

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ПРИ ПЕРВИЧНОМ И ВТОРИЧНОМ ПТЕРИГИУМАХ**

А.А. Абитова, Ч.Т. Сайдахметова, Т.Б. Сайдахметов, А.В. Черных, В.В. Гайдамак
Кыргызская медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено исследование 36 пациентов с первичным и вторичным птеригиумом для изучения связи морфологических изменений крыловидной плевы и состояния слезопродукции. Выявлена гиперпродукция слезы при первичном птеригиуме и картина васкулита при рецидивирующем птеригиуме.

Ключевые слова: птеригиум, проба Ширмера, гистологическое строение.

**БАШТАПКЫ ЖАНА КАЙТАЛАНМА ПТЕРИГИУМДУН
МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫК ӨЗГӨРҮҮЛӨР**

А.А. Абитова, Ч.Т. Сайдахметова, Т.Б. Сайдахметов, А.В. Черных, В.В. Гайдамак
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Көрүтүндү: Көздүн жаш чыгаруу мүмкүнчүлүгү менен канатчанын морфологиялык өзгөрүүсүнүн байланышын изилдөө үчүн баштапкы жана кайталанма птеригиуму бар 36 пациентке байкоо жүргүзүлгөн. Ашыра көз жаштын баштапкы птеригиумде жана васкулит сүрөтү кайталанма птеригиумде аныкталган.

Негизги сөздөр: птеригиум, Ширмер пробасы, гистологиялык түзүм.

**MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES
IN PRIMARY AND SECONDARY PTERYGIUM**

A.A. Abitova, C.T. Saidahmetova, T.B. Saidahmetov, A.V. Chernykh, V.V. Gaydamak
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. 36 patients with a primary and secondary pterygium were examined for studying the relationship between the morphological changes in the pterygium and the state of tear production. The hyperproduction of tears in the primary pterygium and the picture of vasculitis with a recurring pterygium were revealed.

Key words: pterygium, Schirmer's test, histological structure.

Развитие рецидива птеригиума после оперативного вмешательства является актуальной проблемой офтальмологии, так как процент рецидивов по данным разных авторов колеблется в пределах 30%-70% [1]. Были разработаны различные методики хирургического лечения рецидивов птеригиума, которые позволяют снизить риск рецидива до 3,7% [2], но которые также не исключают повторных случаев птеригиума.

Этиопатогенез птеригиума не ясен, особенно в аспектах дисплазии, органотипических нарушений структуры соединительной ткани и микроциркуляторных расстройств, с врастанием волокон измененной ткани до боуеновой оболочки [1,3]. Единственным методом лечения птеригиума на сегодняшний день является оперативное вмешательство. Существует большое количество методов оперативного лечения, но ни один из них не гарантирует безрецидивного послеоперационного периода. Многообразие операций говорит о недостаточной их эффективности. В стремлении

найти более оригинальные способы лечебной коррекции, для исключения рецидивов и удовлетворения косметических требований нами, для характеристики функционального состояния пациентов с рецидивирующим птеригиумом, проанализирована функция продукции слезы и морфологическая структура ткани в группах пациентов с рецидивом и без рецидива птеригиума, для поиска адекватного лечения рецидивирующего птеригиума.

Цель: исследовать морфологические изменения крыловидной плевы и выявить причину нарушения продукции слезы при первичном и вторичном птеригиумах.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 36 пациентов в возрасте от 40 до 68 лет, в среднем 54,12±3,03 года. Пациенты были распределены на 4 группы: 1 группа – контроля, состоящая из практически здоровых лиц без глазной патологии, одного воз-

раста (9 пациентов), 2 группа – пациенты, прооперированные без рецидива птеригиума (10 пациентов), 3 группа – пациенты с рецидивом птеригиума (7 пациентов), 4 группа – пациенты с

первичным птеригиумом, ранее не оперированные, с высоким титром на вирус простого герпеса 1 и 2 типа (10 пациентов).

Таблица 1

Распределение пациентов по степени птеригиума

Степень птеригиума	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	итог
1		1			1
2		7	2	6	15
3		2	4	3	9
4			1	1	2
5					
итого	9	10	7	10	36 пациентов

В исследованных группах проведена проба Ширмера. О. Ширмер (1905) предложил по степени (длине) намочения фильтровальной бумаги определять функцию слезопродукции.

Технически это выполняли следующим образом: за нижнее веко закладывали полоску фильтровальной бумаги, длиной 3,5 см шириной 5 мм. Загнутый на 5 мм конец бумажки вставляли за нижнее веко в сидячем положении пациента, с височной стороны. При нормальной функции слезной железы увлажнение фильтровальной бумаги в течение 5 минут происходит не менее чем

на 1,5 см. Если увлажнение меньше 1,5 см, то это свидетельствует о гипофункции слезной железы, если больше 2 см – о гиперфункции. Мы в своих исследованиях проводили пробу Ширмера с диагностическими фильтровальными лентами, «TearFlo», производство Индия.

Слезопродукция играет значительную роль для комфортной жизнедеятельности глаза. В норме железы конъюнктивы увлажняют конъюнктивный мешок, продуцируя до 2 мл слезы в сутки. Данные проведенного исследования слезопродукции наглядно даны в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика продукции слезы в группах

Увлажнение фильтровальной бумаги «TearFlo» за 5 мин	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	итого
1 см	2	2	1	2	7 (19,4%)
1,5 см	7	3	1	2	13 (36,1%)
2 см		5	5	6	16 (44,4%)
итог	9	10	7	10	36

Как видно из таблицы 2, снижение слезопродукции в группах отмечается у 7 пациентов (19,4%), что связано, в основном, с возрастными особенностями организма, в виде регресса обновления клеток и тканей. Выраженная слезопродукция отмечалась у 16 (44,4%) пациентов, особенно в 3 и 4 группах и не встречалась в контрольной группе. При этом у пациентов 3 и 4 групп отмечались жалобы на чувство засоренности в глазах, это можно объяснить предположением о быстром разрыве липидного слоя, вследствие нарушения качества слезной пленки роговицы, и развитием синдрома сухого глаза легкой степени, которая выражается гиперпродукцией слезы. У 13 (36,1%) пациентов при проведении пробы Ширмера фильтровальная бумага за 5 минут намочила до 1,5 см, что соответствует норме, причем основная доля приходится на контрольную группу.

Острота зрения пациентов до операции в среднем была $0,7 \pm 0,11$; у 60% отмечался астигматизм, с коррекцией острота зрения достигала 0,8. Острота зрения здоровой группы 1,0. Все пациенты ранее были прооперированы в отделении микрохирургии глаза (МХГ) №1 НГ МЗ КР в различные сроки, от 6 месяцев до 3х лет, в среднем $1,5 \pm 0,2$. В 3 группе с рецидивирующим птеригиумом, пациенты были повторно прооперированы в сроки от 6 месяцев до 20 лет после первой операции.

Нами проведены морфологические исследования ткани конъюнктивы пациентов с первичным (2 глаза) и рецидивирующим птеригиумом (2 глаза). Крыловидная плева, удаленная во время оперативных вмешательств фиксировалась в 10% растворе нейтрального формалина. Обезвожи-

вали в спиртах восходящей концентрации. Заливали в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, по Ван Гизону и исследовали под световым микроскопом «NikonEslip 85». Гистологическое исследование удаленной крыловидной плевры с первичным

птеригиумом выявило умеренную пролиферацию эпителия слизистой, незначительное слущение эпителия, более выраженную прозрачность, малое количество новообразованных сосудов (Рисунок 1).

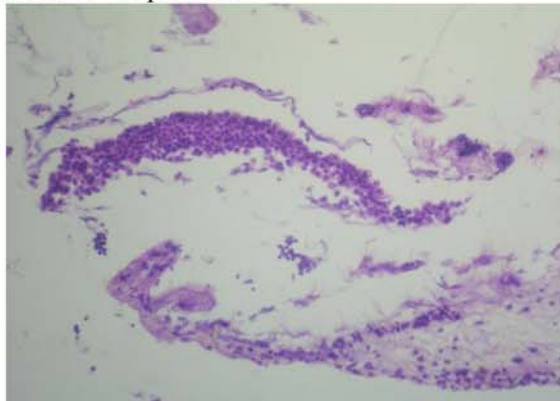


Рис. 1. Срез крыловидной плевры при первичном птеригиуме. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 200$.

Гистологическая картина рецидивирующего птеригиума характеризовалась формированием

кист, стенка кисты представлена фиброзной тканью и выстлана многослойным плоским эпителием (Рисунок 2).

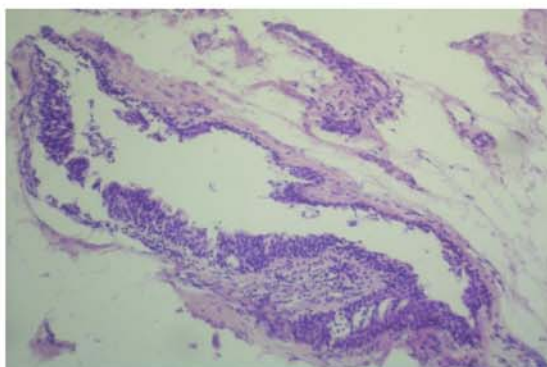


Рис. 2. Микроскопическая картина среза рецидивирующего птеригиума. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 200$.

При рецидивирующем птеригиуме также характерна выраженная пролиферация эпителия со скоплением лимфоцитов в слизистой оболочке, с характерной пролиферацией эпителия очагового

характера. В подслизистой оболочке сосуды капиллярного типа (Рисунок 3).

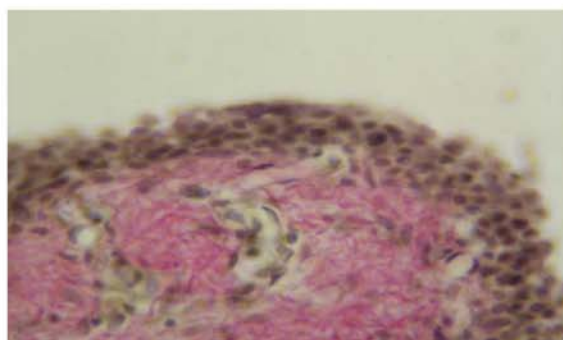


Рис. 3. Микроскопическая картина среза рецидивирующего птеригиума. Окраска по Ван Гизону. Увеличение $\times 400$.

Во вновь образованных сосудах картина васкулита: стенка капилляра инфильтрирована лимфоцитами и единичными плазматическими клетками (Рисунок 4).

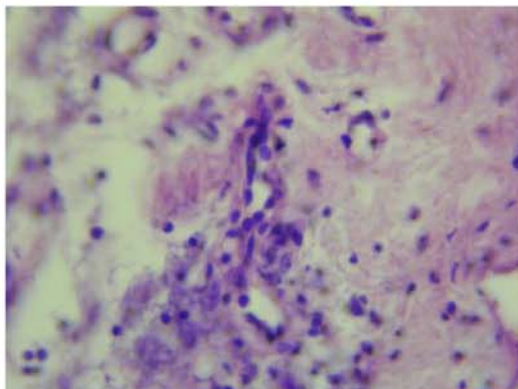


Рис. 4. Микроскопическая картина среза рецидивирующего птеригиума. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 200$.

В гистологической картине исследуемого материала более выраженные преобразования с харак-

терными воспалительными изменениями сосудов были при рецидивирующем птеригиуме (Рисунок 5).

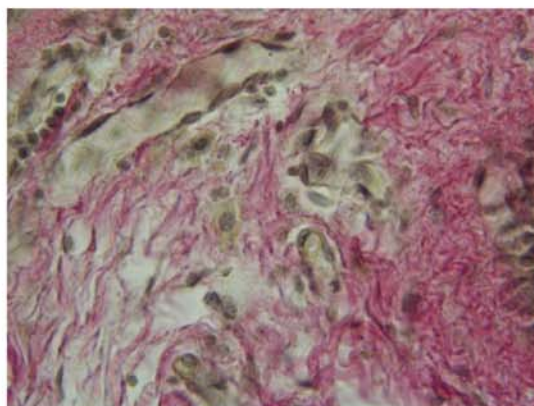


Рис. 5. Срез крыловидной пленки при рецидивирующем птеригиуме. Окраска по Ван Гизону. Увеличение $\times 400$.

Выводы:

1. В морфологических исследованиях выявлена картина васкулита при рецидивирующем птеригиуме.
2. Гиперпродукция слезы способствует усилению дистрофических изменений крыловидной пленки, вследствие возможного реципрокного снижения выработки сального секрета железами конъюнктивы.

Литература

1. Фокин, В.П. Хирургическое лечение птеригиума по методу аутопластики свободным конъюнктив-

вальным лоскутом / В.П. Фокин // Научно-практический журнал офтальмологии. – 2014. - №2. – С. 131-132.

2. Петраевский, А.В. Тактика лечения первичного птеригиума на разных стадиях его формирования / А.В. Петраевский, К.С. Тришкин // Вестник Волгоградского медицинского университета. - 2014. - № 1(49). - С. 64-66.

3. Золотарев, А.В. Хирургическое лечение рецидивирующего птеригиума с пластикой силиковосушенной амниотической мембраной / А.В. Золотарев, Е.С. Милюдин // Вестник офтальмологии. - 2007. - №1. - С. 39-42.