

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПТЕРИГИУМА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ

*А. В. Петраевский, К. С. Тришкин*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра офтальмологии*

В работе описана тактика хирургического лечения первичного птеригиума. Для определения клинической формы птеригиума (стационарной или прогрессирующей), особенно на начальной его стадии, в качестве дополнительного метода исследования предложено использовать оптическую когерентную томографию переднего сегмента глазного яблока. В зависимости от стадии и клинической формы заболевания уточнены показания к хирургическому лечению птеригиума. Хирургическое лечение рекомендовано проводить предложенным авторами способом, характеризующимся низкой частотой рецидивов.

*Ключевые слова:* птеригиум, оптическая когерентная томография, хирургическое лечение.

## MANAGEMENT OF PRIMARY PTERYGIUM AT DIFFERENT STAGES OF ITS FORMATION

*A. V. Petrayevsky, K. S. Trishkin*

Approaches to surgical treatment of primary pterygium are described. Determining the clinical form of pterygium (stationary or progressing), especially at the initial stage was proposed as an additional method of investigation using optical coherence tomography of the anterior segment of the eyeball. Depending on the stage and clinical form of disease, indications for surgery of pterygium were refined. We propose a method of surgical treatment of primary pterygium with low rates of relapse.

*Key words:* pterygium, optical coherence tomography, surgical treatment.

Птеригиум (крыловидная плева) представляет собой субэпителиальное врастание конъюнктивальной ткани в роговицу. В далеко зашедшей стадии птеригиум способен значительно снижать остроту зрения, вызывать астигматизм, ограничивать подвижность глазного яблока, и, в некоторых случаях, приводить к инвалидизации пациента [1]. По данным литературы, основным методом лечения крыловидной плевы является хирургический [5, 6]. Причем оперативное лечение рекомендуется выполнять, когда птеригиум достигает значительных размеров [1]. Четких показаний к хирургическому лечению первичного птеригиума на начальной его стадии нами в литературе отмечено не было. При этом несомненным показанием к хирургическому лечению является прогрессирующая форма птеригиума [6], диагностика которой обычными клиническими методами не всегда возможна именно на ранней стадии.

В предыдущей работе [3] мы выделили признаки прогрессирования заболевания с использованием современного метода исследования — оптической когерентной томографии (ОКТ). Указанные признаки могут быть применены при диагностике птеригиума в начальной его стадии с целью выбора дальнейшей тактики лечения. Учитывая высокий риск рецидива заболевания после операции [2], мы разработали новый способ хирургического лечения птеригиума с использованием силикон-гидрогелевой мягкой контактной линзы позво-

ляющий снизить долю послеоперационных рецидивов с 22,7 до 3,7 % [4].

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

На основании данных комплексного обследования и результатов предложенного способа хирургического лечения первичного птеригиума разработать оптимальную тактику ведения больных в зависимости от стадии и клинической формы заболевания.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 50 пациентов (62 глаза) с первичным птеригиумом. У 12 пациентов имел место птеригиум обоих глаз, соответственно у 38 — птеригиум обнаруживался на одном глазу. I степень заболевания отмечалась в 16 глазах, II степень — в 19 глазах, III степень — в 27 глазах. Средний возраст обследованных составлял  $(62,5 \pm 1,2)$  года. Из них было 32 мужчины и 18 женщин.

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование. Биомикроскопия с фоторегистрацией проводилась на щелевой лампе «BP 900» фирмы «Haag-Streit» (Швейцария), оборудованной цифровой фотокамерой «CM900». Из анамнеза уточняли срок существования птеригиума, темпы его роста. При биомикроскопии определяли степень птеригиума [8] и делали предварительное заключение о его стационарном или прогрессирующем характере [6].

\*Патент РФ, положительное решение по заявке № 2012114316/14(021635), приоритет от 11.04.2012

Наряду со стандартными методами исследования для уточнения показаний к хирургическому лечению у 14 пациентов с птеригиумом I степени проводили оптическую когерентную томографию переднего сегмента глазного яблока с целью выявления признаков прогрессирования заболевания. Исследование выполнялось на томографе «RTVue-100» фирмы «Optovue» (США). С помощью специального модуля «СAM-L» исследовался назальный фрагмент глазного яблока, включающий роговицу, лимб и бульбарную конъюнктиву. Выполнялись линейные сканы в горизонтальной плоскости, ориентированные по горизонтальной оси. На сканах оценивали наличие описанных нами ранее признаков прогрессирования первичного птеригиума, а именно значительное нарушение кривизны глазного яблока в области птеригиума, «прозрачность» тела и характер эпителия в области дистального края головки птеригиума [3].

Пациенты с выявленными в ходе комплексного обследования показаниями к хирургическому лечению птеригиума были прооперированы предложенным нами способом. В его основе лежит операция удаления птеригиума по Мак-Рейнольдсу. Вместе с тем, для предотвращения начала рецидива в виде образования спаек между травмированными в ходе операции поверхностями роговицы и птеригиума использовалась силикон-гидрогелевая длительного срока непрерывного ношения мягкая контактная линза с предварительно сделанными вырезами по ее краю. Помещенная на роговицу, лимб и отчасти на склеру (под отсепарованное тело птеригиума) сразу же после перемещения тела птеригиума и фиксации его головки в конъюнктивальном кармане, линза разобщила вышеуказанные травмированные поверхности в течение 4 суток. Тем самым предотвращался спаечный процесс, являющийся одним из инициирующих факторов рецидива. Сразу после операции больным назначалась антибактериальная терапия в виде инстилляций. Применение мягких контактных линз пролонгировало действие медикаментов и способствовало созданию в тканях переднего отдела глаза эффективной терапевтической концентрации лекарственных препаратов [7]. На пятые сутки после операции контактная линза снималась. При наличии полной эпителизации роговицы к лечению добавлялись инстилляционные глюкокортикоиды.

После выписки из стационара повторный осмотр проводили через один, три и шесть месяцев после операции. В целом срок наблюдения пациентов составлял не менее 6 месяцев. Результаты лечения оценивались по следующим параметрам: клиническая картина раннего послеоперационного периода, частота рецидивирования птеригиума в течение 6 месяцев после операции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным литературы, птеригиум II—III степени является безусловным показанием к хирургическому лечению [1]. Дискуссионным остается вопрос относи-

тельно тактики лечения птеригиума I степени. В нашем исследовании глаза с птеригиумом I степени составили более четверти всех глаз с крыловидной плевой, поэтому выбор тактики ведения таких больных особенно важен. Учитывая последствия роста крыловидной плевы (помутнение роговицы, астигматизм), мы полагаем, что птеригиум I степени подлежит обязательному хирургическому лечению при наличии признаков его активного роста.

При биомикроскопии в 7 глазах (6 пациентов) с птеригиумом I степени отмечалась его прогрессирующая клиническая форма. Птеригиум был мясист, утолщен, имел обилие мелких сосудов, сильно возвышался над поверхностью роговицы. Бессосудистая часть головки была хорошо выражена, иногда имела неправильную зазубренную форму. Анамнестически такие птеригиумы появились у всех больных в срок до года. При оптической когерентной томографии во всех глазах обнаруживалась типичная для прогрессирующей формы птеригиума ОКТ-картина [3]. В области птеригиума естественная кривизна глазного яблока была существенно нарушена во всех глазах. Визуализировалась головка птеригиума, «подныривающая» под эпителий роговицы. Ткань головки птеригиума в виде клина вторгалась между эпителием роговицы и стромой, замещая собой боуменову оболочку и поверхностные слои стромы. Фиброваскулярное тело птеригиума было оптически неоднородным, непрозрачным, экранировало глубже лежащие ткани.

Биомикроскопически стационарная форма птеригиума обнаруживалась в 5 глазах 4 пациентов с I степенью заболевания. Птеригиум был плоским, едва возвышавшимся над поверхностью роговицы, в теле птеригиума отмечалось небольшое количество кровеносных сосудов, в головке имелась слабо выраженная бессосудистая часть. Анамнестически такие птеригиумы существовали у больных более 5 лет. Стационарный характер птеригиума в указанных глазах подтверждали и данные оптической когерентной томографии. При ОКТ-сканировании в области птеригиума естественная кривизна глазного яблока была практически не нарушена. В прелимбальной зоне роговицы обнаруживалось субэпителиальное вращение конъюнктивальной стромы в роговицу по ходу боуменовой мембраны. Головка и тело птеригиума были покрыты менее прозрачным конъюнктивальным эпителием, плавно переходящим в роговичный в области дистального края головки. Сама ткань птеригиума была достаточно прозрачной для ОКТ, под ней визуализировались глубже лежащие ткани.

В остальных 4 глазах 4 пациентов с птеригиумом I степени с помощью биомикроскопии достоверно определить клиническую форму крыловидной плевы не удалось, поскольку имело место сочетание биомикроскопических признаков прогрессирующего и стационарного птеригиума. Так, например, в одном глазу бессосудистая часть головки была слабо выражена, в то время

как тело было мясистым, с обилием сосудов. Анамнез заболевания у этих пациентов отсутствовал, поскольку они не замечали появления крыловидной пленки до настоящего посещения офтальмолога. При ОКТ во всех данных глазах были обнаружены указанные выше признаки прогрессирования пteryгиума, что позволило отнести эти 4 пteryгиума к прогрессирующим.

Таким образом, из обследованных 16 глаз с первой степенью пteryгиума в соответствии с данными, свидетельствующими о прогрессирующей форме заболевания, подтвержденными ОКТ, было прооперировано предложенным нами способом 11 глаз. Кроме того, тем же способом прооперированы 19 глаз с пteryгиумом II степени и 27 глаз с пteryгиумом III степени. При этом отсутствие явных признаков прогрессирования у части из них не являлось основанием для выжидательной тактики, ввиду наличия роговичного астигматизма, снижения остроты зрения из-за захода пteryгиума в оптическую зону роговицы, а также явного косметического дефекта.

При оценке клинической картины раннего послеоперационного периода у всех больных учитывали субъективную симптоматику (жалобы, характерные для роговичного синдрома) и объективные данные (эпителизация роговичной раны). Эпителизацию послеоперационной эрозии роговицы контролировали на 5-е сутки, что соответствовало сроку снятия контактной линзы. Проводилась проба с инстилляцией 1%-го раствора флюоресцеина и биомикроскопией в синем свете с барьерным желтым светофильтром.

В раннем послеоперационном периоде субъективные симптомы, характерные для роговичного синдрома, отмечались на 4 глазах (7 %) у 4 пациентов. После снятия контактной линзы на 5-е сутки полная эпителизация роговицы отмечалась на 47 глазах (82,5 %) у 40 пациентов. К 6-му месяцу после операции был отмечен рецидив заболевания на 2 глазах (3,5 %) у 2 пациентов с пteryгиумом III степени. В остальных случаях рецидив не отмечался.

Имеются данные литературы о значительной роли синдрома «сухого глаза» в патогенезе первичного пteryгиума [2]. Некоторые авторы при начальном пteryгиуме рекомендуют воздерживаться от хирургического лечения и назначают слезозаместительную терапию [1], при этом не учитывается стационарный или прогрессирующий характер крыловидной пленки. В нашем исследовании 4 пациентам без показаний к хирургическому лечению (стационарная форма пteryгиума I степени) назначались препараты искусственной слезы на основе гиалуроновой кислоты 3 раза в день. При повторном

осмотре этих пациентов через 6 месяцев роста пteryгиума ни в одном глазу отмечено не было. Однако такой подход вследствие малого числа наблюдений требует дополнительных исследований.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наиболее оптимальная, на наш взгляд, тактика ведения пациентов с первичным пteryгиумом заключается в следующем. Обязательно оперативному лечению подлежат пациенты с пteryгиумом II и III степени. Пациенты с пteryгиумом I степени нуждаются в точном определении клинической формы заболевания. При наличии у них признаков прогрессирования пteryгиума, по данным биомикроскопии и оптической когерентной томографии, им также показано хирургическое лечение. Для этого лечения целесообразно использовать разработанный нами способ операции, характеризующийся простотой выполнения, доступностью, низкой частотой рецидивов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кански Д. Клиническая офтальмология: систематизированный подход / Д. Кански; пер. с англ.; 2-е изд.; под ред. В. П. Еричева. — Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2009. — 944 с.
2. Офтальмология: национальное руководство / под ред. С. Э. Аветисова, Е. А. Егорова, Л. К. Мошетовой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 944 с.
3. Петраевский А. В., Тришкин К. С., Адельшина Н. А. // Офтальмохирургия. — 2013. — № 3. — С. 92—96.
4. Петраевский А. В., Тришкин К. С. // Офтальмохирургия. — 2012. — № 4. — С. 28—32.
5. Руководство по глазной хирургии / М. Л. Краснов, В. С. Беляев, Э. С. Аветисов и др.; под ред. М. Л. Краснова, В. С. Беляева. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1988. — 624 с.
6. Руководство по глазным болезням. В 5 т. Т. 2., кн. 1 / Под ред. П. Е. Тихомирова. — М.: МЕДГИЗ, 1960. — 726 с.
7. Современная офтальмология: руководство для врачей / под ред. В. Ф. Даниличева. — СПб: Питер, 2000. — 672 с.
8. Шарковский И. А. Клиника, этиология и патогенез крыловидной пленки: Дис. ... д-ра мед. наук. — Краснодар, 1940. — 164 с.

## Контактная информация

**Петраевский Алексей Владимирович** — д. м. н., профессор, зав. кафедрой офтальмологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: volgophthalm@mail.ru