

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-

изведена одномоментная пластика конъюнктивальной полости свободным лоскутом слизистой щеки, глазное протезирование осуществлялось на 4-5 день.

Поднадкостничная экзентерация орбиты с сохранением век произведена у 2 больных с внутриглазной меланомой, продолженный рост которой наблюдался в области решетчатой пластинки, лимба и под глазными мышцами. У одного больного проведена экзентерация после энуклеации в связи с ростом опухоли в культе. Пластика орбитальной полости осуществлялась височной мышцей на питающей ножке.

Поднадкостничная экзентерация орбиты без сохранения век была выполнена при внутриглазной меланоме распространяющейся на параорбитальную область (при плоскоклеточном раке кожи век (2), аденокарциноме слезной железы (2), базально-клеточном раке кожи век (1), аденокистозном раке слезной железы (1)). Разрушающая форма базально-клеточного рака кожи век с вовлечением костных структур послужила основанием для выполнения поднадкостничной экзентерации орбиты с резекцией скуловой кости.

Реконструктивно – восстановительный этап включал пластику дефекта орбиты височной мышцей на питающей ножке и кожную пластику лоскутами со лба и щеки (5). В единичных случаях пластика осуществлялась TRAM лоскутом.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Отдаленные наблюдения составили от 6 месяцев до 3 лет, все пациенты живы. При последующем мониторинге метастазы в печень были выявлены у 1 больного с внутриглазной меланомой (спустя 6 месяцев после экзентерации орбиты без сохранения век).

Таким образом, расширенная энуклеация и экзентерация орбиты с одномоментным реконструктивно – восстановительным этапом в лечении распространенных форм опухолей органа зрения обеспечивают радикальный объем вмешательства и позволяют осуществить социальную адаптацию пациентов.

Пузыревский К.Г., Плисов И.Л.

ОСОБЕННОСТИ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ МЕТОДОМ ТЕНОСКЛЕРОПЛАСТИКИ

Рассмотрены особенности различных способов хирургического лечения косоглазия, предложен новый вариант теносклеропластики (ТСП-V), как вариант выбора при хирургическом лечении косоглазия.

Для устранения косоглазия применяют операции двух типов: усиливающие и ослабляющие действие мышц. Из ослабляющих операций наиболее распространены рецессия и теносклеропластика.

Ослабляющие операции методом теносклеропластики (ТСП) очень разнообразны. Они отличаются по месту формирования лоскута (дистально или проксимально к месту прикрепления мышцы), по способу формирования склерального лоскута (по ширине сухожилия, двухлоскутные, трехлоскутные) и на первично или вторично оперируемых мышцах.

Самым распространенным способом является вариант ТСП-III, предложенный В.И. Пospelовым в 1978 году. Он применяется на первично оперируемых мышцах и включает: стандартный доступ к мышце; выкраивание и отворачивание кзади П-образного склерально-мышечного лоскута шириной, равной ширине сухожилия мышцы; наложение шва на конъюнктиву.

Другим распространенным вариантом, также предложенным В.И. Пospelовым, является ТСП-IV. Он применяется на вторично оперируемых мышцах. Суть его состоит в следующем: стандартный доступ к мышце; прошивание мышцы у основания и отсечение от прежнего места прикрепления мышцы; выкраивание и отворачивание кзади П-образного склерального лоскута шириной, равной ширине сухожилия мышцы; подшивание мышцы к свободному краю выкроенного лоскута подшивание мышцы; наложение швов на конъюнктиву.

К недостаткам существующих способов можно отнести:

– выкраивание одного или двух лоскутов шириной, равной ширине сухожилия мышцы, что способствует значительному ослаблению опорной и защитной функций склеры и является крайне опасным в детском возрасте;

– длительность и сложность оперативного