

кое протезирование тонкостенным облегченным протезом, что предупреждает провисание нижнего века.

Таким образом, предложенный способ позволяет увеличить объем субатрофичного глазного яблока и повысить эффективность косметического протезирования у больных со II – III степенью субатрофии глазного яблока.

**Салихов А.Ю., Мулдашева И.Э.,
Салихов Э.А., Нураева А.Б.**

АЛЛОПЛАСТИКА В ОФТАЛЬМООНКОЛОГИИ – НОВАЯ СТУПЕНЬ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Проведена оценка физического, психического и социального здоровья пациентов после оперативного лечения офтальмоонкологических больных с реализацией трансплантационной технологии «Аллоплант». Отмечена важность достижения максимально возможного качества жизни больного.

Рассматривая весь комплекс задач, связанных с хирургическим лечением и реабилитацией офтальмоонкологического больного, мы выделяем следующие проблемы:

– проблемы медицинского профиля. В нашем случае они включают в себя хирургическое лечение больного с целью достижения клинического и косметического результата. Для оценки клинической эффективности разработанной нами трансплантационной технологии использованы традиционные методы (анализ осложнений, рецидивов, возможностей одномоментной пластики различных анатомических структур, функциональных резервов восстановленных органов и т.д.);

– проблемы медико-социального профиля. По нашему мнению, в этой орбите должны быть отражены как минимум три составляющие: физическое здоровье, психологическое здоровье и социальные функции пациентов. Адекватным методом оценки всесторонней реабилитации является тестирование пациентов с использованием различных шкал и опросников (Белова А.Н., 2002).

Очевидно, что все проблемы тесно связаны между собой. Однако, если ранжировать их между собой, то на первое место следует поставить медицинские проблемы. От эффективной их реализации вытекает успешное решение и

блока медико-социальных проблем.

Поэтому, рассмотрев клиническую эффективность реализации трансплантационной технологии Аллоплант в офтальмоонкологии, мы переходим к ее оценке в социальной сфере.

Как известно, главной целью всей системы медицинской помощи в онкологии является восстановление и сохранение качества жизни (Горбунов В.А., Бредер В.В., 2000). Несмотря на то, что само понятие «качество жизни, зависящее от здоровья» точно не идентифицировано, мы считаем возможным использование шкал и опросников, разработанных в рамках данной концепции (Белова А.Н., 2002).

Учитывая, мы не выполняем операции, направленные на восстановление зрения, а производим пластику век и орбиты при опухолях, мы остановились на многоаспектной оценке общего состояния больного.

Опросники и тесты по обобщенной оценке состояния больного включают в себя пять основных аспектов: физическое здоровье (определяется физическим состоянием, наличием симптомов болезней, физической активностью), психическое здоровье (оценивается наличием или отсутствием психических расстройств), повседневная жизнедеятельность (зависит от функциональной состоятельности и независимости индивида), социальное здоровье (определяется мерой индивидуальной, семейной и социальной активности), экономическое обеспечение (поскольку зависит не только от здоровья, во многие опросники не включается).

Учитывая изложенные критерии, а, также отталкиваясь от позиции Беловой А.Н. (2002) по мнению которой «опросники качества жизни широко применяются в рамках клинических испытаний методов лечения», мы выбрали тест «Индекс удовлетворенности жизнью» (Life Satisfaction Index, D.Wade, 1992) для оценки общего состояния оперированных пациентов.

Анализ тестов, проведенных до и после лечения у 53 пациентов, позволил сделать следующее заключение:

а) одномоментное и радикальное проведение операции у офтальмоонкологического больного позволяет в сжатые сроки достоверно повысить качество жизни. Особенно разительны положительные результаты у больных ранее безуспешно оперированных традиционными способами. При опухолях век этот показатель превысил 22% и составил абсолютное большинство при нейрофиброматозе Реклин-

гаузена;

б) восстановление нормальной анатомии век, орбиты и околоорбитальной области одновременно приводит к соответствующей коррекции психических функций и в последующем играет позитивную роль при формировании механизмов психологической защиты. Приведенный вывод полностью согласуется с данными С.А. Васильева (2000), полученными на большом клиническом материале при выполнении различных пластических операций в онкологической практике;

в) реконструктивные операции в орбитальной области, устраняя косметический изъян у онкологического больного, минимизируют последствия хирургической травмы, создают позитивный эмоциональный настрой, повышают работоспособность, вселяют уверенность в себе.

Приведенные выводы позволяют рассматривать разработанные нами технологии в рамках концепции «адекватной операции» по А.Н. Махсону (1997). Данным термином автор определяет радикально и абластично выполненную операцию при максимально возможном качестве жизни больного.

**Фокин В.П., Борискина Л.Н.,
Бугаенко И.А., Джаши Б.Г., Новикова Е.В.**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПТЕРИГИУМА ПО МЕТОДУ АУТОПЛАСТИКИ СВОБОДНЫМ КОНЬЮНКТИВАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ

Предложен оригинальный метод аутопластики конъюнктивальным лоскутом при хирургическом лечении птеригиума. Отмечено снижение риска рецидивирования заболевания и возникновения осложнений.

Птеригиум – распространенное заболевание конъюнктивы глазного яблока, преимущественно встречающееся в климатических областях с высоким уровнем экспозиции ультрафиолетового спектра солнечного излучения. Гистопатологической основой заболевания является субэпителиальная эластодистрофия и эластодисплазия.

Главным аспектом проблемы лечения птеригиума представляется частное его рецидивирование. Процент рецидивов по данным разных авторов колеблется в пределах 30-70%. Для предотвращения рецидивирования птеригиума предложены методики лучевой терапии, приме-

нение антиметаболитов, конъюнктивальные и лимбальные аутооттрансплантаты, трансплантация фрагментов амниотической мембраны. Процент рецидивирования при применении амниотических мембран снижается до 5,3 – 39%, но существует опасность иммунных реакций. С применением лучевой терапии и митомицина С коэффициент рецидивирования может быть сокращен до 1,7 – 12%, но сохраняется риск таких серьезных осложнений, как вторичная глаукома, формирование катаракты, склеромализация, перфорация роговицы. Метод конъюнктивальной аутооттрансплантации в лечении птеригиума активно разрабатывался рядом авторов. Различие методик определялось выбором донорской области.

Целью нашей работы стало повышение эффективности хирургического лечения птериgiumа путем применения оригинального метода аутопластики конъюнктивальным лоскутом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 28 человек (32 глаза), прооперированных по поводу птеригиума. Основная группа – 14 человек (16 глаз), в том числе 5 глаз с рецидивирующими. Хирургическое лечение в контрольной группе проводилось по методу Мак Рейнольдса.

	Основная группа	Контрольная группа
Ранее не оперированный птеригиум II – IV степеней	8	11
Репидивирующий птеригиум	8	5

Техника операции. Удаление птеригиума с аутопластикой конъюнктивы производилось следующим образом. Под эпibuльбарной анестезией отсепаровывалось и иссекалось тело птеригиума с прилежащей тканью на 2 мм от основания и по 1 мм в стороны. Головка птеригиума отделялась тупым путем, после чего очищался роговичный эпителий до здоровых тканей. Из ниже-наружного отдела конъюнктивального свода на 2 мм ниже лимба иссекалась донорская ткань для получения трансплантата. Значение указанных параметров являлось оптимальной величиной, учитывающей анатомию лимбальной зоны глаза и необходимости наложения конъюнктивальных швов в этой зоне. При этом не происходило нарушения питания роговицы, и не было опасности деформации конъюнктивального свода. В качестве донорской ткани использовалась конъюнктива. Размер трансплантата рассчитывался с учетом размера дефекта конъюнктивы плюс 1 мм по всему периметру выкраиваемого свободно-