

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

УДК 616.317-006.6-089.844

**ИВАНОВ**  
Сергей Анатольевич

**ХЕЙЛОПЛАСТИКА  
КАК МЕТОД ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ НИЖНЕЙ ГУБЫ**

14.00.27 — хирургия

Автореферат диссертации  
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Гомель – 2005

Работа выполнена в Учреждении образования «Гомельский государственный медицинский университет» и Учреждении «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор **Лызиков А.Н.**, первый проректор УО «Гомельский государственный медицинский университет»

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор **Воробей А.В.**, ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», заведующий кафедрой хирургии и топографической анатомии;

кандидат медицинских наук, доцент **Чудакова Т.Н.**, УО «Гомельский государственный медицинский университет», доцент 2-й кафедры хирургических болезней

**Оппонирующая организация:**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита состоится 8 июня 2005 года в 13.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.15.03 ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» по адресу: 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, д. 3 (тел. 201-91-65).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2005 года

Ученый секретарь  
совета по защите диссертаций,  
доктор медицинских наук, доцент

**Г.В. Илюкевич**

Научное издание

**ИВАНОВ Сергей Анатольевич**

**ХЕЙЛОПЛАСТИКА  
КАК МЕТОД ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ НИЖНЕЙ ГУБЫ**

14.00.27 — хирургия

Автореферат диссертации  
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Подписано в печать 02.05.2005.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс»  
Усл. печ. л. 0,93. Тираж 100 экз. Заказ № 66

Издатель и полиграфическое исполнение  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5.  
ЛИ № 02330/0133072 от 30.04.2004.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность проблемы**

Рак губы — одно из наиболее частых онкологических заболеваний в области головы и шеи. Заболеваемость в РБ составляет 3,3–4,1 случаев на 100 000 населения в год, в 95–98% случаев поражается нижняя губа. Опухоль регистрируется чаще в возрасте 45–65 лет. Большинство больных находятся в трудоспособном и социально активном возрасте. В связи с этим весьма актуальна проблема качества жизни после противоопухолевого лечения. Основные методы лечения рака губы — лучевой и хирургический. На выбор тактики влияют ожидаемый противоопухолевый эффект и косметичность метода. Лечение рецидивов после лучевой терапии, большинства постлучевых осложнений — только хирургическое.

Хейлопластика — обязательный компонент радикальной операции по поводу рака губы, поскольку рельеф лица является важным фактором социальной адаптации и послелечебной реабилитации. Существующее обилие методик устранения пострезекционных дефектов нижней губы — это свидетельство поиска более рациональных способов. Основные тенденции совершенствования — уменьшение травматизации слизистой оболочки и сохранение смыкательной функции угла рта. Хотя в научной периодике регулярно появляются сообщения о новых способах хейлопластики, в руководствах представлены методики Блохина, Брунса, Седийо, Аббе, Диффенбаха, разработанные в XIX-середине XX вв. Учитывая вышеизложенное, резервом повышения эффективности и экономичности лечения рака губы, улучшения качества жизни больных после операций является совершенствование методик пластического замещения дефектов. Насущной является проблема хирургического лечения предрака и доброкачественных новообразований губ.

### **Связь работы с крупными научными программами**

Научно-исследовательская работа «Хейлопластика как метод первичной хирургической реабилитации больных опухолями нижней губы» является инициативной и зарегистрирована в Государственном реестре НИОКТР 12.06.2002, сроки выполнения 2001–2006 гг., номер госрегистрации 20021953.

### **Цель исследования**

Цель исследования – повышение эффективности хирургического лечения опухолей и предопухолевых заболеваний нижней губы с применением способов первичной пластики дефектов, позволяющих улучшить качество жизни пациентов после операции.

### **Задачи исследования**

1. Проведение количественного и качественного анализа послеоперационных осложнений при пластических операциях на нижней губе.

2. Исследование факторов, влияющих на планирование пластического замещения пострезекционных дефектов нижней губы.

3. Разработка новых способов пластического замещения дефектов нижней губы, сравнение результатов их применения с известными ранее методиками по основным клиническим критериям.

4. Определение показаний к выбору способа хейлопластики при различных типах дефектов.

### **Объект и предмет исследования**

Объект исследования — больные, которым выполнено хирургическое лечение в объеме резекции нижней губы с пластическим замещением дефекта; общее количество вмешательств — 141.

В исследование включены пациенты, которым выполнялось хирургическое вмешательство с хейлопластикой по следующим показаниям:

1. Первичный рак нижней губы стадии T1-4N0-1M0.

2. Рецидивы рака нижней губы после лучевого и/или хирургического лечения.

3. Доброкачественные опухоли красной каймы нижней губы.

4. Постлучевые и послеоперационные осложнения после лучевого и хирургического лечения опухолей нижней губы.

### **Методология и методы проведенного исследования**

В работе проведено исследование частоты и характера послеоперационных осложнений при хейлопластике в зависимости от локализации и размеров дефекта нижней губы, проведенной ранее лучевой терапии, технических особенностей операции. Для этого сформированы 4 группы пациентов в зависимости от метода замещения дефекта:

1. Хейлопластика кожно-мышечно-слизистыми лоскутами из остатков нижней губы.

2. Хейлопластика кожно-мышечными лоскутами из остатков нижней губы.

3. Хейлопластика по Брунсу.

4. Хейлопластика ступенчатыми лоскутами.

Критерии сравнения: частота и характер послеоперационных осложнений, длительность послеоперационного периода, возможность выполнения операции под местной анестезией. Сбор данных проведен на основании анамнестического исследования, изучения протоколов операции, контролем заживления раны, регистрации срока эпителизации рубца и факта осложнений, контроля состояния и

функции нижней губы после вмешательства. Выполнено исследование структуры пострезекционных дефектов по размерам после удаления опухолей различных Т-стадий. Проведен опрос оперированных пациентов с целью выявления субъективной оценки косметического эффекта пластической операции на нижней губе.

Статистическая обработка данных проведена на компьютере с помощью программ Microsoft Excel'98 и STATISTICA 5.5.

#### **Научная новизна и значимость полученных результатов**

В работе выполнен качественный и количественный анализ послеоперационных осложнений при хейлопластике; проведено изучение их частоты и структуры в зависимости от способа замещения, размера и локализации дефекта, наличия лучевой терапии в анамнезе. Установлена роль операционной травмы слизистой оболочки полости рта в развитии некоторых местных осложнений.

Получены данные об особенностях местных осложнений при пластическом замещении дефектов нижней губы в зависимости от размера и локализации. Изучена структура размеров пострезекционных дефектов при различных Т-стадиях первичного рака нижней губы.

Разработаны и внедрены в практику 2 способа хейлопластики, которые позволяют улучшить качество хирургической реабилитации больных опухолями нижней губы.

Усовершенствована техника пластических операций на нижней губе путём использования способов маркировки краёв раны и модификации П-образного шва.

#### **Практическая и экономическая значимость полученных результатов**

Разработанные способы хейлопластики применены для реабилитации больных опухолями и предопухолевыми заболеваниями нижней губы в отделении опухолей головы и шеи Гомельского областного клинического онкологического диспансера. Экономическая значимость практического применения методик определяется следующими эффектами:

1. Снижение частоты послеоперационных осложнений, сокращение пребывания в стационаре после вмешательства и затрат на корригирующие операции по поводу рубцовых деформаций после хирургического лечения.

2. Выполнение части операций под местной анестезией вместо эндотрахеального наркоза с сокращением сроков дооперационного обследования и затрат на наркоз.

3. Сокращение затрат на социальные выплаты по временной нетрудоспособности работающих пациентов при уменьшении послеоперационного периода.

4. Расширение показаний к назначению более экономичного хирургического лечения при раке нижней губы вместо лучевой терапии с сохранением косметического эффекта.

5. Улучшение качества жизни пациентов при более высоких косметических и функциональных результатах операции, а также улучшение противоопухолевой эффективности лечения при сокращении отказов больных от операции, мотивированной боязнью грубого изменения рельефа лица.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

На защиту выносятся следующие положения:

1. В развитии ряда местных послеоперационных осложнений при пластических операциях на нижней губе играет роль величина и локализация дефекта, операционная травма слизистой оболочки.

2. Предлагаемая рабочая классификация дефектов позволяет планировать объём резекции и вариант пластики нижней губы с учётом T-стадии и локализации опухоли.

3. Способ хейлопластики кожно-мышечными лоскутами имеет преимущества по косметическому и функциональному эффекту перед хейлопластикой кожно-мышечно-слизистыми лоскутами.

4. Способ хейлопластики ступенчатыми лоскутами имеет преимущества по косметическому и функциональному эффекту перед хейлопластикой по Брунсу.

#### **Личный вклад соискателя**

Автором лично проведено планирование и выполнение всех этапов исследования. Разработаны 2 изобретения и 3 рационализаторских предложения самостоятельно или с преимущественным творческим участием. Автор принял личное участие во всех хирургических вмешательствах по новой методике и курации большинства оперированных пациентов. Проведен анализ, статистическая обработка и обобщение полученных данных.

#### **Апробация результатов диссертации**

Материалы диссертационной работы доложены на семинаре «Ранняя диагностика опухолей челюстно-лицевой области» Гомельской области (Гомель, 2002 г.), на областной научно-практической конференции, посвящённой Дню медицинской науки (Гомель, 2002 г.), на Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы энтерального и парэнтерального питания» (Гомель, 2002 г.), на научной сессии Белорусского госу-

дарственного медицинского университета (Минск, 2004 г.), на XI Международной Научно-практической конференции «Экология человека в постчернобыльский период» (Минск, 2003 г.).

### **Опубликованность результатов**

По теме диссертационной работы осуществлено 14 публикаций. В том числе в журналах — 2, в сборнике научных трудов — 1, в материалах конференций — 5, тезисов докладов — 2, заявок и патентов на изобретения — 3, инструкция по клиническому применению — 1. Общее количество страниц опубликованных материалов — 44.

### **Структура и объём диссертации**

Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка литературы и приложения. Материал изложен на 53 страницах печатного текста. Диссертация содержит 24 иллюстрации, 12 таблиц. Общее количество страниц — 86. Список литературы включает 105 русскоязычных и 30 иностранных источников.

### **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Основные цели хейлопластики — восстановление смыкательной функции угла рта, создание максимально приближённых к естественным формы, рельефа и цвета реконструированной нижней губы. На тактику реабилитации влияют размер и локализация дефекта, лучевая терапия в анамнезе, состояние донорской ткани. Наиболее распространённые способы пластики по Блохину, Брунсу, Седийо требуют эндотрахеального наркоза и не всегда позволяют полноценно восстановить структуру и функцию нижней губы. Анализ послеоперационных осложнений хейлопластики в литературе осуществлён в основном в аспекте влияния лучевой терапии на репаративный потенциал тканей. Обилие методик и отсутствие адаптированной к онкологической практике классификации дефектов затрудняет ориентацию при выборе способа хейлопластики. Исходя из вышеизложенного, представляется необходимым проведение анализа осложнений при хейлопластике в зависимости от величины и локализации дефекта, технических особенностей вмешательства, наличия лучевой терапии в анамнезе. Классификация дефектов требует учёта T-стадий рака нижней губы. Является насущной потребностью разработка способов хейлопластики, выполнимых под местной анестезией.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В течение 1995–2002 гг. в отделении опухолей головы и шеи Гомельского областного клинического онкологического диспансера выполнено 141 оперативное вмешательство с одномоментной хейлопла-



стикой. Общую группу составили 122 мужчины (86,5%) и 19 женщин (13,5%). Средний возраст на момент операции  $60,4 \pm 1,8$  лет.

Показаниями к хирургическому лечению являлись:

1. Первичный плоскоклеточный рак нижней губы — 86 больных; в том числе T1N0M0 — 33, T2N0M0 — 39, T3N0-1M0 — 13, T4N0M0 — 1.
2. Рецидивы рака нижней губы — 33 больных.
3. Приобретённая рубцовая деформация нижней губы — 12 больных.
4. Хронический язвенный хейлит после лучевой терапии — 4 больных.
5. Доброкачественные опухоли нижней губы — 6 больных.

Всего на фоне проведённой ранее лучевой терапии выполнено 47 операций (33,3%), после хирургического лечения — 6 (4,3%), после лучевой терапии и хирургического лечения — 5 (3,5%).

Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом в 107 случаях, под местной анестезией в 34 случаях. На первом этапе проводилась резекция губы с патологическим образованием в соответствии с требованиями абластики и антибластики. Пластика дефекта нижней губы производилась кожно-мышечно-слизистыми, кожно-мышечными лоскутами из остатков губы, по Брунсу, ступенчатыми лоскутами, по Наумову. Проводилась однотипная периоперативная курация.

До операции выполнялось измерение патологических тканей, во время операции измерялся дефект и его отношение к длине губы. Исследование размеров дефекта по отношению к длине губы при различных T-стадиях рака выполнено у 79 больных первичным раком, исключены подвергшиеся дооперационной лучевой терапии (6 человек) и больной с опухолью T4.

У всех больных регистрировались общие и местные осложнения, срок эпителизации рубца. После выписки осуществлялось амбулаторное наблюдение за пациентами с учетом отдалённых осложнений и прогрессирования опухолевого роста. Минимальный срок контроля после операции составил 12 месяцев, кроме случаев, когда в более ранние сроки выполнялись корригирующие операции. Учитывалось влияние имеющегося осложнения на срок эпителизации рубца, последовательность развития осложнений, их связь с типом дефекта и лучевой терапией в анамнезе, способом пластики.

Для изучения эффективности реабилитации сформированы 4 группы больных, которые оперированы с применением известных ранее и разработанных методик пластики (без учета 7 больных, оперированных с применением способа Наумова):

- Группа 1 — пластика кожно-мышечно-слизистыми лоскутами (33 операции).
- Группа 2 — пластика кожно-мышечными лоскутами (33 операции).
- Группа 3 — пластика по Брунсу (34 операции).
- Группа 4 — пластика ступенчатыми лоскутами (34 операции).

Пары стратифицированы по факторам пола, возраста, размерам и локализации дефектов, наличию лучевой терапии в анамнезе. Проведен сравнительный анализ методик в парах групп — 1 и 2, 3 и 4. Оценка эффективности альтернативных способов хейлопластики проводилась путём сравнения частоты и структуры осложнений, средней длительности операции, сроков эпителизации рубца, возможности вмешательства под местной анестезией. Выполнен анализ применения различных методик для лечения местных осложнений после пластического замещения дефекта нижней губы. Проведён опрос пациентов по истечении 6 месяцев после операции для выявления субъективной оценки эффекта хейлопластики.

### ПЛАНИРОВАНИЕ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ

При выполнении пластики нижней губы основными факторами, влияющими на тактику хирурга, являются размер и локализация дефекта, проведённое ранее лечение, состояние донорских тканей.

Резекция нижней губы применяется в основном по поводу опухолевой патологии, поэтому градация дефектов по размерам должна соответствовать T-стадиям рака. Это позволило бы планировать тактику хирургической реабилитации уже на этапе выставления первичного диагноза. Проведено исследование размеров пострезекционных дефектов нижней губы при различных T-стадиях первичных опухолей в группе из 79 пациентов. У 32 из них опухоль имела стадию T1, у 36 — T2, у 11 — T3. При T1 в 30 случаях (93,8%) размер дефекта не превышал 1/3 длины губы, при T2 — в 34 случаях (94,4%) был в промежутке 1/3–1/2 губы, при T3 — был более 1/2 губы в 9 случаях (81,8%), в том числе более 2/3 (тотальный или субтотальный) — в 7 (63,6%). Предлагается подразделение по величине на дефекты менее 1/3 губы, от 1/3 до 1/2 губы, субтотальные и тотальные, как соответствующее стадиям рака T1, T2, T3. Опухоли T4 могут распространяться на костную ткань, что предполагает возможность формирования сочетанного (не только мягкотканного) дефекта. Практическое значение такой градации: изъяны менее 1/3 губы могут быть устранены под местной анестезией; пластика изъянов менее 1/2 губы может быть выполнена тканями из остатков губы; для замещения дефектов более 1/2 губы необходимо использовать ткани из других анатомических областей.

В функциональном и косметическом отношении важна локализация дефекта по отношению к медианной линии и вовлечённость угла рта. Представляется необходимым дифференцировать срединные, боковые и включающие угол рта дефекты. Подобное разделение применимо только при их размерах менее 1/2 длины губы.

При замещении срединных дефектов необходимо восстановить естественный вид нижней губы (более полную фактуру средней части). При замещении боковых дефектов — обеспечить смыкание угла рта и симметричность губы.

Хейлопластика при раке губы стадий T1-3 выполняется, как правило, местными тканями. Не отмечено указаний на разницу в выборе способа пластики в зависимости от ЛТ в анамнезе. Учитывая это, включение раздела, отражающего состояние местных тканей, представляется более целесообразным с точки зрения курации и прогноза заживления раны.

Критерий времени пластики отражает соотношение этапов резекции и замещения дефекта.

В исследовании применена рабочая клиническая классификация дефектов нижней губы следующего вида:

- I. Размер дефекта: до 1/3 губы; 1/3–1/2 губы; тотальные и субтотальные.
- II. Локализация дефекта: срединный; боковой; с включением угла рта.
- III. Структура дефекта: мягкотканый; сочетанный.
- IV. Состояние тканей: интактное; проводилось облучение и/или операция.
- V. Время пластики: первичная, первично-отсроченная; вторичная.

## ОПИСАНИЕ НОВЫХ СПОСОБОВ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ

Хейлопластика кожно-мышечными лоскутами (патент на изобретение № 6483 от 19.05.2004). Показания: срединные дефекты размером менее 1/2 длины губы. При резекции средней 1/3 нижней губы необходимо отступить от краёв карциномы не менее 1,0 см, доброкачественная опухоль удаляется в пределах здоровых тканей. В пределах кожного и мышечного слоёв дефекту придаётся прямоугольная форма, в области слизистой оболочки — треугольная основанием кверху. Двумя разрезами в продолжение нижнего края дефекта рассекается кожа и мышцы нижней губы. От мышцы тупо и остро отслаивается слизистая оболочка до уровня красной каймы. Повреждение слизистой оболочки сводится к минимуму, отчасти решается проблема интраоперационного кровотечения. Кожно-мышечные лоскуты перемещаются навстречу друг другу, замещение дефекта осуществляется за счёт их растяжения. Мобилизованная при сепаровке слизистая оболочка сопоставляется свободно. Рана ушивается тремя рядами узловых швов: отдельно кожный, мышечный и слизистый слои.

Хейлопластика ступенчатыми лоскутами (решение о выдаче патента на изобретение № а 20010786 от 04.02.2005). Показания: боковые дефекты размером менее 1/2 губы, а также тотальные и субтотальные. При резекции карциномы следует отступить от краёв не ме-

нее 1,0 см, доброкачественная опухоль удаляется в пределах здоровых тканей. Дефекту придаётся дугообразная или трапециевидная основанием книзу форма. Формируются два симметричных квадратных кожно-мышечно-слизистых лоскута из остатков губы или нижнебоковых краев раны. Эти лоскуты включают волокна круговой мышцы рта, направленные параллельно оси лоскута. Перемещение производится по типу ступеньки с совмещением равных по длине сторон. Рана ушивается тремя рядами швов послойно. Основное достоинство — сохранение направления и непрерывности волокон круговой мышцы в области дефекта. Кожный рубец размещен максимально выгодно. Операция может быть выполнена в одностороннем варианте при дефекте боковой 1/2 губы.

С целью улучшения техники операционных вмешательств разработаны 2 рационализаторских предложения.

Способ маркировки краёв кожной раны при пластических операциях на нижней губе: в пунктах-ориентирах до отсечения препарата производятся насечки скальпелем в пределах эпидермиса длиной 0,2–0,3 см перпендикулярно основному разрезу. Отметки хорошо заметны на всех этапах операции, не влияют на процесс заживления, помогают правильно сопоставлять края кожных лоскутов.

Модификация П-образного шва для сопоставления краёв линейной раны. Вкол производится со стороны эпидермиса лучше кровоснабжаемой половины, игла проводится перпендикулярно линии разреза выходит из дермы и вкалывается в дерму противоположного участка на том же расстоянии от эпидермиса. Далее игла проводится через дерму дугообразно в плоскости кожи и выкалывается из дермы на расстоянии 3–5 мм. Последний этап — вкол в дерму и выкол из эпидермиса лучше кровоснабжаемого края. Фиксация обычными узлами. Преимущество — размещение нити в отсепарованном участке параллельно плоскости сосудов кожи, что уменьшает ишемию.

#### АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНЕЙ ГУБЕ

Местные осложнения в послеоперационном периоде зарегистрированы у 38 больных (26,95%). В их число вошли следующие: краевой некроз лоскута (1), микростома (2), диастаз краёв операционной раны (21), формирование свища (2), дисфункция угла рта (10), рубцовая деформация нижней губы (20). У нескольких пациентов отмечено развитие более одного осложнения.

Диастаз краёв операционной раны отмечался на 4–8 сутки послеоперационного периода, в большинстве случаев его развитию предшествовала катаральная воспалительная реакция слизистой оболочки. В одном случае диастаз развился на фоне краевого некроза слизистого лоскута. Во всех

случаях расхождение краёв вначале локализовалось в области слизистой оболочки и/или красной каймы. У 8 больных из 21 (38,1%) диастаз ограничился данной локализацией и повлиял только на срок эпителизации рубца. У остальных произошло распространение на мышечный и кожный слои с формированием рубцовой деформации.

Рубцовая деформация губы в 13 случаях из 20 (65,0%) стала следствием диастаза краёв раны ( $p < 0,01$ ). Остальные случаи связаны с выраженной асимметрией нижней зоны лица после замещения боковых дефектов (5 случаев) и недостаточной высотой средней части восстановленной губы при замещении тотальных дефектов (2 случая).

Дисфункция угла рта в 4 случаях из 9 (44,4%) сочеталась с диастазом краёв раны, в 6 случаях (66,7%) — с рубцовой деформацией.

Диастаз краёв раны регистрировался достоверно чаще при дефектах менее 1/2 губы — 15,9%, чем тотальных и субтотальных — 7,7% ( $p < 0,05$ ); чаще при дефектах менее 1/3 губы — 11,9%, чем от 1/3 до 1/2 — 20,3% ( $p < 0,05$ ). Преходящий характер диастаза отмечен только при изъянах менее 1/2 губы. Дисфункция угла рта и рубцовая деформация развились достоверно чаще при дефектах более 1/2, чем менее 1/2 губы ( $p < 0,05$  в обоих случаях). Общее количество осложнений выше при устранении изъянов более 1/3 губы — 14,9%, чем меньших 1/3 — 31,1% ( $p < 0,001$ ).

Диастаз краёв раны отмечен после в 12 случаях (20%) при замещении боковых дефектов, в 7 случаях (10,6%) — при срединных ( $p < 0,01$ ). Рубцовая деформация развивалась чаще при боковых дефектах — 13 (21,7%), чем при срединных — 6 (9,1%) ( $p < 0,01$ ). Дисфункция угла рта отмечена только при боковых дефектах — 8 случаев (13,3%).

Осложнения развились у 10 из 48 облучавшихся пациентов (20,1%) и у 23 из 93 необлучавшихся (24,7%), разница недостоверна —  $p > 0,05$ .

Во всей группе больных средний срок эпителизации составил  $11,66 \pm 0,91$  суток. У необлучавшихся пациентов среднее время до снятия швов составило  $11,63 \pm 1,03$  суток; после лучевой терапии —  $11,73 \pm 1,85$  суток ( $p > 0,05$ ).

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ

Анализ проведён в парах групп — пластика кожно-мышечно-слизистыми (группа 1) и кожно-мышечными (группа 2) лоскутами из остатков губы, пластика по Брунсу (группа 3) и ступенчатыми лоскутами (группа 4). Пары групп не имели достоверных различий по возрасту, структуре дефектов по размерам и локализации. Группы 1 и 2 не имели достоверной разницы по количеству облучавшихся ранее больных. В группе 4 количество

облучавшихся пациентов достоверно больше, чем в группе 3, соответственно 17 (50,0%) и 7 (20,6%) человек,  $p < 0,01$ .

Общее количество осложнившихся операций в группе 1 составило 10 (30,3%), в группе 2 — 1 (3,0%). Различие достоверно,  $p < 0,001$ . Количество стойких осложнений, влияющих на качество жизни: в группе 1 — 9 (27,3%), в группе 2 — 1 (3,0%),  $p < 0,05$ . В 6 случаях после пластики кожно-мышечно-слизистыми лоскутами и в 1 — после пластики кожно-мышечными лоскутами потребовалось корректирующее вмешательство.

Общее количество осложнившихся операций составило при хейлопластике по Брунсу — 18 (52,9%), при хейлопластике ступенчатыми лоскутами — 4 (11,8%);  $p < 0,001$ . Стойкие осложнения (рубцовая деформация, дисфункция угла рта, их сочетание) в 3 группе зарегистрированы в 12 случаях, в 4 группе — в 4;  $p < 0,01$ . После пластики по Брунсу 8 раз потребовались корректирующие вмешательства, после пластики ступенчатыми лоскутами — 1 раз.

При пластике боковых дефектов менее 1/2 губы по Брунсу заметно нарушалась симметрия нижней зоны лица. Применение этого метода для устранения тотальных и субтотальных дефектов позволяло сформировать естественный профиль средней части губы. При пластике боковых дефектов менее 1/2 губы дефектов ступенчатыми лоскутами асимметрии не отмечалось. После тотальной резекции отмечено выраженное истончение средней части восстановленной губы у 2 пациентов — косметический результат неудовлетворительный. Ступенчатая пластика не всегда позволяет создать естественную, более полную, фактуру средней части губы.

В первой группе длительность эпителизации рубца составила  $12,4 \pm 1,4$  суток; во второй —  $7,8 \pm 0,4$  суток; в третьей —  $15,5 \pm 2,4$  суток; в четвертой —  $9,5 \pm 0,7$  суток. Различие между группами 1 и 2, 3 и 4 по этому показателю достоверное ( $p < 0,05$ ).

Показатели средней продолжительности операционного вмешательства в 1 и 2 группах больных составили соответственно  $59 \pm 6$  и  $33 \pm 2$  минут;  $p < 0,05$ . Во 2 группе в 28 случаях (84,8%) использована местная анестезия; в 1 группе в 32 случаях (97,0%) применен эндотрахеальный наркоз.

Показатели средней продолжительности операционного вмешательства в 3 и 4 группах больных составили  $80 \pm 10$  и  $56 \pm 8$  минут;  $p < 0,05$ . При хейлопластике ступенчатыми лоскутами в 8 вмешательствах (23,5%) использована местная анестезия; пластика по Брунсу потребовала эндотрахеального обезболивания во всех случаях.

Данные опроса пациентов свидетельствуют о положительной оценке эффективности пластики срединных дефектов менее половины губы кож-

но-мышечными лоскутами, преимущественно положительной оценке эффективности пластики боковых дефектов менее половины губы ступенчатыми лоскутами.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Местные осложнения при пластическом замещении пострезекционных дефектов (рубцовая деформация губы и дисфункция угла рта) определяют снижение качества жизни больных опухолями нижней губы. Частота всех видов осложнений выше при дефектах большего размера и большей травме слизистой оболочки, частота дисфункции угла рта выше при дефектах боковой локализации [7, 9].

2. Планирование хирургической реабилитации больных опухолями нижней губы осуществляется в основном в зависимости от размера и локализации дефекта, состояния тканей. Предлагаемая градация размеров пострезекционных дефектов губы сопряжена с T-стадиями первичного рака [4, 8, 10].

3. Способ хейлопластики кожно-мышечными лоскутами является менее травматичным и более эффективным в косметическом и функциональном отношении по сравнению с пластикой кожно-мышечно-слизистыми лоскутами. Способ хейлопластики ступенчатыми лоскутами является менее травматичным и более эффективным в косметическом и функциональном отношении по сравнению с пластикой по Брунсу [2, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 14].

4. Способ хейлопластики кожно-мышечными лоскутами может быть рекомендован при замещении срединных дефектов нижней губы размером менее 1/2 длины, в том числе под местной анестезией. Способ хейлопластики ступенчатыми лоскутами может быть рекомендован при замещении боковых дефектов нижней губы размером до 1/2 длины, в меньшей степени — тотальных и субтотальных [1, 3, 5, 6, 9, 11, 13].

### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Пластика кожно-мышечными лоскутами после резекции нижней губы может применяться при дефектах менее 1/2 губы срединной локализации, в том числе под местной инфильтрационной анестезией — при дефектах менее 1/3 губы срединной локализации.

Пластика ступенчатыми лоскутами после резекции нижней губы может применяться при дефектах менее 1/2 губы боковой локализации в одностороннем варианте.

Возможно применение пластики ступенчатыми лоскутами при тотальных и субтотальных дефектах нижней губы у пациентов с хорошей растяжимостью тканей и условиями для формирования достаточной высоты губы в средней части.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

## Статьи в журналах

1. Иванов С.А. Способ хейлопластики ступенчатыми лоскутами при раке нижней губы // Медицинские новости. — 2004. — № 8. — С. 106–107.

2. Иванов С.А. Хейлопластика кожно-мышечными лоскутами в лечении опухолей нижней губы // Здоровоохранение. — 2004. — № 11. — С. 50–52.

## Статьи в сборниках научных трудов

3. Иванов С.А., Тризна Н.М. Новые методы хейлопластики при лечении рака нижней губы // Достижения медицинской науки Беларуси: Рецензируемый научно-практический ежегодник, выпуск 2 / Мн.: ГУ РНМБ, 2002. — С. 130–131.

## Материалы научных конференций

4. Пригожая Т.И., Татчихин В.В., Иванов С.А. Аспекты питания больных после реконструктивных операций на нижней губе // Современные проблемы энтерального и парэнтерального питания: Мат. Респ. науч.-практ. конф. хирургов с международным участием / МЗ РБ, ГоГМИ — Гомель, 2002. — С. 82–86.

5. Иванов С.А. Новые методы хейлопластики при лечении рака нижней губы // Актуальные проблемы медицины: Материалы науч.-практ. конф. / ГоГМИ — Гомель, 2002. — С. 70–71.

6. Иванов С.А. Новые способы хейлопластики // Малоинвазивная хирургия в Республике Беларусь: Материалы науч.-практ. конф. / ГоГМИ — Гомель, 2002. — С. 37–38.

7. Иванов С.А., Татчихин В.В. Анализ послеоперационных осложнений при реконструктивных операциях на нижней губе // Материалы науч.-практ. конф., посв. 55-летию ВОКОД/ Витебский обл. онкодиспансер — Витебск, 2002. — С. 316–321.

8. Иванов С.А. Планирование реабилитации больных с пострезекционными дефектами нижней губы // Экологическая антропология: Материалы Международной науч.-практ. конф. / Мн., 2004. — С. 300–302.

## Тезисы докладов

9. Иванов С.А., Татчихин В.В. Сравнительная характеристика пластического и функционального эффекта при различных методиках хейлопластики у больных раком нижней губы // Новые технологии в онкологии: Тезисы науч.-практ. конф., посв. 55-летию образо-



вания онкослужбы Гомельской обл. / ГОКОД — Гомель, 2000. — С. 79–83.

10. Хирургическая реабилитация онкологических больных с первичным и рецидивирующим раком нижней губы / Татчихин В.В., Иванов С.А., Лещенко Е.Г. и др. // Новые технологии в онкологии: Тезисы межобл. науч.-практ. конф., посв. 55-летию обр. онкологической службы Гомельской обл. / ГОКОД — Гомель, 2000. — С. 84–86.

#### Заявки и патенты на изобретения

11. Иванов С.А., Тризна Н.М. Способ хейлопластики нижней губы / Патент на изобретение № 6483 // Афіцыйны бюлетэнь Дзярж. пат. ведамства РБ. — 2004. — № 3.

12. Заявка № а20010309, МПК7 — А61В17/24. Способ хейлопластики нижней губы / Иванов С.А., Тризна Н.М. — Заявл. 14.06.02 // Афіцыйны бюлетэнь / Дзярж. пат. ведамства РБ. — 2002. — № 2. — С. 13.

13. Заявка № а20010786, МПК7 — А61В17/24. Способ пластического замещения дефектов нижней губы / Иванов С.А., Тризна Н.М. — Заявл. 20.11.02 // Афіц. бюлетэнь / Дзярж. пат. ведамства РБ. — 2002. — № 2. — С. 13.

#### Инструкция по клиническому применению

14. Иванов С.А., Тризна Н.М. Пластическое замещение пострезекционных дефектов нижней губы кожно-мышечными лоскутами // Инструкция по применению (утверждена МЗ РБ 25.11.2003, рег. № 113-1102) — 2004. — 12 с.

## РЕЗЮМЕ

Иванов Сергей Анатольевич

Хейлопластика как метод первичной хирургической реабилитации  
больных опухолями нижней губы

**Ключевые слова:** хейлопластика, рак губы, опухоли губы, нижняя губа, дефекты нижней губы.

**Объект и предмет исследования:** больные, которым выполнено хирургическое лечение в объеме резекции нижней губы с пластическим замещением дефекта классическими и разработанными способами, общее количество вмешательств — 141.

**Цель исследования:** повышение эффективности хирургического лечения опухолей и предопухолевых заболеваний нижней губы с применением способов первичной пластики дефектов, позволяющих улучшить качество жизни пациентов после операции.

**Методы исследования:** проведен анализ частоты местных осложнений при пластике нижней губы в зависимости от размеров и локализации дефекта, лучевой терапии в анамнезе, метода вмешательства; исследована зависимость размера дефекта губы после удаления опухолей различных Т-стадий; выполнено сравнение частоты осложнений, сроков заживления раны, возможности применения местной анестезии при пластике пострезекционных дефектов кожно-мышечно-слизистыми и кожно-мышечными лоскутами из остатков нижней губы, пластики по Брунсу и ступенчатыми лоскутами.

**Полученные результаты и новизна:** установлено, что местные осложнения после удаления опухолей нижней губы (рубцовая деформация губы и дисфункция угла рта) определяют снижение качества жизни больных. Частота всех видов осложнений выше при дефектах большего размера и большей травме слизистой оболочки, частота дисфункции угла рта выше при дефектах боковой локализации. Предлагаемая градация размеров пострезекционных дефектов губы сопряжена с Т-стадиями первичного рака. Разработанный способ хейлопластики кожно-мышечными лоскутами является менее травматичным и более эффективным в косметическом и функциональном отношении по сравнению с пластикой кожно-мышечно-слизистыми лоскутами при срединных дефектах менее 1/2 губы. Разработанный спо-

соб хейлопластики ступенчатыми лоскутами является менее травматичным и более эффективным в косметическом и функциональном отношении по сравнению с пластикой по Брунсу при боковых дефектах.

**Область применения:** отделения челюстно-лицевой хирургии, хирургические отделения онкологических диспансеров Республики Беларусь.

## РЭЗЮМЭ

Іваноў Сяргей Анатольевіч

Хейлапластыка як метад першаснай хірургічнай рэабілітацыі  
хворых з пухлінамі ніжняй губы

**Ключавыя словы:** хейлапластыка, рак губы, пухліны губы, ніжняя губа, дэфекты ніжняй губы.

**Мэта даследавання:** павышэнне эфектыўнасці хірургічнага лячэння пухлін і перадпухлінных захворванняў ніжняй губы з выкарыстаннем спосабаў першаснай пластыкі дэфектаў, дазваляючых палепшыць якасць жыцця пацыентаў пасля аперацыі.

**Аб'ект і прадмет даследавання:** хворыя, каторым выканана хірургічнае лячэнне ў памеры рэзекцыі ніжняй губы з выкарыстаннем класічных і распрацаваных спосабаў хейлапластыкі, усяго 141 аперацыя.

**Метады даследавання:** праведзены аналіз частаты лакальных аскладненняў пасля пластыкі ніжняй губы ў залежнасці ад лакалізацыі і памераў дэфекта, ранейшага апраменьвання, тэхнічных асаблівасцяў аперацыі; даследавана велічыня дэфектаў ніжняй губы пасля выдалення пухлін розных Т-стадый; выканана параўнанне частаты аскладненняў, тэрмінаў загаення раны, магчымасці прымянення лакальнай анэстэзіі пры пластыке паслярэзекцыйных дэфектаў скура-мышачна-слізістымі і скура-мышачнымі ласкутамі з астаткаў ніжняй губы, пластыкі паводле Брунса і прыступкападобнымі ласкутамі.

**Атрыманыя вынікі і іх навізна:** лакальныя аскладненні пасля выдалення пухлін ніжняй губы (рубцовая дэфармацыя губы і дысфункцыя вугла рта) вызначаюць пагаршэнне якасці жыцця хворых. Частата ўсіх відаў аскладненняў большая пры дэфектах большага памеру і большай траўме слізистой абалонкі, частата дысфункцыі вугла рта вышэй пры дэфектах бакавой лакалізацыі. Прапанавана градацыя памераў дэфектаў ніжняй губы, дапасаваная да Т-стадый рака. Распрацаваны спосаб хейлапластыкі скура-мышачнымі ласкутамі з'яўляецца менш траўматычным і больш эфектыўным у касметычных і функцыянальных адносінах у параўнанні з пластыкай скура-мышачна-слізістымі ласкутамі пры дэфектах памераў менш за 1/2 губы і размешчаных у яе сярэдняй частцы. Распрацава-

ны спосаб хейлапластыкі прыступкападобнымі ласкутамі з'яўляецца менш траўматычным і больш эфектыўным у касметычных і функцыянальных адносінах у параўнанні з пластыкай паводле Брунса пры дэфектах памераў менш за 1/2 губы і размешчаных у яе бакавой частцы.

**Вобласць выкарыстання:** аддзяленні сківічна-тваравай хірургіі, хірургічныя аддзяленні анкалагічных дыспансераў Рэспублікі Беларусь.

## SUMMARY

Ivanov Sergei Anatolyevich

Cheiloplasty as a Method of Primary Surgical Rehabilitation  
of Patients with the Lower Lip Tumors

**Key words:** cheiloplasty, cancer of the lip, tumors of the lip, lower lip, defects of the lower lip.

**Object and subject of research:** patients after surgical treatment with resection of the lower lip and primary cheiloplasty by classic and worked out methods, 141 operations.

**The aim of research:** the improvement of effectivity of surgical treatment of lip tumors and precanceroses using methods of primary plastic further to increase of postoperative life quality of the patients.

**Research methods:** analyze of the postoperative complications rate following lower lip plastic depend size and location of defects, previous radiotherapy, surgical technique of cheiloplasty; study of defect size following resection of malignant tumors in different T-stages; the postoperative complications rate, the time of the wound healing, the time of operation and anesthesia are compared after methods of cheiloplasty using skin-muscular-mucosal and skin-muscular flaps, by Bruns and cheiloplasty using step-formed flaps.

**Research results and their novelty:** local complications after tumor excision result in decrease of the life quality of the patients. All types of complications occur more often following closure of the large defects (more of 1/2 of the lip). commissure malfunction occurs following operations involving lateral part of the lip. The classification of the defect sizes in the lower lip have been adapted to the T-staging of malignant tumors. The worked out method of cheiloplasty of median defects less of 1/2 of the lip using skin-muscular flaps is less traumatic and more effective as method of plastic using skin-muscular-mucosal flaps. The worked out method of cheiloplasty of median defects less of 1/2 of the lip using step-formed flaps is less traumatic and more effective as method of plastic by Bruns.

**Field of application:** oncology, maxillo-facial surgery departments of hospitals in Belarus.

