



Республика Таджикистан

(19) **TJ** ⁽¹¹⁾ **1567**

(51) **МПК** : **A61B 17/56**

(2006); A61K 31/592 (2006);

A61K 35/644 (2015); A61K

36/899 (2006); A61P

19/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2401944

(22) 29.03.2024

(46) Бюл. 214, 2024

(71) Базаров Негмат Исмаилович (TJ)

(72) Базаров Негмат Исмаилович (TJ),

Сайдахмадов Шеравлиё Бозоралиевич (TJ),

Курбонов Фаридун Зиёдулоевич (TJ),

Абдуллоев Лоик Зафарджонович (TJ)

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОПУХОЛЕЙ КОСТНОЙ ТКАНИ**

(56)

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

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

3. Аллотрансплантация формализированной костной ткани в травматологии и ортопедии / В.И. Савельев [и др.]; - С-Пб: МОРСАР АВ, 2001. -154с.

4. SU 1792651 A1, 07.02.1993.

5. Шакиров М.Н. Клинические аспекты применения конструкций с памятью формы при хирургической пластике костных дефектов нижней челюсти / М.Н. Шакиров // Стоматология Таджикистана. - 2005. -№1.-С. 29-31.

6. Тимофеев А.А. Остеогенные опухоли и опухолеподобные образования
Руководство по челюстно –лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев 2002.,--С.721-737, -С. 751-753.

7. Топольницкий О.З. Костная пластика нижней челюсти у детей и подростков композитными

2

материалами на основе акрилов: автореф. дисс. док. мед. наук - М., 2002. 42 с.

8. RU 2416367 C2, 20.04.2011.

9. Базаров Н.И. Обоснование к применению ксенотрансплантации в лечении больных с новообразованиями и опухолеподобными процессами костей и соавторы/ Н.И. Базаров [и др.] //Вестник Авиценны-2010,- №3,-С.43-49 .

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к челюстно-лицевой хирургии, травматологии конечностей и онкологии, которая может быть использовано для хирургического лечения опухолей костной ткани.

Целью настоящего изобретения является повышение противовоспалительных свойств, антиоксидантной, иммунной, остеогенной функции и остеогенных восстановительных процессов организма человека.

Поставленная цель достигается способом хирургического лечения опухолей костной ткани, в котором для замещения костного дефекта использован костный ксенотрансплантат, консервированный в 0,5%-ном растворе формалина, причем ксеногенный трансплантат фиксируют проволоочными лигатурами из нержавеющей стали, накладывают послойные узловые швы на надкостницу, узловые герметичные швы на слизистую или кожу; перорально вводят с первых суток после операции «ГОЛД РЭЙ» по 1 капсуле в день в течение 10 дней, эргокальциферол внутрь 10000 МЕ 1 раз в день в течение 7 дней, метилурацил по 0,5 г три раза внутрь после или во время приёма пищи в течение 15 дней.

Изобретение относится к медицине, а именно к челюстно-лицевой хирургии, травматологии конечностей и онкологии, которая может быть использовано для хирургического лечения опухолей костной ткани.

Известны способы хирургического лечения опухолей костной ткани, где после оперативного вмешательства, для замещения костного дефекта, используют аутотрансплантат - ребро, гребешок подвздошной кости, венечный отросток нижней челюсти на височной мышце, фрагмент лопаточной или малоберцовой кости на сосудистой ножке и др. [1,2,3,4,5,6]. Недостатком аутотрансплантации является появление дополнительной операционной травмы (поле), что делает необходимым увеличить время наркоза и операции в целом. Не исключено развитие пневмоторакса, кровотечения из зоны донора при взятии аутотрансплантата, а также вероятность развития воспалительного процесса из-за вирулентной инфекции в зоне донора и реципиента, что продлевает время терапии и пребывания пациента в клинике. Кроме того, у многих больных аутотрансплантаты после 6 месяцев - 1 года рассасываются.

Известны способы лечения опухолей костной ткани, где для замещения костного дефекта использовались: а) металлические конструкций с памятью, титаном [5,6]; б) композитные материалами на основе акрилов [7]. Недостатком известных способов является то, что при использовании чужеродных трансплантатов, возможно их отторжения при несовместимости, а также их косвенное негативное влияние на остеогенез.

Известен способ обработки костной ткани при хирургическом лечении доброкачественных опухолей скелета. Способ осуществляют путём удаления патологического очага и воздействию на ткань физическим фактором. При этом зону резекции костной ткани обрабатывают аргон-плазменным скальпелем в режиме коагуляции при мощности 20-100 Вт в течение 5-15 сек на 1 см² костной ткани. Недостатком известного способа, является невозможность осуществления обработки из-за отсутствия во многих лечебных учреждениях аппарата (плазменный хирургический аргонный лазер) данного вида, а также короткое время коагуляции не позволяющее добиться рецидива опухоли. Также, авторами в известном способе не предусмотрены восстановительные операции, а также приём лекарств, обладающие противовоспалительные, антиоксидантные, иммунные, остеогенные свойства, а также улучшающие костные репаративные процессы [8].

Прототипом заявленного изобретения является способ хирургического лечения опухолей костной ткани, в котором для замещения костного дефекта использован костный ксенотрансплантат, консервированный в 0,5 % формалине. Недостатком прототипа является отсутствие в лечении приема лекарств, обладающих противовоспалительными, антиоксидантными, иммунными, остеогенными

свойствами, улучшающие костные, репаративные процессы [9].

Целью настоящего изобретения является повышение противовоспалительных свойств, антиоксидантной, иммунной, остеогенной функции и остеогенных восстановительных процессов организма человека.

Поставленная цель достигается способом хирургического лечения доброкачественных опухолей костной ткани, в котором для замещения костного дефекта использован костный ксенотрансплантат, консервированный в 0,5%-ном растворе формалина, причем ксеногенный трансплантат фиксируют проволоочными лигатурами из нержавеющей стали, накладывают послойные узловые швы на надкостницу, узловые герметичные швы на слизистую или кожу; перорально вводят с первых суток после операции «ГОЛД РЭЙ» по 1 капсуле в день в течение 10 дней, эргокальциферол внутрь 10000 МЕ 1 раз в день в течение 7 дней, метилурацил по 0,5 г три раза внутрь после или во время приёма пищи в течение 15 дней.

Заявленный способ подтверждается следующими клиническими примерами.

Пример №1. Больная И., 24 лет., поступила 11.04.2011г. в клинику ТГМУ, история болезни №135, с жалобами на боли в области стопы справа, ноющего характера. Из анамнеза заболевания установлено, что она болеет в течение 10 месяцев, обратилась к врачу травматологу, который направил ее в клинику ТГМУ. Анамнез жизни без особенностей. Со стороны соматического, местного статуса отклонений от нормы не выявлено. В рентгенограмме костей стопы справа от 30.03.2011г. в проекции диафиза III пальца плюсневой кости стопы отмечалась деструкция ячеистой структуры с истончением кортикального слоя кости. Диагноз: остеобластокластома III пальца плюсневой кости стопы справа.

13.04.2011г. была произведена операция (№144), электроэксцизия остеобластокластомы III пальца плюсневой кости стопы справа, в начале был взят биоптат из линии пересечения опухоли, то есть контроль на радикальность. Затем наложены послойные узловые швы на рану и кожу III пальца плюсневой кости стопы справа. В послеоперационном периоде пациентка дополнительная, получала во внутрь по 1 капсуле «ГОЛД РЭЙ» в день в течение 10 дней; эргокальциферол внутрь 10000 МЕ в сутки в течение 7 дней; метилурацил таблетки по 0,5 г во внутрь три раза после или вовремя приёма пищи в течение 15 дней.

Иммунологические показатели крови: от 11.04.2011г. (до операции), 21.04.2011г. (после операции); Лейкоциты 10⁹/л 7,0-7,1; Лимфоциты % 10⁹/л 29-31; Е- РОК % 10⁹/л 34,1-48,1; М-РОК % 10⁹/л 11,5-13,2; ТФР-Е-РОК: % 10⁹/л 27,0 -32,9; ТФЧ-Е-РОК: % 10⁹/л 3,1-11,84; ТФР-Е-РОК/ТФЧ-Е-РОК, % 13,42-5,52; Нейтрофилы: % 10⁹/л 52-60; Е-РОН: % 10⁹/л 9,1 -13,1; Е_{тф}^{-РОН}: % 10⁹/л 14,9-24,3; Д-ФН: % 10⁹/л 25,1-33,1; Ig A, г/л 1,5- 2,0; Ig C, г/л 11,8-13,5; Ig M, г/л 1,35-1,7.

№1132+3 от 25.04.2011г. Фиброзная ткань с кровоизлиянием. Картина остеобластокластомы. Послеоперационное течение гладкое. Заживление раны происходило первичным натяжением.

Пример №2.

Выписка из истории болезни №1043. Больная Э., 29 лет госпитализирована в клинику кафедры онкологии 24.05.05 г. по поводу костного новообразования лобной пазухи слева 16 кл.гр. Больна в течение 2,5 лет. Когда появилось смещение левого глаза книзу (экзофтальм) больная обратилась к онкологу. На учете в онкологической клинике с апреля 2005г. История жизни без особенностей. Со стороны соматического статуса отклонений от нормы не выявлено. После осмотра врача онко-офтальмолога, который констатировала, что местно: Vis =1,0/1,0 . OD - экзофтальм со смещением. Экзофтальмометрия при p=113, ОД-22мм, ОС-13мм. Ограниченное движение глаза вверх. На предоперационной рентгенограмме орбит и придаточных пазух носа отмечается разрушение опухолью верхнемедиальной и верхнелатеральной стенок лобной пазухи слева.

30.05.2005г Произведена операция по удалению остеомы лобной пазухи слева с закрытием дефекта передней стенки пазухи костным ксенотрансплантатом консервированный в растворе 0,5 % формалина, вначале был, взят биоптат из линии удаления опухоли, то есть осуществлен контроль на радикальность. В послеоперационном периоде пациентка получала во внутрь по 1 капсуле «ГОЛД РЭЙ» в день в течение 10дней; эргокальциферол внутрь 10000 МЕ в сутки в течение 7дней; метилурацила таблетки по 0,5 г три раза во внутрь после или вовремя приёма пищи в течение 15дней,

Послеоперационное гистологическое исследование операционного материала от 30.05. 2005г. (№ 2911): установлена губчатая остеома лобной пазухи.

Иммунологические показатели крови: от 28.05.2005г. (до операции), 8.06.2005г. (после операции); Лейкоциты $10^9/\text{л}$ 6000-6,700; Лимфоциты $\% 10^9/\text{л}$ 29-33.; Е- РОК $\% 10^9/\text{л}$ 36,1-49,2; М-РОК $\% 10^9/\text{л}$ 11,3-13,9; ТФР-Е-РОК: $\% 10^9/\text{л}$ 23,6-23,3., ТФЧ-Е-РОК: $\% 10^9/\text{л}$ 12,5-25,9; ТФР-Е-РОК/ТФЧ-Е-

РОК, $\% 1,88-0,89$; Нейтрофилы: $\% 10^9/\text{л}$ 66-63; Е-РОН: $\% 10^9/\text{л}$ 11,6 -13,5; Е_{тф}-РОН: $\% 10^9/\text{л}$ 16,0-34,7; Д-ФН: $\% 10^9/\text{л}$ 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 нерезко выраженным асептическим воспалением вокруг трансплантата. Клетки решётчатого лабиринта прозрачные. Носовая перегородка не искривлена. Послеоперационный период у больной протекал гладко, рана зажила первичным натяжением, пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой 11.06.2005 г.

Оценка эффективности хирургического лечения опухолей костной ткани, в частности, костей лицевого скелета, костей конечности показала, что морфологический контроль на радикальность удаления опухоли из линии пересечения, использования на восстановительном этапе ксенотрансплантата (КТ) одновременное применением лекарственных препаратов, обладающих противовоспалительными свойствами, а также антиоксидантной, иммунной, остеогенной функции и улучшающие репаративные процессы, показала очевидное преимущество этого способа. Это проявилось, в менее выраженных изменениях клеточного состава периферической крови, отсутствии вторичной травмы, сокращении длительности оперативного вмешательства, в относительно биологической инертности и антисептических свойствах ксеногенной кости, а также в первичном заживлении послеоперационной раны, в сокращении срока пребывания больных в клинике.

Таким образом, способ хирургического лечения опухолей костной ткани с морфологическим контролем на радикальность, ксенотрансплантацией, с одновременным применением лекарственных препаратов, обладающих противовоспалительными свойствами, а также антиоксидантной, иммунной, остеогенной функции, и улучшающие репаративные процессы, может быть альтернативой при выборе костнопластических операций у пациентов с опухолевыми заболеваниями костной ткани.

Формула изобретения

Способом хирургического лечения опухолей костной ткани, в котором для замещения костного дефекта использован костный ксенотрансплантат, консервированный в 0,5%-ном растворе формалина, отличающийся тем, что ксеногенный трансплантат фиксируют проволоочными лигатурами из нержавеющей стали, накладывают послойные

узловые швы на надкостницу, узловые герметичные швы на слизистую или кожу; перорально вводят с первых суток после операции «ГОЛД РЭЙ» по 1 капсуле в день в течение 10 дней, эргокальциферол внутрь 10000 МЕ 1 раз в день в течение 7 дней, метилурацил по 0,5 г три раза внутрь после или во время приёма пищи в течение 15 дней.

Компьютерный набор: Газиев М.Х.

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