



В.Р. ПОРЯДИН, С.М. ДОСТОВАЛОВ, Н.Я. СЕНЧЕНКО, Т.Н. ЮРЬЕВА

УДК 617.711-004.4

Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ

Иркутская государственная медицинская академия

Меры профилактики рецидива первичного прогрессирующего птеригиума

Порядин Виктор Рудольфович

офтальмохирург 1-го хирургического отделения

664033, г. Иркутск, ул. Лермонтова, д. 337, тел. (3952) 56-41-07, e-mail: shishkinamntk@mail.ru

Разработаны меры профилактики рецидива птеригиума и проведен сравнительный анализ полученных результатов в двух клинических группах. Исследование проведено по четырем критериям оценки: выраженность роговичного синдрома, прозрачность роговицы, выраженность местной гиперемии и скорости эпителизации роговицы в контрольные сроки: 1-й, 3-й, 7-й день; 1, 3, 6 месяцев после операции. Получены достоверные результаты эффективности предложенной методики по сравнению с традиционной. Разработанные меры интраоперационной профилактики рецидива птеригиума имеют четкую патогенетическую направленность, позволяют если не исключить развитие рецидива в послеоперационном периоде, то значительно уменьшить процент его появления.

Ключевые слова: птеригиум, рецидив, профилактика, хирургия.

V.R. PORYADIN, S.M. DOSTOVALOV, N.Y. SENCHENKO, T.N. YURIEVA

Irkutsk branch IRTC «Eye Microsurgery» named after acad. S.N. Fedorov» MH of RF

Irkutsk State Medical Academy

Preventive measures of recurrence of progressing primary pterygium

Preventive method of pterygium recurrence was developed. Comparative analysis of findings was made in two clinic groups. There were 4 evaluative criterions: intensity of corneal syndrome, corneal transparency, intensity of local hyperemia, and epithelization rate in control times: 1st, 3rd, 7th day, and in 1, 3, 6 months after surgery. Reliable results of proposed method's efficacy in comparison with routine one were obtained. Developed preventive intraoperative measures pterygium recurrence have accurate pathogenetic direction, and allow reducing significantly the risk of recurrence.

Keywords: pterygium, recurrence, prevention, surgery.

В настоящее время профилактике рецидива птеригиума придается большое значение, так как вероятность его развития, несмотря на принимаемые меры, остается довольно высокой. Для профилактики рецидивирования птеригиума предложено множество методик и способов: пластика дефекта перемещенными лоскутами слизистой (частота рецидива при данном способе составляет до 55%) [1], применение амниотической мембраны (рецидив 7,1%) [1, 2], использование аллопластических материалов (рецидив 7%) [3], применение хряща трахеи и бронхов (рецидив 3,77%) [4], обработка ложа птеригиума раствором митомицина С (рецидив 5%) [5], криообработка ложа птеригиума (рецидив 11%) [6], послойная периферическая кератопластика (рецидив 6%) [7]. Каждая из описанных

методик имеет свои недостатки, что позволяет искать более эффективные и безопасные меры профилактики рецидивирования птеригиума. Это и обусловило **цель** проводимого исследования, которая заключалась в разработке комплекса мер по профилактике развития рецидива птеригиума и оценке их эффективности.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 34 больных, разделенных на две группы: основную и контрольную, сопоставимых по основным критериям включения: возраст 49-65 лет с первичным прогрессирующим птеригиумом II-III стадии (по классификации О.А. Дудинова и Л.М. Ципенюк, 1934 г.). Соотношение по

Таблица 1.

Характеристика процессов репарации после удаления птеригиума в основной и контрольной группах

№	Выраженность роговичного синдрома			Скорость эпителизации роговицы		
	1-й день	3-й день	7-й день	1-й день	3-й день	7-й день
Основная	1,61	1,05	0,27	0,23	0,25	0,26
	±0,60*	±0,53*	±0,46**	±0,08*	±0,07*	±0,06*
Контрольная	3,43	2,75	1,31	0,1	0,14	0,17
	±0,72	±0,57	±0,60	±0,04	±0,04	±0,04

№	Выраженность местной гиперемии (колориметрия), %						Прозрачность роговицы (денситометрия), %					
	1-й день	3-й день	7-й день	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	1-й день	3-й день	7-й день	1 месяц	3 месяца	6 месяцев
Основная	41,94	38,88	30,83	18,05	14,44	14,44	79,44	80,55	80,83	86,11	89,16	90
	±5,97*	±8,32*	±6,24*	±2,50*	±1,61	±1,61**	±9,37	±8,38	±8,08	±9,93	±11,40	±12
Контрольная	71,87	70,62	64,06	49,06	24,06	16,25	79,68	81,25	83,75	85,31	86,56	86,87
	±12,5	±14,12	±13,56	±14,28	±8	±2,23	±7,40	±7,41	±8,85	±8,45	±8,89	±9,10

* p<0,0001, ** p<0,001

количеству пациентов 1,1:1,0; мужчин и женщин в двух группах 1:1. Птеригиум удаляли по методу Чермака с иссечением головки птеригиума, тщательно удаляли подслизистую оболочку с поверхности склеры и конъюнктивы.

В основной группе для наиболее полного удаления птеригиума от роговицы, головка и тело его были предварительно обработаны 25%-ным водным раствором этанола в течение 5 минут на ватном тампоне. Для достижения максимально ровной и чистой поверхности хирургического ложа, удаления фрагментов ткани птеригиума, использовали механическую шлифовку раневой поверхности, которую проводили Т-образным абразивным бором с алмазным напылением производства «Рос-Бел» (Россия), большой, а затем малой степени зернистости при 7000 оборотах в минуту. Для достижения необходимой частоты вращения бора применили портативную электрическую зубопротезную машину Sunburst, модель SC-900НТ (Израиль). В результате механического воздействия абразивного бора, вращающегося с большой скоростью, формируется чистая, гладкая и ровная раневая поверхность. Для лучшей визуализации фрагментов тканей птеригиума на поверхности использовали краситель — раствор трипанового синего. Для минимизации воспаления в зоне лимба проводили орошение раневой поверхности склеры после удаления птеригиума суспензией триамцинолона. Для атравматичной фиксации конъюнктивы к склере использовали жидкий защитный офтальмологический гель OcuSeal TM (Великобритания) вместо классически используемых швов. В контрольной группе операция выполнена без мер по выравниванию ложа удаленного птеригиума и местной противовоспалительной терапии, с использованием узловых швов ПГА 10,0.

Первым критерием оценки эффективности результата операции являлась скорость эпителизации поверхности на единицу площади роговицы, которая рассчитывалась по предложенной нами оригинальной методике с использованием компьютерной программы по расчету площади плоских фигур. Для визуализации эпителия роговицы и оценки динамики роста использовался флуоресцеиновый тест с фоторегистрацией

на цифровой фотоцелевой лампе TOPCON DC1 (Япония). Вторым критерием оценки эффективности являлась выраженность местной сосудистой реакции, которая оценивалась по степени гиперемии конъюнктивы. Для оценки локального кровенаполнения сосудов конъюнктивы использовали колориметрию конъюнктивы (показатель насыщенности красным цветом) и калиброметрию (измерение диаметра сосудов) с фоторегистрацией на цифровой фотоцелевой лампе. Третьим критерием оценки эффективности являлась денситометрическая прозрачность роговицы на месте удаленного птеригиума. Для оценки степени денситометрической прозрачности роговицы методом сравнительной оценки в различных меридианах роговицы использовался оптический когерентный томограф Optovue RTVue-100 (США). Четвертый критерий — степень выраженности роговичного синдрома (светобоязнь, слезотечение, блефароспазм) — оценивался субъективно в баллах (от 1 до 4): 1 — роговичный синдром отсутствует при направлении света щелевой лампы; 2 — роговичный синдром не проявляется при дневном свете, но проявляется при направлении света щелевой лампы; 3 — роговичный синдром проявляется при дневном свете; 4 — роговичный синдром проявляется при комнатном освещении. В послеоперационном периоде использовалась местная терапия: первые 3 суток назначался 20% раствор сульфацила натрия 5-6 раз в сутки и стимулятор эпителиального роста (Корнерегель) до 5 раз в сутки для усиления естественной репарации роговицы. Кортикостероиды и нестероидные противовоспалительные препараты не использовались в течение первых 3 суток. Для оценки эффективности лечения определены контрольные сроки: 1-й, 3-й, 7-й дни (ранний послеоперационный период) и 1, 3, 6 месяцев — (поздний послеоперационный период).

Результаты и обсуждение

Средняя скорость эпителизации роговицы в ранний послеоперационный период составила в основной группе 0,25 мм²/час, в контрольной 0,15 мм²/час (таблица 1). Выраженность местной гиперемии у больных в основной группе в раннем послеопера-



ционном периоде оказалась более чем в два раза ниже, чем в контрольной. Роговичный синдром в раннем послеоперационном периоде в основной группе был выражен слабо и составил в среднем $1 \pm 0,5$ балла в отличие от группы контроля, в которой отмечались выраженная светобоязнь, блефароспазм даже при комнатном освещении и составил $3 \pm 0,5$ балла.

Также выявлены некоторые отличия в исследуемых группах в позднем послеоперационном периоде. Денситометрическая прозрачность роговицы на месте удаленного птеригиума в среднем в обеих группах была сопоставима. Но в случаях отсутствия исходного помутнения и прорастания в поверхностные слои роговицы, в основной группе прозрачность роговицы была на 35% выше, чем у пациентов контрольной группы. Через 6 месяцев количество рецидивов птеригиума в основной группе выявлено у одного больного. Основным критерий эффективности — рецидив птеригиума, наблюдался в основной группе лишь в одном случае, в контрольной — у трех пациентов. Единственным осложнением предложенного метода хирургического лечения птеригиума была грануляционная киста конъюнктивы, потребовавшая хирургического лечения. Других осложнений не встречалось.

Выводы

Таким образом, разработанные меры интраоперационной профилактики рецидива птеригиума, имеющие четкую патогенетическую направленность, позволяют если не исключить развитие рецидива в послеоперационном периоде, то значительно уменьшить процент его появления.

Дальнейшая клиническая апробация позволит определить процент безрецидивного течения и оценить эффективность предложенного метода в отдаленные периоды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Золотарев А.В., Милюдин Е.С. Хирургическое лечение рецидивирующего птеригиума с пластикой силиковысушенной амниотической мембраной // Вестник офтальмологии. — 2007. — № 1. — С. 39-42.
2. Милюдин Е.С. Амниопластическая хирургия в комплексном лечении эпителиальной патологии переднего отдела глаза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 2007. — С. 25-27.
3. Макеева Г.А. Применение амниона и твердой мозговой оболочки для барьерной пластики при хирургическом лечении птеригиума // Офтальмологический журнал. — 1983. — № 2 — С. 104-106.
4. Мазаева Н.Р. Брефопластика при птеригиуме // Вестник офтальмологии. — 1989. — № 4. — С. 30-32.
5. Fruch-Pery J., Ilisar M. Use of Low-dose Mitomycin C for Prevention of Recurrent Pterygium // Ophthalmol. — 1996. — Vol. 103, N 4. — P. 674-677.
6. Монахова В.В. Криоаппликация как метод предупреждения рецидивов крыловидной пленки // Вестник офтальмологии. — 1970. — № 3. — С. 24-27.
7. Кукса В.Д. Значение периферической послойной пересадки роговицы при рецидивирующем птеригиуме // Офтальмологический журнал. — 1962. — № 1. — С. 8-13.