



Республика Таджикистан

(19) **TJ** ⁽¹¹⁾ **859**

(51) **МПК А 61 В 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 1500998

(22) 18.12.2015

(46) Бюл.132, 2017

(71) Хабибулов Ш.З. (TJ); Баротов З.З. (TJ);
Махмудова Н.М. (TJ); Нуридинов Й.М. (TJ).

(72) Хабибулов Ш.З. (TJ); Баротов З.З. (TJ);
Махмудова Н.М. (TJ); Нуридинов Й.М. (TJ).

(73) Хабибулов Ш.З. (TJ); Баротов З.З. (TJ);
Махмудова Н.М. (TJ); Нуридинов Й.М. (TJ).

(54) **СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНИХ И ПЕРЕДНЕ-БОКОВЫХ ОТДЕЛОВ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА ПОДПОДЪЯЗЫЧНЫМ ЛОСКУТОМ.**

(56) 1. Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализированными лоскутами.- М.: Медицина. Неробеев А.И., 1988- 272 с.: ил.с. 43-45.57.

2. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи под ред. проф. Е.Г. Матякина.- Вердана, 2009 –224 с.: ил.с.41-44,49-54,57-59.

3. Опухоли головы и шеи: рук / А.И.Пачес.- 5-е изд., доп. и перераб. – М.: Практическая медицина, 2013.- 478 с.: ил.с.134.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к онкологии области головы и шеи и

может быть использовано в реконструктивно-восстановительной хирургии у больных раком органов полости рта.

Цель достигается путём послойного замещения дефектов передних отделов полости рта кожно-мышечным лоскутом, сформированным на передней поверхности шеи. Мышечный фрагмент лоскута подшивается к мышцам полости рта, а кожа – к краям дефекта слизистой оболочки.

Сущность изобретения заключается в том, что сохраняют кожную ленту на всю длину передних мышц шеи, способствующий сохранение автономности кровоснабжения в лоскуте за счёт основных перфорантов из грудино-подъязычной мышцы в кожу, при подведении лоскута к дефекту полости рта производят дезэпидермизацию ножки лоскута до сосочкового слоя кожи с острым скальпелем или дерматомом, при пластике передних отделов полости рта ротация лоскута производят только вокруг оси подъязычной кости, и при смещении трансплантата в сторону боковых отделов полости рта и языка ротация осуществляют во фронтальной плоскости, а дезэпидермизация выполняют в косом направлении.

Изобретение относится к медицине, а именно к онкологии области головы и шеи и может быть использовано в реконструктивно-восстановительной хирургии у больных раком органов полости рта.

Рак органов полости рта, злокачественное новообразование, поражающее слизистую оболочку полости рта и малые слюнные железы, и по данным различных авторов, составляет чуть более 2% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. Оно чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и обычно поражает людей старше 40 лет. По данным ВОЗ, количество заболевших раком слизистой оболочки полости рта неуклонно растет, причем увеличивается процент больных с запущенными стадиями заболевания.

Операции при раке органов полости рта характеризуются высокой травматичностью и образованием больших дефектов, значительно нарушающих основные функции полости рта (жевание, глотание, речь).

Известен способ восстановления дефекта полости рта сложным лоскутом на подкожной мышце шеи[2].

Подкожная мышца шеи – тонкая мышца, берущая начало у ключицы, далее идущая по боковой поверхности шеи вверх, где она оканчивается несколько выше края нижней челюсти в боковых отделах нижней зоны лица, «вплетаясь» в мимические мышцы.

Недостатком данного способа является то, что лучевая терапия выше 40-45Гр. приводит к нарушению кровообращения в трансплантате. Во-вторых, данный лоскут не может использоваться у женщин, так как подкожная мышца у них, как правило, развита недостаточно хорошо.

Известен метод пластики дефекта полости рта дельто-пекторальным лоскутом[1].

Недостатком этого метода являются ограниченная длина осевого сосуда, питающего ножку лоскута, что отрицательно сказывается на кровоснабжении. Недопустимо также натяжение ножки. Окончательное восстановление утраченных функций дыхания, глотания и речи, наступает через 1.5-2.0 мес.

Известен метод пластики дефектов полости рта и ротоглотки лоскутом на грудино-ключично-сосцевидной мышце [2].

Лоскут выпрепаровывают снизу вверх в надфасциальном слое, а при переходе на область ключицы – тотчас над ее надкостницей. Отсекают обе ножки грудино-ключично-сосцевидной мышцы, последнюю выделяют из фасциального футляра. Уровень отсечения латеральной ножки от ключицы зависит от состояния тканей шеи и предшествующей лучевой терапии. Недостатками этого метода являются:

- При выполнении двухстороннего фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи,

как правило, пересекаются основные сосуды, питающие мышцу (это, на наш взгляд, может привести к частичным некрозам кожного фрагмента). Поэтому использование лоскута в данной ситуации считается нецелесообразным;

- При реализации регионарных метастазов на стороне формирования лоскута, их диагностика и лечение могут быть затруднены образовавшимися рубцами.

В качестве прототипа выбран метод пластики сложным лоскутом с включением большой грудной мышцы[2,3].

Методика операции. Измеряют необходимую длину питающей ножки от ключицы до нижнего края дефекта при слегка опущенной голове. Большая грудная мышца, занимающая всю верхнюю часть переднего отдела грудной клетки плоская, несмотря на значительную толщину у физически крепких людей. Она получает питание из основного сосудистого пучка – плече-грудной артерии, пересекающей ее в косом направлении.

Уровень выкраивания «островкового» лоскута зависит от локализации дефекта на лице. Чем выше находится изъян, тем длиннее должна быть питающая ножка. Форма и величина кожного лоскута должны соответствовать дефекту. Сквозным разрезом до фасции очерчивают кожную площадку, по нижнему краю ее пересекают большую грудную мышцу и выпрепаровку производят под ней. Тупым и острым путем отслаивают мышцу от грудной клетки и от малой грудной мышцы. В верхнем углу раны определяется хорошо выраженный сосудистый пучок на внутренней поверхности мышцы. Пересекают горизонтальные мышечные пучки по бокам от кожно-жировой площадки, последнюю фиксируют кетгутowymi швами к мышце с целью предупреждения отслойки кожно-жирового фрагмента. Участок мышцы, прикрепленный к кожному лоскуту, иссекают вдоль сосудистого пучка вплоть до ключицы, при этом ширина мышечного мостика может варьировать от 3,0 до 6,0 см в зависимости от целей его использования. Рана на грудной клетке закрывается легко после распрепаровки краев. Через горизонтальный разрез в надключичной области формируют туннель под кожей шеи, через который кожно-мышечный лоскут проводят к дефекту. Если на шее произведена операция Крайла, то ножка лоскута полностью замещает удаленную грудино-ключично-сосцевидную мышцу, надежно прикрывая сонную артерию.

Возможность перемещения лоскута с большой грудной мышцей на дефекты полости рта в значительной степени зависит от конституциональных особенностей пациента. У больных с длинной шеей и короткой грудной клеткой эта операция невыполнима. Большая часть ножки и лоскута находится на шее и боковых

отделах лица. При ширине большой грудной мышцы в 15см и длине в 12см кожно-мышечная

площадка лоскута не достигает до проекции дна полости рта и языка.

Недостатки метода. Необходимость формировать туннели под кожей шеи и боковых отделов лица создает дополнительные выбухания и рубцы на открытых частях тела, особенно нежелательные у женщин. Время операции значительно увеличивается за счет формирования лоскута.

Предлагаемый нами новый способ пластики дефектов передних и передне-боковых отделов полости рта полнослойным кожно-мышечным лоскутом на грудинно-подъязычной мышце, которая кровоснабжается из ветвей а. Thyreoideasuperior (Фиг. 1).

Цель изобретения является сохранение кожно-кожную ленту на всю длину передних мышц шеи, что сохраняет автономность кровоснабжения в лоскуте за счёт основных перфорантов из грудино-подъязычной мышцы в кожу.

Сущность заключается в том, что рассекают красную кайму нижней губы на расстоянии 0,5-1,0 см от угла рта, далее разрез продолжают по границе красной каймы и кожи до угла рта, затем – вниз по границе нижней губы и щеки ниже края нижней челюсти на 1,5 см. Далее разрез кожи идет в поднижнечелюстной области параллельно краю нижней челюсти и на 1,0 - 1,5см ниже него до переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Слизистую оболочку нижней губы рассекают вертикально вниз до альвеолярной части нижней челюсти. Разрез продолжают на 1 см выше переходной складки вдоль альвеолярной части до ретромолярной области, щечный кожно-слизистый лоскут отсепакироваем открывается широкий доступ к задним отделам полости рта. После иссечения опухоли дефект закрывается лоскутом.

Методика закрытия. «Островковый» кожно-мышечный лоскут, базирующийся на грудинно-подъязычной мышце часто сопровождается некрозом кожной площадки, участвующей в пластики дефекта слизистой оболочки. Это объясняется тем, что основная масса кожных перфорантов располагается в проксимальном отделе лоскута и теряется при формировании «островкового» компонента. Приподведении лоскута к дефекту полости рта необходимо произвести деэпидермизацию ножки лоскута, причем деэпидермизация должна обязательно осуществляться до сосочкового слоя кожи, с целью профилактики травмирования перфорантов. Деэпидермизация осуществляется острым скальпелем или дерматомом.

При пластике передних отделов дна полости рта ротация лоскута производится только вокруг оси подъязычной кости. При смещении трансплантата в сторону боковых отделов дна

полости рта и языка, ротация осуществляется во фронтальной плоскости, а деэпидермизация вы-

полняется в косом направлении, как показано на Фиг 2.

Кровоснабжение рабочего фрагмента кожи лоскута, в отличие от вышеприведенных способов непосредственно участвующего в пластики дефекта слизистой оболочки, осуществляется не только через подлежащие дистальные мышечные перфоранты, но и посредством капиллярной сети самой дермы всего лоскута, берущей кровь из всех перфорантов на протяжении грудино-подъязычной мышцы.

Мышечная часть лоскута может использоваться при формировании диафрагмы рта и для укрытия спилов нижней челюсти при ее резекции в передних отделах. При частичном, или даже полном некрозе дистального отдела кожи лоскута, подлежащая мышца остается жизнеспособной и обеспечивает достаточную герметизацию ротовой полости с последующей эпителизацией, которая происходит в более поздние сроки, чем при первичном приживлении кожи лоскута к слизистой оболочке (Фиг. 3).

При выполнении шейной лимфодиссекции дополнительных разрезов не требуется за исключением удлинения поперечного разреза кожи шеи параллельно краю нижней челюсти. У больных в короткие сроки после операции отмечено восстановление основных функций полости рта при незначительных косметических изменениях в виде рубцов на шее.

Преимущества лоскута: достаточное кровоснабжение, довольно мобильный, легко и быстро формируется, его можно ротировать в любой плоскости и свободно подвести к передним и передне-боковым отделам полости рта.

При ушивании раны, образовавшейся после выкраивания «фартучного» лоскута, отмечается значительное натяжение тканей. Подшивание подподъязычного лоскута после заживления раны в полости рта позволяет избежать его дополнительного инфицирования, что обеспечивает лучшие результаты операции.

Уменьшается вероятность допустить ошибку при расчете необходимого количества пластического материала.

Ширина лоскута всегда достаточна, его длина определяется границами дефекта. При использовании этого способа всегда имеется запас ткани по длине, так как размеры лоскута с учетом питающей ножки значительно больше размеров дефекта (длина подподъязычного лоскута 8.0 x 6.0 см).

1.Большой Ш. 1942 г.р. а\к 1993\14. Поступил в Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» Республики Таджикистан (ГУ РОНЦ РТ) с жалобами на наличие опухоли слизистой оболочки

альвеолярного отростка нижней челюсти, болевого синдрома, кровотечением и зловонным запахом.

лен в ГУ РОНЦ РТ. Результат биопсии №2615 Плоскоклеточная ороговевающая карцинома. Диагноз: Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти Т3Н0М0. На I этапе проведено II курса ПХТ, на II этапе 30 Гр лучевого лечения. 08.07.14 г. Произведена операция: Иссечение опухоли, резекция нижней челюсти справа, тканей дна полости рта с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи, с пластикой подподъязычным лоскутом. Заживление раны первичным натяжением. На 10-12 сутки швы сняты. Больной начал принимать пищу самостоятельно на 13-е сутки после удаления желудочного зонда. Функции глотания, жевания и речь полностью восстановлена (Фиг 3а,б).

2. Больной А. 1970 г.р. А/к: №6512/11 поступил в ГУ РОНЦ РТ с жалобами на наличие опухоли слизистой оболочки дна полости рта справа, кровотечение, болевого синдрома и зловон-

Из анамнеза: Болеет в течение 2-х лет. Лечение не получал. Обратился по месту жительства, направ-

ного запаха. Из анамнеза: болеет в течение 4-х месяцев. Занимался самолечением. После обращения в поликлинику взята биопсия. Гистологическое заключение №3405 плоскоклеточная карцинома со склонностью к ороговеванию. Диагноз: Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти справа Т3Н0М0. На I этапе получил облучение на первичный очаг в дозе 30 Гр. После чего на втором этапе произведена операция: Иссечение тканей дна полости рта, языка с резекцией нижней челюсти, лимфодиссекции шеи справа с пластикой дефекта подподъязычным лоскутом. Заживление раны первичное. На 12-13 сутки швы были сняты. Больной начал принимать пищу самостоятельно на 14-е сутки после удаления желудочного зонда (Фиг. 4а,б).

Функции глотания, жевания и речь были полностью восстановлены. На III этапе проведен курс полихимиотерапия по схеме: карбоплатин+паклитаксел.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ реконструкции дефектов передних и передне-боковых отделов полости рта и языка подподъязычным лоскутом, включающий иссечение дефекта, формирование кожно-мышечного лоскута, отслаивание и подведение его к дефекту, **отличающийся тем, что** рассекают красную кайму нижней губы на расстоянии 0,5-1,0 см от угла рта, далее разрез продолжают по границе красной каймы и кожи до угла рта, затем – вниз по границе нижней губы и щеки ниже края нижней челюсти на 1,5 см, далее разрез кожи идет в поднижнечелюстной области параллельно краю нижней челюсти и на 1,0 - 1,5 см ниже него до переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, сохраняют кожную ленту на всю длину передних мышц шеи, способствующий сохранение автономности кровоснабжения в лоскуте за счёт основных перфорантов из грудино-подъязычной мышцы в кожу, приподведении лоскута к дефекту полости рта производят дезэпидермизацию ножки лоскута до сосочкового слоя кожи острым скальпелем или дерматомом, при пластике передних отделов полости рта ротация лоскута производят только

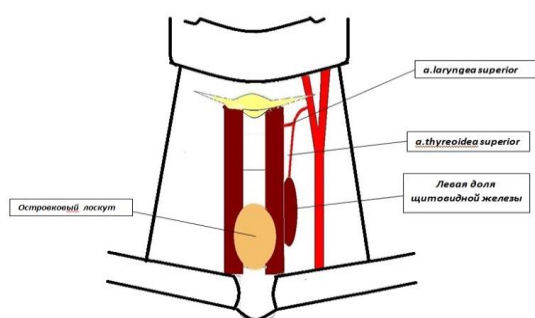
вокруг оси подъязычной кости, и при смещении трансплантата в сторону боковых отделов полости рта и языка ротация осуществляют во фронтальной плоскости, а дезэпидермизация выполняют в косом направлении.

2. Способ по пункту 1, **отличающийся тем, что** кровоснабжение рабочего фрагмента кожи лоскута осуществляют через подлежащие дистальные мышечные перфоранты, а также посредством капиллярной сети самой дермы всего лоскута, берущей кровь из всех перфорантов на протяжении грудино-подъязычной мышцы.

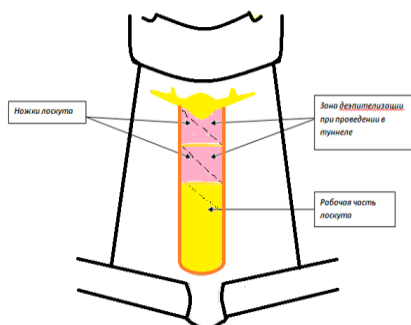
3. Способ по пункту 1, **отличающийся тем, что** мышечная часть лоскута используют при формировании диафрагмы рта и для укрытия спилов нижней челюсти при ее резекции в передних отделах.

4. Способ по пункту 1, **отличающийся тем, что** в зависимости от размера дефекта, ширина лоскута выбирают без изменённым, а длина подподъязычного лоскута с учетом питающей ножки выбирают 8.0х6.0 см.

Способ реконструкции дефектов передних и переднебоковых отделов полости рта и языка подподъязычным лоскутом



Фиг. 1



Фиг. 2



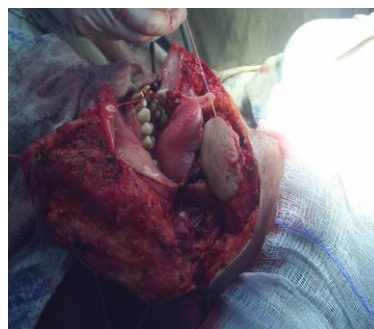
Фиг.3



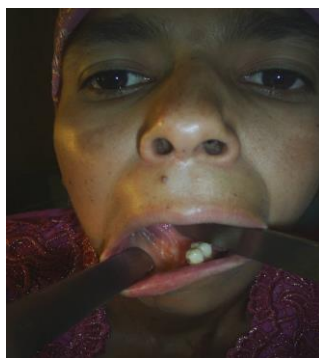
Фиг.3а



Фиг.3б



Фиг.4а



Фиг.4б

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а