

ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

УДК 617.7:301

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ АНОФТАЛЬМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*А. Н. Бараш¹, Т. М. Шаршакова¹, Г. Ф. Малиновский²*¹Гомельский государственный медицинский университет²Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы по проблеме анофтальмического синдрома, социальной адаптации человека с данной патологией. Описываются основы формирования качественной опорно-двигательной культы с последующим достижением косметического эффекта с помощью глазного протезирования.

Ключевые слова: протезирование, анофтальм, эвисцерация, энуклеация, качество жизни, имплантат.

MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS IN ANOPHTHALMIC SYNDROME

*A. N. Barash¹, T. M. Sharshakova¹, G. F. Malinovsky²*¹Gomel State Medical University²Belarusian Medical Academy for Postgraduate Education, Minsk

National and foreign literature on the problem of anophthalmic syndrome and social adaptation of people with this pathology has been surveyed. The article describes bases of formation of a qualitative support-motor eyeball stump with the following achievement of cosmetic effect by means of eye prosthetics.

Key words: prosthetics, anophthalmic syndrome, evisceration, enucleation, quality of life, implant.

На современном этапе развития медицины качество жизни людей признается одним из ключевых понятий, включающим удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием, и является важнейшим критерием общего благосостояния и здоровья населения [1, 23]. Глазное протезирование и эктопротезирование являются важным этапом реабилитации пациентов с анофтальмом [2].

Тяжелая офтальмопатология нередко приводит к необходимости удаления глазного яблока. Однако многие современные исследователи подчеркивают, что после его проведения значительно возрастает риск развития анофтальмического синдрома, сопровождающегося целым рядом косметических дефектов (уменьшение объема конъюнктивальной полости, глубокое расположение косметического протеза в орбите, неудовлетворительная его подвижность, углубление верхней орбито-пальпебральной борозды, опущение верхнего и отвисание нижнего века и др.) [3, 4], и считают удаление глазного яблока без создания опорно-двигательной культы «калечащей операцией» [3, 5]. Основопологающим фактором, от которого зависит косметический эффект индивидуального протезирования, является формирование качественной опорно-двигательной культы, создание которой после энуклеации возможно только

путем введения в полость глазницы имплантата, позволяющего восполнить недостающий объем глазничного органокомплекса [6, 7, 8].

По данным научных публикаций, на территории СНГ более 600 тыс. человек пользуются глазными протезами после энуклеации [9]. Число нуждающихся в глазном протезировании составляет в среднем 20,7–22,3 на 10 тыс. городского и сельского населения. В России свыше 12 тыс. пациентов ежегодно нуждаются в удалении слепых обезображивающих глаз с явлениями воспаления. В большинстве случаев данную категорию пациентов составляют люди трудоспособного возраста — до 40 лет, что обуславливает необходимость получения высоких косметических результатов операции [6].

Данные отечественных и зарубежных литературных источников свидетельствуют, что к потере глазного яблока чаще всего приводят травмы глаза, некомпенсированная болящая глаукома, воспалительные и врожденные процессы, злокачественные новообразования глаза [2, 3, 6]. По данным В. Л. Красильниковой, за период с 1999 по 2009 гг. в Республиканском офтальмологическом центре микрохирургии глаза, расположенном на базе учреждения здравоохранения «10-я городская клиническая больница г. Минска», выполнено 276 энуклеаций. Проведенный анализ причин удаления глазно-

го яблока показал, что наибольший удельный вес составляют травмы органа зрения — 34,6–50 %, терминальная глаукома с выраженным болевым синдромом — 23,5 %, офтальмологические осложнения сахарного диабета — 18,4 %, онкологические заболевания глаз — 7,8 %. Возраст пациентов составил от 8 до 92 лет. Пластика глазницы с созданием подвижной опорно-двигательной культи, являющаяся основой для последующего адекватного подбора протеза, выполнена только в 52,8 % случаев [6].

Удаление глаза является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для пациента, особенно для детей и женщин, провоцирует развитие у них таких личностных особенностей, как повышенная сензитивность, раздражительность, обидчивость, сопровождающихся чувством стыда, брезгливостью, опасениями негативных проявлений со стороны окружения, что приводит к сужению круга контактов, развитию самоуничижительных и суицидальных тенденций. Значительно осложняется адаптация человека, лишённого глаза, к окружающей среде, ограничивается возможность выбора профессии, часто утрачиваются профессиональные навыки. Внезапная потеря бинокулярного зрения, нарушение в оценке расстояния и глубины пространства вызывают трудности как при выполнении простых функций в быту, так и при производственной деятельности, что в итоге отрицательно отражается на психологическом статусе данной категории пациентов. Некоторые из них замыкаются в себе, другие предъявляют множество жалоб, носящих навязчивый характер, в связи с возникшим невротическим состоянием, что в ряде случаев требует консультирования психолога и лечения у невропатолога и психиатра. Тяжесть состояния может быть обусловлена возможностью сочетанного поражения различных структур глаза, длительностью и непредсказуемостью развития посттравматических процессов, трудностей в оценке показаний к проведению медицинских реабилитационных мероприятий. Протезирование глаза уменьшает психологическую травму, способствует быстрой реабилитации инвалидов с данной патологией [10].

Вышеуказанные обстоятельства, а также внезапная потеря зрения у данной категории пациентов оказывают помимо прочего значительное негативное влияние на весь комплекс социального функционирования человека (личного, профессионального, семейно-бытового), затрудняя его последующую реадaptацию к повседневной жизни, нередко приводя к необходимости смены своей профессии и даже к инвалидизации [3]. Возникающий после энуклеации психогенный стресс, по мнению М. М. Шишкина, надолго «изолирует» больных от окру-

жающего мира, что существенно отражается на их личностно-социальном статусе. Несоввершенство глазного протезирования и обусловленные этим косметические дефекты способствуют формированию своего рода «комплекса неполноценности» у таких людей [3], качество жизни при этом резко снижается [3, 11, 12]. На сегодняшний день единственным методом медико-социальной реабилитации лиц с анофтальмом остается глазное протезирование в сочетании с реконструктивно-пластической хирургией опорно-двигательной культи [13].

В тех случаях, когда не удается восстановить анатомическую целостность глазного яблока, пациенту выполняются другие виды органосохраняющих операций, направленных на создание подвижной опорно-двигательной культи для достижения максимального косметического эффекта (эвисцерация, эвисцероэнуклеация и др.), результат которых во многом обусловлен типом используемого имплантата.

Под органосохраняющей хирургией в офтальмотравматологии следует понимать комплекс современных микрохирургических мероприятий, направленных на максимальное сохранение хотя бы минимальных анатомо-функциональных и косметических характеристик поврежденного глаза, а также на создание условий для предупреждения развития посттравматической субатрофии глазного яблока и поддержание необходимого офтальмотонуса [12].

Органосохраняющая направленность современной офтальмологии ставит вопрос о выборе тактики оперативного лечения патологически измененного и утратившего зрительные функции органа зрения с целью создания опорно-двигательной культи, отвечающей косметическим требованиям. При этом степень медико-социальной реабилитации пациента, утратившего зрительные функции, во многом зависит от способа удаления патологически измененных оболочек глазного яблока и типа использованного для формирования опорно-двигательной культи имплантационного материала [12].

Однако, несмотря на всю важность проблемы, качество произведенных операций зачастую остается неудовлетворительным. Формирование опорно-двигательной культи производится не более чем в 20 % случаев [14, 15, 16]. Это, в свою очередь, ведет к получению низких косметических результатов и формированию анофтальмического синдрома [17]. Нередко даже с имплантатом у пациентов отмечается ограничение подвижности глазного протеза, наблюдается асимметрия между протезированной орбитой и здоровым глазом, что тяжело переживается пациентами и ведет к психологической травме. Большинство офтальмохирургов считают энуклеацию довольно простой опера-

цией и не уделяют должного внимания косметическому эффекту, и только ограниченное число специалистов постоянно ведет разработки по улучшению технологии эвисцероэнуклеации и поиск новых материалов для имплантатов.

Второй половиной успешного протезирования и хорошего косметического эффекта является правильный выбор имплантата. Наиболее распространенными из них в настоящее время являются аутоотрансплантаты (изолированные жировые лоскуты и дермо-жировые имплантаты), аллотрансплантаты (подкожная жировая клетчатка стопы и реберный хрящ), эксплантаты (из пористого политетрафторэтилена, силиконовые, гидрогелевые, из углеродных композитов (карботекстим-М), кораллового и искусственного гидроксиапатита и др.) [3, 4, 6, 12]. Выбор имплантата является ведущим условием для достижения максимального косметического эффекта после подбора индивидуального тонкостенного протеза [12].

Наиболее существенным недостатком биологических материалов, используемых для формирования опорно-двигательной культуры, является их частая резорбция, а твердые имплантаты склонны к обнажению, миграции и отторжению, так как они не имеют связи с теноновой капсулой и ее сосудами, что замедляет их васкуляризацию и приживаемость [18]. В нашей стране среди материалов для формирования опорной культуры широкое распространение получили аутодермальножировые вкладыши и конструкции из композиционного материала на основе высокопористой алюмооксидной пенокерамики и нанокристаллическою гидроксиапатита. Недостатки жировых вкладышей — добавочная операция для взятия материала и то, что, по мнению некоторых авторов [6], культура, сформированная путем пересадки жировых или дермально-жировых имплантатов, склонна к значительному уменьшению за счет резорбции и сморщивания жира, что приводит к западению косметического протеза. Однако жир до сих пор используют в качестве имплантата [5, 19, 20, 21].

Для конструкций из композиционного материала на основе высокопористой алюмооксидной пенокерамики и нанокристаллическою гидроксиапатита [6] кроме высокой стоимости свойственны такие недостатки, как обнажение и отторжение, возможность инфицирования имплантата [22].

Все это дает основание утверждать, что создание мобильной опорно-двигательной культуры и повышение косметического эффекта протезирования является актуальной и социально значимой проблемой, что обосновывает необходимость активно продолжать исследование этой темы, разработки оптимальной технологии эвисцероэнуклеации и поиск имплантата, отвечающего современным требованиям, а

именно: используемый вкладыш-имплантат должен обеспечивать высокую подвижность формируемой культуры, являться хорошей основой для глазного протеза, адекватно возмещать объем содержимого орбиты, иметь минимальные возможности к миграции, низкий удельный вес, не обладать канцерогенными свойствами, хорошо переноситься тканями, не вызывать аллергических реакций. В дополнение к этому имплантат должен быть выгоден с экономической точки зрения, прост в стерилизации, имплантации, универсален для энуклеации, эвисцерации и отсроченной имплантации. Значительный социальный и экономический ущерб, обусловленный обозначенной тяжелой офтальмопатологией, выдвигает проблему совершенствования организации медицинской помощи данной категории пациентов в число актуальных научно-практических задач здравоохранения. Своевременная и адекватная пластика глазницы после эвисцероэнуклеации позволяет повысить социальную активность пациентов с анофтальмом, снижает дополнительные затраты на медикаменты и труд врача при необходимости повторных операций и способствует повышению качества жизни пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Калинина, Т. В. Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья / Т. В. Калинина // Медицина. — 2008. — № 4. — С. 7–9.
2. Принципы и методы реабилитации больных с глазной патологией: сб. науч. тр. / Е. Н. Вериго [и др.]. — М., 1988. — С. 38–42.
3. Филатова, И. А. Анофтальм. Патология и лечение / И. А. Филатова. — М., 2007. — 213 с.
4. Николенко, В. П. Результаты использования орбитальных имплантатов из пористого политетрафторэтилена: тез. докл. VII съезда офтальмологов России / В. П. Николенко. — М., 2005. — С. 656.
5. Шиф, Л. В. Глазное протезирование / Л. В. Шиф. — М.: Медицина, 1981. — 16 с.
6. Красильникова, В. Л. Анофтальм и косметическое протезирование глазного яблока: учеб. пособие / В. Л. Красильникова. — Минск: БелМАПО, 2009. — 30 с.
7. Морозова, О. Д. Глазное протезирование после пластических операций / О. Д. Морозова // Вестн. офтальмол. — 1989. — Т. 105, № 5. — С. 16–19.
8. Callahan, A. Ophthalmic Plastic and Orbital Surgery / A. Callahan. — Birmingham, AL., Aesculap, 1999.
9. Друянова, Ю. С. О методике протезирования атрофических и субатрофических глаз / Ю. С. Друянова // Вестн. офтальмол. — 1994. — № 3. — С. 39–40.
10. Разумовский, М. И. Медико-социальные проблемы офтальмопротезирования / М. И. Разумовский // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2004. — № 2. — С. 50–53.
11. Бойко, Э. В. Органосохранная хирургия при тяжелой травме глаза / Э. В. Бойко // Вестн. национальн. мед.-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова. — 2011. — Т. 6, № 3. — С. 105–110.
12. Сосновский, С. В. Анализ отдаленных осложнений после формирования опорно-двигательной культуры глазного яблока имплантатом из пористого политетрафторэтилена при задней эвисцерации / С. В. Сосновский // Вестн. национальн. мед.-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова. — 2011. — Т. 7, № 1. — С. 42–45.
13. Гундорова, Р. А. Вопросы эпидемиологии и реабилитации лиц с анофтальмом на территории Российской Федерации / Р. А. Гундорова // Вестн. офтальмол. — 2007. — Т. 123, № 3. — С. 42–46.
14. Друянова, Ю. С. Формирование культуры после энуклеации / Ю. С. Друянова // Вестн. офтальмол. — 1990. — Т. 106, № 6. — С. 28–29.
15. Неотложная помощь, реабилитация и лечение осложнений при травмах органа зрения в чрезвычайных ситуа-

циях матер. науч.-практ. конф. / Е. С. Либман [и др.]. — М., 2003. — С. 5–8.

16. Филатова, И. А. Обнажение орбитальных имплантатов: причины и лечение / И. А. Филатова, М. Г. Катаев, А. Х. Харб // Вестн. офтальмол. — 2008. — Т. 124, № 3. — С. 36–42.

17. Филатова, И. А. Усовершенствованный метод удаления глазного яблока с рашеплением склеры / И. А. Филатова, М. З. Бе-рара, А. Х. Харб // Офтальмохирургия. — 2007. — № 2. — С. 28–32.

18. O'Donnell, B. A. Enuclation versus evisceration / B. A. O'Donnell, R. Kersten, A. McNab // Clin. Experiment. Ophthalmol. — 2005. — Vol. 33, № 1. — P. 5–9.

19. Аллотрасплантаты для офтальмохирургии / Э. Р. Мул-дашев [и др.]. — Уфа, 1987. — С. 12–15.

20. Покровский, А. И. Многотомное руководство по глаз-ным болезням / А. И. Покровский. — М., 1959. — Т. 4. — С. 70.

21. Сироткина, И. А. Актуальные проблемы клинической офтальмологии: тез. докл. науч.-практ. конф. / И. А. Сироткина. — Челябинск, 1999. — С. 213–214.

22. Лузьянина, В. В. Изучение свойств имплантатов для пластики опорно-двигательной глазной культи / В. В. Лузьянина // Вестн. ОГУ. — 2009. — № 12. — С. 84–87.

23. Шаршакова, Т. М. Опыт изучения качества жизни детей в развитых странах / Т. М. Шаршакова, Л. М. Злотникова, Л. Г. Соболе-ва // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. 16-й итоговой научной сессии Гомельского государственного медицинского ун-та. — Гомель, 2007. — Вып. 7, Т. 4. — С. 121–124.

Поступила 08.05.2015

УДК 617.5-089.844

ВАРИАНТЫ ЗАКРЫТИЯ ПЕРВИЧНЫХ АСЕПТИЧЕСКИХ РАН НА ЛИЦЕ И ШЕЕ БЕЗ НАТЯЖЕНИЯ

В. А. Кривенчук¹, З. А. Дундаров²

¹Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека, г. Гомель

²Гомельский государственный медицинский университет

В обзоре литературы дано описание различных методов закрытия раневых дефектов и проанализированы современные литературные данные о заживлении первичных асептических ран на лице и шее без натяжения.

Ключевые слова: раны, лицо, шея, первичные асептические раны.

VARIANTS OF PRIMARY ASEPTIC WOUND HEALING ON THE FACE AND NECK WITHOUT TENSION

V. A. Krivenchuk¹, Z. A. Dundarov²

¹Republican Research Center for Radiation Medicine
and Human Ecology, Gomel

²Gomel State Medical University

This review of literature describes different methods of wound defect healing and analyzes modern literature data on repairs of primary aseptic wounds on the face and neck without tension.

Key words: wounds, face, neck, primary aseptic wounds.

Любое хирургическое вмешательство начинается с оперативного доступа, что приводит к формированию раны и в последующем послеоперационного рубца. Это является биологической закономерностью, расценивается хирургом и пациентом как «неизбежное зло». В ряде случаев есть возможность «переноса» рубцов в наименее заметные места: волосистую часть головы, подмышечную область при выполнении тиреоидэктомии, заушную область при удалении доброкачественных образований мягких тканей шеи. Возможно использование эндоскопической техники как для «переноса» рубцов, так и для уменьшения их протяженности. Однако указанные варианты возможны не всегда. Важной особенностью является длительность формирования рубцовой ткани: этот процесс может занимать несколько месяцев, а иногда и лет. Только после этого возможна окончательная оценка рубца.

Известны разные варианты ведения раневого процесса. В ряде случаев хирург и пациент сталкиваются с открытой травмой тканей. Такая ситуация расценивается хирургом и пациентом как наступившее незапланированное повреждение и воспринимается как результат случайных обстоятельств. Одни пациенты предъявляют максимальные требования к шву раны, для других безразлично, какова протяженность и размеры рубца. При этом большая степень ответственности хирурга снимается именно за счет того, что повреждение получено при форс-мажорных обстоятельствах и в условиях антисептичности.

Есть иные случаи, когда ни пациент, ни хирург не уделяют пристального внимания качеству послеоперационного рубца: при экстренных хирургических вмешательствах, при хирургическом лечении злокачественных новообразований, так как в этой ситуации речь идет о спасении жизни человека.