



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **51324** (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 ВИКОНАННЯ РЕЗЕКЦІЇ ПІД'ЯЗИКОВОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКА ПЕРЕДНЬОГО ВІДДІЛКУ ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА

1

2

(21) u201000795

(22) 27.01.2010

(24) 12.07.2010

(46) 12.07.2010, Бюл. № 13, 2010 р.

(72) ЦЕНТІЛО ВІТАЛІЙ ГРИГОРОВИЧ, КРАЙНІКОВА ЕММА ВАЛЕРІЇВНА

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб виконання резекції під'язикової ділянки при хірургічному лікуванні рака переднього відділу

ку дна порожнини рота, що включає резекцію альвеолярного паростка та кінчика язика, який **відрізняється** тим, що виконують наскрізний розтин нижньої губи біля кута рота до нижнього краю підборіддя, продовжують розріз вздовж нижнього краю підборіддя до рівня протилежного кута рота та відшаровують нижню губу від підборіддя разом з окістям і слизовою оболонкою вестибулярної поверхні ясен.

Корисна модель належить до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використана при оперативному лікуванні рака переднього відділу дна порожнини рота з необхідністю резекції альвеолярного паростка підборіддя, коли можливо збереження м'яких тканин, що вкривають його вестибулярну поверхню.

Відомі способи виконання резекції під'язикової ділянки при хірургічному лікуванні рака переднього відділу дна порожнини рота, коли відтягують до низу нижню губу та здійснюють доступ до альвеолярного паростка з вестибулярної його поверхні [1, 2].

Недоліками цих способів є те, що вони не забезпечують можливості достатнього огляду всієї оперативної ділянки та вільного маніпулювання в рані. Внаслідок чого проблематично виконати необхідний об'єм оперативного втручання.

Відомий також спосіб виконання резекції під'язикової ділянки при хірургічному лікуванні рака переднього відділу дна порожнини рота, вибраний нами як прототип, коли одним блоком з тканинами дна порожнини рота видаляють підборідний відділок нижньої щелепи [3].

Недоліком цього способу є те, що він є надто травматичним та створює суттєві проблеми забезпечення вільної прохідності верхніх дихальних шляхів з загрозою розвитку дислокаційної асфіксії.

В основу корисної моделі поставлене завдання забезпечити вільний доступ до переднього відділу дна порожнини рота, повний візуальний контроль і свободу маніпулювання в рані з метою

забезпечення виконання необхідного обсягу оперативного втручання.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі виконання резекції під'язикової ділянки при хірургічному лікуванні рака переднього відділу дна порожнини рота, що включає резекцію альвеолярного паростка та кінчика язика, згідно з корисною моделлю виконують наскрізний розтин нижньої губи біля кута рота до нижнього краю підборіддя, продовжують розріз вздовж нижнього краю підборіддя до рівня протилежного кута рота та відшаровують нижню губу від підборіддя разом з окістям і слизовою оболонкою вестибулярної поверхні ясен.

Новим у способі є оперативний доступ до переднього відділу дна порожнини рота.

Спосіб реалізують таким чином.

Вкладають хворого на спину. Виконують наскрізний розріз нижньої губи біля кута рота до нижнього краю підборіддя, продовжують його вздовж нижнього краю підборіддя до рівня протилежного кута рота та відшаровують нижню губу від підборіддя разом з окістям і слизовою оболонкою вестибулярної поверхні ясен.

Приклад конкретного виконання способу.

Витяг з протоколу операції.

Хворий Т-ов Ю.М., 48 років, медична карта №22686, госпіталізований у щелепно-лицеве відділення КМУ "Клінічна руднична лікарня" м. Макиївки 18.12.2008р. зі скаргами на наявність новоутворення слизової оболонки дна порожнини рота.

(13) **U**
(11) **51324**
(19) **UA**

Хворіє з серпня 2008 року, коли помітив болючу виразку слизової оболонки дна порожнини рота. Через 1,5 місяця звернувся до лікаря. Результат ПГЗ №18062 від 13.10.2008 року: помірно диференційований плещатоклітинний рак. У жовтні 2008 року отримав курс ТГТ 40Гр на первинну пухлину, піднижньощелепні та шийні лімфатичні вузли.

Місцевий статус: лице симетричне. Відкривання порожнини рота не обмежене. Слизова оболонка порожнини рота звичайного кольору. В передньому відділку під'язикової ділянки знаходиться рубець після променевої терапії. Тканини навколо рубця м'які, безболісні при пальпуванні. Язик вільно рухомий. Загальний статус без особливостей. Пальпуються поодинокі лімфатичні вузли піднижньощелепного трикутника.

Діагноз: рак дна порожнини рота Т3N1MX.

19.12.2008 року виконано (протокол операції №460) під місцевим знеболенням нижню трахеотомію за Бьєрком у зв'язку з неможливістю інтубації трахеї, що пов'язано з остеохондрозом хребта. Під час введення інтубаційної трубки в трахеостомічний отвір виникає ясна кровотеча, яка швидко припиняється після видалення трубки. Вирішено ввести в трахеостомічний отвір пластмасову канюлю з манжеткою і відкласти операцію з приводу первинної пухлини.

23.12.2008 року (протокол операції №466) під наркозом через трахеостому виконано розріз вздовж ясневого краю від 32 до 45 зубів. Відшаровано слизово-окісний клапоть до рівня нижнього краю щелепи.

В ділянці лівого кута рота розсічена нижня губа вертикально до нижнього краю щелепи і вздовж нього - до рівня правих премоларів.

Клапоть, який залучає розсічені м'які тканини відведено праворуч. Дисковою пилкою резектовано альвеолярний паросток I частково тіло нижньої щелепи в ділянці від 32 до 45 зубів із збереженням зв'язку фрагмента щелепи з тканинами дна порожнини рота.

Через розпил нижньої щелепи відокремлені на рівні її резекції тканини дна порожнини рота разом з ділянкою під'язикової слинної залози. Електроножом розсічена слизова оболонка навколо рубця після променевої терапії, відступивши від нього на 2см. Електроножом упоперек через усі тканини до м'язу дна порожнини рота відсічено зформований блок тканин.

Дефект тканин дна порожнини рота відновлено шляхом мобілізації та переміщення тканин клаптя підборідної ділянки, а дефект слизової оболонки - за рахунок клаптя слизової оболонки вестибулярної поверхні альвеолярного паростка та слизової оболонки нижньої губи. Гемостаз за ходом операції. Рана зашита кетгутотом та шовком.

Заживлення післяопераційної рани відбулось первинним натягінням.

Результат ПГЗ №№23175, 23180, додатково №№1081, 1090: у краї одного з шматочків мілкий фокус плещатоклітинного раку з тенденцією ороговіння та росту в межах слизової оболонки. В глибше розташованих ділянках тканина слинної залози з появами хронічного сіалоаденіту з загостреннями.

Переваги способу, який заявляється, полягають в тім, що у хірургічному лікуванні рака переднього відділку дна порожнини рота створена можливість адекватного огляду операційного поля та виконання оптимального об'єму оперативного втручання.

Джерела інформації, що прийняті до уваги.

1. Вернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Белкнига, Витебск, 1998. - С. 335-36.

2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи - М, 1971. - С. 190-192.

3. Пачес А.И., Ольшанский В.О., Любаев В.Л., Туок Т.Х. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани, - М: Медицина, 1988. - С. 53-55.