нию, такая хирургическая тактика может быть применена лишь в условиях многопрофильной больницы с хорошо подготовленным медицинским персоналом. Вместе с тем принципиально следует признать, что при соблюдении ряда условий органосохраняющие операции могут быть альтернативой классической акушерской тактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вихляева Е. М.* Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. — М., 2004.
2. *Кулаков В. И., Адамян Л. В., Аскольская С. И.* Гистерэктомия и здоровье женщины. — М.: Медицина, 1999. — С. 135—148.
3. *Пидцубный М. И., Хасханова Л. Х., Тотчиев Г. Ф.* и др. // Вестн. Рос. ун-та дружбы народов. Медицина. — 2002. — № 1. — С. 155—158.
4. *Стрижаков А. Н., Давыдов А. И.* и др. // Вопр. гин., акуш. и перинатол. — 2007. — Т. 6, № 2. — С. 85—88.
5. *Тихомиров А. Л., Серов В. Н.* // Рус. мед. журн. — 2000. — № 11. — С. 473—476.
6. *Хасханова Л. Х., Пидцубный М. И., Духин А. О., Арсанукаев М. А.* // Южно-Рос. мед. журн.: Акуш. и гин. — 2001. — № 5—6.
7. *Cooper K. G., Jack S. A., Parkin D. E.* et al. // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2001. — Vol. 108. — P. 1222—1228.
8. *Jeffrey J., Arneja J., Birch C.* et al. // J. Obstet. Gynecol. Can. — 2003. — Vol. 25, N 5. — P. 396—418.
9. *Kuppermann M., Lee A. Learman, Michael Schembri* et al. // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 115, N 3. — P. 543—551.
10. *Magtibay P. M., Magrina J. F.* // Clin. Obstet. Gynecol. — 2006. — Vol. 49. — P. 526—534.
11. *Plotti F., Sansone M., Di Donato V.* et al. // J. Sex. Med. — 2011. — Vol. 8. — P. 894—904.

Поступила 21.12.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617.77-007.24-089.843

С. В. Грищенко[1], В. А. Виссарионов[1], И. А. Филатова[2], О. А. Малицкая[1]

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СВОБОДНОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНЕЙ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ВЕК И ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

[1]ОАО "Институт пластической хирургии и косметологии", Москва;
[2]ФГУ Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Минздравсоцразвития России

**Филатова Ирина Анатольевна*, д-р мед. наук, офтальмохирург
105062, Москва, ул. Садовая Черногрязская, д. 14/19

♦ Проанализированы результаты и выявлены наиболее эффективные способы хирургического лечения 120 пациентов с врожденными и приобретенными деформациями и дефектами век и периорбитальной области, у которых была применена свободная аутотрансплантация тканей. При поверхностных дефектах нижнего века с повреждением его опорных структур аутотрансплантацию свободного кожного лоскута целесообразно сочетать с укреплением века аутохрящевым трансплантатом, взятым с ушной раковины. Свободный деэпидермизированный кожно-жировой лоскут и аутотрансплантация жировой ткани (липофилинг) наиболее эффективны для коррекции контурных деформаций периорбитальной области при четком соблюдении техники аутотрансплантации. Оптимальный способ восстановления ресничного края век — аутотрансплантация волосяных луковиц, взятых из брови. Дифференцированный подход к применению эффективных методов аутотрансплантации кожи, жира, хряща, волосяных луковиц, деэпидермизированного кожно-жирового лоскута позволил значительно расширить возможности реконструктивной блефаропластики, повысить эффективность лечения и добиться ранней медицинской и социальной реабилитации больных с врожденными и приобретенными деформациями и дефектами век и периорбитальной области.

Ключевые слова: деформации век, дефекты век, аутотрансплантация тканей, липофилинг, реконструктивная блефаропластика

S. V. Grishchenko[1], V. A. Vissarionov[1], I. A. Filatova[2], O. A. Malitskaya[1]

CURRENT CAPACITIES OF FREE TISSUE AUTOTRANSPLANTATION IN THE RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE EYELIDS AND PERIORBITAL REGION

[1]Institute of Plastic Surgery and Cosmetology, Moscow;
[2]Helmholz Moscow Research Institute of Eye Diseases, Ministry of Health and Social Development of Russia

♦ The authors analyzed the results of surgical treatment and revealed its most effective procedures in 120 patients with congenital and acquired deformities and defects of the eyelids and periorbital region, in whom free tissue autotransplantation was used. In surface defects of the lower eyelid with damage to its support structures, it is expedient to combine free skin flap autotransplantation with eyelid fixation using an autochondral graft taken from the auricle. A free deepidermized skin-fat graft and adipose tissue autotransplantation (lipofilling) are most effective to correct contour deformities of the periorbital region if autotransplantation techniques are strictly observed. Autotransplantation of hair follicles taken from the eyebrow is an optimal way for restoring the ciliary edges of eyelids. A differential approach to using the effective methods for transplantation of the skin, fat, cartilage, hair follicles, or a deepidermized skin-fat graft could considerably extend the capacities of reconstructive blepharoplasty, enhance the efficiency of treatment, and achieve early medical and social rehabilitation of patients with congenital and acquired deformities and defects of the eyelids and periorbital region.

Key words: eyelid deformities, eyelid defects, tissue autotransplantation, lipofilling, reconstructive blepharoplasty

Деформации век разнообразны по клиническим проявлениям и функциональным нарушениям. Они возникают после травм и операций, а также при врожденных гемиатрофиях, атипичных (косых) рото- и носоглазных расщелинах лица и часто сочетаются с дефицитом тканей, бывают изолированными или сочетанными и считаются трудными для реконструкции из-за ограниченной возможности использования местных, окружающих тканей как донорских зон.

В свою очередь косые расщелины лица располагаются вдоль эмбриологических линий в процессе нарушений определенных этапов морфогенеза лицевого скеле-

та и встречаются спорадически, а в случаях синдромов Treacher Collins и M. Goldenhar имеют наследственную этиологию. По классификации P. Tessier (1973), при черепно-лицевых атипичных расщелинах № 3, 4, 5 пороки развития лицевого скелета распространяются на периорбитальную область и веки. Harkins (1962) разделил все черепно-лицевые расщелины, захватывающие глазницу, в зависимости от анатомо-топографического расположения на назоглазные и ротоглазные. Данная классификация была подтверждена Американской ассоциацией восстановления черепно-лицевых расщелин (AACPR) [9, 12].

Причинами приобретенных деформаций век могут быть травмы (операционная, бытовая, автодорожная, ожоговая, взрывная, от укусов животных и др.), повреждение химическими веществами, злокачественные и доброкачественные новообразования, последствия воспалительных процессов, сопровождающихся некрозом тканей. Трудность устранения посттравматических деформаций с дефектом тканей обусловлена необходимостью восполнения дефицита тканей, формирования адекватной конъюнктивальной полости, дополнительного укрепления века и восстановления его ресничного края. В этих случаях одна лишь аутотрансплантация кожного лоскута оказывается малоэффективной в силу нестабильности создаваемой "конструкции" [1, 2, 5—8, 11].

Инволюционные деформации век и периорбитальных областей связаны с возрастной атрофией (старением) тканей. Они имеют типичные клинические проявления: морщины и кожные складки, жировые "грыжи", контурирование носослезных и подглазничных борозд, складки кожи, западение тканей в щечных областях за счет атрофии подкожно-жировой клетчатки и гравитационного смещения тканей книзу. Данные деформации не приводят к функциональным нарушениям, но негативно влияют на внешность человека, придавая лицу уставший, болезненный вид, на его психологическое состояние и качество жизни и являются поводом для обращения к пластическому хирургу с целью коррекции. Следует отметить, что вышеуказанные особенности можно встретить как у пожилых, так и у достаточно молодых людей в возрасте от 25 лет и более. Этиология и патогенез этих деформаций, как и в других областях лица и тела, связаны с физиологическими процессами, характерными для старческой атрофии. По МКБ-10 (1995), перечень заболеваний, связанных с атрофией кожи, можно отнести к разделу L57.4 — "старческая атрофия (вялость) кожи, старческий эластоз".

Существуют хирургические методы, которые позволяют улучшить контуры век и периорбитальных областей. Для этого применяют эстетическую и реконструктивную блефаропластику, установку различных гелевых (филлеры на основе гиалуроновой кислоты) или силиконовых имплантатов, бровпексию и другие операции. Отдельно следует отметить случаи, когда чрезмерное удаление кожи в области век во время эстетической блефаропластики приводит к ретракции, нарушению защитной функции век и формы глазной щели. Дефицит тканей также характерен для процессов атрофии при старении и нередко является причиной убрать деформации век. В связи с этим остаются открытыми вопросы эффективного использования собственных тканей для реконструкции век и контурной пластики периорбитальной области.

Цель работы — выявление наиболее эффективных способов аутотрансплантации тканей для хирургической коррекции врожденных и приобретенных деформаций и дефектов век.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 120 пациентов в возрасте от 6 до 58 лет с врожденными и приобретенными деформациями век и периорбитальной области, для хирургической коррекции которых была применена свободная аутотрансплантация кожи, жира, хряща, волосяных луковиц, деэпидермизированного кожно-жирового лоскута. Все пациенты обращались в ОАО "Институт пластической хирургии и косметологии" (Москва) и ФГУ Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Минздравсоцразвития России в период с 2005 по 2010 г. Под наблюдением находились 87 (72,5%) больных женского и 33 (27,5%) — мужского пола, из них 15 (12,%) детей в возрасте от 1 года до 18 лет. В общей сложности им было выполнено 138 хирургических вмешательств. Следует отметить, что 53 (44,2%) больных обратились в связи с остаточными деформациями век с одной или двух сторон после ранее проведенных операций в разных медицинских учреждениях, а в 67 (55,8%) случаях это были первичные пациенты. Больным с сочетанными травмами и повреждением костей лицевого скелета (7 случаев) ранее проведены костно-пластические операции.

Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия дефицита тканей век и периорбитальной области.

В 1-ю клиническую группу объединили 65 (54,2%) пациентов с посттравматической ретракцией нижних (48 пациентов) или верхних (17 пациентов) век с одной или двух сторон, обусловленной дефицитом тканей. У 60 пациентов были рубцовые деформации век после различных травм (31 случай), блефаропластических операций (27 случаев), удаления гемангиом (2 случая). В 3 случаях была ранее диагностирована и пролечена базалиома, в 2 случаях отмечены обширные пигментные невусы. У 4 больных 2-й группы с переломами скуловой кости и нижней стенки глазницы предварительно были проведены костно-реконструктивные операции. В 5 случаях имелся анофтальм на стороне повреждения.

Клинические проявления ретракции век у пациентов 1-й группы были типичными, но степень выраженности деформации зависела от объема недостающих тканей, тонуса сохранившихся анатомических структур век и качества рубца. К ним относились эктропион или выворот нижнего века, лагофтальм с одной или двух сторон. Большинство пациентов жаловались на слезотечение, причинами которого явились нарушение защитной функции век, эверсия слезной точки, нестабильность слезной пленки и раздраженная роговица. У 9 пациентов с односторонним или двусторонним лагофтальмом диагностировали эпителиокератопатию, в одном случае — язву на роговице. Всем пациентам были назначены для местного применения препараты искусственной слезы и "Корнерегель", стимулирующий репаративные процессы в роговице под контролем офтальмолога.

Во всех случаях была выполнена реконструктивная блефаропластика с одной или двух сторон с замещением дефекта тканей века свободным кожным аутотрансплантатом. Для забора аутотрансплантата использовали противоположное веко (8 случаев) или внутреннюю поверхность ушной раковины на стороне ретракции века (57 случаев). Аутотрансплантаты выкраивали большего размера, чем дефект, с учетом сокращения лоскута. Операцию выполняли под потенцированным местным обезболиванием 1% раствором тримекаина с добавлением 0,01% раствора адреналина (в соотношении 1:200 000), рассекали или иссекали рубцы на веке(ах), мобилизовали кожу и подлежащие ткани до нормального положения верхнего или нижнего века, которое с помощью тракционных швов фиксировали в растянутом состоянии. При сенильной патологии (7 пациентов) или повреждении тарзальной пластинки век (5 случаев) дополнительно укрепляли нижнее веко аутохрящевым трансплантатом, взятым с противозавитка или углубления ушной раковины, который помещали под претарзальную часть круговой мышцы глаза и фиксировали к тарзальной пластинке (рис. 1 на 2-й полосе обложки). Дополнительно выполняли кантопексию

путем наложения 8-образного шва проленом 5-0 на латеральную связку век. Затем проводили забор кожного аутотрансплантата в области внутренней поверхности ушной раковины или противоположного века. После разметки и местной инфильтрационной анестезии выкраивали полнослойный кожный лоскут, который освобождали от жировой клетчатки и укладывали на дефект, фиксировали швами проленом 6-0 к краям кожной раны. Во всех случаях швы (фиксирующие лоскут и тракционные) снимали на 8-е сутки. У 2 пациентов с контурными деформациями в виде западений после ранее перенесенной пластической операции (1 случай) и удаления гемангиомы (1 случай) для контурной пластики использовали свободные деэпидермизированные дерможировые лоскуты, которые были взяты в нижнем отделе живота и помещены под кожу в периорбитальных областях в зонах деформаций.

У 4 пациентов с дефектом ресничного края после восстановления нормальной формы века осуществляли свободную аутотрансплантацию волосяных луковиц, взятых с брови.

Во 2-ю группу вошли 55 (45,8%) пациенток с контурными деформациями век и периорбитальных областей без дефекта тканей, из них 42 — с деформациями инволюционного характера, 9 — после травм и 4 — с врожденной гемиатрофией. У пациенток с инволюционными деформациями выявлены морщины, складки кожи, жировые "грыжи" в области век, контурирование носослезных, подглазничных борозд и атрофия жировой ткани в подглазничных и щечно-скуловых областях. Хирургическую тактику в этой группе выбирали в зависимости от клинических ситуаций и предпочтений пациента. Во всех случаях выполняли аутотрансплантацию жировой ткани (липофилинг) в зонах западений усовершенствованной техникой S. Colemann (1994) [3, 10]. Сначала проводили забор аутологичной жировой ткани в донорской области (живот, наружные поверхности бедер, внутренние поверхности коленей) с помощью 10 мл шприцев и канюль для забора диаметром 3 мм, после чего подготавливали аутожир к пересадке путем многократного отмывания в физиологическом растворе "до чистых вод" и отстаивания. Затем готовый жировой аутотрансплантат перемещали в шприцы по 1—2 мл и вводили в реципиентную зону с помощью специальных канюль аналогичного диаметра (2 мм) в виде туннелей (рис. 2 на 2-й полосе обложки; и рис. 3). В область носослезной борозды вводили жировой аутотрансплантат под круговую мышцу глаза, в области подглазничной борозды и щечную область — в слой подкожно-жировой клетчатки в виде туннелей на разном уровне. Липофилинг носослезных и подглазничных борозд не сочетали с нижней блефаропластикой, липофилинг щечной области выполняли одномоментно с вмешательством на нижних веках, если в этом была необходимость.

Перед каждой операцией все больные проходили полное клинико-лабораторное обследование, необходимое для плановой операции; совместно с терапевтом и анестезиологом оценивали соматический статус пациента.

Для всех больных 1-й группы было характерно наличие поверхностных дефектов век, для устранения которых применяли изолированную аутотрансплантацию свободных кожных лоскутов (37 случаев) с хорошими результатами у всех оперированных. У одной пациентки с рубцово-измененными тканями после многочисленных блефаропластических операций наблюдали частичный некроз пересаженного кожного лоскута, который явился причиной рецидива ретракции нижнего века. Эта деформация была устранена через 4 мес путем повторной аутотрансплантации свободного кожного лоскута, взятого с противоположной ушной раковины. В 10 случаях для сглаживания рубцов и профилактики сморщивания кожного аутотрансплантата применили раннюю (через 1,5—2 мес после операции) дермабразию. С помощью аутотрансплантации свободной кожи у больных с носо- и ротоглазными косыми расщелинами лица удалось устранить колобомы век или заместить рубцово-измененную кожу на веках после ранее перенесенных операций и обеспечить хорошее прилегание нижнего века к глазному яблоку.

Отдельно следует отметить, что врожденные пигментные невусы на веках и в других областях лица считаются опасными с точки зрения развития в них предмеланомных процессов, что диктует необходимость их иссечения с обязательным морфологическим исследованием и одномоментным возмещением кожного дефекта (рис. 4 на 2-й полосе обложки) [4].

Выявлены случаи, когда изолированная свободная аутотрансплантация кожи не эффективна. Если деформация век сочетается с дефектом тканей, повреждением тарзальной пластинки, гипотонией век или сенильной патологией, целесообразно включить в реконструктивную блефаропластику элементы укрепления нижнего века. Для этого рекомендуется использовать аутологичный хрящ ушной раковины, взятый из углубления или противозавитка. Форма аутохрящевого трансплантата может быть разной. При деформациях век в сочетании с выраженной атрофией рубцово-измененных тканей или гипоплазией скуловой кости эффективно использовать широкий хрящевой аутотрансплантат в виде спейсера-распорки. Подобная операция была проведена пациенту О., 11 лет (рис. 5 на 2-й полосе обложки), с посттравматической рубцовой деформацией левого нижнего века, у которого ранее был полностью устранен дефицит тканей путем аутотрансплантации

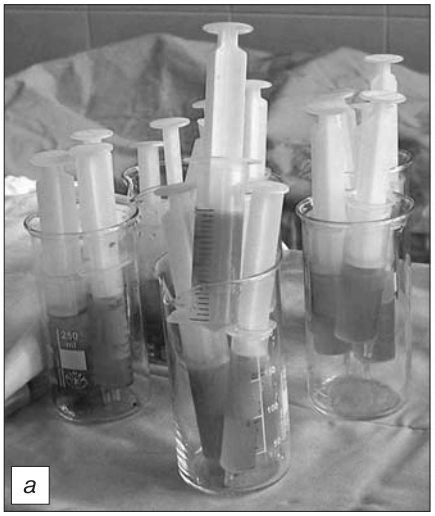

Рис. 3. Этапы подготовки аутожирового трансплантата: отстаивание аспирированного аутожира в физиологическом растворе (*а*); перемещение готового жирового аутотрансплантата из шприца 10 мл в шприц 2 мл с помощью специального переходника (*б*).

свободного кожного лоскута, взятого с внутренней поверхности ушной раковины, однако в последующем рецидив деформации был обусловлен отсутствием адекватной опоры для нижнего века и посттравматическим рубцовым перерождением окружающих лоскут тканей. На 2-м этапе положение нижнего века было восстановлено посредством пересадки аутохрящевого трансплантата в виде спейсера-распорки. Становится очевидным тот факт, что количество этапов хирургического лечения и наркозов в подобных случаях может быть сокращено, если при планировании лечения будут учтены и одномоментно устранены все причины деформации.

Преимущества использования хряща ушной раковины в качестве трансплантата очевидны: он доступен, удобен для забора, безопасен для организма, подходит по толщине и кривизне для применения в реконструктивной блефаропластике. Так, у пациентов с поверхностными дефектами век в сочетании с гипотонией век, сенильной патологией, повреждением реберного края рационально использовать хрящевой аутотрансплантат в виде узкого полумесяца.

Следует отметить, что сочетание аутологичных трансплантатов из разных тканей на веках и периорбитальных областях целесообразно только в разных слоях. Например, хрящевой аутотрансплантат следует помещать под круговую мышцу глаза, свободный кожный лоскут — на мышцу, деэпидермизированный кожно-жировой лоскут — под кожу, глубоко на надкостницу. Последний не следует укладывать под надкостницу, а также на хрящевые трансплантаты (см. рис. 6 и рис. 7 на 2-й полосе обложки).

В случаях повреждения реберного края века его можно восстановить, применяя свободную аутотрансплантацию небольших кожных лоскутов, содержащих по 2—3 волосяные луковицы. При сохранении нормального кровоснабжения тканей век мы наблюдали полное приживление всех пересаженных аутотрансплантатов. Прорастание волос—ресниц наблюдали через 1,5—2 мес после их трансплантации (рис. 8 на 3-й полосе обложки).

После закрытия наружных дефектов век приступали к офтальмопластическим этапам хирургического лечения. Операции, проведенные в условиях специализированной клиники, включали репозицию или пластику внутреннего (наружного) угла глаза, дакриоцисториностомию, устранение симблефарона, заворота век и трихиаза с пластикой век местными тканями или свободным аутотрансплантатом, взятым со слизистой оболочки губы или щеки. При анофтальме реконструкцию конъюнктивальной полости проводили с пересадкой от 1 до 4 лоскутов аутослизистой оболочки губы или щеки. С целью профилактики сокращения аутотрансплантатов кожи или слизистой оболочки выполняли временную блефарорафию (до 2—3 нед) или оттягивали веко тракционными швами на такой же срок. Данные этапы выполняли не всем пациентам, а с учетом индивидуальной комбинации патологических проявлений посттравматических деформаций. При косых расщелинах лица, сочетающихся с патологией придаточного аппарата глаза, в некоторых случаях удавалось сократить количество этапов благодаря их объединению. Во всех случаях удалось устранить симблефарон, заворот век, трихиаз, угрожающий лагофтальм, эктропион, выворот, колобомы и обширные дефекты век, восстановить нормальную форму и функцию органов вспомогательного аппарата глаза, что определило хороший совокупный эффект хирургической коррекции.

Следует учитывать, что после реконструктивных операций формируются рубцы на веках, которые в некоторых случаях являются причиной вторичных рубцовых деформаций в зонах коррекции. Нами отмечено, что местная противорубцовая терапия, включающая физиолечение (ультрафонофорез с лонгидазой, ультразвук с гидрокортизоном, микротоки, лимфодренаж, магнитотерапия, буккитерапия и др.), способствует формированию нормотрофических рубцов и сокращению сроков реабилитации. Лишь в 2 случаях дополнительно выполнена коррекция рубцов с использованием пластики местными тканями и у 2 пациентов — повторная пересадка свободного кожного аутотрансплантата.

У всех 55 пациентов 2-й группы с контурными деформациями век и периорбитальных областей разной этиологии, которым была проведена аутотрансплантация жировой ткани (липофилинг), отмечали улучшение контуров в зонах коррекции. Обычно после липофилинга активное уменьшение в объеме пересаженного аутожира от 30 до 70% наблюдали в течение 1 мес, затем на протяжении 2—3 мес потери составляли еще 10—15%, в дальнейшем результат оставался стабильным. Учитывая эти особенности, можно рекомендовать введение аутожира в количестве, превышающем необходимое на 50%. У 22 пациентов липофилинг был выполнен повторно через 4 мес после первичной аутотрансплантации.

Известно, что для получения стабильно хороших результатов не следует вводить аутожировой трансплантат болюсно, что может привести к воспалительно-дегенеративным подкожным изменениям в зоне коррекции. Чаще всего это стойкие сливные или гранулематозные уплотнения, слегка болезненные при пальпации, которые по мере "созревания" могут уплотняться в виде петрификатов [3]. Благодаря тщательному соблюдению всех правил аутотрансплантации жировой ткани нам удалось избежать осложнения у всех 55 пациентов.

К преимуществам данного способа можно отнести его доступность для любого пациента, одноэтапность, техническую простоту выполнения, стабильность полученного результата, использование собственных тканей, не вызывающих аутоиммунные реакции в организме, возможность дополнительной коррекции (рис. 9 на 3-й полосе обложки).

Таким образом, дифференцированный подход к применению свободной аутотрансплантации кожи, слизистой оболочки, жировой ткани, ушного хряща, волосяных луковиц, деэпидермизированного дерможирового лоскута позволяет значительно расширить возможности реконструктивной блефаропластики, повысить эффективность лечения и добиться ранней медицинской и социальной реабилитации больных с посттравматическими, инволюционными деформациями век и периорбитальных областей.

Вывод

У больных с врожденными и приобретенными деформациями век в сочетании с недостаточной опорой для нижнего века аутотрансплантацию свободного кожного лоскута целесообразно сочетать с элементами дополнительного укрепления нижнего века аутохрящевым трансплантатом, взятым с ушной раковины.

Использование свободного деэпидермизированного лоскута и аутотрансплантация жировой ткани эффективны при коррекции контурных деформаций век периорбитальной области и других областей лица различной этиологии при четком соблюдении техники аутотрансплантации, особенно при липофилинге.

Для восстановления ресничного края век целесообразно прибегать к аутотрансплантации волосяных луковиц, взятых из брови.

Совместная работа офтальмолога и челюстно-лицевого хирурга по планированию хирургического лечения пациентов с врожденными и приобретенными дефектами век позволяет сократить количество операций, наркозов, получить хороший эстетический и функциональный результат лечения в более короткие сроки, особенно у пациентов с анофтальмом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Васильев С. А.* Пластическая хирургия в онкологии. — Челябинск: ЧГМА, 2002.
2. *Вербо Е. В., Неробеев А. И.* Реконструкция лица реваскуляризированными аутотрансплантатами. — М.: Медицина, 2008.
3. *Даницук И. В., Боровиков А. М.* // Вестн. эстет. мед. — 2003. — Т. 2, № 2. — С. 72—77.
4. *Ильина Е. Э.* Клинико-морфологическая и лечебная тактика при пигментных доброкачественных новообразованиях у больных детского и юношеского возраста: Автореф. дис. … канд. мед. наук. — М., 2009. — С. 24.
5. *Неробеев А. И.* Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализированными лоскутами. — М.: Медицина, 1988.
6. *Неробеев А. И., Малаховская В. И., Шургая Ц. М.* // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. — М.: Медицина, 2000. — Т. 2. — С. 94—174.
7. *Bennett R. G.* // Flaps and grafts in dermatologic surgery. — Amsterdam: Saunders Elsevier, 2007. — P. 159—177.
8. *Bowman P., Fosko S. W., Hatsten M. E.* // Flaps and grafts in dermatologic surgery. — Amsterdam: Saunders Elsevier, 2007. — P. 137—158.
9. *Brader J. P., Hurwitz D. J., Carstens M. H.* // Pediatric plastic surgery. — California, 2006. — Vol. 4. — P. 15—43.
10. *Colemann S. R.* // Oper. Tech. Plast. Reconstr. Surg. — 1994. — Vol. 1, № 1. — P. 120—126.
11. *Hom D. B., Tope W. D.* // Пейпл А. Д. Пластическая и реконструктивная хирургия лица. — М.: БИНОМ, 2007. — С. 548—585.
12. *McCord C. D., Codner M. A.* // Pediatric eyelid anomalies. — Missouri, 2008. — P. 753—781.

Поступила 14.02.11

© С. В. АВЕРЬЯНОВА, 2012

УДК 616.348-006.04-055.2-06:616.89]-07

*С. В. Аверьянова**

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО РЖД, Саратов

**Аверьянова Светлана Владимировна*, канд. мед. наук, зав. отд. онкологии. E-mail: svtshkvor@mail.ru
410004, Саратов, Первый станционный пр-д, д. 7

♦ Описаны психологические особенности и ведущие личностные паттерны женщин, больных колоректальным раком. Выявлено, что наиболее распространенной личностной чертой этих больных является ипохондрия (70,2%). У 15,5% больных констатированы разной степени выраженности депрессивные расстройства. Остальные пациентки формировали защитные реакции в виде гипоманиакальных тенденций (реакция отрицания болезни), истероидных и неврозоподобных реакций. Результаты исследования демонстрируют необходимость разработки комплексной реабилитации, направленной на коррекцию психологического состояния больных на всех этапах лечения.

Ключевые слова: колоректальный рак, личностные особенности, депрессия

S. V. Averyanova

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH COLORECTAL CANCER

Railway Clinical Hospital, OAO “RZhD”, Saratov

♦ The paper describes the psychological features and leading personality patterns of women with colorectal cancer. Hypochondria has been found to be the most common personality trait (70.2%) in these patients. Varying degrees of depressive disorders are stated in 15.5%. The other patients have developed protective responses as hypomanic trends (a disease denial reaction) and hysteroid and neurosis-like reactions. The study demonstrates that it is necessary to elaborate a complex rehabilitation program to correct the psychological state of the patients at all treatment stages.

Key words: colorectal cancer, personality traits, depression

Первые упоминания о влиянии психики на возникновение и течение рака появились очень давно. Еще во II веке н. э. древнеримский врач Гален обратил внимание на то, что жизнерадостные женщины заболевают раком реже, чем женщины, часто находящиеся в подавленном состоянии [11]. Он предположил, что к раку предрасполагает дисбаланс четырех основных жидкостей организма со сдвигом в сторону черной желчи (меланхолии).

За прошедшее с тех пор время интерес к связи психических особенностей личности с развитием онкологических процессов постоянно возрастал и сформировался в науку психоонкологию как отдельное направление психосоматической медицины. Несмотря на все возрастающее количество публикаций, направленных на изучение различных аспектов этого направления, многие вопросы до сих пор остаются открытыми. Мало изучена роль связи локализации злокачественного новообразования и психологического статуса, хотя в психосоматической медицине этому вопросу посвящено много работ [2, 3]. В большинстве случаев исследования касаются психологических особенностей женщин, больных раком молочной железы, и их реакций на различные этапы противоопухолевой терапии [8—10]. При этом невозможно проецировать полученные результаты исследований на больных с другими нозологическими формами злокачественных новообразований. Между тем в онкологии подход к лечению опухолей различных локализаций уникален. Основоположник отечественной онкологии Н. Н. Петров выдвинул неоспоримый и в настоящее время постулат: "раки все разные".

Работы, посвященные психологическим особенностям больных с колоректальным раком, малочисленны. В основном они касаются изменений, возникающих в связи с появлением колостомы [14, 15].

В 1947 г. C. Dukes [6] описал около 100 наблюдений из больницы Св. Марка в Лондоне. Он подчеркнул важность поддержки супруга и заметил беспокойство больного из-за возможности инвалидности. Автор описал депрессию в постоперационном периоде, когда больной узнает о колостоме [6]. В 1948 г. S. McLanaham и W. Gilmore [13] описали 40 пациентов с колостомой, отметив, что из них 21 больной стали менее активными, но это не было точно подтверждено. В 1950 г. M. Ewing [7] выявил серьезное ограничение в общественной деятельности в группе из 20 больных. Эти исследования показывают, что у большого