



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **18827** (13) **U**
(51) МПК (2006)
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 КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ЗМІШАНИХ ГЕАНГІОМ З ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ У ПРИВУШНО-ЖУВАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ

1

2

(21) u200606433

(22) 09.06.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Харьков Леонід Вікторович, Яковенко Людмила Миколаївна, Нероденко Наталія Іванівна

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб комбінованого лікування змішаних геангіом з локалізацією у привушно-жувальній ділянці, що включає видалення геангіоми, який **відрізняється** тим, що одноетапно радикально видаляють пухлинну тканину, яка розташована поверх гілок лицевого нерва, а ділянки, що лишаються під гілками лицевого нерва, склерозують.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до реконструктивно-відновної хірургії судинних пухлин щелепно-лицевої ділянки.

Змішані геангіоми привушно-жувальної ділянки у дітей відмічаються у 30-40% випадків серед судинних пухлин (1,2). Найбільш поширеним способом лікування таких пухлин є хірургічний. Але анатомо-топографічні особливості цієї ділянки (наявність слинної залози, гілок лицевого нерву), де локалізується геангіома, а також будови пухлини та її росту (відсутність оболонки, проростання лицевого нерву, розташування над та під слинною залозою) ускладнює її видалення в повному об'ємі, без травмування гілок лицевого нерву, залози, збільшує тривалість та кількість етапів оперативного втручання. Склерозуюча терапія змішаних геангіом також передбачає довготривале та багатоетапне лікування (3). Крім того, кінцевим втручанням її все одно буде хірургічне видалення залишків геангіоми.

Існуючі методи хірургічного лікування геангіом привушно-жувальної ділянки передбачають повне та часткове їх видалення із збереженням гілок лицевого нерву і слинної залози чи видалення останньої (4,5).

Відомий спосіб лікування геангіом привушно-жувальної ділянки (6) вирішує цю проблему шляхом видалення всієї за об'ємом геангіоми, яка розташована над та під слинною залозою, при цьому гілки лицевого нерву від периферії до центру вищипуються і зберігаються, а сама слинна залоза видаляється разом з пухлиною. Для цього способу характерно ряд недоліків, а саме:

операція травматична і виконується протягом декількох годин, що обтяжує перебіг післяопераційного періоду для пацієнта, якому переважно 6-8 місяців. При цьому видаляється слинна залоза, що впливає на слиновиділення та час оперативного втручання у бік його збільшення. У 100% дітей розвивається парез лицевого нерву, діяльність якого відновлюється через 2-3 місяці, що впливає як на функцію ссання, так і естетичний результат операції. Крім того, можливий рецидив пухлини, що відмічено у 40% дітей.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками є спосіб лікування змішаних геангіом з локалізацією у привушно-жувальній ділянці (7), який зменшує одночасне травмування тканин. Це досягається багатоетапним видаленням геангіоми, тобто пухлину видаляють нерадикально декілька разів, іноді із слинною залозою при збереженні гілок лицевого нерву. Частина її лишається для повторного хірургічного втручання чи лікування іншим методом – склерозуванням. Проте цей спосіб має ряд хиб, а саме: багатоетапність хірургічних втручань, а це додаткова травма як для тканин, так і для дитини. Збільшується час проведення операції і загального знеболювання. Не завжди зберігається слинна залоза, що погіршує слиновиділення. В наступному склерозування глибоких шарів геангіоми виконують "всліпу" чи зовсім не проводять, бо це важко здійснити із-за наявності слинної залози, гілок лицевого нерву.

Задачею корисної моделі є зменшення травматичності хірургічного втручання, скорочення етапів його шляхом оптимального поєднання хіру-

(13) **U**

(11) **18827**

(19) **UA**

ргічного видалення пухлини та її склерозування.

Технічний результат від вирішення задачі полягає в тому, що запропонований спосіб лікування змішаних гемангіом з локалізацією у привушно-жувальній ділянці забезпечує одноетапне, атравматичне видалення пухлинної тканини, яка розташована над гілками лицевого нерва, із збереженням слинної залози та не травмуючи гілок лицевого нерва, проведення склерозування гемангіоми, що лишилася під гілками лицевого нерва, під контролем зору. Це дає можливість скоротити кількість операцій, травматичність їх та досягти збереження слинної залози, гілок лицевого нерву, що забезпечує більш високий функціональний та естетичний результати.

Поставлена задача досягають тим, що у відомому способі комбінованого лікування змішаних гемангіом з локалізацією у привушно-жувальній ділянці, що включає видалення гемангіоми відповідно до корисної моделі одноетапно радикально видаляють пухлинну тканину, яка розташована над гілками лицевого нерва, а ділянки, що лишаються під гілками лицевого нерва, - склерозують.

Запропонована корисна модель дозволяє застосовуючи щадне, одноетапне, комбіноване хірургічно-консервативне лікування досягти зменшення травматичності та етапності хірургічного втручання, за рахунок видалення пухлинної тканини над гілками лицевого нерва та склерозування залишку її під гілками лицевого нерва.

Сутність корисної моделі пояснюється малюнками, на яких подані етапи виконання комбінованого лікування змішаних гемангіом з локалізацією у привушно-жувальній ділянці.

Фіг.1 – відкидання шкірно-підшкірного клаптя (1) та оголення пухлинної тканини гемангіоми (2), яка розташована над гілками лицевого нерва (3).

Фіг.2 - видалення гемангіоми (2), що розташована над гілками лицевого нерва (3) із збереженням гілок лицевого нерва (4) та слинної залози (3). Виділення частини пухлини (5), яка розташована під гілками лицевого нерва (3)

Фіг.3 - склерозування залишків пухлинної тканини гемангіоми (5), що розташована під гілками лицевого нерва (3) під контролем зору.

Фіг.4 - вкладання шкірно-підшкірного клаптя (2) та накладання швів із поліамідної нитки.

Спосіб що пропонується здійснюють наступним чином: через передвухний розтин шкіри викроюють та відкидають шкірно-підшкірний клапоть (1), чим оголюють пухлинну тканину гемангіоми (2), яка розташована над гілками лицевого нерва (3). Тупо та гостро, із проведенням гемостазу, а також препаруванням периферійних гілок лицевого нерва (4) видаляють ту частину гемангіоми (2), яка розташована над гілками лицевого нерва (3). Залишки пухлинної тканини (5) під гілками лицевого нерва (3) склерозують під контролем зору з урахуванням їх об'єму. Після чого вкладають шкірно-підшкірний клапоть (1) на місце та фіксують його швами із поліамідної нитки.

Приклади конкретного застосування.

Приклад № 1. Хворий Д. 5 місяців і/х № 127, поступив у щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м. Києва зі змішаною гемангіомою у лівій привушно-жувальній ділянці. 2.03.06 проведено комбінова-

ний метод лікування її за запропонованим способом. В лівій привушно-жувальній ділянці проведений розтин шкіри та підшкірної клітковини. Шкірно-підшкірний клапоть мобілізований та відкинутий. Оголена пухлинна тканина гемангіоми над та під гілками лицевого нерва із збереженням гілок лицевого нерву. Тупо та гостро видалена частина гемангіоми, що розташована над гілками лицевого нерва, без порушення капсули залози. Під контролем зору залишки пухлинної тканини гемангіоми просклерозовані діатермокоагулятором. Виконаний гемостаз рани. Шкірно-підшкірний клапоть вкладений та місце та фіксований поліамідними швами. Рана загоїлася первинним натягом, шви зняті на сьому добу. Огляд хворого через 3 місяці показав відсутність ознак росту пухлини, порушення функції лицевого нерва. Результат оцінений як відмінний.

Приклад № 2. Хвора С., 4 міс і/х.201 поступила у щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м. Києва із діагнозом змішана гемангіома лівої привушно-жувальної ділянки. 19.04.06 р. проведена лікування мішаної гемангіоми за запропонованим способом. Передвухним розтином у лівій привушно-жувальній ділянці відкинутий шкірно-підшкірний клапоть. Виділена тканина гемангіоми над та під гілками лицевого нерва. Тупо та гостро гемангіома над гілками лицевого нерва видалена, а під ними - ділянки пухлини просклерозовані. Гемостаз рани. Шкірно-підшкірний клапоть вкладений на місце та фіксований поліамідними швами. На восьму добу шви зняті. Рана загоїлася первинним натягом. На контрольному огляді дитини через місяць клінічних ознак росту пухлини не виявлено, функції лицевого нерву не порушені. Результат оцінений як відмінний.

Спосіб комбінованого лікування змішаної гемангіоми з локалізацією у привушно-жувальній ділянці, що пропонується був застосований у 8 дітей в дитячому щелепно-лицевому відділенні ДКЛ №7 м. Києва. У всіх хворих досягнуто кращий функціональний та естетичний результат, скорочення етапів лікування ніж у дітей, що були прооперовані за раніше пропонованими методиками. Оцінка результатів (за п'ятибальною шкалою) за запропонованої методики показала, що у 82,5% випадків були отримані оцінки добре та відмінно, порівняно із прототипом, при якому у 70,3% були відмічені добрі та задовільні результати.

Перелік літератури:

1. Буторина А.В., Шафранов В.В. Лечение сосудистых новообразований у детей: Методические рекомендации. - М.,2002, с.42.

2. Мухин А.Е., Останин А.В. наш опыт лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей. Материалы 11 Всероссийской научно-практической конференции «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». - М., 2006, с. 130-132.

3. Никитин А.А., Циклин И.Л., Демидов И.Н., Лапшин В.П., Косыков М.Н. Опыт эндоваскулярного лечения рецидива артериовенозной мальформации после ранее выполненного лигирования наружной сонной артерии. Материалы 11 Всероссийской научно-практической конференции «Вро-

жденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». - М., 2006, с.251-254.

4. Дьякова С.В., Шафранов В.В., Надточий А.Г. Диагностика и лечение крупных и обширных гемангиом челюстно-лицевой области у детей. Методические рекомендации. М.:ММСИ, 1996, 11с.

5. Ковтунович Г.П. Оперативное лечение ге-

мангиом. Хирургия. 1958, №8, с.27-30.

6. Муха В.Г. Клиника и оперативное лечение ангиом челюстно-лицевой области с поражением околоушной железы. Вестник хирургии, 1958, №12, с.12-18.

7. Горбушина П.М. Сосудистые новообразования лица, челюстей и органов полости рта. М. Медицина. - 1978, 150 с.

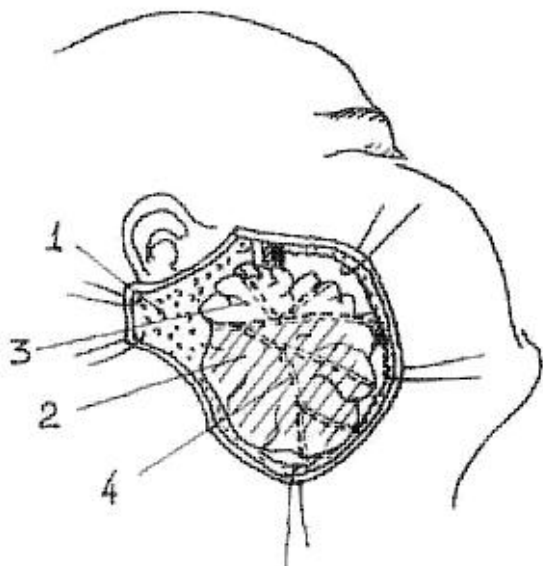


Fig. 1

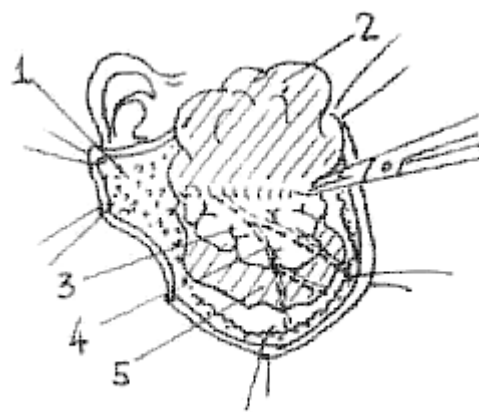


Fig. 2

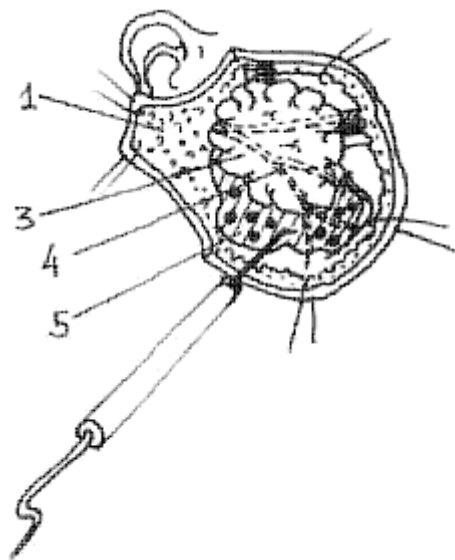


Fig. 3

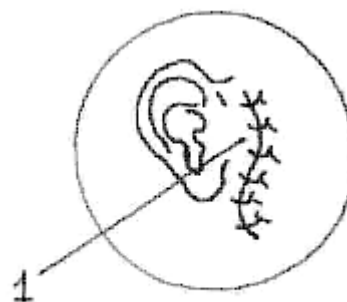


Fig. 4