

ВЫБОР СПОСОБА ЛИКВИДАЦИИ ДЕФЕКТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА

О.И. Кит, М.А. Енгибарян

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»,
Минздравсоцразвития РФ, г.Ростов-на-Дону
344029, Ростов-на-Дону, 14-я линия, 63, e-mail: mar457@mail.ru*

Изучены возможности проведения одномоментных реконструктивно-восстановительных операций при лечении опухолей придаточного аппарата глаза с использованием различных способов ликвидации послеоперационных дефектов век и мягких тканей окружающих зон лица, дана оценка эффективности использования различных способов пластики.

Ключевые слова: опухоли придаточного аппарата глаза, реконструктивные операции.

CHOICE OF THE METHOD OF DEFECT ELIMINATION IN SURGICAL TREATMENT OF TUMORS OF THE EYE ACCESSORY APPARATUS

O.I. Kit, M.A. Engibaryan

*Rostov Research Institute of Oncology, Rostov-na-Donu
63, 14-line Street, 344029-Rostov-na-Donu, Russia, e-mail: mar457@mail.ru*

Feasibility of one-stage surgical reconstruction in treatment of tumors of the eye accessory apparatus with the use of various methods of elimination of postoperative defects of the eyelids and facial soft tissues was studied. Efficacy of various methods of plastic surgery was assessed.

Key words: tumors of the eye accessory apparatus, reconstructive surgery.

При хирургическом лечении опухолей придаточного аппарата глаза все чаще используются расширенные вмешательства. Обеспечение радикальности операции неизбежно сопряжено с образованием значимого дефекта периорбитальных тканей [1, 3, 4, 7]. Проблемы, возникающие при реконструкции век и тканей периорбитальной области, неразрывно связаны со сложностью получения достаточного количества пластического материала, а использование многочисленных способов пластики лимитировано сложным рельефом данной области, неоднородностью кожных покровов по цвету и толщине, невозможностью проведения адекватных послабляющих разрезов, высокими требованиями к функциональным и эстетическим результатам операции [5, 6].

Цель исследования – изучение возможности использования различных вариантов пластики дефектов, образовавшихся после удаления местнораспространенных опухолей придаточного аппарата глаза.

Материал и методы

Клинические исследования были проведены у 200 пациентов с местнораспространенными опухо-

лями век и периорбитальной зоны, находившихся на лечении в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте с 2000 по 2011 г. Из них мужчин – 119 (59,5 %), женщин – 81 (40,5 %). Наибольшее число пациентов находилось в возрастном интервале 61–70 лет – 82 (41 %), в том числе мужчин – 52 (26 %), женщин – 30 (15 %).

Всем больным проводились общеклинические исследования, осуществлялось комплексное офтальмологическое обследование: определение остроты зрения, полей зрения, исследование оптических сред глаза, тонометрия, прямая и непрямая офтальмоскопия. До начала лечения для исключения отдаленных метастазов выполнялось рентгенологическое исследование органов грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости. При подозрении на прорастание опухоли костных структур лицевого скелета для уточнения степени распространенности процесса выполняли спиральную компьютерную томографию заинтересованных участков.

Всем пациентам было выполнено хирургическое лечение с одномоментным реконструктивно-пластическим этапом. Оценку полученного

СИБИРСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. 2012. № 5 (53)

эстетического результата проводили по 4-балльной шкале [2]:

- «отлично» – разница в размерах, форме век минимальна или отсутствует, допустимо наличие побледневших кожных рубцов, не изменяющих общее впечатление;

- «хорошо» – наличие асимметрии, искажающей размеры и форму прооперированного века (век), гиперемии, гипер- или гипопигментации, а также утолщения кожи за счет рубцевания;

- «удовлетворительно» – прооперированное веко (веки) меньше здорового на $\frac{1}{4}$, выраженные изменения цвета кожных покровов, рубцы, стягивающие и деформирующие веко, с нарушением его функций;

- «плохо» («неудовлетворительно») – прооперированное веко (веки) по сравнению со здоровой/контралатеральной стороной уменьшено более чем на $\frac{1}{4}$, коррекция всех факторов, искажающих внешний вид, возможна только путем хирургической пластики.

Результаты исследования

Основной целью реконструктивного этапа являлось восстановление анатомической целостности век и окружающих зон лица с достижением максимального функционального и косметического эффекта. Для этого использовались различные способы ликвидации послеоперационных дефектов в зависимости от их величины и локализации.

Методом выбора пластического закрытия дефектов в области внутреннего угла глаза является лоскут, выкроенный в области переносья. Этот способ наиболее предпочтителен для ликвидации глубоких и распространенных мягкотканых дефектов, поскольку именно в области переносья можно сформировать достаточно толстый лоскут с хорошим кровоснабжением и вместе с тем максимально соответствующий цвету кожи в восстанавливаемой зоне. Транспозиционный кожный лоскут из переносья был использован у 21 (10,5 %) пациента для пластики дефекта в области внутреннего угла глаза.

У 30 (15,0 %) больных дефекты внутреннего угла глаза сочетались с дефектами век и кожи носа. В этом случае использовали лоскут со лба, который содержит большое количество ткани, позволяющей восстановить обширные дефекты, обладает высокими адаптационными способностями благодаря сохраняющимся сосудисто-нервным

связям, и легко приживляем даже у пациентов с патологическими изменениями мелких сосудов. Непосредственно перед переносом лоскута на реципиентную поверхность мы избирательно истончали его отдельные участки для максимального соответствия трансплантата естественной толщине кожи, которая различна на носу, веках и в области внутреннего угла глаза.

Для пластики дефектов век и наружного угла глаза использовали лепестковые лоскуты. У 16 (8,0 %) пациентов с дефектом наружного угла глаза и верхнего века применяли лепестковые лоскуты с височной области и со лба. У 28 (14,0 %) больных с дефицитом тканей в области наружного угла глаза и нижнего века, щеки – лепестковые и ротированные лоскуты с верхнего века, с височной области и щеки.

В 25 (12,5 %) случаях при образовавшемся дефекте наружного угла глаза и обоих век применялась комбинированная пластика с использованием двух перемещенных лоскутов. В 31 (15,5 %) случае при тотальных и субтотальных дефектах нижнего века использовали лоскуты, перемещенные с кожи щеки. Эти лоскуты, по нашему мнению, обладают всеми достоинствами местной пластики: используемые ткани однородны с прилежащими тканями по цвету и фактуре, сохраняют иннервацию и, следовательно, тонус, в зависимости от глубины поражения возможно включение в трансплантат мышц без риска отторжения комбинированных тканей и объемное восполнение утраченных тканей. Формирование трансплантата вблизи дефекта является самым простым методом пластики лоскутом на ножке, поскольку ее основание должно располагаться на продолжении линии, окаймляющей дефект, и быть достаточно широким, чтобы включать питающие сосуды. Для замещения тотальных дефектов нижнего века и щеки использовались ротационные лоскуты, которые обычно создаются для перемещения по дуге менее 30°. Большой поворот трансплантата сопровождается усилением его натяжения, преимущественно у основания. Однако степень растяжения ротационного лоскута можно варьировать путем его модификации.

Для закрытия тотального дефекта нижнего века и щеки у 11 (5,5 %) пациентов использовали V-Y пластику. Данный способ является разновидностью пластики скользящим лоскутом. Его сущность заключается в том, что первоначально производится

V-образный разрез сразу у основания образовавшегося дефекта. Перемещение скользящего лоскута основано на принципе прямого «скольжения». Трансплантат мобилизуется и перемещается на место дефекта, затем фиксируется к краям раны. Донорскую рану ушивают простым сближением краев. При этом образуется линия, напоминающая букву Y, что определило название методики. Дефект пальпебральной конъюнктивы восстанавливался путем пластики свободным лоскутом со слизистой нижней губы.

У 12 (6,0 %) пациентов при образовании дефекта в медиальных отделах нижнего века в сочетании с дефектом области внутреннего угла глаза восстановление удаленных тканей осуществлялось за счет лоскута, перемещенного с верхнего века. При выкраивании лоскута мы стремились к тому, чтобы максимально использовать естественный избыток кожи в области пальпебральной складки верхнего века.

Добиться максимального функционального и эстетического результата в ряде случаев возможно за счет использования кожных лоскутов на скрытой сосудистой ножке – так называемого «островкового» лоскута. Последний не имеет кожи у основания, а включает в себя только подкожную клетчатку с сосудами. Данный способ пластики, обладая всеми достоинствами способа с использованием лоскута на кожно-жировой ножке, позволяет расположить рубцы в донорской зоне в минимально значимых с эстетической точки зрения областях. Методика применена у 26 (13,0 %) пациентов.

При анализе непосредственных результатов установлено, что заживление послеоперационной раны первичным натяжением произошло у 176 (88,0 %) пациентов. Из послеоперационных осложнений наиболее часто наблюдался краевой некроз лоскута – у 19 (9,5 %) больных, у 5 (2,5 %) – произошло нагноение послеоперационной раны. Эстетический эффект операции оценен как «отличный» у 102 (51,0 %) пациентов, «хоро-

ший» – у 83 (41,5 %), «удовлетворительный» – у 13 (6,5 %). У 2 (1,0 %) пациентов, при заживлении послеоперационной раны вторичным натяжением результат реконструктивно-пластического этапа расценен как неудовлетворительный, в связи с чем была выполнена корригирующая операция.

Таким образом, на современном этапе развития медицины улучшение результатов хирургического лечения опухолей придаточного аппарата глаза не должно ограничиваться рамками только онкологических показателей. Радикальное удаление опухоли является главенствующей, но не единственной задачей оперативного лечения опухолей данной локализации. Одномоментное выполнение резекционного и восстановительного этапов операции должно быть неизменным условием хирургического лечения, что позволит восстановить адекватную функцию органа зрения, не откладывая проведение других видов противоопухолевого лечения, а также улучшить социальную и трудовую реабилитацию больных. Косметические и функциональные аспекты проблемы должны решаться индивидуально, путем выбора оптимального варианта пластического замещения дефекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанцев П.З., Наумов П.В., Неробеев А.И. Устранение дефектов средней зоны лица // Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. М., 1997. С. 34.
2. Важенни А.В., Панова И.Е. Избранные вопросы онкоофтальмологии. М., Издательство РАМН, 2006. С. 18.
3. Васильев С.А. Пластическая хирургия в онкологии. Челябинск, 2002. С. 49–52.
4. Егорова Э.В., Гуцина М.Б., Терещенко А.В. Комбинированные методы реконструктивно-восстановительных операций при обширных дефектах век, распространяющихся на угол глаза и окружающие ткани // Офтальмохирургия. 2007. № 1. С. 54–59.
5. Малаховская В.И. Реабилитация пациентов с дефектами средней зоны лица: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997. 303 с.
6. Хабибулаев Ш.З. Возмещение обширных дефектов челюстно-лицевой области сложными кожно-жировыми и кожно-мышечными лоскутами на ножке // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 6 (36). С. 60–62.
7. Чиссов В.И., Решетов И.В. Перспективы развития реконструктивно-пластической микрохирургии в онкологии // Тезисы докладов IV Российской онкологической конференции. М., 2000. С. 165–166.

Поступила 21.11.11