

ПЛАСТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ДЕФЕКТІВ У ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ ВЕРХНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ГУБИ



В.С. Процик, О.М. Трембач,
Є.В. Коробко, Д.М. Руденко,
Л.І. Петренко, О.А. Мосін

Адреса:

Процик Володимир Семенович
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
Національний інститут раку
Тел.: (044) 257-76-40
E-mail: prof_protsyk@ukr.net

86



Ключові слова: злоякісні пухлини
губи, реконструкція.

У статті представлено результати використання відомих методів реконструкції післяопераційних дефектів у хворих зі злоякісними пухлинами верхньої та нижньої губи. Описано авторську методику пластики тотальних дефектів нижньої губи клаптем з підборідної та підпідборідної ділянки.

ВСТУП

Більше ніж 90% пухлин верхньої та нижньої губи є плоскоклітинним раком, значно рідше трапляється базально-клітинний рак та аденокарцинома з малих слинних залоз, ще рідше — меланома та лімфома [1, 2].

З усіх анатомічних частин верхньої та нижньої губи найбільш часто підлягає ураженню зовнішня частина червоної кайми нижньої губи. Червона кайма верхньої губи уражається винятково рідко [3].

У структурі онкологічної захворюваності в Україні рак губи становить 0,72% від загальної кількості злоякісних новоутворень (2,2 на 100 000 населення) [4].

Найбільш часто рак нижньої губи виявляють у чоловіків віком >60 років, на частку жінок припадає від 3 до 13,2%. У мешканців сільської місцевості рак губи діагностують в 1,5–2 рази частіше, ніж у міського населення.

Метастазування раку нижньої губи відбувається в регіонарні підборідні, підщелепні, лицьові та глибокі (яремні) шийні лімфатичні вузли майже у кожного другого хворого. При локалізації пухлини в середній частині нижньої губи або в ділянках, близьких до неї, метастази можуть розвиватися з обох боків шиї. Віддалені метастази виникають досить рідко, навіть при IV стадії захворювання [5].

Вибір методу лікування раку губи залежить в основному від розповсюдженості процесу, тобто від стадії захворювання і типу росту пухлини.

Хірургічне лікування раку губи застосовують тільки на початкових стадіях екзофітних форм раку, а при III–IV стадії та рецидивах — в комбінації з променевою терапією.

На сьогодні розроблено численні методи реконструкції дефектів губ. Вибір методу пластики дефекту залежить від локалізації ураження, його розповсюдженості, наявності метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів, гістологічної будови пухлини,

віку хворого, стану прилеглих до пухлини здорових тканин.

Одним з найбільш старих методів хірургічного лікування раку губи є її клиноподібне висічення. Однак цей метод нині не застосовують через можливість виникнення рецидиву пухлини.

Стандартним методом вважається прямокутна резекція губи, запропонована в 1952 р. М.М. Петровим. Більш радикальним є висічення трапезієподібної ділянки нижньої губи, яка розширюється донизу.

При невеликих дефектах нижньої губи більш косметичним вважають закриття дефекту за М.М. Блохіним шляхом мобілізації залишкових частин правої та лівої половини губи за допомогою горизонтальних розтинів слизової губи та шоки по перехідній складці та шкіри в тому ж напрямку від нижніх країв дефекту. При тотальному трапезієподібному дефекті нижньої губи за М.М. Блохіним проводять таким самим чином мобілізацію залишкових частин губи в ділянках кутів рота і шоки з обох боків та висічення трикутних ділянок шкіри на рівні носогубних складок і ментальних отворів з шириною основи, рівною довжині, на яку переміщені мобілізовані тканини.

Для усунення тотальних і субтотальних дефектів нижньої та верхньої губи використовують шкірно-жирові або шкірно-жирові клапті з залученням м'язів, слизової оболонки шоки на живильній ніжці, сформовані в зоні носогубної борозни, підборідній, підщелепній ділянках та шиї. Подібні хірургічні втручання забезпечують добрий функціональний та естетичний ефект [6–8].

Пластика часткових дефектів губи за способом Аббе (R. Abbe) передбачає заміщення дефекту клиноподібним клаптем на ніжці, сформованим із тканин іншої губи [9].

Подібну до широко відомої реконструкції нижньої губи за методом М.М. Блохіна методику запропо-

нував D.V. Dado (1985 р.), яка являє собою переміщення клаптів прямим ковзанням, однак з метою зменшення натягу центрального шва навантаження натягу розподілено на декілька окремих фрагментів, розмішених у сходовому порядку з обох боків дефекту, що й дало назву «сходова техніка» [10].

Найбільшого поширення набув метод відновлення тотальних і субтотальних дефектів верхньої та нижньої губи за В. Брунсом (V. Bruns) за допомогою чотирикутних клаптів, сформованих на всю товщу шоки в ділянці носогубних складок.

При розповсюдженні пухлини на тканини підборіддя, шоки, нижню щелепу проводять розширені хірургічні втручання з одномоментною реконструкцією васкуляризованими клаптями, вільними трансплантатами або з відстрошеною пластикою філатовським стеблом [11].

Кращим вибором обсягу втручання на регіонарних лімфатичних вузлах у хворих на рак губи є селективна лімфодисекція з видаленням груп лімфатичних вузлів, розмішених вище т. omohyoideus [12].

У даній статті ми хочемо продемонструвати наш досвід використання методик реконструкції часткових або повних дефектів верхньої та нижньої губи.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період з 1992 до 2012 р. у відділенні пухлин голови та шії Національного інституту раку прооперовано 297 хворих з приводу раку губи у віці від 26 до 79 років.

Осіб чоловічої статі було 253 (85,2%), жіночої — 44 (14,8%). Середній вік прооперованих хворих становив $58,4 \pm 2,8$ року, чоловіків — $57,5 \pm 3,1$ та жінок — $63,9 \pm 7,2$ року.

Плоскоклітинний рак нижньої губи діагностовано у 261 хворого, з них чоловіків — 234 (89,7%) та жінок — 27 (10,3%). З 261 пацієнта з раком нижньої губи первинних хворих було 159, з рецидивом після променевої терапії — 61, а після променевої терапії та хірургічного втручання — 33 хворих.

Розподіл первинних хворих на рак нижньої губи згідно з системою TNM був наступним: $T_1N_0M_0$ — у 14 пацієнтів, $T_2N_0M_0$ — у 33, $T_2N_1M_0$ — у 16, $T_3N_0M_0$ — у 49, $T_3N_1M_0$ — у 18, $T_3N_2M_0$ — у 4, $T_4N_0M_0$ — у 19 та $T_4N_1M_0$ — у 6 хворих.

Плоскоклітинний рак верхньої губи виявлено у 17, базально-клітинний рак шкіри верхньої губи — у 11, аденокарциному слизової — у 3 та меланому — у 5 хворих. Осіб чоловічої статі було 19, а жіночої — 17.

Із 297 хворих променево терапію до операції проведено у 289 (97,3%) пацієнтів у сумарній вогнищевій дозі 40–60 Гр. Хірургічне втручання мало місце в строки не раніше 4–6 тиж після опромінення.

РЕЗУЛЬТАТИ

Із 297 прооперованих хворих зі злоякісними пухлинами верхньої та нижньої губи у 259 (87,2%) проведено одномоментну пластичну реконструкцію дефекту та у 38 пацієнтів — відстрочену пластику філатовським стеблом.

Заміщення післяопераційних дефектів за методом М.М. Блохіна виконано в 78, за методом Брунса — у 127, клаптями на ніжці з прилеглих тканин — у 32, комбінованими методами — у 16 та за розробленим методом — у 6 хворих.

Усі хірургічні втручання проведено під загальним знеболюванням. Нами запропоновано методику реконструкції тотальних або субтотальних дефектів нижньої губи за допомогою переміщення тканин із підборідної та підпідборідної ділянок.

Після радикального видалення пухлини нижньої губи слизову оболонку губи формували двома слизовими клаптями, взятими з обох боків кутів рота вздовж перехідної складки. Слизові клапті мобілізували і на живильних ніжках змішували медіально до зіткнення одного з одним та зшивали. Від зовнішньонижніх країв дефекту проводили 2 вертикальних розрізи шкіри та підшкірної клітковини в підпідборідну ділянку на 3–4 см нижче від нижнього

краю нижньої щелепи. Шкірно-жировий клапоть відділяли до нижнього краю нижньої щелепи, а потім у нього залучали підшкірний м'яз шії.

З обох боків клаптя в підпідборідній ділянці проводили резекцію шкіри та підшкірної клітковини у вигляді трикутника з основою по лінії вертикальних розрізів шкіри. Ширина основи трикутника відповідала ширині дефекту. Мобілізований шкірно-жировий клапоть підтягували вгору, фіксували швами до країв дефекту нижньої губи.

Дана методика дозволила зменшити травматичність операції та забезпечити функціональний та естетичний ефект нижньої губи (рис. 1, 2).

Крім того, за рахунок переміщення тканин підпідборідної ділянки створюється можливість звужити ширину дефекту при ураженні пухлиною тканин підборіддя (рис. 3).

Найбільш часто для реконструкції субтотальних або тотальних дефектів нижньої губи виконували пластику за методом Брунса (рис. 4, 5).

У 88 хворих з тотальним дефектом нижньої губи сформовано трансплантати з обох боків у ділянці носогубних складок із залученням щічних м'язів та слизової оболонки, у 36 пацієнтів із субтотальними дефектами клапоть формували з одного боку (рис. 3, 6).

У хворих зі злоякісними пухлинами верхньої губи часткові прямокутні дефекти реконструювали за рахунок мобілізації збережених фрагментів губи та зміщення їх вбік дефекту.

У цих випадках в ділянках носогубних складок висікали трикутної форми шматок шкіри з основою в зоні дистального відділу горизонтального розтину шкіри, проведеного на рівні перехідної складки. Ширина основи трикутника дорівнювала половині ширини дефекту. Даний метод закриття часткових



Рис. 1. Хворий Б. Рак нижньої губи. Тотальне ураження

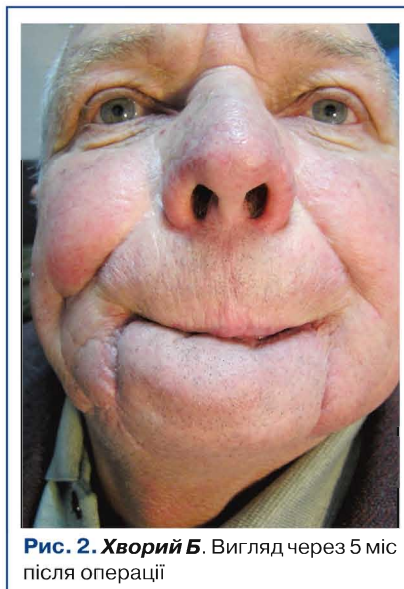


Рис. 2. Хворий Б. Вигляд через 5 міс після операції

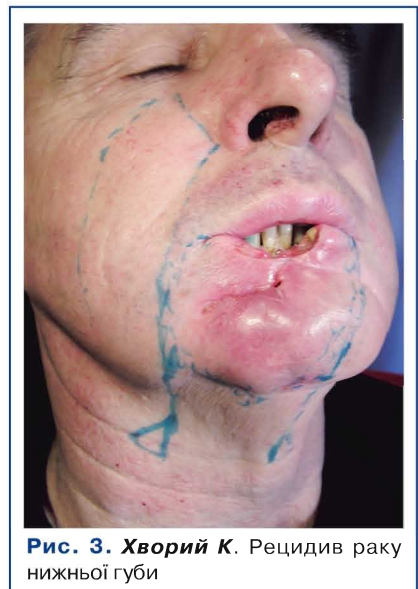


Рис. 3. Хворий К. Рецидив раку нижньої губи

дефектів верхньої губи дає можливість сформувати повноцінну губу (рис. 7, 8).

При складних значних дефектах губи використовували шкірно-жирові клапті на васкуляризованій ніжці із прилеглих тканин. При плануванні такої операції враховували можливість закриття донорської зони без суттєвих порушень форми обличчя (рис. 9–11).

Місцеві ускладнення в післяопераційний період виявлено у 33 (11,1%) прооперованих хворих у вигляді крайового некрозу клаптя, утворення гематоми, нагноєння рани. Коригувальної операції потребували тільки 4 (0,7%) пацієнти.



Рис. 4. Хворий Н. Рак нижньої губи. Тотальне ураження



Рис. 5. Хворий Н. 5 днів після реконструкції губи за Брунсом



Рис. 6. Хворий К. Вигляд хворого після пластики однобічним трансплантатом за Брунсом та шкірно-жировим клаптем з підпідборідної ділянки

У хворих, прооперованих за розробленою методикою, ускладнень не відзначено. Реконструкцію значних за обсягом післяопераційних дефектів губи та прилеглих тканин філатовським стеблом буде представлено в наступних публікаціях.

ОБГОВОРЕННЯ

Губи вважають центром нижньої третини обличчя, тому їх реконструкція є складним завданням для хірурга.

Верхня та нижня губа мають багатшарову структуру, яка включає шкіру, жирову клітковину, м'язи, підслизовий шар та слизову оболонку. Верхня та нижня губа утворюють замкнуте кільце ротової щілини, а в цілому відіграють суттєву роль у зовнішньому вигляді людини та мають важливе функціональне значення.

Післяопераційні дефекти верхньої та нижньої губи завжди мають прямокутну або трапецієподібну форму, займають не менше її половини. Рак нижньої губи нерідко розповсюджується до присінка ротової порожнини, на кут ротової щілини та шоку, на м'які тканини підборідної ділянки та фронтальний відділ нижньої щелепи. При видаленні таких новоутворень виникають великі за обсягом дефекти.

Внаслідок того, що майже всі хворі на першому етапі лікування отримують

променеви терапію, тканини, прилеглі до післяопераційного дефекту, мають знижені репаративні можливості внаслідок впливу опромінення.

Порушення, які виникають після видалення пухлини губи, потребують проведення одночасної пластичної реконструкції утвореного дефекту.

Виконуючи пластичну реконструктивну операцію, поряд з відновленням анатомічної будови та функціональної повноцінності органа велику увагу приділяють також естетичному факто-



Рис. 9. Хворий І. Рак верхньої губи



Рис. 7. Хвора К. Меланома верхньої губи



Рис. 10. Хворий І. Вигляд через 5 днів після операції



Рис. 8. Хвора К. 25 днів після операції



Рис. 11. Хворий І. Вигляд через 8 міс після реконструктивно-відновлювальної операції

ру — поверненню попереднього зовнішнього вигляду обличчя, пропорційному співвідношенню розмірів, відповідності кольору шкіри відновлюваного органа оточуючим ділянкам шкіри.

Сформована губа має бути максимально наближеною за формою до нормальної губи, відповідати її розмірам та забезпечувати можливість змикання губ.

Найбільш надійними методами реконструктивної хірургії обличчя є місцево-пластичні операції, у яких використовують тканини, безпосередньо прилеглі до дефекту.

Переваги місцево-пластичних операцій полягають у тому, що донорський матеріал максимально відповідає за структурою та кольором відновлюваній ділянці. За необхідності в трансплантат залучають м'язи і слизову оболонку без ризику відторгнення пересаджуваних тканин.

Життєздатність клаптя визначають у першу чергу за відношенням його довжини до ширини, а також за якістю виконання пластичної операції та дотриманням всіх правил препарування тканин. Клапоть не має бути надто тонким,

його викроювання від кінчика до основи необхідно проводити в одному шарі, для того щоб не перетнути кровоносні судини, які проходять, звичайно, в одній площині.

Відповідність величини клаптя розмірам наявного дефекту забезпечує кращу адаптацію пересаджуваних тканин та приймального ложа, сприяє створенню фізіологічного натягу тканин, який не має бути ні надмірним, ні недостатнім. Недотримання цих вимог може призвести до трофічних порушень у трансплантаті, навіть до його некрозу.

На основі клінічних спостережень встановлено, що дотримання перелічених вище принципів та методик виконання реконструктивних пластичних операцій сприяє правильному заживленню рани та покращенню якості життя хворих із новоутвореннями губи.

ВИСНОВОК

Хірургічне лікування злоякісних пухлин верхньої та нижньої губи з реконструкцією післяопераційного дефекту забезпечує ранню реабілітацію хворих та відновлення якості їх життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Егоров М.А., Нефедов В.П., Нефедов О.В. (2011) Клиническая морфология предрака и рака губы. Клиническая стоматология, 4: 26–28.
2. Moretti A., Vittulo E., Augurio A. et al. (2011) Surgical management of lip cancer. Acta Otorhinolaryngologica Italica, 31: 5–10.
3. Czerninski R., Zini A., Sgan-Cohen H. (2010) Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970–2006. Br. J. Dermatol., 162(5):1103–9.
4. Федоренко З.П., Гайсенко А.В., Гулак Л.О. та ін. (2012) Рак в Україні, 2010–2011. Бюл. Нац. канцер-реєстру України № 13. Київ, 124 с.
5. Пачес А.И. (2000) Опухоли головы и шеи. Медицина. Москва, 480 с.
6. Фісталь Е.Я., Мішалов В.Г., Самойленко та ін. (2010) Пластична хірургія. Київ: ВСВ «Медицина»: 376 с.
7. Ursal T.E., Oksuzler O., Ozbek C. et al. (2010) Functional and aesthetic results obtained by modified Bernard reconstruction technique after tumor excision in lower lip cancers. J. Plast. Reconstr. Atsthet Surg., 63: 981–7.
8. Lee J., Oh S.J., Jung S.W., Koh S.H. (2012) Combined rotation and advancement flap reconstruction for a defect of the upper lip: 2 cases. Arch. Plast. Surg., 39: 244–8.
9. Abbe R. (1968) A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. Plast. Reconstr. Surg., 42: 481–3.
10. Dado D.V. (1985) Upper and lower lip reconstruction using the step technique. Ann. Plast. Surg., 15: 204.
11. Godefroy W.P., Klop W.M., Smeete L.E. et al. (2012) Free-flap reconstruction of large full-thickness lip and chin defects. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 121(9): 594–603.
12. Luna-Ortiz K., Güemes-Meza A., Villavicencio-Valencia V. and Mosqueda-Taylor A. (2012) Upper lip malignant neoplasms. A study of 59 cases. Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal., 17(3): 371–6.

Пластика послеоперационных дефектов у больных со злокачественными опухолями верхней и нижней губы

В.С. Процьк, А.М. Трємбач, Е.В. Коробко, Д.Н. Руденко, Л.И. Петренко, О.А. Мосин

Национальный институт рака, Киев

Резюме. В статье представлены результаты применения известных методов реконструкции послеоперационных дефектов у больных со злокачественными опухолями верхней и нижней губы. Описана авторская методика пластики тотальных дефектов нижней губы лоскутом с подбородочной и подбородочной области.

Ключевые слова: злокачественные опухоли губы, реконструкция.

Plastics of postoperative defects in patients with malignant tumors of the upper and lower lips

V.S. Protsyk, O.M. Trembach, Y.V. Korobko, D.N. Rudenko, L.I. Petrenko, O.A. Mosin

National Cancer Institute, Kyiv

Summary. The results of known methods postoperative defects reconstruction in patients with malignant tumors of the upper and lower lips. The author's plastics technique of total defects of the lower lip with the flap from chin and submental area is described.

Key words: malignant tumor of lip, reconstruction.