

да се поедностави анализата секоја мултипла лезија на ист пациент, беше броена како посебен случај. Поради тоа што инциденцијата на другите тумори беше многу мала, се одлучивме да правиме детални анализи само на базоцелуларните карциноми. Застапеноста на базоцелуларниот карцином според полот беше: 20 мажи и 16 жени. Најмладиот пациент беше на 33 години а најстариот имаше 84.

Најмалата ексцизија беше 8x10 мм, а најголемата 18x52 мм. Повеќето пациенти доаѓаа на редовна контрола. Максималното следење беше 4 години, а минималното 3 месеци.

Нискиот процент на постоперативни симптоматски проблеми сугерира на добро одржување на функцијата.

Долниот капак беше најчесто зафатен. Маргината на капациите беше инволвирана во 10 случаи. Лезиите кои беа локализираны медијално од *punctum lakrimalis*, од статистички причини беа реферирани како лезии на внатрешниот кантус. Слично на ова

ТАБЕЛА 2 Топографска дистрибуција на базоцелуларните карциноми

Локација на карциномот	Број на случаи
Долен капак	20
Внатрешен кантус	9
Горен капак	4
Надворешен кантус	3
Вкупно	36

секоја лезија која беше локализирана на долниот или горниот капак но која се ширеше кон надворешниот кантус, беше класифицирана како лезија на латералниот кантус.

Анестезија и општ третман

Општа анестезија беше направена кај 2 случаи од серијата. Преостанатите 34 пациенти со малигни лезии примија локална анестезија со локална инфилтрација на 2-5 милилитри лидокаин 1% со адреналин. Донорната

регија од која се земаше кожен графт со полна дебелина и местото за земање графт од мукозната мембрана, исто така беа инфилтрирани со 2 до 5 мл лидокаин. На сите пациенти им беше дозволена полна активност веднаш по операцијата. Дневните (амбулантните случаи) беа контролирани по 48 часа, 4 дена и помеѓу 7-от и 10-от постоперативен ден за вадење на конците. На сите пациенти им беше давано *tbl. Vactrim 480 мг 2x2 - 5 дена*.

Предоперативна проценка

Кај сите пациенти предоперативно се направени детални клинички испитувања и тестирања на функциите на окоото и периорбиталната регија. Вниманието треба да се насочи на тонусот на капациите и периорбиталната кожа. Вообичаено, периокуларното ткиво кај постарите пациенти има поголема лабавост отколку кај помладите. Оваа лабавост е значајна во планирање на реконструкцијата на очните капаци и периорбиталната регија. Пациентите кои имале претходна операција, ирадијација, изгореници, или повреда на очните капаци и периорбиталната регија можат да имаат дебели, тврди и крти капаци што ја намалуваат подвижноста и зараснувањето на кожата, кои од своја страна ја отежнуваат реконструкцијата.

Ако е зафатен медијалниот кантус, предоперативно треба да се направи анализа на лакрималната дренажа. Пациентот треба да се предупреди дека операцијата може да оди во еден или во два акта заради постигнување на функционалност на лакрималниот апарат.

Хируршки третман

Во проценка на радикалноста на зафатот ќе се користат визуелната како и тактилната импресија, со голи раце според принципите на *Whitening (1951)*, принципот на радикалност од минимум 4 мм во здраво ткиво од граничната линија на туморот.

Употребувани техники: миокутаните флепови (15), кожни трансплантати-графтови со полна и делумна дебелина (8), директно затворање (12) и спонтано зараснување (1).