

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 ниже-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 приживание 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.