



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51325 (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 РОЗШИРЕНОЇ СУПРАОМОГІОЇДНОЇ ШИЙНОЇ ДИСЕКЦІЇ

1

(21) u201000796

(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 розширеної супраомогіоїдної шийної дисекції, що включає видалення клітковини підпідборідного, піднижньощелепного та сонного трикутників з лімфатичними вузлами, який відрізняється тим, що виконують дугоподібний

2

розріз від рівня заднього краю соскоподібного відростка між заднім краєм кивального та переднім краєм трапецієподібного м'язів нижче перетину кивального м'яза з верхнім черевцем лопаточно-під'язикового м'яза, а далі - до під'язикової кістки вздовж верхнього черевця лопаточно-під'язикового м'яза і до підборіддя на рівні прикріплення переднього черевця двочеревцевого м'яза протилежного боку та до блока тканин, що видаляють, залучають клітковину заднього трикутника шиї у ділянці вище перетину лопаточно-під'язикового м'яза з кивальним.

Корисна модель належить до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії та онкології, і може бути використана при оперативному лікуванні регіонарних метастазів злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки.

Відомі способи оперативного лікування регіонарних метастазів злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки, коли виконують видалення клітковини переднього та заднього трикутників шиї разом з кивальним м'язом (або без нього) внутрішньою яремною веною та додатковим нервом (або без них), а інколи з блукаючим нервом [1,2].

Недоліками цих способів є те, що вони є надто травматичними з тяжким клінічним післяопераційним перебігом, мають багато протипоказів щодо віку та загального стану хворого, а також інвалідизують хворого.

Відомий спосіб оперативного лікування регіонарних метастазів злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки, що прийнятий нами як прототип, коли виконують видалення клітковини надпід'язикової ділянки разом з клітковиною сонного трикутника (або без неї) [3].

Недоліком цього способу є те, що він не дозволяє залучити до блока тканин, які видаляються, клітковину разом з лімфатичними вузлами, що розташовані вздовж додаткового нерва від рівня перетину кивального м'яза з проміжним сухожиллям лопаточно-під'язикового. До блока тканин не залучається клітковина верхнього відділка заднього трикутника шиї та відсутній візуальний контроль

клітковини з лімфатичними вузлами біля виходу з порожнини черепа внутрішньої яремної вени. В разі знаходження тут регіонарних метастазів злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки останні не можуть бути видаленими. Також проблемним є залучення до блока тканин, що видаляються, колекторних та інтегральних яремно-двочеревцевого та яремно-лопаточно-під'язикового лімфатичних вузлів. Ці, обставини звужують покази до виконання подібних операцій.

В основу корисної моделі поставлені завдання: забезпечити оптимальне співвідношення радикалізму операції шийної лімфаденектомії у хворих на рак щелепно-лицевої ділянки з травматичністю оперативного втручання; можливість розширення об'єму операції супраомогіоїдної шийної дисекції при необхідності залучення до блока тканин, що видаляється, клітковини вздовж додаткового нерва від рівня перетину кивального м'яза з проміжним сухожиллям лопаточно-під'язикового; гарантоване залучення до блока тканин, що видаляються, колекторних та інтегральних яремно-двочеревцевого та яремно-лопаточно-під'язикового лімфатичних вузлів; розширити покази до цієї операції для хворих на злоякісні пухли усіх локалізацій щелепно-лицевої ділянки, хворих більш похилого віку та з вадами загального стану.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі виконання розширеної супраомогіоїдної шийної дисекції, що включає видалення клітковини підпідборідного, піднижньощелепного та сонного

(13) U  
(11) 51325  
(19) UA

трикутників з лімфатичними вузлами, виконують дугоподібний розріз від рівня заднього краю соскоподібного відростка між заднім краєм кивального та переднім краєм трапецієподібного м'язів нижче перетину кивального м'яза з верхнім черевцем лопатково-під'язикового, а далі - до під'язикової кістки вздовж верхнього черевця лопатково-під'язикового м'яза і до підборіддя на рівні прикріплення переднього черевця двочеревцевого м'яза протилежного боку та до блока тканин, що видаляють, залучають клітковину заднього трикутника шиї у ділянці вище перетину лопатково-під'язикового м'яза з кивальним.

Новим у способі є оперативний доступ шляхом викроювання шкірно-жирового клаптя, а також об'єм видалення клітковини заднього трикутника шиї.

Спосіб реалізують таким чином.

Вкладають хворого на спину. Під наркозом проводять розріз від задньої поверхні соскоподібного відростка між заднім краєм кивального та переднім краєм трапецієподібного м'язів до рівня на 1 см нижче перетину кивального м'яза з верхнім черевцем лопатково-під'язикового, а потім - до під'язикової кістки вздовж верхнього черевця лопатково-під'язикового м'яза і далі до підборіддя на рівні прикріплення переднього черевця двочеревцевого м'яза протилежного боку.

Розсікають шкіру та підшкірну клітковину, а сформований шкірно-жировий клапоть відшаровують до рівня нижнього краю щелепи та прикріплення кивального м'яза.

Вздовж краю розрізу розсікають підшкірний м'яз шиї.

Від під'язикової кістки розтинають фаціальний футляр верхнього черевця лопатково-під'язикового м'яза до перетину з кивальним м'язом.

Вздовж переднього краю розтинають фаціальний футляр кивального м'яза та оголюють його передню поверхню.

Над проміжним сухожиллям лопатково-під'язикового м'яза розсікають фасціальні платівки до внутрішньої яремної вени. При необхідності (в разі зрощення з нею лімфатичних вузлів) внутрішню яремну вену в цьому місці перев'язують і пересікають.

Мобілізують кивальний м'яз шляхом визволення його задньої поверхні від власного фасціального футляра та відводять зовні.

У шарі загальної сонної артерії виділяють у фаціальному футлярі блок тканин з сонного трикутника та грудино-ключично-соскоподібної ділянки до переднього краю трапецієподібного м'яза дотори, до рівня під'язикової кістки медіально та нижнього краю щелепи - латерально.

Розсікають тканини від під'язикової кістки до підборіддя вздовж переднього краю двочеревцевого м'яза протилежного боку та вздовж нижнього краю щелепи до рівня її кута.

Виділяють блок тканин з підпідборідного трикутника разом з фасціальним футляром м'яза дна порожнини рота та передніх черевців двочеревцевих м'язів і блок тканин з піднижньощелепного трикутника до рівня заднього черевця двочерев-

цевого м'яза. Перев'язують лицеві артерію та вену.

Вдруге перев'язують лицеві артерію та вену в ділянці нижнього краю щелепи. Резектують нижній полюс привушної слинної залози.

Відводять зовні кивальний м'яз і продовжують виділення блока тканин, що видаляють, до рівня виходу внутрішньої яремної вени з порожнини черепа. При необхідності її перев'язують і пересікають.

Закінчують виділення блока тканин відсіченням клітковини від переднього краю трапецієподібного м'яза.

Приклад конкретного виконання способу.

Витяг з протоколу операції.

Хворий Р-цев М.О., 62 років, медична картка № 672, госпіталізований у щелепно-лицеве відділення комунальної медичної установи клінічної рудничної лікарні №1 м. Макиївки 13.01.2009р зі скаргами на збільшені лімфатичні вузли шиї ліворуч.

З приводу раку кореня язика ліворуч у Маріупольському ОД (плещатоклітинний неороговіваючий рак - ПГЗ №2274 від 24.09.08 р.) з 29.09 по 31.10.2008 р отримав курс ТГТ СОД 40 Гр на пухлину язика, піднижньощелепні та шийні лімфатичні вузли, а також курс паліативної ПХТ з 29.09 по 4.11.2008р.

04.12.2008 р у цій же лікарні хворому з приводу раку кореня язика Т4N1M0 виконано електрорезекцію середньої третини і кореня язика ліворуч.

Місцевий статус: лице симетричне. Відкривання порожнини рота вільне, у повному обсязі. Слизова оболонка порожнини рота звичайного кольору, помірно зволожена. Кукса язика блідорожевого кольору, післяопераційний рубець м'який, безболісний. У піднижньощелепній ділянці ліворуч пальпуються рухомі безболісні лімфатичні вузли. У нижніх відділах сонного трикутника ліворуч пальпуються конгломерат нерухомих, мало болючих лімфатичних вузлів розміром 2,5 + 2,0 см.

13.01.2009 р (протокол № 3; початок 13.00-кінець 15.15) виконано розширену супраомоїїдну шийну дисекцію ліворуч.

Під наркозом виконано розріз від задньої поверхні соскоподібного відростка, між заднім краєм кивального та переднім краєм трапецієподібного м'язів, до рівня на 1 см нижче перетину кивального м'яза з верхнім черевцем лопатково-під'язикового, а далі - до під'язикової кістки та до підборіддя на рівні прикріплення переднього черевця двочеревцевого м'яза протилежного боку.

Розсічено шкіру, відшаровано шкірно-жировий клапоть до рівня нижнього краю щелепи і прикріплення кивального м'яза.

Вздовж краю розрізу пересічено підшкірний м'яз шиї.

Від під'язикової кістки розкрито фасціальну піхву верхнього черевця лопатково-під'язикового м'яза до перетину з кивальним м'язом.

Вздовж переднього краю розкрито фасціальну піхву кивального м'яза та оголена його передня поверхня.

Над проміжним сухожиллям лопатково-під'язикового м'яза розсічені фасціальні платівки

до рівня внутрішньої яремної вени. Тут внутрішня яремна вена відокремлена, перев'язана та пересічена.

Мобілізований кивальний м'яз шляхом визволення його задньої поверхні від власного фасціального футляру та відведений зовні.

У шарі загальної сонної артерії відокремлено у фасціальному футлярі блок тканин з сонного трикутника та грудино-ключино-соскоподібної ділянки до переднього краю трапецієподібного м'яза догори до рівня під'язикової кістки медіально та нижнього краю щелепи - латеральне.

До блока тканин, що видалено, електроножем приєднана ділянка драбинчастого м'яза в зв'язку з його зрощенням з конгломератом лімфатичних вузлів. У рану вкладені марлеві серветки.

Електроножем розсічені тканини від під'язикової кістки до підборіддя вздовж переднього черевця двочеревцевого м'яза протилежного боку та вздовж нижнього краю нижньої щелепи до рівня її кута.

Виділено блок тканин з підборіднього трикутника разом з фасціальними футлярами м'язів дна порожнини рота та передніх черевців двочеревцевих м'язів і блок тканин з піднижньощелепного трикутника до заднього черевця двочеревцевого м'яза. Тут перев'язана та пересічена лицева артерія.

Перев'язані та пересічені лицеві судини у ділянці нижнього краю щелепи. Резектовано нижній полюс привушної слинної залози.

Відведений зовні кивальний м'яз і продовжено виділення блока тканин, що видаляють, до виходу з порожнини черепа внутрішньої яремної вени. Тут внутрішня яремна вена перев'язана та пересічена.

Закінчено виділення блока тканин, що видаляється, відсіченням клітковини від переднього краю трапецієподібного м'яза.

Гемостаз за ходом операції. Рану зашито з дренажем, для якого зроблено контрапертуру у задньому трикутнику шиї. Асептична пов'язка.

Післяопераційний перебіг без ускладнень. Рана загоїлась первинним на тяжінням.

Гістологічне дослідження лімфатичних вузлів, які були вирізані з блока тканин, що видалено від 13.01.2009 р:

ПГЗ № 669-670 - лімфатичні вузли з сонного трикутника - рак плещатоклітинного ороговіваючого типу низького ступеня диференціювання.

ПГЗ № 671-672 - лімфатичний вузол, який знаходився біля горлянки - хронічний лімфаденит з вираженням загостренням.

ПГЗ № 673-674 - лімфатичний вузол з підпідборідньої ділянки - хронічний лімфаденит з загостренням.

ПГЗ № 675-676 - лімфатичний вузол з піднижньощелепного трикутника - хронічний лімфаденит з загостренням.

ПГЗ № 677-678 - лімфатичний вузол з піднижньощелепного трикутника - метастази раку плещатоклітинного ороговіваючого типу помірного ступеня диференціювання.

ПГЗ № 679-680 - лімфатичний вузол, що знаходився біля внутрішньої яремної вени, ближче до основи черепа - хронічний лімфаденит з вираженням загостренням.

ПГЗ № 660-668 - блок видалених тканин - у препаратах ділянки м'язової, жирової, сполучної тканини, фрагменти слинної залози з ознаками хронічного сialoadenиту, судинний пучок з наявністю в одиничних полях зору мікрометастазів раку плещатоклітинного ороговіваючого типу низького ступеня диференціювання.

Під час спостереження за хворим протягом 9 місяців при огляді кожні три місяці ознак рецидиву первинної пухлини та метастазів не виявлено.

Переваги способу, що заявляється, полягають у тім, що він забезпечує у комбінованому лікуванні злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки можливість футлярного видалення регіонарних метастазів I, II, III, V рівнів метастазування, а також зменшення травматичності оперативного втручання, що дає можливість розширення показів до цієї операції з огляду на вік хворого та його загальний стан.

Джерела інформації, що прийняті до уваги. 1. Вернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.-Белкнига, Витебск, 1998.- с. 339-341.

2. Балин В.Н., Александров Н.М. под ред. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия.-С-Петербург, 1998.-С. 400-404.

3. Рузин Г.П., Бурых М.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.-Харьков, 2000.-с. 181-184.