

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАЛИЧАМИ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ЛИЦА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ТИППМК

Ключевые слова: тонкопрофильная ткань, никелид титан, статическое подвешивание, параличи мимических мышц.

Актуальность. Деформации лица, наступающие в результате нарушения проводимости лицевого нерва вследствие различных его заболеваний или повреждений, имеют весьма сложную клиническую картину [1]. Лицевой нерв иннервирует все мимические мышцы лица и век за исключением мышцы, поднимающей верхнее веко, которую иннервирует п. oculomotorius [5]. В настоящее время при лечении этой категории больных придерживаются следующего принципа - до развития атрофических изменений в парализованных мышцах применяют пластические операции на лицевом нерве, которыми занимаются нейрохирургии. При этом наилучшим сроком нейропластики при травматических параличах мимических мышц считается срок до 2-3 месяцев после получения травмы, а при невритах инфекционной этиологии - 3-6 месяцев. Предельный срок нейропластики, по мнению некоторых авторов, считается трехлетняя давность патологии [4].

В тех случаях, когда нельзя ожидать эффекта от нейропластики [1], проводят паллиативные операции - миопластику и корригирующие операции на мимических мышцах.

На сегодняшний день существуют несколько направлений в проведении таких хирургических вмешательств:

- динамическое подвешивание парализованных тканей лица (мышечная пластика);
- статическое подвешивание парализованных тканей лица с применением различных материалов;
- кинетическое подвешивание (подвешивание парализованных тканей к венечному отростку нижней челюсти);
- корригирующие операции (миотомия на здоровой стороне, пластика мягкими тканями и т.д.).

Настоящее сообщение относится к разделу статического подвешивания мимических мышц, для этой категории больных следует отметить, что на сегодняшний день существуют различные материалы, с помощью кото-

рых осуществляется указанное хирургическое вмешательство.

Одни хирурги для этих целей в клинической практике наиболее широко используют сухожильные или фасциальные полосы широкой фасции бедра [8].

В последние годы для статического подвешивания мимических мышц этой категории больных ряд хирургов применяют гофрированные протезы кровеносных сосудов, а при устранении деформирующегоптоза брови используют четыре лавсановых шва, зафиксировав их концы на тканях брови и к апоневрозу надкостницы волосистой части головы [10]. В литературе также известно использование для этих целей сложной сетчатой структуры из тантала, синтетических материалов (капрон, шелк, металлические, полиамидные и др. нити).

Техника оперативных вмешательств при использовании этих материалов разработана достаточно. Однако при удовлетворительном исходе хирургических вмешательств их эффективность в большинстве случаев оказывается кратковременной. Причиной этому является частое прорезывание металлических, синтетических и даже аллогенных нитей, смещение подвешиваемых конструкций, образование вокруг проволочных конструкции фиброзной капсулы, ослабление их эластичности, резорбция сухожильно-фасциальных полосок и т.д. Нагноительные процессы в послеоперационном периоде способствуют также прорезыванию швов. Кроме того, в соответствии с законом земного тяготения, действующего преимущественно в вертикальном направлении, все подвешенные материалы имеют тенденцию к сползанию вниз [11]. Все вышеперечисленные факты могут способствовать возникновению рецидива патологии.

В последние годы в связи с бурным развитием медицинской науки в НИИ медицинских материалов и имплантатов г. Томска разработан новый класс материалов из спла-

ва никелида титана. Одной из разновидностей разработанного материала является тонкопрофильный тканевой никелид-титан, обладающий совместимостью с тканями организма по биохимическим, биомеханическим, биофизическим и биологическим параметрам, которые были доказаны многочисленными экспериментальными исследованиями (ММС ПФ, 1998). Следует отметить, что нити указанного материала содержат многочисленные поры, которые усиливают эффект их смачиваемости биологическими средами (кровью, тканевой жидкостью и т.д.), тем самым повышают интеграционную их способность. Материал не резорбируется и, благодаря указанным выше характеристикам, в организме ведёт себя подобно живым тканям.



Рис. 1. Тонкопрофильная ткань из никелида титана

Цель: совершенствование хирургического лечения больных с параличами мимических мышц лица.

Достижимость результата предлагаемого нами метода у этой категории больных демонстрируется иллюстрацией клинического наблюдения.

Пример. Больной А., 35 лет, и/б № 1897/82. Находился в Центре взрослой челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра с 08.02. по 23.02.2010г. Поступил с жалобами на деформацию левой половины лица, вызывающей эстетический дискомфорт, лабильность психики. 3 года назад попал в автокатастрофу и в бессознательном состоянии доставлен в реанимационное отделение. Придя в сознание, понял, что получил травму левой височной области, сочетающуюся с черепно-мозговой травмой, с повреждением барабанной перепонки. В процессе нахождения и лечения в стационаре было обнаружено повреждение лицевого нерва. Принимал соответствующее лечение и был выписан с рекомендацией долечивания рассасывающими средствами в амбулатор-

ных условиях. Соответствующий курс лечения проводился повторно еще 2 раза, однако улучшения не наступало.

При обследовании со стороны клинко-лабораторных данных патологии не выявлено. При местном осмотре отмечается асимметрия лица за счет смещения левой брови вниз. При взгляде вверх левая бровь, по отношению к правой, сильно отстает, отмечается полная ее адинамия. Симптом подмигивания отрицательный. Установлен диагноз: "Посттравматический деформирующий птоз левой брови". Указанный диагноз подтвержден невропатологом.



Рис. 2. Больной А., 35 лет. Деформирующий птоз левой брови - до операции

12.02.2010г. под общим обезболиванием произведена операция "Статическое подшивание левой брови к апоневрозу надкостницы лобной области". Для этого в волосистой части лобной области произведен разрез длиной около 4 см до апоневроза. Второй разрез аналогичного размера произведен в надбровной дуге, также до апоневроза. Под разрезами создан тоннель по ширине каждого разреза. Выполнен гемостаз. В созданный тоннель в соответствии с его ложем установлена тонкопрофильная ткань из никелида титана, которая подшита к мышцам брови никелид-титановыми нитями.

Далее данный комплекс подтянут вверх, и в состоянии некоторой гиперкоррекции ушит к апоневрозу надкостницы лобной области. Для достижения лучшего эстетического результата одновременно на верхнем участке раны иссечена серповидная полоска кожи.

Операция завершена с оставлением резинового выпускника и ушиванием кожных ран никелид-титановой нитью.

В послеоперационном периоде больной получал обезболивающие, антигистаминные



Рис. 3. Тот же больной. Момент установки тонкопрофильной ткани из никелида титана в созданное ложе.



Рис. 5. Тот же больной. Момент иссечения серповидной полоски.

средства. Был выписан на 7 день после операции.

Контрольный осмотр через 5 месяцев. Жалоб пациент не предъявляет. При внешнем осмотре отмечается полное восстановление симметричности лица. Проведенным лечением больной доволен.

Аналогичное хирургическое лечение с применением тонкопрофильной ткани из никелида титана нами проведено еще у 2 пациентов с параличами мимических мышц с хорошими исходами. Никаких осложнений у наблюдаемых нами больных не было выявлено.

Таким образом, тонкопрофильная ткань из никелида титана на сегодняшний день является лучшим и перспективным материалом при проведении хирургических вмешательств такого класса. Она лишена недостатков, которые отмечаются у других материалов. Биосовместимость, отсутствие резорбции и наличие высокой интеграции позволяет рекомендовать её специалистам для использования в хирургической практике.



Рис. 7. Тот же больной после операции через 5 месяцев.

Выводы. Таким образом, применение тонкопрофильной ткани из никелида титана при хирургическом лечении больных с параличами мимических мышц лица значительно повышает эффективность проводимых вмешательств. Наличие многочисленных пор в нитях ткани усиливает эффект смачиваемости материала биологическими жидкостями и позволяет оптимально интегрироваться с тканями реципиентной зоны. Большая площадь соприкосновения с раневой поверхностью, отсутствие резорбции материала обеспечивают стабильный результат, полученный во время хирургического вмешательства, на длительный срок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой области: в 2-х томах. М.: Медицина, 2000. Т.1 776 с.
2. Буриан Ф. Атлас пластической хирургии: в 2-х томах. М.: Медицина, 1971. Т.1 56 с.
3. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области / под ред. А.И. Неробеевой. М.: Медицина, 1997. С. 194-217
4. Гребенюк В.И., Куприна Ю.В. Хирургическое лечение параличей мимических мышц. Медицина: Ленинградское отделение, 1964. 154с.
5. Золотарева Т.В., Топоров Д.Н. Хирургическая анатомия головы. М.: Медицина, 1968. С. 102-119
6. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / под ред. В.Н. Бамлина. СПб.: СпецЛит, 1998. С. 287-303
7. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы / под. ред. проф. В.Э. Гюнтера. Томск: Издательство Томского университета, 1998. С. 375-395

8. Молчанов К.А. К вопросу об оперативном лечении последствий периферических параличей лицевого нерва // Советская медицина. М. 1953. №6. С.26-28.
9. Шакиров М.Н. Хирургическое лечение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с применением имплантатов с памятью формы: Автореф. дис. ... док. мед. наук. Душанбе, 2003.
10. Ягизаров М.Э. Планирование и принципы местно-пластических операций при стойком параличе мимических мышц // Акта хирургия пластице. Прага. 1968. №1-10. С.34-35.
11. Demar M., Bonneton N. La litting vertical profound: Evolution dun concept // Ann Chir Plast. Esther. 1995. Vol 40, №4. P.327-338.

Шакиров М.Н.

Совершенствование хирургического лечения больных с параличами мимических мышц лица

При лечении больных с параличами мимических мышц для проведения статического их подвешивания автором использовалось тонкопрофильная ткань из никелид титана, подробно описан ход операции. Применяемый материал лишен недостатков традиционно используемых и обладает высокой степенью интеграции с реципиентной зоной.

Шакиров М.Н.

Мукаммалкунии табобати чарроҳии беморон бо фалачи мушакҳои мимикии руй.

Хангоми табобати беморон бо фалачи мушакҳои мимикӣ бо мақсади овезаи статикии мушакҳо аз ҷониби муаллифон бофтаи профилан тунуки аз никелид титан истифода бурда шудааст, ки дар рафти чарроҳӣ муфассал тасвир шудааст.

Маводи истифодашаванда аз камбудихое, ки дар маводҳои маъмули истифодашаванда ҳастанд озод буда, дорои дараҷаи баланди интеграсиони дар мавзӯи ресипиенти мебошад.

Shakirov M.N.

Improvement surgical treatment of sick with palsy of the mimic muscles

At treatment sick with palsy of the mimic muscles for undertaking statically their hang up author was used thinprofile fabrics from nikelid titanium, is in detail described move to operations. The Applicable material is deprived defect traditionally used and possesses the high degree to integrations with perceiving zone.