



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 48501

(13) A

(51) B 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФАСЦІАЛЬНО-ФУТЛЯРНОГО ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН СОННОГО ТРИКУТНИКА

1

2

(21) 2001096361

(22) 17 09 2001

(24) 15 08 2002

(46) 15 08 2002, Бюл. № 8, 2002 р.

(72) Центило Віталій Григорович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО(57) Спосіб фасціально-футлярного видалення
пухлин сонного трикутника, що включає виконання
розрізів у підпід'язиковій ділянці, який
відрізняється тим, що розтинають вихідні від ос-

новної фасції шиї, апоневроз Рише, внутрішні та передхребцеві фасції, фасціальні зрощення по краю м'язів, розташовані нижче під'язикової кістки, розкривають фасціальні футляри верхнього черевця лопатково-під'язикового м'яза, заднього черевця двочеревцевого та шилопід'язикового м'язів, судинно-нервового пучка шиї та відокремлюють вміст сонного трикутника у фасціальних пластинках, що його замикають, зберігаючи судинно-нервовий пучок шиї.

Винахід відноситься до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний при лікуванні хворих з пухлинами невиразного генезу, що містяться у сонному трикутнику, з клінічно негативними регіонарними лімфатичними вузлами.

Відомі способи видалення доброякісних пухлин, що локалізуються у сонному трикутнику шляхом виділення їх з оточуючих тканин із збереженням цілості оболонки пухлини [1 Н.М. Александров (под ред.) Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия - Л., 1985 - с. 358].

Однак, у випадках, коли під час гістологічної верифікації буде виявлена малигнізація пухлини або пухлина, яка не викликала підозри за клінічними проявами виявиться злоякісною, такий спосіб оперативного лікування буде сприяти прискоренню росту пухлини, імплантаційному та лімфогенному метастазуванню її і це суттєво ускладнить наступне лікування хворого та погіршить прогноз тривалості його життя.

Найбільш близьким за технічною суттю способу, що заявляється, є спосіб оперування злоякісних пухлин, які локалізуються в сонному трикутнику [2 А.И. Пачес Опухоли головы и шеи - М., 1983 - с. 113 - 120]. За цим способом видаляють вміст сонного трикутника з або без внутрішньої яремної вени, кивального м'язу, додаткового нерва але обов'язково з вмістом надпід'язикової ділянки, надгрудної ямки, заднього трикутника шиї у фасціальних утвореннях цих локалізацій.

Ці операції дуже травматичні у зв'язку з значним об'ємом тканин, що видаляють, тривалі, супроводжуються великою втратою крові, а в післяопераційному періоді - довготривалою лімфореєю.

Операційна рана має такі межі: медіальне - середня лінія шиї, латеральне - край трапецієподібного м'язу, унизу - верхній край грудни та ключиці, угорі - нижній край щелепи, нижній полюс білявушної слинної залози та соскоподібний відросток. Дном рани є передхребцева фасція.

Необхідність включення до об'єму тканин, які видаляють, клітковини сусідніх з сонним трикутником областей у фасціальних футлярах викликана тим, що обґрунтуванням об'єму та техніки цих операцій є закономірності регіонарного метастазування злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки та органів шиї. Тому такі операції призводять до тяжких функціональних та косметичних порушень, інвалідизують хворих.

Не існує достатньо вірогідних неінвазивних способів визначення доброякісності або злоякісності пухлин, які локалізуються у сонному трикутнику, а пункційна біопсія сприяє розповсюдженню злоякісної пухлини.

В основу винаходу поставлене завдання забезпечити, з одного боку, достатній радикалізм видалення пухлини, яка за своїми клінічними проявами викликає сумніви в її доброякісності, але з регіонарними негативними лімфатичними вузлами, з другого боку - виконання операції, що не призво-

(13) A
48501
(11)
UA
(19)

дять до грубих функціональних та косметичних порушень а також інвалідизації хворого

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі фасціально-футлярного видалення пухлин сонного трикутника, який включає виконання розрізів у підпід'язиковій ділянці, згідно винаходу розтинають похідні від основної фасції шиї, апоневрозу Рише, внутрішньої та передхребцевої фасцій, фасціальні зрощення по краю м'язів, розташованих нижче під'язикової кістки, розкривають фасціальні футляри верхнього черевця лопатково-під'язикового м'язу, заднього черевця двочеревцевого та шило-під'язикового м'язів, судинно-нервового пучка шиї та відокремлюють вміст сонного трикутника у фасціальних платівках, що його замикають, зберігаючи судинно-нервовий пучок шиї

Новим у способі, який заявляється, є сама концепція видалення пухлин сонного трикутника, що викликають сумнів в їх доброякісності, одним блоком з вмістом сонного трикутника у фасціальних платівках, які його замикають, а також технологія цієї операції

Спосіб реалізують таким чином

Хворий лежить на спині з валиком під лопатками Голова повернена у протилежний локалізації пухлини бік Операцію виконують під наркозом

Розріз шкіри виконують з урахуванням розмірів пухлини, її конкретної локалізації в межах сонного трикутника та напрямом росту Звичайно достатню обзорність операційного поля забезпечує розріз Кютнера

Розрізають шкіру, підшкірну клітковину та підшкірний м'яз шиї Розшаровують шкірно-м'язовий клапоть

Основну шийну фасцію розрізають уздовж бокової поверхні грудино-під'язикового, груднощитовидного та верхнього черевця лопатково-під'язикового м'язів

Розрізають власні фасціальні футляри цих м'язів Підходять до загального фасціального футляру судинно-нервового пучка шиї

Далі розрізають основну шийну фасцію уздовж переднього краю грудно-ключично-соскоподібного м'язу та відтягують його латерально В разі зрощення пухлини з м'язом перерізають його на необхідному протязі

У нижньому відділку операційної рани, біля пересічення лопатково-під'язикового м'язу з грудно-ключично-соскоподібним, розтинають фасціальну платівку, яка йде від проміжного сухожилля лопатково-під'язикового м'язу до фасціального футляру судинно-нервового пучка шиї Розкривають загальний фасціальний футляр судинно-нервового пучка шиї та власний футляр внутрішньої яремної вени

Якщо вена не зрощується з пухлиною, її відокремлюють від власного фасціального футляру В разі її зрощення з пухлиною вену перев'язують і перетинають, виділяють загальну сонну артерію з її власного фасціального футляру

Розрізають фасціальний футляр загальної сонної артерії або внутрішньої яремної вени (в залежності від того зрощена вена з пухлиною або ні) до рівня біфуркації сонної артерії У цьому ж

шарі відокремлюють клітковину до рівня під'язикової кістки, перев'язуючи при цьому верхню щитовидну артерію

Після цього розрізають основну шийну фасцію уздовж заднього черевця двочеревцевого м'язу, відтягують догори піднижньощелепну сплинну залозу Розтинають власний фасціальний футляр заднього черевця двочеревцевого та шило-під'язикового м'язів, перев'язують та пересікають лицеву вену, відокремлюють під'язиковий нерв

Звільняють, якщо вона не була пересічена в нижньому відділі рани, внутрішню яремну вену та внутрішню сонну артерію до основи черепа та відсікають весь блок разом з нижнім полюсом білявушної сплинної залози Якщо внутрішня яремна вена була пересічена у нижньому відділі операційної рани, її у власному фасціальному футлярі залучають до блоку тканин, які видаляються, і перед відсіченням блоку перев'язують біля основи черепа

Таким чином, у блок тканин, які видаляються, є залученними пухлина в оточенні клітковини, верхніх та середніх лімфатичних вузлів яремного ланцюга, біфуркаційних лімфатичних вузлів і все це обмежено замкненими фасціальними платівками, які не сходяться лише у дистальному відділку (клітковина заднього трикутника ший)

Приклад конкретного виконання способу

Хворий Н-ов Н Д, 46 років, іст хв №127, госпіталізований в ШЛХВ №1 першої клінічної лікарні м. Донецька 25 01 1999р із скаргами на наявність пухлино подібного утворення на боковій поверхні шиї зліва

У другій декаді грудня 1998р помітив маленьку "горошину" під шкірою шиї зліва За медичною допомогою не звертався, оскільки дане утворення ніяких турбот не викликало Постійно воно збільшувалося у розмірах 12 01 99р звернувся до хірурга за місцем проживання Був направлений в онкодиспансер м. Горлівки, де виконано УЗД органів шиї та цитологічне дослідження пунктату пухлини

Дані УЗД від 21 01 99р на боковій поверхні шиї зліва визначається утворення розмірами біля 42 x 50мм, зниженої ехогенності, неоднорідної структури (чергування ділянок підвищеної та зниженої ехогенності, порожнин, які заповнені рідким та густим вмістом розмірами до 14мм) Висновок запальне змінений збільшений лімфатичний вузол бокової поверхні шиї з абсцедуванням

Дані цитологічного дослідження №303-304/99 від 21 04 99р у дослідженому матеріалі виявлено еритроцити, нейтрофіли, безструктурні маси, одинокі клітини з ознаками атипу, скоріше за все плоскоклітинні за природою

З боку загального статусу без особливостей

Місцевий статус виразна асиметрія шиї за рахунок пухлиноподібного утворення, яке розташоване нижче лівого кута нижньої щелепи Пухлина займає межі лівого сонного трикутника і середню третину грудно-ключично-соскоподібної області Пухлина являє собою один вузол овальної форми розміром до 10см у найбільшому виміру, розміщується углиб і наперед від лівого кивального м'язу, відтискує його назад і зовні, інфільтрує його Під

час пальпації пухлини відзначається місцями й розм'якшення, а також різка болючість. Шкіра над пухлиною у кольорі не змінена. У цілому пухлинний вузол рухомий у передньому-задньому напрямку і обмежено рухомий у верхньо-нижньому. Відкривання рота у повному об'ємі. Яких-небудь патологічних змін з боку порожнини рота не виявлено.

Діагноз: лімфосаркома верхніх вузлів шиї.

28.01.99р. під наркозом (протокол операції №38, початок - 9г. 55хв., кінець 12г. 30хв.) виконано операцію видалення пухлини у фасціальному футлярі сонного та бокового трикутників шиї.

Виконано розріз шкіри за Кютнером, відшарований шкірно-м'язовий клапоть. Розсічені фасціальні зрощення по боковій поверхні м'язів, розташованих нижче під'язикової кістки, лопатково-під'язикового м'язу до передхребцевої фасції. Розтягтий власний фасціальний футляр загальної сонної артерії і вона відокремлена до рівня її біфуркації.

Біля ключиці перев'язана і пересічена внутрішня яремна вена, яка згодом видалена блоком з пухлиною.

Перерізаний кивальний м'яз з утвореннями, що підлягають, до рівня переднього драбинчастого м'язу. У шарі передхребцевої фасції відокремлена пухлина з прилеглими до неї тканинами до рівня біфуркації загальної сонної артерії.

У боковому трикутнику видалення пухлини у фасціальному її оточенні виконано із збереженням додаткового нерву.

Відсічені від соскоподібного відростка кивальний м'яз і біля основи черепа після попередньої перев'язки внутрішня яремна вена. Розрізані фасціальні утворення уздовж заднього черевця дво-

черевцевого м'язу з частковим його вирізанням у зв'язку з щільним приляганням до пухлини. Тут закінчено відокремлювання блоку і його відсічено разом з нижнім полюсом біля вушно-слинної залози.

Гемостаз по ходу операції. Рана ушита шовком з дренажем через контрапертуру, яку накладено біля основи шкірно-жирового клаптя.

Рана загоїлась первинним на тяжінням у звичайний строк 4.02.99р. знято шви.

Результати патогістологічних досліджень видалених тканин №3467-72 від 29.01.99р.

Препарати №1, 2, 3 - лімфатичні вузли з різних ділянок оточення пухлини: лімфовузол, у лімфовузлі синусів гістоцитоз. Елементів пухлини не знайдено.

Препарат №4 - видалена пухлина в оточенні прилеглих фасціальних утворень та м'яких тканин: структура вузла стерта внаслідок очагового розростання поліморфних клітин серед яких багато одноклітинних та багатоядерних гігантських клітин та крупних полів некрозу. Гістологічні зміни укладаються у діагноз змішаного варіанту лімфогранулематозу - конс. проф. Є.А. Дикштейн.

Переваги способу, що заявляється, в тім, що він дозволяє виконати з достатнім радикалізмом та без порушення принципів абластики видалення рухомих злоякісних пухлин, розташованих у сонному трикутнику, з клінічно негативними регіонарними лімфатичними вузлами і в той же час у порівнянні з методами шийної дисекції, які традиційно застосовують у таких випадках, забезпечує мінімальну травматичність операції, полегшує клінічний перебіг післяопераційного періоду, значно зменшує функціональні та косметичні порушення, а також не інвалідізує хворого.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 - 20 - 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 - 32 - 71