

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas

▲

▼

**STUDENTŲ
MOKSLINĖS VEIKLOS
LXXV
KONFERENCIJA**

▲

Vilnius, 2023 m. gegužės 15–19 d.
PRANEŠIMŲ TEZĖS

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė
dr. Simona KILDIENĖ*

Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė
Doc. dr. Agnė Kirkliauskienė
Prof. dr. Vaiva Hendrixson
Doc. dr. Jurgita Stasiūnienė
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė
Prof. dr. Eglė Preikšaitienė
Dr. Diana Bužinskienė
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius
Doc. dr. Saulius Galgauskas
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas
Doc. dr. Valdemaras Jotautas
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas

Dr. Ieva Stundienė
Prof. dr. Marius Miglinas
Doc. dr. Birutė Zablockienė
Inga Kisielienė
Prof. dr. Violeta Kvedarienė
Dr. Žymantas Jagelavičius
Prof. dr. (HP) Edvardas Danila
Doc. dr. Kristina Ryliškienė
Dr. Gunaras Terbetas
Prof. dr. Alvydas Navickas
Doc. dr. Rima Viliūnienė
Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis
Doc. dr. Vytautas Tutkus
Dr. Danutė Povilėnaitė
Doc. dr. Sigita Burokienė
Dr. Agnė Abraitienė
Prof. dr. Pranas Šerpytis
Prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius
Prof. dr. Vilma Brukienė
Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Doc. dr. Marija Jakubauskienė

Organizacinis komitetas:

Martyna Sveikataitė
Rafal Sinkevič
Gintarė Zarembaitė
Alicija Krasavceva
Karina Mickevičiūtė
Jogailė Gudaitė
Emilis Gegeckas
Auksė Ramaškevičiūtė
Tautvydas Petkus
Kristina Marcinkevičiūtė
Melita Virpšaitė

Gabrielė Lissauskaitė
Rosita Reivytytė
Kamilė Čeponytė
Šarūnas Raudonis
Monika Rimdeikaitė
Inga Česnavičiūtė
Tadas Abartis
Rūta Bleifertaitė
Kristijonas Puteikis
Saulius Ročka
Paulius Montvila

Agnė Timofejevaitė
Augustė Lapinskaitė
Emilis Šostak
Gratas Šepetyš
Gediminas Gumbis
Erika Ališauskienė
Indrė Urbaitė
Miglė Vilniškytė
Urtė Smailytė
Gabriela Šimkonytė
Julija Bitautaitė

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2023

© Vilniaus universitetas, 2023

DIDELĖS IR MAŽOS VESTIBULINĖS NEURINOMOS GYDYMO TAKTIKA IR IŠEITYS: KLINIKINIŲ ATVEJŲ PALYGINIMAS

Darbo autorė. Greta SENKEVIČIŪTĖ (V kursas).

Darbo vadovė. Donata VAITKŪNAITĖ-ZUBRIAKOVIENĖ, VUL SK Ausų, nosies, gerklės ligų centras.

Įvadas. Vestibulinė neurinoma yra gerybinis navikas, išsivystantis iš prieangio ir sraigės nervo Švano ląstelių. Neurinomos gydomos mikrochirurgija, radiochirurgija arba stebimos. Gydymo taktika varijuoja, nes sudėtinga pasirinkti efektyviausią gydymą su geriausiomis funkcinėmis išeitimis konkrečiam pacientui. Dėl to aktualu analizuoti praktinę patirtį skirtingo dydžio neurinomų gydyme ir mokslinius tyrimus.

Darbo tikslas. Palyginti klinikinius atvejus ir aptarti literatūroje rekomenduojamas gydymo taktikas.

Darbo metodika. Analizuotos pacientų ligos istorijos iš medicininės dokumentacijos. Ligos istorijų duomenys palyginti tarpusavyje ir su naujausia mokslinė literatūra Pubmed duomenų bazėje.

Atvejo (atvejų serijos) aprašymas.

Pacientas A: 57erių moteris konsultuota neurochirurgo dėl galvos skausmo, svaigimo, kairės veido pusės tirpimo. Pacientei anksčiau diagnozuotas abipusis neurosensorinis klausos sutrikimas (dešine ausimi visiškai nebegirdėjo keletą metų, nešiojo klausos aparatą kaire ausimi). Galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografijoje (MRT) rasta 2,5x2,1x1,9 cm vestibulinė neurinoma kairėje su tilto ir smegenėlių spaudimu. Po 3 mėn. pacientė operuota mikrochirurgiškai. Navikas pašalintas sėkmingai, tačiau operacijos pabaigoje neišgauti veidinio nervo iššauktieji potencialai. Po 1 mėn. konsultuota otorinolaringologo: skundėsi prasta klausa abiem ausimis, galvos svaigimu, neužsimerkiančia kaire akimi ir nusvirusiu veidu kairėje. Audiogramoje kairė ausis/ dešinė ausis (AS/AD) >120/120 dB, vestibulospinalinių mėginių metu svyra kairėn, spontaninis nistagmas į dešinę, vestibulookulinis refleksas (VOR) sutrikęs kairėje. Gydyta *sol. Pentoxiphyllini i/v* (100mg/5ml, N7), *sol. Dexamethasoni i/r.* (8mg, N7) Po 1 mėn. – be dinamikos, rekomenduota galvos-kaklo chirurgo konsultacija, klausos aparatas dešinei ausiai dėl veidinio nervo ir klausos reabilitacijos. Po 2 mėn. operuota dėl veido paralyžiaus. Po 3 mėn.: išlieka prasta klausa, pusiausvyra pagerėjusi, lėta teigiama dinamika po veido paralyžiaus operacinio gydymo. Audiologinis ištyrimas be dinamikos, audiograma su klausos aparatais AS/AD >90dB/>90dB – pacientei labai sunkus klausos pažeidimas ir aparatų efektas nepakankamas. Atlikta kochlearinė implantacija dešinėje.

Pacientas B: 40 metų vyras, konsultuotas otorinolaringologo dėl kelis mėnesius trunkančio epizodinio galvos svaigimo. Galvos MRT: 4,3x2,7x2,5 mm vidiniame klausos kanale maža vestibulinė neurinoma kairėje. Otorinolaringologinis ištyrimas – norma. Rekomenduota otorinolaringologo konsultacija ir galvos MRT po 1 metų, *tab. Betahistidini* 24 mg po 1 tab. 2 kartus per dieną. Atsinaujinus svaigimui, po 6 mėn. konsultuotas neurochirurgo, rekomenduota tęsti stebėjimą. Po 2 mėn., suintensyvėjus svaigimui, pakartotinai konsultuotas otorinolaringologo. Vestibulospinalinių mėginių metu pacientas sviro į kairę, spontaninis nistagmas į dešinę, VOR sutrikęs į kairę, galvos greito purtymo mėginys – nistagmas sustiprėjo, kairės pusės vestibulinės sistemos hipofunkcija kalorimetriniame mėginyje. Rekomenduota vestibulinė reabilitacija, galvos MRT, neurochirurgo konsultacija. Po 1 mėn. konsultuotas neurochirurgo, gydytas Gama peiliu. Po radiochirurgijos MRT neurinoma sumažėjo. Po 1,5 metų konsultuotas otorinolaringologo: pusiausvyros sutrikimas reikšmingai sumažėjo, prikurtimo nepastebėjo.

Rezultatai. Didelės vestibulinės neurinomos, spaudžiančios smegenų kamieną, pirmiausia gydamos mikrochirurgija siekiant pilnai rezekuoti naviką, kaip pacientės A atveju. Tačiau operuojant yra didelė veidinio nervo pažeidimo ir kurtumo rizika – tą iliustruoja pacientės A pooperacinės išeitys. Alternatyvus gydymas – subtotalinė rezekcija ir pooperacinė radiochirurgija arba tik radiochirurgija, jei nėra smegenų kamieno spaudimo. Taip gydant mažesnė kurtumo ir veidinio nervo pažeidimo rizika. Pacientei A buvo labai svarbu išsaugoti kairės ausies klausą, nes ji jau buvo kurčia dešine ausimi, taigi buvo galima apsvarstyti subtotalinės rezekcijos ir radiochirurgijos pasirinkimą vietoje pilnos naviko rezekcijos. Mažos besimptomės neurinomos stebimos. Radiochirurgija pasirenkama neurinomai didėjant arba atsiradus simptomams. Pacientas B pradžioje stebėtas, nes nebuvo neurinomos didėjimo požymių, klausos sutrikimo, o radiochirurgija susijusi su klausos prastėjimo rizika. Vėliau taikyta radiochirurgija, nes kliniškai įtartas neurinomos progresavimas. Stebėjimo intervalai ir radiochirurginio gydymo išeitys atitinka duomenis literatūroje.

Išvados. Didelės neurinomos gydomos mikrochirurgiškai, radiochirurgiškai arba šių metodų kombinacija. Mažos neurinomos stebimos arba taikoma radiochirurgija ir jų gydymo išeitys geresnės. Pacientams pasirinktos gydymo taktikos ir išeitys iš esmės atitiko literatūros duomenis. Pacientės A gydymo rezultatai ir išeitys galimai galėjo būti geresni pasirinkus kombinuotą gydymą.

Raktažodžiai. Gama peilis; mikrochirurgija; vestibulinė neurinoma.