



г. сошисени резенки

потреби во реконструкцијата на големите дефекти кои ги презентираваме. Применувајќи ги овие комбинации на резенки, добивме реконструкција со добра функција и приближно нормален изглед.

Како компликации имавме: епифора (1), трихијаза (1), малпозиција на о.к. (1). Немаше ниту едно перманентно корнеално оштетување ниту руптура на корнеата.

#### Дискусија

Кога загубата е толку голема што го зафаќа целиот капак, како и медијалниот или латералниот кантален регион и периорбитата, потребно е повеќе ткиво од она што може да го обезбеди една локална резенка. Во овие услови, за успешна реконструкција, неограничена е примената на кожните резенки во комбинација помеѓу себе. Повеќе фактори влијаат на планот на хирургот за подобар хируршки исход. Потребно е да се надомести конјунктивата, да се обезбеди поддршка на горниот и долниот капак, како и лакримална дренажа. Реконструкцијата на лакрималниот апарат не е апсолутно есенцијална. Многу пациенти функционираат без тешкотии по тотална аблација на лакрималниот дренажен систем [4].

Челната резенка се употребува најмногу од сите локални резенки. Таа може во основата да биде поставена медијално или латерално и може да е сосема доволно широка и долга. Најчесто е возможно примарно затворање на челото. Може да се употреби во реконструкција на секој дел на капакот и периорбитата. Резенката има добра боја, но е подебела и понекогаш не може да се ротира во основата. Глабеларна резенка (мала челна) се употребува за репарирање на дефектите на кожата на медијалниот кантус [5].

Резенката од образот по Mustarde најмногу се употребува за реконструкција на долниот очен

капак, латералниот кантус и латералните две третини од капакот [6].

Супраорбиталната резенка по Fricke се користи за поправање на дефектите на долниот очен капак. Резенката од назолабијалната регија со горна база се употребува за покривање на долниот капак и латералниот кантус. Назолабијална резенка со долна база, може да се префрли нагоре за да се реконструира медијалниот кантален регион.

#### Заклучок

Методот на хируршката реконструкција е диктиран од големината и локализацијата на дефектот кој настанува по отстранувањето на карциномот. Применувајќи ги овие комбинации на резенки, добивме реконструкција со добра функција и приближно нормален изглед. Тие се добар избор таму каде што имаме големи дефекти на о.к., коишто не можеме да ги реконструираме со една стандардна резенка. Секој хирург мора да одлучи кој оперативен пристап или техника најмногу одговара на неговото искуство и потребата на пациентот.

На Клиниката за пластична и реконструктивна хирургија во Скопје, големите дефекти на очните капаци, настанати по отстранување на големи карциноми се честа патологија, од причина што пациентите претходно се лечат со надрилекарства и доцна одлучуваат да побараат лекарска помош.

Конфликт на интереси. Не е деклариран.

#### Литература

1. Codner MA, Weinfeld AB. Pr47 comprehensive eyelid reconstruction. *ANZ J Surg* 2007; 77 Suppl 1: A71.
2. Erdogmus S, Govsa F. The arterial anatomy of the eyelid: importance for reconstructive and aesthetic surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007; 60(3): 241-5.
3. Ambrozová J, Mesták J, Smutková J. Reconstruction of the lower eyelid after excision of major tumours. *Acta Chir Plast* 1993; 35(3-4): 131-45.
4. Lowry JC, Bartley GB, Garrity JA. The role of second-intention healing in periorbital reconstruction. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1997; 13(3): 174-88.
5. McCord CD, Nunery WR, Tanenbaum. Reconstruction of the lower eyelid and outer canthus. *Oculoplastic Surgery* 1995; 119-44. Papp C, Maurer H, Geroldinger E. Lower eyelid reconstruction with the upper eyelid rotation flap. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86(3): 563-5.
6. Chandler DB, Gausas RE. Lower eyelid reconstruction. *Otolaryngol Clin North Am* 2005; 38(5): 1033-42.
7. Matsuo K, Sakaguchi Y, Kiyono M, Hataya Y, Hirose T. Lid margin reconstruction with an orbicularis oculi musculocutaneous advancement flap and a conchal cartilage graft. *Plast Reconstr Surg* 1991; 87(1): 142-5.
8. McCord CD, Nunery WR, Tanenbaum. Reconstruction of the lower eyelid and outer canthus. *Oculoplastic Surgery* 1995; 119-44.
9. Papp C, Maurer H, Geroldinger E. Lower eyelid reconstruction with the upper eyelid rotation flap. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86(3): 563-5.