



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41421** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ З ГЛОТКОВОГО ВІДРОСТКА СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ТА РОЗПОВСЮДЖУЮТЬСЯ У БІК ОСНОВИ ЧЕРЕПА ТА ГЛОТКИ

1

(21) u200813771
(22) 01.12.2008
(24) 25.05.2009
(46) 25.05.2009, Бюл.№ 10, 2009 р.
(72) ЦЕНТІЛО ВІТАЛІЙ ГРИГОРОВИЧ, UA, ЖДАНОВ ВІКТОР ЄГОРОВИЧ, UA
(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, UA

2

(57) Спосіб хірургічного лікування злоякісних пухлин привушної слинної залози, які виникають з глоткового відростка слинної залози та розповсюджуються у бік основи черепа та глотки, що включає виконання оперативного доступу, який **відрізняється** тим, що виконують конділектомію з суглобовим диском та часткову резекцію заднього краю гілки нижньої щелепи.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використана при оперативному лікуванні злоякісних пухлин привушної слинної залози, що виникають з глоткового відростка слинної залози та розповсюджуються у бік основи черепа та глотки.

Відомі способи оперативного лікування раку привушної слинної залози, за якими у процесі операції виконують тотальну паротидектомію без збереження стовбура та гілок лицевого нерва [1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Белкнига, Витебск, 1998. - с.369-370, 2. Балин В.Н., Александров Н.М. под ред. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. - С-Петербург, 1998. - с.347-349.].

Недоліками цих способів є те, що вони не забезпечують відповідного огляду операційного поля, а також можливості вільного маніпулювання в операційній рані при розповсюдженні злоякісної пухлини за медіальну поверхню внутрішнього крилоподібного м'язу.

Відомі також способи оперативного лікування раку привушної слинної залози, за якими у процесі операції виконують не тільки паротидектомію, але також шийну дисекцію [3. Рузин Г.П., Бурых М.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Харьков, 2000. - с.200.].

Недоліком цих способів також є те, що вони не забезпечують вільного доступу до основи черепа, куди може розповсюджуватися пухлина.

В основу корисної моделі поставлене завдання забезпечити вільний доступ до основи черепа

та глотки при оперативному лікуванні злоякісних пухлин привушної слинної залози, що виникають з глоткового відростка слинної залози та розповсюджуються у бік основи черепа та глотки.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі, який заявляється, проводять конділектомію з суглобовим диском та часткову резекцію заднього краю гілки нижньої щелепи.

Новим у способі є конділектомія з суглобовим диском та часткова резекція заднього краю гілки нижньої щелепи, що забезпечують вільний доступ до основи черепа та глотки одночасно.

Спосіб реалізують таким чином.

Вкладають хворого на спину з валиком під лопатками і підборіддям, повернутим у протилежний до операції бік. Виконують розріз за Redon'ом, який доповнюють розрізом за Martin'ом. З цього доступу здійснюють необхідний об'єм радикальної, або функціональної шийної дисекції до рівня привушної слинної залози. Далі проводять остеотомію від середини напівмісячної вирізки гілки нижньої щелепи до заднього її краю на рівні середини її висоти, видаляють суглобовий відросток разом з суглобовим диском і частиною гілки щелепи.

Цим відкривається оперативний доступ до основи черепа та бічної стінки глотки і забезпечується можливість виконати необхідний об'єм операції у разі розповсюдження пухлини на ці ділянки.

Приклад конкретного виконання способу. Витяг з протоколу операції.

Хвора В., 48 років, мед. карта №2473/118 шпиталізована у щелепно-лицеве відділення клінічної лікарні №1 м. Макіївки 29.01.07р з приводу рецидиву цистаденокарциноми правої привушної слин-

(13) **U**
(11) **41421**
(19) **UA**

ної залози після часткової резекції слинної залози (операцію виконано в іншому лікувальному закладі).

08.02.07р під наркозом виконано справа розріз за Редоном. З цього доступу здійснено резекцію привушної слинної залози у площині гілок лицевого нерва.

Після цього виявлено пухлину, що розташована в глотковому паростку залози. При подальшому виділенні пухлини з візуально незмінними оточуючими тканинами знайдено, що пухлина розповсюджується на внутрішню поверхню суглобового відростка нижньої щелепи. Виконано конділектомію з суглобовим диском.

Виявлено, що пухлина розповсюджується у передній кологлотковий простір і до основи черепа. З метою адекватного огляду операційного поля виконано резекцію частини заднього краю гілки щелепи.

Підтягуючи за інтактну тканину залози, виділено пухлину в оточенні візуально інтактних тканин з переднього кологлоткового та крилоподібно-нижньощелепного просторів з резекцією язиково- та нижньоямкового нервів.

Після цього пухлина в оточенні візуально інтактних тканин відсічена від зовнішнього слухового проходу і в останній момент - відсічена від основи черепа у ділянці підскроневої ямки. Гемостаз за ходом операції. Рана пошарово ушита з дренажами.

Результат ПГЗ №№2973-2983 від 13.02.07: рак слинної залози адено-кистозного типу (циліндрома) - рецидив переважно тубулярно-солідної будови високого ступеню диференцировки з щільною гіалізованою фіброзною стромою, полями

атрофії та акантоза пухлинних комплексів за рахунок масивного фібропластичного процесу, а також з осередковим розповсюдженням пухлинної тканини периневрально та паравазально, місцями з вросненням пухлинних клітин у стінки судин.

Після виконаної операції хвора відмічає значне полегшення загального стану за рахунок нормалізації артеріального тиску та відсутності нестерпного больового синдрому, які спостерігалися до операції.

Дані спіральної комп'ютерної томографії м'яких тканин шиї без та з внутрішньовенним посиленням від 24 квітня 2007 року.

Комп'ютерні томограми виконано в аксиальній проекції з товщиною зрізів 0,5 см. Стан після паротидектомії з резекцією вугла нижньої щелепи справа. У ложі видаленої привушної залози візуалізуються деформовані м'язи, після внутрішньовенного введення 50 мл «Ультравісту - 300» рівномірно накопичують контраст. Додаткових утворень не виявлено. Відмічаються поодинокі під'язикові лімфатичні вузли справа до 0,8 см у діаметрі. Денструктивних змін у кісткових структурах не виявлено.

Заключення: Даних за продовження хвороби немає. КТ - контроль.

Переваги способу, що заявляється, полягають у тому, що він при оперативному лікуванні злоякісних пухлин привушної слинної залози, що виникають з глоткового відростка слинної залози та розповсюджуються у бік основи черепа та глотки, забезпечує вільний доступ до основи черепа та глотки, що дозволяє виконати операцію у необхідному об'ємі.