

цессов, завершающихся эпителизацией дефектов тканей. Основываясь на этих положениях, автор предлагает обозначить первую фазу как воспалительно-продуктивную стадию ожоговой болезни, которая, по ее мнению, начинается от момента повреждения и заканчивается по завершении эпителизации дефектов обожженных тканей и купирования видимых признаков воспалительной реакции. Как видим, автор отходит от подразделения этого этапа на стадию трофических расстройств и стадию васкуляризации. Обоснованием для такого подхода, по мнению автора, является клинически подтверждаемый факт того, что на фоне выраженных трофических расстройств (язва роговицы) уже отмечается восстановление системы кровоснабжения поврежденных тканей (например, конъюнктивы). Из этого следует, что выделение последовательной смены стадии трофических расстройств и васкуляризации не полностью соответствует действительности.

Основная цель протекающих в организме процессов при воспалительной реакции это элиминация альтергирующего агента, отграничение зоны воспаления и восстановление морфо-функциональных структур пораженных тканей. Можно согласиться с автором, что клинически невозможно выделить преобладание какого-либо из звеньев патогенеза в течении ожогового процесса. Поэтому проводимые в этот период лечебные мероприятия носят комплексный характер, направлены на обеспечение противовоспалительного эффекта, восстановление микроциркуляции, улучшение трофики и заживление дефектов поврежденных тканей с привлечением (в случаях безуспешности медикаментозной терапии) хирургических методов для решения той же цели — стимуляции регенерации поврежденных ожогом тканей глаза и купирования воспаления. Исходя из изложенного выше, представляется целесообразным выделение воспалительно-продуктивной стадии ожоговой болезни.

Основываясь на логической последовательности этапов заместительной репаративной регенерации в обожженных тканях глаза, автор предлагает в патогенетической классификации учитывать и стадию рубцевания. По данным литера-

туры, вызванный ожогом воспалительный процесс в тяжелых случаях может протекать до года с момента повреждения. Это значит, что после завершения эпителизации дефекта роговицы в тканях глаза еще протекает воспалительный процесс с продолжающейся пролиферацией соединительной ткани. Автор определяет этот этап как субэпителиальный фиброз. Согласно стадиям рубцевания, установленным на материале результатов морфологических исследований, этот этап сменится так называемой стадией ретракции рубца, когда обратному развитию подвергаются питающие рубец кровеносные сосуды, а сам рубец истончается, становится менее плотным. Логично, что восстановительно-реконструктивные операции проводятся только на стадии ретракции рубца, а в стадии ранних фибропластических процессов проводятся лечебные мероприятия (в том числе и противовоспалительные), направленные на предупреждение развития возможных осложнений ожоговой болезни.

Таким образом, в предлагаемой классификации автор не ограничивается только острым периодом ожоговой болезни. Скорее ожоговая болезнь глаза тяжелых степеней при таком рассмотрении представлена как субхронический патологический процесс, инициированный ожоговым повреждением. В тяжелых случаях ожоговый процесс в глазу растягивается на длительное время и сопровождается характерными для каждой выделенной стадии процессами и осложнениями, требующими адекватного лечения. Можно согласиться, что с клинической точки зрения, такой интегративный подход к классификации течения ожоговой болезни глаз способствует возможности прогнозировать характер клинического течения ожоговой болезни глаз от момента ожоговой травмы; способствует более четкому перспективному своевременному планированию адекватных лечебных мероприятий; обеспечивает систему диспансерного наблюдения с целью предупреждения развития возможных осложнений ожоговой болезни и, что особенно важно, такая классификация базируется на современных фундаментальных представлениях о патогенезе воспаления.

В. М. Демидов, д. м. н., профессор,

кафедра общей хирургии Одесского национального медицинского университета

директор ГУ «Украинский НИИ медицины транспорта МЗ Украины»

Задачей автора являлось внести свою лепту в оригинальную классификацию клинического течения тяжёлого ожогового процесса в глазу с намерениями сделать ее более упрощенной, патогенетически ориентированной и учитывающей регенераторные особенности пораженных ожоговым процессом тканей глаза.

Желание автора видоизменить классификационно-рубрификационный подход в условиях названной патологии объяснимо с учетом врачебного опыта, теоретических и практических знаний и умений, а также известных недоработок и недостатков существующих сегодня классификаций стадий / процессов / периодов / последствий ожоговых ран.

Автор совершенно верно обозначила своё видение проблемы: любая иная попытка интерпретации периодов (временных аспектов течения) ожоговой болезни «обречена» на патогенетическое её обоснование. С этой точки зрения безальтернативными являются положения о том, что инициируемый вследствие ожога типовой защитно-приспособительный процесс функционально включает в себя известную триаду — альтерацию, экссудацию и пролиферацию.

При знакомстве с мнением, положениями и выводами автора я обратил внимание на то, что в своих рассуждениях д. мед. н. Р. И. Чаланова весьма близка к концепции известной схемы заживления раны, разработанной академиком АМН СССР профессором М. И. Кузиным (Раны и раневая инфекция. — Под ред. М. И. Кузина, Б. М. Костюченка. — М.: Медицина, 1981. 688 с).

В оригинальной авторской редакции выделены три стадии — фаза воспаления, фаза регенерации и фаза реорганизации рубца.

С фундаментальной точки зрения, ожоговое повреждение глаз — это раневой процесс, который протекает в специализированных тканях глаза. В данных условиях вполне естественными являются некоторые особенности и закономерности, которые характеризуют процессы альтерации, пролиферации клеток, синтеза коллагена, формирование грануляционной ткани и др. в специализированных тканях глаза.

Предлагаемая автором и опубликованная в вышеуказанном журнале упрощенная классификация клинического течения ожогового процесса в глазу также предполагает три стадии — воспалительно-продуктивная, ранняя (фибропластическая) и стадия отдаленных исходов ожогового процесса глаз (ре-тракция рубца), которые по патофизиологическим особенностям, патоморфологическим описаниям и клиническим характеристикам (автор основывается на 308 клинических случаях) схожи с аналогичными проявлениями в описанной академиком М. И. Кузиным классификации заживления раны.

В полемическом аспекте замечу, что при всём значительном научно-техническом прогрессе современной медицинской науки единение фундаментальных и клинических дисциплин должно быть обязательным, а посему клиницистам не пристало брезговать традиционными патофизиологическими понятиями, как-то: альтерация, экссудация и пролиферация.

С другой стороны, позитивным моментом предложенной автором упрощенной классификации является то, что она позволяет эффективно курировать пострадавших от тяжелых ожогов глаз в течение всего длительного периода патогенетически направленного лечения и обеспечивает дифференцированный подход к хирургическому лечению указанного контингента больных, а также профилактику возможных осложнений и максимально возможное восстановление зрительных функций.

