

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии. Способ предназначен и может быть использован при хирургическом лечении опухолей полости рта и ротоглотки.

Наиболее близким решением к заявляемому является "Способ пластики дефектов дна полости рта артериализированным слизисто-жировым лоскутом со щеки с включением артерии" (1).

Способ осуществляется следующим образом. На слизистой щеки раствором метиленового синего отмечают ход лицевой артерии и размеры лоскута, подлежащего переносу. Отступая от переходной слизистой нижнего свода предверия рта на 1-1,5 см от линии проекции артерии, двумя сходящимися овальными разрезами рассекают слизистую, подслизистый слой и щечную мышцу. Сосудистая ножка лоскута находится в проекции нижних 7-6 зубов и при наличии тела нижней челюсти вместе с альвеолярным отростком и зубами используется следующий технический прием. Рассекают слизистую и надкостницу между 5 и 6, зубами от альвеолярного края до переходной слизистой. Слизисто-надкостничные лоскуты отпрепаровывают и смещают в стороны. Через альвеолярный отросток до середины тела нижней челюсти с помощью боров наносят сквозной паз шириной 2-2,5 мм, соединяющий предверие с полостью рта. При плотном расположении 5 и 6 зубов последние препарируют таким образом, чтобы предоставилось возможным поместить сосудистый пучок в образованный костный паз. Лоскут отпрепаровывают от подлежащих тканей вместе с лицевыми артерией, веной и оставляют его только на сосудистом пучке. После чего лоскут переносят в область дефекта слизистой дна полости рта. В нескольких случаях автор использовал данный лоскут при распространении дефекта в ротоглотку.

Клинические наблюдения автора показали, что метод пластики дна полости рта прост, нетравматичен, позволяет устранить различные дефекты дна полости рта, включая его передние отделы. Однако, у ряда больных были отмечены осложнения в виде частичного и полного некроза лоскутов.

Указанный способ имеет ряд существенных недостатков.

Известно, что в пластической хирургии основной причиной некроза лоскутов как кожи, так и слизистой оболочки является недостаточность кровообращения в них. Известно также, что лицевая артерия не дает концевых ветвей к слизистой оболочке щеки, и имеет лишь некоторые анастомозы, которые выполняют вспомогательную роль. Именно по этой причине в ряде случаев кровообращение оказывается недостаточным и ткани трансплантата частично или полностью гибнут. Кровообращение слизистой оболочки щеки осуществляется прежде всего за счет щечной артерии, которая на уровне середины крыловидно-нижне челюстной складки выходит из одноименного клетчаточного пространства и отдает концевые веточки к слизистой оболочке.

К недостаткам способа следует отнести: также технические сложности и травматизм операции, связанные с препаровкой зубов, остеотомией альвеолярного отростка и тела нижней челюсти до его середины.

Задачей настоящего изобретения является усовершенствование способа пластики дефектов дна полости рта и ротоглотки путем достижения оптимального кровообращения в лоскуте, технического упрощения операции, снижения ее травматичности и сокращения сроков лечения.

Настоящая задача решается тем, что в способе пластики дефектов полости рта и ротоглотки, включающем выкраивание комбинированного артериализированного лоскута тканей щеки и подшивание его в область дефекта, согласно изобретению в комбинированный артериализированный лоскут тканей щеки берут слизисто-мышечный слой, включающий щечную артерию.

Способ осуществляется следующим образом. Под наркозом при максимально открытом рте двумя сходящимися полукруглыми разрезами выкраивается лоскут, включающий слизистую оболочку щеки, подслизистый слой и щечную мышцу. Диаметр лоскута в наибольшем измерении может составлять до 5-6 см. От дистального края лоскута производится горизонтальный разрез до середины крыловидно-нижнечелюстной складки. Края слизистой отпрепаровываются сверху и снизу на расстояние 0,5-1 см, после чего проводится выделение щечной артерии и вены. Полученный артериализированный щечный слизисто-мышечный лоскут укладывается в область дефекта ротоглотки или дна полости рта и фиксируется швами.

Артериализированный слизисто-мышечный лоскут со щеки на щечной артерии является более жизнеспособным вследствие его лучшего кровоснабжения (питание его происходит за счет щечной артерии, а не лицевой), а также включения в него мышечного слоя. При данной методике операции отсутствует такой травматический прием, как остеотомия нижней челюсти и препарирование зубов (прототип).

Данная техника взятия артериализированного лоскута, включающего щечную артерию, проста, обоснована анатомически, что позволяет сократить время операции и значительно снизить число осложнений.

Пример конкретного использования. Больная Б., 58 л., ист. бол. № 33338 обратилась в челюстно-лицевую клинику Винницкой областной больницы им. Н.И. Пирогова с диагнозом "Рецидив плесморфной аденомы правой ретромолярной области и передней небной дужки". 13.07.95 г. под наркозом была произведена операция: удаление опухоли правой ретромолярной области и передней небной дужки с пластикой дефекта. Для пластического закрытия дефекта слизистой полости рта и ротоглотки был применен артериализированный лоскут слизистой оболочки, включающий щечную артерию. Лоскут был фиксирован кетгутowymi швами. Заживление раны прошло первичным натяжением. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Предложенный способ технически прост, нетравматичен, позволяет устранить различные дефекты слизистой оболочки полости рта и ротоглотки без осложнений после операции. Результаты хирургического лечения значительно улучшаются, а сроки лечения сокращаются на 3-5 дней