



УКРАЇНА

(19) UA (11) 35229 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ДОСТУПУ ДО ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ СУПРАОМОГІОЇДНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ЯКИЙ УРАЖАЄ ШКІРУ ЩОКИ ТА ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО ТРИКУТНИКА**

1

2

(21) u200804206

(22) 03.04.2008

(24) 10.09.2008

(46) 10.09.2008, Бюл.№ 17, 2008 р.

(72) ЦЕНТІЛО ВІТАЛІЙ ГРИГОРОВИЧ, UA, КРАЙ-
НІКОВА ЕММА ВАЛЕРІЇВНА, UA(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, UA

(57) Спосіб доступу до лімфатичних вузлів супраомогіоїдної ділянки при оперативному лікуванні раку нижньої щелепи, який уражає шкіру щоки та

піднижньощелепного трикутника, що включає резекцію у блоці тканин, що видалається, необхідного розміру ураженої шкіри паралельними нижньому краю щелепи розрізами, який відрізняється тим, що від переднього краю розрізу його продовжують вздовж переднього черевця двочеревцевого м'яза протилежного боку до під'язикової кістки і далі вздовж верхнього черевця лопатково-під'язикового м'яза боку ураження до заднього краю кивального м'яза.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використана при оперативному лікуванні раку нижньої щелепи, який уражає шкіру щоки та піднижньощелепного трикутника.

Відомі способи оперативних доступів до лімфатичних вузлів супраомогіоїдної ділянки для лікування раку нижньої щелепи, коли виконують розріз шкіри і підшкірної клітковини паралельно нижньому краю нижньої щелепи від одного кута її до другого [Балин В.Н., Александров Н.М. под ред. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. -С-Петербург, 1998. -с.397-399. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. -М.,1971. -с.215-216].

Недоліками цих способів є те, що вони не забезпечують вільного доступу до регіонарнозалежних від первинної пухлини лімфатичних вузлів, розташованих між заднім черевцем двочеревцевого м'яза та внутрішньою яремною веною, видалення яких у фасціальному футлярі необхідно виконати одночасно з резекцією нижньої щелепи. Крім того, необхідність резекції ділянки шкіри навколо її ураження місцевою розповсюдженою пухлиною при виконанні такого оперативного доступу викликає великі технічні труднощі для усунення післяопераційного дефекту шкіри.

Відомі також способи оперативних доступів до лімфатичних вузлів супраомогіоїдної ділянки для лікування раку нижньої щелепи, коли виконують дугоподібний розріз шкіри і підшкірної клітковини з формуванням живлячої ніжки для шкірно-жирового клаптя, який буде відшаровано, у ділянці нижнього

краю нижньої щелепи [Раков А.И., Вагнер Р.И. Радикальные операции на шее при метастазах рака. -«Медицина», Л., 1969. -с.87-94].

Недоліком цих способів є те, що вони після резекції ділянки шкіри навколо її ураження місцевою розповсюдженою пухлиною нижньої щелепи руйнують живлячу ніжку шкірно-жирового клаптя, який буде відшаровано, і тому є непридатними.

В основу корисної моделі поставлене завдання забезпечити вільний оперативний доступ до лімфатичного апарату супраомогіоїдної ділянки та можливість усунення дефекту шкіри, який виникає після резекції її ділянки навколо її ураження місцевою розповсюдженою пухлиною нижньої щелепи.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі, який заявляється, електроножом проводять розрізи шкіри і підшкірної клітковини на відстані 2-2,5см від меж її ураження пухлиною. Від медіального краю цей розріз продовжують паралельно нижньому краю нижньої щелепи до рівня прикріплення переднього черевця двочеревцевої кістки, далі вздовж верхнього черевця лопатково-під'язикового м'язу до заднього краю кивального м'язу.

Після відшарування шкірно-жирового клаптя відкривається вільний доступ до усіх груп лімфатичних вузлів супраомогіоїдної ділянки, а також можливість усунення дефекту шкіри, який виник після електрорезекції її ураженої ділянки, ротаційним клаптем.

(13) U

(11) 35229

(19) UA

Новим у способі є оперативний доступ до вмісту підпідборідного, піднижньощелепного та сонного трикутників, частково до заднього трикутника шиї з групою лімфатичних вузлів вздовж додаткового нерва, а також можливість усунення дефекту шкіри після електрорезекції її ураженої ділянки місцевими тканинами.

Спосіб пояснюється кресленнями: на Фіг.1 відображено форма та розмір розтинів; на Фіг.2 - рана після переміщення клаптів.

Спосіб реалізують таким чином.

Вкладають хворого на спину з валиком під лопатками і обличчям, повернутим у протилежний від ураження пухлиною бік. Розріз шкіри і підшкірної клітковини проводять електроножем на 2-2,5см від країв ураженої пухлиною шкіри. Від медіального краю цей розріз продовжують паралельно нижньому краю нижньої щелепи до рівня прикріплення переднього черевця двочеревцевого м'язу протилежного боку, а звідси - до під'язикової кістки, далі вздовж верхнього черевця лопатково-під'язикового м'язу до заднього краю кивального м'язу. Після цього відкривається вільний оперативний доступ для виконання одночасно супраомоїїдної шийної дисекції та резекції нижньої щелепи. В кінці оперативного видалення у футлярі лімфатичного апарату супраомоїїдної ділянки з резекцією нижньої щелепи та ураженої шкіри ротаційним шкірно-жировим клаптом усувають дефект шкіри на місці її висічення.

Приклад конкретного виконання способу.

Хворий П-аев Т.М., 65 років, медична карта №791, шпиталізований у ЩЛХВ міської лікарні №1

м. Макіївки з приводу раку нижньої щелепи, який уражає шкіру щоки та піднижньощелепного трикутника.

Під наркозом електроножем висічена шкіра з підлеглими тканинами до кістки на відстані 2,5-3,5см від меж пухлини. Пилкою Джиглі проведена остеотомія нижньої щелепи на рівні ментального отвору та лівого кута. Електроножем розсічені тканини з внутрішньої поверхні ділянки тіла щелепи, що підлягає резекції, із частиною м'язів дна порожнини рота та прилеглими м'якими тканинами. Від підборіддя виконано дугоподібний розтин по ходу верхньогочеревця лопатково-під'язикового м'язу (Фіг.1). Цим доступом проведено операцію супраомоїїдної шийної дисекції. Блок тканин видалений разом з раніше резекованою ділянкою нижньої щелепи. Дефект тканин після електровисічення навколо пухлини був усунений шляхом додаткового переміщення шкірно-жирових клаптів з передньої поверхні шиї, викроеним за Ессером (Фіг.2).

Переваги способу, що заявляється, полягають у тім, що він при оперативному лікуванні раку нижньої щелепи, який уражає шкіру щоки та піднижньощелепного трикутника, забезпечує вільний доступ до лімфатичного апарату підпідборідного, піднижньощелепного та сонного трикутників, частково до заднього трикутника шиї з групою лімфатичних вузлів вздовж додаткового нерва, а також можливість усунення дефекту шкіри після електрорезекції її ураженої ділянки місцевими тканинами.



Фіг.1



Фіг.2