



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 1901355

(22) 18.09.2019

(46) Бюл. 164, 2020

(71) Базаров Негмат Исмаилович (TJ)

(72) Базаров Негмат Исмаилович (TJ); Косымов Махмадулло Махмадиевич (TJ); Шукуров Фаррух Ибрагимович (TJ); Абдул-кохир Кодир (AF); Юльчиев Рустам Иброхимович (TJ); Имамов Рустам Иброхимович (TJ)

(73) Базаров Негмат Исмаилович (TJ)

(54) **СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕРЕПА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ**

(56) 1. Акбаров А.А., Дусмухамедов М.З., Болтаходжаева Л.М., Файзиев Б.Р. Опыт лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей. Стоматология детского возраста и профилактика. – 2010. – Т. 9, № 2. – С. 43-45.

2. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М Медицина, 2003, 416 с.

3. Кузык А.С., Могиляк О.И., Романишин Б.С., Лукавецкий И.В., Наконечный А.Й., Сынюта А.В., Захарусь М.Б., Авраменко И.Ю., Стегницкая М.В. Применение пропранолола в консервативном лечении гемангиом у детей раннего возраста. Хирургия детского возраста. – 2017. – №4(57). – С. 35-40. DOI: [10.15574/PS.2017.57.35](https://doi.org/10.15574/PS.2017.57.35)

4. Попель Г.А., Воробей А.В., Давидовский И.А., Воевода М.Т. Врожденные сосудистые мальформации наружной локализации. Терминология. Классификация. Хирургия восточная Европа. – 2016. – №3(19). – С. 445-454.

5. Тимофеев. А.А. Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев, 2002, -С.824-837.

6. Чернуха Л.М., Каширова Е.В., Тодосьев А.В. Классификационные стратегические подходы в лечении врожденных сосудистых мальформаций: взгляд сосудистого хирурга. Новости хирургии. – 2015. – Т. 23, №5. – С. 539-551. DOI: [10.18484/2305-0047.2015.5.539](https://doi.org/10.18484/2305-0047.2015.5.539)

7. Чулков О.Э., Щербаков Д.А., Мельников М.В., Коновалов А.В., Микава Н.В. Опыт применения бета-адреноблокаторов для лечения обширных доброкачественных сосудистых образований у детей. Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – №6. – С. 129-131.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к черепно, челюстно-лицевой хирургии и онкологии, которая может быть применена при оперативных лечениях распространенных кавернозных сосудистых опухолей черепа, челюстно-лицевой области и шеи (РКСОЧЧЛОШ). Сущность изобретения заключается в том, что проводится определение объема кавернозной сосудистой полости с помощью ультразвука. После под интубационным наркозом производится откачивания содержимого из кавернозной полости крови максимально, введении склерозирующей смеси (СС) в кавернозную полость, состоящая из 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2.5% суспензии гидрокортизона (согласно раннему определенному объему кавернозной полости), затем производился прошивание обширных кавернозных гемангиом начиная с периферии в направлении к центру (по методу Гейден-Гейна) и в конце операции на послеоперационную рану накладывается асептическая полу-спиртовая компрессионная повязка. Послеоперационные швы снимали по мере их прорезывания на 12-70 сутки после выполнения операции, тем самым добивались местного воздействия (гормона и аскорбиновой кислоты), длительной компрессии и образование соединительной ткани.

Изобретение относится к медицине, а именно к черепно, челюстно-лицевой хирургии и онкологии, которая может быть использовано при оперативных лечениях кавернозных сосудистых опухолей (распространенных форм кавернозных гемангиом, лимфангиом) черепно, челюстно-лицевой области и шеи (РФКГЛЧЧЛОШ). Среди сосудистых опухолей черепа, челюстно-лицевой области и шеи чаще встречаются опухоли, развивающиеся из кровеносных и лимфатических сосудов: доброкачественные опухоли - гемангиомы и лимфангиомы; злокачественные опухоли - ангиосаркомы [1,2,4,5]. Сосудистая опухоль может приобретать инфильтративный рост с разрушением окружающих тканей [2]. В зависимости от глубины залегания, гемангиомы разделяется на поверхностные (располагаются в толще кожи или слизистой оболочки и подлежащей клетчатке) и глубокие (прорастают в толщу мышц и костную ткань), а по распространенности - ограниченные и диффузные [4,5,6]. Одной из важных проблем хирургии сосудистых образований является своевременная адекватная лечения с выбором менее инвазивных способов, который меньше наносят послеоперационную травму в ткани лица, черепа, шеи и других частей человеческого тело [2,4,5,6,7]. При проблемной, сложной локализации (заглоточной, периорбитальной и других объёмных) гемангиом показано применение пропранолола. До настоящего времени не установлен механизм действия пропранолола но предполагается, что он влияет на факторы роста сосудов и гемодинамические цитокины [3, 7].

Для лечения обширных кавернозных сосудистых опухолей черепа, челюстно-лицевой области и шеи метод хирургического удаления (иссечения) малоприменим, так как он связан с угрозой повреждения магистральных сосудов, лицевого нерва и возникновения паралича мимической мускулатуры [1,2,4,5,6,7]. Поэтому необходимо оптимизация хирургического лечения кавернозных сосудистых опухолей черепа, челюстно-лицевой области и шеи.

Аналогом заявленного изобретения является способ лечения кавернозных сосудистых опухолей черепа и челюстно-лицевой области по Dowling. Для склерозирующих инъекций применялись различные химические вещества, однако в последнее время, используют предложение Dowling (1928), хирурги прибегают чаще всего к смеси хинина с уретаном (по прописи: Uretani 0.6; Chinini muriatici 1.25; Aquaedestillatae 10.0). Методика отступив на 12 мм от видимых на коже краев опухоли вводят в нее из 8- 10 точек через тонкую инъекционную иглу по 0.1 мл раствора, максимальная доза которого равна 1-1.5 мл. Возникающий после инъекционный отёк исчезает спустя 6- 10 дней. После исчезновения отека и рассасывания воспалительного инфильтрата можно произвести повторное обкалывание между местами ранее производившихся инъекций или ближе к центру опухоли в результате введения хинин уретана кровь в сосудах свертывается, сосуды в

опухоли заустевают, она уменьшается и рубцуется [2,5].

Недостатком склерозирующей терапия по Dowling (1928), является в первых, тем, что число инъекций слишком много и производятся они без обезболивания. Во- вторых, в результате химического воздействия гибнет не только опухолевая ткань, но и прилежащая здоровая кожа подкожная основа мышцы. В третьих не исключена возможность передозировки и интоксикации. В четвертых, продолжительность описанного лечения значительная (при больших размерах опухоли от нескольких месяцев до 12 лет). Наконец, у многих больных детей эти процедуры не только оказываются малоэффективными или совсем безуспешными, но и оставляют тяжкий след психике в связи с многократно пережитой болью и страхом во время лечения.

Прототипом изобретения является способ комбинированного лечения кавернозных сосудистых опухолей черепа, челюстно-лицевой области и шеи по Д. В. Дудко (1987), где полимер и мономер клеевой композиции КЛЗ соединяют в обычном медицинском шприце (10 или 20 мл) и в момент полимеризации вводят в опухоль посредством соответствующей иглы. Пенистая масса клея КЛЗ в момент полимеризации расширяется в объеме, заполняя, все ее полости и оказывает на стенки давление изнутри. Метод позволяет остановить приток крови к опухоли и, тем самым, прекратить ее дальнейшее развитие. Клеевая композиция постепенно подвергается деструкции, прорастает и замещается соединительной тканью. Если клея введено много, этот процесс длится до 3-х лет, что позволяет произвести операцию у подростка без риска и осложнений. Чтобы стимулировать разрастание соединительной ткани, в КЛЗ добавляется в терапевтических дозах преднизолон, а для профилактики нагноения антибиотики, которые поступают в ткань опухоли по мере рассасывания клея. Через 8-9 месяцев можно удалить остатки клея [2,5].

Недостатками прототипа является то, что вводится чужеродный для организма полимер, которая может вызвать реакцию аллергическую, отторжения; длительность образования (три года) соединительной ткани.

Целью изобретения является оптимизации комбинированного метода лечения кавернозных сосудистых опухолей черепа - челюстно-лицевой области и шеи, путём определения объема кавернозной сосудистой полости с помощью ультразвука, применение растворов не вызывающие интоксикацию, грубый склероз здоровых тканей и прошивание предупреждающий обильное кровотечение, профилактики нарушения функции нервов, сосудов, образовании дефектов и деформации.

Способ комбинированного метода лечения сосудистых опухолей кожи и её придатков черепа, челюстно-лицевой области и шеи, является, простым в применение, эффективен, а главное общедоступен в любых клиниках условия Республики Таджикистан.

Поставленная цель достигается тем, что проводится определение объема кавернозной сосудистой полости с помощью ультразвука. После

дачи интубационного наркоза производится откачивание содержимого из кавернозной полости крови максимально, введении склерозирующей смеси (СС) в кавернозную полость, состоящая из 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2,5% суспензии гидрокортизона (согласно раннему определенному объему кавернозной полости), затем производился обшивание обширных кавернозных гемангиом начиная с периферии в направлении к центру (по методу Гейден-Гейна) и в конце операции на послеоперационную рану накладывается асептическая полу-спиртовую компрессионная повязка. Послеоперационные швы снимали по мере их прорезывания их на 12-70 сутки после выполнения операции, тем самым добивались местного воздействия (гормона и аскорбиновой кислоты), длительной компрессии и образование соединительной ткани.

Клиническими примерами могут служить следующие пациенты:

1. Больной Шарипов К. 1983 г. р., поступил в клинику кафедры онкологии диагнозом поздней рецидив лифогемангиомы поднижнечелюстной-шейной области справа 1-б клиническая группа. Состояние после определения объема кавернозной сосудистой полости с помощью ультразвука, склерозирующая терапия и прошивания лифогемангиомы поднижнечелюстной-шейной области справа в 1990 году. Оценка эффективности частичная регрессия опухоли. Больному 18.10.2017г. была выполнено резекция нижнего полюса околоушной слюнной железы и удаления поднижнечелюстной слюнной железы с очагом лифогемангиомы справа. Заживление после операционной раны у пациента происходило первичным натяжением.

2. Больной Хасанзода Б. 1992 г. р., поступил в клинику кафедры онкологии с диагнозом поздней рецидив гемангиом мягких тканей лба слева 1-б клиническая группа. Состояние после определения объема кавернозной сосудистой полости с помощью ультразвука, склерозирующей терапии и прошивания кавернозной гемангиомы мягких тканей лба слева 2010 году. Оценка эффективности частичная регрессия опухоли. Состояние после операции в 2012, 2015 годах. Оценка эффективности частичная регрессия опухоли. Больному 20.10.2017г. была выполнено частичное иссечение и прошивания гемангиомы мягких тканей лба слева. Заживление после операционной раны у пациента происходило первичным натяжением.

Произведено проспективный анализ клинических данных историй болезни 65 больных с кавернозными сосудистыми опухолями черепа, челюстно-лицевой области и шеи получивших комбинированное лечения в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2009 по 2017 годы.

Всем больным РФКГЛЧЧЛОШ, после дачи интубационного наркоза производится откачивание содержимого из кавернозной полости крови максимально, введении склерозирующей смеси (СС) в кавернозную полость, состоящая из 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2,5% суспензии гидрокортизона (согласно раннему определенному объему кавернозной полости), затем производился обшивание обширных кавернозных гемангиом начиная с периферии в направлении к центру (по методу Гейден-Гейна) и в конце операции на послеоперационную рану накладывается асептическая полу-спиртовая компрессионная повязка. Послеоперационные швы снимали по мере их прорезывания их на 12-70 сутки после выполнения операции, тем самым добивались местного воздействия (гормона и аскорбиновой кислоты), длительной компрессии и образование соединительной ткани.

При этом полная регрессия РФКГЛЧЧЛОШ отмечена у 45 (69%) больных. У остальных в целом у 20 (31%) пациентов наблюдалось частичная регрессия РФКГЛЧЧЛОШ из них: у 17 (26%) - после одного-двух курсов комбинированного лечения, производилось иссечение небольших остаточных очагов кавернозных гемангиом с пластикой местными тканями и со свободной кожной пластикой. А у остальных 3 (5%) больных с частичной регрессией кавернозных гемангиом производилось адекватное иссечение и замещение послеоперационных дефектов свободными или сложными трансплантатами.

Таким образом, предложенный нами «Способ комбинированного лечения кавернозных сосудистых опухолей черепа, челюстно-лицевой области и шеи» позволил добиться полной регрессии опухоли у 69% больных, а у 31% пациентов добиться излечения после второго и третьего этапов лечения. Это ускорило медико-социальную реабилитацию, и улучшило качество жизни этих больных. Данный факт демонстрирует очевидное преимущество предложенного нами способа комбинированного лечения кавернозных сосудистых опухолей черепа, челюстно-лицевой области и шеи.

Формула изобретения

Способ комбинированного лечения кавернозных сосудистых опухолей черепа, челюстно-лицевой области и шеи, путем инъекций склерозирующей смеси в опухоль, **отличающийся тем, что** в качестве склерозирующей смеси используют раствор аскорбиновой кислоты 5% и суспензии гидрокортизона 2,5% которым заполняют полость, предварительно определяют объем

кавернозной сосудистой полости с помощью ультразвука, откачивают его содержимое, производят прошивание обширных кавернозных гемангиом начиная с периферии в направлении к центру (по методу Гейден-Гейна), в конце операции на послеоперационную рану накладывают асептическую полу-спиртовую компрессионную повязку которую снимают на 12-70 сутки.

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

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