

**И.Е. Панова, И.С. Сусло, Л.Е. Семёнова,
Д.А. Важенна, Р.А. Усова**

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА С МУЛЬТИЦЕНТРИЧНЫМ РОСТОМ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава.

ГЛПУ Челябинский окружной клинический онкологический диспансер.

ЮУНЦ РАМН.

Уральская клиническая база ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Росздрава.

Онкоофтальмологический центр.

г. Челябинск

Актуальность данного исследования определяется высоким удельным весом (до 84%) базально-клеточного рака в структуре злокачественных новообразований, с возможностью мультицентричного поражения до 5,6% [Усова Р.А., 2002. Важенина Д.А. 2005].

Цель. Изучение вариантов лечения различных форм базально-клеточного рака с мультицентричным ростом с вовлечением органа зрения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основе ретроспективного анализа историй болезни пациентов за период с 2003 по 2006 гг. С мультицентричным ростом базально-клеточным раком было пролечено 52 пациента (74 опухоли). Женщин – 31 (59,6%), мужчин – 21 (40,4%), средний возраст $58 \pm 0,2$ лет.

Результаты. С плоскостной формой базально-клеточного рака с преимущественной локализацией на коже головы, шеи, параорбитальной области пролечено 7 (13,5%) пациентов, с язвенной формой – 8 (15,4%), с узловой – 10 (19,2%) больных. С различными формами базально-клеточного рака пролечено 27 (51,9%) пациентов, из них плоскостная форма в сочетании с узловой наблюдалась у

15 (55,6%) пациентов. плоскостная и язвенная у 7(25,9%) больных, язвенная и узловая – у 5 (18,5%) пациентов. Приоритетной в выборе метода лечения являлась сочетанная терапия, которая применялась у 21 (40,4%) пациента, на втором месте хирургическое лечение – 19 (36,5%) больных; лазерная фотодеструкция выполнена у 5 (9,6%) пациентов, комбинированное лечение проводилось у 4 (7,7%) больных, КДРТ у 2 (3,8%) пациентов. Наиболее эффективными методами лечения базально-клеточного рака с мультицентричным ростом преимущественно поверхностных форм являлась лазерная фотодеструкция (95,3%), комбинированное лечение (84,3%) у пациентов с плоскостной в сочетании с узловой формой и хирургическое лечение (75,2%) у пациентов с язвенной и в сочетании с узловой формами роста.

Выводы. Применение лазерной фотодеструкции, хирургического и комбинированного методов лечения базально-клеточного рака с мультицентричным ростом способствует увеличению безрецидивного периода.

**Л.В. Спиридонова, С.А. Коротких,
Е.С. Князева**

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮЦИОННОГО ЭНТРОПИОНА МЕТОДОМ ИДЕНТИФИКАЦИИ РЕТРАКТОРА НИЖНЕГО ВЕКА

Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

Актуальность. Анатомически ретрактор нижнего века выражен как слой плотной соединительной ткани, располагающийся между нижней прямой, нижней косой мышцей и связкой Локвуда проксимально и нижней границей тарзальной пластинки в соединении с тарзоорбитальной фасцией дистально. Ретрактор активно участвует в позиционировании нижнего века, а также в его движении

ях при направлении взгляда вверх и вниз. При сенильном завороте нижнего века происходит отрыв или расслоение ретрактора нижнего века. [М.Г.Катаев,2007]. Kakizaki H., Zako M., Nakano T. (2006, 2007) доказали в своих исследованиях, что ретрактор нижнего века состоит из двух слоёв. Микроскопически передний слой представлен грубой фиброзной тканью, состоящей из подорбиккулярного фасциального слоя, глазничной перегородки и поверхностной части капсулопальпебральной фасции. Задний слой состоит из плотных волокон капсулопальпебральной фасции с гладкой мышцей, продолжающейся до тарзальной пластинки. Задний плотный слой и является основным подтягивающим компонентом ретрактора нижнего века. Эти авторы, доказав двухслойную структуру ретрактора, предложили модифицированный способ коррекции энтропиона путем фиксации задней оболочки ретрактора к хрящу нижнего века.

Цель работы: проанализировать различные способы воздействия на ретрактор нижнего века для оптимизации коррекции инволюционного энтропиона.

Материалы и методы: прооперировано 76 пациентов в возрасте $72,5 \pm 1,3$ года. В первой группе (27 век) выполнена пластика ретрактора нижнего века по модифицированному способу Kakizaki H., Zako M. (2007). В двух следующих группах осуществляли воздействие на ретрактор без его идентификации. Во второй группе (24 века) произведена операция Уиса. В третьей группе (25 век) заворот устранен путем наложения сводчатых швов по Квиккерту. Контроль осуществляли на 10 сутки и через 24 месяца после операции.

Результаты и обсуждение: в раннем послеоперационном периоде выявлены гиперэффекты в виде эктропиона нижнего века 1 степени в первой группе – 3 случая, во второй группе – 2 случая. Эктропион был самопроизвольно устранен через месяц после операции путем массажа век и гимнастики, направленной на укрепление тонуса круговой мышцы век. В третьей группе зарегистрировано 4

гипоэффекта. Гипоэффекты не устранялись в связи с тем, что контакт ресниц с роговицей отсутствовал, и пациенты жалоб не предъявляли.

В позднем послеоперационном периоде в первой группе рецидивы составили 2,5%, в двух других группах – 9,4% и 10,7% соответственно. Все рецидивы устранены путем проведения нижненаружной тарзопексии.

Полученные данные показали, что наибольшее количество рецидивов в позднем послеоперационном периоде было зафиксировано при наложении сводчатых швов Квиккерта и операции Уиса. Оба метода направлены на проблему отслоения ретрактора нижнего века и на предотвращение смещения пресептальной части круговой мышцы через претарзальную. Хотя применяемые виды операций просты в исполнении, они не дают возможности точно идентифицировать ретрактор нижнего века и осуществить его надёжную фиксацию к хрящу. Наиболее стабильные долгосрочные результаты даёт пластика ретрактора нижнего века, так как метод позволяет выделить ретрактор, произвести его рефиксацию к хрящу и, соответственно, устранить энтропион.

Выводы: пластика ретрактора нижнего века модифицированным способом даёт возможность точно идентифицировать ретрактор и восстановить его нормальную анатомическую целостность, что позволило снизить количество рецидивов в 3,7 раза и получить наилучшие статистически значимые долгосрочные результаты (97% успешного лечения при сроках наблюдения до 2-х лет). Данная методика может явиться операцией выбора в случае коррекции вертикального растяжения нижнего века при инволюционном энтропионе.