

ПРИМЕНЕНИЕ РОТАЦИОННЫХ ЛОСКУТОВ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ КОЖИ ЛИЦА И ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Ю.Ю. Федоров, Т.Н. Корнева

ОКБ №1

При закрытии дефектов кожи лица и волосистой части головы преимущество имеет способ, дающий наилучший косметический и функциональный результат. На наш взгляд, предпочтение следует отдавать приемам местной пластики, позволяющей заместить изъян однородными тканями, особенно для восстановления волосяного покрова при устранении дефекта кожи волосистой части головы.

С 1993 г. с этой целью мы стали широко применять ротационные кожно-подкожные и кожно-фасциальные лоскуты, проведя 48 операций больным в возрасте от 12 до 56 лет.

При этом 8 пациентам были устранены дефекты кожи щечной и подглазничной области после иссечения новообразований, 6 – после иссечения рубцовых изменений ткани лба, 6 – после иссечения новообразований кожи лба, 6 – дефекты мягких тканей лба после перемещения лоскута для реконструкции орбитальной области, 10 – посттравматические дефекты мягких тканей волосистой части головы, 12 – послеожоговые ампелции.

Операцию проводили под эндотрахеальным наркозом 40 больным, под внутривенным обезболиванием – лишь 8, что связано с небольшой площадью перемещаемых тканей. Дополнительно всем пациентам инфильтрировали мягкие ткани 0,5%-ным раствором тримекаина с адреналином. В послеоперационном периоде назначали мест-

ную гипотермию на область вмешательства, обезболивание анальгетиками ненаркотического ряда в сочетании с антигистаминными препаратами.

При обширных послеожоговых деформациях у 16 больных, когда неповрежденной кожи было недостаточно для восполнения дефекта, мы применяли метод тканевого растяжения с помощью отечественных эндоспандеров. Хирургическое лечение проводилось в два этапа. Сначала эспандер имплантировали в близлежащие области. Процесс тканевого растяжения занимал 6-8 недель. Затем иссекали ожоговую ткань, а образовавшийся дефект кожи устранили ротационным лоскутом из растянутых тканей.

Анализ результатов лечения 48 больных, прооперированных данным способом, показал, что восстановленный кожный покров однороден по структуре и цвету с окружающими тканями. Приживление и нормализация этих тканей происходит в более короткие сроки по сравнению с любым другим способом кожной пластики. Лишь у одной больной после иссечения новообразования на лице был отмечен некроз части перемещенного лоскута, что потребовало корригирующей операции через один год.

На наш взгляд, полученные хорошие функциональные и эстетические результаты позволяют избежать операционных "издержек" в виде дополнительных рубцов.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

В.П. Журавлев

УГМА

Проблема невралгии тройничного нерва, впервые описанная около двухсот лет назад, только в последние годы обрела системное понимание в плане этиологии, патогенеза, диагностики и лечения.

Невралгия тройничного нерва (НТН) – это симптомокомплекс, характеризующийся приступами мучительных кратковременных болей в зоне иннервации одной или несколь-

ких ветвей тройничного нерва, чаще всего с вовлечением второй и третьей ветвей, обычно с одной стороны. Правосторонние поражения встречаются в 2 раза чаще, проявление болей в области первой ветви отмечается у 3-8% больных, болят одинаково и мужчины, и женщины, у 68% больных заболевание развивается в возрасте после 50 лет [1].

Возникновение НТН вызвано появлени-

ем в периферических отделах тройничного нерва (ТН) очагов подпорогового раздражения, которые приводят к формированию в центральных структурах ядра спинномозгового пути ТН, и связанных с ними образований, аллогенной системы пароксизмального типа [2]. В настоящее время широко распространено мнение о ведущем значении в этиологии НТН сосудистой компрессии на чувствительный корешок ТН [3].

Патогенез НТН обусловлен периферическим очагом раздражения, являющимся пусковым моментом во всем последующем многообразии взаимодействия центральных отделов с периферическими ветвями. Поэтому, основная задача в решении проблем НТН – выявление причин ее развития в начальной стадии заболевания и применение методов лечения, предупреждающих появление рецидивов.

Проведенные нами исследования 98 больных с тяжелыми формами НТН показали, что у 63% пациентов с выраженным болевым синдромом установлены изменения со стороны подглазничных и нижнечелюстных каналов. Состояние каналов изучалось рентгенологическими методами: ортопантомографией и томографией. Однако у 16,5% больных стенок каналов выявить не удалось, у 32% – стенки каналов и их просветы не отличались от таковых на здоровой стороне. По нашему мнению рентгенологический метод исследования таких тонких структур грешит субъективизмом, приблизителен и не может быть использован в научных целях.

Представляется, что обследование больного НТН должно проводиться на предмет выявления тонких изменений со стороны подглазничных и нижнечелюстных каналов, исключения сосудистой компрессии на чувствительный корешок ТН, наличия опухоли центральной нервной системы и челюстно-лицевой области. Исходя из этого, обследование и выбор лечения возможны лишь в многопрофильном лечебном учреждении, имеющим современное отделение лучевой диагностики, челюстно-лицевой и нейрохирургическое отделения.

Для установления взаимоотношений стенок каналов и нервно-сосудистых пучков нами разработаны новые способы выявления патологии со стороны костных структур, в которых проходят периферические ветви ТН. Например, в тех случаях, когда обычными способами не удастся выявить стенки

подглазничных каналов проводится контрастное их исследование. Оно заключается в том, что после проведения проводниковой анестезии подглазничных нервов вводится 0,5-0,7 мм 40%-ного урографина или 57%-ного верографина в подглазничные каналы и выполняется ортопантомография или компьютерная томография (КТ) подглазничных каналов. В большинстве случаев этот способ дает возможность установить изменение стенок и просвета каналов, а также взаимоотношение нервно-сосудистого пучка со стенками канала. Данная диагностическая процедура позволила выявить изменения в виде сужения канала у 8 больных из 14 (обычные методы изменений не показали). При проведении каналографии очень важно соблюдать все правила, предъявляемые к выполнению ангиографии (следует вводить такое количество контрастного вещества, которое необходимо для заполнения канала, излишки не должны вытекать за его пределы).

С помощью компьютерной томографии головного мозга и челюстно-лицевой области можно обнаружить наличие опухолевых, воспалительных и дистрофических процессов, которые могут инициировать симптоматическую невралгию ТН. Так, при обследовании 16 больных с тяжелыми формами НТН, лишь у 1 больной выявлены деструктивные изменения со стороны верхнечелюстной пазухи на противоположной боли стороне, у остальных – патологии не обнаружено. Кроме того, КТ области подглазничных и нижнечелюстных каналов позволяют объективизировать степень склерозирования костной ткани в единицах Хаунсвилда, точно измерить величину просвета канала в миллиметрах.

Применяемая сегодня магниторезонансная томография (МРТ) дает возможность с высокой точностью определить сосудистую компрессию на чувствительный корешок ТН. В наших исследованиях МРТ установила отсутствие компрессии сосудов на чувствительный корешок ТН у 6 больных НТН.

Значительно облегчает дифференциальную диагностику истинной и симптоматической невралгии изучение сомато-сенсорных вызванных потенциалов головного мозга [4].

Применение перечисленных выше способов обследования больного НТН позволяет практически безошибочно выбрать способ лечения, который обеспечит наиболее длительный период ремиссии заболевания.

Лечение больного НТН во всех случаях необходимо начинать с комплексной медикаментозной терапии, включающей в себя антиконвульсанты (наилучший эффект дают производные карбамазепина) [5], препараты, улучшающие тканевое питание (витамины группы В, аденил), либераторы гистамина (тавегил), универсальный тормозной медиатор спинного мозга (глицин), ИРТ, физиопроцедуры (ДДТ).

Комплексная медикаментозная терапия обеспечивает снижение болевой активности в период обследования больного, может применяться при обострениях в начальной стадии заболевания и его стабилизации. В период ремиссии обязательно назначение поддерживающей дозы антиконвульсантов, при сопутствующей гипертонической болезни необходима стабилизация артериально-го давления.

В настоящее время в зависимости от этиологии и клинического течения НТН ведущим в лечении заболевания является хирургическое, которое делится на периферическое (при измененных подглазничном и нижнечелюстных каналах), малое нейрохирургическое (деструкция узла ТН, чувствительно-го корешка ТН) и большое нейрохирургическое (микрососудистая декомпрессия чувствительного корешка, ризотомия). Однако, периферические хирургические вмешательства (алкоголизация, криодеструкция) дают большой процент рецидивов, малые нейрохирургические – приводят к стойкой анестезии и парестезии, большие нейрохирургические – вызывают много осложнений. Тем не менее, периферические вмешательства все шире стали применяться в нейростоматологии [6].

Предложенные нами хирургические вмешательства на подглазничном и нижнечелюстном нервах при патологии костных каналов, по которым они проходят (А.с.СССР №1261652 от 7 октября 1986 г., бюлл.№37, а.с.СССР 1261632 от 7 октября 1986 г., бюлл.№37), заключаются в декомпрессии подглазничного нервно-сосудистого пучка путем резекции верхней стенки подглазничного канала и дислокации нижнечелюстного.

Послеоперационные наблюдения на протяжении от 1 года до 16 лет показали, что применение данного способа лечения у 59 больных на подглазничном нерве дает положительный эффект в 79%, у 95 больных на нижнечелюстном – в 85%. Кроме того, нами предложен способ хирургического лечения на подглазничном нерве в случае рецидивов и при вскрытии верхнечелюстной пазухи в процессе декомпрессии подглазничного нервно-сосудистого пучка (положительное решение №95119177/14(033960) на выдачу патента).

Таким образом, основной целью диагностики НТН являются определение морфологических изменений в периферических отделах ТН, особенно в области подглазничных и нижнечелюстных каналов; исключение патологии центральной нервной системы и челюстно-лицевой области; разработка и совершенствование хирургических вмешательств на периферии, так как ведущий этиологический фактор НТН – изменения в области каналов.

Литература

1. Журавлев В.П. Клиника, диагностика и лечение невралгии тройничного нерва при патологии подглазничного и нижнечелюстного каналов: Дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 1988.
2. Карлов В.А. Невралгия тройничного нерва: Перспективы и достижения // Актуальные вопросы клиники и лечения неврогенных болевых синдромов. Саратов. 1989. С. 26-28.
3. Barret A.P., Schifter M. Trigeminal neuralgia // Aust. Dent. J. 1993. Vol. 38. N3. P.198-203.
4. Мейзеров Е.Е., Решетняк В.К., Гречко В.Е. и др. Соматосенсорные вызванные потенциалы у больных с поражением системы тройничного нерва // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1989. Т. 89. Вып. 4. С.12-17.
5. Zakrzewska J.M. Medical treatment of trigeminal neuralgia // Brit. Dent. J. 1990. Vol. 168. N10. P. 399-401.
6. Fadem. Cryotherapy for trigeminal neuralgia: a 10 year audit // Brit. J. Oral Maxillofacial Surg. 1991. Vol. 29. N1. P.1-4.