

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 617.711-004-089.844

## АУТОКОНЪЮНКТИВОПЛАСТИКА ПРИ БИПТЕРИГИУМЕ

Б.С.Бейсенбаева

КазНИИ глазных болезней, Алматы

**Ключевые слова:** биптеригиум, аутоконъюнктиволастика, способ Арльта, способ Мак-Рейнольдса.

Количество способов операции против птеригиума очень велико. Наибольшее признание получила операция Мак-Рейнольдса. Однако выбор способа операции при биптеригиуме, то есть, когда идет нарастание дубликатуры конъюнктивы на роговицу как с носовой, так и с височной стороны, затруднен. Удаление птеригиума с височной стороны способом Мак-Рейнольдса проблематично ввиду того, что заправка головки птеригиума в конъюнктивальный карман косметически более затруднительна: она как бы соскальзывает со склеры, оставляя обнаженным участок склеры до лимба. Кроме того, образуется валик, вызывающий в отдаленные сроки наблюдения из-за открытого пространства при поворотах глазного яблока косметический дефект.

**Цель исследования** – удаление темпорального птеригиума методом аутоконъюнктиволастики.

### Материал и методы

Нами прооперировано 8 больных с биптеригиумом. Возраст больных колебался от 60 до 70 лет. Все больные были мужского пола.

Операция удаления биптеригиума производилась следующим образом. Сначала удалялся птеригиум с внутренней стороны роговицы известным способом Мак-Рейнольдса (Каллахан, 1964). Операцию пере-

садки птеригиума по Мак-Рейнольдсу начинают с прочного захватывания по шейке у лимба маленьким фиксационным пинцетом. Под захваченное место у лимба проводят шпатель и осторожно пилящими движениями соскабливают все волокна, вросшие в роговицу. Конъюнктиву и субконъюнктивальную ткань отсепааровывают от склеры. Вдоль нижнего края птеригиума на расстоянии 5-10 мм от лимба проводят косой разрез конъюнктивы, длина которого зависит от толщины и размеров птеригиума. Сплетение мелких эписклеральных сосудов и отдельные большие сосуда следует тщательно коагулировать. В образованный карман конъюнктивы пересаживается птеригиум с таким расчетом, чтобы его края точно прилегали к обнаженному лимбу, не покрывая роговицы и не оставляя обнаженной широкой полосы склеры.

Затем удалялся птеригиум с наружной стороны по методу Арльта (1850). Способ состоит в иссечении всего птеригиума: головки, шейки и тела. Общим принципом является тщательное удаление с роговицы и со склеры всех остатков птеригиума. Дефект склеры у лимба покрывается лоскутом аутоконъюнктивы, взятым из верхней переходной складки. Для выкраивания конъюнктивального лоскута непосредственно над кожной складкой верхнего века со стороны кожи инъецируют 1-2 мл новокаина. Раствор отсепааровывает конъюнктиву от окружающих тканей: при выворачивании века она выпячивается из свода. Намечается участок соответствующих размеров, и на его углы накладывают швы со стороны эпителиальной поверхности для ориентира. Лоскут укладывается своей широкой частью на дефект конъюнктивы и фиксируется узловатыми швами к эписклере.

Лоскут закрывает дефект конъюнктивы склеры и в то же время предположительно будет препятствовать рецидиву.

### Результаты

В анализируемой группе больных во всех слу-

чаях наблюдалось приживление трансплантата с хорошим косметическим эффектом.

**Выводы**

Таким образом, при биптеригиуме рекомендуем

внутренний птеригиум удалять по Мак-Рейнольдсу, а наружный – по методу Арльта с аутоконъюнктиво-пластикой.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Каллахан. Хирургия глазных болезней // Руководство глазной хирургии.- 1963.
2. Руководство глазной хирургии.- 1934.- т.2.-С.640.

**РЕЗЮМЕ**

Биптеригиум рекомендуется удалять следующим образом: внутренний - по Мак-Рейнольдсу, наружный – по методу Арльта с аутоконъюнктиво-пластикой.

УДК 616.831-005.1:617.7]-053.2

**ГЛАЗНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ДЕТЕЙ**

А.Б. Кумарова

ГККП «ГДБ № 2», г. Астана

**Ключевые слова:** инсульт, дети, мидриаз, гематома, диагностика.

**Актуальность.** Инсульт или цереброваскулярный удар – это острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапностью и кратковременностью дисциркуляторных расстройств в головном мозге. Инсульты у детей проявляются очаговыми или общемозговыми симптомами (Шнейдер Н.А., 2005). Они относятся к категории тяжелейших и стойких нарушений мозгового кровообращения, отличаются высоким уровнем летальности и грубой инвалидизацией в силу выраженных органических изменений головного мозга. Летальность детского инсульта колеблется от 7,0 до 28% (Fullerton H.J. et al., 2002; Launthier S. et al., 2000). В настоящее время нарушение мозгового кровообращения у детей встречается гораздо чаще. Среди органических поражений мозга их частота составляет от 3% до 5% (Курмангалиев А.Е., Балмуханова С.Н., 1999).

Исследования Volpe J.J. (2003) показали, что в 50% кровоизлияния возникают в первые сутки жизни, 25% - во вторые, 15% - в третьи, а к 5 суткам жизни выявляется 90% кровоизлияний. Выявление данной патологии в остром периоде у детей раннего возраста вызывает большие трудности, и ошибки в неврологической практике достигают от 6% до 25,3%

случаев (Яковлев Н.А., Каргополов А.В., Слюсарь Т.А., 2001).

**Цель исследования** - изучение глазных симптомов в остром периоде геморрагического инсульта у детей.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 43 детей, находившихся на лечении в ОАРИТ и отделении нейрохирургии в период с января 2009 г. по июнь 2010 г (за 18 месяцев). Возраст пациентов - от двух дней до 6 лет; мальчиков было 24, девочек – 19; азиатов - 30, европейцев – 13.

Все дети поступили в остром периоде (от 3-х часов до 1 суток) с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по геморрагическому типу с формированием внутримозговой гематомы. Дислокационный синдром.

Все дети осмотрены офтальмологом в течение первого часа после поступления. Проведены исследования: