

Винахід, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до щелепно-лицевої хірургії, і призначений для забезпечення хірургічного доступу при оперативних втручаннях на кістках середньої зони обличчя.

На сьогоднішній день коронарний доступ набуває широкого використання в практиці щелепно-лицьового хірурга. Показанням до використання такого доступу є патологія кісткового скелету верхньої і середньої зони обличчя, а саме - переломи та посттравматичні деформації, вроджені та набуті аномалії розвитку. Перевагами коронарного доступу є широке відкриття зони втручання та можливість одночасного взяття кісткових трансплантатів із склепіння черепа.

Коронарний доступ є косметичним, оскільки розтин виконується через волосисту частину голови. Запропоновані численні методи виконання коронарного доступу, однак вони є травматичними через ушкодження темпоральних гілок лицевого нерва та значну крововтрату під час втручання.

Так, існує спосіб коронарного доступу при хірургічних втручаннях на кістках середньої зони обличчя [1], який виконується наступним чином. Розтин шкіри та лобно-потиличного апоневрозу проводять через волосисту частину голови, а саме через тим'яні ділянки, та розсікають шкіру та підшкірну клітковину нижче у скроневої ділянці попереду вушної раковини. Відсепаровку клаптя проводять над окістям лобної кістки, не доходячи 1см до верхньоорбітального краю, розсікають окістя та піднімають коронарний клапоть підокісно. Недоліком способу є те, що при запропонованому авторами піднятті клаптя не враховується радіус проходження темпоральних гілок лицевого нерва, що часто призводить до їх травмування, а також до асиметрії при функціонуванні мимічної мускулатури верхньої третини обличчя, що буде особливо помітним у випадку використання одностороннього коронарного доступу.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб коронарного доступу при хірургічних втручаннях на кістках середньої зони обличчя [2], який виконують наступним чином. Розтин шкіри та лобно-потиличного апоневрозу проводять на тим'яній ділянці, а на скроневої ділянці розтинають шкіру та підшкірну клітковину перед вушною раковиною (по природній складці). Подальшу відсепаровку коронарного клаптя проводять між апоневрозом та окістям на тим'яній і лобній ділянках, а на скроневої ділянці - між підшкірно-жировою клітковиною та поверхневим листком скроневої фасції до лінії безпеки, яку умовно проводять від верхньої точки прикріплення вушної раковини та косо вгору і вперед до рівня на 4см вище верхнього краю орбіти. По цій лінії розсікають окістя лобної кістки та, далі, скроневу фасцію до скроневого м'язу. Потім клапоть піднімають під окістям лобної кістки до рівня верхнього краю орбіти, та між скроневою фасцією та скронеvim м'язом до латерального краю орбіти, тіла вилицевої кістки і вилицевої дуги.

Недоліком способу є складність його виконання, що пов'язано з тим, що клапоть за лінією безпеки відводиться разом із шаром тканин малої еластичності, а саме з окістям лобної кістки та скроневою фасцією, що створює складність під час втручання, подовжує час операції. Відсепаровка клаптя між скроневою фасцією та скронеvim м'язом часто є травматичною і супроводжується вираженою кровотечею.

Задача, яку вирішує спосіб, що заявляється, полягає у підвищенні ефективності хірургічного доступу за рахунок досягнення більшої мобільності коронарного клаптя, який до того ж відсепаровують з менш васкуляризованих тканин.

Технічний результат полягає у зменшенні травматичності втручання, а також полегшенні виконання подальших етапів операції, скороченні часу операції.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі коронарного доступу при хірургічних втручаннях на кістках середньої зони обличчя, що включає розтин шкіри і лобно-потиличного апоневрозу на тим'яній ділянці та шкіри і підшкірної клітковини попереду вушної раковини та відсепаровку клаптя надокісно на тим'яній і лобній ділянках і над скроневою фасцією на скроневої ділянці до лінії безпеки, по якій проводять розтин окістя лобної кістки та скроневої фасції, згідно винаходу, лінію безпеки умовно проводять від основи вилицевої дуги косо вгору і вперед до рівня на 3см вище верхньоорбітального краю, розтин скроневої фасції проводять лише через її поверхневий листок, а коронарний клапоть піднімають зі скроневої ділянки між поверхневим і глибоким листками скроневої фасції.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є те, що вибрана траєкторія лінії безпеки при розтині окістя лобної кістки та поверхневого листка скроневої фасції (від основи вилицевої дуги косо вгору і вперед до рівня на 3см вище верхньоорбітального краю) дозволяє уникнути пошкодження темпоральних гілок лицевого нерва та одночасно досягти більшої мобільності утвореного клаптя, що полегшує виконання подальших етапів операції та скорочення часу операції. Відсепаровка клаптя зі скроневої ділянки між поверхневим і глибоким листками скроневої фасції зменшує крововтрату, а в післяопераційному періоді - набряк тканин та час його розсмоктування, оскільки міжфасціальний простір, через який відбувається відсепаровка клаптя, є менш васкуляризованим, ніж поверхня скроневого м'язу при виконанні коронарного доступу за існуючими методиками. Як результат, крім меншого травмування, значно скорочується час оперативного втручання та термін лікування. За доступними літературними даними такий спосіб виконання коронарного доступу невідомий.

Сутність винаходу пояснюється малюнком, на якому схематично представлено виконання коронарного доступу.

Запропонований спосіб виконання коронарного доступу здійснюють наступним чином. Розтин А шкіри та підшкірної клітковини проводять попереду вушної раковини по природній складці, потім продовжують вгору, розсікаючи шкіру і лобно-потиличний апоневроз на тим'яній ділянці. Далі утворений клапоть відсепаровують між апоневрозом та окістям на тим'яній і лобній ділянках, а в скроневої ділянці - над скроневою фасцією до лінії безпеки В, яку умовно проводять від основи вилицевої дуги косо вгору і вперед до рівня на 3см вище верхнього краю орбіти. Потім клапоть піднімають разом із окістям лобної кістки до рівня верхнього краю орбіти та під поверхневим листком скроневої фасції до латерального краю орбіти, тіла вилицевої кістки і вилицевої дуги. Таким чином забезпечується коронарний доступ при оперативних втручаннях на кістках середньої зони обличчя.

Менша травматичність запропонованого варіанту коронарного доступу зумовлюється наступним. Скроневі гілки С лицевого нерва зберігаються всередині клаптя, оскільки в цій зоні вони пролягають на поверхні

скроневої фасції, де вони тісно пов'язані з нею та переходять декількома тонкими гілками в шкіру та м'язи, що оточують очну щілину та лобне черевце лобно-потиличного м'язу. Ця зона розташована в радіусі 2см вище верхньоорбітального краю, на 2,3см вище зовнішньоверхнього кута орбіти та в 2,5см від кута, утвореного вилицевою дугою та латеральним краєм орбіти. До того ж, відсепаровка клаптя між поверхневим та глибоким листками скроневої фасції, тобто через менш васкуляризовані тканини, забезпечує більшу мобільність клаптя та зменшення крововтрати під час оперативного втручання.

Приклад практичного застосування способу

Хворий Г., 29 років, іст. хв. №6797 від 2003р., госпіталізований до щелепно-лицевого відділення №2 л-ні №12 в порядку швидкої допомоги з діагнозом -травматичний уламковий перелом лівого вилицевого комплексу. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок западання лівої вилицевої ділянки, деформації вилицевої дуги; відкривання рота обмежене до 1,5см, девіація нижньої щелепи вліво при відкриванні рота, порушення носового дихання з лівого боку, парестезія n. Infraorbitalis sinister. На рентгенограмі кісток лицевого скелету в аксіальній проекції визначається порушення цілісності кісткової тканини в ділянці вилицево-лобного шва зі зміщенням фрагменту донизу на 4мм, в ділянці вилицевої дуги в 2-х місцях з V-подібним зміщенням фрагментів, в ділянці тіла вилицевої кістки та нижньоорбітального краю з утворенням кісткової сходинок до 4мм.

Хворому проведено оперативне втручання - репозиція, остеосинтез лівого вилицевого комплексу. Для відкриття місць зламу на ділянках вилицево-лобного шва, тіла вилицевої кістки, вилицевої дуги було використано запропонований варіант коронарного доступу (лівостороннього). Доступ виконали наступним чином. Розтин шкіри та підшкірної клітковини робили попереду вушної раковини по природній складці, потім продовжили його вгору, розсікаючи шкіру і лобно-потиличний апоневроз на тім'яній ділянці. Далі відсепаровку утвореного клаптя проводили між апоневрозом та окістям в тім'яній і лобній ділянках, а на скроневій ділянці - між шкірно-підшкірножировим шаром та скроневою фасцією до лінії безпеки, яку провели умовно від основи вилицевої дуги косо вгору і вперед до рівня на 3см вище верхнього краю орбіти. По цій лінії розсікали окістя лобної кістки над верхньоорбітальним краєм та поверхневий листок скроневої фасції. Потім клапоть підняли під окістям лобної кістки до рівня верхнього краю орбіти, та між поверхневим і глибоким листками скроневої фасції до латерального краю орбіти, тіла вилицевої кістки і вилицевої дуги.

Це забезпечило більшу зручність маніпуляцій під час втручання, меншу крововтрату та скорочення часу проведення операції. Функція скроневих гілок лицевого нерва повністю збережена. В післяопераційному періоді спостерігали менш виражений набряк м'яких тканин в зоні втручання, та відповідно скоротився час необхідний для розсмоктування набряку. Післяопераційний період пройшов без ускладнень.

В період з січня по листопад 2003 року було прооперовано 4 пацієнта з використанням запропонованого коронарного доступу. У двох хворих двосторонній коронарний доступ виконали для проведення остеотомії на рівні Le For III з приводу недорозвинення середньої зони обличчя. Лівосторонній коронарний доступ застосували у хворої для проведення рефрактури, репозиції та остеосинтезу лівого вилицевого комплексу в зв'язку з його уламковим переломом, що неправильно зрісся, а також у хворого з уламковим переломом вилицевого комплексу для відкритої репозиції та остеосинтезу. Крім меншого травмування, відмітили значне скорочення часу при відкритті зони втручання, більшу зручність при виконанні подальших етапів операції, зменшення крововтрати. Збереження функції м'язової мускулатури спостерігали у всіх хворих. При використанні двостороннього коронарного доступу рухи м'язів, що іннервуються скроневими гілками лицевого нерву лівої і правої сторін, були симетричними.

Література:

1. Mutaz B. Habal; Stephan Ariyan // Facial Fractures, Т.-1989. - P.62-63.
2. William H. Bell "Modern Practice in Orthognatic and Reconstructive Surgery"// W.B. Saunders.- 1992.-P.951-983.

