C. Surgery of the Cerebellopontine Angle / N.C. Bambakidis, C.A. Megerian, R.F. Spetzler // PMPH-USA. -2009.
4. Bennett M. Surgical approaches and complications in the removal of vestibular schwannomas / M. Bennett, D.S. Haynes // Neurosurgclin N. Am. - 2008. - Vol. 19, N 2. - P. 331-343.
5. Chu E. A. Treatment considerations in facial paralysis / E.A. Chu, P.J. Byrne // Facialplast surg. - 2008. - Vol. 24, N 2. - P. 164-169.
6. <http://www.zdravosil.ru/bolezni-nervnoy-sistemy/depressiya/16539-subektivnaya-shkala-dlya-vyyavleniya-depressii.html>

Е.В.Железко, В.Н.Жданова

Особенности восстановительного лечения больных, перенесших операцию невротизации лицевого нерва

ГУ «Институт нейрохирургии имени акад. А.П.Ромоданова», г Киев

Введение. При удалении невринома вестибуло-кохлеарного нерва не всегда удается сохранить анатомическую целостность лицевого нерва, в таком случае выполняют операции невротизации лицевого нерва. Лучшие результаты получают при одновременном использовании нескольких нервов-доноров.

Цель. Разработать комплекс восстановительного лечения больных, перенесших операцию невротизации лицевого нерва.

Материалы и методы. Полное выпадение функции лицевого нерва подтверждено результатами клинического и электронейромиографическим исследованиями. Проведен анализ восстановительного лечения 94 больных, которым была выполнена операция невротизации.

Результаты. Лечебные мероприятия включали такие методы: магнито-лазерная терапия, электромиостимуляция, краниосакральная терапия, гирудотерапия, массаж, специальный комплекс лечебной физкультуры, при наличии депрессивных расстройств применяли когнитивно-поведенческую психотерапию. Методы подбирали индивидуально, учитывая период восстановления.

Выводы. Разработанный нами комплекс восстановительного лечения значительно повышает эффективность лечения больных, перенесших операцию невротизации ЛН, улучшает качество их жизни.

Ключевые слова: лицевой нерв, невротизация, восстановительное лечение, физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, психотерапия.

O. V. Zhelezko, V. M. Zhdanova

**Features of rehabilitation of patients who underwent surgery
of the facial nerve of neuroticism**

**SI “Institute of Neurosurgery named after Academician
A. P. Romodanov, NAMS of Ukraine”, Kyiv**

Introduction. When removing the vestibular-cochlear neuromas nerve it is not always possible to keep the anatomical integrity of the facial nerve, in that case operations of neuroticism facial nerve are performed. The best results are obtained when multiple donor nerves are used.

Purpose. To develop complex rehabilitation of patients who underwent operation of neuroticism facial nerve.

Materials and methods. A complete loss of function facial nerve was confirmed by the results of clinical and research electroneuromyography examination. There was performed the analysis of rehabilitation of 94 patients who underwent surgery of neuroticism.

Results. Therapeutic measures include the following methods: magneto-laser therapy, electrical, craniosacral therapy, hirudotherapy, massage, a special complex of physical therapy in case of depressive disorders there was used cognitive behavioural therapy. The methods were selected individually, considering the recovery period.

Conclusions. The developed complex rehabilitation treatment significantly improves the treatment of patients who underwent surgery of neuroticism facial nerve, improves the quality of their life.

Key words: facial nerve, neuroticism, medical rehabilitation, physical therapy, physiotherapy, psychotherapy.

Відомості про авторів:

Железко Олена Володимирівна - лікар-фізіотерапевт відділення відновного лікування та фізіотерапії, тел.: (044) 484-18-75.

Жданова Валентина Миколаївна - к. мед. н., завідувач відділення відновного лікування та фізіотерапії, тел.: (044) 484-18-75. Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 32.