



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **1011**
(51) **МПК А61В17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1901277

(22) 30.01.2018

(46) Бюл.150, 2019

(71) Базаров Н.И.(ТJ); Имомов Ф.А.(ТJ).

(72) Базаров Н.И.(ТJ); Косымов М.М.(ТJ);
Имомов Ф.А.(ТJ); Шукуров Ф.И.(ТJ).

(73) Базаров Н.И.(ТJ); Имомов Ф.А.(ТJ).

(54) **СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ СУБТОТАЛЬНЫХ,
ТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ И СЛИЗИС-
ТЫХ ВЕК ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ
НОВООБРАЗОВАНИИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ
ПРОЦЕССОВ.**

(56) 1. J. Shah в 2003 году
(ShahJ.HeadandNeckSurgeryandOncology.ThirdEditi
on. - Mosby, NewYork. - 2003. - P.42-43,).

2. М.Л. Краснова, описанный в 1988 г
(Руководство по глазной хирургии, под ред.
М.Л. Краснова, В.С. Беляева, М.: Медицина, 1988
г., с. 59-60, прототип)

3. [Патент RU 2375017] Способ пластики
сквозного субтотального дефекта нижнего
века.

(57) Изобретение относится к медицине, а
именно относится к офтальмологии, челюстно-
лицевой хирургии, онкологии, а именно к
разделу лечения различных опухолей и

опухолеподобных процессов кожи век и её
придатков (РООППКВП).

Сущность изобретения заключается в том,
что для устранения субтотальных, тотальных
дефектов кожи и слизистых век после
иссечения различных новообразований и
опухолеподоб-ных процессов используется
сложный трансплантат (кожно-мышечный)
лобно-надбровной области (СТКМЛНО).
Которая позволяет одновременно устранить
субтотальный, тотальный дефект нижнего
века, при этом она также позволяет
активизировать нервно - мышечную связь, тем
самым она способствует прикрытию глазной
щели, а также участвует в функции смыкания
нижнего века и с истечением определенного
времени происходит рост волос на новом
нижнем веке, имитирующий ресницы. Способ
устранения субтотальных, тотальных дефектов
кожи и слизистых век после иссечения
различных новообразований и
опухолеподобных процесс-сов позволил
добиться у 95% больных, добиться излечения
от местно-распространённых опухолей кожи
века и её придатков. Это ускорило медико-
социальную реабилитацию, и улучшило
качество жизни этих больных.

Изобретение относится к медицине, а именно относится к офтальмологии, челюстно-лицевой хирургии, онкологии, а именно к разделу реконструктивным операциям по поводу местнораспространенных опухолей и опухолеподобных процессов кожи век, прорастающих все его слои (МООПКВПС).

Известна методика пластики сквозных субтотальных дефектов нижнего века, описанная J. Shah в 2003 году (Shah J. Head and Neck Surgery and Oncology. Third Edition. - Mosby, New York. - 2003. - P.42-43.). При данном способе пластики дефект нижнего века закрывается с помощью кожно-жирового лоскута из околоушно-височной области по Mustarde, ротированного на зону дефекта.

Недостатком способа является то, что подшивание кожи лоскута производится непосредственно к конъюктиве нижнего века, которая является очень тонкой и подвижной, следствием чего является выворот века. Кроме того, данный способ пластики не обеспечивает наличия ресниц на краю кожного лоскута, что является косметическим недостатком.

Известен способ М.Л.Краснова, описанный в 1988 г. (Руководство по глазной хирургии, под ред. М.Л.Краснова, В.С.Беляева, М.: Медицина, 1988 г., с.59-60, прототип). Сущность способа заключается в комбинированной пластике сквозного дефекта нижнего века лоскутом кожи на ножке, формируемым в области верхнего века. При этом способе дефект конъюктивы нижнего века устраняется путем простого сближения краев раны, что делает невозможным применение данного способа при пластике дефектов нижнего века, превышающих две трети его длины. Кожная часть дефекта устраняется с помощью лоскута кожи верхнего века на ножке (острым микростеблем), который подшивается к краям дефекта кожи нижнего века (первый этап). После приживления донорской части лоскута необходим второй этап операции - иссечение ножки стебля. Как и предыдущий способ, данная методика не решает проблему дефекта ресниц, восстановление которых представляет собой сложную проблему.

Наиболее близким аналогом является Способ пластики сквозного субтотального дефекта нижнего века [Патент RU 2375017]. Реконструкции дефекта, используется свободный полнослойный трансплантат клиновидной формы из нижнего века противоположного глаза, взятый во всю толщу века, фиксация трансплантата к донорскому участку осуществляется тремя рядами швов: интермаргинальным, подконъюнктивальным и кожным; операция выполняется под эндотрахеальным наркозом.

Недостатком способа пластики сквозного субтотального дефекта нижнего века по А.Л.Чистяковым и А.Л. Ключихиным является то, что трансплантат клиновидной формы берется из здорового нижнего века тем самым наносится травма здоровому нижнему веку. Не каждый больной может дать согласие на взятие

трансплантата клиновидной формы из здорового нижнего века. Когда имеется тотальный дефект нижнего века такой объем трансплантата нельзя взять со здорового века, в случае возникновения воспаления то будет страдать и больная и здоровая века, а также невозможность одновременного формирования обоих век.

Целью изобретения является улучшение функциональных и эстетических результатов реконструкции сквозных субтотальных, тотальных дефектов век.

Данный технический результат достигается следующим образом:

Под эндотрахеальным интубационным наркозом после иссечения опухоли век путем сквозной резекции больше его части во всю толщу при субтотальном удалении сохраняются только проксимальный и дистальный участки век, а при тотальном удалении век не сохраняются проксимальный и дистальный участки век. Для замещения субтотального дефекта кожи и слизистой верхнего и нижнего века использован сложный трансплантат (кожно-мышечный) лобно-надбровной области (СТКМЛНО), которая выкроена и она фиксируется к краям раны с помощью швов, при этом сначала совмещаются интермаргинальным краем реципиентных зон, затем накладываются подслизистые и кожные швы. Донорская рана ушивается, путем простого сближения краев раны они иллюстрированы фотоснимками (фиг.1,2). На 9,12 сутки и через месяц после операции наблюдается полное приживление сложного трансплантата (кожно-мышечного) лобно-надбровной области на верхнем и нижнем веках с хорошим косметическим эффектом (фиг.3,4,5).

Преимуществами предложенного способа являются одноэтапность операции, возможность одномоментно устранить субтотальный дефект верхнего и нижнего века, **активизировать нервно мышечную связь тем самым она способствует прикрытию глазной щели, а также участие в функцию смыкания век.** Кроме того в отличие от других способов пластики дефектов век сложным трансплантатом (кожно-мышечным) лобно-надбровной области является более близким по цвету, тургору, эстетическому виду.

С целью реконструкции дефекта используют сложный трансплантат (кожно-мышечный) лобно-надбровной области (СТКМЛНО) с включением волосяных фолликул для имитации ресниц. Фиксацию трансплантата к реципиенту осуществляют тремя рядами швов: интермаргинальным, подконъюнктивальными и кожными. Операцию выполняют под эндотрахеальным наркозом. Способ обеспечивает одномоментное закрытие дефекта, воссоздание ресничного края века, улучшение функциональных и эстетических результатов реконструкции сквозных дефектов век, снижение послеоперационных осложнений, сокращения сроков реабилитации.

Перечень фигур поясняющих материалов;

Фигура 1. Иллюстрирует вид опухолей кожи век справа и разметку разрезов перед операцией.

Фигуры 2, 3, 4. Иллюстрирует состояние линии швов, трансплантата сложного после операции начиная с первых суток до двенадцати суток.

Фигура 5. Внешний вид больной через месяц после операции.

1. Больная М.С. 27 лет с поздним рецидивом базальноклеточного рак кожи наружного угла верхнего и нижнего века справа Т₃№0М₀II клиническая группа. Состояние после криогенного лечения. Фиброма кожи лба справа 16 клиническая группа. Результат лечения прогрессия опухоли.

Для замещения субтотального дефекта кожи и слизистой верхнего и нижнего века использован сложный трансплантат (кожно-мышечный) лобно-надбровной области (СТКМЛНО), которая иллюстрирована фотоснимками. Фиг. 1,2. СТКМЛНО позволяет одномоментно устранить субтотальный дефект верхнего и нижнего века, активизировать нервно мышечную связь тем самым она способствует прикрытию глазной щели, а также участие в функцию смыкания век.

Больная М.С. 27 лет с поздним рецидивом базальноклеточного рак кожи наружного угла верхнего и нижнего века справа Т₃№0М₀II клиническая группа. Состояние после криогенного лечения. Фиброма кожи лба справа 16 клиническая группа. Результат лечения прогрессия опухоли. План операции электро иссечения опухоли кожи и слизистой наружного угла верхнего и нижнего века и замещения субтотального дефекта кожи и слизистой наружного угла верхнего и нижнего века с использованием сложного трансплантата (кожно-мышечного) лобно-надбровной области (СТКМЛНО) справа.

Больная М.С. 27 лет первые сутки после операции замещения субтотального дефекта кожи и слизистой наружного угла верхнего и нижнего века с использованием сложного трансплантата (кожно-мышечного) лобно-надбровной области (СТКМЛНО) справа. Электро иссечения фибромы кожи лба справа.

Больная М.С. 27 лет девятые сутки после операции замещения субтотального дефекта кожи и слизистой наружного угла верхнего и нижнего века с использованием сложного трансплантата (кожно-мышечного) лобно-надбровной области (СТКМЛНО) справа. Электро иссечения фибромы кожи лба справа.

Больная М.С. 27 лет двенадцатые сутки после операции замещения субтотального дефекта кожи и слизистой наружного угла верхнего и нижнего века с использованием сложного трансплантата (кожно-мышечного)

лобно-надбровной области (СТКМЛНО) справа. Электро иссечения фибромы кожи лба справа.

Больная М.С. 27 лет спустя один месяц после операции замещения субтотального дефекта кожи и слизистой наружного угла верхнего и нижнего века с использованием сложного трансплантата (кожно-мышечного) лобно-надбровной области (СТКМЛНО) справа. Электро иссечения фибромы кожи лба справа.

ПРИМЕР ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕННОГО СПОСОБА

В качестве примера приводим следующее наблюдение. Больной Г., 20 лет, на учёте в ГУ РОНЦ с 24.09.2012 года болен в течение 6 лет. Поступил в клинику кафедры онкологии жалобами на наличие опухолей кожи лица виде узлов, язв, которые не заживают после отторжения струпа и применения различных мазей. 20.07.2016 года повторно поступил с диагнозом Метахронная злокачественная полинеоплазия кожи лица: 1. Рак кожи нижнего века справа Т₄№0М₀II клиническая группа. Состояние после 2 курсов химиотерапии. Результат лечения- стабилизация опухолевого процесса. 2. Рак кожи нижнего века слева Т₄№1М₀II клиническая группа. Состояние после комплексного лечения 2012 г. Признаков рецидива и метастазов в момент осмотра нет, но имеется тотальный дефект нижнего века после пластики свободным кожным трансплантатом со спины (фиг.6). 29.07.2016 года под эндотрахеальным наркозом произведена операция иссечения опухоли нижнего века и замещения тотального дефекта нижнего века с использованием сложного трансплантата (кожно-мышечного) лобно-надбровной области (СТКМЛНО) справа (фиг.7,8). Фиксацию трансплантата к рецепенту осуществляют тремя рядами швов: интермаргинальным, подконъюнктивальными и кожными. Послеоперационный период протекал без осложнений. Результат послеоперационного гистологического исследования №8576 плоскоклеточный неороговевающий рак. Через 6 месяцев приживление полное СТКМЛНО, признаков рецидива злокачественной опухоли нижнего века нет, хороший эстетический результат (фиг.8).

Больной Г., 20 л. Метахронная злокачественная полинеоплазия кожи лица: 1. Рак кожи нижнего века справа Т₄№0М₀II клиническая группа. Состояние после 2 курсов химиотерапии. Результат лечения стабилизация опухолевого процесса.

Рак кожи нижнего века слева Т₄№1М₀II клиническая группа. Состояние после комплексного лечения 2012 г. Признаков рецидива и метастазов в момент осмотра нет, но имеется тотальный дефект нижнего века после пластики свободным кожным трансплантатом со спины.

Для устранения тотального дефекта нижнего века использован сложный трансплантат (кожно-мышечный) лобно-надбровной позволяет одномоментно устранить тотальный дефект нижнего века, активизировать нервно-мышечную связь, тем самым она способствует прикрытию глазной щели, а также участию в функции смыкания нижнего века и с истечением определенного времени происходит рост волос на новом нижнем веке, имитирующий ресницы.

Больной Г., 20 л. Метахронная злокачественная полинеоплазия кожи лица: 1.Рак кожи нижнего века справа T₄N₀M₀ II клиническая группа. Состояние после 2 курсов химиотерапии. Результат лечения- стабилизация опухолевого процесса. 2. Рак кожи нижнего века слева T₄N₁M₀II клиническая группа. Состояние после комплексного лечения 2012 г.

области (СТКМЛНО), которая иллюстрирована фотоснимками. Фиг. 6,7,8, 9 СТКМЛНО

Признаков рецидива и метастазов в момент осмотра нет, но имеется тотальный дефект нижнего века после пластики свободным кожным трансплантатом со спины.

Больной Г., 20 л. План операции иссечения опухоли нижнего века и замещения тотального дефекта нижнего века с использованием сложного трансплантата (кожно-мышечного) лобно-надбровной области (СТКМЛНО) справа.

Итог операции больного Г., 20 л. после замещения тотального дефекта нижнего века справа СТКМЛНО.

Состояние больного Г., 20 л. после шести месяцев операции замещения тотального дефекта нижнего века справа СТКМЛНО.

Формула изобретения

Способ устранения субтотальных, тотальных дефектов кожи и слизистых век после иссечения различных новообразований и опухолеподобных процессов, включающий фиксацию трансплантата к донорскому участку осуществляется тремя рядами швов: интермаргинальным, подконъюнктивальным и кожным,

операция выполняется под эндотрахеальным наркозом, **отличающийся тем, что,** для замещения субтотального дефекта кожи и слизистой верхнего и нижнего века используют сложный трансплантат (кожно-мышечной) лобно-надбровной области.

СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ СУБТОТАЛЬНЫХ, ТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ВЕК ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССОВ



Фиг-1



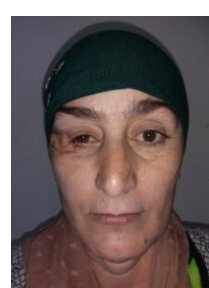
Фиг-2



Фиг-3



Фиг-4



Фиг-5



Фиг-6



Фиг- 7



Фиг-8



Фиг-9

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ734042, г. Душанбе,
ул. Айни, 14а