



O'ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

Медицинский
ЖУРНАЛ
УЗБЕКИСТАНА

№1
2020

O`ZBEKISTON *Медицинский*
tibbiyot *журнал*
jurnali **УЗБЕКИСТАНА**
Medical journal of UZBEKISTAN
Ilmiy - amaliy jurnal

№ 1, 2020

1922 йилнинг январидан чиқа бошлаган

Таъсисчи – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

ТАХРИР ҲАЙЪАТИ

Бош муҳаррир – А.К.Шадманов

*В.Е.Аваков, Х.А.Акилов, А.В.Алимов, Б.А.Аляви, Д.А.Асадов, С.М.Бахромов, Б.Т.Даминов,
Т.О.Даминов (бош муҳаррир ўринбосари), Х.К.Джалилов, Ф.И.Иноятова, Т.И.Искандаров,
С.И.Исмаилов, Х.М.Камилов, Х.П.Камилов (масъул котиб), Х.Я.Каримов, Ш.И.Каримов,
Р.Д.Курбанов, Д.К.Наджимутдинова, Ф.Г.Назирова, У.Ю.Сабиров, С.С.Саудалиев,
Ж.М.Собиров, М.Н.Тилляшайхов, Л.Н.Туйчиев, А.М.Убайдуллаев, А.М.Хаджибаев,
М.Х.Ходжибеков, А.Н.Юнусходжаев, Б.К.Юсупалиев.*

Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан
2011 йил 12 май рўйхатга олинган (№ 0138)

Муҳаррир - Ш.Б.Джандарбеков.

Компьютерда саҳифаловчи - Ф.Махкамов

100047, Тошкент, Махтумкули кўчаси, 103, Тел. (71) 289-44-57, www.medjournal.site.uz

Буюртма № 146. Адади 431 нуска.

Босишга рухсат этилди 08.05.2020 й. Формат 60×84 1/8. Нархи шартнома асосида
«Print Line Group» ХК босмаҳонасида босилди.

Тошкент ш., Бунёдкор шоҳкўчаси, 44.


ТОШКЕНТ

ДУК «O`zbekiston tibbiyot jurnali»

2020

© ДУК O`zbekiston tibbiyot jurnali, 2020 y.

МУНДАРИЖА


SOG'LIQNI SAQLASHNI TASHKIL QILISH 
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Азиз Бахрамович Искандаров К ВОПРОСУ ОЗДОРОВЛЕНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ В ШЕЛКОТКАЦКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ УЗБЕКИСТАНА 2

Эркинжон Зиёевич Исаков, Нодиржон Соипжонович Матхошимов АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 6

Фарход Хушбакович Рахимов, Нодира Абдурахмоновна Исломова, Гулрух Комилжоновна Ботиралиева, Хайдар Пазилович Камиллов СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ СОҶА ВА ИХТИСОСЛИКЛАРИДА ИНТЕГРАЦИЯЛАШУВ ВА ИННОВАЦИОН МУҲИТНИНГ ШАКЛЛАНИШИГА ЁНДАШУВ 9

Ирода Абдурасуловна Камилова НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. ТАШКЕНТА 15

AMALIY SHIFOKOR KONSPEKTI 
КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА


Искандар Рахимович Мавлянов, Сардор Каримович Курганов, Зафар Искандарович Мавлянов, Сардор Расулович Парпиев, Аъзам Баходирович Солиев, Суннат Туйчибаевич Юлчиев ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНАХ PPARA (rs4253778), PPARGC1A (rs8192678) И PPARG2 (rs1801282) У СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЦИКЛИЧЕСКИМИ ВИДАМИ СПОРТА 19

Махмуд Мансурович Усманов, Хамдамбек Фарходович Рузиметов СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО ГИДРОЛИЗА И ТРАНСПОРТА УГЛЕВОДОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ 25

Нигора Маърифовна Сидикова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ И СЛЮНЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ 27


Тимур Владимирович Мелькумян, Анжела Даниловна Дадамова, Сурайе Шухратовна Шералиева, Дилоро Жамолитдиновна Каххарова, Шахло Ильхомовна Рахматуллаева, Нодира Акбаровна Некбаева ОЦЕНКА ПРЕДЕЛА ПРОЧНОСТИ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ КОМПОЗИТОВ 29

Умида Тохировна Нугманова, Хилола Худойбергеновна Кенджаева, Акрам Юлдашевич Юлдашев, Камола Хамраевна Сафарова ФОРМИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ЧЕЛОВЕКА В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ 32

KLINIK TIBBIYOT 
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Маъриф Шакирович Каримов, Динора Аюповна Парпиева, Фазилат Нармаматовна Шукурова РЕВМАТОЛОГИК АМАЛИЁТДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАРДА АССОЦИИРЛАНГАН ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ БЕЛГИЛАР 34


¹Аброр Мирхакимович Азизов, ²Саодат Убаевна Асилова, ²Равшан Бахадырович Назаров, ²Дильшод Кудратович Ширинов ПОКАЗАТЕЛИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С РИЗОМЕЛИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА 39

DAVOLOVCHI SHIFOKORLAR VA DORIHONA ISHCHILARI DIQQATIGA 
ВНИМАНИЮ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
ЛЕКАРСТВ

¹Зиявиддин Зайнутдинович Хакимов, ¹Алишер Худайбердиевич Рахманов, ²Шохида Тахировна Сафаева ВЛИЯНИЕ КАМЕДЬ – СМОЛЫ FERULA ASAFOETIDA НА ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ 42

Динара Хамдуллаевна Ирназарова ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ..... 45

Фотима Абдулазизовна Шокирова, Хайдар Пазилович Камиллов ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА 54

SHARHLAR 
ОБЗОРЫ

Сайит Индиаминович Индиаминов, Азиза Эркиновна Давранова АКТУАЛЬНЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТУПЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА 58

Абдигаффор Гадаевич Гадаев, Улугбек Дарханович Ибрагимов, Абдикодир Кенжаевич Курбонов, Рустам Исмадуллаевич Туракулов, Сарвар Эшбоевич Хожиев СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ТАШКИ НАФАС ФАОЛИЯТИ ВА ҚОННИНГ ГАЗ ТАРКИБИ ЎЗГАРИШИНИ БАҲОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ 62

¹Эркин Назимович Билалов, ²Дилшод Абдунабиевич Абдиназаров, ²Ахмаджон Эркин угли Нозимов, ¹Окилхон Ильесович Орипов ХИРУРГИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПТЕРИГИУМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 65

Нигора Убайдуллаевна Таджиева, Элмира Мамарафиковна Усманова КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ STREPTOCOCCUS PYOGENES 68

Нематжон (Солиевич) Мамасолиев, Хатам Хасанбаевич Турсунов, Бурхонжон Умарович Усмонов, Рано Рустамбековна Курбонова МИОКАРД ИНФАРКТИ – 2019. 2 – ЧИ АХБОРОТ: БЕМОРНИ БОСҚИЧМА – БОСҚИЧ ОЛИБ БОРИШ ВА КУЗАТУВ АЛГОРИТМИ. КЛИНИК ТАВСИЯЛАР 72

Нодир Назирович Султонов, Хабиб Бобомуродович Барноев, Максуд Атабоевич Сабиров СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 75

Хайдар Пазилович Камиллов, Шахзода Исаковна Самадова, Малика Худайбергеневна Ибрагимова, Зебо Муродова КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ЛЕЧЕНИЕ..... 78

Дилбар Камалджановна Махкамова НАРУШЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ..... 82

AMALIYOTDAGI HODISALAR 

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Нигора Хасановна Тухтаева, Маъриф Шакирович Каримов, Марина Валерьевна Сибиркина
ИЗУЧЕНИЕ ОБСЕМЕНЕННОСТИ Н. PYLORI У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 86

Муборахон Джалиловна Ахмедова, Тажигуль Ахметовна Ниязова, Хамидулла Баширович Магзумов,
Шерзод Алиевич Бойбеков БРУЦЕЛЛЁЗНИНГ ЯРИМ ЎТКИР ШАКЛИНИ ЭТИОТРОП ДАВОЛАШ
УСУЛИНИ САМАРАДОРЛИГИ 89

Зиядулла Эшмаматович Жуманов, Софья Анатольевна Блинова, Сайит Индияминович Индияминов
АКТУАЛЬНОСТЬ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ
ЖАРКОЙ АРИДНОЙ ЗОНЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ 92

Шухрат Абдужалилович Боймуратов, Элёр Сабиров КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С РЕЦЕССИЕЙ ДЕСНЫ В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И
ДЕФОРМАЦИЯМИ 97

¹Ойбек Абдужаббарович Бабаджанов, ²Саидкосим Саидазимович Арифов, ¹Шахноза Рустамовна
Абзалова, Диляфруз Анваровна Уринбаева РОЛЬ ГЕНА VDR В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА 99

EKSPERIMENTAL TADQIQOTLAR 

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рустам Абрарович Садыков, Ольга Вячеславовна Ким, Аллонур Бахтинурович Саидов, Айзада
Сарсенбаевна Досбергенова МЕТОД ПЛАЗМОСОРБЦИИ ДЛЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ
ДЕТОКСИКАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УГОЛЬНЫХ СОРБЕНТОВ 102

Наджиюлла Хабибуллаевич Шамирзаев, Шухрат Жумаевич Тешиев, Равшан Раджапович
Баймуратов ОҚ КАЛАМУШЛАР МОЯГИ МОРФОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ МЕЪЁРДА,
СУРУНКАЛИ НУР КАСАЛЛИГИДА ВА БИОСТИМУЛЯТОР ТАЪСИРИДА ЎЗГАРИШИ 106

Poulin M.J. et al. Evaluation of continuous positive airway pressure therapy on renin-angiotensin system activity in obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014; 190(5): 572-80. 16. Pabst S., Hammerstingl C., Hundt F. et al., Pulmonary hypertension in patients with chronic kidney disease on dialysis and without dialysis: results of the PEPPER-study. *PLoS One.* 2012; 7(4): e35310. 17. Ross J.S., Chen J., Lin Z. et al. Recent national trends in readmission rates after heart failure hospitalization. *Circ Heart Fail.* 2010; 3(1): 97-103. 18. Simonneau G., Gatzoulis M.A., Adatia I. et al. Updated clinical classification of pulmonary hypertension. *J Am Coll Cardiol.* 2013; 62(25): D34-41.

¹Эркин Назимович Билалов, ²Дилшод Абдунабиевич Абдиназаров, ²Ахмаджон Эркин угли Нозимов, ¹Окилхон Ильесович Орипов

ХИРУРГИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПТЕРИГИУМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1. Ташкентская медицинская академия

2. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр микрохирургии глаза

Введение

В настоящее время птеригиум остается одним из наиболее распространенных заболеваний «глазной поверхности». Рецидивирующий птеригиум до сих пор является нерешенной проблемой в офтальмохирургии. Согласно мнению большинства практикующих офтальмохирургов, само удаление птеригиума является меньшей проблемой, чем его рецидивирование. Рецидивирующий птеригиум, в отличие от первичного, может превосходить свои начальные размеры, отличается большей агрессивностью и способностью приводить к развитию симблефарона с ограничением подвижности глазного яблока [1,3]. На сегодняшний день основным методом лечения птеригиума считается хирургический. Учитывая высокую частоту развития рецидивов птеригиума, систематизация литературных данных о новых методах его хирургического лечения является актуальной.

Обзор основных методов хирургического лечения птеригиума

Все операции по поводу птеригиума обычно производят в 2 этапа: сначала от поверхности глазного яблока отделяется птеригиум, затем осуществляется резекция или перемещение отсепарированного птеригиума с закрытием конъюнктивального дефекта [4]. На данный момент все способы оперативного вмешательства при птеригиуме можно подразделить на 3 группы.

Первая группа включает операции простого иссечения ткани птеригиума. В зарубежной офтальмологической практике в настоящее время широко применяется способ удаления птеригиума с «обнажением склеры» - «bare sclera excision» [6,7]. Данный способ предполагает резекцию головки и тела птеригиума, при этом оставляется участок обнаженной склеры, что позволяет добиться регенерации роговицы до того, как конъюнктивна перерастет через лимб. Преимущество

данного вида операции заключается в относительной простоте и скорости ее выполнения. Данный метод хирургического лечения часто фигурирует в иностранной литературе в группах контроля при исследовании эффективности других способов лечения. Имеются данные о достаточно высокой частоте рецидивов птеригиума, которая достигает почти 90% при данном виде хирургического лечения [4].

Похожей по смыслу на данную операцию является операция «закрытого обнажения склеры» - «bare sclera closure». Ее отличие заключается в том, что производится фиксация краев конъюнктивальной раны к склере 6 или 7 узловыми швами. Частота рецидивов после таких операций может достигать 70% [5]. Некоторые авторы также предлагают дополнять данную операцию покрытием мягкой склеральной контактной линзой поверхности переднего сегмента глазного яблока в послеоперационном периоде, в качестве бандажа [7,8]. Сообщается, что данная процедура приводит к улучшению послеоперационного заживления и снижает риск рецидивов птеригиума, вследствие «выравнивания» поверхности глазного яблока. По мнению исследователей, именно неровности конъюнктивы, наряду с краевой дистрофией роговицы и возникновением вследствие этого неравномерного распределения слезной пленки, являются основными причинами развития первичного птеригиума и его рецидивов.

Вторая группа включает операции, при которых выполняется перемещение ткани птеригиума без его иссечения. В отечественной литературе было описано достаточно большое количество таких операций – способы Демарра, Кнаппа, Терсона, Мак-Рейнольдса, Канкрова и др. [2]. В нашей Республике наибольшее распространение получил способ хирургического лечения птеригиума по методу Мак-Рейнольдса. Суть данной опера-

ции заключается в перемещении предварительно отсепарированного птеригиума в сформированный конъюнктивальный карман с последующей фиксацией его головки. Технически операция достаточно проста в выполнении, является мало-травматичной, не оставляет дефекта конъюнктивальной ткани склеры, что значительно снижает риск разрастания рубцовой ткани. По данным большинства источников, данный метод отличается относительно низкой вероятностью развития рецидивов (около 12,5%) [4,6]. Были предложены различные модификации данной операции. Сообщается о дополнении перемещения птеригиума в виде мобилизации здоровой конъюнктивы склеры из верхне-внутреннего сегмента [9]. Некоторые авторы также предлагали дополнять метод Мак-Рейнольдса тканевой терапией, т.е. имплантацией кетгута под конъюнктиву с послеоперационным соскабливанием новообразованных сосудов [1,4]. Сообщается о способе операции, который предполагает перемещение только головки птеригиума с ее последующей фиксацией за лимб [3,9], так как барьерная функция головки препятствует нарастанию эпителия на роговицу.

К третьей группе относятся операции, характеризующиеся иссечением ткани птеригиума с пластикой дефекта бульбарной конъюнктивы ауто- или аллотканью. Одной из распространенных модификаций является способ удаления птеригиума по Арльту [1,4,10], который также называется «simple conjunctival closure» [5]. Способ предполагает иссечение ткани птеригиума с наложением на края конъюнктивальной раны 2 или 3 узловых швов. Недостаток операции заключается в том, что происходит удаление части конъюнктивы склеры, что может затруднить последующую операцию, в случаях рецидива. Частота рецидивов после операции может достигать 40% [6]. Некоторые авторы отмечали хорошие результаты при дополнении описанной операции криоаппликацией [4,8]. В литературе также имеются данные об удовлетворительных результатах операции при последующей аутопластике конъюнктивой на ножке [5]. За рубежом широкое распространение получил метод удаления птеригиума с последующей аутопластикой свободным конъюнктивальным лоскутом, взятым из различных участков бульбарной конъюнктивы, чаще всего из верхне-височного сегмента [2,4]. Данный метод позволяет добиться восстановления нормальной анатомии лимба и более удовлетворительных результатов в косметическом плане, а частота рецидивов равна, при этом, 40% [1,3].

Одной из наиболее эффективных является техника «P.E.R.F.E.C.T.» - «pterygium extended removal followed by extended conjunctival

transplantation», которая предполагает расширенное иссечение птеригиума с широкой конъюнктивальной трансплантацией. Частота рецидивов при этой операции близка к нулю [8]. В Ташкентской медицинской академии на кафедре офтальмологии профессором Э.Н.Билаловым [1,2] предложен способ операции, который заключается в расширенном иссечении птеригиума и закрытии образовавшегося дефекта аутопластикой с конъюнктивальным лоскутом на ножке, выкроенным из верхнего отдела конъюнктивального свода. Автором продемонстрированы высокая эффективность данного способа, преимущества этой модификации аутопластики перед методиками забора донорской ткани из иных отделов конъюнктивы [2,4].

Существует минимально инвазивная техника иссечения птеригиума, которая предполагает удаление только его головки и шейки аутопластикой с небольшим конъюнктивальным лоскутом. Частота рецидивов при данной операции ниже, по сравнению с обычной аутопластикой со свободным лоскутом [3,5].

В литературе описано множество вариантов удаления птеригиума, которое дополняется «барьерной» трансплантацией различных трупных тканей [6]. Большинство авторов получило хорошие результаты при использовании материала «Аллоплант» [1]. Так, в работе Е.А.Ломухиной [3] было доказано, что введение «Аллопланта» в зону дефекта для пластики конъюнктивы позволяло улучшить репаративные процессы, обеспечивая стабилизацию гистоструктур конъюнктивы и роговицы.

В последнее годы широкое распространение получил метод удаления птеригиума с пластикой амниотической мембраной. Также предлагается использовать силиковысушенную мембрану «Флексамер» для пластики конъюнктивы в качестве импланта. В своем исследовании авторы продемонстрировали, что при использовании данного импланта происходит достоверное снижение вероятности развития рецидива птеригиума с 55 до 7%, по сравнению с аутопластикой [5,8].

Существуют различные способы фиксации перемещенного лоскута: классический шовный и бесшовный, с помощью фибринового клея. Сообщается, что применение клея сокращает продолжительность операции, уменьшает гиперемию конъюнктивы и интенсивность субъективной симптоматики [9]. Применение фибринового клея и аутопластика конъюнктивы в течение длительного времени способствует низкой частоте рецидивов птеригиума [4]. В результате анализов работ было установлено, что применение фибринового клея, при конъюнктивальной аутопласти-

ке в хирургии птеригиума, способствует снижению риска рецидивов заболевания, по сравнению с традиционной шовной хирургией [6]. Предлагаются методики по фиксации трансплантата из амниотической мембраны каутеризацией, которая является быстро выполнимой, безопасной и относительно недорогой [1,8]. По результатам экспериментальных и клинических исследований, многие авторы рекомендуют применять биологический клей для «защиты» послеоперационного дефекта роговицы при операциях по иссечению птеригиума [7].

Имеется множество различных работ, посвященных сравнению эффективности различных способов пластики. Так, при применении амниотической мембраны послеоперационное воспаление отмечается достоверно чаще, по сравнению с аутопластикой [2]. Пластика свободным конъюнктивальным лоскутом, по сравнению с пластикой амниотической мембраной, характеризуется меньшей частотой рецидивов [3]. Был предложен способ хирургического лечения, который заключается в аутоперитрансплантации стволовых клеток лимба – лимбально-конъюнктивальная аутопластика. Лимбальная трансплантация способна обеспечить устойчивую нормальную эпителизацию роговицы и рекомендуется в качестве мето-

да лечения первичного и рецидивирующего птеригиума [5].

Стоит отметить, что частичную послойную кератопластику, после удаления рецидивирующего птеригиума с пересадкой трансплантата, в разное время проводило множество исследователей. Авторы предлагали использовать в качестве трансплантата участок собственной роговицы, роговично-склерально-конъюнктивальный лоскут, выкроенный из интактного участка, обезвоженную роговицу, трупную роговицу и т.п. При этом имелись существенные различия в технике наложения, форме выкраиваемого лоскута, способах его фиксации и виде оперативного вмешательства [2,6].

Заключение

Таким образом, анализ данных литературы показывает, что эволюция методов хирургического лечения птеригиума прошла достаточно долгий путь от наиболее простых способов до современных, более сложных комбинированных методов операций. Несомненно, что поиск эффективных методов продолжается, и на сегодня более актуальным становится не столько само иссечение птеригиума, сколько предотвращение его рецидива.

Литература

1. Петраевский А.В., Тришкин К.С. Способ хирургического лечения птеригиума. Офтальмохирургия. 2012; 4: 28-32.
2. Allam W. Recurrence and complications of pterygium extended removal followed by extended conjunctival transplant for primary pterygia. *European Journal of Ophthalmology*. 2015; 26(3) :203-208.
3. Alpay A., Uğurbaş S.H., Erdoğan B. Comparing techniques for pterygium surgery. *Clinical ophthalmology (Auckland, NZ)*. 2010; 3: 69-74.
4. Cagatay H., Gökçe G., Alper M., Koban Y., Ekinci M. Non-Recurrence Complications of Fibrin Glue Use in Pterygium Surgery: Prevention and Management. *The Open Ophthalmology Journal*. 2015; 9(1): 159-163.
5. Cornelius C. Recurrence Rate and Complications of Pterygium Extended Removal Followed by Extended Conjunctival Transplant. *Cornea*. 2017; 36(1): 101-103.
6. Fuest M., Liu Y., Yam G. et al. Fem to second laser-assisted conjunctival autograft preparation for pterygium surgery. *The Ocular Surface*. 2016.
7. Golu T., Mogoantă L., Streba C.T., Pirici D.N., Mălăescu D., Mateescu G.O., Muțiu G. Pterygium: histological and immunohistochemical aspects. *Rom J Morphol Embryol*. 2011; 52(1): 153-158.
8. Livezeanu C., Crăițoiu M.M., Mănescu R., Mocanu C., Crăițoiu S. Angiogenesis in the pathogenesis of pterygium. *Rom J Morphol Embryol*. 2011; 52(3): 837-844.
9. Romano V., Cruciani M., Conti L., Fontana L. Fibrin glue versus sutures for conjunctival autografting in primary pterygium surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014.
10. Shi Y.J., Yan Z.G., Yue H.Y., Yang L., Lin B. Meta-analysis of fibrin glue for attaching conjunctival autografts in pterygium surgery. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*. 2011; 47(6): 550-554.