

Базык-Новикова О. М.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Людчик Т. Б

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

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.

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.

В клинике кафедры челюстно-лицевой хирургии на базе профильного отделения 11 ГКБ г. Минска используется органосохраняющая микрохирургическая методика операций при доброкачественных образованиях околоушной железы. Образование удаляется под контролем операционного микроскопа единым блоком с прилежащей железистой тканью в объеме субтотальной или частичной резекции доли железы. Препарирование и выделение ветвей лицевого нерва осуществляется в большинстве случаев ретроградно и выделяются только те ветви, которые прилежат к зоне резекции [8, 112-114]. В зависимости от локализации образования в начале операции проводится нанесение на кожу ориентиров возможного прохождения интересующих ветвей лицевого нерва. Анализ 87 проведенных операций за 2011-2012 г. показал, что 60 (69%) с плеоморфными аденомами, 16 (18%) с аденолимфомами, 11 (13%) с другими доброкачественными опухолями. Установлена преимущественная локализация образований в зоне щечной и краевой ветвей лицевого нерва в 46 (53%) случаев. В большинстве операций выделение ветвей проводилось ретроградно, и было ориентировано на первоначальное нахождение основного выводного протока (щечная ветвь) или зачелюстной вены (краевая ветвь). Показатели послеоперационной нейропатии 1-2 по шкале HBS (House-Brackman Scale). Ретроспективный анализ послеоперационного лечения через 6-12 месяцев показал, что в 96% случаев произошло полное восстановление функции ветвей лицевого нерва.