

УДК 616.831–006

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ТРОЙНИЧНОГО
НЕРВА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ
МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА**

**¹Кияшко С.С., ¹Иванова Н.Е., ¹Маслова Л.Н., ¹Олюшин В.Е., ¹Тастанбеков М.М.,
¹Пряников М.В., ²Карягина М.В.**

¹*Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова,
филиал ФГБУ «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр»
МЗ РФ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, ivamel@yandex.ru;*
²*ГБУЗ Николаевская больница, Санкт-Петербург*

Проведен анализ динамики восстановления функции тройничного нерва после хирургического лечения опухолей мосто-мозжечкового угла в ближайшем послеоперационном и отдаленном периодах. Учитывалась выраженность симптоматики, характер поражения V нерва (симптомы выпадения функции нерва и симптомы его раздражения). Оценка качества жизни больных в отдаленном периоде после хирургического лечения опухолей мосто-мозжечкового угла осуществлялась по опроснику SF-36. Дисфункция тройничного нерва в отдаленном периоде чаще наблюдалась у больных с продолженным ростом/рецидивом опухоли, у больных с выраженной внутримозговой гипертензией в дооперационном периоде и при опухолях больших и гигантских размеров. Выявлено достоверное ухудшение качества жизни у больных с наличием симптомов раздражения тройничного нерва, преимущественно по субшкалам PF (Физическое функционирование), BP (Интенсивность боли), GH (Общее состояние здоровья), SF (социальное функционирование), PHsum (Физический компонент здоровья). Исследование также показало достоверное снижение качества жизни у больных с наличием симптомов выпадения тройничного нерва по субшкалам PF (Физическое функционирование), RP (Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием); PHsum (общий показатель физического здоровья).

Ключевые слова: Опухоли мосто-мозжечкового угла, отдаленные результаты, дисфункция тройничного нерва, качество жизни

**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AND DYNAMICS RESTORATION OF
FUNCTION OF THE TRIGEMINAL NERVE IN PATIENTS AFTER OF TUMORS
CEREBELLOPONTINE ANGLE**

**¹Kiyashko S.C., ¹Ivanova N.E., ¹Maslova L.N., ¹Olyushin V.E., ¹Tastanbekov M.M.,
²Karyagina M.V.**

¹*Russian Research Neurosurgical Institute named after Professor A.L. Polenov, branch of Northwestern
Federal medical research center of the Russian Federation Ministry of Health, Saint Petersburg,
e-mail: p_svet@mail.ru;*
²*Nykolaiv Hospital, Saint Petersburg*

The analysis of the dynamics of the recovery of the trigeminal nerve function after surgical treatment of tumors of the cerebellopontine angle in the immediate postoperative and long-term periods. Studied dysfunction severity, the nature of the defeat of V nerve (loss of nerve function symptoms and signs of his irritation). Evaluation of the quality of life of patients in the remote period after surgical treatment of tumors of the cerebellopontine angle was carried out by the SF-36 questionnaire. Long-term results show a non-reduced function of the trigeminal nerve in patients with continued growth / tumor recurrence, in patients with severe intracranial hypertension in the preoperative period and larger tumors. A significant deterioration in the quality of life in patients with the presence of symptoms of irritation of the trigeminal nerve, mainly for subscales PF (physical functioning), BP (pain intensity), GH (general health), SF (social functioning), PHsum (physical health component). The study also showed a significant decrease in the quality of life in patients with symptomatic trigeminal nerve loss on subscales PF (physical functioning), RP (Role functioning due to physical condition); PHsum (physical health component).

Keywords: Tumors cerebellopontine angle, long-term results, dysfunction of the trigeminal nerve, the quality of life

Опухоли мосто-мозжечкового угла составляют 6–8% среди всех интракраниальных новообразований [2,3,6]. По мере роста эти опухоли вызывают описанный еще в 1917г. синдром боковой цистерны моста, включающий поражение акустико-фациальной группы нервов, IX–XII нервов, мозжечковых нарушений, стволовой симптоматики с развитием признаков внутримозговой гипертензии. В настоящий момент микрохирургическое удаление опухолей мосто-моз-

жечкового угла является основным методом лечения [3,4]. Наиболее часто используют ретросигмовидный доступ [3,8,9]. Однако по-прежнему остается большой проблемой риск развития как интра-, так и послеоперационных осложнений, которые в отдаленном периоде недостаточно регрессируют и снижают качество жизни больных [1,2,3,5,7,10]. Одной из важных проблем хирургии опухолей мосто-мозжечкового угла является дисфункция тройничного нерва,

которая может развиваться как в дооперационном, так и в послеоперационном периодах и тем самым может существенно ухудшить качество жизни больных.

Цель исследования. Изучить качество жизни больных и динамику восстановления функции тройничного нерва после хирургического лечения опухолей мосто-мозжечкового угла.

Материалы и методы исследования

Исследуемая группа больных до и после удаления опухолей мосто-мозжечкового угла составила 111 наблюдений (из них у 17 больных диагностирован продолженный рост/рецидив опухоли), камамнез был собран у 109 больных (в 2 наблюдениях получены сведения от родственников о смерти больных в отдаленном периоде по причине основного заболевания). Средний срок камамнеза 3 года. Среди больных в 84 наблюдениях диагностированы вестибулярные шванномы, в 21 – менингиомы ММУ, в 4 – шванномы каудальной группы нервов. Женщин было 87(78,4), мужчин – 24(21,6). Возраст больных варьировал от 21 до 77 лет (средний возраст: $51 \pm 1,2$ лет). При поступлении опухоли более 4 мм в диаметре были выявлены в 33 (29,73%), до 4 см – в 45 (14,41%), до 3 см – в 18 (16,22%), до 2 см – в 15 (26,13%) наблюдениях.

Методы. Стандартный диагностический нейрохирургический комплекс, общий опросник качества жизни SF-36, «Госпитальная шкала тревоги и де-

прессии» (1993), математическая обработка (программа STATISTICA for Windows, версия 9).

Результаты исследования и их обсуждение

В дооперационном периоде дисфункция тройничного нерва при опухолях мосто-мозжечкового угла, отмечалось в 70 (63,5%) наблюдениях, при вестибулярных шванномах – 55 (63,9%), при менингиомах ММУ – 6 (28,6%) больных, $p < 0,05$, В 8 (11,4%) наблюдениях выявлено сочетание симптомов раздражения с симптомами выпадения функции V нерва. В дооперационном периоде прозопалгии умеренной степени выраженности отмечались в 8 (7,2%), выраженные – в 3 (2,7%) наблюдениях. До операции снижение болевой чувствительности половины лица выявлено в 67 (60,3%) случаях: при вестибулярных шванномах – 59 (68,6%), при менингиомах ММУ – 7 (33,3%) больных, $p < 0,07$. Симптомы выпадения функции тройничного нерва легкой степени в виде снижения корнеального рефлекса отмечались в 17 (15,3%) наблюдениях, нарушения средней степени (гипестезия по одной ветви) – в 12 (10,9%), выраженные нарушения (гипестезия по трем ветвям) – в 36(32,4%) наблюдениях (рис. 1, 2).

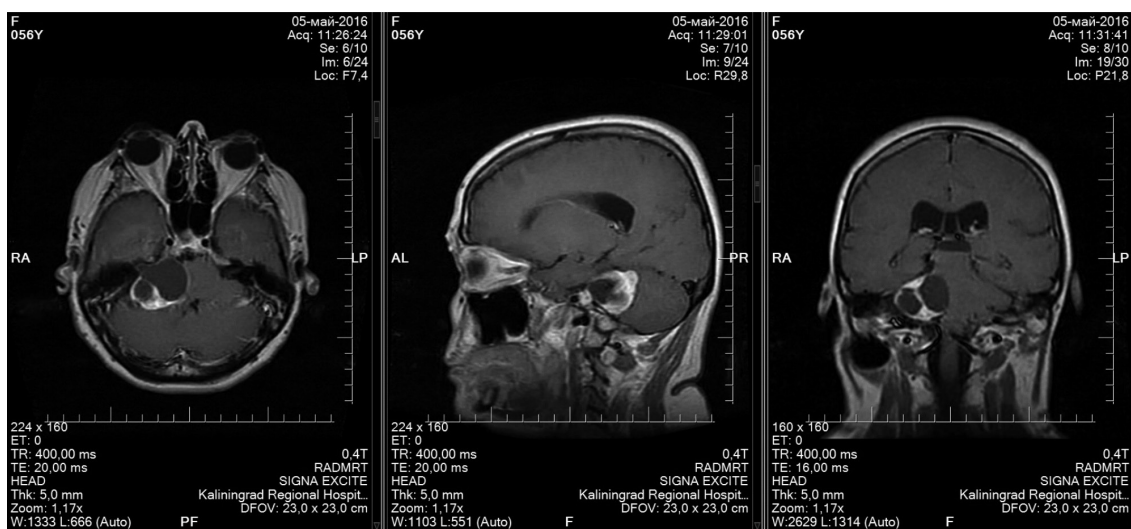


Рис. 1. Вестибулярная шваннома, вызывающая компрессию правого тройничного нерва с симптомами выпадения по трем его ветвям (до операции)

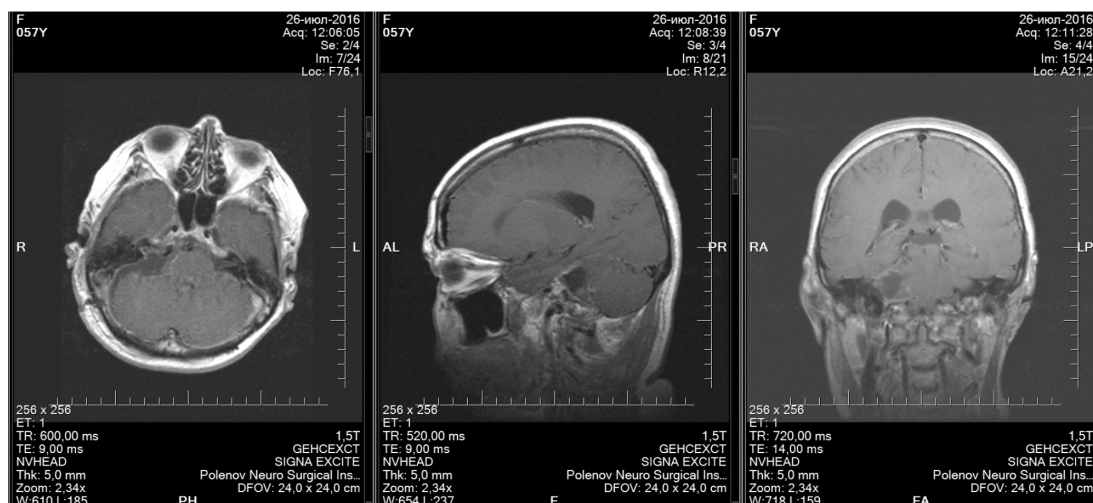


Рис. 2. Состояние после удаления вестибулярной шванномы

У большинства больных (71 (64,5%) наблюдение) выполнено тотальное удаление опухоли, субтотальное – у 30 (27,3%), частичное – у 9 (8,2%) больных. Интраоперационно выявлено, что опухоль оттесняла тройничный нерв в 73 (66,4%) наблюдениях, из них в 11 (10,0%) – вызвала резкую компрессию нерва, а в 26 (23,6%) – нерв врастал в капсулу опухоли.

В ближайшем послеоперационном периоде симптомы выпадения тройничного нерва разной степени сохранялись в 49(44,1%) наблюдениях; у 3 больных – появились симптомы выпадения; у 21(30,0%) больного отмечено уменьшение симптомов поражения тройничного нерва. В 11(9,9%) случаях течение ближайшего послеоперационного периода осложнилось присоединением герпес-вирусной инфекции с появлением ха-

рактерных болезненных высыпаний в зоне иннервации тройничного нерва. Более тригеминального характера в раннем послеоперационном периоде не отмечалось.

В отдаленном периоде стойкая дисфункция V нерва сохранялась у 42 (38,5%) пациентов, из них прозопалгии различной частоты и интенсивности отмечались в 23 (21,1%) наблюдениях: у 20 (86,9%) больных, оперированных по поводу вестибулярной шванномы; у 3 (13,1%) больных, после удаления менингиомы ММУ. Следует отметить, что дисфункция тройничного нерва в отдаленном периоде чаще наблюдалась у больных с продолженным ростом/рецидивом опухоли ($p < 0,05$), а также у больных с выраженной внутричерепной гипертензией в дооперационном периоде ($p < 0,05$) и при опухолях больших и гигантских размеров, $p < 0,05$ (рис. 3).

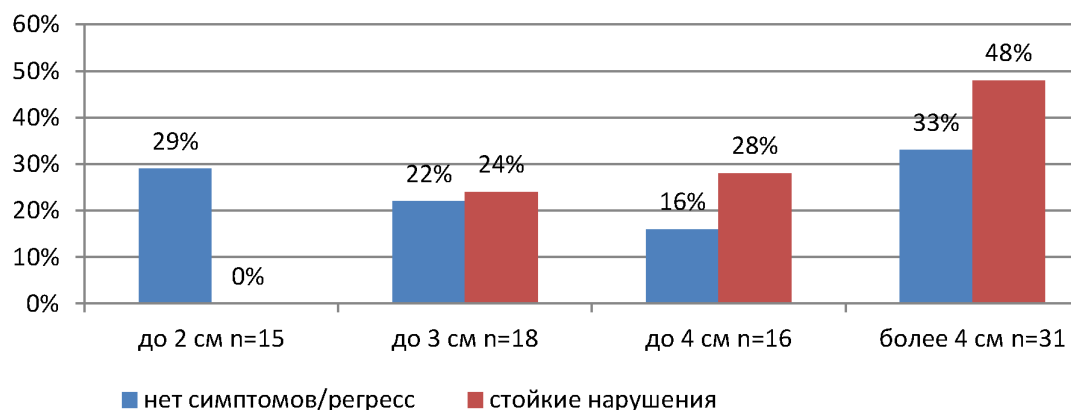


Рис. 3. Динамика восстановления функции тройничного нерва в отдаленном периоде в зависимости от размера удаленной опухоли

Симптомы выпадения функции тройничного нерва в отдаленном периоде ухудшали качество жизни больных и приводили к ограничению их физической активности из-за частой травматизации щеки, языка губ во время еды, при разговоре, при использовании зубных протезов, при чистке зубов и т.д., что отчетливо видно по низким показателям субшкал PF (Физическое функционирование), BP (Интенсивность боли), PHsum (Физический компонент здоровья)

общего опросника качества жизни SF-36 (табл. 1, рис. 4).

Качество жизни больных с симптомами раздражения тройничного нерва также было достоверно хуже при оценке по опроснику SF-36 преимущественно по субшкалам PF, BP, GH, SF, PHsum PF (физическое функционирование), BP (Интенсивность боли), GH (Общее состояние здоровья), SF (Социальное функционирование), PHsum (Физический компонент здоровья) (табл. 2).

Таблица 1

Влияние дисфункции V нерва (симптомы выпадения функции нерва) на качество жизни больных в отдаленном периоде

Функция V нерва	Субшкалы SF-36 (M+m)		Общий показатель
	PF	BP	PHsum
Норма (n=67)	68,9+3,7	71,4+3,2	50,2+0,9
Онемение половины лица (n=42)	57,5+4,5	55+3,8	48,1+0,9
p	<0,05	<0,01	<0,05

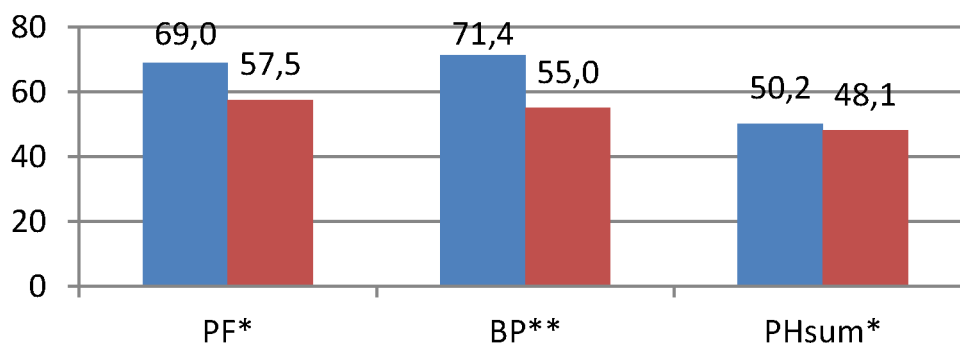


Рис. 4. Качество жизни больных с симптомами выпадения функции V нерва (опросник SF-36)

Таблица 2

Влияние дисфункции V нерва (боли в половине лица) на качество жизни больных в отдаленном периоде

Функция V нерва	Субшкалы SF-36 (M+m)				Общ.показатель
	PF	BP	GH	SF	PHsum
Норма (n=88)	69,5±5,4	70,0±2,8	53,5±2,0	73,9±2,5	50,4±0,7
Боли в лице (n=23)	46,1±7,1	59,2±5,4	49,5±3,9	65,5±5,4	47,8±1,3
p	<0,001	<0,001	<0,01	<0,01	<0,05

Наличие симптомов раздражения тройничного нерва у респондентов в отдаленном периоде снижало их физическую активность и препятствовало выполнению повседневных действий из-за потенциальной опасности возникновения болей в лице, что приводило к уменьшению социальной активности больных, снижению уровня их общения с окружающими. В некоторых случаях боли в лице носили выраженный характер, что негативно отражалось на эмоциональной сфере пациентов и приводило к изменению характера, ограничению больных в общении, приводило к снижению их физической активности.

При проведении оперированным больным в отдаленном периоде скрининг-теста на выявление психических нарушений с использованием шкалы «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» была выявлена обратно пропорциональная зависимость с уровнем тревоги и прямо-пропорциональная зависимость с уровнем депрессии. При более низком уровне тревоги и депрессии качество жизни достоверно было лучше ($R_{sp} = -0,6$ и $0,6$, соответственно).

Заключение

После удаления опухолей мосто-мозжечкового угла в ближайшем послеоперационном периоде у 21 (30,0%) больного отмечено уменьшение симптомов поражения тройничного нерва; в 3 наблюдениях течение болезни осложнилось появлением выраженной гипестезии половины лица, в 49(44,1%) случаях значительной динамики в дисфункции V нерва не наблюдалось. Болей тригеминального характера в раннем послеоперационном периоде не отмечалось. В отдаленном периоде сохранялось разной

степени выраженности стойкое нарушение функции тройничного нерва в 42 (38,5%) наблюдениях, боли в лице различной частоты и интенсивности отмечались у 23 (21,1%) случаях, что приводило к значительному ухудшению качества жизни больных.

Список литературы

1. Кияшко, С.С. Качество жизни больных, оперированных по поводу опухолей мосто-мозжечкового угла / С.С. Кияшко, Н.Е. Иванова, В.Е. Олюшин // Рос. нейрохир. журн. им. проф. А.Л. Поленова. – 2013. – Т. V. № 3. – С. 17–22.
2. Пустовой, С.В. Комплексная коррекция дисфункции лицевого нерва в хирургии базальных опухолей задней черепной ямки: Дис. канд. мед. наук / С.В. Пустовой. – СПб., 2010. – 137 с.
3. Тастанбеков, М.М. Вестибулярные шванномы гигантских размеров: особенности диагностики, клиники и хирургического лечения: Дис. д-ра мед. наук / М.М. Тастанбеков. – СПб., 2013. – 354 с.
4. Тиглиев Г.С. Внутрочерепные менингиомы / Г.С. Тиглиев, В.Е. Олюшин, А.Н. Кондратьев. – СПб., 2001. – 408 с.
5. Brackmann D.E. Extra axial neoplasms of the posteriorfossa / D.E. Brackmann, M.A. Arriaga // Otolaryngology Head and Neck Surgery / Ed. By C.W. Cummings, J.M. Fredrickson, L.A. Harker et al. – USA: Mosby Year Book, Inc., 1997. – Vol. 4. – P. 3294–3330.
6. Brunori, A. Non-acoustic neuroma tumor (NANT) of the cerebello-pontine angle: a 15-year experience / A. Brunori, P. Scarano, F. Chiappetta // J neurosurg sci. – 1997. – Vol. 41. – P. 159–168.
7. Di Maio S. Prospective comparison of quality of life before and after observation, radiation, or surgery for vestibular schwannomas / S. Di Maio, R. Akagami // J neurosurg. – 2009. – Vol. 111(4). – P. 855–862.
8. Giannotta S.L. Surgical approaches to acoustic neuromas / S.L. Giannotta: // Surgery of the Cranial Nerves of the Posterior Fossa / Ed. by D.L. Barrow. – Park Ridge, American Association Neurological Surgeons, 1993. – P. 275–287.
9. Roncallo F. Trigeminal neuropathy: a pictorial essay / F. Roncallo, I. Turtulici, G. Macchia et al. // Riv neuroradiol. – 1999. – Vol. 12. – P. 659–677.
10. Samii, M. Hearing preservation after complete microsurgicalremoval in vestibular schwannomas / M. Samii, V. Gerganov, A. Samii // Prog neurol surg. – 2008. – Vol. 21. – P. 136.