



Республика Таджикистан

17/24; A61K 35/644; A61K 31/519; A61K 31/675; A61K 35/644;
A61K 38/12; A61K 35/00.

(19) **TJ** ⁽¹¹⁾ **1541**
(51) **МПК** **A61B**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2401942

(22) 29.03.2024

(46) Бюл. 212, 2024

(71)

(72) Базаров Негмат Исмаилович Базаров Негмат
Исмаилович (TJ) (TJ); Сайдахмадов Шеравлиё
Бозоралиевич (TJ); Курбонов Фаридун Зиёдулоевич
(TJ); Абдуллоев Лоик Зафарджонович (TJ)

(73) Базаров Негмат Исмаилович (TJ)

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУ-
ХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССОВ КОСТЕЙ ЛИ-
ЦЕВОГО СКЕЛЕТА.**

(56)

1.Александров Н.М. Резекция верхней челюсти
/ Н.М.Александров [и др.] // В кн: Клиническая опера-
тивная челюстно-лицевая хирургия. Л.: Медицина. –
1985. – С. 190-202.

2.Александров Н.М. Характеристика деформа-
ций, возникающих после травм лица и методы их
устранения / Н.М.Александров [и др.] // В КН: Трав-
мы челюстно-лицевой
области. - М., 1986. - С. 253-256.

3.Бернадский Ю.И. Основные принципы хирур-
гического устранения челюстно-лицевых дефектов и
деформации у онкологических больных. Лечение лу-
чевых некрозов // В: Основы челюстно-лицевой хи-
рургии и хир. стоматологии. – М.: Мед. литер. – 2003.
– С. 380-386.

4. Тимофеев А.А. Остеогенные опухоли и опу-
холеподобные образования Руководство по челюстно
–лицевой хирургии и хирургической стоматологии.
Киев 2002., С721-737.

5. Топольницкий О.З. Костная пластика нижней
челюсти у детей и подростков композитными матери-
алами на основе акрилов: автореф. дис. докт. мед.
наук - М., 2002. С. 42.

6. Шакиров М.Н. Клинические аспекты приме-
нения конструкций с памятью формы при хирургиче-

2

ской пластике костных дефектов нижней челюсти /
М.Н. Шакиров // Стоматология Таджикистана.

7. Патлая Н.Н. и др., Опыт применение нового
остеопластического материала «Бол-хитал» у больных
с опухолевидными заболеваниями челюстных костей,
СИБИРСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ, 2010,
С.1-6.

Изобретение относится к медицине, а именно
к челюстно-лицевой хирургии и
онкологии, в частности к хирургическому лечению
доброкачественных опухолей и опухолеподобных
процессов костей лицевого скелета.

Целью настоящего изобретения является: по-
вышение эффективности хирургического лечения
путём контроля на радикальность иссечения опухоли,
применения ксенотрансплантата, обработка образо-
вавшиеся костной полости химиопрепаратами при
доброкачественных опухолях и опухолеподобных
процессах костей лицевого скелета.

Поставленная цель достигается способом хи-
рургического лечения доброкачественных опухолей и
опухолеподобных процессов костей лицевого скелета,
включающий удаление доброкачественной опухоли,
обработку образовавшейся костной полости лекар-
ственными препаратами, восстановление образовав-
шегося костного дефекта ксенотрансплантатом с по-
следующим ушиванием, причем после иссечения
опухоли проводят контроль на радикальность иссече-
ния, а в качестве лекарственных препаратов приме-
няют химиопрепараты с пчелиным воском, при этом,
в зависимости от морфологии опухоли, используют
метотрексат 150-1500 мкг или дактиномицином 5-50
мг или циклофосфамидом 200-800 мг, а ушивании
осуществляют проволочными и узловыми швами.

Изобретение относится к медицине, а именно к челюстно-лицевой хирургии и онкологии, в частности к хирургическому лечению доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов костей лицевого скелета (ХЛДООППКЛС).

Вопросы хирургического лечения опухолей и опухолеподобных процессов костей лицевого скелета, по сей день остаются весьма актуальными. Так, в 2005 году в России стандартизированный показатель заболеваемости у мужчин составлял 1,5 на 100 тыс. населения, у женщин – 0,9, а доброкачественные опухоли и опухолеподобные процессы костей наблюдались в 2-2,5 раза чаще. Кроме того, проблема лечения опухолей и опухолеподобных процессов костей имеет также и социальную значимость, поскольку большинство больных, страдающих новообразованием костей, относятся к лицам наиболее трудоспособного возраста (10-50 лет). В настоящее время, при лечении костных новообразований тела человека и, в частности, опухолеподобных, доброкачественных опухолей, применяются множество хирургических способов, которые включают, в себя начиная от пункции небольших кист костей промывание их растворами антисептиков, препаратами активизирующие остеогенез, до резекции костных новообразований с замещением костных дефектов гетеро-гомо-ксенотрансплантами, тканевыми эквивалентами и другими трансплантами с использованием космических технологий.

Множество способов терапии опухолеподобных и доброкачественных костных новообразований костей лицевого скелета (ОПДКНКЛС) свидетельствует о сложности лечения, профилактики продолженного роста, рецидивов и их малигнизации.

Известен способ лечения ОПДКНКЛС, где после оперативного вмешательства для замещения костного дефекта использовались аутоотрансплантаты (ребро, гребешок подвздошной кости, венечный отросток нижней челюсти на височной мышце и др.) [1,2,3,4,5].

Недостатком аутоотрансплантации (ребром, гребешком подвздошной кости, венечным отростком нижней челюсти на височной мышце и др.), является то, что отмечается дополнительная операционная рана (поле), не исключено развитие пневмоторакса, кровотечения из зоны донора при взятии в качестве транспланта ребра. Также, при развитии воспалительного процесса из-за вирулентной инфекции в зоне донора и реципиента, лечение может продлеваться, что требуют дополнительного пребывания пациента в клинике. Наконец, у многих больных аутоотрансплантаты с 6 месяцев до года могут рассасываться.

Известны способы лечения ОПДКНКЛС, когда для замещения костного дефекта использовались: а) металлические конструкции с памятью [6]; б) композитные материалы на основе акрилов [5]. Недостатком пластики костей лицевого скелета является то, что при использовании металлических конструкций с памятью и композиционными материалами на основе акрилов, возможны их отторжения, что имеет косвен-

ное негативное влияние на процессы регенерации кости.

Прототипом к заявленному изобретению относится способ хирургического лечения фиброзной дисплазии челюстных костей, включающее удаление доброкачественной опухоли, обработку образовавшейся костной полости лекарственными препаратами – 3% раствором перекиси водорода и хлоргекседином 0,05% , восстановлением образовавшегося костного дефекта ксенотрансплантатом [7].

Недостатком прототипа является то, что, оно не является столь эффективным, не исключает последующее рецидивирование (или продолженный рост) опухоли и их малигнизации.

Целью настоящего изобретения является: повышение эффективности хирургического лечения путём контроля на радикальность иссечения опухоли, применения ксенотранспланта, обработка образовавшейся костной полости химиопрепаратами при доброкачественных опухолях и опухолеподобных процессах костей лицевого скелета.

Поставленная цель достигается способом хирургического лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов костей лицевого скелета, включающий удаление доброкачественной опухоли, обработку образовавшейся костной полости лекарственными препаратами, восстановление образовавшегося костного дефекта ксенотрансплантатом с последующим ушиванием, причем после иссечения опухоли проводят контроль на радикальность иссечения, а в качестве лекарственных препаратов применяют химиопрепараты с пчелиным воском, при этом, в зависимости от морфологии опухоли, используют метотрексат 150-1500 мкг или дактиномицином 5-50 мг или циклофосфамидом 200-800 мг, а ушивании осуществляют проволоочными и узловыми швами. В послеоперационном периоде производится туалет ротовой полости и кожи асептическими растворами.

Основными отличиями заявленного способа хирургического лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов костей лицевого скелета от прототипа является проведение контроля на радикальность после иссечения опухоли, а также обработка костной полости химиопрепаратами с пчелиным воском, при этом в зависимости от морфологии опухоли используют следующие химиопрепараты: при костной дисплазии костно-лицевого скелета (КЛС) метотрексат 150-1500 мкг; при остеобластокластоме КЛС-дактиномицин 5-50 мг; при радикулярной кисте КЛС-циклофосфамид 200-800 мг, а также наложением проволоочными и узловыми швами. (дефект после восстановления ксеотрансплантатом ушивают проволоочными швами, послойный узловыми швами накладывают на надкостницу, передние мышцы и кожи челюсти, а также герметичный узловыми швами на слизистую десны).

Осуществимость заявленного способа подтверждается клиническими примерами:

Пример №1.

Больная Р. 19 лет (выписка из истории болезни № 1043) госпитализирована в клинику кафедры онкологии 24.05.05 г. по поводу костного новообразование лобной пазухи справа 1⁶ кл. Больна в течение 2,5 лет. Когда появилось смещение правого глаза книзу (экзофтальм) обратилась к онкологу. На учете в онкологической клинике с апреля 2005г. История жизни без особенностей. Со стороны соматического статуса отклонений от нормы не выявлено. Ранее 20.04.2005г. больной было произведена диагностическая операция - верхненааружная орбитотомия справа. Послеоперационное патогистологическое заключение №1975: жировая ткань с кальцификатами, а также с фрагментом железы с хроническим воспалением. У больной месяц спустя после операции появились боли в области лба справа, после чего она вновь обратилась в онкологическую клинику и госпитализирована после осмотра врача онко-офтальмолога, который констатировал, что острота зрения Vis = 1,0/1,0, OD - экзофтальм со смещением. Экзофтальмометрия при р=113, OD - 22мм, OS-13мм. Ограничение движение глаза вверх. На предоперационной рентгенограмме орбит и придаточных пазух носа отмечается разрушение верхнемедиальной и верхнелатеральной стенок лобной пазухи справа.

30.05.2005г Произведена операция по удалению опухоли передней стенки лобной пазухи справа, в начале был взят биоптат из линии пересечения опухоли, то есть контроль на радикальность, а затем осуществлена обработка костного дефекта химиопрепаратом метотрексатом 1500 мкг и вставлен в зону дефекта ксенотрансплантат. С целью гемостаза и длительного воздействия химиопрепарата, полость наполнили пчелиным воском. Послеоперационное гистологическое исследование операционного материала от 30.05. 2005г. (№ 2910): установлена фиброзная дисплазия лобной пазухи.

Иммунологические показатели крови: от 28.05.2005г. (до операции) - 8.06.2005г. (после операции); Лейкоциты 10⁹/л 6,000-6,700, Лимфоциты % 10⁹/л 29-33., E- РОК % 10⁹/л 36,1-49,2, М-РОК % 10⁹/л 11,3-13,9, ТФР-Е-РОК: % 10⁹/л 23,6-23,3, ТФЧ-Е-РОК: % 10⁹/л 12,5-25,9, ТФР-Е-РОК/ТФЧ-Е- РОК, % 1,88-0,89., Нейтрофилы: % 10⁹/л 66-63., E-РОН: % 10⁹/л 11,6 -13,5., E_{тф}^{-РОН}: % 10⁹/л 16,0-34,7., Д-ФН: % 10⁹/л 37,6-41,5., Ig A, г/л 1,7 2,0., Ig C, г/л 14,3-16,4., Ig M, г/л 1,52-1,46.

После операции: на рентгенограмме орбит и придаточных пазух носа определяется тень ксенотрансплантата в виде белесоватой полоски с не резко выраженным асептическим воспалением вокруг трансплантата. Клетки решётчатого лабиринта прозрачные. Носовая перегородка не искривлена. Послеоперационный период у больной протекало гладко, рана зажила первичным натяжением, пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой 11.06.2005 г.

Пример 2,

Больная Холикова Н.И. 47 лет (история болезни №5059), поступила с жалобами на наличие опу-

холи нижней челюсти справа. Пациентка больна в течение 6 месяцев. Больная находилась в клинике с 9.09.2019 г. по 18.09.2019 г. по поводу кисты нижней челюсти справа и слева. История жизни без особенностей.

Местный статус: лицо ассиметрично за счёт опухолевидного образования розовато белого цвета вестибулярной поверхности нижней челюсти на уровне от 4 до 4 зубов справа и слева. Рентгенологическая киста передний и боковые сегменты нижней челюсти полностью занимают передние и боковые сегменты на уровне 4 и 4 зубов нижней челюсти справа и слева. Произведена пункция образования нижней челюсти, справа получен цитологический ответ картины кисты. Со стороны соматического статуса отклонений от нормы не выявлено. Больной Х. Н.И., 47 лет, выставлен диагноз: киста передний и боковые сегменты нижней челюсти справа и слева 1⁶клиническая группа.

11.09.2019 году под эндо трахеальным наркозом, после предварительной пломбировки от 4 до 4 зубов нижней челюсти зоны кисты нижней челюсти справа и слева, произведена операция цистэктомия. В начале был взят биоптат из линии пересечения кисты, то есть осуществлен контроль на радикальность, затем провели обработку костного дефекта химиопрепаратом циклофосфамидом 600 мг, а в зону дефекта вставили ксенотрансплантата. С целью гемостаза и длительного воздействия химиопрепарата, полость наполнили пчелиным воском. В последующем были наложены швы на рану переходной складки слизистой нижней челюсти. Заживление раны слизистой нижней челюсти происходило первичным натяжением. Послеоперационный гистологический ответ - радикулярная киста.

Пример 3.

Больная Ташрипова Г.М. 49 лет (история болезни № 4050) поступила с жалобами на наличие опухоли нижней челюсти справа. Пациентка больна в течение 10 месяцев, и находилась в клинике с 9.09.2016 г. по 18.09.2016 года по поводу опухоли нижней челюсти справа и слева. История жизни без особенностей.

Местный статус: лицо ассиметрично за счёт опухолевидного образования розовато белого цвета вестибулярной поверхности нижней челюсти на уровне от 5 до 5 зубов справа и слева. Рентгенологическая опухоль передних и боковых сегментов нижней челюсти полностью занимает передние и боковые сегменты на уровне 5 и 5 зубов нижней челюсти справа и слева. Произведена пункция образования нижней челюсти, справа получен цитологический ответ картина остеобластокластомы. Со стороны соматического статуса отклонений от нормы не выявлено.

Больной выставлен диагноз остеобластокластома передний и боковые сегменты нижней челюсти справа и слева 1^б клиническая группа.

12.09.2016 году под эндо трахеальным наркозом, после предварительной пломбировки от 5 до 5 зубов нижней челюсти зоны опухоли нижней челюсти справа и слева произведена операция - частичная плоскостная резекция от 5 до 5 зубов нижней челюсти, сначала был взят биоптат из линии пересечения остеобластокластома, то есть контроль на радикальность, а затем, и обработка костного дефекта химиопрепаратом дактиномицином 50 мг, после чего а в зону дефекта был вставлен ксенотрансплантат. С целью гемостаза и длительного воздействия химиопрепарата полость наполнили пчелиным воском. В последующем были наложены швы на рану переходной складки слизистой нижней челюсти. Заживление раны

слизистой нижней челюсти происходило первичным натяжением. Послеоперационный

гистологический ответ - остеобластокластома.

Хирургическое лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов костей лицевого скелета заявленным способом, способствует профилактике продолженного роста, рецидивов, малигнизации при лечении ОПДКНКЛС, исключает вторичные послеоперационные травмы, сокращает длительность оперативного вмешательства и периода реабилитации, что позволяет его применение в клиниках Республики Таджикистан.

Формула изобретения

1. Способом хирургического лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов костей лицевого скелета, включающий удаление доброкачественной опухоли, обработку образовавшейся костной полости лекарственными препаратами, восстановление образовавшегося костного дефекта ксенотрансплантатом с последующим ушиванием, отличающийся тем, что после иссечения опухоли проводят контроль на радикальность иссечения, а в качестве

лекарственных препаратов применяют химиопрепараты с пчелиным воском, при этом, в зависимости от морфологии опухоли, используют метотрексат 150-1500 мкг или дактиномицином 5-50 мг или циклофосфамидом 200-800 мг, а ушивании осуществляют проволочными и узловыми швами.

Компьютерный набор: Газиев М.Х.

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