

DOI: <https://doi.org/10.17816/OV101088>

Научная статья

Патомимия в практике врача-офтальмолога – сложный клинический случай

В.В. Потемкин^{1, 2}, О.А. Марченко², Е.В. Гольцман², Л.К. Аникина¹, Е.К. Гладышева¹¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия;² Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург, Россия

Несуицидальные самоповреждения встречаются в практике врачей всех специальностей. В рамках данной статьи будет представлен клинический случай хирургического лечения пациентки с патомимией и лагофталмом.

Ключевые слова: патомимия; несуицидальные самоповреждения; рубцовый лагофтальм.

Как цитировать:

Потемкин В.В., Марченко О.А., Гольцман Е.В., Аникина Л.К., Гладышева Е.К. Патомимия в практике врача-офтальмолога — сложный клинический случай // Офтальмологические ведомости. 2021. Т. 14. № 4. С. 73–78. DOI: <https://doi.org/10.17816/OV101088>

Рукопись получена: 11.10.2021

Рукопись одобрена: 18.11.2021

Опубликована: 29.12.2021

DOI: <https://doi.org/10.17816/OV101088>

Research article

Pathomimia in a practice of an ophthalmologist

Vitalii V. Potemkin^{1, 2}, Olga A. Marchenko², Elena V. Goltsman², Liliya K. Anikina¹, Ekaterina K. Gladysheva¹

¹ Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia;

² City Multidiscipline Hospital No. 2, Saint Petersburg, Russia

Non-suicidal self-inflicted injuries are encountered in the practice of doctors of all specialties. Within the framework of this article, a case of surgical treatment of a female patient with pathomimia and lagophthalmos will be presented.

Keywords: pathomimia; non-suicidal self-inflicted injuries; cicatricial lagophthalmos.

To cite this article:

Potemkin VV, Marchenko OA, Goltsman EV, Anikina LK, Gladysheva EK. Pathomimia in a practice of an ophthalmologist. *Ophthalmology Journal*. 2021;14(4):73-78. DOI: <https://doi.org/10.17816/OV101088>

Received: 11.10.2021

Accepted: 18.11.2021

Published: 29.12.2021

ВВЕДЕНИЕ

Несуицидальные самоповреждения представляют собой вариант аутоагрессии без намерения лишиться жизни [1, 2]. Один из сложных аспектов проблемы — установка диагноза, в связи с тем что зачастую пациенты обращаются не к психиатрам, а к врачам других специальностей ввиду необходимости лечения последствий самоповреждений. С данными состояниями встречаются врачи всех специальностей, и офтальмологи — не исключение.

Самоповреждение глаз может включать различные формы: от энуклеации глаз до поверхностных повреждений переднего отдела глаза. Так, в литературе были описаны случаи энуклеации [3–6], повреждения орбиты [7–11], глазной поверхности, а также переднего [12–15] и заднего сегментов глазного яблока [16–20]. Одной из самых часто встречающихся форм несуйцидального самоповреждения является травмирование кожи — патомимия [21]. В рамках данной статьи будет представлен клинический случай пациентки с несуйцидальными самоповреждениями кожи век и окружающих тканей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка, 49 лет, была госпитализирована по неотложной помощи на отделение офтальмологии № 5 СПбГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» в связи с наличием рубцового лагофтальма. При поступлении предъявляла жалобы на неполное смыкание правой глазной щели, длительно незаживающую рану мягких тканей лица, сопровождающуюся болью и постоянным ощущением инородного тела (со слов, «остатки силикона в краях раны от введённых косметических филлеров»). Рану обрабатывает самостоятельно, какое-либо травмирование отрицает, при этом подробно рассказывает о том, как «убирает частицы ощущаемого силикона путем давления на края раны, что приводит к его выходу из раны как прозрачной жидкости».

Из анамнеза известно, что, начиная с 1990-х годов, многократно получала различные косметические инъекции в области лица. Первый эпизод болевого синдрома с некрозом тканей и длительно незаживающей раной был отмечен в 2004 г., после проведённой ринопластики. На основе предоставленной пациенткой медицинской документации был проанализирован анамнез заболевания: 2017 г. — хирургическое лечение длительно незаживающей раны в области верхней трети левой носогубной складки; 2019 г. — хирургическое лечение длительно незаживающей раны в области лба; 2019 г. — отказ в хирургическом лечении длительно существующего сквозного дефекта мягких тканей спинки и перегородки носа слева.

Одним из самых сложных аспектов данного клинического случая был психический статус пациентки. Согласно данным предоставленной пациенткой медицинской документации, у психиатров консультировалась многократно: психиатрической патологии не выявлено. Однако,

в 2019 г., в рамках одной из госпитализаций пациентка была консультирована психиатром и был выставлен диагноз: «Развившийся ипохондрический бред».

При разговоре с пациенткой обращает внимание тот факт, что пациентка в разговоре постоянно дотрагивается до ран, сдавливая их края и выдавливая сукровичное отделяемое, поднимает кожный лоскут, не испытывая при этом боли. Принимает сукровичное отделяемое и гранулированную поверхность раны за инородные тела, остатки филлеров. Жалобы пациентки систематизированы в соответствии с имеющейся у неё концепцией болезни, критика к собственному состоянию отсутствует.

При объективном осмотре на поверхности кожи лица в области века, брови и лба справа имеется сквозной кожный дефект клиновидной формы, размерами 6,0 × 4,0 см, хроническая фибринозно-гранулирующая рана с признаками эпителизации, а также лагофтальм 3 мм (рис. 1). Рана имеет ровные, подвёрнутые края с участками мелких кровоизлияний, фибрина. По бокам раны сформированы карманы. Дно раны представлено грануляционной тканью бледного цвета, со слабым контактным кровотечением, без отделяемого, в том числе гнойного. Стоит также отметить наличие на лице множественных пересаженных кожных лоскутов неправильной формы, а также асимметричность лица за счёт рубцовой деформации мягких тканей в области левой носогубной складки, области спинки носа, глательлы (рис. 2).

Несмотря на явные признаки у пациентки элементов несуйцидального самоповреждения, хирургическое лечение было необходимо ввиду наличия рубцового лагофтальма. Хирургическому лечению предшествовала спиральная компьютерная томография орбит для оценки состояния тканей в предполагаемой области операции и исключения наличия силикона. Данных о наличии силикона как в орбите, так и в окружающих тканях получено не получено. В области верхнего века в каждом кармане у края раны определяется пузырёк воздуха (рис. 3, а, б). Стоит отметить, что, в отличие от воздуха, силикон имеет гораздо большую, близкую к костной, плотность.

Была выполнена трансплантация свободного кожного лоскута из заушной области. Первым этапом произведено иссечение кожи краёв раны (рис. 4, а) и удаление грануляционной ткани со дна и краёв (рис. 4, б, с). Материал направлен на гистологическое исследование.

В заушной области скальпелем выделен полнослойный кожный трансплантат размерами ~6,0 × 4,0 см, иссечён (рис. 5, а), выполнен гемостаз (рис. 5, б). Края раны мобилизованы, ушиты узловыми швами (рис. 5, с).

Полнослойный свободный кожный трансплантат уложен по размеру дефекта, фиксирован направляющими узловыми швами, далее непрерывным швом края раны адаптированы по всему периметру (рис. 6, а, б).

В послеоперационном периоде была наложена давящая повязка. Пациентка находилась в течение недели под наблюдением. При выписке приживление лоскута было полное, края полностью адаптированы, диастаза



Рис. 1. Внешний вид раны до хирургического лечения, дно раны представлено грануляционной тканью, по краям имеются глубокие карманы, несмыкание глазной щели составляет 3 мм

Fig. 1. Appearance of the wound before surgery, granulation tissue in the wound bed, profound pockets at the edges, incomplete eyelid closure (3 mm)



Рис. 2. Множественные пересеженные кожные лоскуты, рубцовая деформация спинки носа

Fig. 2. Multiple transplanted skin flaps, cicatricial deformity of the bridge of the nose

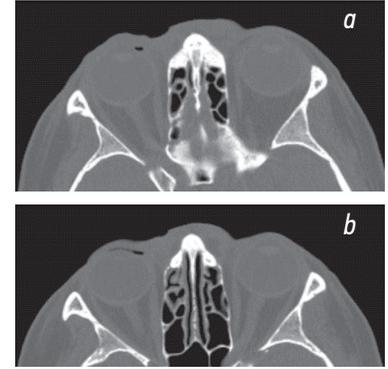


Рис. 3. Спиральная компьютерная томограмма орбит: *a, b* — пузырьрёк воздуха в области верхнего века справа

Fig. 3. Spiral computed tomogram of orbits. *a, b* – air bubble at the right of the upper eyelid area

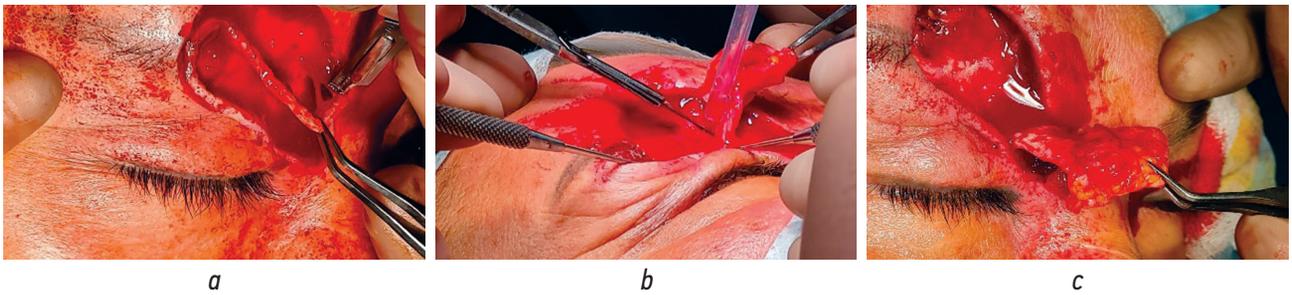


Рис. 4. Этапы операции: обновление краёв раны (*a*), удаление грануляционной ткани со дна и краёв (*b, c*)

Fig. 4. Stages of surgery: renewal of the wound edges (*a*) and removal of granulation tissue from the bottom and from the edges (*b, c*)

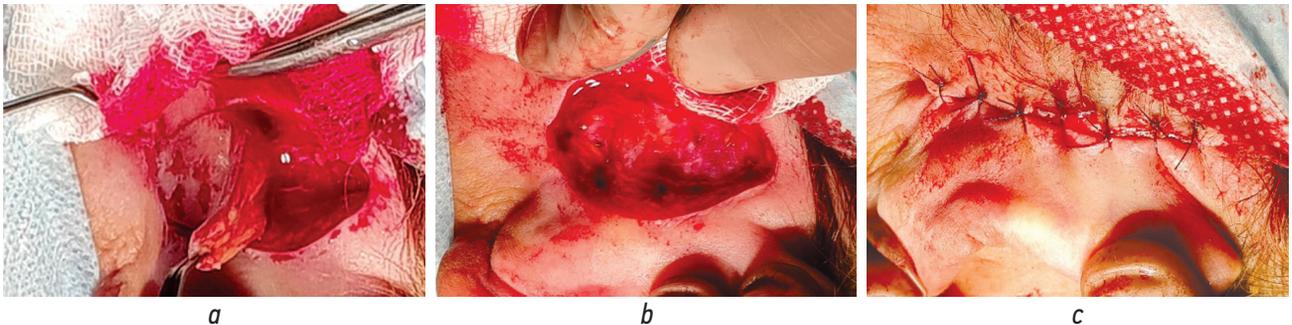


Рис. 5. Этапы операции. Заушная область: кожный трансплантат изъят (*a*), гемостаз (*b*), рана ушита узловыми швами (*c*)

Fig. 5. Stages of surgery. Behind-the-ear area: skin graft is removed (*a*), hemostasis (*b*), wound sutured with interrupted sutures (*c*)



Рис. 6. Закрытие дефекта свободным кожным лоскутом (*a*), фиксация узловыми и непрерывным швами (*b*)

Fig. 6. Defect closure with a free skin flap (*a*), fixation with interrupted and running sutures (*b*)



Рис. 7. Внешний вид раны через месяц после операции

Fig. 7. Appearance of the wound. One month after surgery

либо некроза не отмечено. Рана в заушной области также была состоятельна, без признаков воспаления.

При контрольном осмотре на 14-й день края раны адаптированы, приживление лоскута полное, без признаков отторжения. Послеоперационные швы сняты.

Через месяц после операции пациентка вновь обратилась на отделение с жалобами на сквозную рану кожи, наличие, с её слов, очагов некроза по краям (рис. 7). Со слов, в зоне послеоперационной раны ею были вновь обнаружены остатки силикона, и она попыталась их удалить. Пациентке вновь было выполнено аналогичное предыдущему хирургическое лечение, учитывая наличие лагофтальма (рис. 7, 8).

К сожалению, итог повторного вмешательства так же был аналогичен предыдущему. В третий раз пациентке было отказано в хирургическом лечении, так как несмыкание глазной щели составляло менее 1 мм и признаков ксероза роговицы не было.

Основной вывод, который нам бы хотелось сделать: хирургическое лечение больных, страдающих несуйцидальными самоповреждениями, не представляется в должной мере эффективным без предварительной психиатрической коррекции медикаментами и/или терапией. Пациентка была повторно направлена на консультацию в психоневрологический диспансер для коррекции состояния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несуйцидальные самоповреждения приводят к клинически значимым страданиям, а также вызывают проблемы во всех сферах жизни, поэтому своевременное оказание профильной психиатрической помощи является неотъемлемой частью достижения успеха в лечении таких пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сергеев И.И., Левина С.Д. Несуйцидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра. Москва: Цифровичок, 2009. 171 с.
2. Meszaros G., Horvath L.O., Balazs J. Selfinjury and externalizing pathology: a systematic literature review // BMC Psychiatry. 2017. Vol. 17. No. 1. ID160. DOI: 10.1186/s12888-017-1326-y
3. Khan J.A., Buescher L, Ide C.H., Pettigrove B. Medical management of self-enucleation // Arch Ophthalmol. 1985. Vol. 103. No. 3. P. 386–389. DOI: 10.1001/archoph.1985.01050030082027
4. Field H.L., Waldfoegel S. Severe ocular self-injury // Gen Hosp Psychiatry. 1995. Vol. 17. No. 3. P. 224–227. DOI: 10.1016/0163-8343(95)00031-l
5. Jones N.P. Self-enucleation and psychosis // Br J Ophthalmol. 1990. Vol. 74. No. 9. P. 571–573. DOI: 10.1136/bjo.74.9.571
6. Stannard K., Leonard T., Holder G., Shilling J. Oedipism reviewed: a case of bilateral ocular self-mutilation // Br J Ophthalmol. 1984. Vol. 68. No. 4. P. 276–280. DOI: 10.1136/bjo.68.4.276
7. Tapper C.M., Bland R.C., Danyluk L. Self-inflicted eye injuries and self-inflicted blindness // J Nerv Ment Dis. 1979. Vol. 167. No. 5. P. 311–314. DOI: 10.1097/00005053-197905000-00008
8. Lasky J.B., Epley K.D., Karesh J.W. Household objects as a cause of self-inflicted orbital apex syndrome // J Trauma. 1997. Vol. 42. No. 3. P. 555–558. DOI: 10.1097/00005373-199703000-00030
9. Bowen D.I. Self-inflicted orbitocranial injury with a plastic ballpoint pen // Br J Ophthalmol. 1971. Vol. 55. No. 6. P. 427–430. DOI: 10.1136/bjo.55.6.427
10. Albert D.M., Burns W.P., Scheie H.G. Severe orbitocranial foreign-body injury // Am J Ophthalmol. 1965. Vol. 60. No. 6. P. 1109–1111. DOI: 10.1016/0002-9394(65)92825-4
11. Shuttleworth G.N., Galloway P.H. Ocular air-gun injury: 19 cases // J Roy Soc Med. 2001. Vol. 94. No. 8. P. 396–399. DOI: 10.1177/014107680109400806
12. Yang H.K., Brown G.C., Magargal L.E. Self-inflicted ocular mutilation // Am J Ophthalmol. 1981. Vol. 91. No. 5. P. 658–663. DOI: 10.1016/0002-9394(81)90070-2
13. Palmowski A., Heinz G., Ruprecht K.W. Self-inflicted injuries of the eye: differential diagnosis of self-inflicted lacerating corneal injury // Klin Monatsbl Augenheilkd. 1994. Vol. 204. No. 1. P. 30–32. DOI: 10.1055/s-2008-1035498
14. Kennedy B.L., Feldmann T.B. Self-inflicted eye injuries: case presentations and a literature review // Hosp Community Psychiatry. 1994. Vol. 45. No. 5. P. 470–474. DOI: 10.1176/ps.45.5.470
15. Chern K.C., Meisler D.M., Wilhelmus K.R., et al. Corneal anesthetic abuse and *Candida* keratitis // Ophthalmology. 1996. Vol. 103. No. 1. P. 37–40. DOI: 10.1016/s0161-6420(96)30735-5

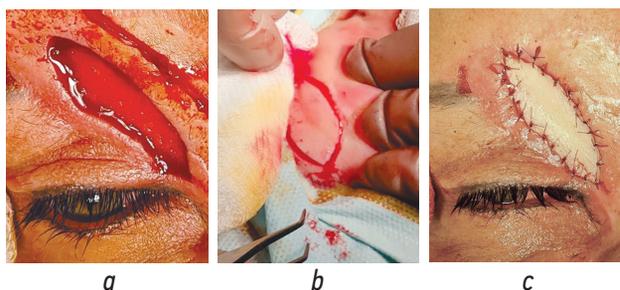


Рис. 8. Повторное хирургическое лечение: *a* — удаление грануляционной ткани и обновление краёв раны; *b* — взятие кожного лоскута из заушной области; *c* — фиксация кожного лоскута

Fig. 8. Repeated surgical treatment: *a* – removal of granulation tissue and renewal of the wound edges; *b* – taking a skin flap from the behind-the-ear area; *c* – fixation of the skin flap

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациента на публикацию медицинских данных и фотографий.

16. Brown R., al-Bachari M.A., Kambhampati K.K. Self-inflicted eye injuries // *Br J Ophthalmol.* 1991. Vol. 75. No. 8. P. 496–498. DOI: 10.1136/bjo.75.8.496
17. Ashkenazi I., Shahar E., Brand N., et al. Self-inflicted ocular mutilation in the pediatric age group // *Acta Paediatr.* 1992. Vol. 81. No. 8. P. 649–651. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1992.tb12323.x
18. Noel L.P., Clarke W.N. Self-inflicted ocular injuries in children // *Am J Ophthalmol.* 1982. Vol. 94. No. 5. P. 630–633. DOI: 10.1016/0002-9394(82)90008-3

REFERENCES

1. Sergeev II, Levina SD. *Nesuitsidal'nye samopovrezhdeniya pri rasstroistvakh shizofrenicheskogo spektra.* Moscow: Tsifrovichok, 2009. 171 p. (In Russ.)
2. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Selfinjury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):160. DOI: 10.1186/s12888-017-1326-y
3. Khan JA, Buescher L, Ide CH, Pettigrove B. Medical management of self-enucleation. *Arch Ophthalmol.* 1985;103(3):386–389. DOI: 10.1001/archophth.1985.01050030082027
4. Field HL, Waldfoegel S. Severe ocular self-injury. *Gen Hosp Psychiatry.* 1995;17(3):224–227. DOI: 10.1016/0163-8343(95)00031-l
5. Jones NP Self-enucleation and psychosis. *Br J Ophthalmol.* 1990;74(9):571–573. DOI: 10.1136/bjo.74.9.571
6. Stannard K, Leonard T, Holder G, Shilling J. Oedipism reviewed: a case of bilateral ocular self-mutilation. *Br J Ophthalmol.* 1984;68(4):276–280. DOI: 10.1136/bjo.68.4.276
7. Tapper CM, Bland RC, Danyluk L. Self-inflicted eye injuries and self-inflicted blindness. *J Nerv Ment Dis.* 1979;167(5):311–314. DOI: 10.1097/00005053-197905000-00008
8. Lasky JB, Epley KD, Karesh JW. Household objects as a cause of self-inflicted orbital apex syndrome. *J Trauma.* 1997;42(3):555–558. DOI: 10.1097/00005373-199703000-00030
9. Bowen DI. Self-inflicted orbitocranial injury with a plastic ballpoint pen. *Br J Ophthalmol.* 1971;55(6):427–430. DOI: 10.1136/bjo.55.6.427
10. Albert DM, Burns WP, Scheie HG. Severe orbitocranial foreign-body injury. *Am J Ophthalmol.* 1965;60(6):1109–1111. DOI: 10.1016/0002-9394(65)92825-4
11. Shuttleworth GN, Galloway PH. Ocular air-gun injury: 19 cases. *J Roy Soc Med.* 2001;94(8):396–399. DOI: 10.1177/014107680109400806

19. Stinnett J.L., Hollender M.H. Compulsive self-mutilation // *J Nerv Ment Dis.* 1970. Vol. 150. No. 5. P. 371–375. DOI: 10.1097/00005053-197005000-00005
20. Blackmon D.M., Calvert H.M., Henry P.M., Westfall C.T. Bacillus cereus endophthalmitis secondary to self-inflicted periocular injection // *Arch Ophthalmol.* 2000. Vol. 118. No. 11. P. 1585–1586. DOI: 10.1001/archophth.118.11.1585
21. Гребенюк В.Н. Патомимии (обзор литературы) // *Вестник дерматологии.* 1977. № 9. С. 28–32.

12. Yang HK, Brown GC, Magargal LE. Self-inflicted ocular mutilation. *Am J Ophthalmol.* 1981;91(5):658–663. DOI: 10.1016/0002-9394(81)90070-2
13. Palmowski A, Heinz G, Ruprecht KW. Self-inflicted injuries of the eye: differential diagnosis of self-inflicted lacerating corneal injury. *Klin Monatsbl Augenheilkd.* 1994;204(1):30–32. DOI: 10.1055/s-2008-1035498
14. Kennedy BL, Feldmann TB. Self-inflicted eye injuries: case presentations and a literature review. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45(5):470–474. DOI: 10.1176/ps.45.5.470
15. Chern KC, Meisler DM, Wilhelmus KR, et al. Corneal anesthetic abuse and *Candida* keratitis. *Ophthalmology.* 1996;103(1):37–40. DOI: 10.1016/s0161-6420(96)30735-5
16. Brown R, al-Bachari MA, Kambhampati KK. Self-inflicted eye injuries. *Br J Ophthalmol.* 1991;75(8):496–498. DOI: 10.1136/bjo.75.8.496
17. Ashkenazi I, Shahar E, Brand N, et al. Self-inflicted ocular mutilation in the pediatric age group. *Acta Paediatr.* 1992;81(8):649–651. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1992.tb12323.x
18. Noel LP, Clarke WN. Self-inflicted ocular injuries in children. *Am J Ophthalmol.* 1982;94(5):630–633. DOI: 10.1016/0002-9394(82)90008-3
19. Stinnett JL, Hollender MH. Compulsive self-mutilation. *J Nerv Ment Dis.* 1970;150(5):371–375. DOI: 10.1097/00005053-197005000-00005
20. Blackmon DM, Calvert HM, Henry PM, Westfall CT. Bacillus cereus endophthalmitis secondary to self-inflicted periocular injection. *Arch Ophthalmol.* 2000;118(11):1585–1586. DOI: 10.1001/archophth.118.11.1585
21. Grebenyuk VN. Patomimii (obzor literatury). *Vestnik dermatologii.* 1977;(9):28–32. (In Russ.)

ОБ АВТОРАХ

Виталий Витальевич Потемкин, канд. мед. наук, заведующий микрохирургическим отделением (глаза) № 5; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7807-9036>; eLibrary SPIN: 3132-9163; e-mail: potem@inbox.ru

Ольга Анатольевна Марченко, врач-офтальмолог; e-mail: oamarchenko@yandex.ru

Елена Владимировна Гольцман, врач-офтальмолог; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2568-9305>; e-mail: ageeva_elena@inbox.ru

***Лилия Камилевна Аникина**, аспирант; адрес: Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8794-0457>; e-mail: lily-sai@yandex.ru

Екатерина Константиновна Гладышева, ординатор кафедры офтальмологии; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9186-0994>; e-mail: gladysheva.e.k@ya.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

AUTHORS' INFO

Vitalii V. Potemkin, Cand. Sci. (Med.), Head of the Microsurgical Department (eyes) No. 5; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7807-9036>; eLibrary SPIN: 3132-9163; e-mail: potem@inbox.ru

Olga A. Marchenko, Ophthalmologist; e-mail: oamarchenko@yandex.ru

Elena V. Goltzman, Ophthalmologist; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2568-9305>; e-mail: ageeva_elena@inbox.ru

***Liliya K. Anikina**, Postgraduate student; address: 6–8, L'va Tolstogo st., Saint Petersburg, 197022, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8794-0457>; e-mail: lily-sai@yandex.ru

Ekaterina K. Gladysheva, Resident of the Department of Ophthalmology; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9186-0994>; e-mail: gladysheva.e.k@ya.ru