

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **18424**

(13) **С1**

(46) **2014.08.30**

(51) МПК

A 61B 17/00 (2006.01)

(54) **СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ЯЗЫКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
РАКА ПЕРЕДНЕЙ ТРЕТИ ТЕЛА ЯЗЫКА**

(21) Номер заявки: а 20110809

(22) 2011.06.10

(43) 2013.02.28

(71) Заявители: Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека"; Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Татчихин Владимир Валентинович; Аничкин Владимир Владимирович; Залуцкий Иосиф Викторович; Макарчик Александр Витальевич (ВУ)

(73) Патентообладатели: Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека"; Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) RU 2268013 C1, 2006.

RU 2391923 C1, 2010.

RU 2067427 C1, 1996.

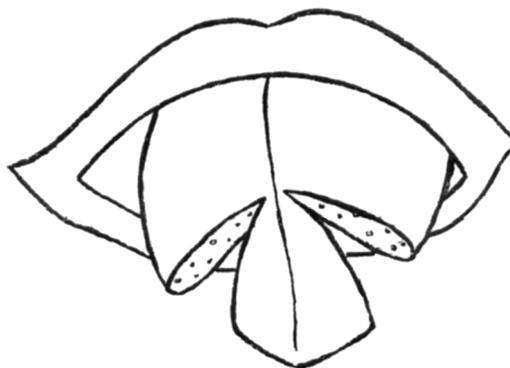
RU 2067429 C1, 1996.

SU 1113929 A, 1985.

ПАЧЕС А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1983. - С. 163-168.

(57)

Способ резекции языка при хирургическом лечении рака передней трети тела языка, заключающийся в том, что удаляют опухоль, отступив от ее краев на 1,0-1,5 см, путем выполнения в каждую сторону от срединной линии языка V-образной клиновидной резекции основанием наружу латерального отдела языка под углами 30-65° к срединной линии языка, после чего выполняют гемостаз мелких сосудов языка и восстанавливают анатомическую форму подвижной части тела языка, перемещая в медиальном направлении с двух сторон слизисто-мышечные лоскуты языка с сохраненными в них кровоснабжением и иннервацией и послойно сшивая сначала слизистую оболочку тела языка, затем внутренние мышцы языка и затем слизистую оболочку нижней части тела языка.



ВУ 18424 С1 2014.08.30

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано в онкологии при хирургическом лечении рака в передней трети тела языка.

В основе методик хирургического лечения злокачественных опухолей тела языка лежит сочетание двух нередко взаимоисключающих принципов - органосберегающего и органоразрушающего, вытекающих из стремления хирурга выполнить радикальную операцию с минимальным нарушением анатомо-физиологических характеристик органов [1].

Порциальная резекция в таких случаях направлена на удаление подвижной части языка в поперечном направлении, что является весьма травматичной резекцией и сопровождается выраженным эстетическим уродством. В результате возникают стойкие функциональные нарушения жевания, речи, глотания. Сложности в обучении больного жеванию и глотанию определены постоянным запрокидыванием головы назад для предотвращения вытекания пищи. Такой образ приема пищи является крайне затруднительным, вызывает стойкие психологические нарушения у больного и требует дополнительной помощи психолога, иногда и врача-психиатра. При выраженном остеохондрозе шейного отдела позвоночника эта процедура становится крайне затруднительной или практически невозможной из-за ограничения двигательной функции шеи, что обуславливает постановку носопищеводного зонда, что психологически крайне тяжело переносится больными.

Известен способ резекции языка при начальных стадиях злокачественных опухолей его корня, включающий разрез кожи подбородка и нижней губы с выкраиванием щечного кожно-слизистого лоскута и выполнение продольного и поперечных разрезов на языке, отличающийся тем, что резецируют альвеолярный отросток нижней челюсти на уровне моляров, пересекают подъязычно-язычную мышцу, перевязывают и пересекают язычную артерию, мобилизуют содержимое челюстно-язычного желобка, пересекают подбородочно-язычную мышцу и после выполнения продольных и поперечных разрезов на языке подготовленный блок тканей извлекают [2].

Недостатком известного способа является то, что способ может быть использован только при локализации опухоли на спинке или корне языка и сопровождается большими техническими трудностями в выполнении резекции нижней челюсти, мышц дна полости рта, щеки, части глотки, тела языка. Культю языка сшивают с боковыми отделами раны, что заведомо направлено на ограничение оставшейся части органа и на ухудшение функции жевания, глотания, речи. Возникают дополнительные хирургические трудности в пластике дефекта дна полости рта. Лоскут из щеки выбран неверно, так как его использование позволяет устранить дефект дна полости рта только по площади. Данный способ направлен на уменьшение кровопотери во время операции и предупреждение повторных кровотечений, а функциональная пластика языка не предусмотрена.

Известен способ лечения рака языка путем комбинированного доступа резекции половины языка до уровня подъязычной кости с органной лимфаденоэктомией и пластикой образовавшегося дефекта языка и дна полости рта, отличающийся тем, что комбинированный доступ начинают с разреза в подчелюстной области от срединной линии шеи до внутреннего края кивательной мышцы, отступив от края нижней челюсти на 1,5-2,0 см, обнажают подчелюстной футляр и клетчатку сонного треугольника, выделяют сосудистую ножку из лицевой артерии и вены, выкраивают на ней кожно-мышечный или слизисто-мышечный лоскут из щеки и отводят наружу, фасциальный футляр отделяют от нижней челюсти, определяют органные лимфоузлы, иссекают их с помощью устройства для лимфодиссекции в едином блоке с резецируемой частью языка и внеорганными лимфатическими сосудами, соединяющими язык с регионарными лимфатическими узлами, образовавшийся дефект замещают лоскутом на сосудистой ножке [3].

Недостатком известного способа является то, что в описании способа нет уточнения, для какой стадии опухолевого процесса применен этот доступ и для какой части тела языка такой доступ выполним. При удалении клетчатки подчелюстного футляра лицевые артерия и вена перевязываются. В описанном способе лицевые сосуды сохраняются, что

вызывает сомнения в радикальности лимфодиссекции, так как в этом случае не соблюдаются принципы футлярности. После перевязки лицевых сосудов нарушается кровообращение в тканях щеки, таким образом, донорская зона выбрана неудачно, так как в данном лоскуте не могут сохраниться кровотоки и иннервация. При рассмотрении способа пластики на основе лоскута из щеки можно устранить только пострезекционный дефект и только по площади, а проблему пластики объемной симметрии языка на основе данного лоскута решить невозможно из-за дефицита тканей лоскута. Таким образом, функциональные результаты при данном способе не учитываются вообще.

В результате информационного поиска способов, наиболее близких к заявляемому способу, выявлено не было.

Задача предлагаемого способа резекции языка заключается в улучшении анатомических и функциональных результатов и сокращении сроков лечения больного раком языка.

Решение задачи заключается в способе резекции языка при хирургическом лечении рака передней трети тела языка, согласно которому удаляют опухоль, отступив от ее краев на 1,0-1,5 см, путем выполнения в каждую сторону от срединной линии языка V-образной клиновидной резекции основанием наружу латерального отдела языка под углами 30-65° к срединной линии языка, после чего выполняют гемостаз мелких сосудов языка и восстанавливают анатомическую форму подвижной части тела языка, перемещая в медиальном направлении с двух сторон слизисто-мышечные лоскуты языка с сохраненными в них кровоснабжением и иннервацией и послойно сшивая сначала слизистую оболочку тела языка, затем внутренние мышцы языка и затем слизистую оболочку нижней части тела языка.

Таким образом, выполняемая под эндотрахеальным наркозом V-образная резекция при локализации опухоли в передней трети тела языка вершиной обращена внутрь тела языка и основанием снаружи. Используя собственные ткани тела языка с сохраненным в них кровоснабжением и иннервацией, путем перемещения их в медиальном направлении, выполняют восстановление анатомической формы языка путем поочередного сшивания верхней части слизистой оболочки языка, затем внутренних мышц языка и нижней части слизистой оболочки тела языка.

На фигуре представлена схема выполнения V-образной резекции при локализации опухоли в передней трети тела языка.

Пример. Больная С., 52 лет, история болезни № 1038/1, находилась на стационарном лечении с диагнозом: рак тела передней трети языка с метастазами в лимфоузлы подчелюстной области слева T2N1M0-III стадия. В 2009 г. проведено лечение химиолучевым методом, рост метастаза в лимфатический узел подчелюстной области слева, удален хирургически в 2010 г. Рецидив рака в передней трети тела языка. Гистологическая форма: плоскоклеточный ороговевающий рак. При осмотре опухоль инфильтративно-язвенной формы, до 1,5 см в диаметре, с локализацией на слизистой оболочке верхушки языка и распространением на нижнюю поверхность слизистой оболочки передней трети тела языка.

Под интубационным наркозом, отступив от краев локализованной в передней трети тела языка опухоли по 1,0-1,5 см в каждую сторону, выполнена V-образная клиновидная резекция под углом 45° от латеральных отделов передней трети тела языка с опухолью, в направлении срединной линии тела языка с вершиной, обращенной внутрь, и основанием наружу. Электроножом рассечена слизистая оболочка верхней поверхности тела языка, собственные мышцы и слизистая оболочка нижней поверхности тела языка, опухоль удалена. Сформирован пострезекционный сквозной дефект в передней трети подвижной части тела языка. Выполнен гемостаз мелких сосудов языка. Выполнен интраоперационный гистологический контроль радикальности опухолевого поражения: в краях резекции без опухолевого роста. Используя собственные ткани тела языка, т.е. слизисто-мышечные лоскуты с двух сторон с сохраненным в них кровоснабжением и иннервацией, путем перемещения их в медиальном направлении и послойного сшивания слизистой оболочки верхней поверхности тела языка, внутренних мышц и слизистой оболочки нижней по-

верхности тела языка выполнена одномоментная V-образная резекция и восстановлена анатомическая форма подвижной части тела языка: верхушка тела языка и спинка передней трети тела языка. Выполнено послойное сшивание верхней части слизистой языка, внутренних мышц языка и нижней части слизистой тела языка. Незначительная потеря длины до 100 мм (норма - 70-120 мм) и ширины до 65 мм (в норме 45-75 мм) языка не оказала влияния на подвижность тела языка. Изменения в темпе и внятности речи у пациентки не отмечены. Потеря вкусовых сосочков на слизистой оболочке верхушки языка, но сохранение на латеральных поверхностях слизистой оболочки тела языка привели к незначительному снижению дифференцировки вкусовой чувствительности и только к восприятию сладкого вкуса. К завершению послеоперационного периода на 14 сутки пациентка отмечала улучшение вкусовой дифференцировки сладкого. Тактильная чувствительность, а именно восприятие объема и формы пищевых предметов, попадающих в ротовую полость, а также дифференцировка температурной чувствительности пищевых продуктов была полностью восстановлена к 8-10 дню послеоперационного периода.

Предлагаемый способ V-образной резекции подвижной части тела языка с локализацией опухоли в передней трети тела языка позволяет комфортно для хирурга контролировать объем выполняемой резекции и в случае значительного опухолевого поражения в краях резекции языка обоснованно увеличить объем резекции. Одномоментное восстановление анатомической формы подвижной части тела языка осуществляется за счет собственных тканей тела языка. В результате резекции ротовая щель полностью смыкается, слюнотечения из полости рта не возникает, в оставшейся части тела языка сохраняются естественная иннервация и кровоснабжение, что очень важно для функциональной реабилитации. Практически на второй день послеоперационного периода целесообразно приступать к функциональной реабилитации членораздельной речи, что очень важно и в психосоматическом состоянии больного, перенесшего травмирующую операцию. Больные имеют возможность на второй день самостоятельно принимать протертую пищу, а ко дню выписки принимать твердую пищу. Акт глотания остается физиологическим и не требует коррекции. Темп и внятность речи существенно отличаются от других видов эндооральных резекций, так как восстановлена анатомическая форма языка, сохранена естественная иннервация органа. Предлагаемый способ резекции очень прост и не требует дополнительного сложного оборудования, способствует улучшению результатов и сокращает сроки лечения.

Источники информации:

1. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Лечение злокачественных опухолей. В кн.: Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта. - Л.: Медицина, 1986. - С. 124-153.
2. Патент RU 2067429, МПК А 61В 17/24, 1996.
3. Патент RU 2190975, МПК А 61В 17/24, 2002.