

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 ауто трансплантатом. 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% (Кику 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-