

КОНЦЕПЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРЕЗА МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПРИ БОЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Ким-Скалийчук Б.В.¹, Гайворонский А.И.², Янмаев В.В.¹, Клишевич И.А.²

¹ Военно-медицинский институт в УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь;

² ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

Поражение черепно-мозговых нервов в общей структуре боевых повреждений периферической нервной системы встречаются редко и согласно данным «Опыта советской медицины в Великой Отечественной войне» на их долю пришлось лишь 0,15%. Хирургия лицевого нерва занимает особое место среди боевых повреждений черепных нервов, в связи с тем, что данный нерв, по мнению авторов, повреждается наиболее часто. Клиническая картина типична, представлена стойким ипси- или контралатеральным параличом мимической мускулатуры, однако своевременное оперативное лечение таких пациентов значительно повышает шансы на восстановление. Хирургическое пособие при таких повреждениях разнообразно: шов нерва «конец-в-конец», невротизация, кросс-пластика, реконструктивные операции с использованием свободного мышечного лоскута. Вопрос выбора тактики хирургического лечения боевых повреждений лицевого нерва остается дискуссионным, ввиду частого повреждения головного мозга ранящими снарядами, что определяют лечение в первую очередь проникающего ранения; повреждения пирамиды височной кости, структур височно-нижнечелюстного сустава, обширные ранения мягких тканей лица. При повреждении пирамиды височной кости с нарушением целостности канала лицевого нерва, верифицированном при проведении лучевых методов диагностики, а также с полным блоком проводимости по результатам электронейромиографии предпочтительно выполнение невротизации лицевого нерва жевательным или другими альтернативными донорами, в острый период повреждения. В случае повреждения височно-нижнечелюстного сустава первоначально необходимо выполнение реконструктивного вмешательства в данной области, и лишь после этого правомочно принятие решения о шве нерва при незначительном диастазе, невротизации и/или кросс-пластике лицевого нерва – при значительном, при полном его анатомическом перерыве в остром или раннем периоде. В случае ранения мягких тканей височно-челюстной области с полным перерывом лицевого нерва также возможно рассмотрение варианта шва, невротизации или кросс-пластики его. В случае наличия проводимости по лицевому нерву вне зависимости от

уровня повреждения по данным ЭНМГ, рекомендуется динамическое наблюдение с проведением соответствующей консервативной терапии, реабилитации в течение 3 месяцев. Важным аспектом диагностики повреждений лицевого нерва является меньшая распространенность применения ультразвукового исследования, в связи с прохождением нерва в костном канале. Стоит отметить, что любые оперативные вмешательства на лицевом нерве возможны лишь после полного заживления огнестрельных ран смежных областей. Также, стоит учитывать и общее состояние больного с проникающим ранением черепа и головного мозга и повреждением лицевого нерва, зачастую таким больным реконструктивные операции не проводятся ввиду тяжести повреждения вещества головного мозга.

Таким образом, выбор тактики хирургического лечения боевых повреждений лицевого нерва представляет собой многофакторный процесс, включающий оценку неврологического дефицита, данных лучевых и электро-физических методов исследования, повреждения смежных зон и необходимости хирургического лечения таких ранений в первую очередь, а также определения оптимального периода, для проведения реконструктивного вмешательства на лицевом нерве.