

вышеизложенных причин, с другой – предопределило неэффективность лучевого лечения.

Особое внимание необходимо обратить на рецидивы меланом конъюнктивы – опухоли с агрессивным течением и крайне неблагоприятным прогнозом. Из 10 пациентов с меланомой конъюнктивы, включенных в наше исследование, рецидивы диагностированы у 5 пациентов, т. е. каждый второй пациент подвергся не-радикальному воздействию, что неизбежно усугубило и без того неблагоприятное течение заболевания.

Заключение

Подводя итог проведенному исследованию, мы пришли к следующему.

Наибольшие трудности в лечении представляют опухоли внутреннего угла глаза. Именно в этой области возникли рецидивы у 206 (54,8%) человек.

Неправильная постановка первоначального диагноза и, как следствие, неправильная лечебная тактика явились причиной рецидива опухоли у 89 (62,2%) пациентов, лечение которых было начато с хирургического вмешательства.

Недостаточное владение хирургом способами хирургического восстановления послеоперационных дефектов способствовало отказу от активной хирургической тактики и приводило к необоснованному назначению лучевого лечения. В свою очередь, сложность анатомического строения и особенности рельефа в области внутреннего угла глаза определяют неэффективность лучевого лечения при инфильтративном росте опухоли в данной зоне, и назначение в этих ситуациях облучения не только

нецелесообразно, но и способствует дискредитации метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буйко А. С., Сафроненкова И. А., Питерова О. В. Эпителиальные злокачественные опухоли кожи век стадии Т3–4: комбинированное лечение или скальпель? // Офтальмологический журнал. – 2002. – № 1. – С. 30–34.
2. Ключарева С. В. Новообразования кожи в офтальмологической практике и современные методы их хирургического лечения лазерной установкой на парах меди «Яхроме-Мед» // Клиническая офтальмология. – 2005. – Т. 6. № 1. – С. 23–28.
3. Молочков В. А. Рак кожи при генетических кожных синдромах // Рос. журнал кожн. и венерических болезней. – 2000. – № 3. – С. 414.
4. Пустынский И. Н., Шенталь В. В., Пачес А. И. и др. Клинико-морфологические особенности распространенных форм рака кожи // Тезисы докладов VI Российской онкологической конференции. – М., 2002. – С. 121–127.
5. Andres M., Spori E., Krantz H., Matthaus W., Seiler T. Cry therapy of malignant eyelid tumors // Ophthalmologie. – 1992. – № 6. – P. 787–792.
6. Pass H. I. Photodynamic therapy in oncology: mechanisms and clinical // Ibid. – 1993. – Vol. 85. № 6. – P. 443–456.
7. Randle H. W. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient // Derm. surg. – 1996. – Vol. 22. № 3. – P. 255–261.
8. Schakowsky A. Irradiation of malignant melanomas eyelid with 125 plaque // Amer. j. ophthal. – 1990. – Vol. 110. № 1. – P. 277–287.
9. Scholda C. Treatment of basal cell carcinoma of the eyelid // Klin. monatsbl. augenheilkd. – 1990. – Vol. 197. № 6. – P. 527–530.

Поступила 27.09.2010

М. А. ЕНГИБАРИЯН, И. В. ПУСТОВАЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОРБИТЫ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Отделение опухолей головы и шеи

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
Россия, 344029, г. Ростов-на-Дону, 14-я линия, 63. E-mail: mar457@mail.ru

Предложен новый способ протезирования орбиты. Изучена эффективность разработанного способа у 32 пациентов со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза после ликвидационных операций. Показаны улучшение эстетических результатов лечения и повышение качества жизни больных по окончании протезирования.

Ключевые слова: протезирование орбиты, ликвидационные операции, злокачественные опухоли.

М. А. ENGBARJAN, I. V. PUSTOVAJA

OPTIMIZATION OF PROSTHETICS OF THE ORBIT AT PATIENTS WITH MALIGNANT TUMOURS AFTER LIQUIDATING OPERATIONS

Branch of tumors of a head and a neck FSI «Rostov research oncological institute Rosmedtehnology»,
Russia, 344029, Rostov-on-Don, 14 line, 63. E-mail: mar457@mail.ru

The new way of prosthetics of an orbit is offered. Efficiency of the developed way at 32 patients with malignant tumors of the additional device of an eye after liquidating operations is studied. Improvement of aesthetic results of treatment and improvement of quality of a life of patients upon termination of prosthetics is shown.

Key words: orbit prosthetics, liquidating operations, malignant tumors.

Безусловно, приоритетным направлением в хирургическом лечении опухолей век и конъюнктивы являются разработка и применение различных способов лечения, позволяющих сохранить анатомическую и функциональную целостность глаза и его придаточного аппарата [1, 2, 3, 4, 5, 6]. В случаях, когда распространенность опухолевого процесса делает невозможным проведение органосохранного лечения, выполняется поднадкостничная экзентерация орбиты. Дефект, возникающий после такого хирургического вмешательства, ведет к тяжелым косметическим нарушениям и, как следствие, социальной дезадаптации пациента. Восстановление нормальной анатомии лица способствует коррекции психических функций и в последующем играет позитивную роль при формировании механизмов психологической защиты: создает позитивный эмоциональный настрой, вселяет пациенту уверенность в себе. Таким образом, разработка реконструктивно-восстановительных мероприятий является важнейшей составляющей в реабилитации пациентов, перенесших экзентерацию орбиты.

Цель работы – разработка способа эктопротезирования орбиты при реабилитации больных со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза и перенесших экзентерацию орбиты.

Материалы и методы

Нами изучены результаты лечения 32 пациентов со злокачественными опухолями придаточного аппарата глаза. Ввиду распространенности опухолевого процесса всем пациентам была произведена экзентерация орбиты в сочетании с удалением опухолей окружающих зон лица. Наиболее часто была произведена экзентерация орбиты в самостоятельном варианте – у 15 (46,9%) человек. Расширенный объем операции с иссечением опухоли кожи и мягких тканей щеки выполнен 6 (18,7%) пациентам, носа – 7 (21,9%) больным, височной области – 4 (12,5%).

Критериями оценки проведенного протезирования являлись степень восстановления рельефа периорбитальной зоны, соответствие цвета протеза и окружающих тканей, соответствие цвета радужки и формы глазной щели парному глазу.

Результаты и обсуждение

Нами разработан и применен способ протезирования дефекта орбиты, возникающего после выполнения ее экзентерации. Сущность его заключается в закрытии раневой поверхности орбиты двумя перемещенными кожными лоскутами и воссоздании удаленных тканей путем наружного протезирования глазного яблока, век и окружающих тканей.

Преимущества разработанного способа протезирования заключаются в следующем:

- закрытие раневой поверхности кожными лоскутами, безусловно, уменьшает сроки заживления послеоперационной раны по сравнению с простым гранулированием послеоперационной поверхности орбиты;
- полость орбиты остается доступной для пальпации, что сохраняет возможность диагностирования рецидива опухоли;
- полость орбиты остается доступной для полноценного проведения лучевого лечения после операции, так как толщина перемещенных кожных лоскутов не препятствует полноте реализации эффектов облучения именно на «ложе» удаленной опухоли;

- создание эктопротеза позволяет в короткие сроки добиться восстановления структур, утраченных в процессе разрушительного этапа операции;

- индивидуализация протезирования дает возможность получения высокоэстетичного результата.

После выполнения экзентерации орбит нами производился тщательный гемостаз в послеоперационной полости. Затем выкраивали два кожных лоскута на ножке: с кожи лба и кожи щеки – и переносили их в полость орбиты. Сформированные лоскуты укладывали на послеоперационную поверхность орбиты таким образом, чтобы они тесно соприкасались с глазничными стенками. Перемещенные лоскуты фиксировали узловыми швами между собой и к кожным краям дефекта. Полость тампонировали мазевым тампоном. Операция заканчивалась наложением асептической повязки. После снятия швов, на 7–8-е сутки после операции, мы приступали к изготовлению эктопротеза.

Для изготовления протеза использовали силикон. На начальном этапе для проведения полноценного эктопротезирования необходимо было создать модель – маску лица. Маска лица создавалась нами по гипсовому отпечатку.

Основной манипуляцией являлось моделирование из воска отсутствующей части лица. В процессе работы на данном этапе мы ориентировались по противоположной здоровой стороне лица и фотографиям, сделанным до появления опухоли. Протез глазного яблока подбирали максимально соответствующим цвету радужки парного глаза. Далее фиксировали протез глазного яблока к внутренней стороне эктопротеза позади век в проекции глазной щели. При необходимости моделировали протез орбиты с переходом на переносье, щеку, височную область.

После проверки созданной конструкции на пациенте мы приступали к замене восковой репродукции протеза силиконом. С помощью красителей подбирался цвет протеза, максимально соответствующий цвету тканей восстанавливаемой области. На завершающем этапе путем прошивания создавали искусственные брови и ресницы. Вид индивидуально изготовленного эктопротеза орбиты представлен на рисунке 1.

Эстетические результаты протезирования констатированы нами как отличные у 15 (46,9%) пациентов, хорошие – у 12 (37,5%), удовлетворительные – у 5 (15,6%) больных. По окончании протезирования все пациенты ощутили существенное повышение эмоционального фона от излечения опухоли и улучшение косметических параметров внешности.

В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение: больной З., 1943 г. рож., поступил с жалобами на наличие пятен на правом глазу, боли и

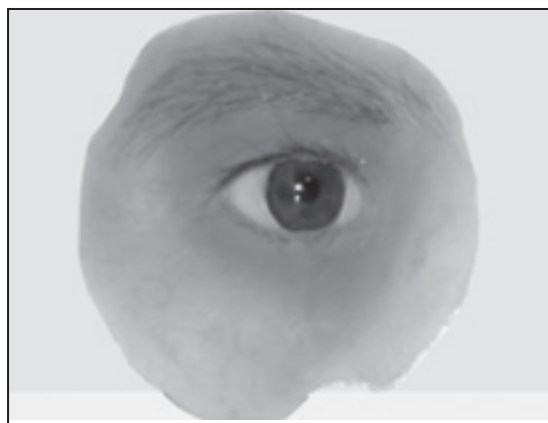


Рис. 1. Эктопротез орбиты

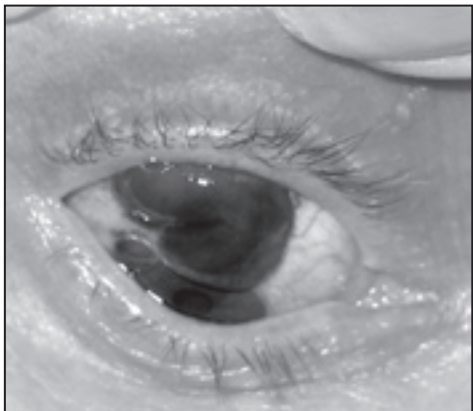


Рис. 2. Пациент В., 1946 г. рожд.
Диагноз: меланома конъюнктивы правого глаза
T4N0M0, кл. гр. 2

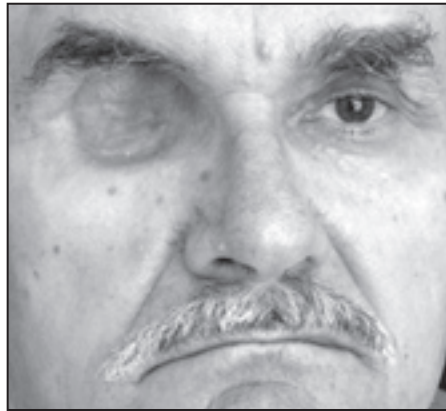


Рис. 3. Пациент В.,
1946 г. рожд. 34-е сутки после операции

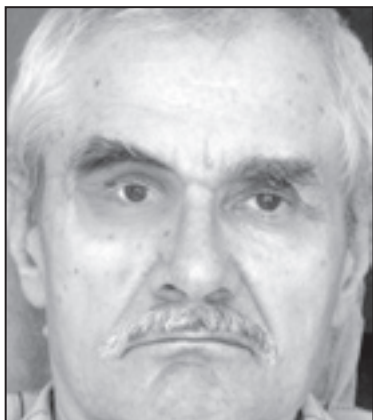
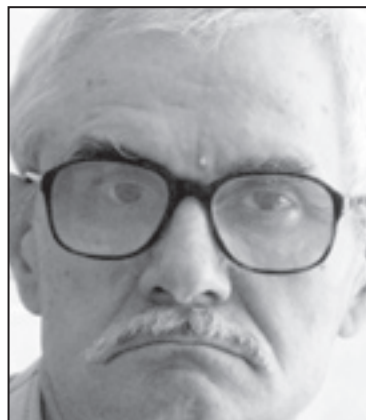


Рис. 4. Пациент З., 1943 г. рожд. Изготовлен индивидуальный эктопротез



покраснение правого глаза. Из анамнеза известно, что пигментные пятна на конъюнктиве правого глаза появились более 40 лет назад. На протяжении длительного времени динамики процесса не отмечалось. Около 2 месяцев назад появились боли и покраснение правого глаза. Объективно: на конъюнктиве правого глаза обширное пигментное образование, распространяющееся на конъюнктиву обоих конъюнктивальных сводов и век. После выворота верхнего века становится доступным осмотру экзофитный компонент опухоли темного цвета до 3,0 см в диаметре без четких границ, легко кровоточащий при дотрагивании (рис. 2).

Установлен диагноз: меланома конъюнктивы правого глаза на фоне меланоза конъюнктивы T4N0M0, кл. гр. 2. Учитывая распространенность процесса, больному выполнена поднадкостничная экзентерация орбиты с пластикой ее полости двумя перемещенными кожными лоскутами на ножке.

Гистологический анализ № 42905/09 «веретено-клеточная меланома». Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 7-е сутки. Проведен курс послеоперационной лучевой терапии, СОД=40 Гр. Вид послеоперационной полости через месяц после операции представлен на рисунке 3.

Больному изготовлен индивидуальный силиконовый эктопротез правой орбиты. Внешний вид пациента представлен на рисунке 4.

Заключение

Таким образом, эктопротезирование орбиты по разработанному нами способу позволяет выполнить

наружное протезирование пациента в максимально сжатые сроки после проведения калечащей операции, что позволяет достоверно повысить качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бровкина А. Ф., Вальский В. В., Гусев Г. А. и др. Офтальмоонкология: Руководство для врачей / Под ред. А. Ф. Бровкиной. – М.: Медицина, 2002. – С. 177.
2. Буйко А. С. Эпителиальные опухоли кожи век: криодеструкция или скальпель. Часть II: отдаленные результаты (14 лет) криогенного лечения злокачественных эпителиальных опухолей стадии T1–T3 кожи век // Офтальмологический журнал. – 2000. – № 3. – С. 11–15.
3. Буйко А. С., Сафроненкова И. А., Питерова О. В. Эпителиальные злокачественные опухоли кожи век стадии T3–4: комбинированное лечение или скальпель? // Офтальмологический журнал. – 2002. – № 1. – С. 30–34.
4. Панова И. Е., Казанцева Е. Е., Семенова Л. Е. и др. Лазерная фотодеструкция в комплексном лечении базально-клеточного рака кожи век // Сборник научных трудов IV Всероссийской школы офтальмологов. – М., 2005. – С. 451–453.
5. Пустынский И. Н., Шенталь В. В., Пачес А. И. и др. Клико-морфологические особенности распространенных форм рака кожи // Тезисы докладов VI Российской онкологической конференции. – М., 2002. – С. 121–127.
6. Сухова Т. Е., Романко Ю. С., Матвеева О. В. Фотодинамическая терапия базально-клеточного рака кожи с локальным применением препарата «радахлорин» // Рос. журнал кож. и венерических болезней. – М., 2008. – № 4. – С. 41–45.

Поступила 27.09.2010