
лення, обумовлене загибеллю сльозопродукууючих залоз і рубцюванням їх вивідних протоків.

Ступінь зниження сльозопродукції залежить від ступеня рубцювання кон'юнктиви (розмірів симблефарона) або площі пересадженою слизової після усунення симблефарона.

Проведена комплексна медикаментозна терапія (протизапальна, дедифічна, стимулююча, розсмоктуюча, антиоксидантна і ін.), в тому числі, із застосуванням сльозозамінників, частково покращує зволоження ока і підвищує гостроту зору. Але таке лікування необхідно проводити 2-3 рази на рік.

The state of tear production in dry eye in patients with Steven-Johnson, Sjogren, Lyell syndromes and pemphigoid eye diseases

Ikimenko S. A., Dzhyhaliuk O. V., Veliksar T. A., Amzhad Albin

SI «*The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine*»
(Odesa, Ukraine)

The abstracts present the results of the study of tear production in patients with the most severe form of dry eye syndrome (with Steven-Johnson, Sjogren, Lyell, pemphigus syndromes), and found that tear production depends on the size of the formed simblepharon. Also, it was found that the removal of scar adhesions of the eyelids with the eyeball by transplanting the mucous membrane of the lip does not improve tear production. Carrying out complex treatment with the use of anti-inflammatory, dystrophic, and stimulating regeneration, antioxidant and tear-replacing drugs improves tear production and visual acuity in such eyes.

Хірургічне лікування рецидивуючого птеригію

Якименко С. А., Костенко П. О., Хрустальова О. А.

ДУ «*Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України*»
(Одеса, Україна)

Актуальність. Для лікування птеригію запропоновано багато способів, але рецидиви при них спостерігаються нерідко. При рецидивуючих формах птеригію перевага віддається так званому «бар'єрному» методу, при якому шляхом переміщення або пересадки на очне яблуко різних тканин створюється бар'єр, що перешкоджає відновленню птеригію. Для створення такого бар'єру застосовувалися кон'юнктива зовнішньої половини очного яблука (А.Ельшніг, 1976) або верхньої перехідної складки (А.Каллахан, 1963), гомопластика рогівки кон'юнктивальним клаптом (В.П.Філатов,1934), периферійна пересадка рогівки (Н.О.Пучківська, 1960; В.Д.Кукса, 1962), пластика рогівки склерально- кон'юнктивальним клаптом (Н.Нурмамедов, 1973) або амніотичною оболонкою (Г.А. Макеєва 1983). Однак лікування невпинно рецидивуючого птеригію завжди являє значні труднощі. При цьому неодноразові хірургічні

втручання призводять до грубого рубцевого переродження кон'юнктиви, іноді з утворенням симблефарону, утворенню більма.

Матеріал та методи. Нами для усунення неодноразово оперованого і вперто рецидивуючого птеригію багато років застосовується методика операції (Г.В. Легеза, С.А. Якименко, В.Ф. Макух, 1983; С.А. Якименко 1983), яка полягає у радикальному висіченні птеригію і рубцевої кон'юнктиви очного яблука у внутрішньому куті очної щілини з одномоментним покриттям утвореного дефекту кон'юнктиви слизовою оболонкою ротової порожнини при необхідності з периферійною пересадкою рогівки за методикою Н.О. Пучківської.

Методика операції: а) обробка операційного поля, епібульбарна та ретробульбарна анестезія, акинезія, інфільтраційна анестезія у товщу птеригію; б) зрізання головки птеригію з рогівки в межах прозорих її шарів;

в) видалення до епісклери тіла птеригію і рубцевої кон'юнктиви в межах незміненої тканини кон'юнктиви, при цьому утворюється секторообразний дефект кон'юнктиви у внутрішньому куті очної щілини; у тих випадках, коли є симблефарон внутрішнього кута очної щілини, частина тканини птеригію підвертається на задню поверхню повік у внутрішньому куті і фіксується зануреними швами; г) викроювання напівмісячного рогівкового трансплантату з рогівки донорського ока і клаптя слизової з внутрішньої поверхні губи хворого відповідно до розмірів дефекту рогівки і кон'юнктиви; д) фіксація рогівкового трансплантату по лімбу на рогівці хворого;

е) накладання епісклеральних швів по боках внутрішнього прямого м'яза у внутрішньому куті очної щілини і у склепіннях на кордоні дефекту кон'юнктиви, фіксація до них клаптя слизової і кон'юнктиви; біля рогівки слизова фіксується тими ж швами, що і рогівковий трансплантат, накладаються додаткові шви на край клаптя слизової і кон'юнктиви, при цьому необхідно стежити, щоб клапоть слизової щільно прилягав до склери очного яблука, а для того, щоб слизова мала кращий косметичний вигляд, її необхідно брати тонким шаром; ж) у кон'юнктивальний мішок закачуються дезінфікуючі краплі і закладається порошок сульфацилу натрію або стрептоциду, накладається пов'язка.

Результати. Описана методика операції була застосована нами у 32 хворих з впертим рецидивуванням птеригію, при якому неодноразово (від 3 до 8 разів) проводилося його видалення різними способами, при цьому у всіх хворих птеригій поєднувався з великими рубцевими змінами кон'юнктиви, а у частини хворих - з утворенням симблефарону внутрішнього кута очної щілини. В усіх хворих було також периферичне більмо, яке було причиною зниження зору. У результаті проведеної операції в усіх випадках птеригій був усунутий і відновлений або покращений зір. У віддалені терміни при коректно проведеній операції рецидиву птеригію не спостерігалось.

Заключення Таким чином, результати наведеного вище хірургічного лікування вперто рецидивуючого птеригію з застосуванням слизової оболонки губи дозволяють нам рекомендувати дану методику для широкого застосування.

Surgical treatment of recurrent pterygium

Yakymenko S. A., Kostenko P. O., Khrustalova O. A.

*SI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine»
(Odesa, Ukraine)*

Treatment of recurrent pterygium always presents significant difficulties, with repeated surgery leading to gross scarring of the conjunctiva, sometimes with the formation of simblepharon, leucoma. For many years we have been successfully using the method of surgery to eliminate stubbornly recurrent pterygium, which consists in radical excision of pterygium and cicatricial conjunctiva of the eyeball with simultaneous coverage of the defect by the oral mucosa, with peripheral corneal transplantation if needed. When using this technique for patients with stubborn recurrence of pterygium, which was repeatedly (3 to 8 times) removed in different ways, as a result of the surgery in all the cases the pterygium was eliminated, restored or the vision was improved. In the long term due to correctly carried out surgery, the recurrence of pterygia was not observed. These results allow us to recommend this technique for widespread use.
