

СИМПТОМЫ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ*Павел Геннадьевич Руденко**Краевая клиническая больница,
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3а, e-mail: rpg30@rambler.ru*

Реферат. Проанализированы клинические проявления и длительность заболевания у пациентов с вестибулярными шванномами у 70 пациентов, которые были оперированы в нейрохирургическом отделении Краевой клинической больницы г. Красноярск. Установлено, что средняя продолжительность заболевания от появления первых симптомов до поступления в нейрохирургическое отделение составила $29,88 \pm 2,53$ месяца. Первыми проявлениями заболевания были снижение слуха или чувство шума в ухе. Более трети пациентов поступили в стационар в тяжелом состоянии. Отмечен высокий процент больных с парезом лицевого нерва и пирамидными нарушениями. Подчеркнуто, что диагностика вестибулярных шванном должна быть основана на тщательной оценке клинических проявлений и неврологического статуса пациентов.

Ключевые слова: вестибулярные шванномы, диагностика, симптомы, длительность заболевания.

THE SYMPTOMS OF THE DISEASE ONSET AND
CLINICAL SIGNS OF VESTIBULAR SCHWANNOMAS

Pavel G. Rudenko

Regional Hospital, 660022, Krasnoyarsk, Partisan Zhelesnyak
street, 3a, e-mail: rpg30@rambler.ru

There were investigated clinical symptoms and duration of the disease in Objective: Analysis of clinical symptoms and duration of disease 70 patients with vestibular schwannomas (VS), who were operated in the Neurosurgical Department of Krasnoyarsk Regional Hospital in patients with vestibular schwannomas (VS). it was found that the mean duration of disease was $29,88 \pm 2,53$ months. The early symptoms were hearing loss and tinnitus. More than one third of patients were admitted to hospital in severe condition. We found a high percentage of patients with facial nerve paresis and pyramidal disorders. The careful assessment of clinical signs and neurological status of patients is the basis of diagnosis of VS.

Key words: vestibular schwannomas, diagnosis, symptoms, duration of disease.

Вестибулярные шванномы (ВШ) являются доброкачественными, медленно растущими новообразованиями. Частота их встречаемости составляет 8% [2]. Хотя в диагностике и лечении ВШ в настоящее время достигнуты большие успехи, проблема лечения пациентов с данной патологией все еще далека от окончательного решения [8]. Многие нейрохирурги отме-

чают, что результат лечения и прогноз заболевания во многом зависят от размеров опухоли [5, 8]. И если при небольших шванномах показатели послеоперационной летальности близки к нулю, то при новообразованиях больших и гигантских размеров послеоперационная летальность достигает 6,0–6,5% [1, 12].

Анализ литературы показывает, что, несмотря на высокую оснащенность медицинских учреждений современными магнитно-резонансными томографами, удельный вес ВШ больших и гигантских размеров по-прежнему остается высоким. Так, по данным М.М. Тастанбекова (2008), до 75% пациентов попадают в стационар с опухолями именно больших и гигантских размеров [7]. Многие нейрохирурги приводят сведения о большой длительности заболевания до момента установления диагноза, отмечая у этих пациентов низкое качество жизни и наличие симптомов компрессии стволовых структур головного мозга [8, 10]. Все это свидетельствует о том, что своевременное выявление ВШ до сих пор представляет значительные трудности для участковых врачей и неврологов.

Целью данного исследования являлся анализ клинических проявлений и длительности заболевания у пациентов с ВШ.

Было обследовано 70 пациентов с ВШ, прооперированных в нейрохирургическом отделении Краевой клинической больницы г. Красноярск в 2009–2014 гг. Качество жизни больных оценивалось по шкале Карновского (ШК), изучались их жалобы и неврологический статус. Диагноз был подтвержден результатами магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга с парамагнетиком. Средний возраст пациентов составлял $51,17 \pm 1,5$ года. Средний уровень качества жизни – $51,15 \pm 1,8$ балла по ШК. Средний интраэкстрематальный диаметр опухоли, по данным МРТ, был равен $3,79 \pm 0,1$ см. У 52 (74,28%) паци-

ентов опухоль имела большой (более 3 см) или гигантский (более 4 см) размер. Ни одного пациента с нейрофиброматозом 2-го типа в обследованной группе не оказалось.

Средняя продолжительность заболевания от появления первых симптомов до поступления в нейрохирургическое отделение составляла $29,88 \pm 2,53$ месяца, что несколько меньше литературных данных [9, 13]. Этот период варьировал от 3 до 84 месяцев. Следует отметить, что лишь у 25,71% больных продолжительность заболевания была менее 12 месяцев. Напротив, 65,71% пациентов обратились к нейрохирургу спустя более чем 2 года с момента появления первых проявлений заболевания.

Симптомы дебюта представлены в табл. 1. В большинстве случаев (78,57%) первыми проявлениями заболевания у пациентов были отолгические симптомы – прогрессирующее снижение слуха или чувство шума (гула) в ухе. Подобные симптомы типичны для данного новообразования [2, 3]. Практически всегда снижение слуха имело постепенно прогрессирующий характер и лишь у 2 (2,85%) пациентов отмечалось резкое развитие глухоты.

Таблица 1

Проявления дебюта заболевания у больных с вестибулярными шванномами

Симптомы	Число пациентов (n=70), абс./%
Снижение слуха на одно ухо	42 /60
Шум в ухе	13 /18,57
Головная боль	6 /8,57
Шаткость	4 /5,71
Лицевая боль	3 /4,28
Онемение половины лица	2 /2,85

Качество жизни при поступлении в стационар составляло в среднем $51,15 \pm 1,8$ балла по ШК. Данный показатель колебался от 30 до 80 баллов. Необходимо обратить внимание на тот факт, что лишь 18,57% пациентов поступили в нейрохирургическое отделение в удовлетворительном состоянии (70 и более баллов по ШК). Более трети больных (34,28%) были госпитализированы в тяжелом состоянии (30-40 баллов по ШК).

Классическими проявлениями заболевания являются шум в ухе, прогрессирующее одностороннее снижение слуха и головокружения или шаткость [4, 11]. Самой частой жалобой при поступлении у пациентов было снижение или отсутствие слуха (91,42%). У 77,14% больных

отмечалась шаткость при ходьбе и у 65,71% – головокружения. На головную боль жаловались лишь 61,42% больных, что несколько противоречит литературным данным. Так, по данным М.М. Тастанбекова и др. (2011), головная боль определялась у всех лиц с гигантскими ВШ [8].

Неврологические симптомы представлены в табл. 2. Наиболее частым симптомом было нарушение слуха, что подтверждают многие нейрохирурги, занимающиеся проблемой ВШ [2, 8, 10, 13]. Лишь у 4 (5,71%) пациентов из 70 имела место полезная функция слуха на стороне опухоли. К сожалению, в 68,57% случаев на момент поступления отмечалась глухота на пораженной стороне, что свидетельствовало о длительном течении заболевания. Типичными проявлениями заболевания были мозжечковые симптомы и нистагм.

Таблица 2

Неврологические симптомы у пациентов с вестибулярными шванномами в момент госпитализации

Симптомы	Число пациентов (n=70), абс./%
Глухота или снижение слуха на одно ухо	66 /94,28
Мозжечковые нарушения	61 /87,14
Нистагм	48 /68,57
Гипестезия половины лица	47 /67,14
Выпадение корнеального рефлекса	39 /55,71
Снижение глоточного рефлекса	31 /44,28
Нарушения движений мимических мышц	22 /31,43
Девияция языка	12 /17,14
Парезы конечностей	11 /15,71
Гипестезия половины языка	10 /14,28
Глазодвигательные нарушения	5 /7,15
Дисфония	4 /5,71

Часто наблюдалась симптоматика поражения черепных нервов. Признаки поражения тройничного нерва – гипестезия лица и выпадение корнеального рефлекса были выявлены соответственно в 67,14% и 55,71% наблюдений. Обычно эти симптомы появляются при размере опухоли более 2 см [4].

У 31,43% больных была обнаружена симптоматика поражения лицевого нерва на стороне поражения. Следует отметить противоречивость литературных данных относительно этого симптома. У.Б. Махмудов и др. (2004) описывают

встречаемость пареза мимической мускулатуры не более чем у 15% пациентов [2]. Напротив, В.А. Пирогов и др. (2007) зарегистрировали поражение лицевого нерва в 81,7% наблюдений [6], а по данным D. Bandlish (2014), у всех пациентов с гигантскими ВШ отмечались проявления пареза лицевого нерва разной выраженности [10]. У наших пациентов симптомы поражения лицевого нерва при госпитализации соответствовали 2-й степени по шкале House-Brackmann и лишь в одном наблюдении – 3-й степени.

Самым частым симптомом поражения нервов каудальной группы было снижение глоточного рефлекса, другие проявления встречались значительно реже.

У 15,71% пациентов обнаружилась пирамидная симптоматика разной выраженности, т.е. чаще, чем описано в литературе [8].

Таким образом, несмотря на доступность магнитно-резонансной томографии, средняя продолжительность заболевания у пациентов с ВШ от появления первых симптомов до поступления в стационар составляет более двух лет. В подавляющем большинстве случаев эти больные поступают в нейрохирургические отделения в стадиях клинической суб- и декомпенсации, с большими и гигантскими размерами новообразований, развернутой симптоматикой поражения черепных нервов, мозжечковыми и пирамидными нарушениями, что, безусловно, отягчает прогноз заболевания. Выявление ВШ должно быть основано на тщательной оценке клинических проявлений и неврологического статуса пациентов. Полученные результаты могут оказаться полезными для участковых врачей и неврологов в ранней диагностике этих сложных опухолей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурченя Ю.В. Ближайшие и отдаленные результаты хирургии акустических невринол: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2006. 19 с.
2. Махмудов У.Б., Шиманский В.Н., Танышин С.В. Невринома слухового нерва (вестибулярная шваннома). В кн.: Клиническая неврология [ред. Коновалов А.Н.]. Т. III (Ч. 1): Основы нейрохирургии. М., 2004. С. 279–287.
3. Мойсак Г.И. Поражение ствола головного мозга у больных с внеозгловыми субтенториальными новообразованиями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2009. 29 с.
4. Гринберг М.С. Нейрохирургия. М.: МедПрессинформ, 2010. С. 443–454.
5. Никитин И.А. Большие и гигантские невриномы слухового нерва. СПб, 1997. 178 с.
6. Пирогов В.А., Смяловский В.Э., Приз И.Л., Багирь Л.В. Значение комплексной диагностики в хирургическом лечении невринол VIII нерва // Нейрохирургия. 2007. № 1. С. 19–24.

7. Тастанбеков М.М., Берснев В.П., Олюшин В.Е. и др. Хирургическое лечение невринол VIII нерва. В сб.: Материалы конференции «Поленовские чтения». СПб, 2008. С. 297–298.
8. Тастанбеков М.М., Улитин А.Ю., Олюшин В.Е. Гигантские вестибулярные шванномы: вопросы диагностики и организации медицинской помощи // Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова. 2011. № 4. С. 27–30.
9. Тастанбеков М.М. Вестибулярные шванномы гигантских размеров: особенности диагностики, клиники и хирургического лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб, 2012. 42 с.
10. Bandlish D., Biswas N., Deb S. Staging in giant vestibular schwannoma surgery: A two consecutive day technique for complete resection in basic neurosurgical setups // J. Neurosci Rural Pract. 2014. Vol. 5. P. 225–230.
11. Giordano A.I., Dominech I., Torres A. et al. Results in the Surgical Treatment of Giant Acoustic Neuromas // Acta Otorrinolaringol Esp. 2012. Vol. 63 (3). P. 194–199.
12. Jain V.K., Mehrotra N., Sahu R.N. et al. Surgery of vestibular schwannomas: an institutional experience // Neurol India. 2005. Vol. 53 (1). P. 41–45.
13. Talfer S., Dutertre G., Conessa C. et al. Surgical treatment of large vestibular schwannomas (stages III and IV) // Eur. Ann. Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2010. Vol. 127. P. 63–69.

REFERENCES

1. Burchenya Yu.V. *Extended abstract of PhD dissertation*. St.Petersburg, 2006. 19 p. (in Russian)
2. Makhmudov U.B., Shimanskii V.N., Tanyashin S.V. In.: *Klinicheskaya neurologiya [Kоновалов А.Н. ed.]. Vol. III (Pt. 1): Osnovy neirokhirurgii*. Moscow, 2004. pp. 279–287. (in Russian)
3. Moysak G.I. *Extended abstract of PhD dissertation*. St.Petersburg, 2009. 29 p. (in Russian)
4. Grinberg M.S. *Neirokhirurgiya*. Moscow: MedPressinform, 2010. pp. 443–454. (in Russian)
5. Nikitin I.A. *Bol'shie i gigantskie nevrinomy slukhovogo nerva*. St.Petersburg, 1997. 178 p. (in Russian)
6. Pirogov V.A., Smyalovskii V.E., Priz I.L., Bagir' L.V. *Neirokhirurgiya*. 2007. № 1. pp. 19–24. (in Russian)
7. Tastanbekov M.M., Bersnev V.P., Olyushin V.E. et al. *Polenovskie chteniya. Proceedings of the Conference*. St.Petersburg, 2008. pp. 297–298. (in Russian)
8. Tastanbekov M.M., Ulitin A.Yu., Olyushin V.E. *Rossiiskii neirokhirurgicheskii zhurnal im. prof. A.L. Polenova*. 2011. № 4. pp. 27–30. (in Russian)
9. Tastanbekov M.M. *Extended abstract of MD dissertation (Medicine)*. St.Petersburg, 2012. 42 p. (in Russian)
10. Bandlish D., Biswas N., Deb S. Staging in giant vestibular schwannoma surgery: A two consecutive day technique for complete resection in basic neurosurgical setups. *J. Neurosci Rural Pract*. 2014. Vol. 5. pp. 225–230.
11. Giordano A.I., Dominech I., Torres A. et al. Results in the Surgical Treatment of Giant Acoustic Neuromas. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2012. Vol. 63 (3). pp. 194–199.
12. Jain V.K., Mehrotra N., Sahu R.N. et al. Surgery of vestibular schwannomas: an institutional experience. *Neurol India*. 2005. Vol. 53 (1). pp. 41–45.
13. Talfer S., Dutertre G., Conessa C. et al. Surgical treatment of large vestibular schwannomas (stages III and IV). *Eur. Ann. Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2010. Vol. 127. pp. 63–69.

Поступила 25.05.15.