

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ВЕК

Салихов А.Ю., Султанов Р.З., Мулдашева И.Э.

ГУ Всероссийский Центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа

Реферат.

Опухоли век представляют серьезную проблему ввиду их анатомической близости к глазу, мозгу и придаточным пазухам. Частота опухолей век варьирует по географическим зонам и в зависимости от социально-экономических характеристик популяции. Злокачественные опухоли составляют от 10 до 24% всех новообразований век [18]. Хирургический метод лечения - локальная экцизия с последующей пластикой век - имеет, пожалуй, наибольшее число сторонников [17; 19; 1; 4; 7]. В ГУ Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ с целью одномоментного восстановления века после его резекции применяются и хорошо зарекомендовали себя биоматериалы Аллоплант для пластики век и сухожильные нити той же серии [11;16;5]. По данной методике нами прооперирован 151 пациент с базальноклеточным раком век. Отдаленные результаты оценивали при сроках наблюдения более 1 года. Отдаленный функциональный результат операций оценивали как хороший у 148 пациентов (98%), как удовлетворительный – у 3 пациентов (2%).

Отдаленный косметический результат операции оценивали как хороший у всех пациентов. Рецидивов базально-клеточного рака за период наблюдения не выявили.

Аллоплантаты серии Аллоплант могут быть успешно применены с целью создания каркаса век и прочной его фиксации при пластической реконструкции после частичной сквозной резекции век. Этим исключается необходимость применения травматичных и многоэтапных хирургических манипуляций по забору аутогенных тканей. Возможность одномоментной реконструкции века позволяет проводить хирургические лечения рака век более радикально.

Ключевые слова: биоматериал Аллоплант, рак век, хирургическое лечение, сквозная резекция века, аутоаллопластика.

Опухоли век представляют серьезную проблему ввиду их анатомической близости к глазу, мозгу и придаточным пазухам. Частота опухолей век варьирует по работам различных авторов, по географическим зонам и в зависимости от социально-экономических характеристик популяции. Злокачественные опухоли составляют от 10 до 24% всех новообразований век [18].

В зависимости от источника развития опухоли выделяют базально-клеточный, сквамозно-клеточный или плоскоклеточный раки, аденокарциному мейбомиевой железы, меланому кожи век.

Самой распространенной морфологической формой рака век является базально-клеточный рак, его частота колеблется от 80 до 90% всех раковых поражений век [24; 30]. Плоскоклеточный рак встречается значительно реже, чем базально-клеточный рак, и составляет 15-18 % всех опухолей век [28]. Поражает преимущественно лиц старшего возраста с чувствительной к инсоляции кожей [34]. Прогноз при этом виде рака значительно серьезнее, чем при базально-клеточной карциноме, так как опухоль отличается весьма агрессивным и инвазивным ростом.

В современной литературе описывается достаточно много способов лечения рака кожи: лучевая терапия, хирургическое иссечение, криодеструкция, электрокоагуляция, лазертерапия и химиотерапия [9; 25]. Хирургический метод лечения - локальная эксцизия с последующей пластикой век - имеет, пожалуй, наибольшее число сторонников [17; 19; 1; 4; 7].

Суть существующих методов замещения дефекта век после иссечения опухоли заключается либо в создании кожно-слизистой дубликатуры, либо в пересадке кожно-хрящевых или слизисто-хрящевых аутотрансплантатов [2; 3; 8; 13; 14; 15; 29; 21; 10; 26; 23; 7; 4; 27]. Однако при этом либо не восстанавливается каркас века, удерживающий его в физиологически правильном положении, либо возникает необходимость в нанесении дополнительной травмы [10; 26; 23; 7; 4; 27].

По нашему мнению, одним из путей достижения оптимального сочетания косметического и функционального результатов при восстановительной хирургии век может служить применение аллогенных трансплантатов, об использовании которых в глазной онкологии сообщают Дунаевский В.А. (1976); Soll (1976); и Crawford (1969); Rubin PA с соавт.(1999); Short N, Perry JD, Goldberg RA, Hoenig J, Short J. (2000).

В ГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ» с целью одномоментного восстановления века после его резекции применяются и хорошо зарекомендовали себя биоматериалы Аллоплант для пластики век и сухожильные нити той же серии [11;16;5].

Материалы и методы.

Характеристика аллотрансплантата.

Трансплантат для каркасной пластики представляет собой соединительнотканное образование, основу которого составляет волокнистые структуры. Этот каркас состоит из пучков плотно упакованных коллагеновых и эластических волокон, погруженных в основное вещество. Одна поверхность данного аллотрансплантата (шероховатая) имеет способность хорошо васкуляризоваться, вторая (гладкая) – интенсивно эпителизируется.

Клиническая характеристика пациентов с опухолями век.

Нами прооперировано 151 пациент с частичным поражением век. Средний возраст пациентов составил $62,1 \pm 0,68$ лет (таблица 1).

Таблица 1. Возрастная характеристика пациентов

Возраст (лет)	31- 40	41-50	51-60	61 и старше
Количество пациентов	3 (2%)	14 (9,3%)	82 (54,3%)	52 (34,4%)

Как видно из таблицы, более половины (88,7%) составляют пациенты старшей возрастной группы (51 год и старше), 65,6 % составляют лица трудоспособного возраста (до 60 лет). Средняя давность возникновения заболевания составила $4,47 \pm 5,11$ лет (от 3 месяцев до 40 лет). У всех (100%) пациентов диагностировали базальноклеточный рак. Поражение верхнего века наблюдали у 24 пациентов (15,9%), нижнего века – у 127 (84,1%).

Распределение локализации новообразований в зависимости от объема поражения было следующим:

Локализация	верхнее веко	нижнее веко
Внутренняя 1/3	13 (8,6%)	43 (28,5%)
Средняя 1/3	7 (4,6%)	52 (34,5%)
Наружная 1/3	4 (2,6%)	32 (21,2%)

Распределение больных по объему опухолевого процесса представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение больных по объему опухолевого процесса (Т, согласно TNM классификации)

Объем поражения	T1	T2
Количество пациентов	44 (29,1%)	107 (70,9%)

Поражение региональных лимфоузлов (N, согласно TNM классификации) и отдаленные метастазы (M, согласно TNM классификации) не наблюдали.

Всем пациентам была проведена частичная сквозная резекция века с первичной аллоаутопластикой. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 21 лет.

Нами разработаны следующие виды операций:

- Операция частичной сквозной резекции наружной трети верхнего века с одномоментной аллоаутопластикой;
- Операция частичной сквозной резекции средней трети верхнего века с одномоментной аллоаутопластикой;
- Операция частичной сквозной резекции внутренней трети верхнего века с одномоментной аллоаутопластикой;
- Операция частичной сквозной резекции внутренней трети нижнего века с одномоментной аллоаутопластикой;
- Операция частичной сквозной резекции средней трети нижнего века с одномоментной аллоаутопластикой;
- Операция частичной сквозной резекции наружной трети нижнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

Методика операции частичной сквозной резекции наружной трети верхнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

Локализация опухоли в наружной трети верхнего века в чистом виде встретилась лишь в одном случае, но при поражении наружного угла с обоими веками в 10 случаях.

Обработку операционного поля производили по общепринятой методике, анестезия, - как правило, местная, но при показаниях давали общий наркоз. Веко брали на уздечные швы-держалки, которые являлись и указателями границы иссечения опухоли. Производили сквозную резекцию верхнего века, отступя от видимого края опухоли, как минимум, на 4 мм под контролем операционного микроскопа, гемостаз проводился электропинцетом (рис.1а). Разрез кожи с века продолжали на височную область и производили отсепаровку ее от подлежащих тканей с последующим тщательным гемостазом с использованием гемостатической губки или салфетки с горячим физиологическим раствором. Замещение хряща века производили аллотрансплантатом, обращенным гладкой поверхностью в сторону глазного яблока, который очень тщательно сшивался с культиями века аллосухожильными швами. Размер аллотрансплантата по ребру иссеченного века брался на 2-3 мм меньше иссеченного участка, чтобы веко после пластики было в натянутом положении (рис. 1б). Для замещения дефекта кожи применяли метод бокового скольжения кожи с височной области по Имре с иссечением треугольника по Бурову в модификации Э.Р.Мулдашева (авт. св. № 919666). В последние годы кожную пластику производим без иссечения кожных треугольников. Завершенный вид операции представлен схемой (рис. 1в). В отдаленные сроки рубцы, как правило, нежные и об операции говорит лишь отсутствие ресниц в наружном отделе верхнего века.

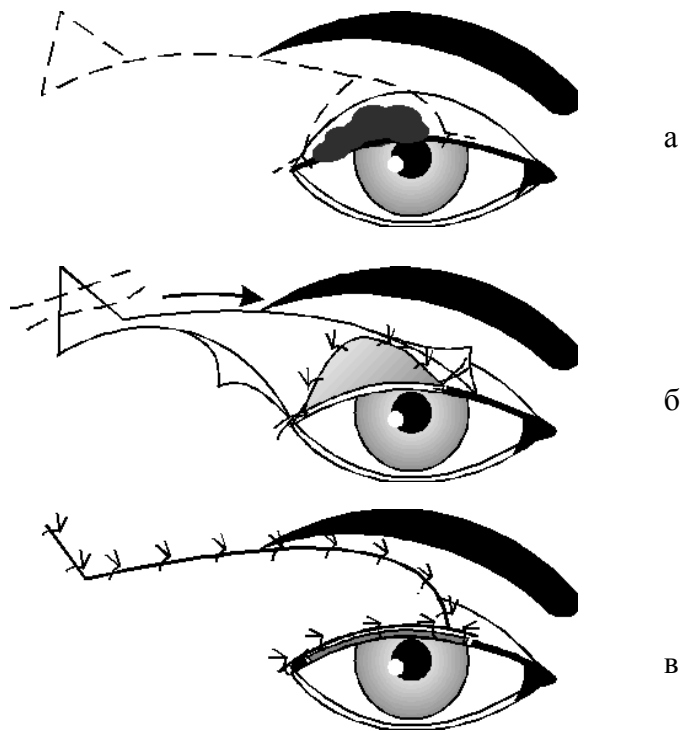


Рис. 1. Схема операции при частичной сквозной резекции наружной трети верхнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

- а) границы иссечения верхнего века и линии кожных разрезов
- б) замещение дефекта тарзуса века аллоплантом и направление смещения кожи
- в) завершённый вид операции

Методика операции частичной сквозной резекции средней трети верхнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

Локализация опухоли в средней трети верхнего века встретилась в 11 случаях, все больные были успешно оперированы.

Веко брали на уздечные швы-держалки, которые были маркером границы иссечения опухоли (рис. 2а). Сквозная резекция века производилась под контролем операционного микроскопа. Начиная от верхнего края дефекта кожи по нижнему краю брови проводили дугообразный разрез кожи в сторону виска, где вырезали и иссекали треугольник по Бурову. Отсепаровку кожи от подлежащих тканей производили по возможности тупо, для этого использовали ножницы с крепкими браншами. Производили тщательный гемостаз с использованием для крупных сосудов электропинцета, а для мелких применялась гемостатическая губка или салфетки с горячим физиологическим раствором.

Замещение хряща века производили аллотрансплантатом, обращенным гладкой поверхностью в сторону глазного яблока, который очень тщательно сшивали с кульями века аллосухожильными швами, узлы которых погружались в ткани. Таким образом, формировали маргинальный край века. На всем остальном протяжении аллотрансплантат фиксировали непрерывным или узловыми аллосухожильными швами. Размер аллотрансплантата по ребру иссеченного века брали на 2-3 мм меньше иссеченного участка, чтобы веко после пластики

было в натянутом положении (рис. 2б). По возможности подшивали к аллотрансплантату остатки орбитальных мышц и обязательно восстанавливали точку фиксации поврежденного леватора. Треугольник по Бурову в области наружного угла брови ушивали, производили боковое смещение кожи. В области края века смещенный кожный лоскут фиксировали к трансплантату шелковыми швами, чтобы избежать травмирования роговицы концами швов. Завершенный вид операции представлен схемой (рис. 2в).

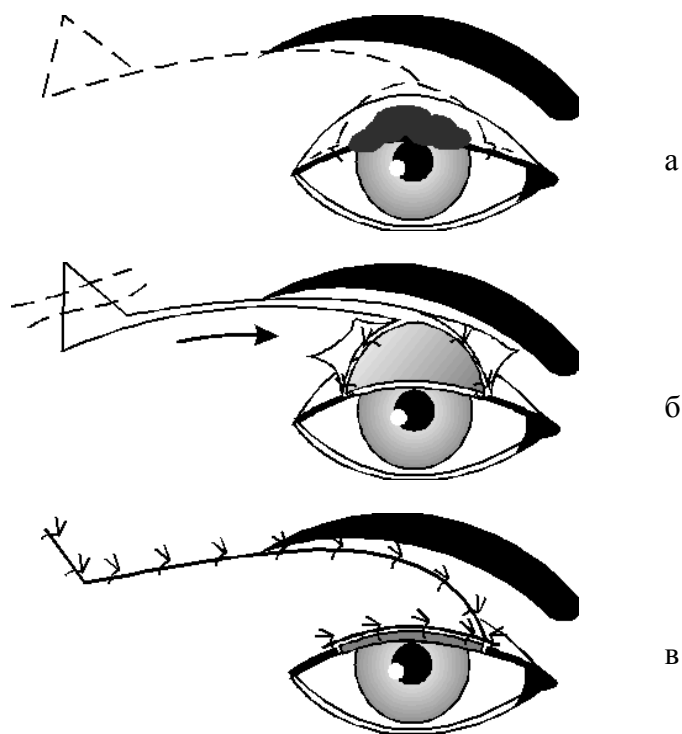


Рис. 2. Схема операции при сквозной резекции средней трети верхнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

а) границы иссечения и линии кожных разрезов

б) замещения дефекта тарзуса века аллоплантом и направление смещения отсепарованной кожи

в) завершенный вид операции

Методика операции частичной сквозной резекции внутренней трети верхнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

Локализация опухоли во внутренней трети верхнего века в чистом виде встретилась в 3-х случаях, но при поражении внутреннего угла с верхним веком - в 24 случаях. Производили частичную сквозную резекцию века, граница которой зависит от морфологической формы опухоли под контролем операционного микроскопа. Начиная от верхнего края дефекта кожи по нижнему краю брови проводили дугообразный разрез кожи в сторону виска, где иссекали треугольник по Бурову (рис. 3а). Отсепаровку кожи производили тупо. Проводили тщательный гемостаз.

Если опухолевый процесс затронул слезные пути, то они приносились в жертву абластике. Формирование потерянного каркаса века производилось аллотрансплантатом,

обращенным гладкой поверхностью в сторону глазного яблока, размер его по ребру иссеченного века брался на 2-3 мм меньше иссеченного участка; аллотрансплантат тщательно сшивали с кульями века аллосухожильными швами с погружением узлов в ткани (рис. 3б).

При поражении кожи внутреннего угла и внутренней спайки, когда ее приходилось удалять, фиксацию аллотрансплантата производили к надкостнице внутренней стенки орбиты, а при удалении надкостницы - к отверстию в кости, проделанному зубоврачебным бором.

При сохранности остатков мышц их подшивали к трансплантату. Кожная пластика осуществлялась методом бокового скольжения. В области края века смещенный лоскут кожи фиксировали к трансплантату шелковыми швами.

Завершенный вид операции представлен схемой (рис. 3в). Рубцы в отдаленные сроки, как правило, слабо заметны и об операции говорит лишь отсутствие ресниц во внутреннем отделе верхнего века.

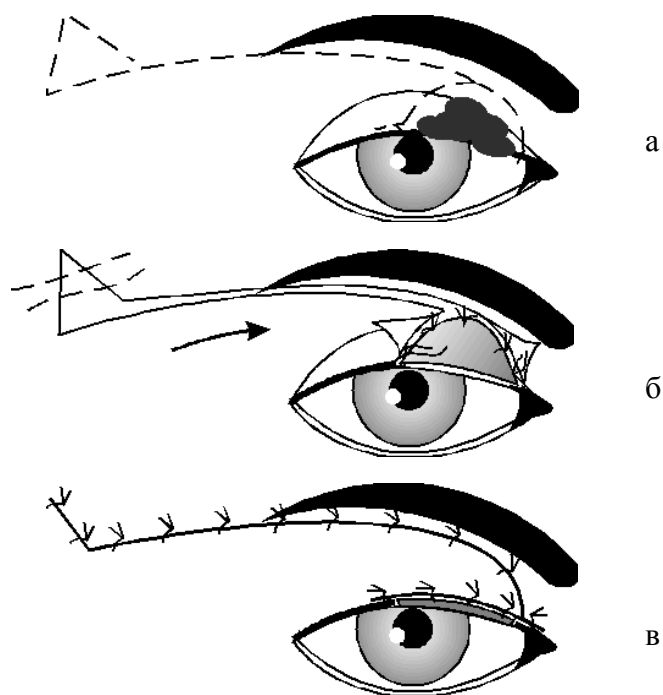


Рис. 3. Схема операции при сквозной резекции внутренней трети верхнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

а) границы резекции и линии кожных разрезов

б) замещение дефекта тарзуса века аллоплантом и направление смещения отсепарованной кожи

в) завершенный вид операции

Методика операции частичной сквозной резекции внутренней трети нижнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

Локализация опухоли во внутренней трети нижнего века в нашем исследовании встретилась в 25 случаях.

Производили сквозную резекцию века с учетом принципов абластики. Разрез кожи продолжали на щеку в сторону носогубной складки, где иссекали треугольник по Бурову (рис.

4а). Отсепаровка кожи щеки широкая с последующим тщательным гемостазом. Дефект каркаса века замещался аллотрансплантатом, вырезанным по форме дефекта, но меньше на 2-3 мм по ребру века, обращенным гладкой стороной в сторону глазного яблока. Фиксацию к кульям века производили аллосухожильными швами с погружением узлов в ткани.

Сложности фиксации встречались при удалении внутренней спайки и надкостницы внутреннего угла, тогда внутренняя часть трансплантата подшивалась непосредственно к кости внутреннего угла через сделанное зубоорачебным бором отверстие. Особенность пластики при сквозной резекции нижнего века заключается в герметичном наложении швов при сшивании конъюнктивы и трансплантата, чтобы избежать затекания слезы в последующем под кожу щеки (рис. 4б). Для замещения дефекта кожи применялся метод бокового скольжения кожи со щеки. Кожа, как правило, свободно смещается на дефект. Для формирования физиологического углубления аллосухожильным швом за базальные слои кожи перемещенный лоскут подтягивали к ложу. Иссекали избыток кожи по ресничному краю нижнего века. При неуверенности в гемостазе оставляли дренажную трубку. Завершенный вид операции представлен схемой (рис. 4в). Рубцы, как правило, в отдаленные сроки мало заметны, так как идут по ходу носогубной складки.

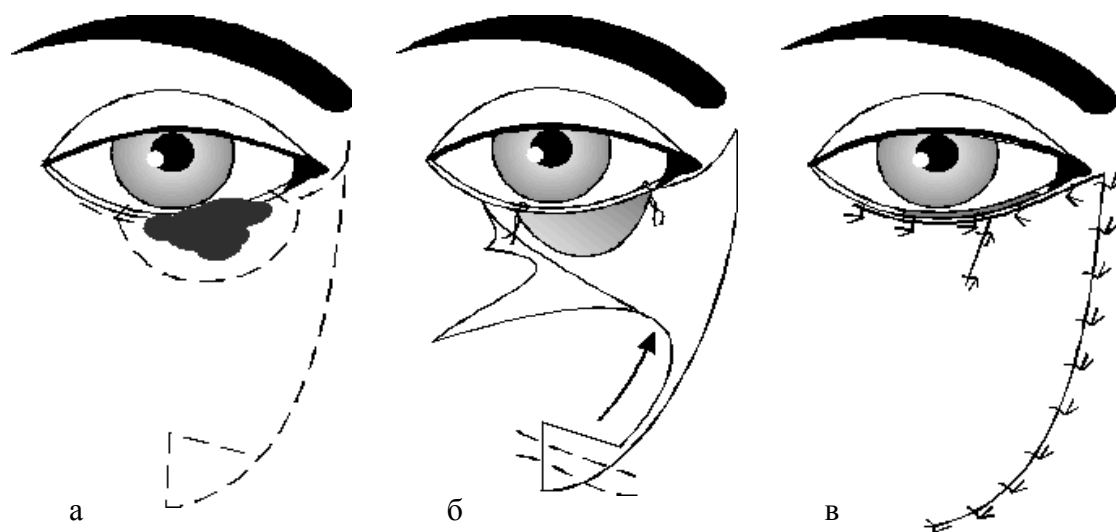


Рис. 4. Схема операции частичной сквозной резекции внутренней трети нижнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

а) границы сквозной резекции и линии кожных разрезов

б) замещения дефекта тарзуса аллотрансплантатом и направление смещения кожи

в) завершенный вид операции

Методика операции частичной сквозной резекции средней трети нижнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

Локализацию опухоли в средней трети нижнего века, когда производили частичную сквозную резекцию века, в наших исследованиях встретили в 33 случаях.

Производили сквозную резекцию века. Разрез продолжали по ресничному краю века в сторону виска, где иссекали треугольник по Бурову (рис. 5а). Отсепаровка кожи широкая, с последующим тщательным гемостазом.

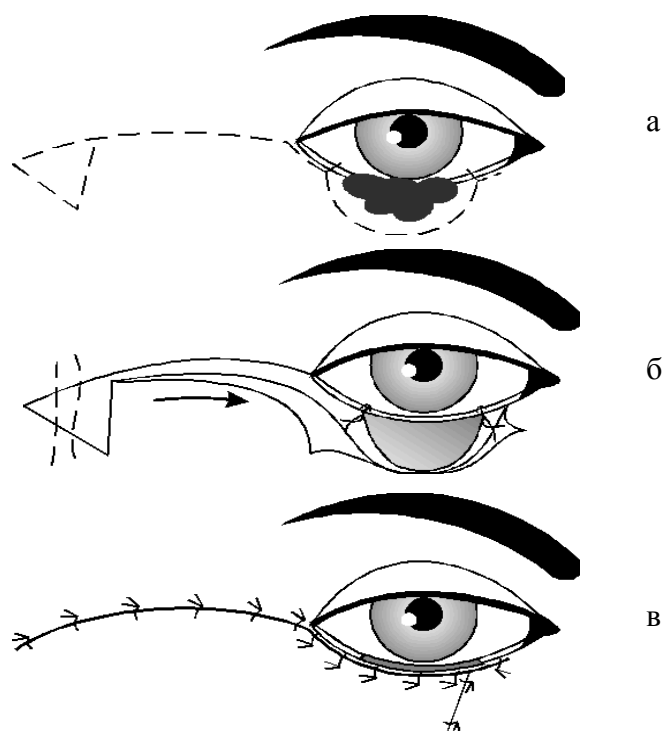


Рис. 5. Схема операции частичной сквозной резекции средней трети нижнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

- а) границы сквозной резекции средней трети нижнего века и линии кожных разрезов
- б) замещение дефекта тарзуса аллотрансплантатом и направление смещения кожи
- в) завершённый вид операции

Дефект каркаса века замещали аллотрансплантатом, выкроенным по форме дефекта, но меньше на 2-3 мм по ребру века, обращенным гладкой стороной к главному яблоку. Фиксацию трансплантата к культиям века производили аллосухожильными швами с тщательной адаптацией краев, чтобы правильно сформировался ресничный край века. Герметичность нижнего свода обеспечивали за счет наложения непрерывного аллосухожильного шва на аллотрансплантат и сохранившуюся конъюнктиву века и нижнего свода (рис.5б). Кожную пластику дефекта производили методом бокового скольжения кожи с височной области. Для релаксации кожи и формирования углубления в наружном углу глазной щели аллосухожильным швом отслоенную кожу за базальные слои пришивали к надкостнице. Избыток кожи иссекали по краю века и в подглазничной области. Если по каким-либо причинам смещение кожи с височной области было невозможно (рубцы), то использовали метод смещения со щеки как при пластике внутреннего угла глазной щели.

Завершённый вид операции представлен схемой (рис. 5в). Рубцы в отдаленном периоде формируются нежные, малозаметные.

Методика операции частичной сквозной резекции наружной трети нижнего века с одномоментной аллопластикой.

Локализация опухоли в наружной трети нижнего века в наших исследованиях встретилась в 22 случаях в чистом виде, и в 10 случаях - при поражении наружного угла с наружной третью обоих век.

Сквозную резекцию века производили в зависимости от морфологического вида опухоли под контролем операционного микроскопа (рис. 6а). Разрез кожи века продолжали на височную область и кожу отсепаровывали. Гемостаз производили электропинцетом.

Замещение хряща века производили аллотрансплантатом, обращенным гладкой поверхностью в сторону глазного яблока, который очень тщательно сшивался с культями века аллосухожильными швами. Размер аллотрансплантата по ребру иссеченного века брали на 2-3 мм меньше иссеченного участка, чтобы веко после пластики было в натянутом положении (рис. 6б).

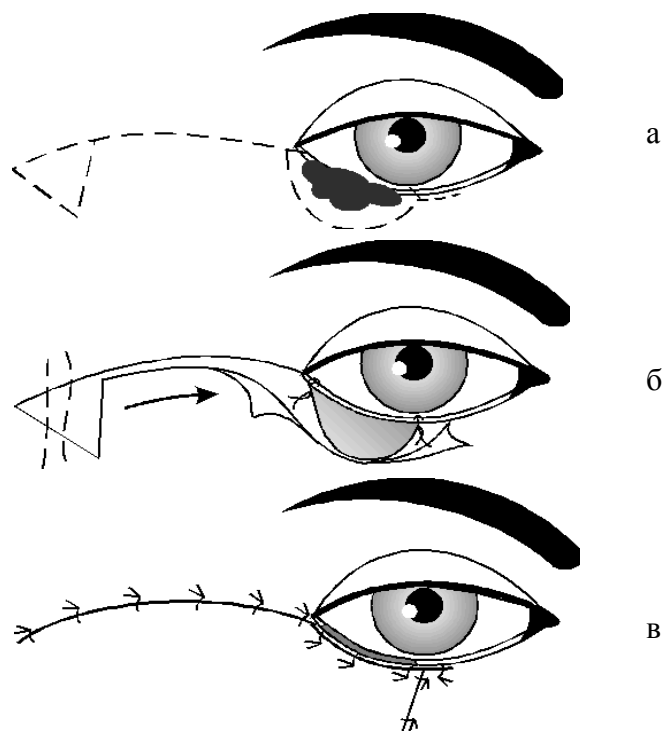


Рис. 6. Схема операции частичной сквозной резекции наружной трети нижнего века с одномоментной аллоаутопластикой.

- а) границы сквозной резекции века
- б) замещение дефекта тарзуса аллотрансплантатом и направление смещения кожи
- в) завершённый вид операции

При поражении кожи наружного угла, когда удаляется наружная спайка, фиксацию трансплантата производили к надкостнице наружного края орбиты, а при удалении надкостницы и части орбитальной стенки - к отверстию в кости, проделанному зубоорачебным бором. Герметизация достигалась наложением непрерывного аллосухожильного шва на сохранившуюся конъюнктиву века и аллотрансплантата. Дефект кожи века замещали

собственной кожей, перемещенной с височной области. При невозможности использовать кожу с виска (рубцовые изменения) методом бокового скольжения смещали кожу со щеки, тогда разрез продляли по ресничному краю века и вниз по носогубной складке. Завершенный вид операции представлен на схеме (рис. 6в). Рубцы в отдаленные сроки малозаметны и об операции говорит лишь отсутствие ресниц в наружном отделе нижнего века.

Результаты исследования.

В первые годы разработки метода, иссечения новообразования век с применением биоматериала «Аллоплант», средний койко-день пребывания пациентов в стационаре составил $15,46 \pm 0,49$. В настоящее время этот срок составил $8,93 \pm 1,07$. Затем больные наблюдались в амбулаторных условиях.

В ближайшие сроки после операции во всех случаях наблюдали приживление Аллопланта, восстановленные веки сохраняли приданную форму и размеры. Аллоплант, сохраняющий в течение 20 суток белый цвет, постепенно розовел и к 6-му месяцу после операции мало отличался от нормальных тканей. При биомикроскопии в эти сроки мы наблюдали процесс эпителизации поверхности биоматериала и формирование сосудистого русла в подэпителиальном слое.

Послеоперационные осложнения (до 1 месяца после операции). У 3 пациентов (2%) наблюдали частичный (концевой) некроз кожного лоскута. У 3-х пациентов осложнения проявлялись в виде кератита, у 1 из этих пациентов кератит осложнился иридоциклитом. Во всех 3 случаях пациентам была проведена частичная резекция средней трети нижнего века. Три случая кератитов были связаны с оставлением или соскальзыванием фиксирующего шва на внутренней поверхности интермаргинального пространства. Средний возраст пациентов с осложнениями составил $66,78 \pm 3,1$ лет.

Причинами краевого некроза кожного лоскута являлись погрешности в кожной пластике на начальном этапе разработки способа, связанные с излишним натяжением лоскута и отсепаровкой слишком тонкого кожного слоя. Все послеоперационные осложнения купировали консервативными методами.

Ближайшие функциональные результаты оценивали как хорошие у 134 прооперированных пациентов (88,7%), как удовлетворительные – у 17 (11,3%), неудовлетворительных результатов не наблюдали. Ближайшие косметические результаты оценивали как хорошие у всех 100% пациентов.

Отдаленные результаты оценивали при сроках наблюдения более 1 года. Отдаленный функциональный результат операций оценивали как хороший у 148 пациентов (98%), как удовлетворительный – у 3 пациентов (2%). Отдаленный косметический результат операции

оценивали как хороший у всех пациентов. Рецидивов базальноклеточного рака за период наблюдения не выявили.

Вывод

Аллотрансплантаты серии Аллоплант могут быть успешно применены с целью создания каркаса век и прочной его фиксации при пластической реконструкции после частичной сквозной резекции век. Этим исключается необходимость применения травматичных и многоэтапных хирургических манипуляций по забору аутогенных тканей. Возможность одномоментной реконструкции века позволяет проводить хирургические лечения рака век более радикально.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анищенко И.С., Бехтерова Е.И., Чикин В.Н. Хирургическое лечение рака кожи конечностей// Хирургия.- 1981.- N 11.-С.80-83.
2. Алиев Д.А. Пластические операции при раке кожи// Вопросы онкологии. - 1976.- Т.22.- N8.- С.71-76.
3. Блохин Н.Н., Аббасов А.Т. Первичная кожная пластика при хирургическом лечении рака кожи// Вестник хирургии им. Грекова.- 1965.- Т.14.- N2.- С.71-74.
4. Гундорова Р.А. Пластика нижнего века при частичном дефекте или отсутствии его// Офтальмол.жур.- 1973.- N7.-с.483-485.
5. Гурьянов А.С. Применение аллосухожильного шовного материала при пластических операциях на лице: Автореферат дис. ...канд.мед.наук.- Санкт-Петербург, 1993.
6. Дунаевский В.А. Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей.- Ленинград: Медицина.- 1976.-С.191.
7. Зайкова М.В. Пластическая офтальмохирургия.-М.:Медицина.- 1980.- С.104-111.
8. Золтан Я. Пересадка кожи/ Пер. с венг. М.Алекса.- Будапешт: Изд.Академии наук Венгрии, 1984.- С.24-42, 120-151, 171.
9. Кнышевская А.Д., Иваницкая В.И., Шонтырь В.И. Лучевое лечение рака кожи.- Киев: Здоровье, 1985.- С.86.
10. Каллахан А. Хирургия глазных болезней.- М:Медгиз, 1963.-С.88-103.
11. Мулдашев Э.Р. Теоретические и прикладные аспекты создания аллотрансплантатов серии «Аллоплант» для пластической хирургии лица: Дис. ... д-ра мед.наук.- Санкт-Петербург, 1994.- С. 23-24.
12. Мулдашев Э.Р., Нигматуллин Р.Т. Способ смещения кожи при пластике: А.с. N919666 //Открытия, изобретения и товарные знаки.- Бюллетень N 14.- 1982.
13. Наумов П.В. Первичные восстановительные операции при лечении опухолей мягких тканей лица.- Москва: Медицина, 1973.-С.96.
14. Островская О.В. Отдаленные результаты хирургического лечения базалиом и плоскоклеточного рака кожи лица с использованием заменителей кожной пластики// Морфологические и функциональные изменения органов зуб.-чел. системы и их лечение.- Калинин, 1980.- С.114-115.
15. Праведников С.Н., Зорин Ю.А., Князев Б.В. Опыт первичного пластического замещения оперативных изъянов после удаления опухолей мягких тканей // 7-й Пленум Всесоюзного научного общества стоматологов и 3-й выездной сессии ЦНИИС по проблеме "Вопр. онкол. и стоматологии".- Москва, 1965.- С.78-80.
16. Салихов А.Ю. Хирургическое лечение рака век с использованием аллотрансплантатов серии «Аллоплант»: автореф. дисс. канд.мед.наук.-Уфа.-1996.-с.116.
17. Фокин В.П. Органосохранное лечение новообразований век, конъюнктивы и роговицы с использованием бета-терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Одесса, 1987. - С.3.
18. Andersen S.R. Tumors of the eye and its adnexa// Acta ophthalmol.- 1976.- Vol.54.- N1.- P.1-16.
19. Blomqvist G., Eriksson E., Lauritsen C. Surgical results in 477 basal cell carcinomas// Scand.J.Plast. and Reconstr.Surg.- 1982.- Vol.16.- N3.- P.283-285.
20. Campbell R.J. Histological typing of tumors of the eye and its adnexa//World Health Organization//International histological classification of tumors.-1998.-с.115.
21. Cutler N.L., Beard C. A method for partial and total upper lid reconstruction// Ann.J.Ophthalmol.- 1955.- Vol.39.-P.1-7.
22. Crawford J.S., Nature of fascia lata and its fate after implantation// Am.J.Ophthalmol.-1969.-Vol.67.-P.900-907,
23. Fox S., Beard C. Spontaneous lid repair// Ann.J.Ophthalmol.- 1964.- Vol.58.- P.947-952.
24. Francis J.C., Beneske P.S., Kappagoda M. A ten-year hospital survey of eyelid cancer// Austr.J.Ophthalmol.- 1984.

25. Gilbard S.M. Malignant tumors of the eyelid// Cancer Bull.-1985.-Vol.37.-N1.-P.20-27.
26. Gole G., Roper-Hall M., Gabarro O. Tumors of the lids and adnexa// In: Plast. and reconstr. surg. of the eye and adnexa.-1962.- P.185-219.
27. Hornblass A. Oculoplastic, Orbital and Reconstructive Surgery.-Baltimore:Williams & Wilkins, 1988.- Vol.1.- P.193-211, 640.
28. Menezes A., Peres J., Ruiz-Vil-Ramor E. et al. Clinicopathological study of an outbreak of squamous cell carcinoma//Vet.Rec.-1997.-Vol.141, N23.-P.597-600.
29. Mustarde J.C. Repair and reconstruction in the Orbital region.- Edinburgh, Churchill-Livingstone. -1979.
30. Reese A.B. Tumors of the Eye, (ed) 3.- New York: Harper & Row.- 1976.
31. Rubin PA, Fay AM, Remulla HD, Maus M. Ophthalmic plastic applications of acellular dermal allografts. Ophthalmology 1999; 106: 2091-7.
32. Soll D.B., Management of Complications in Oculoplastic Surgery.- Birmingham: AL, Aesculapius, 1976.
33. Shorr N, Perry JD, Goldberg RA, Hoenig J, Shorr J. The safety and applications of acellular human dermal allograft in ophthalmic plastic and reconstructive surgery: a preliminary report. Ophthal Plast Reconstr Surg 2000; 16: 223-30.
34. Vaughn G., Dortzbach R. Eyelid Malignancies//Ophthalmology/Eds. M.Yanoff, J.Dukhes.-London, Philadelphia, Sydney, Tokyo: Mosby.-1999.-Sect.7, 12.1-12.10.