

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 птеригиума 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
Рецидивирующий птеригиум	8	5

Техника операции. Удаление птеригиума с аутопластикой конъюнктивы производилось следующим образом. Под эпibuльбарной анестезией отсекалось 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-

го конъюнктивального лоскута из-за сокращения последнего в зоне пересадки. Рану конъюнктивы донорского участка ушивали непрерывным швом. Полученный трансплантат укладывали на ложе и фиксировали к конъюнктиве непрерывным швом 8,00. Во время операции осложнений не было. В послеоперационном периоде использовались инстилляции растворов Тобрекса и Сперсаллерга. Швы снимались на 10-е сутки.

Срок наблюдения составил от 8 до 18 месяцев. В I группе был отмечен 1 случай (12%) рецидива птеригиума. Во II (контрольной) группе было отмечено 5 случаев (31%) рецидивирования птеригиума.

Выводы. Проведенные исследования показали, что в сравнении с методом хирургического лечения птеригиума по Мак Рейнольдсу результат операции методом аутопластики конъюнктивальным лоскутом снижает риск рецидивирования заболевания и не вызывает специфических осложнений. Преимущества оригинального метода аутотрансплантации конъюнктивального лоскута из нижне-наружного отдела конъюнктивального свода перед методиками забора донорской ткани из иных отделов состоят в отсутствии возникновения рубцового укорочения конъюнктивальных сводов. Кроме того, он позволяет сохранить интактной область возможного в будущем полостного вмешательства, которое, как правило, производится в области верхнего отдела булбарной конъюнктивы.

Шишкин М.М., Цыганова Т.А.

ЛИМБАЛЬНАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПТЕРИГИУМА

Разработан новый метод хирургического лечения птеригиума – лимбальная трансплантация. При изучении полученных данных в области удаленного птеригиума отмечалась нормальная эпителизация роговицы без признаков рецидивирования.

Для оперативного лечения птеригиума предложено свыше 100 способов, несмотря на это, поиск радикального способа лечения крыловидной плевы продолжается. По данным разных авторов процент рецидивов колеблется от 3 до 56% (Макеева Г.А., 1983, Каранов Л.С., 1979).

Лечение рецидивов птеригиума представля-

ет собой трудную задачу офтальмологии, а проблема предупреждения повторного роста его до настоящего времени не разрешена.

Основываясь на гипотезе, что причиной прогрессирования птеригиума является развитие «лимбальной недостаточности» или «дисфункция лимбальных стволовых клеток» нами применяется операция пересадки стволовых клеток роговичного эпителия.

Цель исследования: изучение эффективности лимбальной трансплантации при хирургическом лечении птеригиума.

Прооперировано 7 пациентов (11 глаз) в возрасте от 35 до 68 лет. Первичный птеригиум встречался в 5 случаях, рецидивирующий – в 6. У всех больных птеригиум локализовался с носовой стороны. Операция удаления птеригиума проводилась в следующей модификации: птеригиум отсепаровывали от роговицы и иссекали в области тела. В верхневнутреннем квадранте лимба оперируемого глаза выкраивали роговично-конъюнктивальный трансплантат. Ширина роговичной части трансплантата составляла 0,5-1 мм, толщина – около 0,2 мм, ширина конъюнктивальной части – 1-2 мм. Длина лимбального трансплантата соответствовала ширине ложа иссеченного птеригиума в лимбе, обычно составляла 2-4 мм. Лимбальный трансплантат укладывали на ложе таким образом, чтобы линия лимба трансплантата совпадала с линией лимба оперируемого глаза. Трансплантат подшивался по краям к лимбу узловыми швами 10/0 Nylon, конъюнктивальный лоскут подшивался к конъюнктиве оперируемого глаза с захватом эписклеры. Во всех случаях отмечали приживление лимбальных трансплантатов с началом эпителизации роговицы на 2-3 день после операции. Полная эпителизация роговицы обычно наступала к 5-6 дню. Следует отметить легкий послеоперационный период во всех случаях (отсутствие светобоязни, болей). В сроки наблюдения от 1 до 5 лет в области удаленного птеригиума отмечалась нормальная эпителизация роговицы без признаков рецидивирования. На месте взятия трансплантата по лимбу формировался нежный поверхностный рубчик.

Вывод. Лимбальная трансплантация обеспечивает устойчивую нормальную эпителизацию роговицы и может быть рекомендована как метод лечения первичного и рецидивирующего птеригиума в клинической практике.