

## КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ БАРАНОВОЙ Н.А. И ДР. «ВЛИЯНИЕ ФОРМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ КУЛЬТЫ НА РЕЗУЛЬТАТ ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ РАЗНЫХ МЕТОДАХ УДАЛЕНИЯ ГЛАЗА»

Данная работа представлена группой авторов из Санкт-Петербурга, которые в течение многих лет продотворно занимаются вопросами глазного протезирования у пациентов, обращающихся за соответствующей помощью из различных городов нашей страны и зарубежных стран. За последние годы значительно возросло число офтальмохирургов, которые стали выполнять операции ликвидационного плана, представляющих собой специалистов с разным уровнем хирургической подготовки и приёмами выполнения подобных вмешательств.

Я очень рад появлению в нашем журнале не только технических статей с описанием вариантов выполнения операций, но и взгляда врача-протезиста с оценкой функциональной и эстетической составляющей компонентов работы.

Идеальный результат глазного протезирования — итог совместного труда офтальмохирурга, работающего по современным принципам, принятым в офтальмологической пластической и реконструктивной хирургии, и врача-протезиста, который завершает реабилитационный этап лечения, имея в арсенале и стекло и различные полимеры для изготовления наружных протезов. Сложно представить себе идеальный результат глазного протезирования, если, например, хирург грубо работал с мышцами или установил в склеральную полость имплантат, который имеет недостаточный, нестабильный или избыточный объём. Также мы не увидим достойного косметического результата, если при протезировании не были учтены, например, профиль передней поверхности сформированной опорной культи и при движении культи «проскальзывает» под протезом или само расположение, диаметр и цвет зрачка на наружном протезе отличаются от здоровой стороны. Многие, вероятно, помнят актёра Питера Фалька, сыгравшего роль лейтенанта Коломбо в популярном детективном сериале. Многие годы после удаления глаза актёр пользовался стеклянными и пластмассовыми протезами, но результат протезирования был далеко не идеален, что и стало одной из причин характерного прищура Фалька. Безусловно, поддерживая результаты, полученные в данной статье, предлагаю читателям, занимающимся вопросами хирургии слепых глаз, самостоятельно проанализировать собственный хирургический опыт и оценить полученные результаты не только с позиций оперирующего хирурга, но и пациента.

Нередки случаи, когда оперирующий врач не задумывается о последствиях своей работы, и представления о конечном результате у хирурга и пациента могут быть различны. Если первые недели пациент может находиться под определённым психологическим давлением со стороны офтальмохирурга, который видел все особенности глаза пациента и окружающих орбитальных тканей и доволен непосредственным результатом

выполненной операции, то через несколько месяцев, когда будут уходить отёки, связанные с хирургическим вмешательством, оценка результата пациентом может измениться. Примером могут служить клинические случаи травм глазного яблока и орбиты, если выполняется только формирование опорной культи без реконструктивной операции на деформированных костных структурах, когда протезированный глаз начинает «заваливаться», возникает энтофтальм протеза, углубление верхней орбиты-пальпебральной складки и т. д.

Именно поэтому крайне важно не только проводить тщательную предоперационную диагностику пациентов и планирование предстоящего вмешательства с предварительными расчётами имплантата, но и обсуждать с протезистом возможные варианты индивидуальных особенностей при последующем протезировании.

Разумеется, работая в команде, многих вопросов удаётся избежать сразу, и как результат такого консилиума — улучшение качества выполнения хирургического вмешательства и создание оптимальных условий для установки ранних и последующих индивидуальных глазных протезов. При отсутствии непосредственного контакта между оперирующим хирургом и врачом-протезистом при обращении пациента за протезной помощью к специалисту-протезисту тот должен обладать наиболее полной информацией в виде выписки об этом клиническом случае — характеристика оперированного глазного яблока и придаточного аппарата глаза перед операцией (состояние век, глазной щели, сводов, наличие и угол косоглазия, длина субатрофированного (буфтальмированного) глазного яблока и т. д.). Один из ключевых пунктов успешного и стабильного результата протезирования — наличие информации о выполненной операции (понимание единой терминологии) и диаметре (объёме) имплантированного материала при формировании культи. Для протезиста важно знать — в какие сроки офтальмохирург планирует первичное протезирование полости и какова кратность протезной реабилитации. Или, что делать с косоглазием сформированной культи — почему оно возникло, или косоглазие было у пациента перед операцией и хирург никаких действий не предпринимал, считая, что этим будет заниматься врач-протезист.

Конкретизируя и оттачивая свои профессиональные микрохирургические навыки не следует забывать и другие критерии оценок наших действий, учитывая реконструктивно-пластический и эстетический характер данной темы и возможности современного индивидуального глазного протезирования.

*Я приглашаю наших уважаемых читателей принять участие в дискуссии по предложенной теме.*

Д-р мед. наук, проф. Д.В. Давыдов