

ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Т.Б. Людчик, О.М. Базык-Новикова

Белорусский государственный медицинский университет

Мимическая мускулатура играет ключевую роль в выражении эмоций человека. Нарушение нормального функционирования различных отделов лица влечет за собой тяжелую психо-эмоциональную травму пациента, вызывая нарушение коммуникации и социальной адаптации человека.

Минимизация повреждения лицевого нерва является одной из важнейших задач хирургии околоушной области и делает необходимым постоянное совершенствование старых и развитие новых методик вмешательств на околоушной слюнной железе.

Околоушная слюнная железа характеризуется сложным анатомо-топографическим взаимоотношением с лицевым нервом. Изучению расположения ветвей лицевого нерва в толще железы посвящены многочислен-

ные исследования, из которых можно сделать вывод, что топография его чрезвычайно изменчива, а нервы широко анастомозируют друг с другом. Нет четкой закономерности как в количестве, так и локализации ветвей лицевого нерва, но общепринято выделять пять основных групп ветвей: височные, скуловые, щечные ветви, краевую и шейную ветви. Верхние отделы нерва чаще образуют анастомозы друг с другом, в то время как краевая ветвь в большинстве случаев определяется как одиночная структура [1, 2]. Симметричность расположения ветвей у одного человека справа и слева наблюдается только в 30–53% случаев [2]. Учитывая выше изложенное, становится очевидным, что вмешательства на околоушной железе сопряжены со значительными техническими трудностями. Во время оперативного вмешательства на околоушно-жевательной области при необходимости выделения лицевого нерва традиционно используется две основные методики: антеградное и ретроградное выделение нерва. Антеградная методика подразумевает выделение ствола лицевого нерва в месте его выхода из шило-сосцевидного отверстия и постепенное препарирование в направлении к периферии. При ретроградной методике первоначально выделяются периферические ветви, а при необходимости продолжают выделение до выхода на ствол нерва.

По данным литературы, наиболее часто используется антеградный доступ. Исследования, проведенные British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons National Directory в 2006 г., показали, что из 294 опрошенных врачей челюстно-лицевых хирургов 87% регулярно используют антеградный доступ при операциях на околоушной железе, 4% используют ретроградную методику для выделения лицевого нерва и только 9% врачей-хирургов используют обе методики постоянно, комбинируя их в зависимости от конкретной клинической ситуации во время оперативного вмешательства [3]. Много факторов влияют на частоту развития послеоперационной нейропатии лицевого нерва. Они включают возраст, пол, морфологические характеристики, локализацию и размер образования, анатомические особенности, объем резекции железы и связанная с ней протяженность выделяемого нерва. Отягощающими факторами являются тучность пациентов, гиперстеническая конституция, а также вмешательства по поводу рецидива образования в ранее оперированной железе.

В настоящее время среди авторов нет единого мнения о наиболее оптимальной методике выделения лицевого нерва в ходе операции на околоушной железе, хотя в последнее десятилетие проводился ряд исследований в этом направлении. O'Regan B. показал, что при использовании ретроградной методики временная нейропатия лицевого нерва развивается чаще, чем при антеградной, но восстановление функции нерва идет быстрее. Постоянная нейропатия, по данным различных авторов, встречается от 2,5 до 5% при антеградной методике. Частота постоянной нейропатии у O'Regan B. составляет 1% при ретроградном доступе к нерву.

Wang D.Z. не описывает ни одного случая постоянной нейропатии у 384 пациентов, оперированных по ретроградной методике [4]. Klintworth N. проанализировал результаты оперативного лечения 346 пациентов с доброкачественными образованиями околоушной железы. Всем пациентам проводилась удаление образования с частичной резекцией околоушной слюнной железы. При этом проводилась диссекция только тех ветвей лицевого нерва, которые прилегали к зоне резекции. В послеоперационном периоде по данным автора функция лицевого нерва оставалась сохранной в 91,8% случаев. Только в 8 случаях (2,1%) развилась постоянная нейропатия лицевого нерва, причем в 7 из них — нейропатия краевой ветви [5].

Преимущественное поражение краевой ветви в послеоперационном периоде описывают и другие авторы. Так, Emodi O. отмечает развитие нейропатии краевой ветви у 6 пациентов из 18 прооперированных антеградным доступом и у 2-х из 30 прооперированных ретроградным доступом [6]. По данным Sharma R., из 17 оперированных пациентов с образованиями околоушной железы спустя 6 мес. сохранялась нейропатия краевой ветви у 4 пациентов (23%) [7].

Цель работы — анализ риска развития нейропатии лицевого нерва в зависимости от локализации образования и используемой методики выделения нерва в ходе операции.

Материал и методы. Ретроспективно было изучено 113 протоколов операций пациентов, госпитализированных в 1-е отделение челюстно-лицевой хирургии 11-й ГКБ за 2011–2013 гг. с образованиями околоушной слюнной железы. Проанализирована половая структура пациентов, выявлена основная опухолевая патология и наиболее частая локализация образований в условно выделенных нами секторах железы. При анализе полученных данных наибольший интерес представляла используемая методика выделения лицевого нерва в ходе операции. Отдаленные результаты проанализированы на основании контрольного осмотра 87 пациентов, прооперированных в 2011–2012 гг. Проанализирован риск развития нейропатии в зависимости от локализации образования, а также от используемой методики выделения нерва.

Результаты и их обсуждение. В клинике кафедры челюстно-лицевой хирургии на базе профильного отделения 11-й ГКБ г. Минска используется органосохраняющая микрохирургическая методика операций при доброкачественных образованиях околоушной железы [8]. Был проведен анализ 113 историй болезней пациентов, прооперированных в 2011–2013 гг. Из общего числа женщин было 77 (68%), а мужчин — 36 (32%). В большинстве случаев опухоли относились к плеоморфным аденомам — в 83 (73%) случаях, к аденолимфомам — в 17 (15%). У остальных 13 (12%) пациентов диагностированы другие доброкачественные опухоли, такие как кисты — 3 (3%), миоэпителиома — 1 (1%), мономорфные аденомы — 3 (3%), невринома — 1 (1%); 5 (4%) па-

циентов прооперировано по поводу рецидива плеоморфной аденомы. Образование удалялось под контролем операционного микроскопа единым блоком с прилегающей железистой тканью в объеме субтотальной (образование размером 3 см и более, в 71 (63%) случае) или частичной резекции доли железы (5 случаев, или 31%). Паротидэктомия с сохранением лицевого нерва выполнена в 7 (6%) случаях.

В зависимости от локализации образования в начале операции проводится нанесение на кожу ориентиров возможного прохождения интересующих ветвей лицевого нерва. Установлена преимущественная локализация образований в зоне щечной и краевой ветвей лицевого нерва в 85 (75%) случаев, причем только краевая ветвь выделялась в 21 (19%) случаях. В большинстве операций выделение ветвей проводилось ретроградно — 96 (85%) и было ориентировано на первоначальное нахождение основного выводного протока (щечная ветвь) или зачелюстной вены (краевая ветвь).

При ретроспективном анализе послеоперационного лечения 87 пациентов, прооперированных в 2011–2012 гг., через 6–12 мес. после выписки из стационара было установлено, что у 7 (8%) пациентов из 87 прооперированных сохраняются признаки нейропатии лицевого нерва. Из них в 4 (57%) случаях сохраняется нейропатия краевой ветви, в 2 (29%) — сочетание краевой и щечной ветвей, а в 1 (14%) — щечной и скуловой. Из этих 7 пациентов у 3 (42%) образование локализовалось в центральном отделе глубокой доли и сопровождалось выделением ствола и всех ветвей. В 2 (29%) случаях проводилась паротидэктомия с сохранением лицевого нерва (рецидив и множественная закладка опухоли), в 2 (29%) случаях образование локализовалась в нижнем отделе поверхностной доли, и проводилось ретроградное выделение краевой ветви с использованием зачелюстного доступа.

Заключение. Образования околоушной железы преимущественно локализуются в центрально-нижних отделах железы, и в большинстве случаев резекция осуществляется в зоне расположения краевой и щечной ветвей. Краевая ветвь в основном определяется как одиночная структура и анастомозы с другими ветвями практически отсутствуют, поэтому в послеоперационном периоде повышается вероятность развития нейропатии краевой ветви. Максимальный риск развития нейропатии наблюдается при локализации образования в центральном отделе глубокой доли. Наиболее частая локализация образований в центрально-нижних отделах и микрохирургическая методика диссекции слюнной железы дают основания считать ретроградную методику выделение ветвей лицевого нерва обоснованной.

STUDY OF FACIAL NERVE MORBIDITY DURING PAROTID SURGERY

T.B. Liudchyk, V.M. Bazyk-Novikova

We reviewed 113 patients who underwent excision of benign parotid tumors between 2011–2013 at the 11th Minsk-city Municipal Hospital, Division of Oral and Maxillofacial Surgery. The facial nerve was dissected using an antegrade and retrograde approaches. In most cases the tumours localized in the central or lower part of parotid gland, mainly buccal and marginal mandibular branches were dissected. The marginal mandibular branch had no anastomosis with other branches. After 6 month 4 (57%) patients had marginal mandibular nerve paresis, 2 (29%) — marginal mandibular and buccal branches weakness and 1 (14%) buccal and zygomatic branches dysfunction.

Литература

1. Пачес, А.И. Опухоли слюнных желез / А.И. Пачес, Т.Д. Таболинская. — М.: Практ. медицина, 2009. — 470 с.
2. Anatomy of the facial nerve branching patterns, the marginal mandibular branch and its extraparotid ramification in relation to the lateral palpebral line / E. Weerapant [et al.] // Asian Biomed. — 2010. — Vol. 4, № 4. — P. 603–608.
3. O'Regan, B. Techniques for dissection of the facial nerve in benign parotid surgery: a cross specialty survey of oral and maxillofacial and ear nose and throat surgeons in the UK / B. O'Regan, G. Bharadwaj, A. Elders // Br. Oral Maxillofac. Surg. — 2008. — Vol. 46. — P. 564–566.
4. Facial nerve morbidity after retrograde nerve dissection in parotid surgery for benign disease: A 10-year prospective observational study of 136 cases / B. O'Regan [et al.] // Br. Oral. Maxillofac. Surg. — 2007. — Vol. 45. — P. 101–107.
5. Postoperative complications after extracapsular dissection of benign parotid lesions with particular reference to facial nerve function / N. Klintworth [et al.] // Laryngoscope. — 2010. — Vol. 120. — P. 484–490.
6. Superficial parotidectomy versus retrograde partial superficial parotidectomy in treating benign salivary gland tumor (pleomorphic adenoma) / O. Emodi [et al.] // J. Oral. Maxillofac. Surg. — 2010. — Vol. 68, № 9. — P. 2092–2098.
7. Sharma, R. Proximal and distal Facial nerve exploration during superficial parotidectomy / R. Sharma, D. Sirohi // J. Maxillofac. Oral. Surg. — 2010. — Vol. 9, № 2. — P. 150–154.
8. Ластовка, А.С. Органосохраняющая микрохирургия больших слюнных желез / А.С. Ластовка. — 2-е изд, доп. — М.: БГМУ, 2008. — 164 с.