

аллосухожильным швом. В сформировавшееся поднадкостничное пространство укладывают смоделированный аллотрансплантат. Аллотрансплантат фиксируют к надкостнице узловыми аллосухожильными швами. Надкостницу над аллотрансплантатом, натягивая, ушивают непрерывным обвивным швом или узловыми аллосухожильными швами. Накладывают послойные швы на кожу (положительное решение от 22.06.04 по заявке №2004105371/14).

Морфологические изменения при замещении биоматериалов, внедренных в орбиту при опорно-контурной пластике оценивали на биопсийном материале. Биопсийный материал забирали при выполнении корригирующих операций у пациентов с ранее проведенной опорно-контурной пластикой орбиты. Забор биопсийного материала был проведен у 12 пациентов не ранее 1 месяца после первичной операции.

Морфологическое исследование биоптатов, взятых от больных в сроки 1 месяца (30 суток), показало, что в окружающих трансплантат тканях выявляется относительно слабо выраженная воспалительная реакция. Морфологические признаки процессов выраженного иммунного воспаления в виде очагов инфильтраций вокруг трансплантата, состоящих из лимфоцитов или плазматических клеток, не выявлялись. В биоптатах, полученных от больных через 2 месяца после операции, определялось врастание в трансплантат длинных тяжей пролиферирующих клеток фибробластического и макрофагального рядов. В более поздние сроки (0,5-1 год) происходила постепенная резорбция трансплантата макрофагами. Резорбированные же участки, в свою очередь, замещались новообразованной соединительной тканью, которая врастала в аллотрансплантат, разделяя его на фрагменты. В некоторых биоптатах и через 1,5-2 года, еще определялись отдельные незамещенные участки. Спустя 2-3 года, на месте аллотрансплантата выявлялся относительно плотный соединительно-тканый регенерат, архитектура которой повторяла примерно таковую трансплантата. Регенераты хорошо васкуляризовались.

Таким образом, во всех случаях аллотрансплантаты приживали ареактивно, в их ложе отсутствовала сосудистая реакция. Замещение трансплантата происходило очень медленно, даже в сроки до 3-5 лет нами были обнаружены неизмененные участки аллотрансплантатов. На

месте биоматериала формировался плотный регенерат, который по своим свойствам, структуре и размерам мало отличался от имплантированного биоматериала, а также не наблюдали сморщивания тканей и образования рубцов в проекции аллотрансплантатов.

По данной методике нами прооперировано 65 пациентов с посттравматической деформацией нижней стенки орбиты, гипо- и энофтальмом. Средний уровень гипoftальма в дооперационном периоде составил 4мм, энофтальма – 3мм со стандартным отклонением 0,15 и 0,12 соответственно. В отдаленные сроки наблюдения (более 6-ти месяцев) средний уровень гипoftальма составил $0,5 \pm 0,1$ мм, средний уровень энофтальма – $0,6 \pm 0,1$ мм. В эти сроки наблюдения гипoftальм полностью устранен у 44 (67,7%) человек, энофтальм у – 40 (61,5%).

По нашему мнению, аллотрансплантат серии «Аллоплант» является универсальным материалом для пластики дефектов орбиты и устраниения посттравматических дислокаций глазного яблока. Применение этих биоматериалов позволяет повысить эффективность хирургического лечения посттравматического гипо- и энофтальма.

Панова И.Е., Казанцева Е.Е., Шерстнева Ю.В.,
Павленко Е.С., Семенова Л.Е.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВОЙ ФОРМЫ БАЗАЛЬНО- КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Разработан алгоритм одномоментных реконструктивно-восстановительных операций в хирургическом лечении узловой формы базально-клеточного рака кожи век, позволяющий оптимизировать функциональные результаты в лечении данного заболевания.

По данным ВОЗ (1989), базально-клеточный рак (БКР) кожи представляет собой опухоль, возникающую из эпидермиса или волосяных фолликулов, характеризующуюся местноразрушающим ростом и редким метастазированием. БКР является одной из наиболее часто встречающихся опухолей кожи (Preston D.S., Stern R.S., 1992), и его локализация на веках составляет до 11% (Усова Р.А., 2002).

Актуальность проблемы базально-клеточного рака кожи век определяется его значительной долей (до 84%) среди всех злокачественных

эпителиальных образований периокулярной локализации. Наиболее частой клинической формой заболевания является узловая форма поражения. Существует множество различных вариантов лечения данной патологии (хирургическое иссечение опухоли, лучевая терапия, лазерная фотодеструкция и др.).

Выполняемое хирургическое вмешательство в данной области направлено на ликвидацию первичного очага поражения, предупреждение рецидива опухоли и получение хорошего косметического результата.

Целью данного исследования явилась разработка алгоритма одномоментных реконструктивно-восстановительных операций в хирургическом лечении узловой формы базально-клеточного рака кожи века.

Под нашим наблюдением в офтальмоонкологическом центре (ООД) находилось 319 пациентов с базально-клеточным раком кожи века.

Диагноз БКР кожи века был верифицирован морфологически и основывался на данных анамнеза, комплексного клинко-инструментального и лабораторного обследования.

В соответствии с клинической классификацией БКР кожи Т. Ванкеи и Шугар (1962) нами определена следующая частота клинических форм БКР кожи века: узловая – 48,4%, язвенная – 43,4%, поверхностная – 4,3% и инфильтративная – 3,7%.

Узловая форма заболевания встречалась у 117 больных, преобладали пациенты старше 60 лет – 107 (67,1%). Преимущественно опухоль локализовалась в области нижнего века (57,5%), внутреннего угла глазной щели (22,1%), реже – на верхнем веке (12%) и у наружного угла глазной щели (4,2%). У 43 пациентов (26,7%) опухоль распространялась на две и более анатомические зоны.

По классификации злокачественных опухолей TNM распространенность опухолевого процесса при узловой форме к моменту установления диагноза была в стадии T1N0M0 и T2N0M0 (75,8%), что обусловлено ранним обращением пациентов к врачу и своевременным направлением их к офтальмологу. Однако у 24,2% пациентов заболевание выявлено в T3N0M0 и T4N0M0 стадиях процесса.

Выбор метода пластики определяется стадией заболевания, размерами и локализацией поражения, а также характеристикой дефектов, возникающих при иссечении опухоли.

Хирургическое вмешательство по поводу

узловой формы базально – клеточного рака кожи выполнено у 78 пациентов. Иссечение опухоли в радикальном объеме приводило к возникновению преимущественно кожных (57,7%) и полнослойных (33,4%) дефектов века. У больных с узловой формой БКР превалировала медиальная и срединная локализация дефектов (37,2 и 37,3%, соответственно), что отражает особенности клинического течения узловой формы заболевания; реже – имела место латеральная и сочетанная (17,9 и 10,3%, соответственно). По размерам преобладали небольшие и средние (78,1%) и, только у 17 из 78 больных (21,7%), дефекты были большими, субтотальными и тотальными.

При T1N0M0 стадии и размерах дефекта до 8 мм использовали прямое ушивание, либо горизонтальный (вертикальный) скользящий лоскут. При дефектах свыше 8 мм применялся кожный аутоотрансплантат; либо кожный лоскут с височной области и спинки носа при расположении дефектов латерально и медиально.

При T2N0M0 стадии БКР кожи века узловой формы у 85% больных имело место вовлечение тарзokonъюнктивальной пластинки, что требовало послойной реконструкции полнослойного дефекта тканей. Для пластики тарзokonъюнктивальной пластинки при дефекте менее 6 мм использовали прямое ушивание с наложением узловых швов; при дефекте от 6 – 11 мм использовали скользящий тарзokonъюнктивальный лоскут с верхнего века.

При распространенном характере поражения нижнего века срединной локализации, больших размерах послойных дефектов (свыше 11 мм) применялся скользящий тарзokonъюнктивальный вертикальный лоскут с верхнего века. При дефектах свыше 11 мм с захватом внутреннего или наружного угла глаза использовался скользящий горизонтальный (вертикальный) тарзokonъюнктивальный лоскут или хрящевой аутоотрансплантат.

Пластика кожно-мышечного дефекта при II стадии процесса осуществлялась в зависимости от его локализации и размеров. При размерах до 8 мм и центральной локализации дефекта наиболее оправданным являлось использование скользящего кожного лоскута или кожного аутоотрансплантата, либо прямое ушивание. В случаях распространенной формы поражения с вовлечением наружного и внутреннего угла нижнего века для пластики кожного дефекта наиболее целесообразно использование ро-

тационного лоскута с височной области, верхнего века. При поражении наружного угла глаза, при наличии ниже – медиального дефекта – лоскут с переносицы и лба.

После иссечения опухоли при узловой форме БКР кожи век стадий T3N0M0 и T4N0M0 дефекты тарзokonъюнктивальной пластинки превышали половину века, их пластика осуществлялась вертикальным тарзokonъюнктивальным лоскутом с верхнего века на ножке, либо хрящевым аутоотрансплантатом. Для пластики дефекта кожи применяли скользящий VY-лоскут, либо ротационный лоскут со щеки, или лепестковый лоскут со лба.

Таким образом, одномоментная реконструкция век при хирургическом иссечении узловой формы БКР кожи век должна проводиться с учетом локализации, распространенности опухолевого процесса и предполагать восстановление структурного каркаса век, обеспечивающего достижение максимального функционального и косметического результата.

**Панова И.Е., Пилат А.В.,
Важенин А.В., Васильев С.А.**

РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ СТАДИЙ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Предложена система совершенствования лечения распространенных стадий злокачественных опухолей органа зрения на основе выполнения радикального хирургического вмешательства и одномоментного реконструктивно-восстановительного этапа, позволяющая улучшить качество лечения данных заболеваний и обеспечить социальную адаптацию пациентов.

К распространенным, запущенным формам принято относить опухоли, соответствующие символам T₃ и T₄ согласно принятой Международной классификации опухолей TNM (пятое издание). Существует также понятие местно-распространенных опухолей, когда отсутствуют признаки метастазирования и диссеминированных, когда имеются лимфогенные и (или) гематогенные метастазы.

В структуре первичных больных с распространенными формами опухолей различных локализаций суммарный показатель количества больных составляет по Российской Федерации

51-53%, в Челябинской области – 53,8% (Кикун П.Ф., 2002г., Важенин А.В., 2001).

Обширность поражения органа зрения у офтальмоонкологических больных с вовлечением в процесс смежных областей является показанием к расширенной энуклеации и экзентерации орбиты. Подобный объем оперативного вмешательства носит радикальный характер и является весьма калечащим, приводит к инвалидизации и психологической травме больных, снижению качества жизни. Техническая сложность данного вмешательства обусловлена анатомо-топографическими особенностями строения орбиты и наличием обширного дефекта тканей, требующих выполнения одномоментного реконструктивно-восстановительного этапа.

Целью данного исследования явилось совершенствование лечения распространенных стадий злокачественных опухолей органа зрения на основе выполнения радикального хирургического вмешательства и одномоментного реконструктивно-восстановительного этапа.

За период 2000-2003гг. в офтальмоонкологическом центре областного онкологического диспансера обследовано и пролечено 160 больных с распространенными формами опухолей органа зрения, что составляет 20,5% от всех офтальмоонкологических больных. Расширенная энуклеация и экзентерация орбиты выполнены у 13 больных (1,66%). Мужчин – 6, женщин – 7, средний возраст пациентов составил 57±4,9 лет.

По стадиям больные распределялись: T4N0M0 – 10 (77%) больных, T4N1M0 – 1 (7,7%), T4N0M1 – 2 (15,3%).

Распределение по нозологиям выглядело следующим образом: внутриглазная меланома – 6 (46,1%) больных, плоскоклеточный рак кожи – 2 (15,3%) больных, аденокарцинома слезной железы – 2 (15,3%), базально-клеточный рак кожи век – 1 (7,76%), аденокистозный рак слезной железы – 1 (7,76%), переходно-клеточный рак конъюнктивы – 1 (7,76%).

Оперативное вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом с применением микрохирургической техники.

Расширенная энуклеация выполнена у 4 больных (3 – с внутриглазной меланомой, 1 – с переходно-клеточным раком конъюнктивы). У 2 больных с меланомой хориоидеи в анамнезе проводилось органосохранное лечение: брахитерапия и блокэксцизия. Всем пациентам про-