



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 55940

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РАДИКАЛЬНОЇ ШИЙНОЇ ДИСКЕКЦІЇ ПРИ РЕГІОНАЛЬНИХ МЕТАСТАЗАХ РАКУ ГОРТАНІ

1

2

(21) 2002076247

(22) 26 07 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. № 4, 2003 р.

(72) Троян Василь Іванович, Морозова Наталія
Олександрівна(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, Троян Василь Іванович, Морозова
Наталія Олександрівна(57) Спосіб радикальної шийної дисекції при регіо-
нарних метастазах раку гортані, який полягає у
виконанні розтину шкіри бокової поверхні шиї, ви-

даленні грудино-ключично-соскоподібного м'яза, розтині фасції шиї до внутрішньої яремної вени та видаленні клітковини шиї разом з регіонарними лімфовузлами у єдиному блоці з клітковиною бокового трикутника шиї, який відрізняється тим, що розтин шкіри шиї виконують S-подібним, залишають підшкірний м'яз, нижній полюс навколоушної слинної залози та при знаходженні метастазів N₂-N₃ в нижніх двох третинах яремної вени дисекцію внутрішньої яремної вени виконують після впадіння в неї лицевої вени з перев'язкою її передньої або задньої гілок

Винахід стосується медицини, а саме, онкології та оториноларингології, і може бути використаним у лікуванні хворих на рак гортані

Питання лікування хворих на рак гортані є одним із складних та невіршених питань сучасної ЛОР-онкології. Це пояснюється тим, що більш ніж в 65% випадків хворі на рак гортані звертаються в III-IV стадії захворювання, маючи майже в 45% випадків регіонарні метастази відповідно критерію N₂-N₃. Лікування цієї категорії хворих, як правило, проводиться із застосуванням інвалідизуючих оперативних втручань, наслідком яких є багаточисленні ускладнення, які стосуються насамперед порушень венозного відтоку із черепа.

Відомий спосіб шийної дисекції є спосіб фасциально-футлярного видалення шийної клітковини (Пачес А.И. Опухоли головы и шеи - М. Медицина, 1983 - С. 117 - 120), який полягає в виконанні Z-подібного розтину шкіри бокової поверхні шиї. Після мобілізації шкіряних клаптів утворюється операційне поле, яке покрите підшкірним м'язом, в наступних межах задній край грудино-ключично-соскоподібного м'яза, середня лінія шиї, ключиця, нижній край нижньої щелепи. Перетинають та перев'язують шовком зовнішню яремну вену, потім перетинають та вилучають із футлярного ложа підшкірний м'яз, перетинають другу та третю фасції шиї над грудино-ключично-соскоподібним м'язом від соскоподібного відростка до ключиці, після цього вилучаємо з футлярного ложа грудино-ключично-соскоподібний м'яз, який максимально

відтягують. Таким чином оголюється фасція, яка прикриває шийну клітковину разом з лімфатичними судинами та вузлами шиї. Над ключицею в поперековому напрямі перетинають четверту фасцію шиї. Судинно-нервовий пучок шиї оголюють та звільняють від оточуючої клітковини із бокового трикутника шиї. Вздовж судинно-нервового пучка видалають клітковину. Також перетинають п'яту фасцію шиї до місця розташування додаткового нерва та виділяють його. Клітковину під ним підтягують донизу та вилучають. Розтинають навколоушну фасцію, прошивають та вилучають нижній полюс навколоушної слинної залози. Далі вилучення клітковини виконують вздовж зовнішньої поверхні двочеревного м'яза, зберігаючи при цьому цілість п. glossohypoglossus та п. accessorius. Вилучають клітковину в області біфуркації сонної артерії. Потім вилучають клітковину вздовж п. hypoglossus та з підщелепного трикутника. Над двочеревним м'язом перев'язують та перетинають лицеву артерію. Перетинають також і протік підщелепної слинної залози. В рану вводять дренажну трубку. Судинно-нервовий пучок шиї прикривають грудино-ключично-соскоподібним м'язом.

Спільними ознаками аналогу і винаходу, що заявляються є такі

виконання розтину шкіри бокової поверхні шиї, вилучення грудино-ключично-соскоподібного

м'яза, розтин фасції шиї до внутрішньої яремної вени,

(13) A

(11) 55940

(19) UA

вилучення клітковини шиї разом з лімфовузлами у єдиному блоці з клітковиною бокового трикутника шиї

Цей спосіб є недостатньо ефективним тому, що розтин шкіри не є достатньо анатомічним і утруднює первинне загоєння післяопераційної рани, в разі наявності метастатично уражених лімфатичних вузлів N_2-N_3 , робить неможливим їхнє абластичне видалення

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є відомий спосіб радикальної шийної дисекції (Пачес А.И. Опухоли головы и шеи - М Медицина, 1983 - С 113 - 117), який полягає в тому, що під загальним знеболюванням виконують розтин шкіри за Мартином або Крайлем. Шкіра відшаровується та відвертається. В задньому відділі оголюють нижній полюс навколоушної слинної залози, а з переду - підщелепну спину залозу, яка вкрита другою фасцією шиї. Перетинають фасцію, обнажають язиковий та під'язиковий нерв, перетинають вивідний протік підщелепної слинної залози. Після цього виводять в рану весь вміст підщелепної ямки і підборідного простору з клітковиною та лімфатичними вузлами, які там знаходяться. Потім перетинають в надключичній області грудино-ключично-соскоподібний м'яз. При цьому стає видно попереду *m sternohioideus*, позаду - *m trapezius*, *splenius coli*, *m levator scapule*, *m scalene*. Оголену надключичну клітковину перетинають на 3см вище ключиці та трохи нижче *m omohyoideus* і на цьому рівні перетинають також зовнішню і внутрішню яремні вени з вилученням клітковини бічного трикутника шиї. Розтинають п'яту фасцію шиї та разом з грудино-ключично-соскоподібним м'язом, клітковиною і лімфатичними вузлами піднімають цей блок тканин доверху. Таким чином, в операційній порожнині залишаються лише сонна артерія та блукаючий нерв. Далі вилучають клітковину підщелепного трикутника. Під основою черепа перетинають та перев'язують дистальний кінець внутрішньої яремної вени.

Суттєві ознаки прототипу і винаходу, що збігаються, є такі:

виконання розтину шиї бокової поверхні шиї, видалення грудино-ключично-соскоподібного м'яза,

розтин фасції шиї до внутрішньої яремної вени,

видалення клітковини шиї разом з регіонарними лімфатичними вузлами у єдиному блоці з клітковиною бокового трикутника шиї.

Цей спосіб є недостатньо ефективним тому, що він є травматичним, може бути виконаний на одному боці шиї та може ускладнитися в післяопераційному періоді порушенням венозного відтоку з черепа, що призводить до підвищення внутрішньочерепного тиску, а також приводить до виникнення в післяопераційному періоді значної деформації шиї, атрофії м'язів плеча.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу радикальної шийної дисекції при регіонарних метастазах рака гортані шляхом зміни форми розтину шкіри та зменшення об'єму хірургічного втручання, що зменшить травматичність операції, призведе до збереження венозного від-

току з черепа, підвищить ефективність лікування, покращить соціальну та функціональну реабілітацію цієї категорії хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі радикальної шийної дисекції при регіонарних метастазах рака гортані, який полягає у виконанні розтину шкіри бокової поверхні шиї, видаленні грудино-ключично-соскоподібного м'яза, розтин фасції шиї до внутрішньої яремної вени з видаленням клітковини шиї разом з регіонарними лімфовузлами і клітковиною бокового трикутника шиї, новим є те, що

1) що розтин шкіри шиї виконують S-подібним,

2) запишають підшкірний м'яз, нижній полюс навколоушної слинної залози,

3) при знаходженні метастазів N_2-N_3 в нижніх двох третинах яремної вени дисекцію внутрішньої яремної вени виконують після впадіння в неї лицевої вени з перев'язкою її передньої або задньої гілки.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляється та технічним результатом полягає в такому:

1) виконання S-подібного розтину шиї зменшить рубцеву деформацію шиї і дасть змогу отримати кращий функціональний ефект в післяопераційному періоді,

2) збереження підшкірного м'язу, дозволить також зменшити деформацію бокової поверхні шиї та покращити функціональний ефект операційного втручання,

3) дисекція внутрішньої яремної вени після впадіння в неї лицевої вени з перев'язкою її передньої або задньої гілки дозволить зберегти венозний відтік з черепа, не порушуючи абластичності хірургічного втручання.

Сукупність перелічених ознак забезпечить зниження відсотку ускладнень в ході операції та в післяопераційному періоді, підвищить функціональну і онкологічну ефективність лікування.

Спосіб здійснюють таким чином:

Під загальним знеболюванням у положенні хворого на спині з повернутою в сторону протилежну оперуємого боку головою хворого робиться S-подібний розтин шкіри від соскоподібного відростка до середини ключиці по проекції грудино-ключично-соскоподібного м'яза. Шкіряний клапоть відшаровується разом з підшкірним м'язом, в слідуючих межах задній край грудино-ключично-соскоподібного м'яза, середня лінія шиї, ключиця, нижній край нижньої щелепи. Потім перетинають та перев'язують шовком зовнішню яремну вену, перетинають другу та третю фасції шиї над грудино-ключично-соскоподібним м'язом від соскоподібного відростка до ключиці, оголюють та перетинають грудино-ключично-соскоподібний м'яз. Оголюється четверта фасція, яка прикриває шийну клітковину разом з лімфатичними судинами та вузлами шиї, перетинається над ключицею в поперековому напрямку. Виділяється внутрішня яремна вена з подальшою дисекцією після впадіння в неї лицевої вени і перев'язкою її передньої або задньої гілки, анастомозуючих з протилежною венозною системою шиї та поверхневими венами цього ж боку, що особливо важливо при одночасній двобічній шийній дисекції, коли значно порушу-

ється венозний відтік з черепа

Клітковину вздовж судинно-нервового пучка видаляють разом із видаленою частиною внутрішньої яремної вени і клітковиною ділянки додаткового нерва. Далі виділяють та вилучають клітковину в області біфуркації загальної сонної артерії та вздовж п. hypoglossus і з підщелепного трикутника. В рану вводять дренажну трубку. Судинно-нервовий пучок прикривають грудино-ключично-соскоподібним м'язом.

Приклад. Хворий Бакута П.С., 1941 року народження був госпіталізований в ЛОР відділення 3-ої міської лікарні з діагнозом рак гортані T₃N₂M₀. Хворому після проведення розширеної геміларингектомії під загальним знеболюванням в положенні на спині з головою повернутою в протилежний від оперуємого бік другим етапом операційного втручання виконана шийна дисекція. Оперативне втручання на шиї почалося з виконання S-подібного розтину шкіри від соскоподібного відростка до середини ключиці по проекції грудино-ключично-соскоподібного м'яза.

Шкіряний клапоть відшаровується разом з підшкірним м'язом, в слідуючих межах задній край грудино-ключично-соскоподібного м'яза, середня лінія шиї, ключиця, нижній край нижньої щелепи. Потім перетинають та перев'язують шовком зовнішню яремну вену, перетинають другу та третю фасції шиї над грудино-ключично-соскоподібним

м'язом від соскоподібного відростка до ключиці, оголюють та перетинають грудино-ключично-соскоподібний м'яз. Оголюється четверта фасція, яка прикриває шийну клітковину разом з лімфатичними судинами та вузлами шиї, перетинається над ключицею в поперековому напрямку. Виділяється внутрішня яремна вена з подальшою дисекцією після впадіння в неї лицевої вени з перев'язкою її передньої або задньої пілок, анастомозуючих з протилежною венозною системою шиї та поверхневими венами цього ж боку, що особливо важливо при одночасній двобічній шийній дисекції, коли значно порушується венозний відтік з черепа.

Клітковину вздовж судинно-нервового пучка видаляють разом із видаленою частиною внутрішньої яремної вени і клітковиною ділянки додаткового нерва. Далі виділяють та вилучають клітковину в області біфуркації загальної сонної артерії та вздовж п. hypoglossus і з підщелепного трикутника. В рану вводять дренажну трубку. Судинно-нервовий пучок прикривають грудино-ключично-соскоподібним м'язом.

В ході операції та післяопераційному періоді ускладнень не виникло. Хворий виписаний з відділення через 20 діб після оперативного втручання без набряку м'яких тканин обличчя і шиї та головного болю. За період спостереження на протязі 3 років появи рецидиву захворювання та порушень венозного відтоку з черепа не зафіксовано.