Д.Г. Арсютов, Н.П. Паштаев

Бесшовная технология эписклерального пломбирования разрывов при отслойке сетчатки

Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росздрава»

В настоящее время при эписклеральном пломбировании фиксация пломбы осуществляется с помощью швов. Слишком поверхностно наложенные швы склеры могут легко прорезаться, что приводит к смещению, а иногда и к экструзии пломбы. Чрезмерно глубокое проведение шва склеры может привести к ее перфорации и повреждению сосудистой и сетчатой оболочек глаза; риск этот наиболее высок при истончении склеры, чаще всего встречающейся при миопии высокой степени, синдроме Марфана, после травм.

В Чебоксарском филиале ФГУ МНТК «МГ» им. акад. С.Н. Федорова с 2006 г. с целью закрытия ретинальных разрывов при отслойке сетчатки применяется бесшовная технология кругового, секторального и радиального эписклерального пломбирования при помощи аллотрансплантатов склеры и медицинского биоклея.

Цель: оценка интра- и послеоперационных результатов бесшовного эписклерального вдавления, определение показаний для данного вида вмешательства.

Материал и методы: в качестве пломбирующего материала использовалась мелкоячеистая силиконовая губка. В зависимости от локализации и величины разрыва сетчатки, степени выраженности дистрофического процесса на ее периферии (ПХРД) мы проводили эписклеральное круговое, секторальное или радиальное пломбирование. При выраженной ПХРД предпочтение отдавалось круговому пломбированию, в случаях свежих отслоек сетчатки с хорошо визуализируемыми разрывами использовались варианты секторального и радиального локального пломбирования. В нашей работе мы использовали биоклей «Сульфакрилат», разработанный институтом катализа Сибирского отделения РАМН (Новосибирск). Он состоит из этилцианкрилата (связывающий компонент), бутилакрилата (пластификатор), сульфоланметакрилата (противовоспалительный,

антимикробный компонент) и представляет собой бесцветную жидкость с удельным весом 1,05-1,07 г/см^3 и вязкостью 5-85 сСт (в зависимости от температуры клея). Клей аутостерилен, представлен в готовом для употребления виде в полиэтиленовых ампулах-тюбиках с герметично запаянной горловиной и содержит 1 мл. Клей хорошо текуч, при необходимости легко набирается в шприц через инъекционную иглу.

Техника операции: при локальном пломбировании проводится: локализация проекции разрыва сетчатки на склеру с помощью интраоперационной непрямой бинокулярной офтальмоскопии; после чего создается вал склерального вдавления в зоне проекции разрыва при помощи силиконовой пломбы, которая помещается в ложе, сформированное аллотрансплантатом, размеры которого в 2-3 раза превышают величину разрыва и который подклеивают по всему его периметру к поверхности эписклеры в зоне проекции разрыва сетчатки при помощи медицинского биоклея «Сульфакрилат».

При круговом пломбировании в каждом из секторов в радиальном направлении производится предварительное подклеивание к эписклере смоделированных полосок аллотрансплантата, далее при помощи тупоконечного шпателя между аллотрансплантатом и склерой формируется необходимый для проведения силиконовой пломбы канал, размеры которого зависят от диаметра пломбы. Размер канала должен быть несколько меньше размера пломбы для более прочного крепления пломбы. Обязательным условием для надёжного подклеивания полоски аллотрансплантата к эписклере является сухость соприкасающихся при подклеивании поверхностей. С этой целью мы использовали впитывающие влагу тупфера и специально разработанное устройство, позволяющее проводить одновременную аспирацию влаги и подачу струи воздуха. Устройство представляет из себя 2 ходовую металлическую канюлю, соединённую с двумя силиконовыми трубками, через одну из которых подается воздух, а через другую производится аспирация влаги.

По предложенной методике в Чебоксарском филиале ФГУ МНТК «МГ» в период с сентября 2006 г. по февраль 2007 г. прооперировано 18 пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки в возрасте от 19 до 57 лет. Тотальная отслойка сетчатки наблюдалась в 13 случаях (72%), в т.ч. в одном из них с отрывом от зубчатой линии, субтотальная отслойка — в 5 случаях (28%). У 16 пациентов отслойка была на фоне миопии высокой степени, в одном случае диагностирован синдром Марфана, в другом — отслойка сетчатки вследствие проникающего склерального ранения. У всех пациентов

имелось той или иной степени выраженности истончение склеры, послужившее поводом для исключения шовной фиксации пломбы в ходе операции. В 3 случаях (17%) проведено круговое эписклеральное пломбирование, в 2 (11%) — секторальное, в 13 случаях (72%) — локальное радиальное пломбирование над зоной проекции разрыва сетчатки. В среде ПФОС после выполнения субтотальной витрэктомии с удалением задней гиалоидной мембраны 8 пациентам (44%) интраоперационно проведена эндолазеркоагуляция сетчатки вокруг зоны разрыва.

Результаты: у всех пациентов созданным по предложенной методике валом вдавления удалось закрыть имеющиеся разрывы сетчатки. Больные были выписаны с полным её прилеганием. Троим пациентам в раннем послеоперационном периоде была проведена дополнительная лазеркоагуляция сетчатки вокруг зоны разрыва. При осмотре через 3 месяца вал вдавления сохраняется, дислокации пломбы нет, сетчатка прилежит.

Выводы: предложенная методика бесшовного эписклерального пломбирования с применением клеевых композитов позволяет решить проблему трудности шовной фиксации пломбы при истончении склеры, при далекой центральной локализации разрывов сетчатки, при фиксации пломбы на склере с рубцовыми изменениями или ранами после травмы.