

23. Melton J., Sampson J., Morrey B., Ilstrup D. Epidemiologic features of pelvic fractures // Clin. Orthop. — 1981. — Vol. 155. — P. 43–47.
24. Mucha P., Farnell M.B. Analysis of Pelvic Fracture Management // J.Trauma. — 1984. — Vol. 24. — № 5. — P. 379–386.
25. Muhr G., Buchholz J., Josten Ch. Visceralurologische Verletzungen beim Beckentrauma // Chirurg. — 1993. — Vol. 64. — P. 874–879.
26. Muir L., Boot D., Gorman D.F., Teandy D.N. The epidemiology of pelvic fractures in the Mersey Region // Injury. — 1996. — Vol. 27. — № 3. — P. 199–204.
27. Pool G.V., Ward E.F. Causes of Mortality in Patients with Pelvic Fractures // Orthopedics. — 1996. — Vol. 17. — № 8. — P. 691–702.
28. Pohlemann T., Bosch V., Gänsslen A., Tschern H. The Hannover Experience in Management of Pelvic Fractures // Clin. Orthop. — 1994. — Aug. 305. — P. 69–80.
29. Pohlemann T., Gänsslen A., Kiessling B., Bosch V., Haas N., Tschern H. Indikationsstellung und Osteosynthesetechniken am Beckenring // Unfallchirurg. — 1992. — Vol. 95. — № 4. — P. 197–209.
30. Pohlemann T., Paul Ch., Gänsslen A., Regel G., Tschern H. Die Traumatische Hemipelvektomie // Unfallchirurg. — 1996. — Vol. 99. — P. 304–313.
31. Ragnarsson B., Jacobsson B. Epidemiology of pelvic fractures in a Swedish // Acta Orthop. Scand, 1992. — Vol. 63. — № 3. — P. 297–300.
32. Rattos J.R., Ethell A.T., Bye W.D., Giles J.S., Cameron-Strange A. Traumatic hemipelvectomy associated with, contralateral hip dislocation: case report // J. Trauma. — 1994. — Vol. 36. — № 4. — P. 583–588.
33. Rieger H., Dietl K.-H., Wetterkamp D., Fingerhut D., Semjonov A., Fiedler R. Ein mitilierendes Komplextrauma des Beckens // Chirurg. — 1998. — Vol. 69. — P. 1275–1279.
34. Rommens P.M., Vanderschot P.M., Boodt P.De., Broos P.L. Surgical manafement of pelvic ring disruptions // Unfacllchirurg. — 1992. — Vol. 95. — P. 455–462.
35. Weiss W., Egan M.C., Amundsen D.E. Traumatik Hemipelvectomy: A Survivable Injury // Military Medic. — 1999. — Vol. 159. — № 2. — P. 164–166.
36. Young I., Resnik K.C. Fracture of the pelvis current concept in classification // A.I.R. — 1990. — Vol. 155. — P. 1169–1175.

Поступила 21.02.2005

УДК 616.31-006

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ

С.А. Иванов

Гомельский областной клинический онкологический диспансер

Систематизация пострезекционных дефектов нижней губы способствует выбору оптимального способа хейлопластики. На основании исследования размеров, локализации изъянов и состояния тканей в группе из 144 больных разработана рабочая клиническая классификация дефектов нижней губы. Градация по величине построена таким образом, что каждый интервал значений (менее 1/3, от 1/3 до 1/2, более 1/2 длины красной каймы) соответствует стадии злокачественной опухоли. Включены также разделы по локализации, проведенному ранее лечению, времени выполнения операции.

Ключевые слова: опухоли нижней губы, хейлопластика.

CLASSIFICATION DEFECTS IN THE LOWER LIP

S.A. Ivanov

Gomel Regional Clinical Oncological Dispensary

The systematizing of defects of the lower lip following resection helps to choose the optimal choice of the cheiloplasty. We have analyzed the patients group including 144 reconstructions of lower lip. We have worked out the classification of the defects in the lower lip. It is adapted to the modern TNM-staging of malignant tumors. The defects following T1-tumor excision are corresponding to less than 1/3 of lip, the defects following T2-tumor excision are corresponding to 1/3–1/2 of lip, the defects following T1-tumor excision are corresponding to more then 1/2 of lip. There are included the location of defects, tissue conditions, time of reconstruction and defect advance.

Key words: tumors of the lower lip, cheiloplasty.

Введение

Хейлопластика — обязательный компонент хирургического лечения рака губы [1, 2, 4, 5]. Наиболее существенными крите-

риями, влияющими на выбор способа замещения, являются размер и локализация дефекта, проведенное ранее лечение и его результаты, состояние донорских тканей [1, 4,

5, 6, 7, 8]. Определяя критерий величины изъяна, большинство авторов оперируют соотношением его длины к красной кайме: до 1/3, до 1/2, от 1/2 до 2/3 губы и т.д. [4, 5, 7, 8]. Нам представляется необходимой адаптация классификации дефектов нижней губы с учетом онкологической практики.

Материалы и методы

Нами проанализированы данные дооперационного обследования и хирургического лечения 144 больных опухолями нижней губы, оперированных в отделении опухолей головы и шеи Гомельского областного клинического онкологического диспансера в 1995–2002 гг. Общую группу пациентов составили 125 мужчин (86,8%) и 19 женщин (13,2%). Средний возраст на момент операции составил $62,05 \pm 1,81$ года.

Показаниями к хирургическому лечению являлись: первичный рак нижней губы — 88 больных, в том числе T1N0M0 — 34, T2N0M0 — 40, T3N0M0 — 13, T4N0M0 — 1; рецидивы рака нижней губы — 34 больных, в том числе 28 — после лучевой терапии, 4 — после хирургического лечения, 2 — после лучевого и хирургического лечения; приобретенная рубцовая деформация нижней губы — 12; постлучевой язвенный хейлит — 4; доброкачественные опухоли красной каймы нижней губы — 6.

Всем пациентам выполнялась резекция нижней губы с патологическим образованием. Одномоментно производилась реконструкция губы кожно-мышечно-слизистыми лоскутами (33 операции) [2], по Брунсу (34) [1, 2], по Наумову (7) [4], ступенчатыми лоскутами (34), кожно-мышечными лоскутами (33), встречными лоскутами (3).

До операции выполнялось измерение патологически измененных тканей: опухоли, постлучевого рубца, послеоперационного рубца, хронической язвы. Во время операции производилось измерение дефек-

та и определялось его отношения к длине красной каймы губы.

Для составления классификации дефектов нижней губы по величине мы изучили структуру их размеров в отношении длины губы при различных стадиях первичных опухолей в группе из 76 пациентов. В эту группу не включались больные с распространением новообразования на угол рта, что затрудняло трактовку размера.

Результаты и обсуждение

TNM-классификация злокачественных опухолей Международного противоракового союза 5-го издания (1997 г.) подразделяет первичные опухоли красной каймы губ [3] на следующие стадии:

T1 — опухоль размером до 2 см в наибольшем измерении;

T2 — опухоль размером до 4 см в наибольшем измерении;

T3 — опухоль размером более 4 см в наибольшем измерении;

T4 — опухоль распространяется на соседние структуры.

Радикальное вмешательство при раке губы предусматривает удаление первичной опухоли с отступлением от краев не менее 1,0 см. Таким образом, при T1-стадии дефект красной каймы теоретически составляет не более 4 см, при T2 — не более 6 см, при T3 — более 6 см.

Для адаптации классификации к стадиям рака мы изучили структуру размеров пострезекционных дефектов нижней губы при различных стадиях первичных опухолей в группе из 76 пациентов. У 34 из них опухоль имела стадию T1, у 40 — T2, у 13 — T3. В 27 случаях размер пострезекционного дефекта не превышал 1/3 длины губы, в 40 случаях имел размеры от 1/3 до 1/2 губы, в 2 случаях — от 1/2 до 2/3, в 7 случаях отмечены тотальные и субтотальные дефекты (см. рис. 1).



Рис. 1. Распределение размера дефектов

При новообразованиях T1 подавляющее большинство дефектов (92,6%) не превышали 1/3 длины губы, при T2 — находились в промежутке 1/3–1/2 (94,7%), при T3 — имели размер более 1/2 губы (80%), в том числе тотальный или субтотальный характер (70%). Редкие случаи исключения могут быть объяснены индивидуальными особенностями расстояния между углами рта и пограничным значением размеров опухоли (к T2 относятся образования величиной как 2,1, так и 3,9 см). Интервал значений от 1/2 до 2/3 губы фиксировался лишь дважды и может рассматриваться совместно с субтотальными изъянами. Еще один аргумент в пользу выделения значения менее 1/3 губы — возможность устранения таких дефектов под местной инфильтрационной анестезией при наличии противопоказаний к эндотрахеальному наркозу. Поскольку стадия T4 рака нижней губы не зависит от размеров новообразования и предполагает инвазию окружающих структур, то и соответствующие этой распространенности дефекты являются сложными, включающими костные образования, сегменты языка, значительные участки кожи лица; их положение в классификации должно быть отграничено от собственно мягкотканых.

Радикальные операции по поводу рака нижней губы приводят к образованию полнослойных поражений, требующих вы-

полнения собственно хейлопластики [1, 2, 7, 8]. Принципиальным является вовлечение костной и/или хрящевой ткани в резецируемый объем или ограничение мягкотканым компонентом. Это требует разделения дефектов на мягкотканые и сочетанные. Изолированные дефекты покровных тканей после удаления доброкачественных и местнодеструктирующих новообразований устраняются по общим принципам пластической хирургии, термин «Хейлопластика» к этим вмешательствам не применяется. С точки зрения выбора тактики пластического замещения рационально выделять сквозные и несквозные дефекты нижней губы.

В функциональном и косметическом отношении важна локализация дефекта по отношению к медианной линии и вовлеченность угла рта [4, 7, 8, 9]. Следствием бокового положения изъяна могут быть асимметрия кожного рубца на лице и нарушение смыкательной функции ротовой щели [4, 7, 8]. Нам представляется необходимым дифференцировать дефекты срединные, боковые и включающие угол рта. Подобное разделение применимо только при их размерах менее 1/2 длины губы и обосновано с точки зрения выбора способа реабилитации. На рисунке 2 отражено распределение локализации дефектов менее 1/2 губы, замещаемых наиболее часто имеющимися способами хейлопластики.

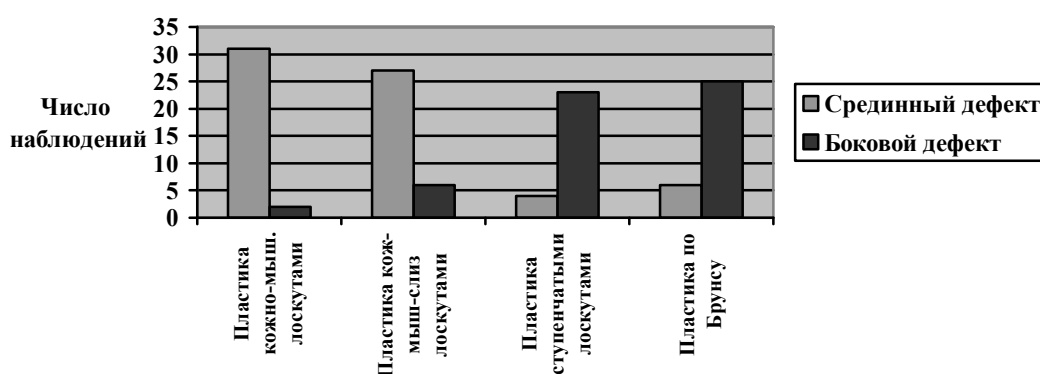


Рис. 2. Распределение локализации дефектов при применении различных способов хейлопластики

58 из 66 дефектов (87,7%) срединной локализации были замещены тканями из остатков нижней губы. 48 из 58 дефектов (82,8%) боковой локализации были замещены тканями из приротовой области.

Подразделение дефектов по отношению к времени пластического замещения требует уточнения с учетом требования онкологической практики. Хейлопластика может быть выполнена не только одномо-

ментно или после заживления раны вторичным натяжением. Существует методика лечения злокачественных опухолей наружных локализаций с первично-отсроченной пластикой [9]. Включение соответствующего раздела в классификацию отражает более широкий тактический арсенал в проведении хирургической реабилитации.

Наиболее часто пластическое замещение пострезекционных дефектов нижней губы выполняется после удаления злокачественных опухолей. Исходя из этого, клиническая классификация дефектов составлена нами с учетом требований онкологической практики. Введение новых пунктов теоретически обосновано и позволяет упростить выбор метода пластического замещения дефекта уже на этапе определения стадии рака. Таким образом, использование нашей классификации помогает решить проблему реабилитации больных опухолями нижней губы.

Нами выделены следующие типы дефектов нижней губы:

I. Размер дефекта:

1. Менее 1/3 губы.
2. От 1/3 до 1/2 губы.
3. Субтотальные и тотальные.

II. Локализация дефекта (только для дефектов менее 1/2 губы):

1. Срединный.
2. Боковой.
3. С включением угла рта.

III. Структура дефекта:

1. Мягкотканый:

- а) сквозной;
 - б) несквозной.
2. Сочетанный.

IV. Состояние тканей:

1. Лечение ранее не проводилось.
2. Проводилась лучевая терапия.
3. Проводилась операция.

V. Время хейлопластики:

1. Первичная.
2. Первично-отсроченная.
3. Вторичная.

Выводы

1. Основными факторами, влияющими на выбор метода хейлопластики, являются: размер и локализация дефекта, вовлечение в патологический процесс мягких тканей, кости и хряща, время выполнения реконструкции по отношению к моменту резекции.

2. Распределение по размерам на дефекты менее 1/3 губы, от 1/3 до 1/2, тотальные и субтотальные соответствует стадиям рака губы современной TNM-классификации злокачественных опухолей.

3. Применение составленной нами классификации в клинической практике облегчает организацию хирургической реабилитации уже на этапе выставления диагноза злокачественного новообразования нижней губы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бернадский Ю.И.* Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. — М.: Медицинская литература. — 1999. — С. 225–229.
2. *Блохин Н.Н., Трапезников Н.Н., Алиев Д.А.* Пластические операции при злокачественных опухолях кожи. — М.: Медицина, 1979. — С. 96–101.
3. Губа и полость рта // В кн. Атлас TNM/pTNM-классификации злокачественных опухолей / Под ред. В.Е. Кратенка, Е.А. Короткевича. — Мн.: Бел. Центр науч.-мед. информации, 1998. — С. 13–21.
4. *Колядов Н.Ф.* Восстановительные операции при лечении рака нижней губы / Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21. — Калинин: ГМИ, 1986. — 21 с.
5. *Наумов П.В.* Первичные восстановительные операции при лечении опухолей мягких тканей лица. — М.: Медицина, 1973. — С. 28–39.
6. *Чудаков О.П.* Плоский эпителизированный кожный лоскут в пластической хирургии челюстно-лицевой области и шеи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Л.: ЛГМИ, 1975. — 27 с.
7. *Baker S.R.* Squamous cancer of the lip // Curr. Ther. Otolaryngol.-Head and Neck Surg. — 1982–1983. — P. 155–158.
8. *Close L. G., Larson D.L., Shah J. P.* Essentials of Head and Neck Oncology. — New York-Stuttgart, 1998. — 448 p.
9. *Weerda H.* Kompendium plastisch-rekonstruktiver Eingriffe im Gesichtsbereich. — Luebeck: ETHICON, — 1987. — P. 40–47.

Поступила 18.01.2005