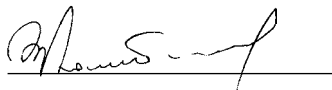


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

25 ноября 2003 г.

Регистрационный № 113–1102

**ПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ  
ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ  
НИЖНЕЙ ГУБЫ КОЖНО-МЫШЕЧНЫМИ  
ЛОСКУТАМИ**

Инструкция по применению

**Учреждения-разработчики:** Гомельский государственный медицинский институт, Гомельский областной клинический онкологический диспансер

**Авторы:** С.А. Иванов, Н.М. Тризна

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА**

1. Первичный рак красной каймы нижней губы  $T_{1-2}N_{0-3}M_0$  с локализацией в средней трети.
2. Рецидивный рак красной каймы нижней губы размером до 3 см.
3. Доброкачественные опухоли и предраковые заболевания красной каймы нижней губы размером до 4 см.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ, МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ИНСТРУМЕНТАРИЯ**

1. Набор хирургических инструментов для кожных иссечений.
2. Нерассасывающийся шовный материал.
3. Местные анестетики: 0,5% раствор новокаина, 1–2% раствор лидокаина.
4. перевязочный материал.
5. Оборудование для эндотрахеального наркоза (ЭТН).

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Предлагаемый способ пластического замещения пострезекционных дефектов нижней губы апробирован и используется нами при хирургическом и комбинированном лечении больных с опухолями нижней губы.

Прототип метода — трапециевидная резекция нижней губы по Блохину, которая используется при лечении рака нижней губы центральной локализации размером не более  $1/3$  длины красной каймы. Существенным недостатком прототипа является то, что операция Блохина предполагает разрез слизистой оболочки преддверия полости рта на протяжении всего дефекта, что способствует развитию таких послеоперационных осложнений, как сиалоаденит малых слюнных желез (МСЖ), формирование диастаза краев послеоперационной раны и, как следствие, медленная эпителизация.

Преимущество предлагаемой нами методики состоит в снижении общего операционного травматизма и повреждения МСЖ за счет уменьшения разреза слизистой оболочки. Минимальное внутриротовое кровотечение позволяет выполнять операцию под местной анестезией у пациентов с противопоказаниями к ЭТН.

## **Предоперационная подготовка пациентов**

До операции необходимо провести цитологическое или гистологическое исследование материала из опухолевой ткани для верификации диагноза. С целью предоперационного обследования выполняются общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенография (флюорография) органов грудной клетки, электрокардиограмма, определяют группу крови и резус-фактор, глюкозу крови, по показаниям проводится осмотр терапевта и узких специалистов. Пациенты госпитализируются в профильные отделения. Утром в день операции производится туалет кожных покровов со сбриванием волосяного покрова у мужчин. Пациенты направляются в операционную натошак.

За 30 мин до операции проводится премедикация, рекомендованная при осмотре врачом-анестезиологом и включающая парентеральное введение транквилизаторов, холинолитиков, антигистаминных препаратов.

При раке нижней губы оперативное вмешательство выполняется под ЭТН, при доброкачественных опухолях нижней губы или противопоказаниях к наркозу — под местной инфильтрационной анестезией. Положение больного на операционном столе — лежа на спине с несколько запрокинутой головой.

## **Этапы операции**

Оперативное вмешательство состоит из двух этапов: удаление опухолевого образования нижней губы и одновременное пластическое замещение дефекта.

При выполнении вмешательства под местной анестезией раствором анестетика инфильтрируется кожа и подкожная клетчатка, в пространство между слизистой оболочкой и мышечным слоем губы также нагнетается раствор анестетика не только для обезболивания, но и с целью гидравлического препарирования тканей. Применение данного приема сепарирования тканей необходимо и при ЭТН.

При резекции средней трети нижней губы необходимо отступить от краев карциномы не менее 1,0 см, доброкачественная опухоль удаляется в пределах здоровых тканей. После удаления злока-

чественной опухоли боковые и нижние края резекции иссекаются и направляются на патогистологическое исследование.

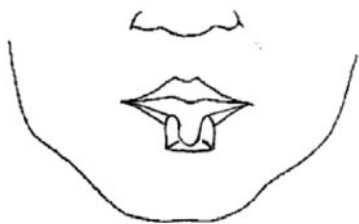
В пределах кожного и мышечного слоев дефекту придается прямоугольная форма, в области слизистой оболочки — треугольная с основанием кверху (рис. 1).

Гемостаз осуществляется путем электрокоагуляции мелких сосудов и перевязки более крупных ветвей. Рана орошается растворами 3% перекиси водорода или 0,05% хлоргексидина биглюконата, из полости рта удаляются сгустки крови и слизи. Оценивается размер и локализация образовавшегося дефекта. Хейлопластика кожно-мышечными лоскутами возможна при размере истинного дефекта менее 1/2 длины и сохранении остатка губы не менее 1,5 см с каждой стороны.

Следующий этап — пластическое замещение образовавшегося дефекта. Двумя разрезами в продолжение нижнего края дефекта рассекается кожа и круговая мышца рта. Длина каждого из разрезов должна составлять 2/3 ширины дефекта. От круговой мышцы тупо и остро отслаивается слизистая оболочка с МСЖ до уровня красной каймы (рис. 2).

Отказ от включения слизистой оболочки в комплекс перемещаемых тканей значительно уменьшает число травмируемых при операции МСЖ, что является методом профилактики их воспаления и связанных с ним осложнений (диастаз краев раны, нагноение и заживление послеоперационной раны вторичным натяжением).

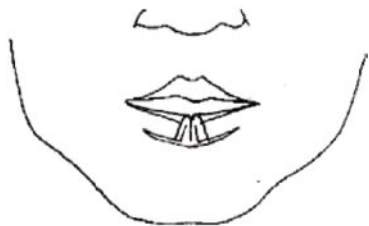
Сформированные таким образом кожно-мышечные лоскуты перемещаются навстречу друг другу, замещение дефекта осуществля-



*Рис. 1. Вид пострезекционного дефекта нижней губы*



*Рис. 2. Сепарирование кожно-мышечных лоскутов*



*Рис. 3. Транспозиция кожно-мышечных лоскутов*



*Рис. 4. Вид после ушивания раны*

ется за счет растяжения волокон круговой мышцы рта, включенной в состав лоскутов. Мобилизованная при препарировании слизистая оболочка сопоставляется свободно (рис. 3).

Рана ушивается тремя рядами узловых швов: отдельно кожный, мышечный и слизистый слои. Для фиксации слизистой оболочки и мышцы используется хромированный кетгут или атравматическая рассасывающаяся нить толщиной 3–0. Кожа и красная кайма ушиваются нерассасывающейся нитью (капрон № 1, атравматическая нить толщиной 5–0, 6–0). Следует особенно тщательно сопоставить линию перехода кожи в красную кайму с обеих сторон. После ушивания рана приобретает вид, представленный на рис. 4.

Выполняется обработка антисептиками полости рта и линии швов и накладывается асептическая повязка.

### **Послеоперационное ведение пациентов**

В послеоперационном периоде назначаются постельный режим на 1–2 дня, зондовый стол в течение 2–4 сут с последующим переходом на протертый, гигиенический уход за полостью рта. Парентерально вводятся ненаркотические анальгетики, антигистаминные средства. По показаниям назначается антибиотикотерапия (больные с распадающейся опухолью, проводившейся ранее лучевой терапией, неудовлетворительной гигиеной полости рта и т.д.). Ежедневно выполняются перевязки. Кожные швы удаляются на 6–7-е сутки после оперативного вмешательства. Послеоперационная рана заживает первичным натяжением с образованием малозаметных рубцов. После выписки из стационара пациентам назначается курс миогимнастики.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ**

1. *Краевой некроз лоскутов.* Для предупреждения ишемии дистальных отделов следует соблюдать соотношение длины и ширины лоскута не более 2:1.

2. *Микростома.* Для профилактики этого осложнения не рекомендуется выполнять хейлопластику кожно-мышечными лоскутами при размерах дефекта более 1/2 губы.

3. *Деформация линии Купидона.* Точное сопоставление лоскутов в области перехода кожи в красную кайму позволит предупредить данное осложнение.

4. *Сиалоаденит МСЖ.* Осложнения можно избежать путем щажения МСЖ при сепарировании лоскута.

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА**

1. Размеры дефекта более половины нижней губы.
2. Примыкание дефекта к комиссуре губ.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Описанный метод пластического замещения пострезекционных дефектов нижней губы является анатомо-физиологически обоснованным, соответствует требованиям абластического удаления злокачественных опухолей, позволяет достигнуть стойких положительных функционально-эстетических результатов и улучшить качество жизни больных раком нижней губы.