



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 1901349

(22) 12.09.2019

(46) Бюл. 164, 2020

(71) Базаров Негмат Исмаилович (TJ); Нуридинов
Йгитали Мамудалиевич (TJ)

(72) Базаров Негмат Исмаилович (TJ); Шукуров
Фаррух Ибрагимович (TJ); Кобилов Джахонгир
Абдурасулович (TJ); Абиджанова Нигора Нафи-
зовна (TJ); Нуридинов Йгитали Мамудалиевич (TJ);
Рахимов Нарзулло Маджидович (TJ)

(73) Базаров Негмат Исмаилович (TJ); Нуридинов
Йгитали Мамудалиевич (TJ)

(54) **СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ**

(56) 1. Бернадский Ю. И. Приобретенные и
врожденные дефекты и деформации лица.
Травматология и восстановительная хирургия
черепно челюстно лицевой области. 3е изд., перераб.
и доп. М.: Медицинская литература, 1999. -С.223-
232.

2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая
хирургия под ред. Н.М. Александрова, М.:
Медицина, 1988. -С. 101-115.

3. А.И. Пачес. Рак губы. Опухоли головы и
шеи. Клиническое руководство-5-е изд., доп. и
перераб. -М.: 2013., -С. 104-118.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
относится к челюстно-лицевой хирургии, онкологии, к
разделу восстановительного лечения различных
местнораспространенных опухолей и опухоле-
подобных процессов нижней губы (МРООППНГ).

Сущность изобретения заключается в том, что
для устранения субтотальных дефектов нижней губы
после иссечения различных новообразований и
опухолеподобных процессов применяется сложный
трансплантат взятая с одной стороны из носогубно-
щёчной складки (СТНГЩС) состоящая из кожи,
подкожной клетчатки, мышцы, слизистой носогубно-
щечной складки. СТНГЩС подводился в область
дефекта нижней губы и ушивался, четырьмя рядами
швов. С целью улучшения репаративной регенерации
и иммунитета назначались: а) метилурацил взрослым в
дозе 0,5 г 3-4 раза в сутки во время или после еды, в
течение 2-х недель, б) пентоксил - по 0,2-0,4 г 3-4 раза
в сутки после еды, в течение 2 недель., в)
аскорбиновая кислота 5% -5,0 на растворе глюкозы
40%-20,0, один раз день внутривенно в течение 6
дней.

Изобретение относится к медицине, к челюстно-лицевой хирургии и онкологии, а именно к разделу реконструктивных операций по поводу местнораспространенных опухолей и опухолеподобных процессов нижней губы (МРООПНГ), прорастающих все её слои.

Лечение местнораспространённых злокачественных опухолей нижней губы (ЛМРЗОНГ) должно быть комбинированным, комплексным, учитывающим соматический и местный статус,

В настоящее время существуют следующие виды лечения опухолей нижней губы: 1) лучевая терапия, 2) хирургический и комбинированный методы, 3) электроиссечение и коагуляция, 4) криодеструкция, 5) хирургические лазеры, 6) фотодинамическая терапия, 7) микрохирургическая технология. При выборе того или иного метода в лечении опухолей нижней губы обращают внимание на пол, возраст, профессию пациента, морфологию новообразования, стадию, ранее проведенные методы лечения и анализируя их эффективность. Важное место отводится параметрам местного статуса больных со злокачественными и доброкачественными опухолями нижней губы, кроме того на техническую оснащённость клиники, не малая роль отводится владению хирургической техникой реконструктивно-восстановительных операций нижней губы [1,2,3].

Известна методика пластики сквозных субтотальных, тотальных дефектов нижней губы после её резекции описанная Ю. И. Бернадским в 1999 году [1]. Когда для пластика дефекта нижней губы и угла рта после иссечения МРОПНГ применяют метод по А.Ф.Иванову с использованием тканей верхней губы, щеки производя дополнительный линейный разрез и отсепаровка краев дефекта добиваются некоторого его уменьшения за счёт перемещения и ушивания соседних тканей. Затем выкраивают лоскут на ножке соответствующих размеров и формы (на противоположенной губе) послойно подшивают, спустя 14-17 дней питающую ножку отсекают, красную кайму в области угла рта моделируют и тщательно ушивают. Недостатком способа является: а) нанесения дополнительной травмы на верхнюю губу и щеку, б) нарушения речи, эстетического вида верхней губы, в) повторная операция, спустя 14-17 дней питающую ножку отсекают, красную кайму в области угла рта моделируют и ушивают, а в случае не приживления лоскут на ножке из верхней губы образует оростому, которая мешает приёму пищи и разговорной речи.

Также известна методика пластики нижней губы по Диффенбаху-Бергману, после её резекции описанная Ю. И. Бернадским в 1999 году [1]. Когда производится дополнительные сквозные разрезы на щеках ведут от углов рта к наружу в обе стороны -к переднему краю жевательных мышц: отсюда разрезы направляют вниз и вперед до середины подбородочных областей. Затем кожно-мышечно-слизистые лоскуты отсепаривывают от наружной поверхности нижней челюсти, сохраняя на ней надкостницу. Путём перемещения этих щечных

лоскутов к средней линии и сшивания друг с другом устраняют дефект нижней губы. Недостатком способа Диффенбаха-Бергмана является: а) нарушается целостность угла рта, щеки, б) травматизация вестибулярной поверхности нижней челюсти, в) суживается ротовая полость в случае вторичного заживления ран образуются грубые рубцы, а когда возникает оростомы, она мешает приёму пищи и разговорной речи.

Наиболее близким аналогом является способ пластики нижней губы по О. П. Чудакову, которая описана Ю. И. Бернадским в 1999 году [1]. Сущность этого способа состоит в том, что для устранения сквозных дефектов нижней губы применяются эпителизированные погружные лоскуты, которые формируются на носогубной складке, подбородке, передней поверхности груди, или надплечья вначале выкраивают языкообразный или же мостовидный лоскут кожи (толщиной до 1 см), на раневую поверхность которого эпидермизируют свободно пересеживаемым аутодерматомным расщепленным лоскутом (с внутренней поверхности плеча) последнюю ушивают узловыми швами. Спустя 12-14 дней расщепленные лоскуты подводят в область дефекта нижней губы и ушивают узловыми швами. Недостатком прототипа является: а) необходимо заранее подготовить трансплантат (кожно-кожный дезэпидермизированный) 12-14 дней до операции на нижней губе, б) нанесится дополнительная травма с двух сторон в область взятия свободного кожного трансплантата, в) удлинится время операции на нижней губе, г) не сразу восстанавливается слизистая нижней губы.

Целью изобретения является улучшение анатомо-физиологических-функциональных и эстетических результатов реконструкции сквозных субтотальных дефектов нижней губы, а также терапия, улучшающая репаративную регенерацию, иммунитет зон реципентов и доноров.

Данный технический результат достигается следующим образом, под эндотрахеальным интубационным наркозом после иссечения опухоли нижней губы субтотально или тотально и тщательного гемостаза. Для замещения дефекта нижней губы используется сложный трансплантат из носогубно-щёчной складки (СТНГЩС) с одной стороны состоящая из кожи, подкожной клетчатки, мышцы, слизистой носогубно-щечной складки, которая подводится, в область дефекта нижней губы ушивается, четырьмя рядами швов: на слизистую, мышечную, подкожную и кожу. На 12-13 сутки после операции снимаются швы с кожи и слизистой «новой нижней губы». В послеоперационном периоде назначается терапия, улучшающая репаративную регенерацию, иммунитет зон реципентов и доноров.

Преимуществами предложенного способа являются:

а) одноэтапность операции, то есть возможность одномоментно устранить субтотальный и тотальный дефект нижней губы,

б) сложный трансплантат из носогубно-щёчной складки (СТНГЩС) выкраивается с одной стороны, в) восстановление слизистой нижней губы исключает

второй этап операции по воссоздание красной каймы её,

г) СТНГЩС имеет большую способность к приживаемости и она активизирует нервно - мышечную связь с остатками подлежащих тканей нижней губы тем самым она способствует ускоренному восстановлению слизистой, мышц, кожи, что ускоряет регенерацию, которая приводит к восстановлению анатомо-физиологических-функциональных и эстетических функций. Кроме того в отличие от других способов пластики дефектов нижней губы сложным трансплантатом состоящее из кожи, подкожной клетчатки, мышцы, слизистой носогубно-щечной складки является более близким по цвету, тургору, эстетическому виду. Дополнительно назначались лекарства, улучшающие репаративную регенерацию - метилурацил взрослым в дозе 0,5 г 3-4 раза в сутки во время или после еды в течение 2 недель. Пентоксил - по 0,2-0,4 г 3-4 раза в сутки после еды в течение 2 недель. Пентоксил и метилурацил - ускоряют рост и деление клеток, выработку антител, ускоряют регенераторную способность тканей, повышают фагоцитарную активность макро- и микрофагов. Аскорбиновая кислота 5% -5,0 на растворе глюкозы 40%-20,0 один раз день внутривенно в течение 6 дней. Аскорбиновая кислота (витамин С) улучшает эластичность сосудов, нормализует проницаемость капилляров, способствует нормальному кровотоку, повышает защитные силы организма.

С целью реконструкции дефекта нижней губы используют сложный трансплантат, из области носогубной щечной складки с одной стороны, включающей в себя кожу, мышцу и слизистую, то есть сложный трансплантат. Фиксацию сложного трансплантата к рецептору осуществляют четырьмя рядами швов: на слизистую, мышечную, подкожную и кожу. Операцию выполняют под эндотрахеальным наркозом. Способ обеспечивает выполнение радикальной операции на нижней губе, а также одновременно восстановить субтотальный дефект нижней губы, во время операции, а также воссоздать почти все анатомические элементы кожи и слизистой нижней губы, с использованием лишь одного сложного трансплантата. В послеоперационном периоде назначается терапия, улучшающая репаративную регенерацию, иммунитет зон реципиента и донора.

Восстановление дефекта нижней губы сложным трансплантатом из области носогубной щечной складки с одной стороны, которая улучшает функционально и эстетические результаты реконструкции сквозных дефектов нижней губы, что способствует снижению послеоперационных осложнений, сокращения сроков реабилитации.

Результаты.

Клиническим материалом послужили 10 больных с МРООПНГ из них: 7 (70%) мужчин, 3 (30%) женщин, лечившихся в Республиканском онкологическом научном центре (РОНЦ), университетской клинике ТГМУ им. Авиценны, клинике Аллюминиевого завода Талко г. Турсунзаде

в период с 1990 г. по 2017 г. в возрасте от 55 до 68 лет с МРООПНГ. МРЗОНГ были диагностированы у 7 (70%) больных, доброкачественные - у 3 (13%) человек. Распространённость МРЗОНГ по международной системе TNM, T4N0M0 -у 7 (70%) пациентов. У 7 (70%) больных преобладали большие и субтотальные дефекты нижней губы, у 3 (30%) были частичные дефекты нижней губы. Для замещения дефекта нижней губы использовали сложный трансплантат из носогубно-щечной складки (СТНГЩС) с одной стороны состоящая из кожи, подкожной клетчатки, мышцы, слизистой носогубно-щечной складки, которую подводили, в область дефекта нижней губы ушивали, четырьмя рядами швов: слизистую, мышечную, подкожную и кожу.

Дополнительно пациенты получали лекарства, улучшающие репаративную регенерацию - метилурацил в дозе 0,5 г 3-4 раза в сутки во время или после еды в течение 2 недель. Пентоксил - по 0,2-0,4 г 3-4 раза в сутки после еды в течение 2 недель. Аскорбиновую кислоту 5% -5,0 на растворе глюкозы 40%-20,0 один раз в день внутривенно в течение 6 дней.

1. Больной Сафаров С. 75 лет, поступил в клинику кафедры онкологии с диагнозом рак верхней губы справа T3N0M0 11- клиническая группа. Состояние после лучевой терапии 30Грей. Больному 12.03.2015г. была произведена электроиссечение опухоли нижней губы и восстановления субтотального дефекта нижней губы с применением сложного трансплантата из носогубно-щечной складки (СТНГЩС) с одной стороны (состоящая из кожи, подкожной клетчатки, мышцы, слизистой носогубно-щечной складки), которая подведена в область дефекта нижней губы и ушита четырьмя рядами швов. Дополнительно пациент получил лекарства, улучшающие репаративную регенерацию - метилурацил в дозе 0,5 г 3-4 раза в сутки во время или после еды в течение 2 недель. Пентоксил - по 0,2-0,4 г 3-4 раза в сутки после еды в течение 2 недель. Аскорбиновую кислоту 5% -5,0 на растворе глюкозы 40%-20,0 один раз день внутривенно в течение 6 дней.

2. Больная Абдуллаева С. 65 лет, поступила в клинику кафедры онкологии с диагнозом рак верхней губы справа T3N0M0 11- клиническая группа. Состояние после лучевой терапии 30Грей. Больной 22.11.2016г. была произведена электроиссечение опухоли нижней губы и восстановления субтотального дефекта нижней губы с применением сложного трансплантата из носогубно-щечной складки (СТНГЩС) с одной стороны (состоящая из кожи, подкожной клетчатки, мышцы, слизистой носогубно-щечной складки), которая подведена в область дефекта нижней губы и ушита четырьмя рядами швов. Дополнительно пациент получил лекарства, улучшающие репаративную регенерацию - метилурацил в дозе 0,5 г 3-4 раза в сутки во время или после еды в течение 2 недель. Пентоксил - по 0,2-0,4 г 3-4 раза в сутки после еды в течение 2 недель. Аскорбиновую кислоту 5% -5,0 на растворе глюкозы 40%-20,0 один раз день внутривенно в течение 6

дней. Заживление после операционной раны языка у пациента происходило первичным натяжением.

Таким образом, при МРООППНГ, для восстановления субтотального дефекта нижней губы можно применить СТНГЦС. Она позволила выполнить радикальную комбинированную

операцию, а также вовремя операции восстановить почти все анатомические элементы кожи и слизистой нижней губы, с использованием лишь одного сложного трансплантата, что ускорило послеоперационную реабилитацию этих больных.

Формула изобретения

Способ восстановления субтотальных дефектов нижней губы, включающий выкраивание лоскута, подведения его к области дефекта нижней губы с последующим ушиванием, **отличающийся тем, что** в качестве лоскута (трансплантата)

используют носогубно-щёчную складку, которую подводят к области дефекта нижней губы ушивают 4-мя рядами швов (на слизистую, мышечную, подкожную и кожу), а снимают на 12-13 сутки после операции.

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

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